

Gaceta Médica de México

Volumen
Volume **138**

Número
Number **2**

Marzo-Abril
March-April **2002**

Artículo:

Algunos aspectos antropológicos del encuentro médico-paciente con tuberculosis pulmonar en el occidente de México.

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Academia Nacional de Medicina de México, A.C.

**Otras secciones de
este sitio:**

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

***Others sections in
this web site:***

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Medigraphic.com

Algunos aspectos antropológicos del encuentro médico-paciente con tuberculosis pulmonar en el occidente de México

Javier E. García de Alba-García* Arthur J. Rubel** Carmella C. Moore**
Mario Márquez-Amezcuá*** Silvia Casasola* Cristine Von Glascoe****

Resumen

El presente trabajo tiene como propósito describir la información manejada en la relación médico-paciente, inmediatamente después del diagnóstico médico de tuberculosis pulmonar.

Para el efecto, se estudiaron grabaciones de nueve encuentros realizados en dos centros de salud de la ciudad de Guadalajara, codificándose los datos de acuerdo al método interaccional de Roter.

Los resultados aluden a la fase intensiva del tratamiento supervisado, donde el médico hace énfasis en la necesidad de negativizar la contagiosidad y obtener la curación de la enfermedad a través del cumplimiento del tratamiento, sin aludir a las experiencias y dificultades cotidianas que implica dicho tratamiento para el paciente, debido a que el encuentro es principalmente unidireccional, y no incluye las representaciones culturales del paciente, para desarrollar una atención médica comprensiva y realista en el tratamiento de la TB.

Palabras clave: *Tuberculosis, antropología médica, encuentro médico-paciente.*

Introducción

La tuberculosis es una enfermedad vieja en América, Newman¹ la incluyó dentro de las enfermedades que consideraba aborígenes del Nuevo Mundo, ubicándola entre las primeras 13.

Summary

The present work has as its purpose a description of the information exchanged during doctor-patient encounters immediately following diagnosis of pulmonary tuberculosis. To accomplish this nine such encounters were audiotape at two public health clinics in Guadalajara, Mexico.

Communication of information and affect was evaluated by adapting the Roter interactional process analysis.

Results show that the physician instructed the patient to behave in ways to prevent disease transmission while assuring patient recovery. Virtually lacking from these recordings is evidence of physician concern with the struggle patients experience to incorporate this regimen of directly observed therapy in to their daily lives. Because these sessions are managed by clinicians to encourage a unidirectional flow of information from physician to patient, the former fail to attain either patient cultural understanding of his/her disease process or comprehensive understanding of how he is affected she by the illness.

Key words: *Tuberculosis, medical anthropology, doctor-patient encounter.*

Una prueba de ello es que los antiguos mexicanos, a la hemoptisis, le daban el nombre de *piapiaquetzaliztli*, a la tuberculosis *tetzauheocoliztli* y a los tuberculosos *quaahuacqui*.²

Después de una aparente declinación a partir de la última mitad del siglo pasado y una alza durante su última

*Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital Civil de Guadalajara. **Universidad de California. Irvine.

***Universidad de Guadalajara.

****El Colegio de la Frontera Norte.

Correspondencia y solicitud de sobretiros: "Dr. Javier E. García de Alba-García. Belisario Domínguez 1000. Centro Médico Nacional de Occidente, UISESS. Bajos de la Farmacia Central. Col Independencia, Guadalajara, 44340 Jalisco, México. Correo electrónico: javier91046@yahoo.com

década, la tuberculosis se considera actualmente un problema de salud reemergente. Por esta razón, la OMS ha tenido que volver a programar la estrategia de erradicación que consideraba para el año 2000, estableciendo nuevos y más eficaces programas de prevención y de control, debido a la multirresistencia del bacilo de Koch,³ y a su asociación con otros problemas de salud como la diabetes mellitus y el SIDA.^{4,5} Esta situación ha propiciado que la lucha antituberculosa se centre en el control de la transmisión de la enfermedad, a través de nuevos esquemas de tratamiento.

