



Enfermería Universitaria

ISSN: 1665-7063

rev.enfermeriauniversitaria@gmail.com

Universidad Nacional Autónoma de

México

México

Cadena Santos, Francisco; Alonso Castillo, Maria Magdalena; Alarcón Luna, Nohemi
Selene; Guajardo Balderas, Verónica; Botello Moreno, Yolanda
Relación de los factores personales biológicos, socioculturales y apoyo social con la
responsabilidad en salud a pacientes con Tuberculosis pulmonar
Enfermería Universitaria, vol. 4, núm. 1, enero-abril, 2007, pp. 14-19
Universidad Nacional Autónoma de México
Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358741821003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Relación de los factores personales biológicos, socioculturales y apoyo social con la responsabilidad en salud a pacientes con Tuberculosis pulmonar

Mtro. Francisco Cadena Santos*, Mtra. Maria Magdalena Alonso Castillo**, Mtra. Nohemi Selene Alarcón Luna***, Mtra. Verónica Guajardo Balderas***, Mta. Yolanda Botello Moreno***

*Maestro de Carrera tipo "G" de la Facultad de Enfermería de Nuevo Laredo de la Universidad Autónoma de Tamaulipas.

**Subdirectora de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

***Maestras de Carrera tipo "G" de la Facultad de Enfermería de Nuevo Laredo de la Universidad Autónoma de Tamaulipas.

Resumen

Introducción: El propósito fue conocer la relación entre factores personales biológicos, socioculturales y el apoyo social con la conducta promotora de salud de responsabilidad en salud.

Metodología: Diseño descriptivo-correlacional, muestreo no probabilístico, muestra de 80 sujetos que terminaron el tratamiento. Recolección de la información con una cédula y dos instrumentos de medición con Alpha de Cronbach aceptable.

Resultados: Se observó correlación negativa y significativa entre la edad con el apoyo emocional($r_s = -.426, p < .001$), como con el apoyo tangible($r_s = -.436, p < .001$). Se encontró correlación negativa y significativa del índice de masa corporal con el apoyo emocional($r_s = -.27, p = .01$), y el apoyo tangible($r_s = -.22, p = .04$). Se encontró correlación positiva y significativa de los años de escolaridad con el apoyo emocional($r_s = .42, p < .001$), y el apoyo tangible($r_s = .39, p < .001$). El modelo de regresión lineal múltiple de escolaridad, nivel socioeconómico y ocupación mostró efecto significativo sobre la responsabilidad en salud($F_c = 2.83, p = .03$) con una variación explicada del 13%.

Conclusiones: Los factores personales biológicos y socioculturales tienen relación con las influencias interpersonales. Se encontró efecto significativo de los factores socioculturales con la responsabilidad en salud. No se encontró efecto significativo de los factores biológicos con el resultado conductual; y del apoyo social con la responsabilidad en salud.

PALABRAS CLAVE: Factores Personales Biológicos, Socioculturales, Apoyo Social y Responsabilidad en Salud.

Abstract

Introduction: The purpose was to know the relationship among personal, biological and social-cultural factors and the social support with the promote behaviour of health responsibility.

Methodology: Descriptive co-related design, non probabilistic sampler, 80 subjects finishing treatment, information collection with schedule and two measurement instruments with Cronbach's Alpha acceptable.

Results: Co-relation negative observed and significant between the age with emotional support ($r_s = -.426, p < .001$), as tangible support ($r_s = -.436, p < .001$).

Co-relation negative and significant observed with the corporal mass index with the emotional support ($r_s = -.27, p = .01$) and tangible support ($r_s = -.22, p = .04$). Found positive and significant co-relation of the scholarship with the emotional support ($r_s = .42, p < .001$), and tangible support ($r_s = .39, p < .001$). Multiple lineal regression of scholarship model, social-economic level and living showed significant effect over health responsibility ($F_c = 2.83, p = .03$) with 13% explained variation.

Conclusions: The personal, biological and social-cultural factors are related with the interpersonal influences. Significant effect found in social-cultural factors with health responsibility. Significant effect not found with biological factors with conduct result; and the social support with health responsibility.

