

ESCUELA DE ENFERMERIA

E
DTI
1984?

E
DSlt
19-

Tuberculosis Relación Conocimiento-Práctica*

“RELACION ENTRE LA INFORMACION PARA LA SALUD QUE TIENE EL PACIENTE TUBERCULOSO SOBRE SU PADECIMIENTO Y LA CONDUCTA DE SEGUIMIENTO Y/O ABANDONO DEL TRATAMIENTO”

ELABORADO POR:

Enf. Díaz Ornelas Dora Elsa

Enf. Portales Ponce María Alicia

*TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA EN LA ESCUELA DE ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI.

"Dad gracias al Señor
porque es bueno, porque
es eterna su misericordia"

A la memoria de mis padres:

Lic. J. Jesús Portales Carbajal +

E. Alicia Ponce de Portales +

Con respeto a mis hermanos:

T. Evangelina

Ma. Evangelina

Jesús

Eduardo

Jorge

Alejandro

Marco Antonio

A mis padres:

Pbro. Pablo Díaz Jacinto

Dora Elsa Ornelas de Díaz

Con respeto a mis hermanos:

Josué David

Pablo

Eliezer

Libia Elizabeth

A mi sobrino:

Josué David

Agradecemos a la Lic. Ma. Elena
Cámez C. y al Dr. Antonio Torres -
su valioso apoyo y ayuda; a los -
Servicios Coordinados de Salud Pú-
blica del Estado por su colabora--
ción en la realización del presen-
te estudio.

I N D I C E

ANTECEDENTES HISTORICOS	1
INTRODUCCION Y JUSTIFICACION	2
METODOLOGIA	7
PRESENTACION DE RESULTADOS	13
CÓNCLUSIONES	25
SUGERENCIAS	26
ANEXOS	27
BIBLIOGRAFIA	

TUBERCUIOSIS RELACION CONOCIMIENTO-PRACTICA

"RELACION ENTRE LA INFORMACION PARA LA SALUD QUE TIENE EL PACIENTE TUBERCULOSO SOBRE SU PADECIMIENTO Y LA CONDUCTA DE SEGUIMIENTO Y/O ABANDONO DEL TRATAMIENTO"

▲ - ANTECEDENTES HISTORICOS

La tuberculosis ha sido compañera del hombre desde tiempo in memorial; 4,000 a de C., ya se hace mención de ella en la India y - China. En el esqueleto de un faraón egipcio que data de 1,500 años antes de Cristo se encuentran restos de "Peste Blanca", nombre con que se conocía antes a la tuberculosis. Muchos años después (400 - a. de C.) Hipócrates la considera hereditaria. Galeno 150 años d. de C., habla del contagio de la tisis o tuberculosis. En la Edad - Media Jerónimo Francastero (1483-1553) habla de la existencia de la tuberculosis y del contagio familiar. Pedro Joso Doson (1738-1795) demuestra la contagiosidad de la tuberculosis por medio de la inoc uación de esputo de una persona enferma en animales de laboratorio. Posteriormente el 24 de marzo de 1882 Roberto Koch descubrió el ba- cilo tuberculoso y reproduce la enfermedad en animales de experimen- tación, a partir de éste importante hallazgo los hombres de ciencia buscan la manera de curar la tuberculosis, así Carlos Forlanini, de Pavia en 1894 preconiza el tratamiento con el colapso pulmonar basa do en la idea de reposo del pulmón, con éste mismo criterio se - realiza el colapso toracoplástico y el neumotórax extrapleural, no había todavía medicamentos específicos, y los que se empleaban, co-

mo el oro y el cobre, no demostraron tener acción contra el bacilo. Después se practica la resección pulmonar quitando la parte enferma, sin embargo no se logra la curación. En 1944 Waksman descubre la estreptomycinina la cual pone en práctica para la curación de la tuberculosis. En 1946, Lehman, descubre el ácido paraminosalicílico, y en 1952 Robitzek y Selihof, descubren la hidracida del ácido isonicotínico, posteriormente se descubre la piracinamida, la etionamida, la thiacetazona y el etambutol. En 1969, se descubre una de las drogas más potentes, la rifampicina.

Se empieza a tratar con éstas drogas un gran número de enfermos, descubriéndose la resistencia bacteriana, por lo cual se elaboran los esquemas terapéuticos.

Así pues desde hace más de 30 años se dispone de medicamentos y vacunas eficaces, lo que hace a la tuberculosis una enfermedad que puede prevenirse y curarse, sin embargo las estadísticas demuestran que una séptima parte de la Humanidad muere de tuberculosis.

B - INTRODUCCION Y JUSTIFICACION

En el mundo se cuenta un total de 10 millones de tuberculosos cuya expectoración contiene inmensas cantidades de bacilos tuberculosos; un tuberculoso contagioso (no detectado ni tratado) infecta un promedio de 12 personas por año, y vive dos años, por lo tanto contagia de 20-25 personas. Además produce un número más o menos igual de casos de tuberculosis no contagiosas o menos contagiosas y de formas extrapulmonares.

En América Latina se registran cada año de 4-5 millones de -

casos de tuberculosis altamente infecciosas y lleva a la muerte a tres millones de personas.

En México la tuberculosis también persiste como un importante problema de la Salud Pública y Médico-social. En 1980 la población total del País era de 69'381,104, de ésta población la tasa es de 31.3 tuberculosos por 100,000 habitantes.

Ese mismo año la Secretaria de Salubridad y Asistencia reporta que se notificaron, en el País, un 50% de casos de Tb., de los cuales inician el tratamiento el 84.3%, y de éstos el 64.8% lo terminan, es decir, queda un 35.2% de casos en que se interrumpe el tratamiento. Respecto a la eficacia de éste, se reporta un 73.4% logrando reducir las causas de infección tan solo en un 20%.

Con éstos datos podemos decir que los progresos del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis han sido lentos dado que la tuberculosis es una enfermedad que puede prevenirse mediante la aplicación de la vacuna B.C.G., y curarse por medio de la quimioterapia establecida, la eficacia de ésta alcanza hasta un 100% de éxito y encontramos que se reporta tan solo un 73.4% de eficacia en el tratamiento debido, entre otras causas, a un alto porcentaje de interrupción del mismo (35.2%) y un bajo porcentaje en la reducción de causas de infección.