La presente comunicación tiene como objetivo describir la información utilizada en la relación médico-paciente, inmediatamente después del diagnóstico médico de tuberculosis, ya que hay poca evidencia empírica que estudie dicha información en la relación médico-paciente, es decir a partir de que la enfermedad deja de ser considerada una afección respiratoria común⁶⁻⁸ y es planteada como tuberculosis (TBP). Este enfoque cobra mayor relevancia, si tomamos en cuenta que la falta de adherencia al tratamiento, está fuertemente relacionada con el escaso conocimiento de la enfermedad⁹ y la falta de confianza en el equipo de salud tratante, por parte del paciente.¹⁰ Estos factores que propician el fracaso del tratamiento y por ende un bajo impacto sanitario en la interrupción de la compleja red de transmisión de la enfermedad.¹¹

Material y métodos

El universo de trabajo lo constituyeron nueve pacientes con TBP y sus médicos tratantes en los Centros de Salud 1 y 3 de la ciudad de Guadalajara, durante el verano de 1996.

De los pacientes, cinco fueron mujeres y cuatro varones, cuyas edades fluctuaban entre 18 y 74 años, con cero a ocho años de escolaridad formal, y un promedio de cinco convivientes.

Los nueve médicos eran generales, con más de cuatro años de experiencia en la consulta externa, dos fueron del sexo femenino, siete fueron del sexo masculino, sus edades fluctuaron entre 30 a 47 años.

Los criterios de selección de los médicos fueron:

1. Que el doctor fuera reconocido por sus compañeros por su buen trato con los pacientes.
2. Que tuviera pacientes adscritos con TBP, detectados durante nuestra investigación.
3. Que aceptara participar en el estudio, permitiendo la grabación del encuentro médico-paciente.

En el caso de los pacientes:

1. Que hubieran sido detectados durante el estudio como pacientes con TBP activa.

2. Que fueran residentes de la ciudad de Guadalajara.
3. Que aceptaran participar en el estudio.

La recolección de datos la efectuó un médico mexicano entrenado en las técnicas de la entrevista y la observación participante, quien solicitó la autorización de los actores, para realizar la grabación de los encuentros médico-paciente, utilizando una grabadora reportera marca Aiwa, y audio cassettes de marca Sony de 60 minutos.

La grabación se transcribió fielmente por el mismo médico entrenado, que no tuvo problemas para decodificar la voz, el tono o el timbre que afectaran la calidad afectiva del encuentro.

La codificación de los datos se realizó mediante una lista de cotejo modelada de acuerdo al método de análisis interaccional de Roter,^{12,13} Las categorías señaladas por este autor fueron adaptadas al régimen de tratamiento de la TBP, siguiendo los lineamientos recomendados en publicaciones internacionales, algunos puntos fueron derivados de los carteles sobre TBP, expuestos en las salas de espera de los Centros de Salud, estos carteles enfatizaban las causas, la fisiopatología y el tratamiento de la TBP, invalidando otro tipo de explicaciones no médicas.

Las listas de cotejo fueron examinadas y validadas por tres médicos con experiencia para asegurar que en dichas listas se representaba una conducta razonable durante la consulta, por parte del médico tratante de pacientes con TBP activa. En estas listas de cotejo se codificó y evaluó la información comunicada por el médico, la respuesta del paciente hacia su tratamiento y algunos aspectos afectivos de tipo positivo o negativo del médico hacia el paciente (anexo 1).

Resultados

Los resultados aluden a las consultas subsecuentes al diagnóstico de TBP, es decir, durante la fase intensiva del tratamiento.

La principal información comunicada fue:

1. La importancia de tomar su medicina diariamente (7-9).
2. Reasegurar al paciente la posibilidad de curarse (6-9), lo cual se expresaba de la siguiente manera: *Usted se podrá curar, si toma su medicina diariamente.*

Sin embargo, en dos de los nueve encuentros analizados, los médicos enriquecieron las instrucciones sobre la toma de medicamentos describiendo la naturaleza de la enfermedad, esos dos esfuerzos fueron ejemplares por explicar la fisiopatología de la enfermedad en un lenguaje accesible al paciente.

Anexo 1**Lista de cotejo para el encuentro médico-paciente con TBP**

1. Información comunicada por el médico (7 puntos)
 - ¿Debe el médico explicar qué es la TBP?
 - ¿Se reitera la importancia de tomar las medicinas diario?
 - ¿Informa al paciente que la TBP es curable?
 - ¿Informa al paciente que la TBP es contagiosa, que se pasa de persona a persona?
 - ¿Informa al paciente que la TBP es una enfermedad de larga duración?
 - ¿Informa al paciente que los remedios caseros u otros no curan la TBP?
 - ¿Pregunta al paciente si entendió la información comunicada?

