

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE PACIENTES Y FAMILIARES QUE PADECEN O HAN PADECIDO TUBERCULOSIS PULMONAR.

Estudio Descriptivo realizado en aldea El Milagro, Masagua,
Escuintla, durante el mes de enero de 1990 al mes de abril de 1996.

RAMON HERNANDEZ MANCILLA

MEDICO Y CIRUJANO

INDICE

	Contenido	Página
I.	INTRODUCCION	01
II.	DEFINICION DEL PROBLEMA	02
III.	JUSTIFICACION	04
IV.	OBJETIVOS	06
V.	REVISION BIBLIOGRAFICA	07
VI.	METODOLOGIA	33
VII.	PRESENTACION DE RESULTADOS	37
VIII.	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	49
IX.	CONCLUSIONES	54
X.	RECOMENDACIONES	55
XI.	RESUMEN	56
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	57
XIII.	ANEXOS	61

I. INTRODUCCION

Los estudios antropológicos dirigidos hacia el campo de los conocimientos, actitudes y prácticas tradicionales son exigüos, es de interés entonces revelar ese cúmulo de conocimientos ancestrales, para determinar los conocimientos culturales que intervienen positiva o negativamente en el proceso salud-enfermedad.

Guatemala posee una amplia gama de elementos tradicionales que se han venido transmitiendo de generación en generación, basadas en un saber empírico que ofrece o intenta ofrecer soluciones a la problemática de la enfermedad.

La tuberculosis constituye una entidad prevalente que afecta principalmente a los grupos de bajo estrato socio-económico y cultural.

La Aldea El Milagro, Masagua, Escuintla, presenta un bajo desarrollo general, lo cual se refleja en cuanto a salud por la alta prevalencia de enfermedades infectocontagiosas dentro de las cuales la tuberculosis ocupa un lugar importante.

Por lo anterior, se realizó este estudio de tipo descriptivo, que evaluó los conocimientos, actitudes y prácticas que sobre tuberculosis pulmonar, poseen los pacientes y familiares que han padecido o padecen la enfermedad en dicha localidad.

La información se obtuvo a través de una encuesta elaborada, los principales resultados nos permiten concluir que los pacientes y familiares de éstos poseen conocimientos actitudes y prácticas considerados como adecuados en relación a tuberculosis.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

El hombre desde su inicio tuvo que idear formas para satisfacer sus necesidades y darle concepto a los fenómenos naturales. Con su experiencia generó un cúmulo de conocimientos, actitudes y prácticas que transmitió a las siguientes generaciones. Esta experiencia del hombre que le dió pasado histórico y lo provee de un futuro es lo que se llama cultura. (3)

El hombre cuando habla de enfermedad, tiene la certeza de que éstas son originadas por factores naturales y sobrenaturales. Es de causa natural cuando en ellos interviene la voluntad de DIOS, a él corresponde dar salud o castigar con enfermedades; y sobrenaturales aquellas enfermedades producidas por el hombre (envidias, rencores, etc.) a través de brujerías y hechicerías, enmarcándose el tratamiento dentro del campo mágico-religioso, el brujo tiene que interceder ante ritos, ofrendas y regalos para restablecer nuevamente la armonía del enfermo con los malos espíritus o con los dioses; de ahí, la gama de conocimientos, actitudes y prácticas de la población en el control y prevención de las distintas enfermedades. (14)

Guatemala es un país rico en conocimientos, actitudes y prácticas médicas tradicionales que constituyen elementos culturales que se interrelacionan con factores socio-económicos y biológicos. Estas se han venido transmitiendo de generación en generación y basadas en un saber empírico ofrecen o intenta ofrecer soluciones y a las enfermedades y propiciar la salud de la población. (22)

La tuberculosis constituye una entidad prevalente, según la OMS se estima que cerca de un tercio de la población mundial está afectada y que anualmente se contagian entre 8 y 10 millones de personas. (23,36) En Guatemala ésta enfermedad se presenta constantemente en la población de bajo estrato económico; en 1995 se reportó una tasa de 26.64 por 100,000 habitantes. (19)

Para éste mismo año, el departamento de Escuintla registró una tasa de prevalencia de 52.25 por 100,000 habitantes, no contándose con datos actualizados de mortalidad nacional y departamental por existir un sub-registro total, lo que evidencia la poca importancia que se le da a ésta enfermedad.

El municipio de Masagua presenta un bajo desarrollo a nivel social, económico y cultural lo que se refleja con una tasa de prevalencia de 33.3 por 10 000 habitantes para dicha enfermedad, y hacia dentro de sus aldeas, EL MILAGRO presenta una mayor deficiencia de los componentes anteriores lo que se refleja con una tasa de prevalencia de 58.0 por 10 000 habitantes. (19)

La evolución de los grupos humanos es un proceso de adaptación biológica y cultural al ambiente, y siendo la enfermedad un factor de él, la población ha tenido que adaptarse a la enfermedad no sólo biológica sino también culturalmente. Así en cada población encontramos formas culturales específicas de tratar enfermedades aún cuando la población no tenga plena conciencia de ellas. (13)

El presente estudio persiguió determinar esa sabiduría cultural de conocimientos, actitudes y prácticas de las poblaciones en su trato con la enfermedad y encontrar alguna de éstas formas inconcientes y efectivas y llamar la atención de los habitantes al respecto, convirtiendo éstas en medidas provechosas para el control y prevención de la tuberculosis.

III JUSTIFICACION

La compleja situación étnica social y cultural de Guatemala hace necesaria y pertinente la participación de los estudios antropológicos e incluir la salud dentro del contexto cultural. A éste aspecto frecuentemente no se le ha dado importancia, olvidando que la cultura juega un papel importante en la toma de decisiones de la población respecto a las diferentes enfermedades. (2)

En Guatemala como en muchos países existen grandes desigualdades sociales, económicas y culturales. Es un país en donde existen diversos grupos humanos poseedores de un idioma, costumbres, tradiciones, conocimientos, actitudes y prácticas, es decir, una cultura y a nivel particular una cultura médica. En nuestro país ha existido la tendencia a considerar los problemas de salud desde una perspectiva biológica. Se ha reconocido que muchos de los problemas responden a factores socio-económicos, pero se han soslayado factores culturales presentes en grandes poblaciones y que en un momento dado inciden en beneficio o deterioro de la salud. (1)

En la actualidad la antropología y la medicina popular tradicional conforman un campo de investigación de interés especial para las personas involucradas en el campo de la salud: médicos, químicos, farmacólogos, psicólogos, psiquiatras y para aquellos interesados en conocer y preservar los elementos culturales que forman parte de las distintas sociedades entre ellos sociólogos y antropólogos. El propósito es investigar y analizar todos aquellos recursos que buscan propiciar la salud de la colectividad. (6).

La sabiduría popular es poseedora de una gran riqueza de conocimientos, actitudes y prácticas que han adquirido confianza con el tiempo y con la experiencia. Dentro de éstas prácticas en las que el pueblo deposita su fé están las curaciones de la medicina popular tradicional con las que la gran mayoría de habitantes rurales y semirurales encuentran alivio a sus dolencias físicas o psicológicas, los habitantes de las grandes poblaciones no son ajenos a éstas desde los remedios de las comadres hasta la opinión prestigiosa de los curanderos todo lo cual tiene una amplia cimentación en la conciencia popular de los guatemaltecos. (9)

La presente investigación pretendió determinar los conocimientos, actitudes y prácticas médicas que la población de la Aldea "EL MILAGRO" tiene con respecto a la tuberculosis pulmonar la cual es prevalente en ésta población a razón de 58.0% por 10,000 habitantes. La importancia de conocer éstos aspectos es saber en que medida éstos influyen positiva o negativamente en el control y prevención de la misma.

Este trabajo en ningún momento pretendió ser exhaustivo por el contrario, buscó despertar la inquietud, de incluir la salud dentro del contexto cultural y no sólo desde una perspectiva biológica y así evitar el fracaso de los diferentes programas destinados a la población. (13)

IV. OBJETIVOS

GENERAL:

IDENTIFICAR LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE PACIENTES Y FAMILIARES QUE PADECEN O HAN PADECIDO DE TUBERCULOSIS PULMONAR, EN ALDEA EL MILAGRO, MASAGUA ESCUINTLA, DE ENERO DE 1990 A ABRIL DE 1996.-

ESPECIFICOS:

Respecto a la tuberculosis

- 1- Evaluar si conocen el agente causal.
- 2- Evaluar si conocen el mecanismo de transmisión.
- 3- Evaluar los conocimientos en pacientes y familiares sobre factores de riesgo que predisponen a padecerla.
- 4- Identificar las actitudes como paciente.
- 5- Identificar las actitudes de los familiares hacia el paciente que la padece.
- 6- Identificar las actitudes de la comunidad hacia el paciente enfermo.
- 7- Identificar las causas que predisponen al abandono del tratamiento.
- 8- Identificar las medidas preventivas que toma la comunidad para evitar contraerla.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

1. ENFOQUE BIOCULTURAL DE LA SALUD EN GUATEMALA.

El estado de salud en poblaciones de países del tercer mundo, se encuentra en condiciones que están muy lejos de alcanzar el bienestar físico, mental y social como lo promueven la OMS; Guatemala no escapa de esta realidad.

Por otro lado la compleja situación étnica, social y cultural de Guatemala, hace necesaria y pertinente la participación de estudios antropológicos e incluir la salud dentro del contexto cultural. Este con frecuencia se ha soslayado olvidando que la cultura forma un papel importante en la toma de decisiones de la población, tanto en la etiología como en el tratamiento y prevención de algunas enfermedades. (12)

Al respecto afirma Claudio Malo: " ha existido la tendencia a considerar los problemas de salud desde una perspectiva biológica; se ha reconocido que muchos de los problemas responden a factores socioeconómicos, pero se han soslayado factores culturales presentes en grandes poblaciones y que en un momento inciden en beneficio o deterioro de la salud".

Continúa afirmando: " desde la década de los cincuenta, investigadores antropólogos han dado a conocer que en países tercermundistas, coexisten dos sistemas médicos, el bio-cultural, cuyas relaciones han sido de menosprecio y antagonismos".

" Fué hasta el año 1978 que en la declaración de Alma Ata, dentro de sus estrategias para alcanzar que la población logre salud para todos en el año 2000 para un mejor desarrollo y productividad, se recomendó tomar en consideración la cultura médica tradicional y así evitar los diferentes fracasos de los proyectos de salud". A pesar de éste reconocimiento, en Guatemala el sistema de salud oficial responde a un modelo bio-médico occidental, cuya tecnología responde a la realidad socio-económica del país. (28)

Continuando con los factores culturales asociados a la salud el mismo autor refiere: " dada la complejidad cultural del país, los estudios antropológicos realizados en cuanto a conocimientos, actitudes y prácticas médicas en áreas rurales del mismo son exigüos, sin embargo, señalan que factores culturales aunados a la falta de educación escolar y materno-infantil, inciden en el seno del hogar en la toma de decisiones terapéuticas y nutricionales". (9)

La concepción acerca del binomio salud-enfermedad forma parte de la cultura en general, y médica en particular, de

las diferentes poblaciones del país. Se encuentra interrelacionada con factores físicos, económicos, sociales, espirituales y morales del ser humano. Además, tiene una relación histórica, y a través del tiempo se han acumulado los diversos conocimientos, prácticas y recursos terapéuticos reconocidos y aceptados socialmente en las comunidades, principalmente del área rural, por lo que se considera importante referirse al concepto cultura.

Según Noval en un análisis hecho por Richard Adams, cultura es sencillamente "el modo de vida de los miembros de cualquier sociedad humana particular, como se manifiesta en sus hábitos de acción y de pensamiento adquirido. Tales hábitos son compartidos por muchos individuos en el seno de la sociedad. Los productos de actividad mental y parte de la vida diaria, también forman parte de la cultura". (13)

El Director General de UNESCO, Amadou Matar M. Bom, define la cultura así: "La cultura es a la vez aquello que una comunidad ha creado y lo que ha llegado a ser gracias a esa creación lo que ha producido en todos los dominios donde ejerce su creatividad y el conjunto de los rasgos espirituales y materiales que a lo largo de ese proceso, han llegado a modelar su identidad y a distinguirla de otras". (14)

Para Edwar B. Tylor es "el conjunto complejo que incluye conocimientos y creencias, arte, moral, ley, costumbres y otras capacidades y hábitos adquiridos por el hombre como miembro de la sociedad". (9)

Tulio Tentori señala que la cultura, es "el complejo de los modos de vida, de los usos, de las costumbres, de las estructuras y organizaciones familiares y sociales, de las creencias del espíritu, de los conocimientos y de las concepciones de valores que se encuentran en cada agregado social; en otras palabras toda la actividad del hombre entendido como ser racional". (10)

Dentro de una teoría materialista, para Nils Castro cultura "...es un sistema de valores materiales y espirituales históricamente producidas que aparecen como principios, formas y resultados de la actividad humana, difundida y arraigada en determinada colectividad social a través de sus tradiciones, de la realización de modelos comunes, de sus medios de instrucción material y la organización social, así como en la modalidad de la producción intelectual y artística. Este autor considera la suma de conocimientos transmitidos de una generación a otra, lo que denomina memoria colectiva, la herencia social que hace posible la integración de los miembros de una comunidad, impregnándoles sus normas de comportamiento, valores, sabiduría y habilidades. La síntesis de valores materiales y espirituales de una sociedad

determinada, el marco organizador de la autoconciencia nacional; la fisonomía social, la personalidad de cada pueblo encarna sus resultados, constituye su fisonomía particular, su personalidad colectiva." (20)

Al revisar los conceptos anteriormente mencionados se concuerda con Villatoro, quien afirma que "... la cultura es eminentemente humana, constituye modelos de vida creados por la sociedad a través de su desarrollo histórico, perteneciente a cualquier lugar y tiempo, la cultura es humana y dinámica. Debido a ello se asume que la cultura sintetiza la experiencia colectiva de una nación." (18,22)

a. Algunas funciones de la Cultura:

- La cultura determina las situaciones.
- La cultura determina las actividades, los valores y los fines.
- La cultura define los mitos, las leyendas y lo sobre natural.
- La cultura proporciona modelos de conducta. (28)

b. División de la cultura.