Entre los obstáculos que se oponen para la ejecución del Programa de Tuberculosis, casi las 2/3 partes de los países miembros de la Organización Sanitaria Panamericana, mencionan la Insuficiencia de recursos de supervisión, la escasa capacitación del personal o la inestabilidad de éstos en el empleo; lo cual contribuye a que las causas de fracaso sean la interrupción precoz del tratamiento,-

el uso irregular o inadecuado de las drogas, la prescripción de regímenes insuficientes e incorrectos, la resistencia primaria, y en menor grado la toxicidad de los fármacos. Las fallas no deben imputarse a las drogas sino a su uso incorrecto.

El factor de mayor significación para el éxito de la quimioterapia es la cooperación del paciente para tomar los medicamentos con regularidad durante muchos meses. El tratamiento con autoadministración diaria por mas o menos un tiempo largo produce un estado de monotonía que en asociación con la desaparición progresiva de los síntomas influye en la irregularidad del paciente.

Podemos decir que el éxito del tratamiento, depende ultimamente, de la habilidad del equipo de salud, para persuadir mediante la información al paciente o unidad social (generalmente la familia) para cooperar en la autoadministración o administración controlada de medicamentos por un largo período, siendo menester no solo atender el estado de sus pulmones sino también a su psique. Hay que curar, no solo la enfermedad sino al enfermo.

Dicha información no ha de limitarse unicamente a la administración de medicamentos dado que la tuberculosis es la resultante de la asociación de factores, tanto socioeconómicos como biológicos desnutrición, vivienda insalubre, carencia de higiene y agua, efectos debilitantes de las infecciones y diarreas agudas. Además la tuberculosis provoca enormes pérdidas económicas y la afectan hechos cuya solución no se encuentra en una nación aislada, sino que competen a la comunidad internacional, como son la escasez de alimentos, las grandes epidemias de influenza y las guerras.

La Educación para la Salud es un proceso que presupone el

acto de transmisión de información y fomento del valor salud que va desde quien tiene la tarea de educar hacia aquellos que son sujeto de la acción educativa. Puesto que educación significa un proceso de dirección, dirección educativa para la salud, puede entenderse como un proceso de conducción hacia la adquisición de la salud y su conservación.

En el proceso educativo se ha de dar información adecuada a la colectividad mediante un programa de educación sanitaria, con el fin de aumentar los conocimientos del público sobre las medidas preventivas y sintomatología de la tuberculosis y de la enfermedad en sí. Seguramente el momento más adecuado para brindar dicha información sea el momento del diagnóstico y en las ocasiones sucesivas, al explicar al paciente y/o a su unidad social la naturaleza de la quimioterapia, la duración del ciclo terapéutico y la necesidad de seguirlo con regularidad, así como las medidas higiénicas que debe seguir para evitar el contagio, rompiendo así la cadena de transmisión, y persuadiendo al paciente de la importancia de su colaboración para el tratamiento. Es necesario para brindar esta información que el destinatario la acepte, y además que el personal salud conozca y comprenda todos los aspectos y detalles médicos y socioculturales de la enfermedad tuberculosa, a fin de que pueda atender las necesidades y preocupaciones del paciente y su familia. Es importante incluir a la familia dadas las interacciones entre sus miembros, así como su dependencia mutua, por lo que el estado de salud de uno de sus miembros genera una serie de mecanismos físicos, psicológicos y sociales con los que la familia enfrenta el problema.

El personal de salud idóneo para responsabilizarse de proporcionar ésta información, son las enfermeras y el médico, dadas las implicaciones que tienen en el contacto y seguimiento estrecho del paciente tuberculoso durante la detección, diagnóstico, tratamiento, y control de la enfermedad.

Por todo lo anterior consideramos de gran importancia conocer la relación existente entre la información para la salud que tiene el paciente tuberculoso y/o unidad social, sobre su padecimiento y la conducta de seguimiento y/o abandono del tratamiento, así como la rehabilitación del paciente.

1 - OBJETIVOS

- a - Describir que nivel de información tiene el paciente y/o unidad social, sobre la tuberculosis.
- b - Identificar la relación entre la información que tiene el paciente sobre la tuberculosis y su nivel de escolaridad.
- c - Identificar la relación entre el nivel de información que tiene el paciente tuberculoso y las medidas higiénicas y de tratamiento que sigue el paciente y/o su unidad social.
- d - Identificar los factores que influyen en la discontinuidad total del tratamiento.
- e - Cuantificar el número de pacientes que continúan el tratamiento y los que lo han interrumpido total o parcialmente.
- f - Identificar que elemento del equipo salud ha proporcionado la información al paciente tuberculoso y/o a su unidad social.

2 - HIPOTESIS

El nivel de información que tiene el paciente tuberculoso, y/o unidad social, sobre su padecimiento está en relación directa a su conducta respecto al seguimiento y/o abandono del tratamiento.

C - METODOLOGIA

El presente es un estudio descriptivo, observacional y ^{TRANSVERSAL} , realizado a través de una encuesta. Para la realización del mismo se conto con la autorización de la Jefatura de los Servicios Coordinados de Salud Pública del Estado, y la información requerida para determinar la muestra fué proporcionada por la Jefatura de la Jurisdicción No. 1 de ésta dependencia.

1 - UNIVERSO DE TRABAJO Y MUESTRA

El Universo de Trabajo para el presente estudio lo constituyen todos los pacientes con tuberculosis pulmonar registrados en la Jurisdicción No. 1 de los Servicios Coordinados de Salud Pública del estado de San Luis Potosí, S.L.P., registrados del 1° de enero al 31 de octubre de 1983, siendo un total de 46 pacientes, de los cuales se visitan 44, logrando entrevistar tan solo 30, pero al ser una de éstas una tuberculosis extrapulmonar (cervico-uterina) no se incluye en el presente estudio.

Se previo que la muestra para el estudio fuera el 66% (30) de los pacientes registrados en los Centros de Salud Juan H. -

Sánchez, Unidad Ponciano Arriaga, Saucito, Club de Leones, Progreso y Mercado República, mismos que fueron seleccionados aplicando una tabla de números aleatorios; sin embargo, al momento de buscar las unidades muestrales, no fue posible localizar a 17 de ellos por los siguientes motivos:

- Abandonan el tratamiento y no se les localiza 4
- Reportados como tuberculosos pero no incluidos en el programa por razones desconocidas 2
- Renuente a recibirnos, pero sigue el tratamiento 1
- Cambiaron de ciudad, no se sabe si continúan o abandonaron el tratamiento 2
- No se les localiza, pero están dados de alta en el Centro de Salud 3
- Defunciones 3
- No se realiza visita por radicar fuera de la ciudad 2

por lo tanto se procedió a suplirlos con el mismo procedimiento -
llegando a utilizar el 100% de la población para integrar el número de muestra prevista.