2. Respuestas del paciente hacia su tratamiento (7 puntos)
 - ¿Pregunta al paciente si ha tenido problemas para tomar sus medicamentos regularmente?
 - ¿Pregunta si han ocurrido efectos adversos y da alternativas?
 - ¿En función de los efectos adversos plantea recomendaciones útiles?
 - ¿Pregunta si han ocurrido otros efectos en el desempeño diario con la toma de medicamentos?
 - ¿Pregunta si han habido problemas de acceso a la clínica?
 - ¿Pregunta la razón por la cual no puede tomar su medicina?
 - ¿Pregunta qué piensa el paciente sobre la gravedad o consecuencias del padecimiento?

3. Aspectos efectivos positivos o negativos del médico (2 categorías)

Positivas:

 - Indicaciones con lenguaje enfático o de reforzamiento con frases tales como:
 - ¡Físicamente, está mejorando porque está ganando peso!
 - ¿Es muy importante que vea que está ganando peso y que se siente mejor?
 - "Claro que es pesado tomar y tomar medicina, por mucho tiempo, pero hay que tomarla por su bien".

Negativas:

 - indicaciones en forma dramática o de regaño como:
 - "Mire esto es serio, y usted debe..."
 - "No, no haga caso de lo que le digan los otros"
 - "Interrumpir cuando el paciente toma la iniciativa."

He aquí algunos ejemplos:

Médico: ¿Sabe lo que es la tuberculosis, sabe lo que le estoy tratando de decir?

Paciente: Sí, contesta una mujer de 74 años que ha estado enferma por 4 meses con tos e hipertermia.

Médico: ¿Bien. Déjeme ver, qué está usted entendiendo por tuberculosis pulmonar?

Paciente: Bueno, Yo nunca había tenido esto.

Médico: "Ah, tuberculosis significa, que usted tiene un bacilo en la flema que se forma en su pulmón, éste es un bacilo que le causa problemas en el pulmón. Ahora,

el principal problema, es que ese bacilo es contagioso, sobre todo si no toma su tratamiento. Pero si empieza a tomar su medicina, como yo le diga, ya no será usted contagiosa y no va a infectar a nadie de su familia o de sus amigos, a nadie, porque el tratamiento que le recomiendo mata a ese pequeño bacilo.

Éstos son unos pequeños animalitos que no pueden ser vistos a simple vista, sólo con microscopio. Y éstos son los que están dañando su pulmón, pero si usted sigue mis recomendaciones usted se curará.

Ésta no es una enfermedad mortal, esta enfermedad no debe causarle ansiedad o angustia. Es 100% curable si usted toma el tratamiento como le diga, y para que no sea contagiosa.

Usted va continuar con su vida normal y debe de proceder de manera normal.

Paciente: Interrumpiendo. *Me dicen que la enfermedad es contagiosa...*

Médico: Interrumpiendo. *Contagiosa sin tratamiento, pero usted está tomando tratamiento...*

De acuerdo con lo registrado en siete de nueve cintas, se observa que el médico inmediatamente presiona para que el paciente tome su medicación diariamente, señalándole los riesgos de contagio para su familia y amigos. Sin embargo notamos que este proceder no permite al paciente acceder a un aprendizaje significativo para su vida diaria, al expresarle sólo la naturaleza de la enfermedad por la cual el tratamiento es prescrito, o en ocasiones, al insistirle al paciente sobre lo que está equivocado.

En uno de los nueve encuentros el médico predispuso al paciente, anticipándole el curso largo y difícil del tratamiento. Similarmente en una ocasión, el médico advirtió al paciente que otra medicación que no fuera la prescrita por la clínica no curaría la TBP. Al respecto incluimos el comentario de una paciente recién diagnosticada: *Duré como tres semanas agarrándome llorando, porque es muy triste y más cuando uno no tiene ni para comprar la medicina.*

A pesar de su voluntad de curar, las listas de cotejo evidencian poca comprensión del médico, sobre cómo los pacientes entienden o se adecuan a las demandas del régimen medicamentoso prescrito en el contexto de su vida cotidiana.