En Guatemala, como en muchos países del mundo, existen grandes desigualdades sociales, económicas y culturales. Es un país en donde existen diversos grupos humanos poseedores de un idioma, costumbres, tradiciones, es decir una cultura, y a nivel particular una cultura médica. De acuerdo al estatus económico y al grupo étnico al que pertenece un conglomerado social así serán sus manifestaciones, actitudes, comportamientos y recursos económicos y sociales utilizados para satisfacer demandas de carácter biológico, psicológico y social.

Razón por la cual los modos de vida no son estáticos, sino que cambian en el transcurso del tiempo. Esto obedece a causas de desarrollo interno de los esfuerzos sociales de una comunidad; así como a los inevitables contactos con modelos determinados que pueden asimilarse y tomarse como propios. (24,26).

Le Than Kac define lo que él llama cultura nacional, parte del principio que en ningún lugar del mundo puede existir una cultura que se llame "autóctona" ya que no todos los elementos que la conforman nacen en la misma región. Considera que la cultura de un pueblo está integrada por innumerable elementos traídos o implantados de otras culturas que pueden ser aceptadas o rechazadas por los miembros de esos grupos sociales. Cuando esos elementos son aceptados o integrados a los propios se constituye la cultura nacional.

Este autor hace referencia a dos tipos de cultura que conviven en una misma, y conforman la cultura nacional: la

cultura de élite y la cultura popular tradicional. Define la primera como: "... una cultura llena de influencias y modelos extranjeros, las que se difunden con gran rapidez por la influencia de los medios de comunicación social; éstos modelos son generalmente aceptados por los estratos sociales altos y medios de una nación". Con respecto a la segunda, la cultura popular tradicional, la define como "... la cultura de los grupos subalternos (especialmente en los países subdesarrollados). Estos grupos generalmente son los guardianes de los secretos más íntimos de la colectividad, transmitidos por el ejemplo y la oralidad a las diferentes generaciones; ésta cultura generalmente está ligada a la tierra, al trabajo y al pueblo, a sus alegrías y tristezas, manifestadas a través de hábitos, creencias y modos de vida en general. (27,28)

Villatoro en un análisis de Antonio Gramsci, afirma: "... la cultura popular tradicional puede ser entendida sólo como un reflejo de las condiciones de vida del pueblo, si bien algunas concepciones propias se prolongan aún después de que las condiciones hayan sido o parezcan modificadas o hayan dado lugar a combinaciones caprichosas". (7)

En los países latinoamericanos, en los que se encuentran sociedades divididas en clases económicas diferenciadas, se aceptan varios tipos de culturas, así:

I.-La cultura académica, elitista, oficial, hegemónica; originada e inspirada en la cultura occidental. Esta cultura se transmite a través de la enseñanza. El autor Claudio Malo opina al respecto: "... Los sistemas educativos se han diseñado ajustados a los patrones de éstas culturas, por lo que educar ha sido sinónimo de "EUROPEIZAR".

II.-La cultura popular, producida por el pueblo o clases populares de cada país. García Canclini la concibe como resultado de "una apropiación desigual del capital cultural, una elaboración conflictiva de los sectores hegemónicos". (9)

De León Meléndez refiere que "... en el caso particular de países como México y Guatemala hay que tomar en consideración, para el estudio de las culturas populares, no sólo la existencia de las clases socio-económicas, sino las numerosas étnias indígenas, que configuran una problemática cultural más compleja." (20)

En el ámbito de las culturas populares, hay que destacar la **CULTURA POPULAR TRADICIONAL**, conocida como **FOLKLORE**.

Según Raúl A Cortazar la cultura popular tradicional o folklore se caracteriza por:

Vigencia Colectiva: un hecho es folklórico si es colectivo en la comunidad. Aunque sólo uno o pocos individuos practiquen un hecho determinado (curandero, tejedor, músico, etc.) es el grupo el que les ha delegado dicha función y todos participan en ella; además los individuos se sienten obligados a cumplir su tarea dentro y para su comunidad.

Empírica: esta cualidad se realiza de manera inductiva; de persona a persona por imitación. Los portadores reciben de sus antecesores las indicaciones para proceder de determinada manera. Se hace de manera directa, por experiencia.

Funcional: " los fenómenos folklóricos son funcionales porque satisfacen cultural y tradicionalmente necesidades biológicas, espirituales, primarias y derivadas que la comunidad folk colectivamente experimenta y comparte."

Anónima: los hechos originalmente tienen un autor, pero en el transcurso del tiempo se olvida; aunque siempre existe un intérprete quien respeta los gustos, valores y pautas vigentes en la cultura tradicional, aunque a veces imprime al hecho ciertas modificaciones y características propias de su personalidad, o sea que es en parte creador. Al respecto Carualho-Neto agrega que el creador "concibe la esencia y la forma del hecho y el portador las transmite modificándolas".

Tradicional: significa que los bienes de la comunidad son transmitidos de generación en generación, de padres a hijos, de abuelos a nietos. Lo antiguo sobrevive en el pueblo sólo cuando satisface sus necesidades presentes; si nó es así pierde su vigencia.

Regional: El hecho debe ser localizado geográficamente en un lugar determinado. (18).

III.- La cultura de "masas" o para las "masas", es aquella producida para el pueblo, por los sectores hegemónicos. Se impone a través de los medios de comunicación. Es una cultura de "consumo". (24)

c.- Organización de la Cultura.

En lo concerniente a Guatemala en donde existe una cultura popular tradicional, ésta la podemos clasificar como aparece luego. Esta clasificación conlleva la forma de vida material, social y espiritual, la que está basada en la clásica división etnográfica.

I.- "Cultura Material: ésta abarca todo lo que el hombre como factor de cultura agrega al medio físico que le toca vivir; lo que hace de acuerdo con técnicas heredadas y experimentadas, utilizando los materiales que le dá la tierra formas de vivienda, tejidos, trabajos de madera, bronce,

barro, etc."

II.- "Cultura Social: explica todo lo que la conducta humana dé relación con todas las actividades del grupo que condicionan su estructura y funcionamiento: fiestas, bailes, ferias, creencias, etc."

III.- "Cultura Espiritual: Todos los fenómenos psíquicos más conocidos que se dan dentro de la "cultura popular tradicional" abarca tres partes: El artístico, el conocimiento y el de las creencias." (26,28)

Es básico comprender que al tratar el tema de conocimientos, creencias y prácticas en cualquier enfoque que se le dé relacionado a las 3 entidades que abarca nuestra atención, se debe tener en cuenta un aspecto sobre el cual el médico actual debe tener algún conocimiento como lo es la cultura, para que aquí en nuestro país, éstos enfoques sean mejor entendidos o comprendidos no sólo por médicos sino por todos los pobladores de las comunidades.

3.- Antropología Médica.

Se define la Antropología, como aquella disciplina cuyo objeto de estudio es el hombre mismo y sus obras, sin limitaciones de época ni de lugar, su estudio exige métodos muy diversos y especializados para cada uno de los problemas con que debe enfrentarse.

Puede dividirse en:

Antropología física, cultural y social: " para lograr proveer servicios de salud, estos deben ser presentados en una forma aceptable al paciente, de allí que las creencias de una persona, con respecto a salud, enfermedad y curación el campo de estudio de Antropología Médica debe ser considerado".

La Antropología Médica es "un campo académico que sirve para utilizar la medicina a través del análisis antropológico

En 1978, Bock afirmó: "El objeto de la antropología médica es resolver el problema de acuerdo con la forma en que están funcionando el técnico terapéutico en las instituciones occidentales y no occidentales, para la población que necesita dicho sistema".

La Antropología Médica no es una amalgama de antropología y medicina, ni una sección de la antropología misma, sino que es " una ciencia crítica de los fenómenos médicos por medio de la antropología a través de un método para comprender el multiaspecto de la medicina" (31).

El campo de la medicina tiene dos aspectos principales:

uno es el BIOMEDICO dependiente de las ciencias naturales y la tecnología moderna y otro el BIOCULTURAL dependiente de las ciencias sociales; la antropología de la salud entra en esta última categoría. Dentro de las estrategias a seguir y recomendadas por la OMS está que los dos modelos deben estar presentes en una forma equilibrada, aunque actualmente lo biomédico es el sistema dominante. Esto generalmente ha ocasionado problemas, principalmente en aquellas poblaciones de culturas diferentes en las que se pretende lograr coberturas reales de salud. (15)

Parte del trabajo de la Antropología Médica es teórico y descriptivo, investigando creencias sobre las causas de la enfermedad y sus curaciones, los tipos de curanderos y sus roles médicos y sociales. Parte ha sido práctica y aplicada para facilitar la introducción de la medicina moderna a gentes que han tenido experiencias médicas tradicionales. Sin embargo, hay oposición de los que practican medicina moderna pues no reconocen que el problema de salud-enfermedad es tanto cultural como clínico. (26)

Guidinelli define a la etno-médica como la ciencia que estudia las creencias y prácticas de diferentes grupos sociales. Considera que hay dos tipos de prácticas médicas, una que considera "popular" en la cual los conocimientos y practicas son comunes a la generalidad de los miembros de un grupo y una segunda a la que denomina "especializada", la cual es un patrimonio de alguna colectividad que se dedica a éstas prácticas, aunque no exclusivamente, y a los cuales acuden los demás miembros del grupo; entre éstos tenemos a los curanderos, sobadores, comadronas, etc. (20)

Las prácticas médicas tradicionales varían de acuerdo al grado de aculturación; sin embargo, la mayoría de los valores básicos permanecen semejantes a los de la cultura de origen. En la comunidad, los terapeutas desempeñan un papel profesionalizado y juegan un rol social importante por lo que son respetados por la comunidad.

Las comunidades que se encuentran en proceso de aculturación acuden primero a sus propios especialistas; si éstos no logran curar recurren al boticario, enfermero o médico ladino y finalmente al recurso médico oficial o puesto de salud centro de salud u hospital. (18)

Se hace notar la importancia que tiene para el médico tener formación profesional en el área de Antropología Médica para que, puedan utilizarse los recursos naturales como medio terapéutico y así se estén respetando las creencias, conocimientos y prácticas de las comunidades que practican la medicina tradicional.

4.- Medicina Tradicional.

Es difícil conceptualizar la Medicina Tradicional, a pesar de los esfuerzos realizados por diversos comités y organizaciones de expertos, debido a la diversidad de factores que se detectan según las distintas realidades políticas y sociales de cada país.

En el foro sobre Medicina Tradicional y Atención Primaria de Salud, celebrado en el Instituto Mexicano de estudios de Plantas Medicinales, en México, abril de 1981, expertos de distintos países coincidieron en señalar que "la medicina tradicional es un conjunto de conocimientos y prácticas terapéuticas generadas en el seno de la comunidad, transmitidas generalmente y que basada en un saber empírico ofrece, o intenta ofrecer soluciones a las diversas manifestaciones de la enfermedad, buscando propiciar la salud de la población. Se acepta como rasgo característico de la Medicina Tradicional, si hay íntima relación con la cultura de la comunidad. Para diversas poblaciones y a través de distintas épocas históricas, ésta manifestación cultural ha significado un recurso esencial para preservar la salud. Su permanencia, más allá de las dificultades que plantean su conceptualización, es indicativa de su vigencia como alternativa, constituyendo en algunos casos, la única viable".

"Como toda manifestación cultural, está sujeta a cambios y a la dinámica que el desarrollo de la propia comunidad le imprime, de allí la trascendencia de su posible interacción con los programas de Atención Primaria en Salud".

Considerando que la Atención Primaria en Salud es "... una estrategia en la extensión de la cobertura de los servicios de salud, para satisfacer las necesidades básicas de salud, tanto del individuo como de la comunidad".

También "comprende acciones tendientes a mejorar el nivel de salud y las condiciones de vida de las comunidades. Considera la participación activa, consciente y continua de la comunidad, así como la utilización de sus propios recursos para la solución de los problemas de salud que la afectan". (24)

Aguirre Beltrán, en un estudio realizado, analiza que en países latinoamericanos en los cuales prevalece la existencia de una importante población indígena, como México y Guatemala, la práctica médica se puede clasificar en categorías así:

- a.- Práctica, oficial, occidental o científica.
- b.- Práctica tradicional o aborígen.

Definiéndose la primera como formal porque conlleva el cumplimiento de ciertas normas para su ejercicio. Es oficial porque es la medicina aceptada por el Estado, el cual vela por su mantenimiento. Es considerada como Occidental, ya que sus contenidos científicos y su organización, se basa en conocimientos y experiencias generadas en Europa Occidental.