KEY WORDS: Personal Biological Factors, Social-Cultural, Social Support and Health Responsibility

INTRODUCCIÓN

En México el sistema de salud enfrenta diversos desafíos, los cuales debe atender haciendo uso de todos sus recursos y programas con el propósito de lograr el mas alto nivel de bienestar para los mexicanos. En primer lugar, el perfil epidemiológico es más complejo, y en segundo lugar la población está creciendo más rápidamente en los grupos de edad adulta y avanzada que en la población infantil. Por lo que se presenta un efecto de traslape de dos retos: de un lado enfrentar los problemas emergentes asociados a la industrialización y la urbanización, tales como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, los padecimientos mentales, las adicciones y lesiones, y por otro lado, terminar con el rezago epidemiológico representado por la presencia de enfermedades del subdesarrollo, tales como la desnutrición, muertes maternas, perinatales y las infecciosas, destacando la Tuberculosis Pulmonar.¹

La Organización Mundial de la Salud, declaró la tuberculosis como un problema de salud pública a nivel mundial. Según sus estimaciones, un tercio de la población se encuentra infectado por el *mycobacterium tuberculosis*, cada año se estima una ocurrencia de mas de 10 millones de casos nuevos y 3.5 millones de defunciones por tuberculosis. En nuestro país la incidencia varia en cada uno de los diferentes estados, donde se reporta que existen entre 4.2 y 37 casos por cada 100,000 habitantes; estos datos son de acuerdo al ultimo reporte de 1999 en el Diario Oficial de la Federación.²

En la mayoría de los países del mundo, una elevada proporción de los casos se presentan en la población de 15 a 54 años; edades en las cuales los individuos son activos económicamente; situación que afecta el sistema productivo de las comunidades donde viven estas personas. El incremento en la mortalidad por tuberculosis esta asociada a múltiples factores, como la prevención, el diagnóstico y el tratamiento tardío, la ineficiencia de los esquemas terapéuticos, la ausencia de supervisión en la administración de los medicamentos, barreras ligadas al servicio y otros factores relacionados al propio paciente.

La responsabilidad en salud es un factor que afecta el tratamiento para alcanzar el éxito en la recuperación del paciente con tuberculosis pulmonar, por lo que representa un área de oportunidad para la ejecución del rol de Enfermería comunitaria.

La Enfermería Comunitaria esta interesada en la promoción de las conductas saludables que favorezcan el bien-

estar de la persona sana o enferma así como de estimular conductas que lleven a la responsabilidad en salud de personas con problemas de salud crónicos, como es el caso de la tuberculosis pulmonar.

El promover los cambios de conducta hacia estilos de vida saludables como la responsabilidad en salud, es campo y preocupación de la Enfermería. El Modelo de Promoción de la Salud propone una forma de explicar y predecir el resultado conductual que busca promover un estilo de vida saludable; además constituye una perspectiva teórica para estudiar el modo en que los individuos toman las decisiones sobre el cuidado de su propia salud, explora los procesos biopsicosociales y culturales que motivan a los individuos a realizar conductas adecuadas a la ampliación de la salud, como es el caso de la responsabilidad en salud.³

El Programa Binacional de lucha contra la Tuberculosis Pulmonar que opera en la Frontera Laredo Texas y Nuevo Laredo Tamaulipas denominado "Los Dos Laredos" ha coordinado esfuerzos por más de diez años con el propósito de eliminar y controlar esta enfermedad la cual continua siendo un problema importante de salud pública a nivel nacional, regional y local. El control adecuado de la tuberculosis implica no sólo el tratamiento de los enfermos sino la atención de una serie de necesidades del paciente y su familia, ya que en la gran mayoría de los casos existen condiciones socioeconómicas, culturales y de apoyo social que pueden influir en la responsabilidad en salud del individuo.