Por ejemplo: sólo se cuestiona a los pacientes si tienen problema para tomar sus medicamentos en el horario indicado, sin considerar la problemática conexa como la interferencia del tratamiento en sus actividades diarias como comportamiento sexual, cuidado de niños, desayuno, comidas, consumo de alcohol, tabaco, etcétera. O también sobre problemas de accesibilidad a la clínica, sea por el transporte u otras obligaciones.

Ninguno de los nueve pacientes fue interrogado sobre sus experiencias y dificultades sobre la toma de sus medicamentos. Solamente dos pacientes fueron

questionados sobre el tiempo en que toman sus medicamentos en términos de su horario de alimentación; en ambas ocasiones, el médico sugirió alguna modificación para disminuir los efectos adversos experimentados por el paciente. Asimismo, ninguno de los nueve pacientes fue cuestionado sobre alguna razón por la cual ellos no percibían factible tomar sus medicamentos. Posteriormente, expresaron que la lactancia, el embarazo o el estar tomando otra medicina sea por prescripción médica o no, como medicamentos herbolarios, les había impedido tomar sus medicamentos.

Solamente a uno de los nueve pacientes, se le preguntó si el tratamiento anti TBP, interfería con otras actividades como asistir a su trabajo, capacidad para trabajar, apetito, bebidas alcohólicas, abuso de drogas, sexualidad, etc.

Los problemas encontrados para asistir a la clínica fueron discutidos en un tercio de las sesiones de consulta, pero sólo en una ocasión el médico habla de un programa de apoyo para pagar los gastos de autobús para los pacientes con adherencia exitosa al tratamiento.

Mientras que los médicos proporcionaban alguna información a sus pacientes, dos pacientes voluntariamente ofrecieron al médico información relevante. En uno de los casos, un joven habló de su experiencia con los efectos colaterales cuando tomaba medicina, señalando que le provocaba urgencia para orinar y preguntó si este síntoma era indicativo de otro problema, el médico interrumpió al paciente, diciendo: ¡No! Usted dice: siento ganas de ir al baño, pero eso no tiene que ver con el tratamiento".

El mismo joven preguntó también acerca de la toma inmediata de medicamentos bajo observación, que tenía que hacer saliendo de la consulta, y dijo que eso le causaba molestia porque no tenía nada en el estómago. El médico contestó: *quizás si o quizás no*, pero *lo importante es que empieces, que tomes ahora tus medicinas, aunque después desayunes* agregando "que para las próximas citas vengas ya desayunado".

Cabe señalar que en ningún momento los médicos preguntaron sobre las posibilidades económicas o los apoyos sociales del paciente para transportarse o alimentarse.

Discusión

Si bien los resultados obtenidos no son representativos, nos pueden ilustrar sobre la interacción informativa en el encuentro medico-paciente con TBP, sobre todo durante la fase intensiva del tratamiento, cuando los proveedores de salud están dedicados a la formidable tarea de tratar y retener pacientes, muchos de los cuales presentan condiciones de vida difíciles. La mayoría de los

pacientes están desempleados o incapacitados para encontrar un empleo, porque su tratamiento requiere que visiten la clínica seis días por semana durante los primeros dos meses que dura la fase intensiva del tratamiento supervisado. De acuerdo a la norma oficial mexicana,¹⁴ en esta primera fase se les indica que tomen cuatro medicamentos hasta completar 60 dosis y después dos medicamentos por los cuatro meses restantes (completando 45 dosis). Obviamente el éxito del tratamiento depende en mucho de la motivación y la capacidad de los pacientes para retornar a la clínica con regularidad para su tratamiento supervisado por dos meses y de sostén por los cuatro meses restantes.

Este esquema de atención presupone a un paciente cooperador e informado y a un proveedor de servicios comprensivo a los problemas del paciente y capaz de lograr adhesión al tratamiento, de tal forma que ambos puedan resolver las dificultades hasta el fin del esquema terapéutico.

De acuerdo con nuestras listas de cotejo, efectivamente los proveedores de la atención enfatizan a sus pacientes la importancia de tomar sus medicamentos de manera supervisada, para lograr la eliminación del contagio y la posibilidad de una cura exitosa. Lo anterior se entiende en el marco de un programa de control, que indica a los proveedores que difundan dichos conocimientos a sus pacientes.