La segunda categoría, que es la que nos interesa, es la práctica Médica Tradicional en la que se diferencian dos modelos:

I.- Aborígen (comunitario): nace y se desarrolla con el hombre a lo largo de milenios de prehistoria; luego se reorganiza parcialmente su saber, con los aportes de la medicina popular europea. Las ideas y prácticas de ésta medicina han sobrevivido a siglos de un proceso de aculturación y violencia; pero sigue guardando sus características propias.

Posee elementos estructurales:

- Aplica un conjunto de reglas, modelos, rituales, expresiones o acciones que surgen históricamente de la vida práctica y la ideología de un grupo social dando una serie de conceptos en relación a salud-enfermedad.
- Esta aplicación da lugar al desarrollo de un "saber" médico, en el que se identifica con grupos de objetos, enunciados, juego de conceptos, que no constituyen una ciencia, pero pueden construir proposiciones coherentes, desarrollar descripciones o desplegar teorías.
- Los enunciados de éste saber médico se conforman de elementos empíricos, mágicos, místicos, religiosos y racionales siendo especial la influencia ideológica ejercida por la religión católica. (26)

Agrega Beltrán que para reconocer la estructura y funciones de Medicina Tradicional, es necesario saber qué imagen del mundo posee el individuo que utiliza ésta práctica, considera los siguientes elementos:

- El hombre está constituido por cuerpo y espíritu conferido por alguna entidad superior. El espíritu tiene preeminencia sobre el cuerpo y la materia.
- La vida del hombre no se halla dividida, es sintética, es única, total. El existir se siente como todo continuo, ya que el hombre puede dominarla a través de la sobrevivencia del espíritu.
- El hombre no se atribuye a sí mismo un carácter único, toda la naturaleza está vivificada en él; por eso

tiene vida y siente los elementos de la naturaleza; la tierra, el agua, etc. (28)

El autor afirma que "... éste grupo considera que la salud se altera como consecuencia de la acción patógena de ciertos elementos sobrenaturales, por la ruptura del equilibrio de las relaciones sociales y por la acción de ciertos elementos conocidos para conseguir una buena salud, es necesario mantener una buena relación con la naturaleza y los individuos, deben practicar las normas que han sido establecidas ancestralmente por el grupo social; aceptar y solicitar la protección divina de un Dios que ha sido impuesto".

Con respecto al concepto de enfermedad, que posee éste grupo de individuos que utilizan la medicina aborígen, el autor refiere que "... el campesino cuando habla de enfermedad, tiene la certeza del poder de Dios. El es el que dirige su vida y las manifestaciones de la naturaleza, por tanto a él corresponde dar salud o castigar con la enfermedad

A veces es una prueba a la paciencia o resignación del individuo. Los curanderos saben de la divinidad de Dios, de su voluntad para dar salud o enfermedad por lo que se encargan de avivar la fé de los enfermos, expresando que Dios puede curarlos si confían en él, si cumplen con los preceptos y si se arrepienten de sus pecados". (3,22)

La medicina aborígen posee sus agentes de Salud; siendo el curandero el genuino representante, es la persona que ha sido capaz de mantener las ideas y prácticas de su cultura mediante la transmisión oral del conocimiento, el aprendizaje en la práctica y la aceptación de la tradición. Esta convivencia de que su labor es buena y es ayudado por Dios, del cual es intermediario.

Los agentes de Salud de la Medicina Aborígen, los clasifican así: Brujo, Curandero General, Curandero Hierbatero, Curandero del Espanto, Curandero del Ojo, Sobador o Fregador, Partera, Comadrona o Curiosa. (2)

En lo que respecta a la terapéutica utilizada incluye varios elementos, así se describe una terapia comunal donde la cultura de la comunidad considerada como categoría histórica, influye positivamente; hay terapias mágico-religiosas, empíricas y psicológicas.

En la terapéutica participa la comunidad, su visión del mundo, su concepción de la enfermedad; también las historias personales del enfermo y el curandero, sus conocimientos, sus prácticas y la calidad de la comunicación. Todos éstos factores forman una unidad indisoluble de la que se origina algo así como un espíritu de salud, fé, confianza, predisposición a la curación. (3)

II.- Práctica Médica Popular (urbano-marginal).

Es producto de la confluencia de prácticas y conceptos de la medicina aborígen, la popular europea y algunos elementos popularizados en la medicina "científica; que ha emigrado al medio urbano.

La enfermedad se origina por factores sobrenaturales y naturales, el tratamiento es ritual y empírico, el agente de la salud es el curandero; pero aquí la enfermedad pierde su carácter holístico, el tratamiento no es intracomunitario y la relación médico-paciente se va degradando ya que la relación se establece entre sujetos desconocidos que han perdido la ligación histórica de la comunidad. (3)

Al respecto, Boltansky dice: "... La medicina popular corre el riesgo de perder su categoría de "saber" y convertirse en una medicina familiar de tipo imitativo, que simplemente reproduce los elementos rudimentarios de la medicina científica". (9)

a.- Medicina Tradicional y la OMS:

En los últimos años particularmente desde la creación, en junio de 1976, del Grupo de Trabajo en Medicina Tradicional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la medicina tradicional ha cobrado una importancia mayor en la políticas mundiales de salud y los recursos disponibles en los países que poseen una larga tradición médica local, enraizada en un pasado remoto. Al mismo tiempo, ha surgido un interés específico por estudiar y emplear algunos recursos terapéuticos tradicionales, particularmente la hierbolanea medicinal.

Pese a los programas logrados, no se cuenta aún con información suficiente para evaluar el impacto sobre el proceso de salud-enfermedad que ha tenido la práctica de la medicina tradicional en poblaciones que hacen uso exclusivo de ella. (22)

En la medida en que la Organización Mundial de la Salud es un vocero de los estados miembros, las experiencias sobre medicina tradicional que la Organización ha difundido varían, y la política resultante es expresión de motivaciones diversas y complejas.

Considerando que la OMS contempla como meta actual la salud, para todos en el año 2000, ha dado importancia al desarrollo de servicios para la ATENCION PRIMARIA EN SALUD, a la movilización de todos los recursos disponibles. "La gran mayoría de los habitantes de los países en desarrollo, cuando enferman, recurren a los curanderos tradicionales señala un documento de la OMS. Para la mayoría de la población, atención primaria de salud es sinónimo de medicina tradicional." (15)

Se sabe que lograr la meta "salud para todos en el año 2000", es difícil pues para ello deben ser satisfechas necesidades esenciales de alimentación, ocupación, vivienda, saneamiento ambiental, provisión de agua potable, educación, etc., además se requiere de los servicios médicos específicos implica la movilización y optimización de todos los recursos para la salud disponibles en el país, como se había dicho "el actual ejército de hierberos, curanderos y parteras tradicionales esto dice el Dr. Mahler puede contribuir a que sea posible el cumplimiento de la meta actual."

La OMS ha publicado diversas definiciones con respecto a Medicina Tradicional.

En la reunión de un grupo de expertos de la Región de África, realizada en Brazzaville en 1976, consignaron una definición de medicina tradicional como "la ciencia de todos los conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para diagnósticos, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales y sociales, basados exclusivamente en la experiencia y la observación, y transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra".

"La medicina tradicional puede considerarse también como una firme amalgama de práctica médica activa y experiencia ancestral". (22)

Estas definiciones resaltan mucho los rasgos empíricos de la medicina tradicional, sin indicar las bases teóricas que sustentan sus prácticas y que se ligan a los conceptos y sistemas de creencias por lo que se opone a la medicina científica, moderna. La OMS señala las ventajas del enfoque integral, holístico que se encuentra en los sistemas de medicina tradicional "la medicina tradicional considera al hombre de manera holística, es decir en su totalidad y dentro de su espectro ecológico, partiendo al mismo tiempo de que la falta de salud o la enfermedad proceden de un desequilibrio del hombre en su sistema ecológico total, y no sólo del agente causal y evolución patógena". (15)

Las prácticas médicas tradicionales son como todo fenómeno cultural, manifestaciones de las características históricas, geográficas, económicas que se articulan en un grupo social y en un habitat preciso, por lo tanto, deben ser estudiadas como un fenómeno integral que, en el mundo moderno, convive con otros sistemas médicos.

Relacionando con lo anterior, en una reciente publicación, el Dr. Olayinola Akerche, jefe del servicio de Medicina Tradicional de la OMS, señala: "es necesario identificar, reunir, examinar y evaluar el elevado número de prácticas médicas tradicionales existentes en determinados países. La decisión acerca de su utilización depende en

último término de cada país. Estas prácticas, incluidos los remedios caseros, pueden constituir nuevos instrumentos para uso de los sistemas de salud; se necesita un mecanismo orientado al servicio que los haga fácilmente accesibles a la humanidad doliente. En cualquier caso, en casi todas las zonas rurales y en algunas urbanas, la asistencia médica es una combinación de medicina tradicional y moderna en la que muchas veces se hace difícil determinar donde termina una y comienza otra". (13)

b.- Medicina Tradicional en Guatemala.

Villatoro plantea que "Guatemala, por el estado de subdesarrollo agudizado en los últimos años por crisis política, económica y social, posee niveles de pobreza cada vez más altos y los esfuerzos institucionales para proveer salud a poblaciones necesitadas son deficientes. Ante esta problemática los que sufren el mayor impacto son las poblaciones indígenas, quienes constituyen la mayor parte de la población y por su mismo desarrollo histórico habitan en áreas rurales. Dicha población a lo largo de casi quinientos años, viene sufriendo de una marcada marginación, tanto por su estratificación social como por ser condición étnica." Continúa afirmando. "... ante esta problemática, quienes más sufren son poblaciones que habitan en áreas rurales, en su mayoría indígenas, pues viven en el campo dado que su cultura responde a un pasado histórico, con una concepción del mundo con predominio de elementos simbólicos dentro de un contexto religioso, con una vinculación estrecha y armónica con la naturaleza; tierra, sol, aire, agua, con categorías operacionales como: selva, cerros, cuevas, lluvia, ríos y omnipresencia del maíz, no sólo por su importancia en la dieta alimenticia sino por estrecha relación con las prácticas y ceremonias religiosas". (15)

Particularmente en Guatemala para comprender su Medicina Tradicional, debemos estudiar la cultura de los antepasados de la población nativa: LOS MAYAS.

"Como en otras culturas antiguas, la civilización maya, muestra el carácter sagrado de la Medicina". (28)

Es necesario hacer notar los conocimientos que los mayas alcanzaron en los diferentes campos de la medicina. "La cirugía menor fué practicada utilizando filosas piezas de obsidiana para abrir abscesos y otras infecciones. La trepanación de cráneos fué prescrita para enfermos mentales".

A partir de la conquista, durante la época colonial y aún después de ella, el arte de la medicina maya así como los otros componentes de su cultura fueron sistematizados. Sin embargo, "a pesar del sometimiento de que fueron objeto los indígenas americanos, muchas de sus creencias y tradiciones han persistido, y están vigentes en los pueblos

actuales. (13)

La cultura maya posee conocimientos, creencias y prácticas médico-tradicionales, respecto del tratamiento de sus enfermedades, pero este conjunto de elementos médicos tradicionales, son influenciados por la cultura española durante épocas de la conquista; se presenta entonces su SINCRETISMO de culturas en dicha época. La medicina tradicional que se practica en todas las comunidades de nuestro país, tiene como común denominador un tipo de pensamiento sistematizado a través de los años y con características particulares según sea el grupo humano tratado. (12)

Refiriéndose a la Medicina Popular Tradicional en Guatemala Villatoro afirma "... es un país rico en creencias, prácticas y recursos médico tradicionales, lo que cada grupo social y étnico ha seleccionado y los ha jerarquizado de acuerdo a sus necesidades. Estos elementos han sido condicionados por su proceso histórico y la cultura".

Continúa Villatoro; " al llegar las sociedades de la cultura occidental a la estructura social y económica el problema salud-enfermedad, se resuelve en dos formas de acuerdo a su desarrollo histórico: una medicina más o menos oficial, institucionalizada nacida del seno de la tradición, oralidad y práctica continúa en la masa poblacional integrada por creencias y prácticas empíricas que a lo largo de los siglos constituye la Medicina Tradicional". (28)

"En la actualidad la Medicina Tradicional conforma un campo para los interesados de mejorar la salud de la comunidad; en conocer y conservar los elementos culturales. Su propósito es INVESTIGAR y analizar los recursos positivos que benefician la salud física, mental, social y espiritual de la comunidad y descartar las creencias y/o elementos negativos o nocivos". (14)

5.- Concepto de Enfermedad en las Comunidades Indígenas.