Dentro del contexto de la responsabilidad en salud como la conducta de promoción de la salud, existen algunas teorías que se enfocan a examinar los factores que pueden explicar o predecir la probabilidad que tiene un individuo de comprometerse en conductas que promuevan su salud y bienestar. Los factores que se asocian con la adquisición de conductas saludables que pueden influir en el mantenimiento de las mismas pueden ser afectadas por factores personales biológicos, y socioculturales. Pender además distinguió en la conducta de largo y corto plazo la existencia de diferentes constelaciones de factores cognitivos perceptuales como el apoyo social que pueden influir en la adquisición y mantenimiento de una conducta promotora de salud, como seria el caso de la responsabilidad en salud. El apoyo social se deriva de la categoría de cogniciones y afecto específico de la conducta, de acuerdo al modelo de Pender. Las fuentes principales del apoyo social en las conductas promotoras de salud son la familia, amigos y proveedores de salud, entre ellos el profesional de Enfermería.

El apoyo social ha sido definido como la asistencia y protección otorgada por otros de manera individual, este puede ser emocional (cuidado, empatía, confianza) y tangible (recursos económicos). Norbeck teórico del apoyo social postula que estos dos tipos de apoyo son factores que permiten mantener motivados a los individuos a emprender acciones a favor de su responsabilidad y cuidado de la salud.^{4, 5}

La investigación en esta temática no es concluyente por lo que el presente estudio aporta conocimiento que apoya el concepto de factores personales biológicos, socioculturales y el apoyo social, los que se relacionan o pueden afectar la conducta específica de responsabilidad en salud.

El presente estudio tiene como base el Modelo de Promoción de la Salud que permite explicar el fenómeno de la responsabilidad en salud del paciente con tuberculosis pulmonar como la conducta promotora de salud esperada.

El propósito del estudio fue: conocer la relación que existe entre los factores personales biológicos, socioculturales y el apoyo social con la conducta promotora de responsabilidad en salud.

HIPÓTESIS

1. Los factores personales biológicos (edad, índice de masa corporal, y duración del tratamiento), así como los factores socioculturales (nivel socioeconómico) se relacionan con el apoyo social emocional y tangible en los paciente con tuberculosis pulmonar.
2. Los factores personales biológicos y socioculturales afectan la responsabilidad en salud de los pacientes con tuberculosis pulmonar.
3. El apoyo social emocional y tangible afectan la responsabilidad en salud del paciente con tuberculosis pulmonar.

METODOLOGÍA

El diseño del estudio fue: descriptivo y correlacional⁶. La población de estudio lo conformaron pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años diagnosticados con tuberculosis pulmonar y que terminaron su tratamiento, y que estaban adscritos a las instituciones del sector salud en coordinación con Programa Binacional "Los Dos Laredos" en la Ciudad fronteriza de Nuevo Laredo, Tamaulipas.

El muestreo fue no probabilístico en la serie del tiempo, la muestra tuvo 80 pacientes y correspondió al universo total de pacientes que habían terminado el tratamiento antituberculoso bajo el control de las instituciones de salud.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes que terminaron su tratamiento en un tiempo menor de 12 meses, que iniciaron por primera vez el tratamiento y lo terminaron a tiempo y pacientes que no abandonaron el tratamiento.

Para la recolección de la información se utilizaron una cédula y dos instrumentos de medición. La Cédula de Datos Personales para Pacientes atendidos con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar (CDPTBP) mide los factores personales, biológicos y socioculturales; consta de 8 ítems dividido en dos secciones; la primera con 2 ítems; valora la edad y sexo, y la segunda sección mide las características personales socioculturales con 5 ítems que valora: estado civil, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico e ingreso económico.

El primer instrumento de medición fue derivado del Modelo Promoción de la Salud denominado cuestionario de Responsabilidad en Salud (RS); el cual consta de 10 ítems para valorar responsabilidad en salud, con una escala de medición de cuatro opciones que van desde nunca (N), algunas veces (V), frecuentemente (F), y Rutinariamente (R) fue derivado del instrumento Perfil de Estilos de Vida Promotores de Salud (PEPS) diseñado por Pender (1996) en este estudio la subescala de responsabilidad en salud obtuvo un Alpha de Cronbach de .75, lo cual se considera aceptable.