Sin embargo, para el paciente puede ser menos agradable persistir en un tratamiento que siente difícil y pesado sobre todo si percibe que sus síntomas continúan, o que sigue siendo contagioso, o se siente estigmatizado. En estas condiciones, visualizan lejanas las posibilidades de curación, sobre todo, si el médico insiste en un discurso donde sólo el tratamiento completo y regular logra la curación de la enfermedad.

Paradójicamente, en algunos casos, cuando el paciente observa la disminución de sus síntomas por ejemplo la expectoración, el paciente se cree curado y empieza a ver al tratamiento como una carga y a considerarlo exagerado, lo cual ocasiona hasta 26% de abandono en el tratamiento.¹⁵ Esta conducta no es extraña ya que los pacientes aluden como explicación causal de la TBP a la exacerbación de la tos.⁷

Lo anterior nos lleva a reflexionar sobre la complejidad del problema de información, de ahí la importancia de tener en cuenta las representaciones culturales que informan y organizan el comportamiento del paciente; pero también la manera en que ese comportamiento responde a factores relacionados con el servicio y su manera de otorgarlo. Este proceso puede causar una disonancia cultural¹⁶ que requiere solventarse mediante una convergencia de información-conductas acerca de la enfermedad que ligue los modelos explicativos de ambos actores, es decir, no sólo las causas, síntomas, tratamiento y complicaciones de la enfer-

medad, sino también la relación que con base en el estilo de vida, actitudes, dificultades relacionadas, etcétera, establece el paciente con su padecimiento.

El desconocimiento por parte del paciente y la falta de contextualización del padecimiento por el proveedor de la atención, hace que el paciente no priorize adecuadamente los cuidados para su enfermedad, sobre todo si son pacientes que están padeciendo la falta de empleo, en cuyo caso la adherencia al tratamiento constituye un problema más que afrontar en sus estrategias de sobrevivencia. Al respecto, Vander Werf,¹⁷ describe la importancia de los costos del traslado y los bajos salarios como barreras para acceder al tratamiento. Al respecto cabe señalar que en los Estados Unidos de Norteamérica, los incentivos ofrecidos a los pacientes con tuberculosis, por los Departamentos de Salud Pública, como ayuda para transporte, alimentos, vestido y dinero en efectivo colaboraron a reducir la incidencia de la enfermedad antes de su resurgencia.¹⁸

Por otra parte, la información obtenida no da lugar a dudas de que los proveedores de salud requieren tener al paciente bajo control para eliminar la causa biológica de la enfermedad (la infección tuberculosa); sin embargo, en ninguna entrevista se observa un esfuerzo por compartir el punto de vista de los pacientes, no se les pregunta sobre las consecuencias cotidianas de la enfermedad. Generalmente prevalece el punto de vista del control de la enfermedad como responsabilidad del propio paciente.

Este enfoque tiene sus raíces en la representación que tenía el médico a fines del siglo XIX y principios del XX, sobre el paciente tuberculoso. Como señala Abel:¹⁹ *La gente pobre no protesta colectivamente, pero muchos individuos se resisten, dilatando su diagnóstico, desobedeciendo las recomendaciones del Departamento de Salud, asisten a las clínicas irregularmente, rehusando ingresar a los hospitales o sanatorios o escapándose poco después de su llegada a ellos.* Estos resultados ofrecen algunas luces sobre el modelo dominante de intervención para la atención del paciente con TBP en el que son entrenados los proveedores, es decir en un círculo de control donde se enfatiza el poder, el estatus, la autoridad y la distancia profesional que impone el médico en su interacción con el paciente.²⁰ Este modelo trabaja mejor cuando la enfermedad es de corta duración, los síntomas son ambiguos, el tratamiento tiene mayor probabilidad de éxito y se requiere de poca colaboración entre el médico y el paciente para que el tratamiento sea efectivo.

Desafortunadamente estas características no encajan completamente con la TBP. Sin embargo, los proveedores están entrenados en el estilo del *círculo de control* de la interacción médica, donde se requiere que otorguen a los pacientes con TBP activa, información

biomédica sobre la causa de la enfermedad y su curso y que los pacientes, a su vez, informen sólo sobre el cumplimiento del tratamiento.