Villatoro afirma "... en Guatemala, a los profesionales de las áreas no se les ha dado la suficiente capacitación para conocer y comprender los factores culturales que intervienen en el proceso salud-enfermedad, en la población rural y en los grupos marginales de las áreas urbanas. Estos grupos desconocen los conceptos médicos occidentales; por lo tanto, recurren a su propio esquema médico". (14)

En Guatemala varios autores consideran que la enfermedad popular, puede agruparse en:

- a.- enfermedad natural y
- b.- enfermedad sobrenatural.

a.- "Enfermedades naturales: aquellas que son

intrínsecas al cuerpo humano y están relacionadas con el medio, y que provienen de la divinidad".

b.- **Enfermedades Sobrenaturales:** causadas por una inoportuna intervención de los espíritus o de ciertos humanos. Ejem: susto o espanto, el mal de aire, viento o remolino, las molestias causadas por los espíritus malos, el mal de ojo, daño de brujería, etc. (31)

Villatoro divide la enfermedad popular en los mismos grupos; pero los define de forma distinta. Considera que "... en algunas comunidades del altiplano occidental, existe la creencia de que una ENFERMEDAD ES NATURAL cuando su origen radica en la voluntad de Dios, como respuesta a una falta cometida, la cual es regida por el código de valores de la respectiva comunidad. El tratamiento es sencillo, y se produce dentro del campo religioso. Enfermedad SOBRENATURAL es aquella que inducida por el ser humano, (por envidia, rencores, etc.) a través de la brujería. La intención es causar daños severos e inclusive la muerte. En este grupo de enfermedades se invocan a seres sobrenaturales catalogados como malignos o diabólicos. En el tratamiento interceden personas especializadas, brujos, y/o zahorines. (14)

Villatoro con respecto al tratamiento refiere "... en el amplio campo de la medicina, así como existen sus áreas específicas de acción, también están LOS ESPECIALISTAS que juegan un papel preponderante en su entorno social, son hombre y mujer quienes se caracterizan por ser poseedores de una sabiduría ancestral, obtenida a través de la tradición oral, el ejemplo, en forma hereditaria, por vocación, manifestada en sueños, hechos atribuidos a fenómenos sobrenaturales, y también aquellos que, por interés individual, se han ganado la confianza, el respeto, y la estimación de los pobladores. Sus servicios son solicitados muchas veces porque son originarios y vecinos de la misma comunidad, y como tales comparten costumbres, idioma, cultura, en general y médica en particular. Atienden a la hora que se les soliciten sus servicios, los que pueden ser pagados en moneda o especie de acuerdo a las posibilidades económicas del paciente. Los recursos terapéuticos utilizados o recetados son de bajo costo, de fácil obtención, y por supuesto culturalmente aceptados.

Entre los terapeutas tradicionales destacan la comadrona, los sacerdotes, los hechiceros, los curanderos con sus diferentes especialidades, entre ellos el compone-huesos y chayeros". (28)

Citado por Guideniello, Hurtado propone la clasificación de las enfermedades según las creencias en el Altiplano en 6 categorías conceptuales mayores.

CATEGORIA I:

Enfermedades causadas por la ruptura del equilibrio mecánico del cuerpo. Ejem. "mollera caída", "cuajo caído", "cachetes bajos". El tratamiento se hace por medios mecánicos de los cuales se ocupan los "sobanderos" y "compone-huesos".

CATEGORIA II:

Enfermedades causadas por la ruptura del equilibrio emocional. Ejem. "Estar chipe" o sea ruptura del equilibrio emocional del niño por los celos ante la llegada de un hermanito.

CATEGORIA III:

Enfermedades causadas por la ruptura del equilibrio calor-frío. Ejem. reumatismo, gripe y paludismo.

CATEGORIA IV:

Enfermedades producidas por la pérdida del alma. Ejem. Cuando una persona o niño sufre un súbito espanto o gran miedo (susto). Esta enfermedad es interpretada como el robo del alma del niño por los ángeles o espíritus de los antepasados y para el tratamiento hay una ceremonia particular conocida como "cena de ángeles" en el cual participan el niño enfermo y otros niños, para convencer a los ángeles que devuelvan el alma robada.

CATEGORIA V:

Enfermedades causadas por la influencia de otros seres naturales o sobrenaturales. Ejem. Es cuando un niño sufre de "ojo" al admirarlo un borracho, una persona de "goma", una mujer embarazada o una mujer menstruando; todos estos estados se consideran calientes y hay una serie de procedimientos de prevenirla, diagnosticarla y tratarla.

CATEGORIA VI:

Enfermedades producidas por parásitos intestinales. Ejem. "alboroto de lombrices". La gente considera que Dios le dió al niño lombrices al nacer. Se les llama lombrices de leche y están ubicadas en una bolsa y que bajo determinadas circunstancias se salen de dicha bolsa produciendo la enfermedad. El tratamiento no es expulsarlas, sino volverlas a embolsar. (31)

TUBERCULOSIS PULMONAR.

EPIDEMIOLOGIA:

La tuberculosis pulmonar es una enfermedad endémica que afecta por igual tanto a hombres como a mujeres, sin importar la edad. Últimamente se ha notado un mayor incremento a partir de 1985, con el descubrimiento del SIDA en los países desarrollados como Estados Unidos de América, donde se creía que ya había sido erradicada, siendo una enfermedad de negros e indigentes latinoamericanos.

La OMS estima que anualmente se infectan entre 8 y 10 millones de personas con el bacilo de Koch y que anualmente mueren cerca de 3 millones de personas por esta enfermedad.

Actualmente padecen aproximadamente 2.8 millones de personas de tuberculosis y por cada persona diagnosticada positiva, dos la padecerán y corren riesgo de contraerla 8 personas de la comunidad.

Según OMS América Latina tiene un crecimiento anual de casos de tuberculosis de 0.5 a 1.5 con relación a 1990 que sólo tenía un 0.5 de la población total.-

La población más expuesta es la del área rural ya que tiene poco acceso los servicios de salud.

ETIOLOGIA:

La tuberculosis es producida por un microbio conocido como *Micobacterium tuberculosis*. Este es una bacteria que pertenece a la familia *Micobacteriaceae* del orden de los *Actinomycetales*. (8,38)

Las micobacterias son bacilos aeróbios, inmóviles, no formadores de esporas, pleomórficos y de crecimiento lento. (8,33,38)

Se presenta en forma de bacilos rectos y delgados midiendo aproximadamente $0.4 \times 3 \mu m$. Una vez teñidos con los colorantes básicos no se puede decolorar en alcohol independientemente del tratamiento con yodo.

Los bacilos tuberculosos verdaderos están caracterizados por su resistencia al alcohol y a los ácidos. Esta resistencia al alcohol y a los ácidos depende de la integridad de la cubierta de cera. Se emplea la técnica de Ziehl Neelsen para la identificación de las bacterias acidorresistentes. (33)

Los bacilos tuberculosos son aeróbios estrictos; crecen a una PO_2 (130 mmHg). Su crecimiento se inhibe por un pH inferior a 6.5, por los ácidos grasos de cadena larga. El

crecimiento de la micobacteria es lento de 12 a 24 horas, el aumento en la tensión de CO₂ estimula el crecimiento. (33,38)

PATOGENESIS:

El bacilo tuberculoso usualmente es inhalado, un simple bacilo es suficiente para iniciar la infección, el período de incubación depende del tamaño del inóculo pero usualmente es de una a tres semanas. (33,34,38)

Cuando la microbiota tiene menos de tres bacilos tiene oportunidad de llegar al alveolo, se ha considerado que un sólo bacilo es capaz de producir tuberculosis. Los bacilos en el alveolo son reconocidos como extraños por los macrófagos alveolares sin necesidad de haber estado previamente en presencia de los mismos y los fagocita, el destino de los mismos puede ser: que se reproduzcan dentro del macrófago, que sean destruidos o que queden en estado latente por periodos variables de tiempo. Si el bacilo se multiplica, la progenie mata al macrófago parasitado, pues se produce un sulfolípido el cual neutraliza los microtúbulos del macrófago y éste no puede llevar sus lisosomas a la vacuola digestiva y poder vertir sus enzimas proteolíticas en la misma. El macrófago se lisa liberando bacilos en los espacios alveolares, los bacilos entonces son fagocitados por otros macrófagos recién llegados de la circulación sanguínea atraídos al sitio de la lesión primaria por factores quimiotácticos derivados especialmente del bacilo o por los productos de la destrucción celular del hospedero. En este momento se establece una bronconeumonía con muy poca sintomatología para el hospedero. En este período la carga de bacilos es suficiente para sensibilizar a los linfocitos T; el tiempo que tarda hasta que los mismos pueden responder a los antígenos del bacilo tuberculoso es de aproximadamente un mes. De esta manera se constituye el clásico tubérculo de Koster que le da el sello característico al diagnóstico histológico de la tuberculosis. (8,23,33,34,38)

Algunos de los macrófagos que han fagocitado bacilos pasan a los linfáticos y llegan a los ganglios regionales o paratraqueales, pudiendo seguir dos caminos: La mayoría de las veces se produce formación de granuloma, con la lisis del macrófago parasitado y la constante afluencia de macrófagos sanguíneos y los linfocitos residentes en los ganglios linfáticos que localizan la infección formando un granuloma estable que posteriormente puede calcificarse, ésta es la evolución que sigue el complejo primario de Gohn.

Algunas veces este granuloma conserva bacilos vivos los cuales durante un período de inmunosupresión farmacológica, por ejemplo, el uso de corticosteroides o de otro tipo puede

romper el granuloma y multiplicarse nuevamente los bacilos; en raras ocasiones el macrófago parasitado da lugar a la diseminación linfohematógena con diseminación y necrosis tisular, en este caso se llama tuberculosis miliar. Aún en el caso de diseminación la mayoría de las veces puede conducir a una resolución completa. (33,34,38)

La tuberculosis es el prototipo de enfermedad granulomatosa, el granuloma se llama tubérculo, que comprende un agregado de histiocitos (macrófagos) que son ligeramente semejantes a las células epiteliales y que, por lo tanto se denominan células epitelioides. Estas células están estrechamente unidas, tienen abundante citoplasma eosinófilo, débilmente granuloso, y núcleos vesiculares y rara vez contienen bacterias tangibles. Puede haber células gigantes multinucleadas de Langhans, formadas por fusión de macrófagos o por división nuclear interna sin división citoplásmica.

Alrededor del granuloma, se encuentra un collar periférico de fibroblastos redondeados entremezclados con linfocitos. La descripción anterior representa el tubérculo duro, debido a la ausencia de necrosis y ablandamiento central. Más frecuentemente la región central del tubérculo experimenta una forma característica de necrosis caseosa granular. Este tubérculo blando es el sello más característico de tuberculosis. (34,38)

Tarde o temprano los tubérculos se reblandecen en su centro; las células van perdiendo paulatinamente todos los detalles, hasta rematar en esa masa necrótica, amorfa o granular, ligeramente eosinófila, que llamamos caseum. Constituyéndose los clásicos granulomas tuberculoideos caseificantes.

El tubérculo es una estructura defensiva muy eficaz, como lo atestigua el hecho que, por lo menos en la especie humana, sea suficiente para limitar la infección y destruir a todos o casi todos los bacilos en la gran mayoría de los casos. Cumpliendo su papel defensivo, éste acúmulo de células inflamatorias puede reabsorberse completamente; más frecuentemente se organiza, dejando cicatrices fibrosas que pueden contener desde material caseoso denso y cretáceo, hasta francas calcificaciones.

CASEIFICACION Y FORMACION DE CAVIDADES:

En algunos individuos la respuesta inmune se demora o es frenada por factores supresores y en este caso, el bacilo de Koch tiene tiempo de multiplicarse y alcanzar una población suficiente como para requerir la concentración de tal número de células inflamatorias y de mediadores y enzimas que el tejido libera, produciéndose áreas de necrosis caseosa.

La eliminación del caseum, en forma de expectoración purulenta a través de los bronquios, es el origen de las diseminaciones broncogénicas a otras partes del pulmón, determina el contagio de la enfermedad a través del esputo y además, deja cavidades, que son la principal fuente de progresión y cronicidad.

La caverna tuberculosa es la máxima expresión del mal pronóstico de la tuberculosis. Su evolución, antes del advenimiento de la quimioterapia, marcaba con claridad el camino hacia la curación, cronicidad o muerte. Al comienzo las cavernas tuberculosas no son más que reblandecimientos de paredes irregulares, como hoyos que aparecen en el seno de la substancia caseosa. Pronto se rodean de una pared fibrosa y por efecto de las fuerzas elásticas del pulmón adoptan su clásica forma esférica o ligeramente ovalada.

LESIONES EXUDATIVAS Y PRODUCTIVAS:

Las reacciones exudativas se presentan en individuos con pobre respuesta defensiva. Se caracterizan por exudados, fibrinosos con predominio de neutrófilos que invaden los alvéolos, determinando las clásicas neumonías o bronconeumonías tuberculosas, de límites mal definidos.

Las reacciones productivas, en cambio, son mejor pronosticadas y consisten en lesiones más localizadas a base de conglomerados de tubérculos, con poca caseificación y con formación de granulomas, de bordes precisos, que contienen un menor número de bacilos.

En la mayoría de los casos hay una mezcla mayor o menor de reacciones exudativas y productivas. Alrededor de las lesiones principales se encuentran las llamadas alteraciones perifocales, consistentes en grados variables de edema, hemorragias, exudados alveolares y fibrosis. A veces se encuentran algunos tubérculos más o menos característicos, por lo menos en la periferia de las lesiones más específicas, cada vez que el proceso alcanza cierta extensión, podemos estar seguros de que habrá algún grado de necrosis caseosa, acompañada de áreas de atelectasias, bronquiectasias, fibrosis y atracciones.

TUBERCULOSIS INFANTIL

Infección tuberculosa asintomática primaria:

La infección primaria asintomática o latente puede definirse como una infección asociada con hipersensibilidad a la tuberculina y reacción positiva a la misma pero sin ninguna manifestación clínica.

Si el niño ha estado en contacto con una persona que tenga tuberculosis activa y la prueba a la tuberculosis es positiva, la enfermedad debería sospecharse. Este tipo de

enfermedad ocurre más frecuentemente en niños de edad escolar que adolescentes e infantes, los lactantes tienen una probabilidad mayor de tener enfermedad progresiva, pero más del 80% de niños mayores de cuatro años de edad que no han alcanzado la pubertad no progresan. La adolescencia es otro período en el que es probable que ocurra la progresión de la enfermedad primaria. En cualquiera de los casos, debe instituirse tratamiento terapéutico preventivo.

