



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE HIDALGO**

**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
Área Académica de Medicina**



**Evaluación de los factores de riesgo asociados a
tuberculosis pulmonar bacilífera en los residentes del
estado de Hidalgo, México.**

Proyecto de carácter profesional, que para obtener el grado de:

MAESTRA EN SALUD PÚBLICA

PRESENTA:

ROSA ARIANNA AUSTRIA HERNÁNDEZ

DIRECTOR DE TESIS:

D.en CSP. . JESÚS CARLOS RUVALCABA LEDEZMA

CODIRECTORA

MREP, M.GPA. MARIA TERESA ESTRADA MÉNDEZ

ASESORA

M. en S.P. JOSEFINA REYNOSO VÁZQUEZ

Pachuca de Soto, Hidalgo, Septiembre 2016.



Pachuca de Soto, Hgo., septiembre 9 del 2016

M. en S.P. JUAN CARLOS PAZ BAUTISTA
COORDINADOR DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
DIRECTOR OF GRADUATE STUDIES MASTER IN PUBLIC HEALTH

Los integrantes del Comité Tutorial comunicamos a usted que el Proyecto de Producto Terminal denominado "*Evaluación de los factores de riesgo asociados a tuberculosis pulmonar bacilífera en los residentes del estado de Hidalgo, México.*", de la alumna **Rosa Arianna Austria Hernández** con número de cuenta 116076, ha sido concluido y se encuentra en condiciones de continuar el proceso administrativo para proceder a la autorización de su impresión.

Atentamente.
"Amor, Orden y Progreso"

D. en CSP. Jesús Carlos Ruvalcaba Ledezma

Director

MREP, M.GPA. María Teresa Estrada Méndez

Codirectora

M. en S.P. Josefina Reynoso Vázquez

Asesor





Maestría en Salud Pública

Oficio No. ICSa/AAM/MSP/213/2016
Asunto: Impresión de Proyecto Terminal
Pachuca de Soto, Hgo., septiembre 09 del 2016

ROSA ARIANNA AUSTRIA HERNÁNDEZ
ALUMNA DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
STUDENT OF THE MASTER IN PUBLIC HEALTH

Comunicamos a usted que el Comité Tutorial de su Proyecto de Producto Terminal denominado *“Evaluación de los factores de riesgo asociados a tuberculosis pulmonar bacilífera en los residentes del estado de Hidalgo, México.”* considera que ha sido concluido satisfactoriamente, por lo que puede proceder a la impresión de dicho trabajo.

Atentamente.
“Amor, Orden, Progreso”

MC.Esp. José Ma. Busto Villarreal MC. Esp. Luis Carlos Romero Quezada
Director del Instituto de Ciencias de la Salud Jefe del Área Académica de Medicina
Dean Chair of the Department of Medicine

M. en S.P. Juan Carlos Paz Bautista
Coordinador de la Maestría en Salud Pública
Director of Graduate Studies Master in Public Health

JCPB/mchm*



Carretera Ramírez Lilloa Núm 400
Pachuca, Hgo.
Pachuca de Soto, Hidalgo, C.P. 42090
Teléfono (52 52) 771 71 720 00 Ext. 2356
www.observatorio@uaeh.edu.mx

ÍNDICE

GLOSARIO DE TÉRMINOS	5
ABREVIATURAS	8
1.- INTRODUCCIÓN	11
2.- MARCO TEÓRICO	12
3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
4.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	25
5.- JUSTIFICACIÓN	26
6.- OBJETIVOS	28
<u>6.1 Objetivo general</u>	<u>28</u>
<u>6.2 Objetivos específicos</u>	<u>28</u>
7.- HIPÓTESIS	29
8.- MATERIAL Y MÉTODOS	30
<u>8.1.- Diseño</u>	<u>30</u>
<u>8.2.- Población y muestra</u>	<u>30</u>
<u>8.3.- Criterios de selección</u>	<u>30</u>
8.3.1 Criterios de Inclusión	30
8.3.2 Criterios de Exclusión	31
<u>8.4.- Variables</u>	<u>31</u>
<u>8.5.- Procedimientos</u>	<u>33</u>
8.5.1. Para la recolección de Información, instrumentos a utilizar y métodos para el control y calidad de los datos	33
8.5.2. Análisis estadístico	33
9.- ASPECTOS ÉTICOS	35
10.- RESULTADO	36
11.- DISCUSIÓN	75
12.- CONCLUSIONES	77
13.- RECOMENDACIONES	78
14.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
15.- ANEXOS	85

GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **Abandono en tratamiento primario:** a la interrupción del tratamiento contra la tuberculosis durante treinta o más días consecutivos.
- **Adicciones:** a los hábitos o actividades que desarrolla un individuo a fin de mantener el uso y/o abuso de alguna droga, generalmente tóxica, que afectan negativamente su salud física y mental.
- **Alcoholismo:** a la adicción al alcohol.
- **Baciloscopia:** a la técnica de laboratorio que mediante la tinción de Ziehl-Neelsen, preferentemente, permite observar en un frotis bacilos ácido alcohol resistente; puede ser para detección, diagnóstico o control.
- **Baciloscopia negativa:** a la ausencia de bacilos ácido alcohol resistentes, en la lectura de 100 campos microscópicos útiles del frotis de la expectoración o de cualquier otro espécimen.
- **Baciloscopia positiva:** a la demostración de uno o más bacilos ácido alcohol resistentes, en la lectura de 100 campos del frotis de la expectoración o de cualquier otro espécimen.
- **Baciloscopia de control:** a la que se realiza mensualmente durante el tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar para evaluar su evolución.
- **Caso de tuberculosis:** a la persona en quien se establece el diagnóstico de tuberculosis pulmonar o extrapulmonar y se clasifica en caso confirmado o caso no confirmado.
- **Caso de tuberculosis confirmado:** a la persona en quien se ha identificado por laboratorio el complejo *Mycobacterium tuberculosis* en cualquier muestra biológica ya sea por cultivo, baciloscopia o por métodos moleculares.
- **Caso nuevo:** a la persona en quien se establece el diagnóstico de tuberculosis por primera vez o si recibió tratamiento, fue por menos de treinta días.

- **Caso probable de tuberculosis pulmonar (sintomático respiratorio):** a la persona que presenta tos con expectoración o hemoptisis, de dos o más semanas de evolución, en las cuales deben agotarse los recursos de diagnóstico previo a iniciar el tratamiento. En niñas y niños, todo caso que presenta tos con o sin expectoración durante dos o más semanas, fiebre, diaforesis nocturna, detención o baja de peso.
- **Contacto:** a la persona que convive o ha convivido con un enfermo de tuberculosis bacilífero de manera intra o extra domiciliaria y que tiene la posibilidad de contraer la infección.
- **Curación de caso confirmado bacteriológicamente:** al caso de tuberculosis que termina su tratamiento, desaparecen los signos clínicos y tiene baciloscopia negativa en los dos últimos meses de tratamiento o cultivo negativo al final del tratamiento.
- **Defunción por tuberculosis:** a la defunción en la que la tuberculosis inicia la serie de acontecimientos que llevan a la muerte.
- **Estilo de vida:** al patrón de comportamiento identificable por las interacciones entre características personales, interacción social y condiciones de vida socioeconómica y ambiental.
- **Estudio de contactos:** a las acciones dirigidas para identificar personas infectadas o enfermos que conviven o han convivido con un enfermo de tuberculosis.
- **Examen bacteriológico:** a la búsqueda de bacilos ácido alcohol resistentes mediante baciloscopia o cultivo de muestras de expectoración u otros especímenes.
- **Factores de riesgo:** son las circunstancias o condiciones que aumenten la probabilidad de una persona de contraer la enfermedad.
- **Farmacorresistencia:** al concepto microbiológico en el cual un microorganismo del complejo *Mycobacterium tuberculosis* se confirma resistente por pruebas de fármaco sensibilidad in vitro a uno o más medicamentos anti tuberculosis de primera o segunda línea.
- **Grupos en riesgo:** a los individuos susceptibles y a quienes por sus condiciones de trabajo, ocupación o vivienda, tienen una alta probabilidad de entrar en contacto con la bacteria y adquirir la infección.

- **Inmunocompetencia:** al estado del sistema inmunológico, que se traduce en resolver adecuadamente los encuentros con las infecciones.
- **Inmunocompromiso:** a la condición en la que el sistema inmunológico presenta deficiencia cualitativa de su función, debida a enfermedades sistémicas o uso de fármacos.
- **Quimioprofilaxis (terapia preventiva):** a la administración de isoniacida a contactos u otras personas con alto riesgo y que lo requieran, con objeto de prevenir la infección primaria o el desarrollo de la enfermedad tuberculosa.
- **Tratamiento estrictamente supervisado:** al que administra el personal de salud o personal capacitado por el mismo, quien confirma la ingesta y deglución del fármaco para garantizar el cumplimiento del tratamiento.
- **Tratamiento primario acortado:** al tratamiento que se aplica a todos los casos nuevos. Comprende la administración de medicamentos de primera línea: isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol.
- **Tuberculosis:** a la enfermedad infecciosa, causada por el complejo *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. microti*, *M. africanum*, *M. canettii*, *M. caprae* y *M. pinnipedii*), que se transmite del enfermo al sujeto sano por inhalación de material infectante; de madre infectada al producto, ingestión de leche contaminada, contacto con personas enfermas bacilíferas o animales enfermos. Puede ser de localización pulmonar o extra pulmonar.
- **Tuberculosis latente o infección tuberculosa:** a la condición de la persona ya infectada con *M. tuberculosis*, demostrada por su reactividad al PPD, que no presenta signos y síntomas, ni datos radiológicos compatibles con enfermedad activa

ABREVIATURAS

- BAAR Bacilo Ácido Alcohol Resistente
- BCG Bacilo de Calmette y Guérin
- DM Diabetes mellitus
- *M* *Mycobacterium*
- OMS Organización Mundial de la Salud
- OPS Organización Panamericana de la Salud
- PPD Derivado proteico purificado
- SIDA Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
- SINAVE Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
- TAES Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado
- TB Tuberculosis
- TB-MDR Tuberculosis multidrogosensible
- TB-MFR Tuberculosis Multifarmacorresistente
- TB-XDR Tuberculosis exageradamente drogosensible
- UT Unidades de Tuberculina
- VIH Virus de la Inmunodeficiencia Humana

Factores de riesgo asociados a tuberculosis pulmonar bacilífera en residentes del estado de Hidalgo, México

Resumen

La tuberculosis es una enfermedad infecto-contagiosa, transmisible, curable, usualmente crónica, de presentación clínica variable, producida por el complejo *Mycobacterium Tuberculosis*, se adquiere principalmente por vía aérea, generalmente es sistémica y afecta mayormente el sistema respiratorio. Es un problema de salud pública en países como el nuestro, la tuberculosis es una de las más mortales enfermedades reemergentes. Desde que se descubrió y reporto el bacilo de la tuberculosis como agente causal, se dio un avance significativo en el estudio y tratamiento de la misma, predominando el comportamiento microbiológico. Sin embargo, si bien el bacilo es causa necesaria, no es suficiente para el desarrollo de la enfermedad puesto que más del 90% de los infectados mantienen la infección latente durante toda su vida.

Objetivo: Caracterizar los factores de riesgo asociados a tuberculosis pulmonar bacilífera en residentes del estado de Hidalgo, así como el análisis del discurso respecto al mecanismo de contagio y el significado de la enfermedad. **Material y métodos.** Enfoque mixto cuanti-cualitativo. El 100% de casos de tuberculosis pulmonar bacilífera fueron mayores de 15 años, Se obtuvo y analizó la información de la plataforma única de tuberculosis del SiNaVE. Se aplicó cuatro entrevistas a profundidad y se análisis el discurso etnometodológico. **Resultados.** En 2013 se reportó 125 casos de tuberculosis pulmonar bacilífera, el 48% muestra positividad con una cruz (+), (24%) denota positividad dos cruces (++), así mismo (28%) a tres cruces (+++). Solo 15 de las 17 jurisdicciones sanitarias reportaron casos, la jurisdicción con más casos fue Huejutla con (30.4%), seguido de Molango con el 16.8%. El sexo masculino se reconoció como el más afectado en comparación con el femenino, con un 52 y 48%, respectivamente. El grupo etario con mayor número de casos de TB pulmonar bacilífera fue el de 60 y más, concentrando 67 casos. Las amas de casa, con (46.4%) fue el grupo ocupacional más afectado. Se observó que (2.4%), asociados con VIH/SIDA, (28.8%) con diabetes mellitus y (22.4%) con desnutrición. **Conclusiones.** El discurso de las personas entrevistadas a profundidad deja entrever un área de oportunidad para mejorar en lo que respecta al conocimiento de la enfermedad, esto, podría impulsar al sector salud a incrementar esfuerzos en la generación de programas y su aplicación en cuanto a educación para la salud se requiere.

Palabras clave: Bacilífera, Factores de riesgo, *Mycobacterium tuberculosis*, Tuberculosis pulmonar.

Risk factors associated with smear-positive pulmonary tuberculosis in residents of the state of Hidalgo, Mexico

Summary

Tuberculosis is an infectious, transmissible, curable, usually chronic, disease variable clinical presentation, produced by the Mycobacterium tuberculosis complex, it is acquired mainly by air, it is usually systemic and mostly affects the respiratory system. It is a public health problem in countries like ours, tuberculosis is one of the most deadly reemerging diseases. Since it was discovered and reported the tuberculosis bacillus as the causative agent, a significant progress was made in the study and treatment of the same, predominantly microbiological behavior. However, although the cause bacillus is necessary, it is not sufficient for the development of the disease since more than 90% of those infected remain latent infection throughout their lives.

Objective: To characterize the risk factors associated with smear-positive pulmonary tuberculosis in Hidalgo state residents and discourse analysis regarding the mechanism of infection and the significance of the disease. **Material and methods.** quantitative and qualitative mixed approach. 100% of smear-positive pulmonary tuberculosis cases were older than 15 years was obtained and analyzed data from the only platform SINAVE tuberculosis. four interviews in depth was applied and ethnomethodological análisis speech. **Results.** In 2013 125 cases of smear-positive pulmonary tuberculosis were reported, 48% positivity shows a cross (+), (24%) denotes two crosses positivity (++) and it (28%) three crosses (+++) . Only 15 of the 17 health districts reported cases, jurisdiction over cases was Huejutla with (30.4%), followed by Molango with 16.8%. The male was recognized as the most affected compared to women, with 52 and 48%, respectively. The age group with the highest number of smear-positive pulmonary TB cases was 60 and over, concentrating 67 cases. Housewives, with (46.4%) was the most affected occupational group. It was noted that (2.4%), associated with HIV / AIDS, (28.8%) and diabetes mellitus (22.4%) with malnutrition. **Conclusions.** The speech of the people interviewed in depth suggests an area of opportunity for improvement in regard to knowledge of the disease, this could boost the health sector to increase efforts in generating programs and their implementation in education for health is required.

Keywords: bacilliferous, Risk factors, Mycobacterium tuberculosis, pulmonary tuberculosis.

1. INTRODUCCION

La tuberculosis (TB) sigue siendo una amenaza para la salud y el bienestar de las personas, y se considera una de las enfermedades infecciosas en el hombre más importante del mundo, a pesar de los esfuerzos que se han invertido para su control en las últimas décadas. Esto hace que cada caso de TB no sólo implique un sufrimiento individual para el enfermo que la padece, sino que la comunidad que le rodea también se puede ver afectada por ser una enfermedad transmisible.

La TB es una enfermedad infecto-contagiosa crónica, causada por un grupo de bacterias del orden actinomicetales de la familia *Mycobacteriaceae*; se adquiere principalmente por vía aérea, generalmente es sistémica y afecta mayormente el sistema respiratorio (SALUD, 2012).

En pleno siglo XXI, la TB es la enfermedad infecciosa que representa un reto para la salud pública y requiere de atención urgente. En 1993, la Organización Mundial de la Salud la declaró como un problema reemergente debido a la asociación con el VIH/SIDA y la farmacorresistencia. Aunado a lo anterior, el crecimiento de las poblaciones marginadas, la pobreza, la migración el incremento de las enfermedades inmunosupresoras como la diabetes, la desnutrición, dificultan el logro del control de la enfermedad (CONYER, 2006).

2. MARCO TEÓRICO

La TB es la enfermedad infecciosa que más ha afectado a la humanidad a lo largo de su historia, siendo aún hoy en día una importante causa de enfermedad y muerte, sobre todo en los estratos más pobres de la sociedad (Barrios, 2010).

Reseña histórica

Ésta enfermedad ha acompañado a la humanidad durante siglos. Una de las pruebas más antiguas documentadas son las lesiones de mal de Pott dorsal, presentes en un esqueleto encontrado por Barthel (1907) cerca de Heidelberg, que data de unos 5000 años a.C. Similares hallazgos se han observado en momias egipcias (Lara, 2008) (M., 2000). En 1973 se produce el descubrimiento más documentado de la paleopatología de la enfermedad, cuando Allison, Mendoza y Pezia publican en la revista *American Review of Respiratory Diseases* sus hallazgos en una momia de un niño encontrado en Nazca (Perú) con lesiones en el lóbulo pulmonar inferior derecho, pleura, hígado, pelvis renal y columna lumbar; el psoas derecho presentaba tras ser rehidratado, material de aspecto caseoso. Cuando se tiñó el material proveniente de las distintas lesiones, según la técnica de Ziehl-Neelsen pudo demostrarse la presencia de múltiples bacilos ácido alcohol resistente. La fecha de los restos pudo establecerse en torno a 700 años a.C. (Lara, 2008).

El término "tisis" o "consunción" aparece primero en la literatura griega. Alrededor del año 460 a.C. Hipócrates identificó la tisis como la enfermedad más diseminada de todos los tiempos, y notó que era casi siempre fatal (Mendoza, 2000).

Galeno consideraba que "era muy peligroso vivir con un tísico porque éste producía una alteración del aire". Aún a mediados del siglo XIX predominaba la teoría hereditaria, pero ya existía una fuerte corriente a favor de la "Teoría del contagio". Mensajes educativos incluían anuncios como los siguientes: "las causas de la debilidad de los pulmones que favorecen el desarrollo de la tuberculosis son: 1º El haber nacido de padres tísicos..." (A. R., 1999).

Se presagiaba desde esa época, según Herman Pidoux, que "si se llegara a demostrar la contagiosidad de la tuberculosis, se auguraban desgracias que afectarían la economía social, la higiene pública y privada, la medicina y a los pacientes, que serían segregados, y a quienes se tendría que ocultar para evitar que fueran abandonados por la sociedad y por sus familiares" (A. R. , 1999).

Descripciones anatómicas y patológicas exactas de la enfermedad aparecen en el siglo XVII. Sylvius fue el primero en identificar los tubérculos, los abscesos y las cavidades; Manget describió la forma miliar en 1702; el médico inglés Benjamín Marten en 1720 hace la primera conjetura de que la tuberculosis podría ser causada por "criaturas vivientes diminutas" (Mendoza, 2000).