2 - INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS

El instrumento para la recolección de datos fue por medio de una cédula de entrevista aplicada a través de una visita domiciliaria al paciente tuberculoso y/o unidad social, a la cual hemos considerado como la persona mayor de edad con quien el paciente tiene más relación y contacto personal (V.gr. padres, esposo-a) y tan solo en ausencia del paciente, o bien, que éste se encuentre imposibi

litado para proporcionar la información, en este caso quedaron inclu
idos cinco de las cédulas aplicadas y fue por los siguientes moti- -
vos:

- Paciente menor de edad (un año 4 meses) 1
- Paciente con sordera 1
- No se les localiza en la visita domiciliaria (2 al-
coholicos) 3

▲ los pacientes que radican en la capital del estado se les -
hizo un máximo de 4 visitas consecutivas, y al no localizarse, se a-
plicó el cuestionario a la unidad social, los cuales fueron tres.

La información obtenida de la unidad social se maneja igual -
que la obtenida directamente del paciente. La tabulación de datos -
se realizó de forma manual, después de lo cual se llevo a cabo el or
denamiento de los mismos, haciendose los cuadros correspondientes.

La recolección de datos estuvo a cargo de las enfermeras Dora
Elsa Díaz Ornelas y María Alicia Portales Ponce, realizandose del 7
de diciembre de 1983 a el 14 de febrero de 1984.

En el modelo estadístico se utilizaron las escalas de nomina-
les y ordinales para manejar las variables, por lo tanto se aplico -
la estadística no paramétrica: la "r" de Sperman y el coeficiente de
contingencia, respectivamente.

3 - DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO

El instrumento está integrado por datos generales y 34 items,
31 de los cuales son precodificadas y 3 preguntas abiertas.

Dentro de los datos generales se contemplan nombre, edad sexo

escolaridad, domicilio, fecha de la entrevista, centro de salud e inicio y tipo de tratamiento; datos que serán de utilidad para el control de la información.

En cuanto a los 34 items formulados al paciente y/o su unidad social se espera, por medio de ellos, alcanzar los objetivos trazados y dar respuesta a la hipótesis formulada en el presente estudio.

Los items en relación a los objetivos se describe de la siguiente manera:

Las preguntas de la 1-14 responderán al primer objetivo, explorando la información que tiene el paciente y/o su unidad social sobre la enfermedad tuberculosa abarcando aspectos de prevención, tratamiento y rehabilitación de la misma; relacionando éstos datos con la escolaridad, se dará respuesta a el segundo objetivo. El valor que se ha dado a las preguntas es de tres puntos a los items que consideramos es indispensable que el paciente conozca, dos puntos a los necesarios y un punto a los convenientes.

Los items indispensables son seis en total, que corresponden a las preguntas 1,3,5,6,7, y 8. Los items necesarios son cinco en total que corresponden a las preguntas 2,4,9,11, y 12; y por último, los items convenientes son tres que corresponden a las preguntas 10, 13 y 14. Se calificará como EXCELENTE a quienes tengan de 29-31 puntos, de MUY BIEN de 26-28 puntos, BIEN de 23-25 puntos, REGULAR de 20-22 puntos y como DEFICIENTE 19 puntos o menos, éstos valores corresponden a la escala tradicional de 10 (excelente), 9 (muy bien), 8 (bien), 7 (regular) y 6 (deficiente), con ésto se pretende dar respuesta al tercer objetivo. Por medio de los items 18,19,20,21,22, 23,26,27 y 28 se calificaron las prácticas como correcta o incorrec-

ta; los valores que se asignaron fueron los siguientes: de 9-8 prácticas correctas MUY BIEN, de 7-6 prácticas correctas BIEN, de 5-4 - REGULAR y 3 o menos prácticas correctas DEFICIENTE.

Las preguntas de la 15-28 y la 31 permiten alcanzar el objetivo tercero explorando las prácticas y actitudes del paciente y/o su unidad social en cuanto a prevención, tratamiento, y rehabilitación de la enfermedad tuberculosa y relacionando éstas con la información que tienen en estos mismos aspectos.

Las preguntas 15,16,24 y 25 exploran la actitud asumida por el paciente y/o su unidad social ante la enfermedad tuberculosa.

Los items 17, 18 y 28 corresponden a las preguntas 13 y 14 - que exploran el tabaquismo y el alcoholismo del paciente, y si ha habido un cambio de conducta en la práctica del tabaquismo con la enfermedad.

El item 19 se corresponde con el 8, explora la continuidad del tratamiento y un posible factor de abandono.

Los items 20, 21, y 22 se corresponden con la pregunta 5 que explora las prácticas encaminadas a prevenir la diseminación de la enfermedad.

Los items 29 y 31 se relacionan con la pregunta 9 explorando las prácticas en relación a la duración del tratamiento.

El item 26 se corresponde con la pregunta 7, explora las prácticas para la protección específica contra la tuberculosis, dentro de la familia.

El item 29 se corresponde con la pregunta 10 explorando el control de la enfermedad en el paciente por medio de las baciloscopías.

Por último, el item 27 se corresponde con el 19 explora como

probable causa de abandono los efectos indeseables de los mediamen--
tos.

En los items del 29 al 31 investigan los factores posibles -
que influyen en el abandono de la quimioterapia.

El item 29 explora si existe continuidad o discontinuidad en
el tratamiento. El item 30 explora los factores que han influido en
la interrupción del tratamiento, y se han agrupado en tres partes: -
a) factores institucionales, que corresponden a los incisos a, c, y
i; b) factores por parte del paciente, que corresponden a los inci--
sos d, e, y h; y c) factores atribuibles al tratamiento, que corres-
ponden a los incisos b, f, g, y j. Este item se complementa con los
items 19 y 27 que exploran la interrupción del tratamiento por la de-
aparición de los síntomas y por los efectos secundarios del trata--
miento, los cuales corresponden al paciente y al tratamiento respec--
tivamente, permitiendo alcanzar los objetivos cuarto y quinto.

El item 31 explora que tanto influye que el tratamiento sea -
largo como un factor que favorezca la interrupción precoz del trata--
miento.

Los items 32-34 exploran que persona del equipo salud les ha
proporcionado la información sobre la tuberculosis en cuanto al tra-
tamiento, la transmisibilidad y a la enfermedad en sí, y así, dando -
respuesta a el sexto objetivo.

En cuanto a la hipótesis se le pretende dar respuesta medaian-
te la relación de los items del 1-14 con los del 29-31, que miden -
información y prácticas respectivamente.

NOTA: los items 30-31 no se aplicarán a las personas que con-
testen con "b" en el item 29.