El diagnóstico clínico de la tuberculosa primaria asintomática debe de asumirse, obtenerse una buena historia clínica y la respectiva investigación de los contactos debe determinarse inmediatamente. La quimioterapia debe iniciarse y el paciente debe de observarse cada mes no sólo para ver si presenta alguna reacción al tratamiento sino que también para evaluar la propagación de la enfermedad. (8,33,34)

COMPLEJO PRIMARIO

La tuberculosis primaria siempre proviene de un individuo infectado que arroja bacterias al medio.

Para infectarse con el micobacterium se requiere que el contacto sea estrecho y con importante exposición. (21)

El pulmón es la puerta de entrada más frecuente de los bacilos tuberculosos. (8,34)

En las personas que no han tenido contacto anterior con la bacteria (principalmente niños), luego de que ésta ingresa al pulmón por inhalación de microorganismos viables, se produce fagocitosis y multiplicación intracelular del agente infectante. (8,33,34)

Desde los alveolos las micobacterias se propagan a los ganglios linfáticos que drenan la región donde se sitúa el foco de infección, produciendo linfadenitis y posteriormente diseminación linfática y hematogena. (8,34) Como la persona no tiene inmunidad contra el bacilo el foco de infección, se mantiene activo y el paciente no presenta síntomas ni signos de la enfermedad. (8,34)

Su manifestación más frecuente es la adenopatía hiliar, que se desarrolla en las siguientes cuatro semanas con un crecimiento autolimitado la mayoría de las veces y mostrando muy escasos datos clínicos. (21)

Entre las 6 y 10 semanas del contacto la persona desarrolla inmunidad mediada por células y el sitio de infección sana completamente o se calcifica si hubo algún grado de necrosis antes de la curación. (8,38) Al mismo tiempo que se produce la cicatrización se revierte la respuesta a la tuberculina; por este elemento se determina

que la inmunidad hacia el bacilo tuberculoso se ha establecido. Las lesiones pulmonares periféricas se van reduciendo de tamaño hasta quedar en pequeños nódulos que pueden calcificarse y manifestarse mediante placas radiográficas (complejo de Gohn).

Sin embargo, en niños los ganglios pueden crecer a grado tal de producir colapso pulmonar por compresión de los bronquios, atrapamiento aéreo o áreas de opacificación asociadas al mismo crecimiento ganglionar.

El complejo primario descrito por Gohn incluye tres elementos; el foco primario, linfangitis y linfadenitis regional.

TUBERCULOSIS DE REACTIVACION

Esta entidad es rara en niños. (8) Cuando el individuo ve disminuida su inmunidad celular por alguna causa, los bacilos tuberculosos que quedaron latentes luego de la primoinfección se reactivan produciendo una lesión tisular extensa dando lugar al cuadro con todos los síntomas y signos de la enfermedad. En los lugares de reactivación se producen los llamados tubérculos, los que consisten en focos de inflamación granulomatosos. Cuando el tejido caseoso se ablanda y licúa la lesión se rompe todo el material se expulsa por el sistema bronquial. (38) Luego que el contenido de la lesión se necrosa, ésta se resuelve por fibrosis, encapsulación y calcificación. (38).

Durante la vida de un individuo infectado éste ciclo se puede repetir varias veces si la inmunidad mediada por células se encuentra afectada. (38)

CLINICA

La tuberculosis primaria es prácticamente asintomática. Cuando hay síntomas presentes generalmente son leves e inespecíficos y consisten principalmente en febrícula, pérdida de peso y apetito. (8) Este es un cuadro casi exclusivo de lactantes mayores y niños. La tuberculosis de reactivación es la enfermedad del adulto.

Se debe a la reactivación de focos inactivos de bacilos que fueron sembrados en el pulmón durante la diseminación que ocurre en la primoinfección. (38) Los síntomas principales son anorexia, fatiga, pérdida de peso. Además aparece fiebre intermitente, tos productiva con esputo sanguinolento. (33,38)

Este es el paciente que infecta a los contactos. (8,37,38) En el examen físico el paciente se observa decaído, pálido, delgado; en la auscultación pulmonar lo más frecuente es encontrar estertores en las zonas apicales de uno o ambos pulmones. (38)

DIAGNOSTICO:

En general el diagnóstico se realiza mediante una serie de pasos, que consisten en:

Noción epidemiológica, historia clínica, examen clínico o físico; la confirmación se logra por el examen bacteriológico de esputo. (8,33,34,38) Este se puede realizar obteniendo una muestra adecuada de la expectoración del paciente y tixándola con la técnica de Ziehl-Neelsen para buscar bacilos ácido-alcohol resistentes, (8,33,34,38). A éste examen se le llama baciloscopia.

La muestra también puede ser sembrada en medios especiales de cultivo, pero el resultado se obtiene aproximadamente en 3 semanas por lo que es poco práctico. Si se tiene la evidencia clínica y la baciloscopia es positiva se considera que el diagnóstico está confirmado. (34,38)

Otra prueba útil que se utiliza como auxiliar en el diagnóstico de la tuberculosis es la reacción dérmica a la tuberculina.

Esta prueba se basa en lo siguiente: toda persona que no haya estado expuesta a M. tuberculosis no va a presentar la reacción porque no tiene inmunidad contra el bacilo. (8,33,34,38)

La prueba se realiza inoculando por vía intradérmica un derivado proteico purificado obtenido de cultivos de M. tuberculosis. (15,34,38) Esta se puede realizar por medio de varias técnicas distintas. Una de ellas consiste en inocular 0.1 ml del material de prueba en la parte central de la superficie anterior del antebrazo con una jeringa llamada de tuberculina, ésta técnica se conoce como prueba de Mantoux. (8,15,34,38) Este es el método más preciso y confiable para realizar la prueba de tuberculina (34)

La interpretación de la prueba es la siguiente: luego de 48 a 72 horas de inoculado el material de prueba se mide la induración que se produce en el área con una regla milimétrica, la medición se realiza en el diámetro transversal máximo de la zona indurada. (8,15,34,38)

a.- Si la induración mide menos de 5 mm la prueba se considera negativa.

b.- Si la induración mide entre 5 y 10 mm la prueba se considera dudosa y debe repetirse posteriormente.

c.- Si la induración mide 10 mm o más la prueba se considera positiva.

Existen otras pruebas de reacción cutánea a la tuberculina que se realizan con dispositivos de punción múltiple como el Aplitest y la prueba de Heaf. (8,34,)

Pero éstas tienen el inconveniente de ser menos confiables que la prueba de Mantoux (34).

En nuestro medio la prueba de tuberculina tiene mayor utilidad en la pesquisa y diagnóstico de la tuberculosis primaria principalmente en niños no vacunados.

Como última ayuda diagnóstica se cuenta con estudios radiográficos de tórax. (8,15,33,34,37,38) Estos son útiles solamente si se correlacionan con la clínica y los hallazgos microbiológicos porque no son específicos. (8,34,38)

CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

El Programa Nacional de Control de la Tuberculosis de Guatemala recomienda una serie de actividades para el examen de los contactos de los pacientes tuberculosos (37), éstas acciones dependen del grado de complejidad que alcanzan los servicios de salud que realizan las pesquisas.

Las actividades mínimas a realizar en la pesquisa de los contactos de pacientes tuberculosos son:

- Interrogatorio sobre síntomas respiratorios.
- Baciloscopia a los sintomáticos
- Vacunación de los menores de 15 años asintomáticos y que no tengan cicatriz previa de BCG.

Para un programa más completo de pesquisa el Programa Nacional de Tuberculosis recomienda las siguientes acciones: Clasificación de los contactos en menores y mayores de 15 años.

Interrogatorio sobre antecedentes de BCG en los menores de 15 años.

Prueba de tuberculina a los menores de 15 años que no tengan BCG.

Vacunación con BCG a los tuberculinos negativos

Examen clínico, radiológico y bacteriológico de los tuberculinos positivos.

Interrogatorio sobre sintomatología a los menores de 15 años con BCG y todos mayores de 15 años.

Examen clínico, radiológico y bacteriológico de todos los sintomáticos.

TRATAMIENTO:

La atención y supervisión general de un paciente con tuberculosis requiere una planeación cuidadosa. Debe tenerse estrecho enlace entre los médicos que atienden adultos y los que se encargan de los niños en la misma familia. (11)

El médico debe de trabajar de cerca con miembros del departamento de salud, incluidas las enfermeras y

trabajadores sociales. Para funcionar en forma adecuada, la investigación social debe de organizarse en la base familiar. (34)

El enfoque terapéutico debe de incluir no menos de dos fármacos a los cuales sean sensibles los microorganismos para prevenir el desarrollo de resistencia a éstos agentes que con frecuencia ocurre en el curso del tratamiento del paciente individual. (30)

El tiempo por el cual se da tratamiento para la tuberculosis es de 9 meses, sin embargo se han realizado estudios en los que el tratamiento por 6 meses ha tenido buenos resultados.

Sin embargo, las complicaciones hacen que un 30% de los pacientes abandonen el tratamiento. (34,38)

DROGAS ANTITUBERCULOSAS

La ISONIAZIDA continúa siendo la terapéutica simple más valiosa durante 32 años. Es micobactericida y puede administrarse por vía oral, intravenosa o intramuscular.

Hay inhibición competitiva de la ISONIAZIDA con la utilización de piridoxina que provoca neuritis periférica. El dar piridoxina en la dieta previene la reacción y la dosis usual es de cerca de 1 mg. de piridoxina por cada 10 mgs de ISONIAZIDA prescritos. Otra reacción adversa es la hepatotoxicidad, la cual es poco significativa en los niños pero hay siempre que tomarlo en cuenta. Entre las situaciones que aumentan la hepatotoxicidad se incluyen el uso concomitante con fenitoína y rifampicina. Es importante advertir a los padres sobre los posibles signos y síntomas de hepatotoxicidad e indicarles que suspendan el tratamiento si aparecen y que acudan al médico para evaluación.

Los signos de toxicidad por INH que son reconocidos por las personas son:

- Adoloramiento o dolor abdominal superior derecho.
- Orina oscura
- Mal apetito o vómito
- Esclerótica amarilla
- Fiebre de 38.3 por dos días o más.

Uno de los propósitos de las visitas mensuales de vigilancia durante el tratamiento es asegurar que los pacientes comprenden las indicaciones para la suspensión del tratamiento, así como para garantizar que se sigue adecuadamente con el régimen prescrito. Las dosis recomendadas son de 10 a 20 mgs por Kg de peso corporal por día, 300 mgs total máximo.

RIFAMPICINA: Es un fármaco de primera línea para el uso en niños, se absorbe por vía oral y se distribuye en el organismo y es sumamente eficaz en el tratamiento de la

tuberculosis. Los principales efectos adversos son trastornos gastrointestinales, otras reacciones incluyen erupciones cutáneas, hepatitis y raras veces trombocitopenia. La dosis recomendada es de 10 a 20 mgs por Kg de peso y 600 mgs máximo. Cuando se administra INH y RIFAMPICINA las dosis no deben ser mayores de 10 mgs/kg, de INH y RIFAMPICINA es de 15 mgs/kgs.

ESTREPTOMICINA Continúa siendo un medicamento de primera línea en el tratamiento de casos de tuberculosis en niños. Es bactericida y se administra por vía parenteral IM, frecuentemente se usa durante 3 a 12 semanas para iniciar el tratamiento, y se suspende después que la enfermedad está controlada. La reacción adversa principal es afección del octavo par craneal que produce sordera y su nefrotoxicidad. La dosis es de 20 mgs por Kg de peso a 40 mg/kg, dosis máxima 1 gramo.

Otros fármacos como el **ETAMBUTOL** también se utilizan pero no en niños, ya que la principal complicación es la neuritis óptica, la cual es difícil diagnosticar en niños en etapas tempranas.

La **PIRAZINAMIDA** no se utiliza en niños, ya que no se tienen experiencias de utilización en los pacientes pediátricos.

La **ETIONAMIDA** es un congenero de la **ISONIAZIDA** y como ésta es bactericida y se distribuye ampliamente en el organismo, las cepas resistentes a la **ISONIAZIDA** suelen ser sensibles a la **ETIONAMIDA**. La dosis recomendada es de 15 a 20 mgs/Kg. por vía oral. (30,34)

PREVENCION

La prevención de la tuberculosis se basa en:

- 1.- Evitar el contacto con aquellos individuos que están infectados activamente.
 - 2.- Administrar la quimioprofilaxis.
 - 3.- Administrar BCG a las poblaciones de alto riesgo.
- La mejora en la condiciones socioeconómicas es también un factor importante para disminuir la prevalencia de ésta enfermedad.

Se recomienda la vacunación con BCG como una medida de salud pública en los países en vías de desarrollo con una elevada prevalencia de tuberculosis.

La BCG está contraindicada en los niños con quemaduras, infecciones de la piel o inmunodeficiencias celulares o combinadas, o que están recibiendo agentes inmunosupresores, así, como pacientes con SIDA. (8,34,38)

VI. METODOLOGIA

I.- TIPO DE ESTUDIO OBSERVACIONAL DESCRIPTIVO, TRANSVERSAL

II.- SELECCION DEL SUJETO DE ESTUDIO: Pacientes que padecen o han padecido tuberculosis pulmonar y su familia.

III.- POBLACION DE ESTUDIO: Está representado por la totalidad de 25 pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar y 120 familiares.