Robert Koch en 1881 planteaba: "Si se inocula a un cobayo sano un cultivo de bacilos, la herida se cierra y parece curarse en los primeros días; alrededor de 10 a 15 días después se produce un nódulo duro que se abre pronto y que da lugar a una ulceración que dura hasta la muerte del animal". Se empezaba a describir la historia natural de la enfermedad y ya para esa época era posible cultivar el bacilo, gracias a los descubrimientos de Lowenstein Jensen (A. R. , 1999).

En Berlín el 24 de marzo de 1882, el Dr. Robert Koch (1843-1910) anunció el descubrimiento del bacilo de la tuberculosis, posteriormente denominado *Mycobacterium tuberculosis*. En 1905 se hizo merecedor al premio nobel de medicina (A. R. , 1999).

En 1890 Koch y Emil Von Behring, discípulos aventajados de Pasteur, describen lo que para la época era el primer tratamiento efectivo contra la tuberculosis, consistente en un filtrado de bacilos, al cual denominaron "Linfá de Koch". Luego vinieron otras nuevas opciones, pero todas fracasaron y fue necesario esperar muchos años más, antes de tener un tratamiento efectivo (A. R. , 1999).

Muchos intentos de tratamiento para la tuberculosis se hicieron en el pasado: Galeno utilizó la colapsoterapia; en 1882 Carlos Forlanini el neumotórax terapéutico; en 1888 Rutiel y

Hereconrt utilizaron la seroterapia; en 1890 Enrique Ireneo Quincke la resección costal para colapsar las cavernas, y por otro lado se utilizó la llamada "Linfá de Koch"; en 1891, que dio lugar a la tuberculina; White recomendaba el cloruro de oro y sodio combinado con yoduro de magnesio; en 1923 L. Negre y A. Bouquet utilizaron el antígeno metflico; en 1924 Moligaard utilizó el tiosulfato de oro y sodio (A. R. , 1999).

La era de la quimioterapia en tuberculosis se inició en 1943 cuando se logró purificar a partir de *Streptomyces griseus* la estreptomícina; en noviembre 20 de 1944, el medicamento fue administrado por primera vez a un paciente críticamente enfermo de tuberculosis, con una rápida recuperación. Después vinieron el ácido p-aminosalicílico (1949), isoniazida (1952), pirazinamida (1954), cicloserina (1955), etambutol (1962) y rifampicina (1963) (Mendoza, 2000).

El enfoque para el tratamiento de la TB consistió en el refuerzo alimentario, el mejoramiento de la vivienda, sumado al reposo y aislamiento del afectado. Paralelamente, desde fines del siglo XVIII, en los países reconocidos como desarrollados se produjo un descenso progresivo de la enfermedad, lo que fue atribuido a la mejora de las condiciones de vida de esas poblaciones (Rodríguez EL, 2000).

Otro desarrollo importante fue realizado por el bacteriólogo Francés Calmette, quien junto con Guerin, utilizaron medio de cultivo específico para disminuir la virulencia de *M. bovis*, creando las bases para la vacuna BCG, cuya primera aplicación se hizo en el año 1921 (M., 2000), y la cual se sigue usando ampliamente hoy, más como prevención de formas graves de tuberculosis en la infancia (PM., 1999).

En 1982 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Unión Internacional contra la Tuberculosis y las Enfermedades del Pulmón, proclamaron el 24 de marzo, el primer día mundial de la tuberculosis, el cual se sigue celebrando cada año en el mundo (CDC, 2001).

Cada año ocurren más de 8 millones de casos nuevos y millones de muertes en el mundo; la TB es la causa de mayor rezago y orfandad, ligada a la pobreza y fracaso de los gobiernos y la sociedad civil al no controlarla (SALUD, 2007).

Definición:

La TB es una enfermedad infecto-contagiosa, transmisible, curable, usualmente crónica, de presentación clínica variable, producida por el complejo *Mycobacterium. tuberculosis*, se transmite del enfermo al sujeto sano, principalmente por contacto con personas enfermas bacilíferas, a través de la inhalación de material infectante. Habitualmente la enfermedad se localiza en los pulmones que es la vía de entrada del bacilo y representa 80-85% de los casos, pero puede afectar prácticamente a cualquier órgano del cuerpo humano (SALUD, 2012).

Etiología y patogenia

En la mayoría de los casos no se puede determinar por qué una persona en particular desarrolla o no desarrolla TB después de haber sido infectada con el bacilo tuberculoso. Por otra parte, se han identificado una multitud de factores que aumentan el riesgo de progresión de una infección subclínica con *M. Tuberculosis* a la enfermedad tuberculosa. Algunos de ellos pueden tener un impacto considerable debido a que no sólo son factores potentes, sino que también pueden ser altamente prevalentes en la población general. La importancia de un factor de riesgo para la salud pública está determinada tanto por la fuerza de la asociación como por su prevalencia en la población (Salud, 2012).

El *M. Tuberculosis* es un bacilo, aerobio estricto, delgado de extremidades redondeadas, con longitud de 2-5 micras y diámetro de 0.2 a 0.3 micras, es inmóvil, carece de cápsula o espora, no tiene ramificaciones y se tiñe de color rojo violáceo con método de Ziehl-Neelsen y una vez teñido es resistente a la decoloración con la mezcla de ácidos minerales fuertes y alcohol, de ahí el nombre de ácido alcohol resistente. El bacilo es sensible al calor, es inactivado por calentamiento a 68° C a pH 7. El periodo de incubación dura desde el

momento de la infección hasta que aparecen las lesiones primarias (4-12 semanas); sin embargo, el riesgo de transmisión puede persistir toda la vida cuando la TB permanece como infección latente. El grado de transmisibilidad depende del número de bacilos eliminados, de su virulencia y de las oportunidades de formación de aerosoles en el acto de toser. El periodo de transmisión se mantiene mientras se expulsan bacilos infecciosos (Salud, 2012).

La ácido-alcohol resistencia es la propiedad que tienen las micobacterias de captar en su pared fucsina fenicada (de color fucsia) o auramina (amarillo fluorescente) y retenerla aun con la acción de decolorantes, como la mezcla de ácido y alcohol. Ésta característica se debe al alto contenido en lípidos, particularmente a los ácidos micólicos, que poseen en la pared celular. Así, utilizando una técnica adecuada es posible identificar al bacilo de la tuberculosis en la muestra del enfermo como un bastoncito rojo fucsia o fluorescente sobre una coloración de fondo que facilita su visualización (OPS, 2008).

El mecanismo de transmisión más importante, que causa la casi totalidad de los contagios es la vía aérea. El *M. tuberculosis* se transmite a través de las microgotas aerosolizadas (gotitas de flügge) que se producen cuando una persona con tuberculosis del tracto respiratorio (pulmonar y/o laríngea) las elimina al toser, estornudar, hablar, cantar y/o reír. Se ha calculado que un enfermo con baciloscopia positiva es capaz de contagiar alrededor de 10-15 personas por año (Salud, 2007).

En los alveolos pulmonares, los bacilos tuberculosos son fagocitados por macrófagos en cuyo interior permanecen y se replican aproximadamente cada 25 horas. En esta etapa los macrófagos no matan ni destruyen a los bacilos, ya que estos tienen mecanismos de evasión muy eficaces. El progreso de la infección solamente es limitado por la inducción de inmunidad adaptativa mediada por la respuesta celular (dependiente de linfocitos T) por lo cual, cualquier factor endógeno o exógeno que la altere favorece las multiplicación bacilar y la aparición de la enfermedad, como es el caso de las inmunodeficiencias primarias o la desnutrición (Salud, 2007).

La primoinfección tuberculosa se da cuando el individuo tiene su primer contacto con el bacilo tuberculoso y consta de tres periodos:

1. Pre alérgico: el paciente presenta síntomas variables e inespecíficos como pérdida de peso, diaforesis, fiebre de difícil explicación y larga duración que oscila entre 38-38.5^o C, puede o no haber tos, de predominio nocturno y síntomas generales (astenia, adinamia y anorexia). La radiografía, reacción al PPD, BAAR y cultivos son negativos.

2. Alérgico: tiene una duración de 6 a 24 meses; el cuadro es más florido, la tos es más frecuente y radiológicamente está caracterizado por linfangitis, neumonitis y linfadenitis (complejo de Ranke), el PPD puede ser positivo en el 75% de los casos, la baciloscopia es negativa hasta el 90% debido a que las lesiones son localizadas a nivel bronquial, el cultivo es positivo del 5 al 30%.

3. Curación: alrededor del 95% de los individuos que presentan primoinfección involucionan hacia la formación del nódulo de Ghon que corresponde a la cicatrización de las lesiones y la curación. Este periodo tiene una duración de 12 a 24 meses.

El 5% restante puede evolucionar a enfermedad pulmonar o diseminada (Salud, 2007).

El hombre sano infectado es el reservorio más importante de la enfermedad y uno de los condicionantes fundamentales de la perpetuación de la endemia; si bien no contagia (no es fuente de infección), la inmensa población portadora de bacilos en estado de latencia puede enfermarse de TB en algún momento de su vida, si alguna situación de inmunodeficiencia se produce. Aproximadamente el 65% de los enfermos de TB pulmonar con frotis positivo (casos bacilíferos) no tratados mueren en 5 años, la mayoría de ello en el curso de los dos primeros. La clasificación de la tuberculosis para fines terapéuticos se basa principalmente en la presencia o ausencia de bacilos tuberculosos en el esputo. Por lo tanto es necesario tener en cuenta que todo infectado es un enfermo en potencia (Salud, 2012).

La tos es por mucho el síntoma pulmonar más frecuente; al inicio puede ser seca y a medida que avanza la enfermedad se transforma en productiva, con expectoración mucosa, mucopurulenta o hemoptoica. (Aidar Omar, 2010).

Es importante evaluar con baciloscopia de esputo a todos los pacientes con tos y expectoración de más de 2 semanas de evolución (sintomático respiratorio), especialmente si se asocia a fiebre y pérdida de peso (Aidar Omar, 2010).

La baciloscopia es la técnica de elección para el diagnóstico rápido y el control del tratamiento de la tuberculosis pulmonar del adulto. Es simple, económica y eficiente para detectar los casos infecciosos. Por eso es la herramienta fundamental de un programa de control de la tuberculosis. Para que la baciloscopia sea positiva es preciso que la muestra tenga como mínimo, entre 5.000 y 10.000 bacilos por mililitro de muestra. Este alto contenido de bacilos se encuentra en los pacientes con tuberculosis pulmonar, especialmente en aquellos con enfermedad avanzada y con lesiones cavitadas. Estos pacientes son los que transmiten los bacilos manteniendo la enfermedad en la comunidad. Siempre se debe intentar conseguir expectoración espontánea porque produce la muestra con mayor riqueza en bacilos (OPS, 2008).

De todas formas, en los países de alta endemia de tuberculosis, una baciloscopia positiva en una muestra respiratoria de un paciente inmunocompetente tiene muy alto valor predictivo para el diagnóstico de tuberculosis. Es decir, es muy bajo el riesgo de equivocarse al diagnosticar tuberculosis por baciloscopia (OPS, 2008).

La coloración de Ziehl-Neelsen es la técnica más apropiada para ser utilizada en todos los laboratorios de los países de América Latina. Es la recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (UICTER) por ser la que asegura resultados reproducibles con un entrenamiento sencillo y la más económica (OPS, 2008).

Frente a determinados pacientes que no pueden expectorar, como en el caso de niños (menores de 15 años), enfermos psiquiátricos o ancianos, se puede recurrir a otras formas menos eficientes de obtención de la muestra tales como el lavado gástrico (OPS, 2008).

Hoy estamos convencidos de que las enfermedades son el resultado de la interacción entre factores genéticos y ambientales, que como sabemos anuncian el peligro de ruptura del equilibrio que representa la salud. Éstos “factores de riesgo”, deben ser bien identificados, bien interpretados y adecuadamente enfrentados, para evitar en lo posible que las personas lleguen a enfermar (Salud, 2012).

El riesgo de desarrollar la enfermedad tuberculosa una vez producida la infección, es de naturaleza principalmente endógena, determinado por la integridad del sistema inmunitario celular. Se conocen una serie de circunstancias y/o condiciones que determinan una disminución transitoria o permanente de la inmunidad celular que facilitan el desarrollo de la enfermedad y que se denominan factores de riesgo. Entre los más importantes factores podemos mencionar: la edad, el estado inmunitario (VIH/SIDA), antecedentes de haber tenido un contacto con tuberculosis, otras condiciones médicas como diabetes mellitus y desnutrición (Salud, 2012).

Las inequidades en salud, es decir, las diferencias que existen en el estado de salud, debido a las desigualdades económicas y sociales entre personas y poblaciones constituyen una de las causas más relevantes para la persistencia de la tuberculosis en el mundo. Esto ha sido reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010), que considera que mientras no se resuelvan todos los determinantes sociales de la enfermedad como pobreza, exclusión, malas condiciones laborales y de vivienda, la TB continuara siendo uno de los principales problemas en salud pública (Meza Palmeros, Sánchez Pérez, Freyermuth Enciso, & Sánchez Ramírez, 2013).

Es más probable que las personas enfermas con TB contagien a otras personas con las que pasan la mayor parte del tiempo. Esto incluye familiares, amigos y compañeros de trabajo. Este bacilo es vulnerable a la radiación ultravioleta por lo que se impide la transmisión en espacios abiertos o en locales iluminados. Se trasmite por lo general de noche, en especial en dormitorios ocupados por la persona enferma y sus contactos más inmediatos. Los enfermos se ubican entre los contactos próximos (familiares o no) que comparten sus habitaciones (hogar o locales de convivencia colectiva, como hospitales, hogares de

ancianos, hospedajes, cárceles, fábricas etc.), constituyendo pues un foco de infección (Salud, 2009).

La tendencia generalmente observada a una incidencia más alta de la enfermedad con el aumento de la edad. Los costos sociales y económicos de TB son enormes, sobre todo porque su incidencia se concentra en los adultos jóvenes, mayores de 20 años. El rápido crecimiento de la población mexicana ha sido a expensas del grupo de la población joven, los cuales constituyen la capa más productiva de la población (Salud, 2012).

Además la discapacidad de un adulto inserto en el mundo laboral afecta también a su entorno familiar más inmediato, porque la TB golpea sobre todo a aquellas familias en las que más necesarios son los recursos económicos que podría aportar el afectado, en el 2011 se reconoció al sexo masculino como más afectado que el femenino (Salud, 2012)

Existe una sinergia mortal entre ambas infecciones TB/VIH. El VIH promueve la progresión de una infección por TB latente, y la TB acelera la evolución de la enfermedad por VIH. El efecto devastador de la epidemia del VIH ha tenido el mayor impacto sobre poblaciones con alta prevalencia de infección por *Mycobacterium tuberculosis*, lo cual, además, ha tenido gran repercusión en la epidemia de la TB (OPS, 2011).

La infección con VIH es el factor de riesgo más fuerte para la progresión de un estado de TB latente o infección reciente a un estado de la enfermedad activa o tuberculosa. El riesgo de progresión de la infección por TB a infección es de 5 % en personas sin VIH en los primeros 2 años, y luego es menor de 5 % el resto de la vida. En personas con VIH ese riesgo es de 5 a 15 % por año, el que aumenta a mayor de 30 % durante el resto de la vida (Salud O. P., 2010).

En el 2009 se estimaron 1.1 millones de nuevos casos de coinfección por TB y VIH en el mundo, de los cuales 24,000 correspondían a la Región de las Américas (Salud O. P., 2010).

Uno de cada 10 pacientes VIH positivos que se infectan con la micobacteria, desarrollarán la enfermedad en el transcurso de un año. De hecho, la TB es la más común de las coinfecciones en VIH y el riesgo de presentarla en pacientes VIH negativos es de 5-10 %; sin embargo, en aquellos VIH positivos el riesgo es de 50 %. Una tercera parte del incremento de las personas con TB en el planeta se atribuye a la propagación del VIH. Una de cada 3 personas que mueren por sida tiene TB, y entre 8 y 10 % de todos los fallecimientos debido al VIH están relacionadas con la TB (Mendoza Ticona A, 2008).

El tratamiento para la tuberculosis en pacientes VIH positivos es tan efectivo como para pacientes VIH negativos (Mendoza Ticona A, 2008).

La tuberculosis (TB) es una de las enfermedades que crecen en medida que la brecha de inequidad en la sociedad aumenta; generalmente las personas más vulnerables a ser víctimas de la enfermedad son aquellos grupos que no tienen un acceso integral a la salud (Meza Palmeros, Sánchez Pérez, Freyermuth Enciso, & Sánchez Ramírez, 2013).

Se sabe que el 90% de los estados de malnutrición en México son ocasionados por la alimentación inadecuada, el efecto adverso de la malnutrición sobre el sistema inmunitario es una noción generalmente aceptada. Produce un desequilibrio en la cascada de inmunidad celular y pérdida de la homeostasis del individuo. El grado y distribución de la malnutrición proteica energética y de las deficiencias de micronutrientes en una población dada, dependen de muchos factores (Ortega AA, 2010).

La tuberculosis está fuertemente relacionada a la pobreza, ya que a pesar que todos los estratos sociales presentan casos de tuberculosis, son los más pobres los que están en riesgo debido al hacinamiento en la casa, trabajo, transporte, además de presentar generalmente un sistema inmune más débil debido a la malnutrición. Todo esto causa el gran impacto como enfermedad con alta carga social debido a que esta población, que necesita trabajar para subsistir, su condición clínica no le permite hacerlo, con lo cual caen en un círculo vicioso (el de la pobreza), del cual no ven salida. (Ugarte, 2009).

La asociación entre la TB y DM comenzó a recibir atención y ser descrita a mitad del siglo XX (SC, 2005), ya que la TB incrementa las posibilidades de que los pacientes desarrollen DM debido al estado de hiperglucemia como resultado de la infección y por resultado del tratamiento de TB. Además, la DM aumenta la susceptibilidad a desarrollar TB debido a la inmunodeficiencia por presentar ésta condición metabólica (Dooley KE, 2009).

Estudios sugieren que en los pacientes con TB/DM hay una menor tasa de conversión del resultado de esputo de positivo a negativo comparado con pacientes con Tb no diabéticos (Jiménez CM, 2013) (Reis SB, 2013).

El cuadro clínico de un paciente con TB/DM tiende a ser más severo por factores de inmunosupresión y diferente farmacocinética de los medicamentos para TB y DM (Jeon CY, 2008).

La predisposición de las personas para sufrir tuberculosis activa, puede ser explicada por defectos en la inmunidad celular causada por la hiperglucemia. La diabetes puede disminuir la respuesta al tratamiento antifímico, además la diabetes puede modificar el curso clínico de la infección o asociarse a presencia de cepas resistentes (Ponce LA, 2004).

La diabetes debe ser incluida entre los factores determinantes de la incidencia futura de la TB. En México la prevalencia de la diabetes es varias veces mayor a la infección por VIH, por lo que agrava el impacto de la diabetes para el sistema de salud (Ponce LA, 2004).