D - PRESENTACION DE RESULTADOS

Los resultados se presentan en orden de los objetivos.

En relación con el objetivo "a", el nivel de información que tienen los pacientes sobre su padecimiento se clasifico en 5 rubros como se presenta en el cuadro No. 1, quedando incluidos en el nivel de excelente las personas que tienen un conocimiento adecuado sobre su padecimiento (factores predisponentes, protección específica, causa, medidas higiénicas, tratamiento y rehabilitación). En el rubro de muy bien se tuvo menor nivel de información en relación al tratamiento y causa de su enfermedad, respecto al primero, cabe hacer notar que solo un 13.8% del total de pacientes, conoce el medicamento por su nombre, era de esperarse que por el tipo de tratamiento tan largo, el paciente estuviera relacionado con el nombre de ellos; es importante mencionar que los pacientes tienen conocimiento de los factores contribuyentes a su enfermedad, sin embargo no conocen la causa específica de la misma. Las personas calificadas como bien y regular, además de los aspectos anteriores desconocen lo referente a la protección específica; por último los calificados como deficiente desconocen, además, lo relacionado con la trasmisibilidad de la enfermedad; en general un 6.9% están calificados en el nivel de excelente, y en igual proporción en muy bien; en bien y regular el 27.6 y 24.1% respectivamente, y un 34.5% en el nivel deficiente.

Analizando la escolaridad de la población estudiada, tenemos que un poco más de la mitad (55.2%) son personas que saben leer y escribir y generalmente con un nivel de primaria incompleta, el 27.6% son analfabetas y solamente el 17.2% tiene un nivel de escolaridad de secundaria o superior a ella.

CUADRO No. 1

RELACION ENTRE EL NIVEL DE INFORMACION SOBRE LA TUBERCULOSIS
Y LA ESCOLARIDAD DEL PACIENTE. SAN LUIS POTOSI, S.L.P. 1984

Escarlaridad del paciente	Nivel de informaci3n sobre la tuberculosis					Total ⁺ %
	Excelente %	Muy bien %	Bien %	Regular %	Deficinete %	
Analfabeto			6.9	10.3	10.3	27.6
Sabe leer y escribir			10.3		10.8	24.2
Primaria		3.4	6.9	13.8	6.9	31
Secundaria	6.9		3.4		3.4	13.8
Profesional		3.4				3.4
Total	6.9	6.9	27.6	24.1	34.5	100.0

+Total 29 pacientes

$$r_s = 0.54 \quad p < 0.01$$

Al correlacionar las variables de nivel de información con escolaridad, y aplicando la prueba de r de Spermán, se encontró que existe una asociación fuerte y verdadera entre ambas ($r_s = 0.54$ y $p < 0.01$) lo que significa que a mejor escolaridad mejor nivel de conocimientos.

Analizando las respuestas de las preguntas 17-23 y de la 26-28, a través de las cuales se pretendió evaluar las prácticas específicas del paciente tuberculoso, encontramos que el 86% lleva a cabo prácticas que pueden calificarse como buenas y regulares, habiéndose identificado que el aspecto donde se tiene más deficiencias es en la disposición y manejo del esputo, donde el 89.7% de los pacientes tienen información correcta sobre la manera de evitar la diseminación del bacilo tuberculoso, sin embargo tan solo un 17.2% la dispone y elimina en forma adecuada. Únicamente 6.9% pueden calificarse en el rubro de excelente, y en éste llama la atención el hecho de que un 3.4% con nivel de información deficiente tiene prácticas excelentes. Cabe hacer mención que del total de pacientes que practicaban el tabaquismo antes de saberse enfermos el 61.1% tuvo un cambio de conducta dejando de fumar.

En la información que se presenta en el cuadro No. 2 se puede observar la relación entre el nivel de información que tiene el paciente y las prácticas, mientras el 51.7%, tiene un nivel de información entre bien y regular, en prácticas el 86.2% se calificaron en éstos mismos rubros, encontrándose que la asociación entre esas variables es pobre pero cierta ($r_s = 0.17$ y $p < 0.05$) así que, a mejores prácticas corresponden mejores conocimientos y a peores prácticas menores conocimientos, pero hay muchas excepciones.

CUADRO No. 2

RELACION ENTRE LAS PRACTICAS QUE TIENE EL PACIENTE TUBERCUIOSO
 EN CUANTO A SU PADECIMIENTO Y SU NIVEL DE INFORMACION. SAN
 LUIS POTOSI, S.L.P., 1984.

Calificación práctica	Nivel de información					Total ⁺ %
	Excelente %	Muy bien %	Bien %	Regular %	Deficiente %	
Deficiente				6.9		6.9
Regular		3.4	10.3	10.3	17.2	41.4
Bueno	3.4	3.4	17.2	6.9	13.8	44.8
Muy bien	3.4				3.4	6.9
Total	6.9	6.9	27.6	24.1	34.4	100.0

+Total 29 pacientes

$$r_s = 0.17 \quad p < 0.05$$

Del total de la muestra el 20.7% abandono el tratamiento totalmente, señalando los pacientes una o más causas las cuales se agruparon en tres rubros: causas de abandono atribuibles a la institución, al tratamiento y al paciente. Dentro de las causas institucionales han referido la inaccesibilidad al centro de salud, en las causas atribuibles al tratamiento fueron efectos indeseables de la quimioterapia que han afectado su vida diaria, observandose que a mayor tiempo de tratamiento existe mayor abandono, aunque el 72.4% de los pacientes tienen información adecuada de la duración de su tratamiento; por último, en relación al paciente refieren imposibilidad física para acudir por sus medicamentos y/o a consulta, y al hecho de ser alcohólicos (10.3%), en éste aspecto el 96.6% de la muestra tienen conocimiento del perjuicio que a el organismo ocasiona el beber alcohol, sin embargo el 31% continua con ésta práctica, siendo la causa de abandono de la mitad de los pacientes (10.3%), lo cual muestra que no existe relación entre la información que el paciente tiene sobre el alcohol y la práctica ($C = 0.12$ y $p > 0.5$), esto se explica, en parte, por el valor sociocultural que se le da a la bebida alcohólica en nuestro medio. El 10.3% de los pacientes en el momento del estudio habían abandonado el tratamiento al desaparecer la sintomatología, según refirieron, sin embargo cabe hacer la observación que 24.1% (7) de los pacientes habían abandonado el tratamiento por la misma causa, actualmente se encuentran como reingresos al programa. Por todo lo anterior concluimos que las causas por las que se abandona el tratamiento, al parecer, son atribuibles al mismo paciente, antes que a la institución o al tratamiento en sí.