IV.- VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	OPERACIONALIZACION	ESCALA DE MEDICION
CONOCIMIENTO	Acción o efecto de averiguar por el ejercicio de facultades intelectuales la naturaleza cualidad y relaciones de las cosas.	Los significados constituidos por la información o la desinformación que se posee acerca del agente causal, mecanismo de transmisión factores de riesgo, abandono del tratamiento,	Nominal
ACTITUDES	Tendencia a reaccionar de manera positiva o negativa ante otros individuos, instituciones o programas de actividad	Actitudes del paciente hacia la enfermedad. Actitudes de la familia hacia el paciente. Actitudes de la comunidad hacia el paciente.	Nominal
PRACTICAS	La práctica de la medicina es el ejercicio de conocimientos propios para para el reconocimiento, tratamiento y prevención de las enfermedades.	Actividad derivada del conocimiento de la enfermedad y que influye en su recuperación, así como en la prevención de la misma.	Nominal

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

a.- CRITERIOS DE INCLUSION

- a.1.- Que se le haya diagnosticado tuberculosis pulmonar por baciloscopia en los últimos cinco años.
- a.2.- Que sea familiar del paciente que padece o ha padecido de tuberculosis.
- a.3.- Que haya o esté conviviendo en la misma casa del paciente tuberculoso.
- a.4.- Que sea mayor de 12 años de edad.

b.- CRITERIOS DE EXCLUSION

- b.1.- Que no se le haya diagnosticado tuberculosis.
- b.2.- Que no sea familiar del paciente tuberculoso.
- b.3.- Que no sea conviviente del paciente tuberculoso.
- b.4.- Que sea menor de 12 años de edad.

VI.- RECURSOS

a.- MATERIALES

a.1.- ECONOMICOS

a.- Reproducción bibliográfica	Q 60.00
b.- Material de escritorio	Q 40.00
c.- Reproducción de encuestas	Q 50.00
d.- Gastos de transporte	Q 150.00
e.- Alimentación	Q 100.00

TOTAL Q 400.00

a.2.- FISICOS

- a.- Instalaciones del puesto de salud de Aldea EL MILAGRO, MASAGUA, ESCUINTLA.
- b.- Guía de entrevista elaborada por el investigador
- c.- Material y equipo de escritorio.
- d.- Máquina de escribir eléctrica marca Brother GX-6750
- e.- Computadora marca MARKVISION

b.- HUMANOS.

- 1.- Personal de biblioteca.
- 2.- Personal paramédico del puesto de salud de Aldea EL MILAGRO, Masagua, Escuintla.

VII.- ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION

Se seguirán las siguientes normas durante la observación conversaciones informales y durante la realización de la entrevista:

- 1.-Se respetará la confidencialidad de la entrevista.
- 2.-Se evitará influir en las respuestas de las preguntas
- 3.-Se dirá la verdad acerca de mi presencia en la comunidad.
- 4.-Se obtendrá el consentimiento de las personas.

VIII.- RECOLECCION DE DATOS:

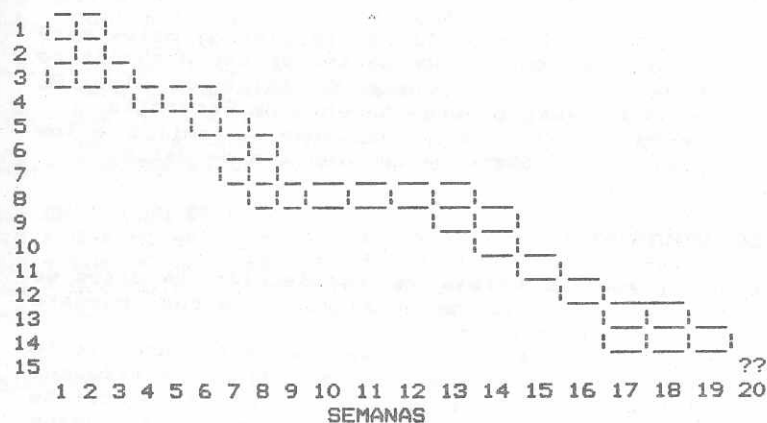
La dinámica a utilizar para la recolección de datos será de revisar el libro de control de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar del puesto de salud de Aldea EL MILAGRO, municipio de Masagua, departamento de Escuintla. Posteriormente se visitará al paciente y familia a los cuales se les pasará una boleta de recolección de datos, (ver anexo I).

IX.- PLAN DE ANALISIS:

Después de pasar la boleta de recolección de datos se procederá a tabular los datos de la misma. La cual quedará organizada de la siguiente manera:
De la pregunta No. 1 a la No. 9 se evaluará conocimiento
De la pregunta No. 10 a la No. 15 se evaluará actitudes.
De la pregunta No. 16 a la No. 21 se evaluará prácticas
Posteriormente se procederá a tabular los datos obtenidos, se elaborarán cuadros y se analizarán los mismos, tomando en cuenta que el presente estudio sólo pretenderá describir los resultados obtenidos y no intervenir en los mismos.

GRAFICA DE GANNT

ACTIVIDADES



ACTIVIDADES

- 1.- Selección del tema del proyecto de investigación.
- 2.- Elección del Asesor y Revisor
- 3.- Recopilación del material bibliográfico
- 4.- Elaboración del proyecto conjuntamente con asesor y revisor.
- 5.- Aprobación del proyecto por el comité de investigación del Hospital o Institución en donde se efectuará el estudio.
- 6.- Aprobación del proyecto por la Unidad de Tesis.
- 7.- Diseño de los instrumentos que se utilizarán para la recolección de la información y capacitación de los encuestadores.
- 8.- Ejecución del trabajo de campo o recopilación de la información
- 9.- Procesamiento de resultados, elaboración de tablas y gráficas.
- 10.-Análisis y discusión de resultados.
- 11.-Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
- 12.-Presentación del informe final para correcciones.
- 13.-Aprobación del informe final.
- 14.-Impresión del informe final.
- 15.-Examen público en defensa de la tesis.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO 1

Distribución por grupo etario y sexo de pacientes y familiares que han padecido o padecen de tuberculosis pulmonar en aldea El Milagro Masagua, Escuintla
Durante el mes de Enero de 1990 al mes de Abril de 1996

Edad	Masculino		Femenino	
11-20	34	23.45%	30	20.69%
21-30	7	4.83%	20	13.79%
31-40	5	3.45%	19	13.10%
41-50	4	2.76%	11	7.59%
51-60	3	2.07%	1	0.69%
61- +	5	3.45%	6	4.14%
totales	58.00	40%	87.00	60%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO 2

Distribución de pacientes y familiares que padecen o han padecido de tuberculosis pulmonar segun alfabetismo o analfabetismo en aldea El Milagro Masagua, Escuintla
Durante el mes de Enero de 1990 al mes de Abril de 1996

	Frec	%
Alfabetas	100	69
Analfabetas	45	31
total	145	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO 3

Conocimiento de pacientes y/o familiares acerca de si padecen o han padecido de tuberculosis pulmonar en aldea El Milagro Masagua, Escuintla
Durante el mes de Enero de 1990 al mes de Abril de 1996

Conoci- miento familiar	Frec	%
SI	23	15
NO	122	85
total	145	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO 4

Parentesco familiar con el paciente que padece o ha padecido de tuberculosis pulmonar en la aldea El Milagro Masagua, Escuintla
Durante el mes de Enero de 1990 al mes de Abril de 1996

Parentesco	Frec	%
Padres	33	45
Hijos	19	26
Hermanos	8	11
Conyugue	2	3
Otros	11	15
total	73	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos

CUADRO 5

Conocimiento en pacientes y familiares sobre tuberculosis pulmonar en aldea El Milagro Masagua, Escuintla
Durante el mes de Enero de 1990 al mes de Abril de 1996

conocimiento sobre tuberculosis	Frec	%
SI	65	45
NO	80	55
total	145	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO 6

Conocimiento sobre agente causal de tuberculosis pulmonar en aldea El Milagro Masagua, Escuintla
Durante el mes de Enero de 1990 al mes de Abril de 1996

Agente causal	Frec	%
Un mal aire	43	29.7
Un hongo	9	6.3
La brujeria	5	3.4
Castigo de Dios	6	4.1
Insectos	17	11.7
Un microbio que infecta pulmones	65	44.8
total	145	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO 7

Conocimiento sobre mecanismos de transmisión de tuberculosis pulmonar, en aldea El Milagro Masagua, Escuintla Durante el mes de Enero de 1990 al mes de Abril de 1996

Mecanismo de transmisión	Frec	%
SI	51	35
NO	94	65
total	145	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO 7a

Conocimiento sobre forma de transmisión de tuberculosis pulmonar en aldea, El Milagro, Masagua, Escuintla Durante el mes de Enero de 1990 al mes de Abril de 1996

Forma de transmisión	Frec	%
Convivir con persona enferma	36	70
Beber agua, comer alimentos con parásitos	9	18
Por picadura de un insecto	4	8
Por castigo de Dios	1	2
Por malos hábitos higienicos	1	2
total	51	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos

CUADRO 8

Conocimiento sobre factores de riesgo que predisponen a padecer de tuberculosis a pacientes y familiares, en aldea El Milagro, Masagua, Escuintla, Durante el mes de Enero de 1990 al mes de Abril de 1996

Factor de riesgo	Frec	%
Dormir más de tres personas en el mismo cuarto	50	23
Mala nutrición	35	16
Falta de higiene personal	54	25
Contacto directo con personas infectadas	77	36
total	216	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos

CUADRO 9

Conocimiento sobre el tipo de tratamiento adecuado para la tuberculosis pulmonar en aldea El Milagro Masagua, Escuintla, Durante el mes de Enero de 1990 al mes de Abril de 1996.

Tipo de tratamientos	Frec.	%
Medicina naturista	20	14
Remedios caseros	8	5
Indicado por servicio de salud	107	74
Ninguno	10	7
total	145	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos

CUADRO 10

Causas de abandono de tratamiento de tuberculosis pulmonar por pacientes y/o familiares en aldea El Milagro Masagua, Escuintla Durante el mes de Enero de 1990 al mes de Abril de 1996

Causas	Frec	%
Muchas tabletas	51	21
Efectos que produce	25	11
Es muy caro	47	20
Falta de información	55	23
Es muy largo	32	13
No hay mejoría	30	12
total	240	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos

CUADRO 11

Lugar de asistencia para atención si algún familiar presentara síntomas de tuberculosis pulmonar, en aldea El Milagro, Masagua, Escuintla. Durante el mes de Enero de 1990 al mes de Abril de 1996

Lugar de asistencia	Frec	%
Hospital	74	40
Curandero	6	4
Centro de salud	79	43
Farmacia	19	11
Ningún lado	3	2
total	184	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos

CUADRO 12

Actitud tomada por el paciente y/o familiar al padecer de tuberculosis pulmonar en aldea El Milagro, Masagua, Escuintla. Durante el mes de Enero de 1990 al mes de Abril de 1996

Actitudes	Frec	%
Tristeza	122	84
Depresión	10	7
Aislamiento	11	8
Suicidio	0	0
Lástima	2	1
total	145	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos

CUADRO 13

Actitud de familia al saber que un integrante de la misma padece de tuberculosis pulmonar, en aldea El Milagro, Masagua, Escuintla. Durante el mes de Enero de 1990 al mes de Abril de 1996

Actitud familiar	Frec	%
Rechazo	12	8
Abandono	5	4
Aceptación	20	14
Lástima	12	8
Preocupación	96	66
total	145	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos

CUADRO 14

Actitud de la comunidad al enterarse que persona padece o padeció tuberculosis pulmonar, en aldea El Milagro, Masagua, Escuintla. Durante el mes de Enero de 1990 al mes de Abril de 1996

Actitud de comunidad	Frec	%
Aceptación	15	10
Rechazo	40	28
Temor	25	17
Preocupación	45	31
Lástima	20	14
total	145	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos

CUADRO 15

Abandono de tratamientos si padeciera de tuberculosis pulmonar, en aldea El Milagro, Masagua, Escuintla. Durante el mes de Enero de 1990 al mes de Abril de 1996

Abandonaria tratamiento si padeciera tuberculosis	Frec	%
Si	43	30
No	102	70
total	145	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos

CUADRO 16

Medidas de prevención para evitar contraer o contagiarse de tuberculosis pulmonar en aldea El Milagro Masagua, Escuintla, Durante el mes de Enero de 1990 al mes de Abril de 1996

Medidas de prevención	Frec	%
No dormir mas de 3 personas por habitación	52	20
Vacunar a niños menores de 5 años	82	32
Buen hábito higiénico	39	15
Buena alimentación	40	16
Control médico periódico	44	17
total	257	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos

CUADRO 17

Medidas que ayudarían a disminuir la propagación de tuberculosis pulmonar en la comunidad. Aldea El Milagro Masagua, Escuintla. Durante el mes de Enero de 1990 al mes de Abril de 1996

Medidas	Frec	%
Colaborando con programas del servicio de salud	87	44.1
Con indiferencia	8	4.1
Aislando a enfermos	37	18.8
Promoviendo programas de salud	65	33
total	197	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos

CUADRO 18

Asistencia periódica para control de pacientes con tuberculosis pulmonar aldea El Milagro Masagua, Escuintla
Durante el mes de Enero de 1990 al mes de Abril de 1996

Asistencia para control	Frec	%
Cada mes	69	48
Cada dos meses	20	14
Al final del tratamiento	34	23
No sé	22	15
total	145	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos

CUADRO 19

Necesidad de tomar medidas preventivas para evitar contagiar de tuberculosis pulmonar, aldea El Milagro Masagua, Escuintla
Durante el mes de Enero de 1990 al mes de Abril de 1996

Medidas preventivas	Frec	%
SI	115	79
NO	30	21
total	145	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos

CUADRO 20

Práctica de cuidado al toser del paciente con tuberculosis pulmonar en aldea El Milagro Masagua, Escuintla
Durante el mes de Enero de 1990 al mes de Abril de 1996

Cubrirse la boca	Frec	%
SI	123	85
NO	22	15
total	145	100

FUENTE: Boleta recolección de datos

CUADRO 21

Medidas de prevención de pacientes con tuberculosis pulmonar en aldea El Milagro Masagua, Escuintla
Durante el mes de Enero de 1990 al mes de Abril de 1996

Medidas de prevención	Frec	%
Apartar sus platos	66	27.3
Dormir solo en un cuarto	73	30.1
Hospitalizado	67	27.7
Vivir como cualquier otra persona	36	14.9
total	242	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

Del total de personas entrevistadas que incluyen pacientes y familiares, 58 (40%) fueron del sexo masculino y 87 (60%) del femenino, con una relación de 0.66:1; en relación a la edad, se encontró una mayor frecuencia entre los 11 y 20 años, observándose 72 personas (49.65%) para ambos sexos. Esto demuestra que la población más afectada es la joven, que es la más susceptible a padecer o contraer ésta enfermedad; aunque para Guatemala la edad promedio se encuentra entre los 21 y 40 años. (19)

CUADRO No. 2

De las 145 personas encuestadas, 100 (69%) eran alfabetas y 45 (31%) son analfabetas.