El segundo instrumento de medición (NSSQ), de Norbeck, fue diseñado bajo el marco conceptual de Kahn traducido y probado su confiabilidad en población mexicana por Arriola y Alonso⁷ con un Alpha de Cronbach de .97 y aplicado en pacientes con hipertensión arterial por Alonso⁸ con un Alpha de Cronbach .72. Este cuestionario consta de 9 ítems, valora 5 aspectos de apoyo social que son a) apoyo emocional, b) apoyo tangible, c) frecuencia, d) duración y e) pérdida; para este estudio solo se utilizaron dos aspectos el apoyo emocional que consta de 4 ítems y apoyo tangible con 2 ítems su diseño es tipo Likert y califica el apoyo social en cada ítems con puntaje de 1 a 5 en donde el mayor puntaje corresponde a mas alto apoyo social. En el presente estudio el instrumento reportó un Alpha de Cronbach de .95.

Para llevar a cabo el estudio, se solicitó la autorización de las instituciones del sector salud, de la Secretaría de Salud y el Programa Binacional "Los Dos Laredos". Se respetó y se cumplió con lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud⁹.

La recolección de los datos se llevó a cabo en forma directa al interrogar a los pacientes en su domicilio, lugares del trabajo y otro como el reclusorio, se les proporcionó información sobre el estudio y se les pidió consentimiento informado por escrito. Los datos fueron procesados estadísticamente a través del paquete estadístico SPSS/WIN (Statistical Package for the Social Sciences for Windows, versión 10.0).

RESULTADOS

La edad de los pacientes estudiados osciló entre 18 y 76 años con una media de edad de 34.4, la escolaridad fluctuó de 0 hasta 15 años de educación con, una media de 3.74 años de educación formal. Estos pacientes tenían una media de 11.9 días de haber iniciado su tratamiento. En relación a los días de terminación del tratamiento tenían una media de 191 días de haber concluido exitosamente su tratamiento tuberculoso. El 62.6% de los pacientes conoce frecuentemente y rutinariamente los exámenes que tienen que realizarse para el control de la tuberculosis pulmonar; el 62.6% se interesa por conocer los resultados de sus exámenes para el control de su enfermedad. El 53.8%

observa al menos cada mes en su cuerpo si presenta cambios físicos o señales de peligro sobre su enfermedad de manera frecuente y rutinaria; así mismo el 48.8% acude a la clínica cuando presenta molestias o síntomas frecuente y rutinariamente; como puede observarse estos pacientes se interesan por el control de su enfermedad

En la Tabla No. 1 se muestran los Coeficientes de Correlación de Spearman obtenidas para los factores personales biológicos y socioculturales con el apoyo social. Se observa correlación negativa y significativa entre la edad con el apoyo emocional ($r_s = -.42$, $p < .001$), así como con el apoyo tangible ($r_s = -.43$, $p < .001$) lo que significa que a menor edad del paciente mayor es la percepción de apoyo social. De la misma forma se encontró correlación negativa y significativa del IMC con el apoyo emocional ($r_s = -.27$, $p = .01$), y con el apoyo tangible ($r_s = -.22$, $p = .04$). En relación a los factores socioculturales se encontró correlación positiva y significativa de los años de escolaridad con el apoyo emocional de ($r_s = .42$, $p < .001$), y con el apoyo tangible ($r_s = .39$, $p < .001$). Lo que significa que a mayor escolaridad mayor es la percepción del apoyo emocional y tangible. De esta forma se sustenta la primera hipótesis del estudio.

Tabla No.1
Coeficiente de Correlación de Spearman
entre Factores Personales Biológicos
y Socioculturales con el Apoyo Social

Factores Personales Biológicos	Apoyo Emocional	Apoyo Tangible
Edad	-.42 p(.001)	-.43 p(.001)
Índice de Masa Corporal	-.27 p(.016)	-.22 p(.04)
Días de duración del tratamiento	.05 p(.64)	-.01 p(.86)
Escolaridad	.42 p(.001)	.39 p(.001)
Nivel Socioeconómico	-.09 p(.42)	-.08 p(.44)

Fuente Directa: (CDPTBP, NSSQN=80)

En la tabla No. 2 se presenta el modelo de regresión lineal múltiple con las variables independientes años de escolaridad, nivel socioeconómico, ocupación y dos variables de engaño para ocupación dado que esta variable es categórica; la variable independiente fue la responsabilidad en salud. Como puede observarse el modelo mostró sig-

Tabla No. 2

Modelo de Regresión
Lineal Múltiple de los Factores Personales
Socioculturales
(escolaridad, nivel socioeconómico y ocupación)
sobre la Responsabilidad en Salud

Fuente de variación	Gl	SC	CM	F	Valor de p.
Regresión	4	4263.21	1065.80	2.83	.03
Residual	75	28205.6	376.07		

Fuente: (CDPTB, RS) $R^2 = .131$ N=80

nificancia ($F_c=2.834$, $p=.03$) con una variación explicada del 13%. Esto explica el efecto de los años de escolaridad y ocupación en la responsabilidad en salud.