Lamentablemente, la TB como el SIDA o la lepra, tiene no solo la carga del malestar biológico, sino que también la sociedad los discriminan, llegando a algunos casos a una “muerte” social, ya que se les cierran oportunidad para poder reintegrarse a la sociedad y permitirse el derecho de un desarrollo personal digno. El problema del estigma es que nace del desconocimiento. Su definición implica poner etiquetas a situaciones o personas, que pueden llevar luego a prácticas discriminatorias, y a pesar de que los profesionales de la salud son un grupo dentro de la sociedad con mayor acceso a información, son los que realizan prácticas discriminatorias más abiertas (Ugarte, 2009).

Los pacientes no sólo tienen que sufrir el malestar físico, sino también tienen que lidiar con la discriminación y estigma de parte de la sociedad, vulnerando así sus derechos fundamentales como persona (Cruz, 2004).

La tuberculosis es una enfermedad que presenta un fuerte prejuicio o estigma social, con diferentes matices culturales según la sociedad de que se trate. La conducta reportada más frecuente en los distintos países es tratar de ocultar la enfermedad, lo que también incide en el diagnóstico y tratamiento (Cruz, 2004).

Una de las características del prejuicio, que en el caso de la tuberculosis tiene una historia de siglos de reforzamiento social, es que su componente cognoscitivo (estereotipo) está constituido por una información incompleta y demasiado generalizada y su componente afectivo está asociado a elementos de rechazo muy arraigados que a su vez constituyen una barrera a nuevos conocimientos. Este prejuicio afecta a una de las necesidades fundamentales de los humanos, la aceptación social, necesidad que para intentar satisfacerla motiva diferentes comportamientos (tercer componente del prejuicio) que dependerán de las características de la personalidad de cada individuo y del contexto en que se desenvuelve (Cruz, 2004).

La desinformación acerca de las causas de la Tuberculosis, de su transmisión y de su curación está relacionada con el estigma vinculado a la tuberculosis. Ya que sin este enfoque integral, no va hacer posible tener éxito en el control de la enfermedad (Ugarte, 2009).

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde que se descubrió y reporto el bacilo de la tuberculosis como agente causal, se dio un avance significativo en el estudio y tratamiento de la misma, predominando el comportamiento microbiológico. Sin embargo, si bien el bacilo es causa necesaria, no es suficiente para el desarrollo de la enfermedad puesto que más del 90% de los infectados mantienen la infección latente durante toda su vida y dadas algunas condiciones del huésped, la infección pasa de una etapa latente al desarrollo de la enfermedad en cualquiera de sus formas clínicas.

Las condiciones del huésped son comunes a otras enfermedades infecciosas; la desnutrición, estigma de pobreza y marginación, que a su vez son efectos de la desigualdad social imperante y explica la endemia de tuberculosis, se asocia también a condiciones de inmunodepresión propias de enfermedades crónicas como diabetes mellitus o emergentes como VIH/SIDA.

Con la presente investigación se identificarán los factores de riesgos que inciden en la presencia de tuberculosis pulmonar en el Estado de Hidalgo, con lo que se agruparan los elementos esenciales para contribuir a la prevención y control de la tuberculosis pulmonar. Se podrán definir los mecanismos para la vinculación de los distintos órdenes de gobierno y la sociedad civil, tanto local, municipal y estatal para fortalecer la acción comunitaria hacia el desarrollo de entornos favorables y el control de los determinantes de la tuberculosis y su comorbilidad. Reducir la incidencia de tuberculosis pulmonar en el estado de Hidalgo es un compromiso para contribuir con las metas, estrategias y líneas de acción, específicas para disminuir el riesgo de enfermar y morir por causas de la tuberculosis, mismas que se orientan a la consecución de los compromisos establecidos en el marco de los objetivos del desarrollo del milenio de las Naciones Unidas (OMS, 2010).

Con base a la carencia de estadísticos que evalúen los factores riesgos que podrían estar asociados a la aparición de tuberculosis pulmonar bacilifera en el Estado de Hidalgo, se plantean la siguiente pregunta que servirán de guía para el diseño del estudio.

4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son factores de riesgo asociados a tuberculosis pulmonar bacilífera en los residentes del estado de Hidalgo?

5. JUSTIFICACION

La TB es un problema de salud pública que demanda atención constante y diseño de estrategias innovadoras para su combate por parte del Sistema de Salud.

En el año 2009 había 9.4 millones de casos nuevos de TB en el mundo, (equivalente a una tasa de incidencia de 137 casos por 100 mil habitantes). El número absoluto de casos continua aumentando significativamente año con año, los casos ocurrieron en Asia 55% y África 30%, las proporciones menores ocurrieron en la Región Mediterránea del Este 7%, la Región Europea 4% y en la Región de las Américas 3%. De los 9.4 millones de casos nuevos 1.0-1.2 millones (11-13%) fueron positivos para VIH. Aproximadamente 1.7 millones de personas murieron de TB en el año 2009, de los cuales 0.4 millones eran VIH positivos (Salud, 2012).

En México la vigilancia de la TB se realiza a través de la notificación inmediata y seguimiento en la Plataforma Única de Información Nacional, en su módulo TB. En el 2010 se presentaron alrededor de 18,848 casos nuevos en todas sus formas, de los cuales 81.6% (15,795) corresponde a tuberculosis pulmonar; 1.6% a la tuberculosis meníngea; 5.7% a ganglionar y 11.1% a otras formas. La tasa de morbilidad nacional fue de 13.7% y de mortalidad del 1.7% a nivel nacional. La razón hombre-mujer es de 1.5:1, y aunque varía de un estado a otro, sigue siendo más frecuente en hombres en edad productiva. Las regiones con más casos fueron: el norte con 32% y el sureste con 36% de los casos del país (Salud, 2012).

En el estado de Hidalgo de acuerdo a los datos que arroja la plataforma única de tuberculosis para la Secretaria de Salud, indica que durante el 2011 se reportaron 219 casos nuevos de tuberculosis en todas sus formas, con una tasa de 17.2 por 100,000 habitantes, de estos 203 fueron casos pulmonares, con una tasa de 15.9 por 100,000 habitantes, el 58.1% bacilíferos, de los 219 casos en 18.2% se asoció a desnutrición, 15.9% a diabetes mellitus, 5.9% a VIH/SIDA. La razón hombre-mujer es de 1.6:1. Ocurrieron 5 defunciones relacionadas con la tuberculosis.

Dentro del Plan Mundial para detener la TB, la meta para 2015 es disminuir las tasas de prevalencia y mortalidad registradas en 1990. Al respecto, América Latina, Asia suoriental y el Pacífico occidental están en dirección correcta para alcanzar dichas metas, lo que no sucede en África y los países del Mediterráneo oriental (Salud, 2009).

En México, los desafíos actuales en el control de la TB son diferentes debido a la heterogeneidad de la población, la más amplia brecha socioeconómica, la iniquidad en los servicios y una pobre cultura en cuanto a la salud, ante los datos revisados estamos frente a un problema que requiere de manera urgente reorientar los esfuerzos y políticas públicas en salud, de lo contrario no logrará cumplir con los objetivos del desarrollo del milenio.

En base a los antecedentes y a la carencia de estudios en el Estado de Hidalgo que caracterice los factores de riesgo asociados a TB pulmonar, se justifica realizar este estudio.

6. OBJETIVOS

1.1 Objetivo general

Caracterizar los factores de riesgo asociados a tuberculosis pulmonar bacilífera en residentes del estado de Hidalgo, así como el análisis del discurso respecto al mecanismo de contagio y el significado de la enfermedad.

1.2 Objetivos específicos

1. Diseñar una base de datos que permita identificar las variables clínicas y sociodemográficas en residentes del Estado de Hidalgo.
2. Caracterizar la tuberculosis pulmonar bacilífera de acuerdo a variables clínicas y sociodemográficas en residentes del Estado de Hidalgo.
3. Describir el análisis el discurso de los casos de tuberculosis pulmonar bacilífera respecto a su enfermedad considerando el mecanismo de contagio y la evolución de su padecimiento.

7. HIPÓTESIS

Dado que los estudios observacionales descriptivos no prueban hipótesis, más bien son generadoras de estas, la hipótesis de investigación generada se enuncia a continuación.

Hi: La desnutrición, el antecedente epidemiológico de haber sido contacto de tuberculosis pulmonar y tener comorbilidades como VIH/SIDA y/o diabetes mellitus, son factores de riesgo para padecer tuberculosis pulmonar.

8. MATERIAL Y MÉTODOS

8.1 Diseño:

Se realizará un estudio de tipo enfoque mixto donde la primer fase corresponde a un diseño transversal, descriptivo y además un diseño cualitativo etnometodológico para el análisis del discurso de los casos de tuberculosis pulmonar bacilifera.

Fase 1

Diseño transversal: para esta fase de la investigación se analizará la información de la base de datos el 2013 para generar información estadística que permita verificar los factores de riesgo caracterizados de los casos de tuberculosis pulmonar bacilifera.

Fase 2

Se aplicará una entrevista a profundidad hasta punto de saturación en cuatro casos con diagnóstico de tuberculosis pulmonar bacilifera del Estado de Hidalgo en el 2013.

8.2 Población y muestra:

La población objeto de estudio son el 100% de casos de tuberculosis pulmonar bacilífero mayores de 15 años, residentes del Estado de Hidalgo en el 2013.

8.3 Criterios de selección

8.3.1 Inclusión:

Casos de tuberculosis pulmonar bacilífera de ambos sexos, mayores de 15 años, residentes del estado de Hidalgo.

8.3.2 Exclusión:

Casos de tuberculosis de otras formas registrados en la plataforma única de tuberculosis del Estado de Hidalgo, del sistema nacional de vigilancia epidemiológica.

8.4 Variables

Para la investigación que se pretende realizar, se utilizarán las siguientes variables que se presentan en el cuadro 1. En el cuadro 2 se define a cada una de éstas y en el cuadro 3, la operacionalización de las mismas.

Cuadro 1. Relación entre las variables

Variable independiente	Variable dependiente
<ul style="list-style-type: none"> • Lugar de residencia • Edad • Sexo • Ocupación • Contacto de tuberculosis pulmonar • VIH/SIDA • Diabetes mellitus • Desnutrición • Clasificación final 	<ul style="list-style-type: none"> • Tuberculosis pulmonar bacilífera

Cuadro 2. Definición operacional de las variables

Variable	Definición operacional
✓ Tuberculosis pulmonar bacilífera	Enfermedad infecciosa generalmente crónica causada por las especies del género <i>M. tuberculosis</i> . En cuyo diagnóstico ha sido comprobado por medio de baciloscopia y se tiene la presencia de cinco o más bacilos ácido-alcohol resistentes en la lectura de 100 campos del frotis de la expectoración*.
✓ Lugar de residencia	Espacio geográfico en donde se reside.**
✓ Edad	Tiempo que ha vivido una persona. **
✓ Sexo	Es el conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, que los definen como masculino o femenino. El sexo viene determinado por la naturaleza, es una construcción natural, con la que se nace**
✓ Ocupación	Se define como el conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo.** La persona que convive con un caso de tuberculosis.*
✓ Contacto de tuberculosis pulmonar	Es la persona infectada asintomática y/o enferma de SIDA.****
✓ VIH/SIDA	Comprende a un grupo heterogéneo de enfermedades sistémicas, crónicas, de causa desconocida, con grados variables de predisposición hereditaria y la participación de diversos factores ambientales que afectan al metabolismo intermedio de los hidratos
✓ Diabetes mellitus	

<p>✓ Desnutrición</p> <p>✓ Clasificación final</p>	<p>de carbono, proteínas y grasas que se asocian fisiopatológicamente con una deficiencia en la cantidad, cronología de secreción y/o en la acción de la insulina. Estos defectos traen como consecuencia una elevación anormal de la glucemia después de cargas estándar de glucosa e incluso en ayunas conforme existe mayor descompensación de la secreción de insulina.**</p> <p>Hace referencia a un estado patológico ocasionado por la falta de ingestión o absorción de nutrientes.**</p> <p>Estado del paciente al finalizar el tratamiento.</p>
--	---

Fuentes: *NORMA Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-2013, Para la prevención y control de la tuberculosis.

**Diccionario de la real academia española.

*** NORMA Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.

**** NORMA Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

Cuadro 3. Operacionalización de las variables

Variable	Tipo de variable	Dimensión	Indicador	Escala de valor	Estadística
Dependiente	Cualitativa nominal dicotómica	Clínica	Tuberculosis pulmonar bacilífera	Persona con tuberculosis pulmonar cuyo diagnóstico ha sido comprobado por baciloscopia. Se medirá a través del registro de lectura de baciloscopías con los siguientes resultados: 1.- Positiva + 2.- Positiva ++ y +++	
Independiente	Cualitativa nominal politómica	Geográfica	Lugar de residencia	Municipio y jurisdicción en donde reside el caso de tuberculosis pulmonar bacilífera. Se medirá a través del registro.	
	Cuantitativa discreta razón	Clínica	Edad	Edad en años cumplidos. Se medirá a través del registro	
	Cualitativa nominal dicotómica	Clinica	Sexo	0.- Masculino 1.- Femenino Se medirá a través del registro.	
	Cualitativa nominal politómica	Social	Ocupación	0.- Ama de casa 1.- Trabajador de la salud 2.- Campesino 3.- Profesionista 4.- técnicos 5.- Trabajadores de la educación 6.- Comerciante 7.- Recluso 8.- Estudiante 9.- Trabajador (a) del sexo comercial. 10.- No trabaja Se medirá a través del registro.	
	Cualitativa nominal dicotómica		Contacto de tuberculosis pulmonar	1.- Contacto 2.- No contacto Se medirá a través del registro.	
			VIH/SIDA	1.- Caso de VIH/SIDA 2.- No caso de VIH/SIDA	

	Cualitativa nominal dicotómica	Clinica	Diabetes mellitus	Se medirá a través del registro. 1.- Diabético (a) 2.- No Diabético (a)	
	Cualitativa nominal dicotómica	Clinica	Desnutrición	Se medirá a través del registro. 1.- Desnutrido (a) 2.- No Desnutrido (a)	
	Cualitativa nominal dicotómica	Clinica	Clasificación final	Se medirá a través del registro. 1.- Curado 2.- Defunción 3.- Abandono 4.- Fracaso 4.- Traslado a otra unidad	
	Cualitativa Nominal politómica	Clinica			

Fuente: Plataforma Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Tuberculosis 2013

8.5 Procedimiento

8.5.1 Método de recolección de información:

Se realizará a partir de la base de datos de la plataforma única de tuberculosis del sistema nacional de vigilancia epidemiológica, que fue proporcionada por la subdirección de prevención de enfermedades para lo cual, cuento con la autorización para poder hacer uso de dicha información.

Se realizará análisis cualitativo etnometodológico a partir del discurso de cuatro personas diagnosticadas en el 2013 como caso de tuberculosis pulmonar bacilifera residentes del Estado de Hidalgo.

8.5.2 Análisis estadístico:

Estadístico de tendencia central

Para el estudio que planeo realizar utilizaré dentro de la estadística descriptiva la media aritmética como medida de tendencia central para las variables de edad.

Estadísticos de dispersión

Se utilizará desviación estándar en las variables de edad.

Estadísticos de probabilidad

Se realizarán proporciones para la distribución de frecuencia de edad y sexo.

Categorías para describir el análisis del discurso en personas con TB bacilífera del estado de Hidalgo.

- a) Su historia narrada “El diagnóstico de la enfermedad”.
- b) El significado de su enfermedad.
- c) El tratamiento de su enfermedad.
- d) El impacto social de su enfermedad.
- e) La evolución de su enfermedad.
- f) Su proyecto de vida.

9. ASPECTOS ÉTICOS

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, el estudio que pretendo realizar comprende acciones que contribuyan a la prevención y control de los problemas de salud. En cuanto a los aspectos éticos la investigación a realizarse deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar del paciente.

La investigación que planeo hacer es sin riesgo: son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental y en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: entrevistas y plataforma del sistema nacional de vigilancia epidemiológica en el rubro de tuberculosis únicamente del estado de Hidalgo, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta del sujeto en estudio. (Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, 1984)

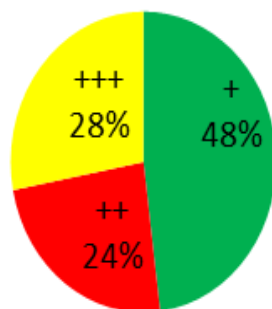
10. RESULTADOS

Análisis Cuantitativo

Según el registro y notificación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Tuberculosis, en el año 2013 en el estado de Hidalgo se reportó un total de 125 casos de tuberculosis pulmonar bacilífera, correspondiendo a una prevalencia de 2.6 casos por cada 100 mil habitantes.

Los resultados hacen referencia al estudio de 125 casos de personas con Tuberculosis pulmonar bacilífera, el reporte de laboratorio indica que respecto a la carga bacilar 60 casos que corresponde al 48% muestra positividad con una cruz (+), 30 (24%) denota positividad dos cruces (++), así mismo 35 (28%) a tres cruces (+++) (Ver Figura1).