Por último, atendiendo al objetivo "e" encontramos que del -

CUADRO No. 3

RELACION ENTRE EL NIVEL DE INFORMACION QUE TIENE EL PACIENTE TUBERCULOSO SOBRE SU PADECIMIENTO Y EL TRATAMIENTO DE PRIMERA Y/O SEGUNDA INTENCION. SAN LUIS POTOSI, S.L.P., 1984.

Nivel de información	Tratamiento de 1ª intención %	Tratamiento de 2ª intención %	Total ⁺ %
Deficiente	26.9	10.3	34.5
Regular	20.7	3.4	24.1
Bien	20.7	6.9	27.6
Muy bien	3.4	3.4	6.9
Excelente	6.9		6.9
Total	75.9	24.1	100.0
Total 29 pacientes			

$$r_s = 0.61 \quad p < 0.001$$

100% de la muestra, 20.7% han abandonado el tratamiento, y del 79.3% que lo continúan, 24.1% son pacientes que son reingresos al programa. Es importante hacer notar que los pacientes que están recibiendo el tratamiento por segunda vez tienen mejor nivel de información sobre su enfermedad que quienes lo reciben por primera vez ($r_s = 0.61$ y $p < 0.05$), ver cuadro No. 3.

El cuadro No. 4 muestra la relación entre la información que tiene el paciente sobre la enfermedad, transmisión y tratamiento de la tuberculosis y quien se la proporciona, encontrándose que en los tres aspectos mencionados es el médico quien da la información, le siguen en orden decreciente, otras personas en las que se incluyen: familia, amigos, encargada de comunidad, carteles del centro de salud y revistas; equipo enfermera-médico y por último enfermera.

En cuanto a la información proporcionada acerca de la enfermedad tuberculosa y su transmisión, es muy notorio que la información que han recibido los pacientes ha sido por otros medios, en un porcentaje alto 20.6% y 31%, respectivamente, y no por el personal salud como era de esperarse, en contraste la participación que el equipo enfermera-médico y la enfermera ha tenido fue mínima. En el aspecto concerniente al tratamiento encontramos más coherencia en la distribución de quien proporciona la información; el médico continúa en primer lugar, pero la participación de enfermería y del equipo enfermera-médico es mayor, lo cual se explica por ser el médico quien prescribe el tratamiento y la enfermera quien lo proporciona, en éste aspecto todos los pacientes tienen información proporcionada por el equipo salud. Era de esperarse que la información acerca de la enfermedad la proporcionara el médico, sobre la transmisión la enferme-

CUADRO No. 4

RELACION ENTRE LA INFORMACION QUE TIENE EL PACIENTE SOBRE LA TUBERCULOSIS
 EN CUANTO A LA ENFERMEDAD, TRASMISION Y TRATAMIENTO Y PERSONAL DE SALUD -
 QUE SE LA PROPORCIONO. SAN LUIS POTOSI, S.L.P., 1984.

La información la proporciono	En relación a:		
	Enfermedad %	Trasmisión %	Tratamiento %
Médico	72.4	58.6	48.3
Otros	20.7	31	3.4
Médico-enfermera		6.9	27.6
Enfermera	6.9	3.4	20.7
Total ⁺	100.0	100.0	100.0
Total 29 pacientes			

ra y sobre el tratamiento ambos, tan solo en éste último aspecto se -
presento lo esperado. Podemos concluir diciendo que los únicos ele-
mentos del equipo salud que dan información son el médico y la enfer-
mera, con mayor participación del primero.

Se acepta la hipótesis de trabajo (cuadro No. 5) ya que se en-
contro una relación significativa entre el nivel de información que -
tiene el paciente tuberculoso sobre su padecimiento, y su conducta en
relación a éste ($r_s = 0.44$ y $p < 0.05$), es decir, que a mejor nivel
de información menor probabilidad de que el paciente interrumpa su -
tratamiento.

Al tratar de explorar la actitud que asume el paciente al sa-
berse enfermo de tuberculosis, encontramos que refieren sentimientos
que pueden ser descritos como de inseguridad hacia el futuro, y de -
vergüenza, al parecer, por tener un padecimiento que socialmente tie-
ne un estigma de rechazo, esto último se ve apoyado por el hecho de -
que un 13.8% de pacientes ocultaron su enfermedad a personas ajenas -
a la familia y un 31% refieren que en su grupo de amigos notaron un -
cambio de actitud, siendo ésta de marginación a su persona al saber -
que está enfermo de tuberculosis. Así mismo se intento explorar la -
participación o apoyo de la familia del paciente tuberculoso en rela-
ción al tratamiento del mismo, encontrandose que tan solo a un 41.4%
de los pacientes les acompaña algún familiar por su dotación de medi-
camentos o a consulta, y a un 48.2% alguno de los miembros de la fami-
lia le recuerda que debe tomar sus medicamentos. No es posible lle-
gar a una conclusión en éste aspecto dado que no se cuentan con los -
elementos suficientes para ello.

La importancia, a nivel médico-social y económico del problema

CUADRO No. 5

RELACION ENTRE LA INTERRUPCION DEL TRATAMIENTO ANTIFIMICO Y EL
NIVEL DE INFORMACION QUE TIENE EL PACIENTE SOBRE LA TUBERCULOSIS

SAN LUIS POTOSI, S.L.P., 1984

Nivel de información	Interrumpio su tratamiento por más de 30 días		Total ⁺ %
	Sí %	No %	
Deficiente	13.8	20.7	34.5
Regular	6.9	17.2	24.1
Bien		27.6	27.6
Muy bien		6.9	6.9
Excelente		6.9	6.9
Total	20.7	79.3	100.0
Total 29 pacientes			

$$r_s = 0.44 \quad p < 0.05$$

de la tuberculosis es innegable, dada la magnitud y trascendencia de éste. Así mismo es pertinente considerar que las posibles soluciones al problema, en lo que compete al ámbito de acción del sistema de salud se ven muy reducidas si no se han apoyado con el aporte de satisfactores que influyan directamente en los factores que interactúan en la génesis del padecimiento, es por ésto que a pesar que desde hace más de 30 años la prevención y curación de la tuberculosis - esta garantizada, el control de la misma continua siendo lento.