En relación a los factores personales biológicos y la responsabilidad en salud estos no mostraron efecto significativo sobre la variable resultado ($F_c=.309$, $p=.871$) de esta forma se sustenta parcialmente la segunda hipótesis de investigación.

La tabla No. 3 muestra que las medias y medianas obtenidas en el apoyo social emocional y tangible son muy similares. En el apoyo emocional una media fue de 1.43 y para el apoyo tangible una media de 1.39. lo cual significa que los pacientes con tuberculosis pulmonar perciben al menos a una persona como su recurso de apoyo social. Sin embargo no se encontró efecto del apoyo social con la responsabilidad en salud ($F_c=.59$, $p=.55$) de esta forma no se sustenta la tercera hipótesis de investigación.

Tabla No. 3
Apoyo Social de la Población de Estudio

Apoyo Social	\bar{X}	Mdn	DE	Min	Max
Apoyo emocional	1.43	1.39	7.70	.46	3.43
Apoyo Tangible	1.39	1.33	.67	.50	3.25

Fuente: (NSSQ) N=80

DISCUSIÓN

En relación a los factores personales de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar se encontró que la media de edad fue de 34.4 años, el 70% son del sexo masculino, la media de escolaridad en años cursados fue de 3.7, el nivel socioeconómico en mayor proporción correspondió al estrato medio bajo y bajo en un 42.5% y 28.8% respectivamente, el 45% están casados, un 46.3% no trabaja y el resto son obreros y vendedores ambulantes, el ingreso económico reportó una media de \$392.4 pesos por semana y el índice de masa corporal dio una media de 21.01.

Los datos del perfil demográfico de estos pacientes concuerdan con los resultados reportados por Casas¹⁰ en el sentido de que las características sociodemográficas de la población afectada por esta enfermedad esta caracterizada por vivir en la pobreza y no tener un trabajo estable que les permita resolver sus principales necesidades básicas, lo cual los vuelve vulnerables a esta enfermedad.

En relación a la responsabilidad en salud como factor promotor de la salud se observó que las principales acciones que llevan a cabo se relacionan directamente con el control de su enfermedad para lograr exitosamente su recuperación, entre estas acciones se encuentran conocer los exámenes que debe realizarse para el control de la tuberculosis pulmonar, interesarse por conocer los resultados de los exámenes, estar alerta a cualquier síntoma o señal de peligro sobre su problema de salud y acudir con los profesionales de salud para su atención. Esto coincide con lo señalado por la Norma Oficial Mexicana de la Federación del Manual de Procedimientos, Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis en el sentido del rol activo y responsable que deben tener los pacientes para lograr su recuperación eficazmente.

En relación con la primera hipótesis se mostró correlación positiva significativa de la escolaridad con el apoyo social emocional ($r_s=.42$ $p<.01$) y tangible ($r_s=.39$ $p<.01$). Así también se obtuvieron correlaciones negativas significativas entre la edad ($r_s=-.42$ $p<.001$) y el índice de masa corporal ($r_s=-.27$ $p<.01$) con el apoyo social, lo que significa que a menor edad y menor índice de masa corporal mayor es la percepción de los pacientes con tuberculosis pulmonar sobre el apoyo social que reciben. Esto coincide con lo señalado teóricamente por Pender quien postula que las características personales se relacionan con las cogniciones y afectos específicos de la conducta como mediadores del resultado conductual que en este caso sería la responsabilidad en salud. Además coincide con lo reportado por Alonso¹¹ en el sentido que la percepción del apoyo social varia dependiendo de las características personales de edad y años de escolaridad.