Figura 1 Porcentaje de carga bacilar de los casos de TBP en el Estado de Hidalgo, 2013



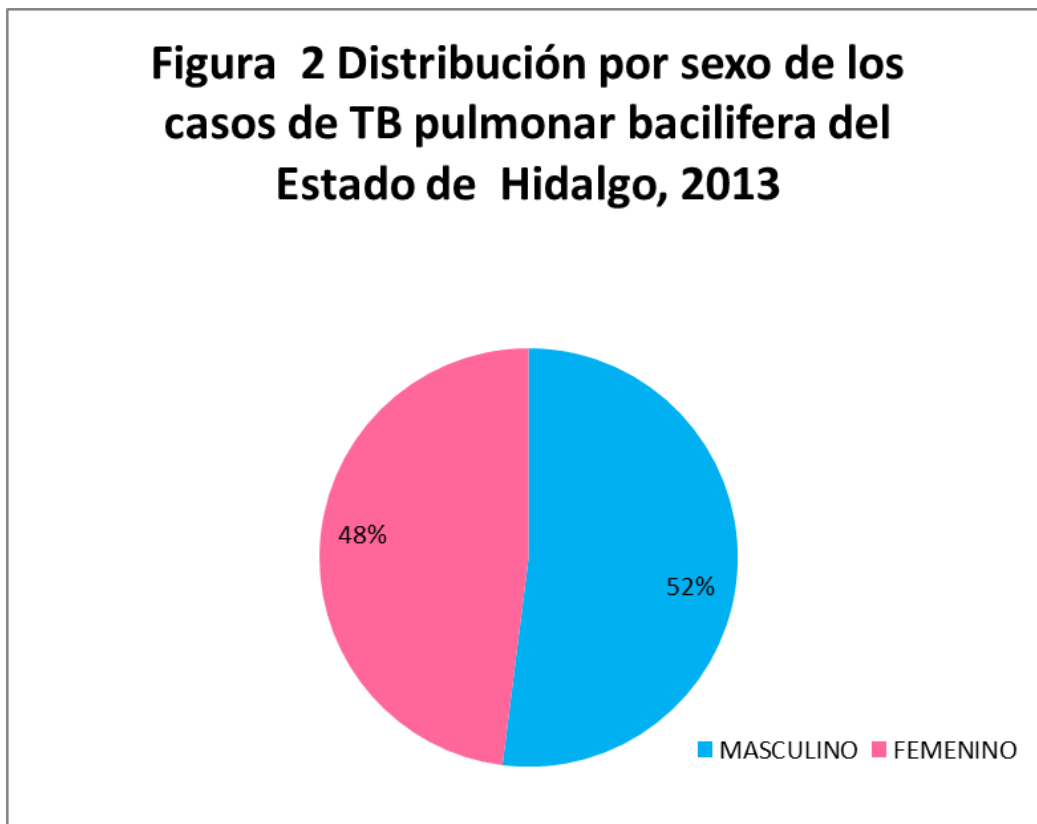
Fuente: Directa, Plataforma SINAVE-TB 2013

Al analizar el lugar de residencia de los casos de TB bacilífera se encontró que solo 15 de las 17 jurisdicciones sanitarias reportaron casos en el 2013, la jurisdicción con el mayor número de casos fue Huejutla con 38 (30.4%), seguido de Molango quien contribuyó con 21 casos lo que representa el 16.8%, Pachuca y Zimapán, ambas con el mismo número de casos 9 (7.2%), Otomí-Tepehua 8 (6.4%), Zacualtipán 7 (5.6%), Jacala 6 (4.8%), Actopan 5 (4%), las jurisdicciones Tulancingo, Huichapan, Ixmiquilpan y Tepeji presentaron cada una 4 casos equivalente a 3.2%, Metztlán 3 (2.4%), Tula 2 (1.6%) y finalmente con 1 caso Atotonilco con el 0.8% (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Frecuencia y porcentaje de lugar de residencia de los casos de TB pulmonar		
Jurisdicción sanitaria	Frecuencia	Porcentaje
PACHUCA	9	7.2
TULANCINGO	4	3.2
TULA	2	1.6
HUICHAPAN	4	3.2
ZIMAPAN	9	7.2
IXMIQUILPAN	4	3.2
ACTOPAN	5	4.0
MEZTITLÁN	3	2.4
MOLANGO	21	16.8
HUEJUTLA	38	30.4
TEPEHUA	8	6.4
TEPEJI	4	3.2
ATOTONILCO	1	0.8
JACALA	6	4.8
ZACUALTIPAN	7	5.6
TOTAL	125	100.0

Fuente: Directa, Plataforma SINAVE-TB 2013

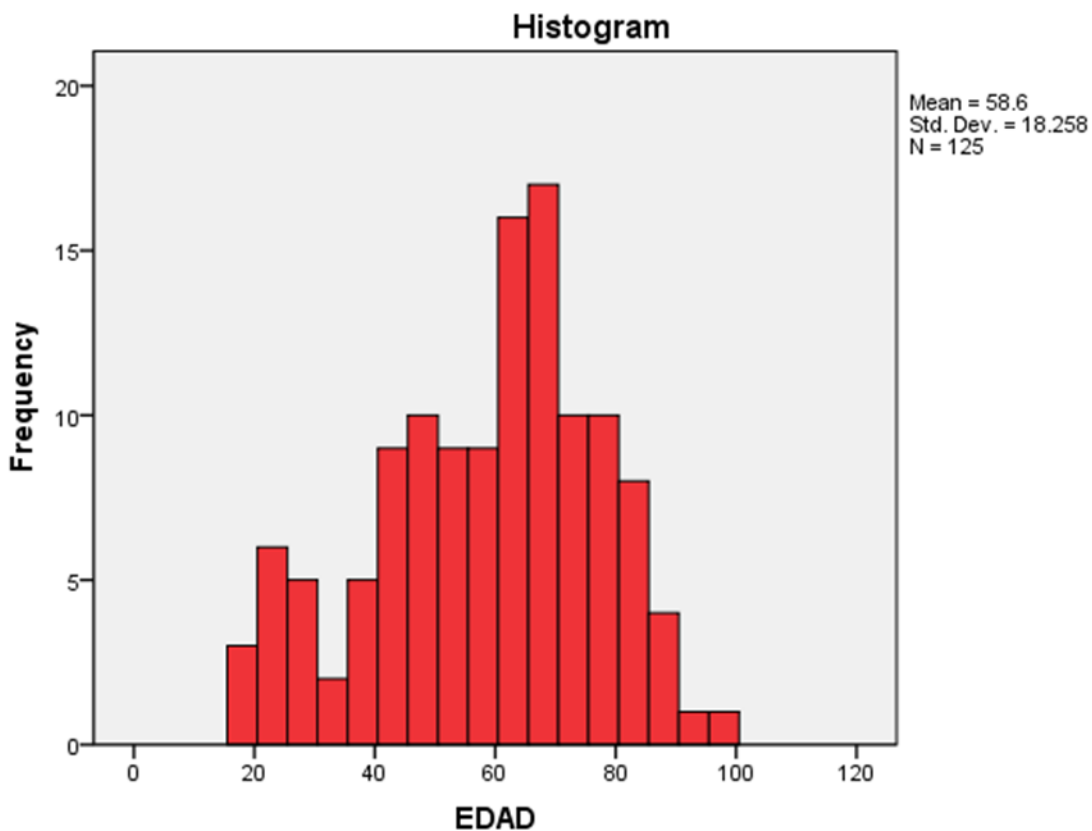
El sexo masculino se reconoce como el más afectado en comparación con el femenino. En este sentido, la población reportada en el año 2013, registró un total de 65 hombres y 60 mujeres, con un 52 y 48%, respectivamente (Ver Figura 2).



Fuente: Directa, Plataforma SINAVE-TB 2013

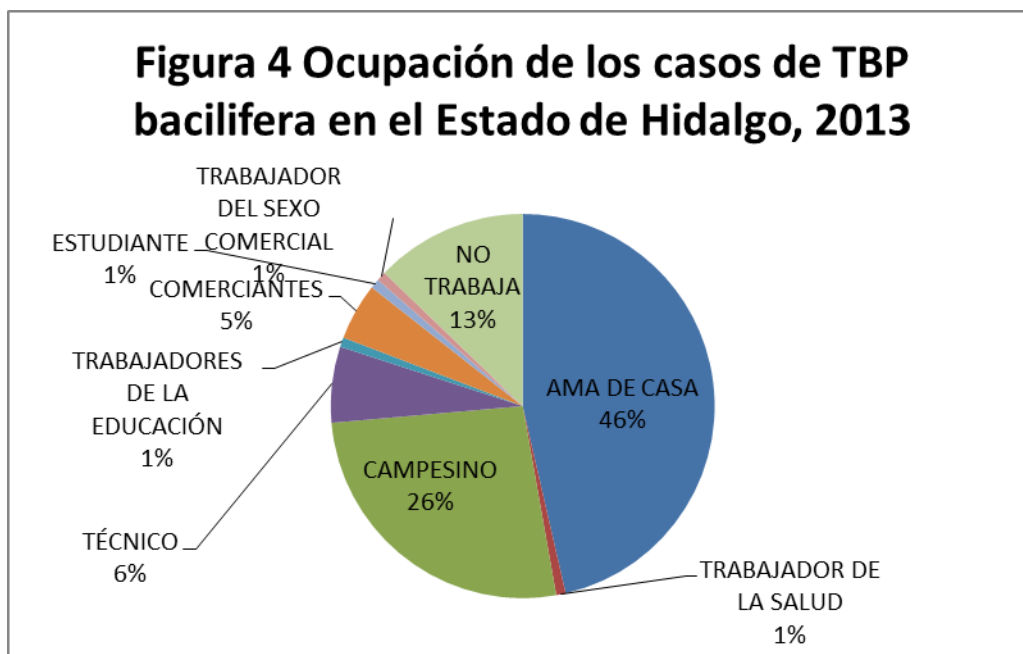
Los resultados indican que el rango de edad de casos con tuberculosis pulmonar bacilífera en el Estado de Hidalgo en el 2013, fue de 18 a 97 años, con una mediana de 59 y una desviación estándar de 18.2. El grupo etario más afectado fue el de 60 y más, concentrando 67 casos (Ver Figura 3).

Figura 3 Frecuencia de edad de los casos de TB pulmonar bacilifera del Estado de Hidalgo, 2013



Fuente: Directa, Plataforma SINAVE-TB 2013

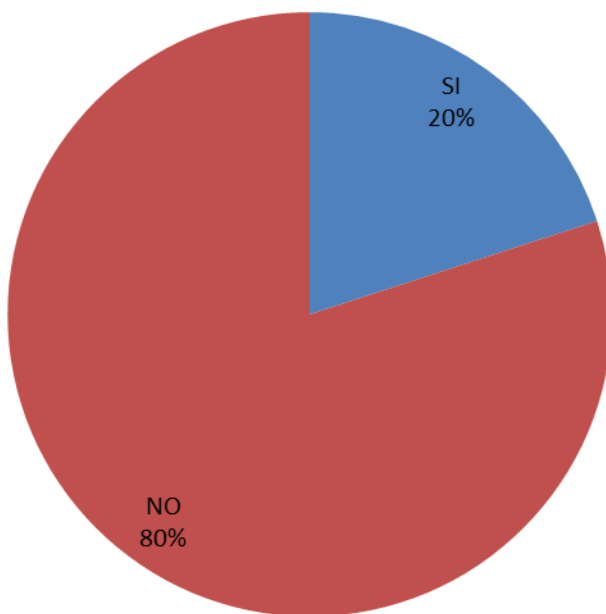
Con relación a la ocupación se observó que 58 casos (46.4%) son amas de casa, la segunda ocupación registrada fue campesinos 33 (26.4%), seguido por los que no trabajan 16 (12.8%), técnicos 8 (6.4%), comerciantes 6 (4.8) y finalmente con 1 caso que corresponde al 0.8% se encuentran los trabajadores de la salud, trabajadores de la educación, estudiante, trabajador del sexo comercial (Ver Figura 4).



Fuente: Directa, Plataforma SINAVE-TB 2013

Del total de registros revisados, 25 (20%) refirieron haber tenido contacto intra o extra domiciliario con tuberculosis, el resto 100 (80%) no reconoció haber estado en contacto con algún caso de tuberculosis (Ver Figura 5).

Figura 5 Antecedente de contacto con TB en los casos de TBP bacilifera en el Estado de Hidalgo, 2013



Fuente: Directa, Plataforma SINAVE-TB 2013

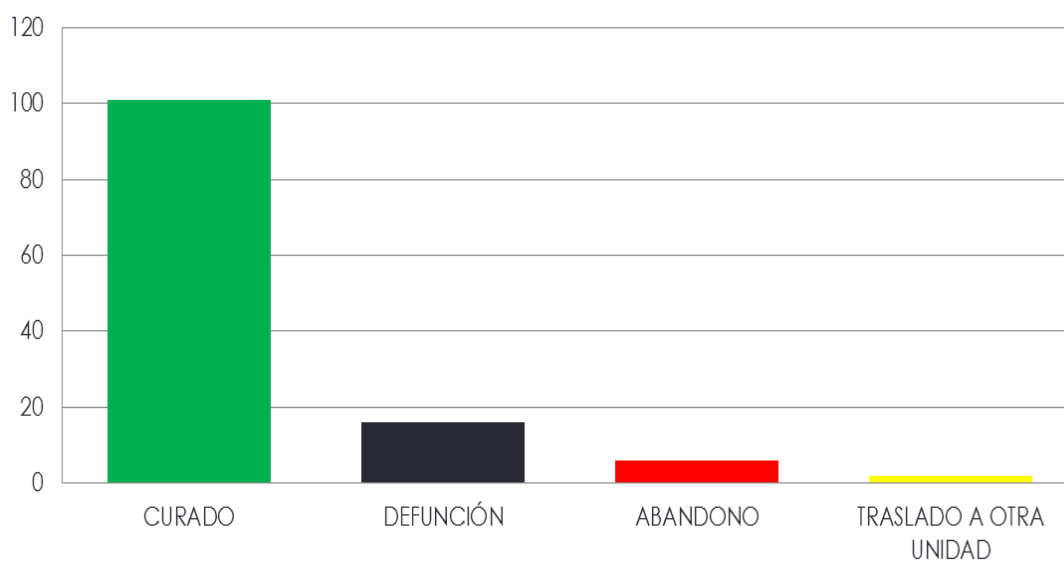
De los 125 casos de TB pulmonar registrados en la plataforma del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en el 2013, en el Estado de Hidalgo, se observó que 3 casos, los cuales corresponden a un 2.4%, se asocian VIH/SIDA, el resto de los casos: 122 (97.6%) sin relación, se constata que 36 casos, los cuales corresponden a un 28.8% se asocian a diabetes mellitus, el resto de los casos: 89 (71.2%) sin relación. Se verifica que 28 casos, los cuales corresponden a un 22.4% se asocian desnutrición, el resto de los casos: 97 (77.6%) sin relación (Ver Tabla 2).

Tabla 2 Frecuencia y porcentaje de comorbilidades presentes en los casos de TB pulmonar		
VIH/SIDA		
	Frecuencia	Porcentaje
SI	3	2.4
NO	122	97.6
Total	125	100
Diabetes mellitus		
SI	36	28.8
NO	89	71.2
Total	125	100
Desnutrición		
SI	28	22.4
NO	97	77.6
Total	125	100

Fuente: Directa, Plataforma SINAVE-TB 2013

La clasificación final de los 125 casos registrados se distribuyó de la siguiente manera: curados 101 (80.8%), defunción 16 (12.8%), abandono de tratamiento 6 (4.8%) y 2 casos se trasladaron a otra unidad para continuar con su tratamiento correspondiendo a 1.6% (Ver Figura 6).

Figura 6 Clasificación final de los casos de TBP bacilifera en el Estado de Hidalgo, 2013.

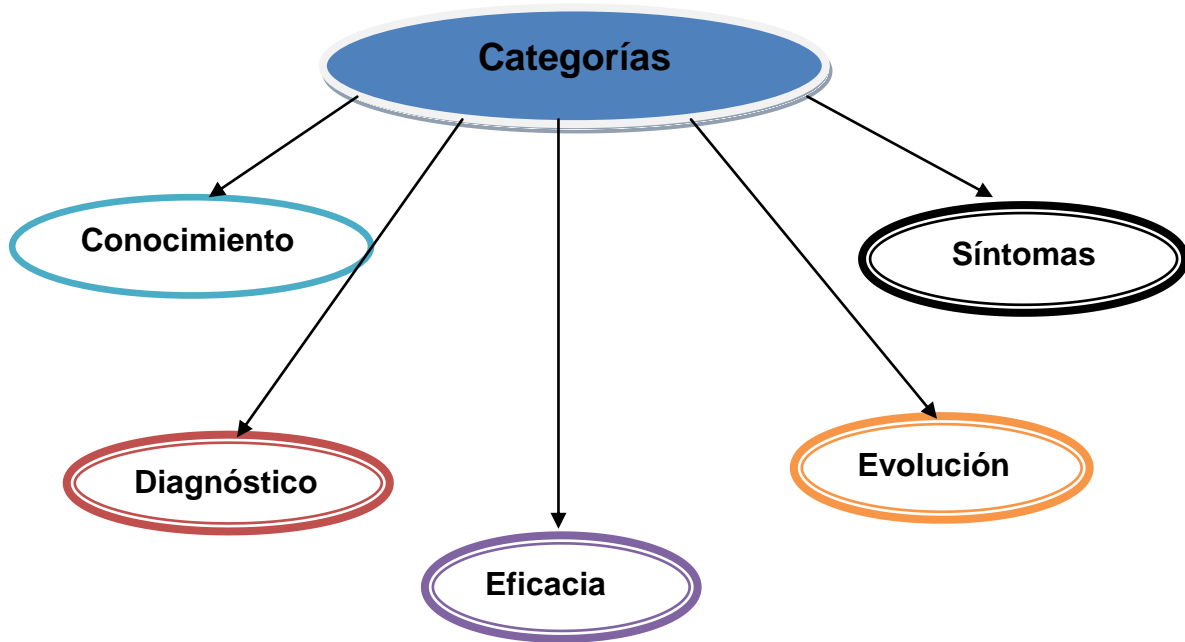


Fuente: Directa, Plataforma SINAVE-TB 2013

Análisis cualitativo

La conformación de las categorías se realizó en el paquete para análisis cualitativo denominado: ATLAS. Ti 7

Figura 1. Categorías establecidas para el análisis cualitativo.



El contexto social se consideró común, ya que esta es una de las enfermedades emergentes, clasificada dentro de las enfermedades de la pobreza, el interés al establecer las categorías se centró en la construcción de redes de cada una de las entrevistas y en la generación de un concentrado o análisis de tendencias para explorar asociación entre las mismas. Esto es, vislumbrar desde la metodología cualitativa la conformación de redes y su significado a partir de un análisis cualitativo global, donde se cuantifican las frecuencias de su discurso narrado a partir de la clasificación y codificación de las categorías.

La narrativa de cada una de las 4 entrevistas realizadas a profundidad y respetando el punto de saturación

Primer caso.

CASO 1 CHH

¿Para usted que es la Tuberculosis?

¿Yo?, No sé!!!!!!!, tuberculosis es fuerte, me daña todo mi cuerpo. Fea enfermedad la que tuve.

Platíqueme usted ¿qué sentía cuando padeció Tuberculosis?

Me dolía mi espalda, tosía todo el día, tenía calentura, me dolía la cabeza, no quería comer, solo vomitaba sangre, me caí, me llevaron a Huazalingo, a veces me cansaba, cuando iba al campo ya no podía caminar, no más poquito caminaba ya me cansaba.

Dígame ¿qué paso cuando le diagnosticaron Tuberculosis?

Pues me dijeron que porque tengo tos y vomitaba sangre y que había pasado la enfermedad a mi hija, me dijeron en Pachuca cuando fuimos, pero primero me llevaron a Huazalingo luego al regional de Huejutla, ahí estuvimos como tres días, ya en la tarde nos fuimos, me llevaron que ahí, no había medicamento, me dieron tratamiento en Pachuca, y se quitó el vómito de sangre.

Platíqueme ¿cómo evoluciono su enfermedad?

Ahora ya estoy mejor, ya puedo ir al camino ya no me canso tanto. Ya no vomito sangre, ya no tengo tos, subí de peso, ya no es igual como antes pesaba 34 kilos y ahorita 40 kilos, o 44 kilos dice la enfermera.

¿Qué me dice del tratamiento que se tomó para su enfermedad?

Pues me hizo bien, es fuerte, cuando lo tomaba me sentía muy feo, duele el estómago, mis piernas mis manos me da comezón, hasta el ojo me duele, cuando llegue a mi casa veo oscuro oscuro, así lo veo, a veces hasta negro veo.