Los resultados del presente estudio podrian ubicarse en el espectro de problemas suceptibles a ser investigados en relación con los factores que influyen en la efectividad del tratamiento desde el punto de vista médico y no desde el enfoque farmacológico de éste, - por ser un campo que ha sido ampliamente explorado. Uno de los principales obstáculos para lograr la efectividad del tratamiento es el abandono precoz de éste. En los resultados del presente estudio se trato de identificar la relación existente entre el nivel de información que tiene el paciente tuberculoso sobre su padecimiento y su conducta ante éste. Consideramos que el inadecuado nivel de información que el paciente tuberculoso tiene sobre su padecimiento y tratamiento podria estar reflejando la insuficiente participación del personal médico y de enfermería en su papel como educadores en el ámbito de la salud, quienes centran su atención en la prescripción de los fármacos indicados sin tomar en cuenta que para lograr la participación efectiva del paciente en su tratamiento y autocuidado se requiere incrementar su nivel de información que lo motive a asumir un rol activo en su tratamiento, lo anterior se agrava si tenemos en cuenta que la población afectada tiene un bajo nivel de escolaridad.

Las prácticas del paciente tendientes a romper la cadena de transmisión del padecimiento no son las adecuadas, hecho que podría tener explicación por el bajo nivel de escolaridad e información específica y por el bajo nivel de vida en que se encuentran, de hecho el nivel de información y tipo de prácticas que tiene el paciente puede catalogarse como popular y era de esperarse que éstos pacientes, por el contacto que han tenido con el sistema de salud, tuvieran conocimientos más específicos; ésta inadecuada información podría también estar influyendo en el hecho de que un alto porcentaje de pacientes abandonan el tratamiento ante la desaparición de los síntomas, situación que también podría estar condicionada por los conceptos que de salud y enfermedad tiene la mayoría de la población en que se considera que una persona esta sana cuando no tiene molestias físicas, y enferma cuando la magnitud de las molestias físicas son de un grado considerable. Otro aspecto sociocultural que ha influido en el abandono precoz del tratamiento es el alcoholismo, el cual predispone a la tuberculosis y a su vez la enfermedad, por las implicaciones de tipo social y psicológico que la distinguen, es posible esten exacerbando el alcoholismo en el paciente.

Otro aspecto relevante en el presente estudio fue la poca frecuencia con que el personal de enfermería es identificada por el paciente como fuente de información, respecto de su padecimiento, en esta situación podrían estar involucrados uno o varios de los siguientes factores: 1) que en realidad el personal de enfermería asignado a el programa de detección y control de la tuberculosis no esté realizando en forma sistemática su papel como educadora; 2) que es posible que lo este realizando pero el nivel de información y las técni-

cas que utiliza para ello no sean adecuadas para el tipo de población a que esta dirigida; 3) o bien que el nivel de conocimientos que tiene el personal de enfermería no sea el necesario para ofrecer una orientación al público adecuada en calidad y cantidad, sin embargo por las características del presente estudio no podríamos aseverar cual de éstos factores y en que medida están influyendo en el problema detectado.

E - CONCLUSIONES

El nivel de información que el paciente tuberculoso tiene en cuanto a su enfermedad puede calificarse, en general como regular, y al relacionarlo con la escolaridad encontramos que a mayor nivel de escolaridad mejor nivel de información.

En relación a las prácticas e información que tiene el paciente se puede concluir que existen más prácticas correctas que información adecuada, pudiendose calificar la primera como buenas. Los aspectos en que la información es mínima es en lo que concierne al nombre de los medicamentos y a la causa específica de la enfermedad. En cuanto a las prácticas encontramos mayor deficiencia en lo relacionado a la disposición y eliminación del esputo.

El número de pacientes que abandonan totalmente el tratamiento fue el 20.7% del total de la muestra, y del 79.3% que lo continúan 24.1% son pacientes que han reingresado al programa. Los factores que influyen para que el paciente abandone el tratamiento, al parecer son en primer lugar atribuibles al paciente mismo; en segundo lugar a la institución y por último al tratamiento en sí.

Los elementos del equipo salud que proporcionan la información son el médico y la enfermera, con una mayor participación del primero. Finalmente se concluye que a mayor nivel de información sobre el padecimiento y tratamiento menor probabilidad que abandone el paciente su tratamiento.

F - SUGERENCIAS

Consideramos que sería conveniente que los resultados del presente estudio sean analizados por el personal médico y de enfermería de la Jurisdicción No. 1 a fin de identificar las estrategias que favorezcan el mejor cumplimiento de la función docente de los médicos y enfermeras del nivel aplicativo, considerando que si llega a lograrse esto, se estaría haciendo un aporte importante al logro de los objetivos y metas del Programa de detección y control de la tuberculosis.

G - ANEXOS

I - CEDULA DE ENTREVISTA

II - CUADROS COMPLEMENTARIOS

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI

ESCUELA DE ENFERMERIA

CEDULA DE ENTREVISTA APLICADA AL PACIENTE TUBERCULOSO

Y/O SU UNIDAD SOCIAL

NOMBRE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

ESCOLARIDAD: _____ DOMICILIO: _____

FECHA DE LA ENTREVISTA: _____ CENTRO DE SALUD: _____

INICIO Y TIPO DE TRATAMIENTO: _____

I.- SUBRAYE O CONTESTE, SEGUN CORRESPONDA, LA RESPUESTA QUE USTED -
CONSIDERE CORRECTA EN CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

1.- ¿La tuberculosis se puede pasar de una persona a otra?

- a) Sí
- b) No
- c) No sé

2.- ¿Con la tuberculosis qué parte de su cuerpo esta enfermo? _____

3.- ¿La tuberculosis es una enfermedad que puede curar completamente?

- a) Sí
- b) No
- c) No sé

4.- ¿¿Sabe qué es lo que produce su enfermedad? _____

- 5.- Una persona enferma al taparse la boca cuando tose o estornuda y al no tirar sus flemas al suelo ¿ayuda a evitar el contagio a otras personas?
- a) Sí
 - b) No
 - c) No sé
- 6.- ¿Es necesario que se protejan las personas que viven en la misma casa del enfermo?
- a) Sí
 - b) No
 - c) No sé
- 7.- Se protege a la familia de enfermar de tuberculosis cuando....
- a) Los vacuna y les da la medicina que el médico les recete.
 - b) Su familia se va a vivir a otra casa.
 - c) Los cuida para que no les de gripa y comen bien.
- 8.- Una persona esta curada de tuberculosis cuando....
- a) Ya no tiene fiebre, ni tos con flema y se siente bien.
 - b) El médico y/o la enfermera le dicen que ya está curado.
- 9.- ¿Cuánto tiempo tarda en curarse?
- a) Dos meses
 - b) Seis meses
 - c) Un año
 - d) No sé
- 10.- Una persona enferma de tuberculosis debe llevar las muestras - de flema:
- a) Porque el médico y/o la enfermera le dicen que la lleve.
 - b) Para conocer si aún hay microbios en sus flemas.