Esto demuestra que de la población encuestada la mayoría es alfabetada lo que facilitaría brindarles educación preventiva acerca de la enfermedad.

CUADRO No. 3

De las 145 personas encuestadas se encontró que 85% negaron tener conocimiento acerca de si algún integrante familiar padeciera o padece de tuberculosis pulmonar.

Esto refleja la poca comunicación que existe entre ellos, quizá podría estar dado por vergüenza o rechazo, así como la poca divulgación e información proporcionada por los servicios de salud.

CUADRO No. 4

De las personas que respondieron tener algún parentesco familiar con el paciente que padece o padeció de tuberculosis pulmonar 45% de ellas refirieron estar vinculadas a los padres y 26% con los hijos.

Esto demuestra que el riesgo es mayor en familiares cercanos y convivientes.

CUADRO No. 5

De las 145 personas entrevistadas acerca del conocimiento general sobre tuberculosis pulmonar encontramos que un 55% no saben que es ésta entidad patológica, demostrando que la mayoría de la población estudiada no tiene conocimientos generales de la enfermedad y esto los hace más susceptibles a padecerla, aunque un 45% respondió saber que es la enfermedad.

CUADRO No. 6

De las 145 personas encuestadas observamos que 44.8% tienen un conocimiento exacto acerca de cual es el agente causal de la tuberculosis pulmonar, así, como 29.7% lo asocian a un mal aire y 11.7% creen que es por medio de los insectos.

Esto demuestra que se mantienen creencias populares en la población que probablemente se han transmitido de generación en generación.

CUADRO No. 7

De las 145 personas encuestadas 65% respondieron no saber cual es el mecanismo de transmisión de la tuberculosis pulmonar.

Esto demuestra que la población al no conocer cual es mecanismo de transmisión tiene un riesgo importante de adquirir y/o padecer de ésta enfermedad.

CUADRO No. 7a

De un total de 51 personas entrevistadas que afirmaron saber cual es el mecanismo de transmisión de ésta enfermedad 70% respondieron correctamente cual es la forma como se transmite la tuberculosis.

Esto demuestra que a pesar de la mayoría de las personas que respondieron afirmativamente aún existe un 30% que no sabe cual es la forma como se transmite la misma haciéndoles susceptibles de padecer la misma.

CUADRO No. 8

Este cuadro se analizó por opciones que los pacientes y familiares encuestados escogieron sobre los factores de riesgo que predisponen a padecer de tuberculosis pulmonar, siendo el total de respuestas escogidas 216; dado que al hacer la encuesta más de un encuestado respondió más de 2 ó 3 opciones. De tal manera que 77 respuestas (36%) correspondieron al contacto directo prolongado con persona infectada, 54 (25%) correspondieron a falta de higiene personal, 50 (23%) correspondieron a dormir más de 3 personas en un mismo cuarto, y 35 (16%) a mala nutrición.

Esto demuestra que la mayoría de los encuestados (61%) saben que el contacto directo prolongado con personas infectadas y falta de higiene personal, son los factores de riesgo más importantes para padecer de ésta enfermedad.

CUADRO No. 9

De las 145 personas encuestadas respecto al tipo de tratamiento para la tuberculosis pulmonar 107 (74%) utilizaría los medicamentos proporcionados por los servicios de salud (centro, puesto de salud, médico particular), 14% utilizaría la medicina naturista.

Esto demuestra que la mayoría de la población utilizaría los tratamientos de los servicios de salud, aunque un grupo utilizaría medicina naturista que es parte de sus tradiciones populares,

CUADRO No. 10

Este cuadro se analizó por opciones que los encuestados escogieron acerca de las causas por las cuales podrían abandonar el tratamiento para tuberculosis los pacientes, dado que al hacer la encuesta, más de un paciente respondió 2 ó 3 opciones, siendo el total de respuestas escogidas 240.

De tal manera que 55 (23%) corresponden a falta de información, 21% a muchas tabletas y 20% es muy caro.

Esto demuestra que el éxito de concluir satisfactoriamente un tratamiento antituberculoso va a depender en un alto porcentaje de la información que proporcione el médico y el personal de salud, así como de la accesibilidad económica de poder adquirirla.

CUADRO No 11

Del total de 145 personas entrevistadas acerca del lugar de asistencia para la atención de los síntomas de tuberculosis pulmonar 43% respondieron que asistirían a un centro de salud, 40% asistiría a un Hospital, 19% a una farmacia.

Esto demuestra que la mayoría de la población estudiada llevaría a un centro asistencial a un familiar si presentará síntomas de tuberculosis, aunque realmente primero consulten a los farmacéuticos y curanderos de la comunidad.

CUADRO No 12

De las 145 personas entrevistadas acerca de la actitud tomada si padeciese de tuberculosis pulmonar 122 (84%) respondieron tomar una actitud de tristeza, 8% de aislamiento, 7% de depresión y ninguna refirió sentir una actitud de suicidio.

Esto demuestra que al padecer de tuberculosis estarían concientes del riesgo y evolución de la misma.

CUADRO No. 13

De las 145 personas entrevistadas acerca de la actitud tomada como familiar del paciente que padece de tuberculosis pulmonar 96 (66%) tomaría una actitud de preocupación, 20 (14%) de aceptación y 8% de rechazo y lástima.

Esto demuestra que la mayoría de los entrevistados se preocuparía al notar que un familiar padece de ésta enfermedad, en lugar de rechazarle o sentir lástima por él.

CUADRO No. 14

De las 145 personas encuestadas acerca de la actitud tomada por la comunidad al enterarse que un integrante de la misma padece de tuberculosis pulmonar, se encontró que 45 (31%) respondieron que se preocuparía, 40 (28%) que los rechazarían, 25% sentiría temor de ellos.

Esto demuestra que la comunidad tomaría una actitud de preocupación, por lo que tendría cierto rechazo y temor de ser contagiados por los pacientes con tuberculosis.

CUADRO No. 15

De las 145 personas entrevistadas 102 (70%) respondió que si padeciera de tuberculosis pulmonar no abandonaría el mismo, y 30% respondió que si lo abandonaría.

Esto demuestra que la mayoría de la población estudiada si aceptaría tomar un tratamiento si llegara a padecer de tuberculosis pulmonar, ésta actitud favorecerá a disminuir la posibilidad de portadores positivos.

CUADRO No. 16

Este cuadro se analizó por opciones que los encuestados escogieron acerca de que medidas de prevención tomaría para evitar contraer o contagiar de tuberculosis pulmonar a otras personas, siendo el total de respuestas escogidas de 257; dado que al hacer la encuesta, más de una persona respondió 2 ó 3 opciones. De tal manera que 82 (32%) opciones corresponden a vacunar a niños menores de 5 años, 52 (20%) no dormir más de tres personas por habitación, 44 (17%) control médico periódico.

Esto demuestra que la mayoría de la población estudiada tiene un concepto claro acerca de la medidas mediante las cuales puede evitar contraer o contagiarse de tuberculosis pulmonar.

CUADRO No. 17

Este cuadro se analizó por opciones los entrevistados respondieron acerca de la medidas que ayudarían a disminuir la propagación de tuberculosis pulmonar en la comunidad donde vive, siendo el total de respuestas escogidas de 197; dado que al entrevistarlos, más de una persona respondió 2 ó 3 opciones. De tal manera que 87 respuestas (44.1%) corresponden a colaborando con programas organizados por el centro o puesto de salud, 65 (33%) respuestas corresponden a promover programas de salud y 18% a aislando a enfermos tuberculosos.

Esto demuestra que la mayoría de las respuestas orienta a que la población de estudio tiene conciencia de la importancia de ayudar con medidas que disminuyan la propagación de la tuberculosis en la comunidad donde habitan.

CUADRO No. 18

De las 145 personas entrevistadas acerca de la periodicidad de asistencia para control del paciente tuberculoso 69 (48%) respondieron cada mes, 34 (23%) respondieron al final del tratamiento y 15% respondió no saber cuando.

Esto refleja que la mayoría de la población conoce la periodicidad con la cual debe llevar un mejor control de su enfermedad el paciente tuberculoso.

CUADRO No. 19

De los 145 encuestados de la necesidad de tomar medidas preventivas para evitar contagiar con tuberculosis pulmonar a la comunidad, 115 (79%) respondieron que si es necesario tomar preventivas para evitar contagiar a los demás integrantes de la comunidad.

Esto demuestra que la mayoría de la población estudiada tiene conciencia social acerca de la importancia de tomar medidas que sean necesarias para evitar que afecta a la misma.

CUADRO No. 20

De las 145 personas entrevistadas 123 (85%) respondieron que eran necesario que la persona que tienen tuberculosis se cubra la boca al toser, y 15% que no era necesario.

Esto demuestra que la población en estudio la mayoría si tomaría medidas higiénicas al toser si padeciera de tuberculosis pulmonar, ya que cuando la persona tose corre el riesgo de contaminar y contagiar a otras sanas.

CUADRO No. 21

Este cuadro se analizó por respuestas que las personas encuestadas dieron acerca de las medidas de prevención que debe tomar un paciente con tuberculosis pulmonar, siendo el total de respuestas 242, dado que al encuestar a las personas, dieron 2 o 3 respuestas. De tal manera que 73 (30.1%) respondieron dormir sólo en un cuarto, 67 (27.7%) debería estar hospitalizado, 66 (27.3%) tener aparte sus platos y 14% vivir como cualquier otra persona.

Esto demuestra que la mayoría de las respuestas orientan a que el paciente tuberculoso debe tomar medidas que eviten ser el portador en toda la comunidad.

IX. CONCLUSIONES

1. De la población estudiada la más afectada es el sexo femenino, principalmente en la adolescencia.
2. La mayoría de la población estudiada no posee conocimientos generales profundos acerca de la tuberculosis pulmonar, sin embargo si saben cual es el agente causal y su mecanismo de transmisión.
3. La población estudiada conoce e identifica adecuadamente los factores de riesgo que influyen en el contagio y transmisión de la tuberculosis.
4. La deficiente cobertura y falta de información por parte de los programas de prevención y tratamiento de la tuberculosis favorecen la deserción a los tratamientos antituberculosos.
5. Según éste estudio la comunidad está consciente que la mejor manera de prevenir la tuberculosis es mediante la asistencia a programas de los servicios de salud.
6. La preocupación, tristeza y rechazo son o serían las principales actitudes tomadas por los pacientes y familiares si padecieran de tuberculosis pulmonar.
7. Las prácticas de la comunidad son adecuadas porque todas están orientadas a prevenir la propagación de la tuberculosis.
8. Las medidas preventivas de la comunidad están orientadas a organizar programas para la detección de pacientes sospechosos de tuberculosis pulmonar aún no diagnosticados.
9. El conocimiento de la población estudiada acerca del tipo de tratamiento y quien lo podía indicar es adecuado, ya que 74% acudirían a los servicios de salud para que les proporcionen el tratamiento.
10. El 83% de la población estudiada asistiría a los servicios de salud al momento de enfermarse de tuberculosis pulmonar.
11. El 48% de la población estudiada refirió control periódico mensual y 23% al final del mismo.

X. RECOMENDACIONES

1. Organizar programas que brinden información a los pacientes, familiares y comunidad en general acerca de la tuberculosis y sus complicaciones, así como de la importancia del cumplimiento del tratamiento y control periódico de la enfermedad.
2. Reforzar los conocimientos adquiridos por los pacientes tuberculosos acerca de su enfermedad; a través de programas de educación permanentes en salud comunitaria, para personas que no practican las medidas necesarias para la prevención de la misma.
3. Identificar a los pacientes que tengan escasos conocimientos sobre la enfermedad, a través de sondeos, programas de captación de pacientes sospechosos de tuberculosis así como a sus familiares, para luego reforzar la educación y aumentar la cantidad y calidad de conocimientos sobre la tuberculosis pulmonar.
4. Seguir realizando estudios como éste, sobre otro tipo de enfermedades, pues es una forma de evaluar si los conocimientos en general de los pacientes y familiares son adecuados, y si no lo fueran, pueden ayudar a identificar las deficiencias para tratar adecuadamente su enfermedad y evitar complicaciones.
5. Investigar la forma de administración de la medicina tradicional como coadyuvante en el diagnóstico, tratamiento, y prevención de la tuberculosis en forma temprana, así como los beneficios de la misma dentro de la comunidad.