¿A qué cree que se deba el que usted se enfermó de Tuberculosis, algún familiar o conocido con quien usted convivio o convive está enfermo o padeció de tuberculosis?

Mmm creo que sí!!!, dijeron donde me crearon, como yo no conocí a mi papa se murió cuando yo tenía 5 años, se murió y ya después dice mi mama no puedes estar aquí, no me alcanza el dinero, tu vete a casa de tu padrino, haya que te cuiden, vas a ir aunque no quieras, vamos me dijo le voy a decir a tu madrina, me quede ahí, después mi madrina no sé si ya tenía tos, pero no dormía, pero ella tocia mucho, me vine a los 17 años, luego me junte a los 18 años, hasta después me dio tos fuerte. Yo me contagio por mi madrina, ella se murió. Su hija de mi madrina también le dieron tratamiento para la tuberculosis.

Platíqueme de su casa, ¿es propia?

Es mía, de mis hijos, no tengo nada más!!!!

Dígame ¿cuáles las características de su casa?

Es un solo un cuarto, ahí dormimos, comemos y esta la cocina, todo junto, es de madera con lodo, me la hizo el papa de mi hija. Dormimos tres personas en la casa, me dieron material para cambiar la casa pero no tengo dinero.

¿Qué opina del personal de salud que le otorga el tratamiento?

Yo los veo bien, me dieron tratamiento, se portaron bien conmigo.

Segundo caso

CASO 2 EHR

¿Para usted que es la Tuberculosis?

Pues es una enfermedad muy contagiosa que ataca principalmente a los pulmones, y este, hígole no se mas!!!!!! Es algo malo la tuberculosis, pero se puede prevenir. La tuberculosis me cambio la vida. Si no me hubieran dado tratamiento me hubiera muerto.

Platíqueme usted ¿qué sentía cuando padeció Tuberculosis?

Primero me dio calentura, después tenia, tos, vomitaba sangre y entonces fui a la clínica, me sentía muy mal, aquí no había nadie que vomitara sangre, si me espanté mucho. Esto me duro poco tiempo.

Dígame ¿qué paso cuando le diagnosticaron Tuberculosis?

Sentí feo, no quería tomar las cuatro pastillas que me dieron.

Platíqueme ¿cómo evoluciono su enfermedad?

Ahora me siento bien, ahora ya no me canso, ya me siento mejor ahora. Ya no es como antes. Antes corría y me cansaba, ahora ya no me canso gracias al tratamiento.

¿Qué me dice del tratamiento que se tomó para su enfermedad?

Me salieron muchos granitos en el cuerpo, se me hincho la cara, se caía el cabello y mis cejas, me suspendieron un mes, se pelo todo mi cuerpo, como si me hubiera quemado. Me ardía mucho el cuerpo. Luego me dieron otras pastillas, vivieron a verme de Pachuca.

¿A qué cree que se deba el que usted se enfermó de Tuberculosis, algún familiar o conocido con quien usted convivio o convive está enfermo o padeció de tuberculosis?

Yo creo que me contagio mi mama, ella padeció tuberculosis en el 2007, por eso yo me enferme, a ella también la contagiaron. Por eso creo que por eso.

Platíqueme de su casa, ¿es propia?

Si es mía, ahí vivimos todos. Ahí hacemos todo.

Dígame ¿cuáles las características de su casa?

Es de lodo y madera las paredes , el techo es de lámina, así es mi casa. Dormimos todos juntos.

¿Qué opina del personal de salud que le otorga el tratamiento?

Ellos me trataron bien, venían hasta el sábado a dejarme el tratamiento. Me vinieron a ver de Pachuca, me llevaron a Mixquiahuala, en donde me cambiaron el tratamiento y me trataron muy bien todos, se preocupan por mí.

Tercer caso

CASO 3 LCH

¿Para usted que es la Tuberculosis?

Es una enfermedad muy delicada, muy delicada.....

Como yo que no supe que la tenía pues no me preocupe, no sentí la necesidad de tomar las precauciones, porque es cosa que es muy fea, fea....afecta en tu forma de vivir, ya no puedo ser una persona normal... ya no, ya quede afectada por esa enfermedad y si es feo.

Platíqueme usted ¿qué sentía cuando padeció Tuberculosis?

Pues es una enfermedad muy fea y empecé a bajar mucho de peso, me daba mucho calor, a veces mucho frio, se me calentaba mucho el cuerpo y este me daba tos seca como si algo me estorbaba y luego empecé con flema, las flemas eran como si de esas flemas feas de fumador, no le tome importancia, porque como yo fume un tiempo, entonces digo el cigarro me afecto y deje de fumar de golpe, eran unas flemas feas amarillas y olían a feo a feo y esto no es normal, la fiebre no se me quitaba con nada, me sentía muy débil, me daba mucho sueño, me la pasaba yo durmiendo, cansada, yo fui al doctor pero nunca me hacían caso, fui al seguro y le dije a la doctora estoy perdiendo mucho peso y este y tengo mucho escalofrío, calor, siento que me quemo y yo ardo y me dijo no te preocupes eso es normal y no me hizo caso, y no me dieron ganas de regresar y paso algún tiempo para que me lo diagnosticaran.

Dígame ¿qué paso cuando le diagnosticaron Tuberculosis?

Hay no!!!! Pues sentí re feo, muy feo, porque yo sentía que me iban a no sé cómo a tener asco hacia mi porque dicen que es contagiosa, entonces se van a alejar de mi les voy a repugnar, pues si me sentí muy mal, yo sentía que era el fin de mi vida, pero gracias a Dios las personas que vivía yo con ellas, sobre todo la familia de mi esposo, ellos fueron muy comprensivos, no me rechazaron, no me dijeron no me des porque me vas a contagiar, pero mi familia fue un poco cruel en mi familia mía, me insultaban sobre todo

una hermana que tengo me sobajaba, pero digo vamos a salir adelante porque yo creo que ella no me quería, pero gracias a Dios supere todo lo que me hacían o me decían.

Platíqueme ¿cómo evoluciono su enfermedad?

Después que en el seguro me dijeron que no tenía nada, fui a ver a una brigada de médicos, ese doctor me dijo que tenía que ir hacerme unos estudios pero que le urgían pues los síntomas que yo presentaba pues no son normales, pues con el medicamento que te hemos dado es para que ya se te quitaran las molestias y no veo que no hay resultados y urgen los estudios, le dije a mi señor que me habían mandado hacer estudios, yo estaba yo bien, no más fue de repente un día que dije yo ya no trabajo, ya no me levanto me decaí, sudaba yo mucho tenía mucho calor, mojaba la ropa, fuimos primero a particular y luego al centro de salud, el resultado fue muy rápido ahí, me mandaron una enfermera y me empezaron a dar tratamiento y en el particular también salió positivo.

¿Qué me dice del tratamiento que se tomó para su enfermedad?

Pues yo digo que es bueno, es bueno porque gracias a Dios aquí estoy. Por mi peso modificaron el número de pastillas, primero era de lunes a sábado el domingo descansaba yo. Fueron cuatro meses de lunes a sábado, luego me dieron lunes, miércoles y viernes, todo fue por seis meses. Yo soy muy resistente jajajajaja

¿A qué cree que se deba el que usted se enfermó de Tuberculosis, algún familiar o conocido con quien usted convivio o convive está enfermo o padeció de tuberculosis?

A bueno yo le echo la culpa a que me fui a Huejutla como medio año a vivir allá, fui a trabajar. Pero a mi abuelita le dio esa enfermedad, y cuando estaba muy malita la fueron a dejar a mi casa, yo era una niña,

Platíqueme de su casa, ¿es propia?

Es de mi marido, pero ahí vivo.

Dígame ¿cuáles las características de su casa?

Es de loza, tiene piso, con muchas ventanas y solo vivimos dos personas,

¿Qué opina del personal de salud que le otorga el tratamiento?

Iba una enfermera diario, diario, me dijo que me iba a irritar el estómago, me iban a dar ganas de vomitar, pero no gracias a Dios no presente nada de esos síntomas, me trataron bien, todos los días me visitaban.

Cuarto caso

CASO 4 LGF

¿Para usted que es la Tuberculosis?

Es una enfermedad agresiva, principalmente afecta a los pulmones, a nivel salud y a nivel social es una discriminación a los pacientes con tuberculosis.

Los medios de comunicación nos dicen que si esta erradicada, no es cierto no está erradicada, la tuberculosis, creo está más presente que nunca.

Platíqueme usted ¿qué sentía cuando padeció Tuberculosis?

Mi enfermedad no tuvo signos y síntomas, yo era muy delgada, muy delgada entonces baje de peso pero no se me notó, simplemente empecé a toser sangre, pero fue un sangrado muy feo, excesivo. Me internaron de emergencia y por radiografía y una baciloscopia determinaron que era tuberculosis pulmonar, pero muy avanzado que ya el pulmón derecho prácticamente estaba destrozado, pero no tuve otros síntomas más.

Dígame ¿qué paso cuando le diagnosticaron Tuberculosis?

Mmmm no sabía de la enfermedad fue un poco difícil, para empezar por todas las reglas que te ponen que debes llevar que tienes que cumplir, el aislamiento, el tratamiento agresivo que afecta, la disciplina que debes de tener con el medicamento, si fue algo muy muy difícil, emocionalmente me sentí discriminada ante la sociedad, este.... con mi familia aunque intentaban no ser tan obvios pero no me dejaban convivir con los niños.

Platíqueme ¿cómo evoluciono su enfermedad?

Yo me encontraba en casa, inicié tosiendo sangre, me estaba bañando y de repente me dieron ganas de toser y al hacerlo sacaba sangre, me preocupe salí y avise a los que estaban en la casa, cuando ellos vieron que el piso estaba lleno de sangre de inmediato me llevaron al hospital, me enredaron en una toalla y nos fuimos, cuando llegamos al hospital le dije a la enfermera que estaba tosiendo sangre pero no me creyó, pues decía que me veía bien,

nuevamente me dieron ganas de toser y la enfermera vio como tosía con sangre y fue cuando me metieron luego luego a urgencias y llamaron a los doctores. Después me dijeron que me iba a quedar internada para realizarme estudios. Estuve dos días y me espantaba porque no me decían que tenía, hasta que me realizaron una radiografía y una baciloscopia, me dijeron que tenía tuberculosis pulmonar muy avanzada y que uno de mis pulmones estaba muy afectado y que tenía que iniciar tratamiento inmediatamente.

¿Qué me dice del tratamiento que se tomó para su enfermedad?

Si lo vemos positivamente bueno me salvo la vida, si lo vemos con otros ojos fue un tratamiento muy agresivo que tal vez por el sistema inmunológico en el que me encontraba me afecto, tenía náuseas, dolores de huesos a mi dolían mucho mis huesos, este.... me tumbo en cama si me tumbo casi dos meses no me podía levantar porque me dolían mucho las rodillas se me iban los pies, este... pero pues ya ahora digo bendito Dios que lo tome, porque si no yo creo que no existiera yo. Fue un tratamiento agresivo. Le tenemos que tener respeto y disciplina, si no se toma como debe de ser se corre el riesgo de perder nuestra vida y la vida de los que están en nuestro entorno. Afortunadamente hay fármacos que nos están ayudado a salvar nuestra vida y bendito sea Dios, el tratamiento no nos cuesta, si lo pagáramos en particular no nos alcanzaría para pagar un tratamiento de tuberculosis pulmonar, son medicamentos muy carísimos que ahorita nos dan la oportunidad de adquirirlo gratuitamente.

¿A qué cree que se deba el que usted se enfermó de Tuberculosis, algún familiar o conocido con quien usted convivió o convive está enfermo o padeció de tuberculosis?

Fue por el medio ambiente en el que me encontré y mi sistema inmunológico estaba un poco deprimido, yo tenía problemas hormonales, entonces al parecer en mi sistema endocrinológico estaba yo mal, entonces, bajo mi sistema inmunológico, en esos tiempos yo estuve en Huejutla, donde es un área donde hay mucho paciente con tuberculosis que no están diagnosticados, entonces el hecho de ir a una comunidad y que te invitan y que pasas y nunca sabemos que la bacteria anda y mi sistema inmunológico estaba muy bajo y entonces ahí fue donde asumimos que yo adquirí la bacteria de tuberculosis.

Platíqueme de su casa, ¿es propia?

Si es propia, anteriormente vivía con mis papas, ahora con mi esposo e hijos

Dígame ¿cuáles las características de su casa?

Económicamente estábamos mal era una casa pequeña con poca ventilación una casa fría, oscura porque no tenía ventana, prácticamente eran dos recamaras, la sala fungía como recamara y otra habitación y una cocina, era una casa para cinco integrantes, muy pequeña. Vivíamos en hacinamiento y quiero creer que todo eso se prestó para que se desarrollara la enfermedad.

Actualmente vivimos en una casa grande con mucha ventilación, son ventanales grandes, mucha luz y es otra estructura, tenemos piso de loseta, con un poco más de comodidades que en aquel entonces.

¿Qué opina del personal de salud que le otorga el tratamiento?

Me otorgaron el tratamiento en mi casa, aunque yo soy derechohabiente del ISSSTE pero ellos no llevan el tratamiento supervisado, los de salubridad no sé cómo supieron de mi caso, pero una enfermera venia todos los días a otorgármelo aquí en mi casa, primero descansaba únicamente los domingos y después los cuatro meses restantes me lo venían a dar únicamente los lunes, los miércoles y los viernes, todos se portaron bien conmigo.

Entrevista y categorías “El análisis cualitativo” y de tendencia para su asociación. En Atlas. Ti 7

CASO 1 CHH

¿Para usted que es la Tuberculosis?

¿Yo?, No sé!!!!!!!, tuberculosis es fuerte, me dalia todo mi cuerpo. Fea enfermedad la que tuve.

Platíqueme usted ¿qué sentía cuando padeció Tuberculosis?

Me dolía mi espalda, tosía todo el día, tenía calentura, me dolía la cabeza, no quería comer, solo vomitaba sangre, me caí, me llevaron a Huazalingo, a veces me cansaba, cuando iba al campo ya no podía caminar, no más poquito caminaba ya me cansaba.

Dígame ¿qué paso cuando le diagnosticaron Tuberculosis?

Pues me dijeron que porque tengo tos y vomitaba sangre y que había pasado la enfermedad a mi hija, me dijeron en Pachuca cuando fuimos, pero primero me llevaron a Huazalingo luego al regional de Huejutla, ahí estuvimos como tres días, ya en la tarde nos fuimos, me llevaron que ahí, no había medicamento, me dieron tratamiento en Pachuca, y se quitó el vómito de sangre.

Platíqueme ¿cómo evoluciono su enfermedad?

Ahora ya estoy mejor, ya puedo ir al camino ya no me canso tanto. Ya no vomito sangre, ya no tengo tos, subí de peso, ya no es igual como antes pesaba 34 kilos y ahorita 40 kilos, o 44 kilos dice la enfermera.

¿Qué me dice del tratamiento que se tomó para su enfermedad?

Pues me hizo bien, es fuerte, cuando lo tomaba me sentía muy feo, duele el estómago, mis piernas mis manos me da comezón, hasta el ojo me duele, cuando llegue a mi casa veo oscuro oscuro, así lo veo, a veces hasta negro veo.

¿A qué cree que se deba el que usted se enfermó de Tuberculosis, algún familiar o conocido con quien usted convivio o convive está enfermo o padeció de tuberculosis?

Mmm creo que sí!!!, dijeron donde me crearon, como yo no conocí a mi papa se murió cuando yo tenía 5 años, se murió y ya después dice mi mama no puedes estar aquí, no me alcanza el dinero, tu vete a casa de tu padrino, haya que te cuiden, vas a ir aunque no quieras, vamos me dijo le voy a decir a tu madrina, me quede ahí, después mi madrina no sé si ya tenía tos, pero no dormía, pero ella tocía mucho, me vine a los 17 años, luego me junte a los 18 años, hasta después me dio tos fuerte. Yo me contagio por mi madrina, ella se murió. Su hija de mi madrina también le dieron tratamiento para la tuberculosis.

Platíqueme de su casa, ¿es propia?

Es mía, de mis hijos, no tengo nada más!!!!

Dígame ¿cuáles las características de su casa?

Es un solo un cuarto, ahí dormimos, comemos y esta la cocina, todo junto, es de madera con lodo, me la hizo el papa de mi hija. Dormimos tres personas en la casa, me dieron material para cambiar la casa pero no tengo dinero.

¿Qué opina del personal de salud que le otorga el tratamiento?

Yo los veo bien, me dieron tratamiento, se portaron bien conmigo.

CASO 2 EHR

¿Para usted que es la Tuberculosis?

Pues es una enfermedad muy contagiosa que ataca principalmente a los pulmones, y este, hígole no se mas!!!!!! Es algo malo la tuberculosis, pero se puede prevenir. La tuberculosis me cambio la vida. Si no me hubieran dado tratamiento me hubiera muerto.

Platíqueme usted ¿qué sentía cuando padeció Tuberculosis?

Primero me dio calentura, después tenía, tos, vomitaba sangre y entonces fui a la clínica, me sentía muy mal, aquí no había nadie que vomitara sangre, si me espanté mucho. Esto me duro poco tiempo.

Dígame ¿qué paso cuando le diagnosticaron Tuberculosis?

Sentí feo, no quería tomar las cuatro pastillas que me dieron.

Platíqueme ¿cómo evoluciono su enfermedad?

Ahora me siento bien, ahora ya no me canso, ya me siento mejor ahora. Ya no es como antes. Antes corría y me cansaba, ahora ya no me canso gracias al tratamiento.

¿Qué me dice del tratamiento que se tomó para su enfermedad?

Me salieron muchos granitos en el cuerpo, se me hincho la cara, se caía el cabello y mis cejas, me suspendieron un mes, se pelo todo mi cuerpo, como si me hubiera quemado. Me ardía mucho el cuerpo. Luego me dieron otras pastillas, vivieron a verme de Pachuca.

¿A qué cree que se deba el que usted se enfermó de Tuberculosis, algún familiar o conocido con quien usted convivio o convive está enfermo o padeció de tuberculosis?

Yo creo que me contagio mi mama, ella padecio tuberculosis en el 2007, por eso yo me enferme, a ella también la contagiaron. Por eso creo que por eso.

Platíqueme de su casa, ¿es propia?

Si es mía, ahí vivimos todos. Ahí hacemos todo.

Dígame ¿cuáles las características de su casa?

Es de lodo y madera las paredes , el techo es de lámina, así es mi casa. Dormimos todos juntos.

¿Qué opina del personal de salud que le otorga el tratamiento?

Ellos me trataron bien, venían hasta el sábado a dejarme el tratamiento. Me vinieron a ver de Pachuca, me llevaron a Mixquiahuala, en donde me cambiaron el tratamiento y me trataron muy bien todos, se preocupan por mí.

CASO 3 LCH

¿Para usted que es la Tuberculosis?

Es una enfermedad muy delicada, muy delicada.....

