

## VI. Análisis de Resultados

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## VII. Conclusiones

### 7.1

1. Conforme a los resultados obtenidos del presente estudio se aceptó la Ho la cual señala que los factores sociales y culturales no están asociados con el abandono del tratamiento antituberculoso. Sin embargo, se encontraron algunas variables que pudieran dar información de mayor significado para conocer los motivos por los que abandonan los pacientes el tratamiento y estas serían, el seguimiento domiciliario el cual debe influir en el aprendizaje significativo efectuado en la realidad en que viven estos pacientes, la motivación para reiniciar el tratamiento y reforzar los conceptos de salud con la congruencia de las acciones que permitan el apego al tratamiento.
2. El perfil sociodemográfico de la población en estudio mostró que el 58.3 por ciento de los pacientes con tuberculosis y que han abandonado el tratamiento corresponde al grupo de edad de 15 a 44 años en el cual predomina el sexo masculino en un 70.8 por ciento. La escolaridad fue baja dado que el 37.6 por ciento no tuvo escolaridad o cuenta con primaria incompleta. El estado civil de estos pacientes fué, casados con un 45.8 por ciento, y en relación al estrato económico el 58.4 por ciento no tiene un salario fijo o gana menos de un

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

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

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

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

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

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



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

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

## 7.2 Recomendaciones

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

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

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

5. La función principal del sistema de salud es facilitar y coordinar los servicios de salud ofrecidos a la comunidad; es en esencia quien resuelve problemas y actúa con los pacientes, por lo que se recomienda a los administradores de los servicios de salud fortalecer en el programa del control antituberculoso el apego a las normas del tratamiento ya que esto facilita la continuidad y podría limitar su abandono.
  
6. Es necesario desarrollar estrategias metodológicas que promuevan en los programas de educación para la salud el aprendizaje significativo. Este involucra a la familia como recurso de apoyo en el tratamiento del paciente implementa las orientaciones en salud en la propia realidad de este y se genera a partir de las necesidades, problemas y percepciones acerca de la enfermedad de tal manera que se estimule al paciente a desarrollar una fuerza interna que le de seguridad para obtener el éxito en su tratamiento.

7. El personal de salud debe apoyarse con ONG's dedicados al mejoramiento del estado nutricional, desarrollo social como mejoramiento del ambiente y capacitación para el trabajo de tal manera que estos factores pudieran coadyuvar en el apoyo al tratamiento antituberculoso y la recuperación del paciente.
  
8. Es deseable que el personal de salud se mantenga actualizado acerca de las normas del programa antituberculoso para lograr mayor efectividad en ellas, capacitarlos en nuevas metodologías en el seguimiento, visita domiciliaria, la formación de grupos de autoayuda y en educación participativa.

## VIII. Bibliografía

### 8.1 Referencias Bibliográficas

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

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

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

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



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

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