Sobre esto último conviene señalar que diferentes estudios interculturales,²¹ indican que el paciente que tiene contacto con la práctica biomédica, acepta el tratamiento médico, aunque no comprenda adecuadamente la causalidad biológica.⁷ Al respecto, Poss²² encontró, en trabajadores agrícolas emigrantes mexicanos a USA, que los pacientes no distinguen la especificidad de la terapia para la infección pulmonar y la de otras localizaciones de la tuberculosis. Sin embargo, saben que el microbio de la TBP es como un *animalito pequeño* que no se puede ver a simple vista, pero que el tratamiento acaba con él, curando la enfermedad. Y en nuestro caso no habrá que olvidar que una gran cantidad de estos emigrantes agrícolas procede del área del Occidente de México.

Si bien la causalidad es importante como un hito que desencadena toda una trayectoria para el paciente, la enfermedad cobra su verdadero significado en la vida cotidiana, de ahí que el diagnóstico realizado y repetidamente confirmado por el médico, representa para el enfermo un estigma que significa el posible rechazo de sus familiares, amigos y compañeros de trabajo al conocer la naturaleza de su enfermedad.^{22,23}

Lo anterior nos lleva a considerar el delicado papel que el equipo de salud juega en la educación del paciente con TBP, por eso debe tenerse en cuenta que los programas institucionales no son la única fuente de información para el paciente, también lo son la familia, los amigos, y los compañeros de trabajo.

Se requiere, entonces, además de informar al paciente para que tenga un conocimiento adecuado sobre la tuberculosis, cuidar y desarrollar la comprensión en la atención médica sanitaria personalizada de la TBP, para que la calidad y calidez de dicha atención, no quede sólo como una frase hecha. Necesitamos pasar a un modelo de atención más participativo (Figura 1), que sea imbuido tanto en el entrenamiento como en la práctica de los proveedores de salud, que tome en cuenta las concepciones culturales que informan y organizan el comportamiento

Modelo de práctica encontrado Modelo deseado

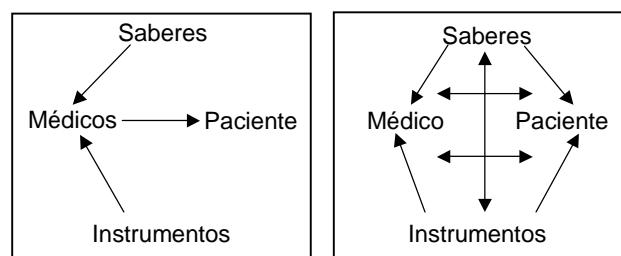


Figura 1. El médico explica cómo es la TB.

to del paciente, sin olvidar, que ese comportamiento responde también a factores relacionados con el servicio y su manera de otorgarlo.⁷ Este aspecto lo expresan Di Matteo y Di Nicola²⁴ como un comportamiento dinámico embebido en una compleja red de factores psicosociales, donde se incluyen el apoyo social y la interacción satisfactoria con los proveedores de atención, la imposición de normas a los pacientes y otros factores situacionales, Barnhoorn y Adriaanse.²⁵ confirmaron lo anterior.

En suma, habrá que tomar muy en serio lo que preconiza el Dr. Martínez Cortés,²⁶ *el encuentro médico paciente es un encuentro esencialmente humano*, lo cual implica insistir entre otras cosas en la incorporación sistemática y crítica de la antropología y sociología médicas en la formación y capacitación continua de los miembros del equipo de salud.

Conclusiones

1. En Los encuentros médico-paciente estudiados, la comunicación mostró un patrón principalmente unidireccional.
2. La información suministrada por el médico al paciente enfatiza la necesidad de tomar el tratamiento para lograr la curación del paciente y la negativización de su contagiosidad.
3. Falta incluir sistemáticamente las representaciones culturales del paciente, respecto a su enfermedad y su contextualización para desarrollar una atención médica comprensiva.
4. Se recomienda incluir elementos de antropología y sociología médica, en la preparación y capacitación de los miembros del equipo de salud, para lograr una relación más humana.

Agradecimientos

A la Secretaría de Salud de Jalisco por su apoyo.