Como yo que no supe que la tenía pues no me preocupe, no sentí la necesidad de tomar las precauciones, porque es cosa que es muy fea, fea....afecta en tu forma de vivir, ya no puedo ser una persona normal... ya no, ya quede afectada por esa enfermedad y si es feo.

Platíqueme usted ¿qué sentía cuando padeció Tuberculosis?

Pues es una enfermedad muy fea y empecé a bajar mucho de peso, me daba mucho calor, a veces mucho frío, se me calentaba mucho el cuerpo y este me daba tos seca como si algo me estorbaba y luego empecé con flema, las flemas eran como si de esas flemas feas de fumador, no le tome importancia, porque como yo fume un tiempo, entonces digo el cigarro me afecto y deje de fumar de golpe, eran unas flemas feas amarillas y olían a feo a feo y esto no es normal, la fiebre no se me quitaba con nada, me sentía muy débil, me daba mucho sueño, me la pasaba yo durmiendo, cansada, yo fui al doctor pero nunca me hacían caso, fui al seguro y le dije a la doctora estoy perdiendo mucho peso y este y tengo mucho escalofrío, calor, siento que me quemo y yo ardo y me dijo no te preocupes eso es normal y no me hizo caso, y no me dieron ganas de regresar y paso algún tiempo para que me lo diagnosticaran.

Dígame ¿qué paso cuando le diagnosticaron Tuberculosis?

Hay no!!!!!! Pues sentí re feo, muy feo, porque yo sentía que me iban a no sé cómo a tener asco hacia mi porque dicen que es contagiosa, entonces se van a alejar de mi les voy a repugnar, pues si me sentí muy mal, yo sentía que era el fin de mi vida, pero gracias a Dios las personas que vivía yo con ellas, sobre todo la familia de mi esposo, ellos fueron muy comprensivos, no me rechazaron, no me dijeron no me des porque me vas a contagiar, pero mi familia fue un poco cruel en mi familia mía, me insultaban sobre todo una hermana que tengo me sobajaba, pero digo vamos a salir adelante porque yo creo que ella no me quería, pero gracias a Dios supere todo lo que me hacían o me decían.

Platíqueme ¿cómo evoluciono su enfermedad?

Después que en el seguro me dijeron que no tenía nada, fui a ver a una brigada de médicos, ese doctor me dijo que tenía que ir hacerme unos estudios pero que le urgían pues los síntomas que yo presentaba pues no son normales, pues con el medicamento que te hemos dado es para que ya se te quitaran las molestias y no veo que no hay resultados y urgen los estudios, le dije a mi señor que me habían mandado hacer estudios, yo estaba yo bien, no más fue de repente un día que dije yo ya no trabajo, ya no me levanto me decaí, sudaba yo mucho tenía mucho calor, mojaba la ropa, fuimos primero a particular y luego al centro de salud, el resultado fue muy rápido ahí, me mandaron una enfermera y me empezaron a dar tratamiento y en el particular también salió positivo.

¿Qué me dice del tratamiento que se tomó para su enfermedad?

Pues yo digo que es bueno, es bueno porque gracias a Dios aquí estoy. Por mi peso modificaron el número de pastillas, primero era de lunes a sábado el domingo descansaba yo. Fueron cuatro meses de lunes a sábado, luego me dieron lunes, miércoles y viernes, todo fue por seis meses. Yo soy muy resistente jajajajaja

¿A qué cree que se deba el que usted se enfermó de Tuberculosis, algún familiar o conocido con quien usted convivio o convive está enfermo o padeció de tuberculosis?

A bueno yo le echo la culpa a que me fui a Huejutla como medio año a vivir allá, fui a trabajar. Pero a mi abuelita le dio esa enfermedad, y cuando estaba muy malita la fueron a dejar a mi casa, yo era una niña,

Platíqueme de su casa, ¿es propia?

Es de mi marido, pero ahí vivo.

Dígame ¿cuáles las características de su casa?

Es de loza, tiene piso, con muchas ventanas y solo vivimos dos personas,

¿Qué opina del personal de salud que le otorga el tratamiento?

Iba una enfermera diario, diario, me dijo que me iba a irritar el estómago, me iban a dar ganas de vomitar, pero no gracias a Dios no presente nada de esos síntomas, me trataron bien, todos los días me visitaban.

CASO 4 LGE

¿Para usted que es la Tuberculosis?

Es una enfermedad agresiva, principalmente afecta a los pulmones, a nivel salud y a nivel social es una discriminación a los pacientes con tuberculosis.

Los medios de comunicación nos dicen que si esta erradicada, no es cierto no está erradicada, la tuberculosis, creo está más presente que nunca.

Platíqueme usted ¿qué sentía cuando padeció Tuberculosis?

Mi enfermedad no tuvo signos y síntomas, yo era muy delgada, muy delgada entonces baje de peso pero no se me notó, simplemente empecé a toser sangre, pero fue un sangrado muy feo, excesivo. Me internaron de emergencia y por radiografía y una baciloscopia determinaron que era tuberculosis pulmonar, pero muy avanzado que ya el pulmón derecho prácticamente estaba destrozado, pero no tuve otros síntomas más.

Dígame ¿qué paso cuando le diagnosticaron Tuberculosis?

Mmmm no sabía de la enfermedad fue un poco difícil, para empezar por todas las reglas que te ponen que debes llevar que tienes que cumplir, el aislamiento, el tratamiento agresivo que afecta, la disciplina que debes de tener con el medicamento, si fue algo muy muy difícil, emocionalmente me sentí discriminada ante la sociedad, este.... con mi familia aunque intentaban no ser tan obvios pero no me dejaban convivir con los niños.

Platíqueme ¿cómo evoluciono su enfermedad?

Yo me encontraba en casa, inicié tosiendo sangre, me estaba bañando y de repente me dieron ganas de toser y al hacerlo sacaba sangre, me preocupe salí y avise a los que estaban en la casa, cuando ellos vieron que el piso estaba lleno de sangre de inmediato me llevaron al hospital, me enredaron en una toalla y nos fuimos, cuando llegamos al hospital le dije a la enfermera que estaba tosiendo sangre pero no me creyó, pues decía que me veía bien, nuevamente me dieron ganas de toser y la enfermera vio como tosía con sangre y fue cuando me metieron luego luego a urgencias y llamaron a los doctores. Después me dijeron que me iba a quedar internada para realizarme estudios. Estuve dos días y me espantaba porque no me decían que tenía, hasta que me realizaron una radiografía y una baciloscopia, me dijeron que tenía tuberculosis pulmonar muy avanzada y que uno de mis pulmones estaba muy afectado y que tenía que iniciar tratamiento inmediatamente.

¿Qué me dice del tratamiento que se tomó para su enfermedad?

Si lo vemos positivamente bueno me salvo la vida, si lo vemos con otros ojos fue un tratamiento muy agresivo que tal vez por el sistema inmunológico en el que me encontraba me afectó, tenía náuseas, dolores de

huesos a mi dolían mucho mis huesos, este... me tumbo en cama si me tumbo casi dos meses no me podía levantar porque me dolían mucho las rodillas se me iban los pies, este... pero pues ya ahora digo bendito Dios que lo tome, porque si no yo creo que no existiera yo. Fue un tratamiento agresivo. Le tenemos que tener respeto y disciplina, si no se toma como debe de ser se corre el riesgo de perder nuestra vida y la vida de los que están en nuestro entorno. Afortunadamente hay fármacos que nos están ayudado a salvar nuestra vida y bendito sea Dios, el tratamiento no nos cuesta, si lo pagáramos en particular no nos alcanzaría para pagar un tratamiento de tuberculosis pulmonar, son medicamentos muy carísimos que ahorita nos dan la oportunidad de adquirirlo gratuitamente.

¿A qué cree que se deba el que usted se enfermó de Tuberculosis, algún familiar o conocido con quien usted convivio o convive está enfermo o padeció de tuberculosis?

Fue por el medio ambiente en el que me encontré y mi sistema inmunológico estaba un poco deprimido, yo tenía problemas hormonales, entonces al parecer en mi sistema endocrinológico estaba yo mal, entonces, bajo mi sistema inmunológico, en esos tiempos yo estuve en Huejutla, donde es un área donde hay mucho paciente con tuberculosis que no están diagnosticados, entonces el hecho de ir a una comunidad y que te invitan y que pasas y nunca sabemos que la bacteria anda y mi sistema inmunológico estaba muy bajo y entonces ahí fue donde asumimos que yo adquirí la bacteria de tuberculosis.

Platíqueme de su casa, ¿es propia?

Si es propia, anteriormente vivía con mis papas, ahora con mi esposo e hijos

Dígame ¿cuáles las características de su casa?

Económicamente estábamos mal era una casa pequeña con poca ventilación una casa fría, oscura porque no tenía ventana, prácticamente eran dos recamaras, la sala fungía como recamara y otra habitación y una cocina, era una casa para cinco integrantes, muy pequeña. Vivíamos en hacinamiento y quiero creer que todo eso se prestó para que se desarrollara la enfermedad.

Actualmente vivimos en una casa grande con mucha ventilación, son ventanales grandes, mucha luz y es otra estructura, tenemos piso de loseta, con un poco más de comodidades que en aquel entonces.

¿Qué opina del personal de salud que le otorga el tratamiento?

Me otorgaron el tratamiento en mi casa, aunque yo soy derechohabiente del ISSSTE pero ellos no llevan el tratamiento supervisado, los de salubridad no sé cómo supieron de mi caso, pero una enfermera venia todos los días a otorgármelo aquí en mi casa, primero descansaba únicamente los domingos y después los cuatro meses restantes me lo venían a dar únicamente los lunes, los miércoles y los viernes, todos se portaron bien conmigo.

Jerarquía de códigos

Código-filtro: Todos

UH: casos tb
File: [C:\Users\sony vaio\Documents\Scientific Software\ATLAsTi\TextBank\casos tb.hpr7]
Edited by: Super
Date/Time: 2016-05-20 11:14:30

<is> Root

Conocimiento <is> Root

Diagnostico <is> Root

Conocimiento <is associated with> Diagnostico

Eficacia <is> Root

Conocimiento <is associated with> Eficacia

Diagnostico <is associated with> Eficacia

Conocimiento <is associated with> Diagnostico

Evolucion <is> Root

Conocimiento <is associated with> Evolucion

Diagnostico <is associated with> Evolucion

Conocimiento <is associated with> Diagnostico

Eficacia <is associated with> Evolucion

Conocimiento <is associated with> Eficacia

Diagnostico <is associated with> Eficacia

Sintomas <is> Root

Conocimiento <is associated with> Sintomas

Diagnostico <is associated with> Sintomas

Conocimiento <is associated with> Diagnostico

Evolucion <is part of> Sintomas

Conocimiento <is associated with> Evolucion

Diagnostico <is associated with> Evolucion

Eficacia <is associated with> Evolucion

Conocimiento <is associated with> Eficacia

Diagnostico <is associated with> Eficacia

Todas las citas actuales (41). Cita-filtro: Todos

UH: casos tb
File: [C:\Users\sony vaio\Documents\Scientific Software\ATLAsTi\TextBank\casos tb.hpr7]
Edited by: Super
Date/Time: 2016-05-20 11:15:41

P 1: CASO 1 CHH.docx - 1:1 [¿Yo?, No sé!!!!!!!, tuberculos..] (3:3) (Super)

Códigos: [Conocimiento] [Síntomas]

No memos

¿Yo?, No sé!!!!!!!, tuberculosis es fuerte, me dalia todo mi cuerpo. Fea enfermedad la que tuve.

P 1: CASO 1 CHH.docx - 1:2 [Me dolía mi espalda, tosía tod..] (5:5) (Super)

Códigos: [Síntomas]

No memos

Me dolía mi espalda, tosía todo el día, tenía calentura, me dolía la cabeza, no quería comer, solo vomitaba sangre, me caí, me llevaron a Huazalingo, a veces me cansaba, cuando iba al campo ya no podía caminar, no más poquito caminaba ya me cansaba

P 1: CASO 1 CHH.docx - 1:3 [Pues me dijeron que porque ten..] (7:7) (Super)

Códigos: [Diagnostico] [Evolucion] [Síntomas]

No memos

Pues me dijeron que porque tengo tos y vomitaba sangre y que había pasado la enfermedad a mi hija, me dijeron en Pachuca cuando fuimos, pero primero me llevaron a Huazalingo luego al regional de Huejutla, ahí estuvimos como tres días, ya en la tarde nos fuimos, me llevaron que ahí, no había medicamento, me dieron tratamiento en Pachuca, y se quitó el vómito de sangre.

P 1: CASO 1 CHH.docx - 1:4 [Ahora ya estoy mejor, ya puedo..] (9:9) (Super)

Códigos: [Eficacia] [Evolucion] [Síntomas]

No memos

Ahora ya estoy mejor, ya puedo ir al camino ya no me canso tanto. Ya no vomito sangre, ya no tengo tos, subí de peso, ya no es igual como antes pesaba 34 kilos y ahorita 40 kilos, o 44 kilos dice la enfermera.

P 1: CASO 1 CHH.docx - 1:5 [Pues me hizo bien, es fuerte, ..] (11:11) (Super)

Códigos: [Eficacia] [Síntomas]

No memos

Pues me hizo bien, es fuerte, cuando lo tomaba me sentía muy feo, duele el estómago, mis piernas mis manos me da comezón, hasta el ojo me duele, cuando llegue a mi casa veo oscuro oscuro, así lo veo, a veces hasta negro veo

P 1: CASO 1 CHH.docx - 1:6 [Mmm creo que sí!!!, dijeron do..] (13:13) (Super)

Códigos: [Conocimiento]

No memos

Mmm creo que sí!!!, dijeron donde me crearon, como yo no conocí a mi papa se murió cuando yo tenía 5 años, se murió y ya después dice mi mama no puedes estar aquí, no me alcanza el dinero, tu vete a casa de tu padrino, haya que te cuiden, vas a ir aunque no quieras, vamos me dijo le voy a decir a tu madrina, me quede ahí, después mi madrina no sé si ya tenía tos, pero no dormía, pero ella tocía mucho,

P 1: CASO 1 CHH.docx - 1:7 [me vine a los 17 años, luego m..] (13:13) (Super)

Códigos: [Síntomas]

No memos

me vine a los 17 años, luego me junte a los 18 años, hasta después me dio tos fuerte

P 1: CASO 1 CHH.docx - 1:8 [Yo me contagio por mi madrina] (13:13) (Super)

Códigos: [Conocimiento] [Diagnostico]

No memos

Yo me contagio por mi madrina

P 1: CASO 1 CHH.docx - 1:9 [mi madrina también le dieron t..] (13:13) (Super)

Códigos: [Conocimiento]

No memos

mi madrina también le dieron tratamiento para la tuberculosis.

P 1: CASO 1 CHH.docx - 1:10 [Es un solo un cuarto, ahí dorm..] (17:17) (Super)

Códigos: [Diagnostico]

No memos

Es un solo un cuarto, ahí dormimos, comemos y esta la cocina, todo junto, es de madera con lodo, me la hizo el papa de mi hija. Dormimos tres personas en la casa, me dieron material para cambiar la casa pero no tengo dinero.

P 1: CASO 1 CHH.docx - 1:11 [Yo los veo bien, me dieron tra..] (19:19) (Super)

Códigos: [Eficacia]

No memos

Yo los veo bien, me dieron tratamiento, se portaron bien conmigo.

P 2: CASO 2.docx - 2:1 [Pues es una enfermedad muy con..] (3:3) (Super)

Códigos: [Conocimiento]

No memos

Pues es una enfermedad muy contagiosa que ataca principalmente a los pulmones, y este, hójole no se mas!!!!!! Es algo malo la tuberculosis, pero se puede prevenir. La tuberculosis me cambio la vida.

P 2: CASO 2.docx - 2:2 [Si no me hubieran dado tratami..] (3:3) (Super)

Códigos: [Eficacia]

No memos

Si no me hubieran dado tratamiento me hubiera muerto.

P 2: CASO 2.docx - 2:3 [Primero me dio calentura, desp..] (5:5) (Super)

Códigos: [Diagnostico] [Sintomas]

No memos

Primero me dio calentura, después tenía, tos, vomitaba sangre y entonces fui a la clínica, me sentía muy mal, aquí no había nadie que vomitara sangre, si me espanté mucho.

P 2: CASO 2.docx - 2:4 [no quería tomar las cuatro pas..] (7:7) (Super)

Códigos: [Eficacia]

No memos

no quería tomar las cuatro pastillas que me dieron.

P 2: CASO 2.docx - 2:5 [Ahora me siento bien, ahora ya..] (9:9) (Super)

Códigos: [Eficacia] [Evolucion]

No memos

Ahora me siento bien, ahora ya no me canso, ya me siento mejor ahora. Ya no es como antes. Antes corría y me cansaba, ahora ya no me canso gracias al tratamiento

P 2: CASO 2.docx - 2:6 [Me salieron muchos granitos en..] (11:11) (Super)

Códigos: [Sintomas]

No memos

Me salieron muchos granitos en el cuerpo, se me hincho la cara, se caía el cabello y mis cejas, me suspendieron un mes, se pelo todo mi cuerpo, como si me hubiera quemado. Me ardía mucho el cuerpo.

P 2: CASO 2.docx - 2:7 [Luego me dieron otras pastilla..] (11:11) (Super)

Códigos: [Eficacia]

No memos

Luego me dieron otras pastillas, vivieron a verme de Pachuca.

P 2: CASO 2.docx - 2:8 [Yo creo que me contagio mi mam..] (13:13) (Super)

Códigos: [Conocimiento] [Diagnostico]

No memos

Yo creo que me contagio mi mama, ella padecio tuberculosis en el 2007, por eso yo me enferme, a ella también la contagiaron. Por eso creo que por eso.

P 2: CASO 2.docx - 2:9 [Dormimos todos juntos.] (17:17) (Super)

Códigos: [Diagnostico]

No memos

Dormimos todos juntos.

P 2: CASO 2.docx - 2:10 [Ellos me trataron bien, venían..] (19:19) (Super)

Códigos: [Eficacia]

No memos

Ellos me trataron bien, venían hasta el sábado a dejarme el tratamiento. Me vinieron a ver de Pachuca, me llevaron a Mixquiahuala, en donde me cambiaron el tratamiento y me trataron muy bien todos, se preocupan por mí.

P 3: CASO 3 LCH.docx - 3:1 [Es una enfermedad muy delicada..] (3:4) (Super)

Códigos: [Conocimiento]

No memos

Es una enfermedad muy delicada, muy delicada.....

Como yo que no supe que la tenía pues no me preocupe, no sentí la necesidad de tomar las precauciones, porque es cosa que es muy fea, fea....afecta en tu forma de vivir, ya no puedo ser una persona normal... ya no, ya quede afectada por esa enfermedad y si es feo.