XI. RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo transversal en 145 pacientes y familiares que padecen o han padecido tuberculosis pulmonar, en Aldea El Milagro, Masagua, Escuintla, con la idea de evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas que poseen de dicha enfermedad.

Procedimiento que se realizó a través de una boleta de recolección de datos, encontrándose que la mayoría de la población estudiada no estaba enterada de si algún familiar o incluso el paciente padecía o padeció de dicha enfermedad.

Sin embargo, aunque no tuvieron conocimientos muy profundos de la enfermedad si conocían cual era el agente causal, así como cual es su mecanismo de transmisión, reconociendo cuales son los factores de riesgo para contagiarse y contagiar de tuberculosis, saben además que medidas deben tomar para prevenir su propagación dentro de la comunidad.

Por lo que podemos concluir que los conocimientos actitudes y prácticas de los pacientes y familiares que padecen o han padecido de tuberculosis pulmonar son adecuados. Las recomendaciones del estudio están orientadas a motivar al personal médico y comunitario a brindar información a sus pacientes acerca de todo lo referente a tuberculosis pulmonar, así como reforzar permanentemente los conocimientos adquiridos por los pacientes tuberculosos y sus familiares acerca de su enfermedad, e identificar a los pacientes que tengan escasos o ningún conocimiento sobre tuberculosis, a través de estudios como éste, para posteriormente reforzar la educación y aumentar la calidad de conocimientos sobre dicha enfermedad.

XII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- 1.- Acevedo, Joaquín.
UNA APROXIMACION A LA ANTROPOLOGIA MEDICA EN TODOS SANTOS
CUCHUMATANES, HUEHUETENANGO.
Tesis (Médico y Cirujano) - Universidad de San Carlos.
Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1988 138 p.
- 2.- Adams, Richard.
UN ANALISIS DE LAS CREENCIAS Y PRACTICAS MEDICAS EN UN
PUEBLO INDIGENA EN GUATEMALA.
Instituto Indigenista Nacional. 1952, 162 p (pp 52-60)
- 3.- Aguirre Beltrán, Gonzalo.
REGIONES DE REFIGOP. MEXICO
Instituto Indigenista Nacional. 1973. pp 153-177.
- 4.- Akerele, O.
PERSPECTIVAS DE LA MEDICINA TRADICIONAL.
Salud Mundial 1983. jun. 3-4.
- 5.- Alvarado, Roberto.
EL ENFOQUE DE RIESGO FAMILIAR, METODO PARA MEJORAR LA
ATENCION PRIMARIA DE SALUD.
Cursillo precongreso.
Guatemala, OMS/OPS, 1989. 31p. (pp 1-2)
- 6.- Argueta Papa, Nidia Elizabeth.
CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE LAS MADRES RESIDENTES EN UNA
AREA MARGINAL PARA EVALUAR EL CRECIMIENTO DE SUS HIJOS.
Tesis (Médico Cirujano) Universidad de San Carlos.
Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala 1988. 56 p.
- 7.- Baldizón, Roberto
RECONOCIMIENTO HIDROGEOLOGICO DEL AREA EL POZO SURGENTE
UBICADO EN EL MUNICIPIO DE TOTONICAPAN.
Informe del INSIVUMEH. Guatemala, 1990 s.p (mimeografo)
- 8.- Behrman R.E y V.C Vaughan
NELSON TRATADO DE PEDIATRIA
14 ava Edición
Editorial México Interamericana 1992
pp 978
- 9.- Boltanski, Luc.
DESCUBRIMIENTO DE LA ENFERMEDAD.
Buenos Aires
Edición Ciencia Nueva, 1977. pp 15-45.
- 10.- Cáceres A., L Girón y E. Cáceres.
ALTERNATIVAS TERAPEUTICAS PARA PAISES EN VIAS DE
DESARROLLO. Informe del Centro de estudios mesoamericanos
sobre tecnología apropiada. CEMAT. México. 1983 75p
pp 43-52
- 11.- Center of Desiase Control
PREVENTION AND CONTROL OF TUBERCULOSIS IN FACILITIES PRO
VIDING LONG-TERM CARE ELDERLY.
MMWR 1990 jul. 1339 PR10;713
- 12.- Citado por Claudio Malo.
"CULTURA POPULAR Y OTRAS CULTURAS" Artesanías de América
1982. (14): 7
- 13.- Centro de Investigación de las Creencias de la Salud.
DESARROLLO LOCAL EN SALUD A TRAVES DE METODOLOGIA
PARTICIPATIVA. Estudio realizado en 30 comunidades de
cuatro áreas rurales de la república de Guatemala.
Guatemala, 1989, 101 p. (pp 62-65)
- 14.- Comisión Nacional de Tuberculosis.
NORMAS TECNICO OPERATIVAS DEL PROGRAMA NACIONAL DE LUCHA
ANTITUBERCULOSA
Guatemala Diciembre de 1990
- 15.- CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA ATENCION PRIMARIA DE
SALUD. (1978); Alma Ata).
Informe del director de la OPS. celebrado en :Alma Ata, 6
al 12 de Septiembre de 1978. s.i OMS/UNICEF, s.f. 33p
- 16.- Curtis H.M. Bamford F.N. and Leck I
INCIDENCE OF CHILDHOOD TUBERCULOSIS AFTER NEONATAL BCG
VACCINATION
Lancet 1:145-148 1984
- 17.- Daugherty, J.S, Hutton M.D., Simone, P.M.
PREVENTION AND CONTROL OF TUBERCULOSIS IN THE 1990'S
NURS.
Clinic North América 1993 Sep. 28(3) 599-611.
- 18.- De León Meléndez, Ofelia Columba.
CRITERIOS FUNDAMENTALES PARA LA COMPRENSION Y
VALORIZACION DE LA CULTURA POPULAR O CULTURAS POPULARES.
La Tradición popular 1988 Mar. 25:9-18.
- 19.- DIVISION DE TUBERCULOSIS
MEMORIA DE LABORES 1995
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Dirección General de Servicios de Salud.
Guatemala, C.A.

- 20.- Dueñas, Claudia. CREENCIAS Y PRACTICAS SOBRE LA UTILIZACION DE PLANTAS MEDICINALES EN LA TERAPEUTICA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN UNA COMUNIDAD DEL ALTIPLANO DE GUATEMALA; estudio descriptivo en el municipio de San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango, septiembre a octubre de 1988. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Medicas. Guatemala, 1988. 34 p.
- 21.- Estrada Parra S
INMUNOLOGIA DE LA TUBERCULOSIS
Sal. Pub. Mex. Epoca 6 Vol.24 No. 23 may-jun 1982 p 2
- 22.- Estrella, Eduardo
LA CONTRIBUCION DE LA ANTROPOLOGIA A LA INVESTIGACION EN SALUD.
Boletín de Informaciones Científicas Nacionales. Quito 1985, pp 157-180
- 23.- Farga V.
TUBERCULOSIS
2da. edición
Chile 1992 pp 35-187
- 24.- Fernandez, C.
LA COMUNICACION SOCIAL
México.
Ciencia social 1986 pp 56-65.
- 25.- Fernandez Revuelta, A. et al.
THE STUDY OF CONTACTS OF THE PATIENTS
An Med. Int. 1994. feb. 11(2) 62.6
- 26.- Foro sobre la medicina tradicional y atención primaria de salud. México 1981.
LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD Y LA MEDICINA TRADICIONAL. México, Abril de 1981 s.p.
- 27.- Fundenberg. H. et al
INMUNOLOGIA BASICA Y CLINICA
5ta edición
México D.F.,
Editorial Manual Moderno 1985 pp 632-635.
- 28.- Gay, José Martí.
SOCIOLOGIA Y ANTROPOLOGIA
Barcelona, Editorial Cultural de Ediciones, 1980 320p
- 29.- Goldman J. M. et al
CHILDHOOD TUBERCULOSIS IN LEEDS 1982-90 SOCIAL AND ETHNIC FACTORS AND THE ROLE OF THE CONTACT CLINIC IN DIAGNOSIS. 1994. feb. 49(2); 184-5

- 30.- Goodman G. et al
BASES FARMACOLOGICAS DE LA TERAPEUTICA
Sava. edición México D.F.
Editorial Mediterranea Panamericana
- 31.- Guidiniello, A.
LA INVESTIGACION ETNOMEDICA Y SU SECTORIZACION.
Guatemala Indígena. 1981 enero a junio 16 (1-2): 1-46
- 32.- Hussain S. F. et al
TUBERCULOSIS CONTACT TRACING: Are the Brithish Thoracic Society.
Guidelines Still Appropriate Thorax 1992 Nov. 47(11)984-5
- 33.- Jawetz, E. et al
MICROBIOLOGIA MEDICA
13 ava Edición Mexico
El Manual Moderno 1990 pp 258-63
- 34.- Krugman, S. et al
ENFERMEDADES INFECCIOSAS
8a Edición México
Editorial Interamericana 1988 pp 421-7
- 35.- Martínez G.
LA TUBERCULOSIS Y SU HISTORIA
Guatemala VI 1971 pp 1-16
- 36.- Organización Panamericana de la Salud.
EVALUACION EPIMIOLÓGICA DE LA TUBERCULOSIS:
TENDENCIAS EN ALGUNOS PAISES DE LAS AMERICAS
Boletín Epidemiológico Vol. 8 No.34 1987 pp 1-5
- 37.- Programa Nacional de Control de la Tuberculosis
PESQUISA DE CONTACTOS DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS.
Guatemala 1990
- 38.- Wyngaarden, J, B y L. H, Smith
ENFERMEDADES DEBIDAS A MICOBACTERIAS EN CECIL TRATADO DE MEDICINA INTERNA.
13 ava Edición México D.F
Editorial Interamericana 1991 pp 289.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE PACIENTES Y
FAMILIARES QUE HAN PADECIDO O PADECEN DE TUBERCULOSIS
MONAR, EN ALDEA EL MILAGRO, MASAGUA, ESCUINTLA, DURANTE EL
MES DE ENERO DE 1990 AL MES DE ABRIL DE 1996.

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE _____ SEXO _____ ESCOLARIDAD a. alfabetado
b. analfabeto
MADRE _____
CARTILLA DE BCG SI _____ NO _____

A CONTINUACION SE LE PRESENTA UNA SERIE DE PREGUNTAS LAS
CUALES SON DE CARACTER CONFIDENCIAL. AGRADEZCO SU
HONESTIDAD Y COLABORACION DE ANTEMANO.

1. Alguien de su familia padece o ha padecido de tuberculosis pulmonar
SI _____ NO _____
2. Qué parentesco tiene con usted?
Padres _____
Hijos _____
Hermanos _____
Conyuge _____
Otros _____
3. Sabe usted que es la tuberculosis? SI _____ NO _____
4. Qué cree usted que produce la tuberculosis?
Un mal aire _____
Un hongo _____
La brujería _____
Castigo de Dios _____
Insectos _____
Un microbio que afecta los pulmones.
5. Sabe usted de qué manera se adquiere la tuberculosis SI NO
6. Si su respuesta es afirmativa:
Convivir con persona que padece ésta enfermedad.
Beber agua o comer alimentos con parásitos.
Por picadura de un insecto
Por castigo de Dios
Malos hábitos higiénicos.
7. Cuales cree usted que pueden ser las causas por las cuales
una persona corre riesgo de padecer tuberculosis?
Dormir más de 3 personas en un mismo cuarto
Mala nutrición
Falta de higiene personal
Estar en contacto directo prolongado con personas
infectadas con tuberculosis.
8. Cual cree usted que es el tratamiento para la
tuberculosis?
Medicina naturista
Remedios caceros
La indicada por puesto, centro de salud, médico.

Ninguna

9. Por qué cree usted que una persona con tratamiento para tuberculosis pueda abandonar el mismo?

Por muchas tabletas
Por los efectos que produce
Porque es muy caro
Por falta de información
Porque es muy largo
Porque no ha notado mejoría.

ACTITUDES

- 10 Si algún miembro de su familia padece de molestias como garagajos con sangre y tos a donde lo llevaría?

Hospital
Curandero
Centro de Salud
Farmacia
Ningun lado

- 11 Qué actitud tomaría usted si tuviera ésta enfermedad?

Tristeza
Depresión
Aislamiento
Suicidio
Indiferente

- 12 Qué actitud tomaría (o tomó) su familia si usted padece tuberculosis?

Rechazo
Abandono
Aceptación
Lástima
Preocupación

- 13 Qué actitud tomó la comunidad donde vive al saber que alguien de la misma padece (o padecía) de ésta enfermedad

Aceptación
Rechazo
Temor
Preocupación
Lástima

- 14 Si padece o llegara a padecer de tuberculosis y le dan tratamiento abandonaría el mismo? SI NO

- 15 Por qué razón abandonaría el mismo?

Porque es muy caro
Porque tiene mal sabor
Porque es poco accesible
Porque son muchas tabletas
Porque molesta el estómago
Porque no me interesa curarme

PRACTICAS

- 16 Qué medidas tomaría usted para evitar contraer o contagiar la tuberculosis?

No dormir más de 3 personas en un mismo cuarto
Vacunar a los niños menores de 5 años
Buenos hábitos higiénicos
Buena alimentación