- 11.- ¿Le informan los resultados de los exámenes de las flemas?
- a) Sí
 - b) No
- 12.- ¿Cómo se llaman los medicamentos que recibe? _____
-
- 13.- El alcohol hace más débil su cuerpo y retrasa la curación?
- a) Sí
 - b) No
- 14.- ¿El cigarro daña los pulmones haciendolos más indefensos ante la enfermedad?
- a) Sí
 - b) No
- 15.- ¿Qué sintio cuando se supo enfermo de tuberculosis?
- a) Tristeza
 - b) Coraje
 - c) Miedo
 - d) Vergüenza
 - e) Otra cosa _____
- 16.- ¿De ahora que se sabe enfermo ha notado algún cambio en sus relaciones con el grupo de amigos?
- a) Sí
 - b) No
- 17.- ¿Antes de saberse enfermo fumaba?
- a) Sí
 - b) No
- 18.- Ahora que se sabe enfermo ¿fuma?
- a) Sí
 - b) No

- 19.- Cuando desaparecieron las molestias, ¿dejo Ud. de tomar sus me-
dicamentos?
- a) Sí
 - b) No
- 20.- ¿Se tapa Ud. la boca cuando tose o estornuda delante de otra -
persona?
- a) Sí
 - b) No
- 21.- Cuándo necesita escupir una flema Ud. lo hace en ...:
- a) El suelo
 - b) Un pañuelo de tela
 - c) Un pañuelo desechable
- 22.- Si Ud. escupe en un pañuelo de tela o de papel ¿qué hace luego?
- a) Lo tira en la basura
 - b) Lo tira en el suelo
 - c) Lo quema
 - d) Lo lava y expone al sol
 - e) No aplica
- 23.- Las personas menores de 14 años que viven en su casa ¿han reci-
bido la vacuna contra la tuberculosis?
- a) Sí
 - b) No
 - c) No aplica
- 24.- ¿Le acompaña algún familiar a la consulta y/o por su dotación
de medicamentos?
- a) Sí
 - b) No

- 25.- ¿Le recuerda algún familiar que debe tomar sus medicamentos?
- a) Sí
 - b) No
- 26.- ¿Lleva sus flemas cada vez que se las solicitan?
- a) Sí
 - b) No
- 27.- Cuando tiene o siente una molestia que Ud. cree es causada por los medicamentos ¿qué hace?
- a) Espera a su próxima cita para decirle al médico y/o enfermera
 - b) Acude inmediatamente al médico
 - c) Deja de tomar los medicamentos
 - d) No hace nada
- 28.- ¿Toma bebidas alcoholicas?
- a) Sí
 - b) No
- 29.- ¿Ha interrumpido Ud. su tratamiento por treinta dias o más?
- a) Sí
 - b) No
- 30.- Por qué:
- a) No hay medicamentos en el centro de salud
 - b) Es caro comprar los medicamentos
 - c) Queda muy lejos el centro de salud
 - d) Se encuentra imposibilitado físicamente para acudir a consulta y/o por sus medicamentos
 - e) Se le olvida tomar sus medicamentos
 - f) De ahora que esta tomando los medicamentos ha tenido algunas molestias que piensa son debidas a los medicamentos

- g) Las molestias que ha tenido han afectado su vida diaria
- h) Le desagrada que le pongan inyecciones y tomar tantas pastillas
- i) El tratamiento que le dan en el centro de salud le desagrada
- j) Le parece que el tratamiento para llegar a curarse es largo
- k) Otras causas: _____
- l) No aplica

31.- ¿Cuánto tiempo estuvo tomando sus medicamentos antes de interrumpirlo?

- a) 0-1 meses
- b) 1-2 meses
- c) 3-4 meses
- d) 5-6 meses
- e) Más de 6 meses
- f) No aplica

32.- La mayor parte de la información que Ud. tiene acerca de la manera o como se trasmite la enfermedad se la proporciona:

- a) Trabajadora social
- b) Enfermera
- c) Laboratorista
- d) Médico
- e) Otra persona: _____

33.- La información que Ud. tiene acerca de su enfermedad se la proporciona:

- a) Trabajadora social
- b) Enfermera
- c) Laboratorista

d) Médico

e) Otra persona: _____

34.- La información sobre la forma de tomar sus medicamentos se la -
proporciono:

a) Trabajadora social

b) Enfermera

c) Laboratorista

d) Médico

e) Otra persona: _____

OBSERVACIONES: _____

ENCUESTADOR: _____

SAN LUIS POTOSI, S.I.P. NOVIEMBRE 1983

ANEXO No. 1

RELACION ENTRE LA PRACTICA DEL ALCOHOLISMO EN EL PACIENTE TUBER-
CULOSO Y LA INFORMACION QUE TIENE SOBRE EL PERJUICIO DEL ALCOHOL
EN EL ORGANISMO. SAN LUIS POTOSI, S.L.P., 1984.

¿El alcohol hace más débil al cuerpo y retrasa la curación?	¿Toma bebidas alcoholicas?		Total ⁺
	Sí %	No %	%
Sí	31	65.5	96.6
No sé		3.4	3.4
Total	31	69.0	100.0

+Total 29 pacientes

C = 0.12 p > 0.50

ANEXO No. 2

RELACION EN CUANTO A LA PRACTICA DEL TABAQUISMO ANTES Y DES-
PUES DE SABERSE ENFERMO. SAN LUIS POTOSI, S.L.P. 1984.

¿Antes de saberse enfermo fumaba?	Ahora que se sabe enfermo ¿fuma?		Total ⁺
	Sí %	No %	%
Sí	24.1	37.9	62
No		37.9	37.9
Total	24.1	75.9	100.0

+Total 29 pacientes

C = 0.25 p < 0.02

ANEXO No. 3

RELACION ENTRE LA INFORMACION QUE TIENE EL PACIENTE SOBRE LA
ENFERMEDAD TUBERCULOSA Y PERSONAL DE SALUD QUE SE LA PROPOR-
CIONO. SAN LUIS POTOSI, S.L.P., 1984

La información que Ud. tiene sobre la enferme- dad se la proporciono:	Nivel de		información		Deficiente %	Total ⁺ %
	Excelente %	Muy bien %	Bien %	Regular %		
Médico	6.9	6.9	27.6	10.3	20.7	72.4
Enfermera				3.4	3.4	6.9
Otros				10.3	10.3	20.7
Total	6.9	6.9	27.6	24.1	34.5	100.0
Total 29 pacientes						

ANEXO No. 4

RELACION ENTRE LA INFORMACION QUE TIENE EL PACIENTE SOBRE LA
 TRASMISION DE LA TUBERCULOSIS Y PERSONAL DE SALUD QUE LA PRO
 PORCIONA. SAN LUIS POTOSI, S.I.P., 1984.