P 3: CASO 3 LCH.docx - 3:2 [Pues es una enfermedad muy fea..] (6:6) (Super)

Códigos: [Síntomas]

No memos

Pues es una enfermedad muy fea y empecé a bajar mucho de peso, me daba mucho calor, a veces mucho frío, se me calentaba mucho el cuerpo y este me daba tos seca como si algo me estorbaba y luego empecé con flema, las flemas eran como si de esas flemas feas de fumador, no le tome importancia, porque como yo fume un tiempo, entonces digo el cigarro me afecto y deje de fumar de golpe, eran unas flemas feas amarillas y olían a feo a feo y esto no es normal, la fiebre no se me quitaba con nada, me sentía muy débil, me daba mucho sueño, me la pasaba yo durmiendo, cansada, yo fui al doctor pero nunca me hacían caso, fui al seguro y le dije a la doctora estoy perdiendo mucho peso y este y tengo mucho escalofrío, calor, siento que me quemo y yo ardo y me dijo no te preocupes eso es normal y no me hizo caso, y no me dieron ganas de regresar y paso algún tiempo para que me lo diagnosticaran

P 3: CASO 3 LCH.docx - 3:3 [Pues es una enfermedad muy fea..] (6:6) (Super)

Códigos: [Conocimiento]

No memos

Pues es una enfermedad muy fea y empecé a bajar mucho de peso, me daba mucho calor, a veces mucho frío, se me calentaba mucho el cuerpo y este me daba tos seca como si algo me estorbaba y luego empecé con flema, las flemas eran como si de esas flemas feas de fumador, no le tome importancia, porque como yo fume un tiempo, entonces digo el cigarro me afecto y deje de fumar de golpe, eran unas flemas feas amarillas

y olían a feo a feo y esto no es normal, la fiebre no se me quitaba con nada, me sentía muy débil, me daba mucho sueño, me la pasaba yo durmiendo, cansada,

P 3: CASO 3 LCH.docx - 3:4 [Hay no!!!! Pues sentí re feo,..] (8:8) (Super)

Códigos: [Diagnostico]

No memos

Hay no!!!! Pues sentí re feo, muy feo, porque yo sentía que me iban a no sé cómo a tener asco hacia mi porque dicen que es contagiosa, entonces se van a alejar de mi les voy a repugnar, pues si me sentí muy mal, yo sentía que era el fin de mi vida, pero gracias a Dios las personas que vivía yo con ellas, sobre todo la familia de mi esposo, ellos fueron muy comprensivos, no me rechazaron, no me dijeron no me des porque me vas a contagiar, pero mi familia fue un poco cruel en mi familia mía, me insultaban sobre todo una hermana que tengo me sobajaba, pero digo vamos a salir adelante porque yo creo que ella no me quería,

P 3: CASO 3 LCH.docx - 3:5 [mi familia fue un poco cruel e..] (8:8) (Super)

Códigos: [Eficacia]

No memos

mi familia fue un poco cruel en mi familia mía, me insultaban sobre todo una hermana que tengo me sobajaba, pero digo vamos a salir adelante porque yo creo que ella no me quería,

P 3: CASO 3 LCH.docx - 3:6 [ese doctor me dijo que tenía q..] (10:10) (Super)

Códigos: [Diagnostico]

No memos

ese doctor me dijo que tenía que ir hacerme unos estudios pero que le urgían pues los síntomas que yo presentaba pues no son normales, pues con el medicamento que te hemos dado es para que ya se te quitaran las molestias y no veo que no hay resultados y urgen los estudios,

P 3: CASO 3 LCH.docx - 3:7 [habían mandado hacer estudios,..] (10:10) (Super)

Códigos: [Evolucion]

No memos

habían mandado hacer estudios, yo estaba yo bien, no más fue de repente un día que dije yo ya no trabajo, ya no me levanto me decaí, sudaba yo mucho tenía mucho calor, mojaba la ropa, fuimos primero a particular y luego al centro de salud, el resultado fue muy rápido ahí, me mandaron una enfermera y me empezaron a dar tratamiento y en el particular también salió positivo.

P 3: CASO 3 LCH.docx - 3:8 [Pues yo digo que es bueno, es ..] (12:12) (Super)

Códigos: [Eficacia]

No memos

Pues yo digo que es bueno, es bueno porque gracias a Dios aquí estoy. Por mi peso modificaron el número de pastillas, primero era de lunes a sábado el domingo descansaba yo. Fueron cuatro meses de lunes a sábado, luego me dieron lunes, miércoles y viernes, todo fue por seis meses.

P 3: CASO 3 LCH.docx - 3:9 [Es de loza, tiene piso, con mu..] (18:18) (Super)

Códigos: [Diagnostico]

No memos

Es de loza, tiene piso, con muchas ventanas y solo vivimos dos personas,

P 3: CASO 3 LCH.docx - 3:10 [Iba una enfermera diario, diar..] (20:20) (Super)

Códigos: [Eficacia]

No memos

Iba una enfermera diario, diario, me dijo que me iba a irritar el estómago, me iban a dar ganas de vomitar, pero no gracias a Dios no presente nada de esos síntomas, me trataron bien, todos los días me visitaban.

P 3: CASO 3 LCH.docx - 3:11 [A bueno yo le echo la culpa a ..] (14:14) (Super)

Códigos: [Conocimiento] [Diagnostico]

No memos

A bueno yo le echo la culpa a que me fui a Huejutla como medio año a vivir allá, fui a trabajar.

P 4: CASO 4 LGF.docx - 4:1 [Es una enfermedad agresiva, pr..] (3:4) (Super)

Códigos: [Conocimiento]

No memos

Es una enfermedad agresiva, principalmente afecta a los pulmones, a nivel salud y a nivel social es una discriminación a los pacientes con tuberculosis.

Los medios de comunicación nos dicen que si esta erradicada, no es cierto no está erradicada, la tuberculosis, creo está más presente que nunca.

P 4: CASO 4 LGF.docx - 4:2 [Mi enfermedad no tuvo signos y..] (6:6) (Super)

Códigos: [Síntomas]

No memos

Mi enfermedad no tuvo signos y síntomas, yo era muy delgada, muy delgada entonces baje de peso pero no se me notó, simplemente empecé a toser sangre, pero fue un sangrado muy feo, excesivo. Me internaron de emergencia y por radiografía y una baciloscopia determinaron que era tuberculosis pulmonar, pero muy avanzado que ya el pulmón derecho prácticamente estaba destrozado, pero no tuve otros síntomas más.

P 4: CASO 4 LGF.docx - 4:3 [Mmmm no sabía de la enfermedad..] (8:8) (Super)

Códigos: [Conocimiento]

No memos

Mmmm no sabía de la enfermedad fue un poco difícil,

P 4: CASO 4 LGF.docx - 4:4 [Mmmm no sabía de la enfermedad..] (8:8) (Super)

Códigos: [Conocimiento] [Eficacia]

No memos

Mmmm no sabía de la enfermedad fue un poco difícil, para empezar por todas las reglas que te ponen que debes llevar que tienes que cumplir, el aislamiento, el tratamiento agresivo que afecta, la disciplina que debes de tener con el medicamento, si fue algo muy muy difícil, emocionalmente me sentí discriminada ante la sociedad, este.... con mi familia aunque intentaban no ser tan obvios pero no me dejaban convivir con los niños.

P 4: CASO 4 LGF.docx - 4:5 [Yo me encontraba en casa, inic..] (10:10) (Super)

Códigos: [Síntomas]

No memos

Yo me encontraba en casa, inicié tosiendo sangre, me estaba bañando y de repente me dieron ganas de toser y al hacerlo sacaba sangre,

P 4: CASO 4 LGF.docx - 4:6 [Si lo vemos positivamente buen..] (12:12) (Super)

Códigos: [Conocimiento] [Eficacia]

No memos

Si lo vemos positivamente bueno me salvo la vida, si lo vemos con otros ojos fue un tratamiento muy agresivo que tal vez por el sistema inmunológico en el que me encontraba me afectó, tenía náuseas, dolores de huesos a mi dolían mucho mis huesos, este.... me tumbé en cama si me tumbé casi dos meses no me podía levantar porque me dolían mucho las rodillas se me iban los pies, este

P 4: CASO 4 LGF.docx - 4:7 [Fue por el medio ambiente en e..] (14:14) (Super)

Códigos: [Diagnóstico] [Eficacia]

No memos

Fue por el medio ambiente en el que me encontré y mi sistema inmunológico estaba un poco deprimido, yo tenía problemas hormonales, entonces al parecer en mi sistema endocrínico estaba yo mal, entonces, bajo mi sistema inmunológico, en esos tiempos yo estuve en Huejutla, donde es un área donde hay mucho paciente con tuberculosis que no están diagnosticados, entonces el hecho de ir a una comunidad y que te invitan y que pasas y nunca sabemos que la bacteria anda y mi sistema inmunológico estaba muy bajo y entonces ahí fue donde asumimos que yo adquirí la bacteria de tuberculosis.

P 4: CASO 4 LGF.docx - 4:8 [era una casa pequeña con poca ..] (18:18) (Super)

Códigos: [Diagnóstico]

No memos

Era una casa pequeña con poca ventilación una casa fría, oscura porque no tenía ventana, prácticamente eran dos recamaras, la sala fungía como recamara y otra habitación y una cocina, era una casa para cinco integrantes, muy pequeña. Vivíamos en hacinamiento y quiero creer que todo eso se prestó para que se desarrollara la enfermedad.

P 4: CASO 4 LGF.docx - 4:9 [Me otorgaron el tratamiento en..] (22:22) (Super)

Códigos: [Eficacia]

No memos

Me otorgaron el tratamiento en mi casa, aunque yo soy derechohabiente del ISSSTE pero ellos no llevan el tratamiento supervisado, los de salubridad no sé cómo supieron de mi caso, pero una enfermera venia todos los días a otorgármelo aquí en mi casa, primero descansaba únicamente los domingos y después los cuatro meses restantes me lo venían a dar únicamente los lunes, los miércoles y los viernes, todos se portaron bien conmigo.

Tabla de co-ocurrencias de códigos

	Conocimiento	Diagnostico	Eficacia	Evolución	Síntomas	TOTALES:
Conocimiento	0	0.14	0.12	0	0.09	0.35
Diagnostico	0.14	0	0.08	0.07	0.1	0.38
Eficacia	0.12	0.08	0	0.12	0.08	0.4
Evolución	0	0.07	0.12	0	0.15	0.34
Síntomas	0.09	0.1	0.08	0.15	0	0.42

Figura 1. Red de distribución de la asociación entre las categorías a partir del discurso del caso1.

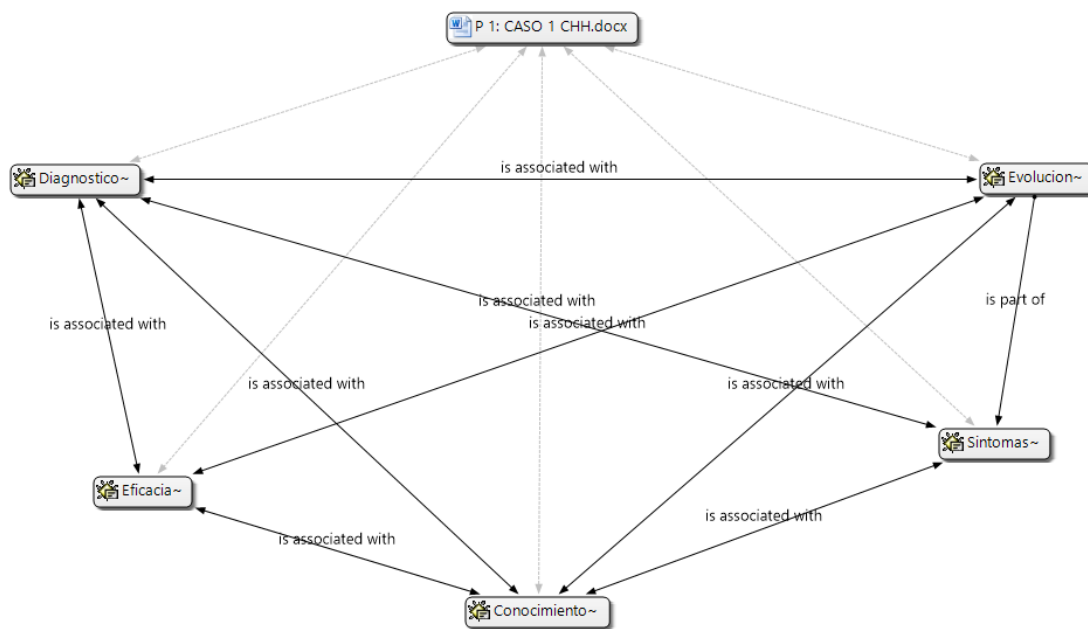


Figura 2. Red de distribución de la asociación entre las categorías a partir del discurso del caso2.

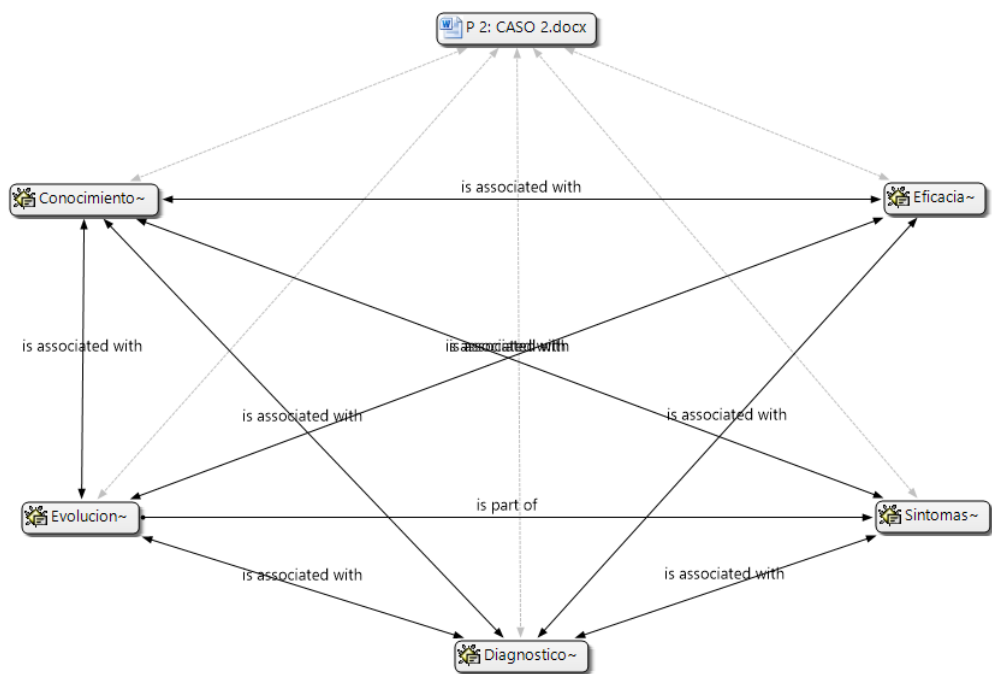


Figura 3. Red de distribución de la asociación entre las categorías a partir del discurso del caso 3.

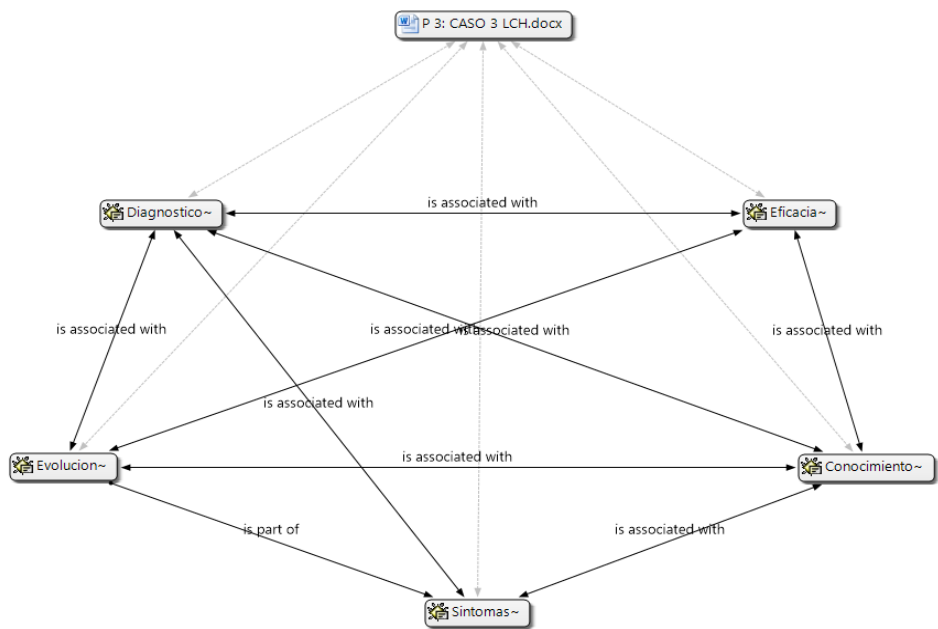


Figura 4. Red de distribución de la asociación entre las categorías a partir del discurso del caso 4.

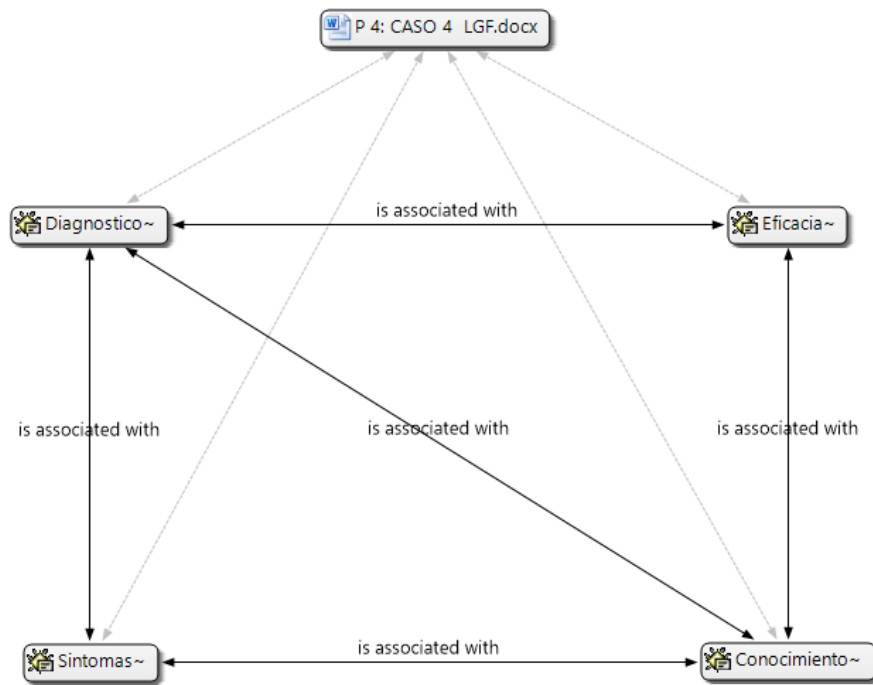
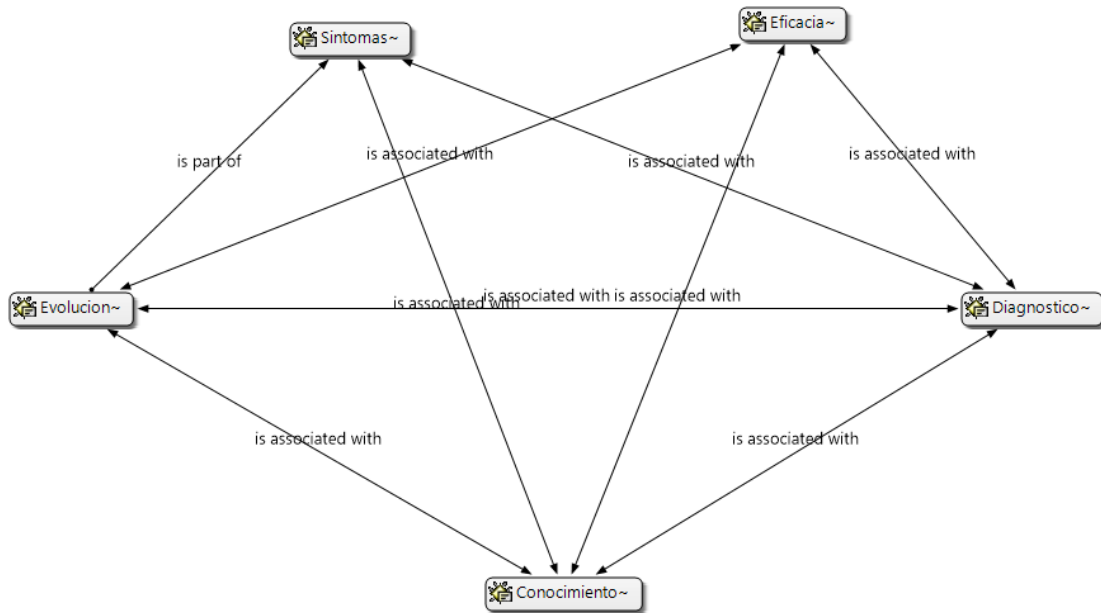


Figura 5. Red de distribución de la asociación entre las categorías a partir del discurso de los 4 casos entrevistados a profundidad.