En relación a la segunda hipótesis postulada, únicamente los factores socioculturales como la escolaridad y el nivel socioeconómico mostraron efecto sobre la conducta promotora de responsabilidad en salud, no así los factores personales biológicos que no mostraron efecto significativo. Estos hallazgos contribuyen parcialmente a las relaciones postuladas en el Modelo de Promoción de la Salud en el sentido de que los factores personales influyen o predicen en forma directa o indirecta la conducta

específica de responsabilidad en salud. Probablemente los años de escolaridad es el factor que mayor peso tiene para explicar esta conducta ya que a mayor escolaridad aumenta la responsabilidad en salud.

En relación con la tercera hipótesis no se encontró efecto significativo del apoyo social emocional y tangible con la responsabilidad en salud, este hallazgo se contrapone con lo señalado teóricamente por el Modelo de Promoción de la Salud en el sentido de que las influencias interpersonales (apoyo social) influyen en el resultado conductual. Probablemente las explicaciones de lo encontrado en el presente estudio se deben a que los pacientes con tuberculosis pulmonar percibieron solamente a una persona ya sea familiar, amigo o un profesional de la salud como la Enfermera que le ofrece este apoyo durante su enfermedad. Es probable también que dado que estos pacientes viven en condiciones de pobreza y pertenecen al estrato bajo y medio bajo, sus familiares y amigos tengan la misma situación económica por lo que se dificulte apoyarlos tangiblemente.

CONCLUSIONES

Las contribuciones del estudio permitieron ratificar las relaciones de algunos conceptos del Modelo de Promoción de la Salud Pender³ de la manera siguiente:

Los factores personales (biológicos y socioculturales) tienen relación con las influencias interpersonales (apoyo social).

Se encontró efecto significativo de los factores socioculturales con el resultado conductual o responsabilidad en salud.

No se encontró efecto significativo de los factores biológicos con el resultado conductual. No se encontró efecto significativo del apoyo social con el resultado conductual o responsabilidad en salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Secretaría de Salud. Plan Nacional de Salud 2001 – 2006. México, 2001.p. 33
2. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana de la Federación. Enero 26, Manual de Procedimientos, Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. Sector Salud, México, 2000. p. 5-8

3. Pender Nola. Modelo promoción de la salud, Health Promotion Nursing Practice. (3ª Ed) Editorial Appleton & Lange. Norwalk, Connecticut, 1997. p. 51-75.
4. Norbeck J, Lindsey A, Carrier V. (1981). The development of a instrument to measure social support. En la Revista: Nursing Research. 1981; 30(5):264-269.
5. Glanz K, Rimer B, Marcus F. Health Behavior and Health Education Theory, Research and Practice. Jossey-Bass, A. Wiley Imprint. San Francisco, 2002.
6. Polit FD y B. Hungler, Investigación científica de la salud (6ª ed) Mc Graw-Hill Interamericana. México, 2000. p. 269 - 278
7. Arrijoa-Morales G, Alonso-Castillo M. Estilo de vida en el paciente con hipertensión arterial. Revista Salud Pública y Nutrición. 2001;(Edición Especial No.4):1-4. Se localiza en: http://www.respyn.uanl.mx/especiales/ssnlweb/hta_sistemaica_cis2001-1.html
8. Alonso-Castillo M, Garza-Barajas R, González-García B. Apoyo social y estilo de vida del paciente con hipertensión arterial. Revista Salud Pública y Nutrición. 2001;(Edición Especial No.4):1-4. Se localiza en: http://www.respyn.uanl.mx/especiales/ssnl-web/hta_sistemaica_cis2001-1.html
9. Leyes y Códigos de México. Ley General de Salud. Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Capítulo I; Artículos: 14, 17, 20 y 21; Fracciones: II, V y VII. 3ra. Ed. Porrúa. México, 1987. p. 35 - 39
10. Casas, García, S. (1996). Perfil Sociocultural del Paciente Tuberculoso. Revista Médica del IMSS, México, 1990. p. 229-232.
11. Alonso, et.al. Relación de Factores Personales e influencias interpersonales con estilos de Vida en Pacientes diabéticos Tipo II. Universidad Autónoma de Nuevo León, México, 1999. 3 pp.

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA

Francisco Cadena Santo: fcadena@uat.edu.mx