Referencias

1. **Newman MT.** Aboriginal New World epidemiology and medical care, and impact of Old World disease import. Am J Phys Anthropol 1976;45:667-672.
2. **Flores y Troncoso F de A.** Historia de la Medicina en México. Vol 1. IMSS México: 1992. p. 131-132.
3. **Vareidis BP, Grosset J, de Kantor Y, Laszio A, Feiton M, et al.** Laboratory evaluations of drug resistant tuberculosis. WHOITB/93.171. Ginebra. World Health Organization 1993.
4. **Sepkowitz KA, Raffalli J, Riley L, Kiehn TE, Armstrong D.** Tuberculosis in the AIDS era. Clin Microbiol Rev 1995;8:180-199.
5. **García GL, Valdespino GJL, Palacios MM, Mayar MME, García SC, Sepúlveda AJ.** Tuberculosis y SIDA en México. Salud Pública Méx 1995;37:539-548.
6. **Baer RD, et al.** Cross-cultural perspectives on the common cold: Data from five populations. Human Org 1995;58:251-260.
7. **Menegoni L.** Conceptions of tuberculosis and therapeutic choices in highland Chiapas, México. Med Anthropol Q 1996;10:381-401.
8. **Nitcher M.** Illness Semantics and International Health. The weak lungs/TB complex in the Philippines. Soc Sci Med 1994;38:649-663.
9. **Wolfe H, Marmor M, Maslansky R, Nichols Simberkoff M, Des JD, Moss A.** Tuberculosis knowledge among New York City injection drugs users. Am J Public Health 1995;85(7):985-988.
10. **Mejía MJY, Carmona GE.** Abandono del tratamiento antituberculoso. Factores Asociados. Rev Med IMSS 1995;33:481-485.
11. **Martínez C.** Factores que influyen en el abandono del tratamiento antituberculoso. Rev Med IMSS 1982;20:667-675.
12. **Roter DL.** Patient participation in the patient provider interaction: The effects of patient question asking on the quality of interaction, satisfaction and compliance. Health Edu Monographs 1977. p. 281-315.
13. **Roter DL.** The Roter method of interaction process Analysis. Mimeo, 1991.
14. Secretaría de Salud Modificaciones a la Norma Oficial Mexicana. NOM-006-SSA2-1993. Para la prevención y el control de la tuberculosis pulmonar en la atención primaria a la salud en México. México, D.F. 23 de Junio, 2000.
15. **Rey de Castro J, Portocarrero B.** El cumplimiento del paciente tuberculoso en un centro particular y la importancia de programa de control de tuberculosis. Rev Peruana Epidemiol 1992;5:28-31.
16. **Dressier WW, Campos BM, Dos-Santos JE.** Culture, socioeconomic status, and physical and mental health in Brazil. Med Anthropol Q 1998;12:424-446.
17. **Van der Werf T.** Patient compliance with tuberculosis treatment in Ghana: factors influencing adherence to therapy. Tuberle. 1990;71:247-252.
18. **Buchanan RJ.** Compliance with tuberculosis drug regimens: incentives and enablers offered by Public Health Departments. Am J Public Health 1997;87:2014-2017.
19. **Abel EK.** Taking the cure to the poor: patients responses to New York City's Tuberculosis Program. 1894 to 1918. Am J Public Health 1997;87:1808-1815.
20. **Bertakis BD, Roter D, Putman SM.** Relationship of the medical interview style to patient satisfaction. J Fam Pract 1991;32:175.
21. **Mata JJ.** Integrating the clients perspective in planning tuberculosis education and treatment program in Honduras. Med Anthropol 1985;Winter:57-64.
22. **Poss JE.** The meanings of tuberculosis for Mexican migrant farm workers in the United States. Soc Sci Med 1998;42:195-202.
23. **Rubel A, Garro L.** Social and cultural factors in the successful control of tuberculosis. Public Health Rep 1992;107: 626-636.
24. **Di Matteo MR, Di Nicola DD.** Achieving patient compliance: the psychology of the health practitioner's role. New York: Pergamon Press; 1982.
25. **Bamhomm F, Adriaanse H.** In search of factors responsible for noncompliance among tuberculosis patients in Wardha District, India. Soc Sci Med 1992;34:291-306.
26. **Martínez CF.** El encuentro médico paciente. En: Viesca TC, Compiler. Apuntes del Curso de Antropología Médica UNAM. 1990. México, D.F., México