La información que Ud. tiene- acerca de como se trasmite la enfermedad se la proporcione:	Nivel		de información			Deficiente %	Total ⁺ %
	Excelente %	Muy bien %	Bien %	Regular %			
Enfermera-médico	3.4					3.4	6.9
Enfermera				3.4			3.4
Médico	3.4	3.4	24.1	10.3		17.2	58.6
Otros		3.4		13.8		13.8	31
Total	6.9	6.9	27.6	24.1		34.5	100.0

+ Total 29 pacientes

ANEXO No. 5

RELACION ENTRE LA INFORMACION QUE TIENE EL PACIENTE SOBRE EL
TRATAMIENTO ANTIFIMICO Y PERSONAL DE SALUD QUE SE LA PROPOR-
CIONA. SAN LUIS POTOSI, S.I.P., 1984.

La información que Ud. tiene acerca de como tomar su tra- tamiento se la proporciono:	Nivel de		información		Deficiente %	Total ⁺ %
	Excelente %	Muy bien %	Bien %	Regular %		
Enfermera-médico		3.4	13.8	3.4	6.9	27.6
Médico	6.9	3.4	3.4	17.2	17.2	48.3
Enfermera			10.3	3.4	6.9	20.7
Otros					3.4	3.4
Total	6.9	6.9	27.6	24.1	34.5	100.0

+Total 29 pacientes

F - BIBLIOGRAFIA

- Abcde, José C. Curso de adiestramiento en el Japón. Salud Mundial. pp. 18-21. Enero 1982.
- Basurto O., Sergio, M.C., et al. Aspectos médicosociales de la tuberculosis en la clínica Moctezuma del ISSSTE. Salud Pública de México. Epoca V, Vol. XIX (2;199-202). Marzo-Abril 1977.
- Boletín Sanitario Panamericano. Crónica de la tuberculosis. - Vol. 27. 1948
- Brown Amy, Frances. Asistencia de enfermería en la tuberculosis pulmonar. Enfermería médica. Editorial Interamericana. - México 1958, pp. 838-872.
- Brunner, Suddart. Enfermería Médico-quirúrgica. Enfermedades contagiosas. José Rafael Bengio 3ª edición. México, editorial interamericana, 1975, pp. 1110-1115.
- Epp, Hans E. Una batalla que se gana a la tuberculosis. Salubri--tas. Vol. 4(2:1). Abril 1980.
- Friedman, Gary D. Principios de epidemiología. Manrique, Jorge L. Buenos Aires, Argentina, Editorial Médica Panamericana, 1975.
- González Carbajal, Eleuterio. Como la educación para la salud puede promover la salud para todos a través de la participación de la comunidad en el ambiente urbano. Salud Pública de México. Vol. XXIV (1:49-54) Enero-Febrero 1982.
- Grzybowski, Stefan. Exito entre los esquimales. Salud Mundial - pp. 18-21. Enero 1982.
- Murray, Francis J. Profilaxis de la tuberculosis con isoniacida. - Boletín de la OSP. Vol. XLVII (1:47-53). Enero 1960.

- Nkinda, S.J. La lucha contra la tuberculosis en Africa. Salud -
Mundial. pp. 22-23. Enero 1982.
- Oficina Sanitaria Panamericana. Centenario del descubrimiento del
bacilo de la tuberculosis. Vol. 94 (1). Enero 1983.
- Oficina Sanitaria Panamericana. Control de la tuberculosis en la -
región de las américas. Vol. 93(1:83-97). Julio 1982.
- Oficina Sanitaria Panamericana. Crónicas de la tuberculosis. -
Vol. 28, pp. 724-751. 1949.
- OMS. Comité de expertos de la OMS en la tuberculosis. Serie de in-
formes técnicos OMS. Ginebra, Suiza, OMS. 1974. No. 552.
- OMS. Enfermería y Salud de la Comunidad. Serie de informes téc- -
nicos OMS. Ginebra, Suiza, OMS. 1974. No. 558.
- OSP. Exploración radiológica en masa y lucha antituberculosa. Bo-
letín de la OSP. Vol. LXXXI (3:270-272). Septiembre 1976.
- Organización Panamericana de la Salud. El adiestramiento de perso-
nal en los programas entregados de control de tuberculosis. -
Educación Médica y Salud. Vol. 14 (2). 1980.
- Pío, Antonio y Western, Karl. Enfoques para el control de la tuber-
culosis en las américas. Boletín de la OSP. Vol. LXXX (4; -
281-287). Abril 1976.
- Platonov, K. La palabra como factor psicológico y terapéutico. J.
Fuster. URSS, Moscú. Ediciones en lenguas extranjeras. -
pp. 421-240.
- Rojas Soriano, Raúl. Guía para realizar investigaciones sociales.
6ª edición México, Universidad Nacional Autónoma de México. -
1981.

- SSA.** Normas de Educación para la Salud. Concepto y desarrollo histórico. 2ª edición. México 1980, SSA. pp. 15-18 y 195-201.
- SSA.** Programa Nacional de control de la tuberculosis. pp. 3-5; - 21-29. México 1983.
- SSA.** Salud Pública de México. Epoca VI, Vol. XXIV (3:231-355). - Mayo-Junio 1982.
- Tamayo y Tamayo, Mario.** El proceso de la investigación científica. México, editorial Limusa, 1981.
- Teixira, Gilmario M.** Quimioterapia de la tuberculosis. Progresos recientes aplicables a los programas de salud pública. Vol. - LXXIV (5:425-440). Mayo 1973.
- Unión Internacional contra la tuberculosis/Organización Mundial de la Salud.** Vencer la tuberculosis ahora y para siempre. 1982, Centenario del descubrimiento del bacilo de la tuberculosis por Robert Koch.
- Weg, John G.** La tuberculosis y la brecha entre las generaciones. - Artículos de Enfermería. Serie 11 (5:54-68). 1975.
- Western, Karl A.** Organización y administración de los programas de control de las enfermedades transmisibles en los países en desarrollo. Vol. LXXXIX (5:391-392). Noviembre 1980.
- Yañez, Alvaro y Valenzuela, Pedro.** Tratamiento abreviado de la tuberculosis, una experiencia en grandes ciudades. Boletín de la OPS. Vol. 92 (2:139). Febrero 1982.