Esta red final de intersección entre las 4 entrevistas a profundidad, muestra que la base corresponde al conocimiento como categoría y que se encuentra asociada con cada una de ellas, siguiendo un comportamiento lógico, es decir, de conocimiento con el diagnóstico y evolución de la enfermedad y estas con eficacia y síntomas, este razonamiento indica que si las personas cuentan con el conocimiento respecto a la enfermedad, su evolución, las lleva a solicitar atención médica, con ello al establecimiento oportuno de un diagnóstico y por lo tanto eficacia del tratamiento, por lo consiguiente los síntomas van a ir cediendo y finalmente establecerse el proceso de la curación que en este caso hace referencia a la curación de la [TB].

La lógica indica que existe asociación respecto a lo importante que resulta el conocimiento de su enfermedad y su asociación con las categorías asignadas; diagnóstico, evolución, eficacia y los síntomas. Esto podría significar la importancia de trabajar en la línea de educación para la salud, donde las personas enfermas construyan conocimiento respecto a

su enfermedad y con esto, lograr el restablecimiento de su salud, es decir, utilizar como área de oportunidad a la educación para la salud.

11. DISCUSIÓN

Se coincide con los reportes del perfil epidemiológico de la tuberculosis en México del 2012, en donde se identifican como vulnerable a la población indígena, los habitantes de áreas rurales, por lo que era de esperarse que el mayor número de casos se concentró en las jurisdicciones sanitarias de Huejutla y Molango. Es similar el reporte nacional y el estatal en donde el sexo masculino se ve más afectado que el femenino. Según los antecedentes epidemiológicos de la tuberculosis, se han reconocido grupos de población en riesgo, que por sus características han presentado desde siempre tasas de morbi-mortalidad más elevadas que otros grupos; entre ellos se ubican los adultos de 60 años y mayores. (SALUD, Perfil Epidemiológico de la Tuberculosis, 2012)

Basta mirar la prevalencia de diabetes mellitus en el estado de Hidalgo, dicho padecimiento se encuentra asociado con TB de ahí la trascendencia de brindar atención integral para evitar farmacoresistencia. De la misma manera esto ocurre en personas que viven con VIH/SIDA. (SALUD, Perfil Epidemiológico de la Tuberculosis, 2012)

Estos resultados hacen que de alguna manera se rectifique el trabajo que se ha dejado de hacer a nivel comunitario, donde los determinantes de la salud se manifiestan en su esplendor, esto quiere decir que los mismos representan un área de oportunidad para incidir en problemas de salud pública como lo es la tuberculosis pulmonar bacilífera.

Por otra parte el discurso de las personas entrevistadas a profundidad deja entrever un área de oportunidad para mejorar en lo que respecta al conocimiento de la enfermedad, esto, podría impulsar al sector salud a incrementar esfuerzos en la generación de programas y su aplicación en cuanto a educación para la salud se requiere, si bien, los resultados del análisis en Atlas.ti no son representativos de resultados que se pueden extrapolar al resto de las personas con tuberculosis pulmonar bacilifera, esto derivado de que no es una muestra representativa desde la investigación cuantitativa, pero significativa desde el discurso de la muestra analizada desde la perspectiva cualitativa, ya que su validez proviene directamente de la expresión del lenguaje emitido por los discursos obtenidos mediante esta metodología. (Álvarez, 2003)

Otro de los aspectos que genera el análisis, cuantitativo y cualitativo, es que lamentablemente existe un punto de encuentro, entre la [TB] y la pobreza, de aquí que los gobiernos tendrán que motivar el diseño y ejecución de programas sociales o estrategias sostenibles que enfrenten a la pobreza y sus consecuencias, esto es que, así como la enfermedad es reemergente, urgen cambios generados mediante la aplicación de acciones insistentes en los estilos de vida, el gran reto pues, es motivar cambios en los estilos de vida.

12. CONCLUSIONES

Es necesario que se diseñen programas sociales o estrategias sostenibles que enfrenten la pobreza y sus consecuencias, generar cambios en los estilos de vida ya que la fuente de casos no se agotará y “el caño continuará abierto”. Seguirán generándose indefectiblemente un mayor número de casos de TB.

Si no se actúa ahora, y se sigue sólo con los planteamientos del nivel internacional vigentes, posiblemente se seguirán incrementando los casos de TB incurables, o con bajas tasas de curación, con un elevado costo económico y social. Si hasta la actualidad no se ha podido controlar la TB, ¿será posible controlar una situación de endemia por TB multidrogorresistente, TB extremadamente resistente, si los factores sociales no son considerados en la intensidad que se requiere? Ese es el reto.

A nivel nacional según el Centro Nacional para el prevención y control de enfermedades, la prevalencia de TB pulmonar es de 16.1 por 100,000 habitantes, en el estado de Hidalgo es de 2.6 por cada 100,000 habitantes, esto no quiere decir que no se le preste atención, es una enfermedad reemergente que requiere vigilancia de calidad; sería iluso pensar que derivado de la prevalencia no se requiera intervención urgente a este problema de salud pública que demanda atención constante e innovadora.

Este estudio permite detectar que existe toda un área de oportunidad para establecer estrategias de trabajo desde la educación para la salud y en lo que respecta a los estilos de vida, el discurso de los casos entrevistados, deja entrever asociación desde la metodología cualitativa entre las categorías establecidas.

13. RECOMENDACIONES

- Sin lugar a duda lograremos el control de la tuberculosis con el fortalecimiento de los sistemas de salud; la participación de todos los proveedores de atención de salud; el empoderamiento de las personas que tienen tuberculosis.
- Generar políticas audaces que alcancen a todo el sistema de salud, aumentar la investigación, mitigar la pobreza y tomar medidas con respecto a los factores de riesgo y los determinantes sociales de la enfermedad.
- Es necesario que se establezcan y ejecuten en todo el sistema de salud políticas que favorezcan el control de las enfermedades en general. Ello incluye la eliminación de las barreras financieras que impiden el acceso al diagnóstico y la atención, garantizar la disponibilidad de tratamientos eficaces y reglamentar el uso de todos los medicamentos contra la tuberculosis, establecer una red de laboratorios donde también se puedan realizar pruebas de diagnóstico rápidas, garantizar que haya una dotación de suficientes recursos humanos sensibilizados y capacitados.
- Se requiere atender a la tuberculosis con un enfoque multidireccional e intersectorial, dado que la enfermedad es multifactorial, asegurar el acceso a la atención, ya que a menudo se ve obstaculizado por los enormes costos asociados y la carencia de servicios de seguridad social, lo que genera un círculo vicioso de pobreza y mala salud.
- La aparición de cepas de tuberculosis resistentes a varios medicamentos contra la tuberculosis y la sinergia entre tuberculosis y la infección por el VIH/SIDA y Diabetes Mellitus, en personas coinfectadas, constituyen dificultades importantes para el control de tuberculosis. Se necesita supervisar la utilización de los medicamentos disponibles y la resistencia a los mismos. Ofertar de manera oportuna las pruebas de tamizaje para descartar coinfección y tratar de manera adecuada y oportuna dichas comorbilidades.

14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Lara L. La tuberculosis como problema de salud. En: Martínez F. Eds. Salud pública. Primera edición. McGraw-Hill-Interamericana. España. 1998:735-51.
2. Sarrel M. A history of tuberculosis. (Artículo en Internet)
<http://www.state.nj.us/health/cd/tbhistory.htm> (Fecha de consulta: 18 de abril de 2000)
3. Barrios. (2010). Aspectos biológicos, clínicos y epidemiológicos de la tuberculosis latente. Salud Pública de México, 70-78.
4. Romero A. Historia de la salud pública y la epidemiología en Colombia. Fundamentos epidemiológicos de la lucha contra la tuberculosis. Primera edición. L. Vieco e hijas Ltda., Medellín. 1999: 337-56.
5. Rodríguez EL, Rodríguez CD, Díaz ML y González LC. Tuberculosis en poblaciones prehispánicas de "El Morro de Tulcán" y "El Tambo – Alto del Rey" en el departamento del Cauca, Colombia. Infectio. II encuentro nacional de investigaciones en enfermedades infecciosas. Resumen A-1. 2000; 4: 17.
6. Small PM. Tuberculosis in the 21st century: DOTS and SPOTS. Int J Tuberc Lung Dis. 1999; 3: 949-955.
7. CDC. World TB Day, March 24, 2001. The history of World TB day. Division of tuberculosis elimination. (Artículo en Internet) www.cdc.gov (Fecha de la consulta: 23 de marzo de 2001).
8. Cien años de Salud Publica en México 1810-1910-2010. (Febrero de 2013). México.

9. CONYER, R. T. (2006). EL MANUAL DE SALUD PUBLICA. MEXICO, D.F: INTERSISTEMAS.
10. Meza Palmeros, J. A., Sánchez Pérez, H. J., Freyermuth Enciso, G., & Sánchez Ramirez, G. (Enero-Junio de 2013). El gradiente socioeconómico de la mortalidad por Tuberculosis en México. Población y Salud en Mesoamérica, 1-15.
11. NORMA Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-2013, Para la prevención y control de la tuberculosis. México.
12. OMS. (2010). Objetivos de desarrollo del milenio.
13. REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la. México, D.F. (1984).
14. Salud, S. d. (2007). Guia practica para la Atención de la TUBERCULOSIS en niños, niñas y adolescentes. México, D.F.
15. Salud, S. d. (2007-2012). Programa de acción específico (PAE), TUBERCULOSIS. México: Primera edición.
16. Salud, S. d. (2009). Estándares para la Atención de la Tuberculosis en México. México, D.F.
17. Salud, S. d. (Julio de 2012). Perfil epidemiológico de la TUBERCULOSIS en México. México: IEPSA.
18. Salud, S. d. (2012). Perfil epidemiológico de las ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACION en México. México, D.F.

19. Torrico, D. R. (Enero-Diciembre de 2004). Historia de la Medicina. Archivo Boliviano, 1-10
20. González, R, Di Vasto, G, Rodríguez, O, y Barranco, L. (2010) Comportamiento clínico epidemiológico de la tuberculosis pulmonar. Clinical epidemic behavior of pulmonary tuberculosis 1-12
21. Kindelán, J.M., y Natera, K. Tuberculosis en grupos de riesgo (2006) Sistema nacional de salud, volumen 30, 3-6
22. González, B., Lupercio, H. A., Hidalgo, S. G., León, C. S. G., y Salazar, E.JG. (2013) Calidad de vida relacionada con la salud y trabajo en pacientes con tuberculosis en Guadalajara, (México). Salud uninorte Vol. 29, N° 1, 2013, 13-21
23. Ballester, J.C., Cervera, J. C., Segarra, C, L., Flores, C, J., (2002) Asociación de tuberculosis y alcohol en pacientes de una unidad de infecciosos ADICCIONES, 2002 • VOL.14 NÚM. 1 • PÁGS. 9/11
24. Fernández, P.,R., García, S.,C., y Pérez, P.,JR (2011) Impacto de la tuberculosis pulmonar en la calidad de vida de los pacientes. Un estudio de casos y controles. Revista de Investigación Clínica / Vol. 63, Núm. 1 / Enero-Febrero, 2011 / pp 39-45
25. Vinaccia, S., Quinceno, J.,M., Fernández, H., Pérez, B., E., Sánchez, M., O., y Londoño, A. (2007)
26. Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar. Anales de psicología, vol. 23, n° 2 (diciembre), 245-252
27. Molina, S., I., López, P., C., y Hernández, R., A. (2003) Un estudio ecológico sobre tuberculosis en un municipio de Cuba. Revista de Salud Pública, 19(5):1305-1312

- 28.Senado, D., J. (1999). El riesgo de enfermar de tuberculosis Revista Cubana, Medicina General Integral;15(2):168-175
- 29.Hernández, L., C., Badial, H., F., Ponce, L., A., Sierra, M., J.G., Martínez, G., A., Crabtree, R., B., Bautista, A., S., González, A., A., Guerrero, A., M.,L., Bobadilla, V., J.,M., González,-R., A., y Sifuentes, O., J. (2012). Tuberculosis activa en una cohorte de reclusos infectados por VIH en una cárcel de la Ciudad de México: características clínicas y epidemiológicas. Salud pública de México / vol. 54, no. 6, noviembre-diciembre de 2012.
- 30.Organización Panamericana de la Salud. Coinfección TB/VIH: Guía Clínica. Version actualizada - 2010. Washington, D.C.: OPS; 2010.
- 31.Pan American Health Organization. Tuberculosis in the Region of the Americas 2009. Regional Report. Epidemiology, Control and Financing. Washington, D.C.: PAHO; 2011.
- 32.Mendoza Ticona A, Iglesias Quilca D. Tuberculosis en pacientes con VIH/SIDA. [Internet]. Acta Méd Peruana. 2008 [citado: 21 Mar 2012]; 25(4). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172008010000012&script=sci_arttext
- 33.Organización Mundial de la Salud. Hablemos de Tuberculosis y VIH. La carga mundial de Tuberculosis y su relación con el VIH. [Internet]. Ginebra: OMS; 2012 [citado: 2012 Agosto 2]; [Citado: 17 Jul 2012]; Disponible en: http://www.who.int/tb/challenges/hiv/talking_points/es/index.html
- 34.Ortega AA, Osorio PM, Barrios FP, García MS. La desnutrición y la tuberculosis: dos flagelos del subdesarrollo. A propósito de un caso atendido en Timor Leste

MediSur, Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. 2010; 8 (2): 64-70.

35. Núñez RG, Salinas MA, Villarreal RE, Garza EM, González RF. Riesgo nutricional en pacientes con tuberculosis pulmonar: ¿cuestión del paciente o de los servicios de salud? *Salud Pública Mex* 2000; 42:126-132.
36. Barrios PJ, Castañón AM, Flores VM, Hernández PR. Aspectos biológicos, clínicos y epidemiológicos de la tuberculosis latente. *Salud Pública Mex* 2010; 52:70-78.
37. Aguilar SC. Diabetes y tuberculosis: en el laberinto del subdesarrollo. *Revista de Investigación Clínica*. 2005; 57(1): 82-84.
38. Jeon CY, Murray MB. Diabetes mellitus increases the risk of active tuberculosis: a systematic review of 13 observational studies. *PLoS Med*. 2008; 5 (7);e152. doi: 10.1371/journal.pmed.0050152.
39. Jiménez CM, Cruz HL, García GL, Ferreyra RL, Delgado SG, Bobadilla VM, et al. Associations of diabetes and tuberculosis: impacto in treatment and post-treatment outcomes. *Thorax*. 2013; 68 (3): 214-220.
40. Reis SB, Locatelli R, Horta BL, Faerstein E, Sánchez MN, Reiley LW, et al. Socio demographic and clinical differences in subjects with tuberculosis with and without diabetes mellitus in Brazil-a multivariate analysis. *PLoS One*. 2013; 8 (4):e62604. doi:10.1371/journal.pone.0062604
41. Ponce LA, García GM, García SM, Gómez PF, Olaiz FG, Valdespino GJ, et al. Tuberculosis and diabetes mellitus in southern México. *Diabetes care*. 2004; 27:1584-90.

42. Ugarte CA, Tuberculosis: Un enfoque de Derechos Humanos. Acta Medica Peruana. 2009; 26 :55-57.
43. De la Cruz AM, Tuberculosis y afectividad. Revista Cubana Medicina Tropical. 2004;56(3):214-8
44. Aidar O, Ambroggi M, Arévalo J. J (2010), Guías de diagnóstico, tratamiento y prevención de la tuberculosis, IntraMed; Argentina Buenos Aires.
45. Ops (2008), MANUAL PARA EL DIAGNÓSTICO BACTERIOLÓGICO DE LA TUBERCULOSIS NORMAS Y GUÍA TÉCNICA.
46. Álvarez Gayou Jurgenson JL. (2003). ¿Cómo hacer investigación cualitativa, fundamentos y metodología, Paidós Educador. España.

15. ANEXOS



Evaluación de los factores de riesgo asociados a tuberculosis pulmonar bacilífera en los residentes del Estado de Hidalgo, México.

Guía de entrevista a profundidad

Categorías.	Discurso narrado de casos de TB	Análisis del discurso
<u>Su definición.</u> 1. Para usted ¿qué es la tuberculosis?		
<u>Conocimiento de su enfermedad.</u> 2. Platíqueme usted sobre la enfermedad que padeció		
<u>El significado de su enfermedad.</u> 3. Dígame ¿qué paso cuando le diagnosticaron tuberculosis?		
<u>Proceso enfermedad-salud</u> 4. Platíqueme como evolución su enfermedad		
<u>Apego al tratamiento</u> 5. ¿Qué me dice del tratamiento que se tomó para su enfermedad?		
<u>Factores asociados.</u> 6. ¿ A qué cree que se deba el que usted se enfermó de TB, algún familiar o conocido con quien convive usted está enfermo o padeció de TB?		
<u>Condiciones sociales de vida.</u> 7. Platíqueme sobre su casa, ¿es propia?,		
<u>Estilos de vida.</u> 8. Dígame las características de su casa.		

