

CAUSAS DEL TRATAMIENTO IRREGULAR DE LOS TUBERCULOSOS EN UNA UNIDAD DE SALUD

Prof. José Cebrián U.¹ y Dr. Jorge Prado Alvarez²

Un problema que entorpece el control de la tuberculosis en la unidad de salud de Magdalena, Perú, así como en cualquier otro servicio sanitario, es el tratamiento irregular de los enfermos ambulatorios, ya que un buen porcentaje de ellos abandona su curación: en 1967, el servicio de enfermedades bronco-pulmonares de esta unidad de salud se propuso tratar 117 casos, logrando que el 90% de ellos siguieran su curación en forma continuada; el 10% restante fue renuente al tratamiento.

Introducción

Es obvio que el hecho que se consigna, además de imposibilitar la completa recuperación de los tuberculosos, contribuye a que estos sean efectivos agentes de la diseminación de su mal en la comunidad. Los trabajadores de salud tratan, comúnmente, de remediar esta situación afirmando *a priori* que la falta de educación sanitaria es la única causa por la que los tuberculosos son renuentes a su tratamiento, y tomando medidas de orden exclusivamente educativo. Actuar así, equivale, según nuestro criterio, a recetar sin haber efectuado un diagnóstico, a plantear soluciones a "ojo cerrado", con desconocimiento de las causas que generan un problema. Considerando esa práctica errónea y, casi siempre, estéril, no hemos querido repetirla. Antes de señalar lo que se debe hacer en los servicios de salud para que los tuberculosos puedan rehabilitarse mediante un tratamiento regular, hemos efectuado un estudio que nos ha permitido identificar, con exactitud, las razones que determinan el problema que nos ocupa. Este conocimiento servirá para planear posteriormente, en forma certera, las soluciones correspondien-

tes, que no serán puramente las de orden educativo. En este trabajo se trata de la forma en que se hizo dicha investigación y de sus resultados.

La Escuela de Salud Pública estuvo interesada en que los médicos alumnos del curso principal de posgrado, durante el aprendizaje de "Educación sanitaria y ciencias de la conducta", participaran en forma directa en la planificación del componente educativo de los programas de salud pública. Para esta experiencia se escogió la solución, mediante un esfuerzo educativo bien planificado, del problema de los enfermos que no se tratan regularmente, en la unidad de salud de Magdalena. Y, así, se nos llamó para asesorar al grupo de médicos estudiantes³ que intervinieron en la preparación y ejecución de este estudio.

Se acordó realizar, de antemano, una minuciosa investigación destinada a arrojar luces sobre las causas que determinan el problema y hacer luego dicho estudio entre los casos, los contactos y el personal de salud. Para efectuar la investigación en cada una de las citadas fuentes de información, debían analizarse los objetivos del estudio, su contenido, los métodos que serían utilizados y los responsables de su ejecución.

¹ Educador para la salud de la unidad de salud de Magdalena, Perú.

² Médico epidemiólogo de la unidad de salud de Magdalena, Perú.

³ José Neyra Ramírez, Alfredo Lanegra, Julia Mosquera, René Rodríguez y Jacinto Salas.

Estudio de los casos

El estudio de los casos consistiría en buscar información directa de los propios enfermos y observar su ambiente familiar. Los objetivos de este estudio serían: enriquecer la información obtenida de los "contactos" y el personal de salud; conocer con exactitud las causas del abandono del tratamiento; explorar el conocimiento que tenían los casos sobre su enfermedad, e identificar los factores positivos que podrían contribuir a la solución del problema.

Los aspectos que debían estudiarse serían: los conceptos del tuberculoso sobre su enfermedad; los recursos que tiene para su tratamiento, y las dificultades que le impiden su asistencia al dispensario.

Como método de investigación debía emplearse la entrevista, elección que se basaba en estas razones: existía la posibilidad de obtener datos veraces y vencer la resistencia del enfermo a dar respuestas, así como de formular preguntas con cierta flexibilidad y recoger informaciones no previstas; el bajo nivel cultural de los casos dificultaba el uso de otros métodos; las entrevistas podrían efectuarse con los recursos disponibles de personal.

El estudio no se realizaría en la totalidad de los casos renuentes, sino sólo en 20, por lo que cada uno de los cinco encuestadores entrevistaría a cuatro casos con tratamiento irregular. La muestra la constituirían enfermos que residiesen cerca de la escuela de salud pública y de la unidad de salud de Magdalena y, en lo posible, incluiría a sujetos representativos de distintas edades, ocupaciones y niveles escolares, de uno y otro sexo.

Se destacó la importancia de formular preguntas en forma correcta, y para la obtención de datos se sugirieron estas recomendaciones: hacer preguntas abiertas, para dar la oportunidad de conocer las diferentes opiniones de los entrevistados en relación con el asunto investigado; evitar aquellas que, en alguna forma, sugiriesen respuestas; hacer,

cuando fuera necesario, interrogaciones indirectas—para conocer los ingresos del enfermo, por ejemplo, no era inevitable preguntarle cuánto ganaba, ya que este dato podría saberse indagando el tipo de ocupación a la cual se dedica el paciente y deduciendo de él sus ingresos.

Posteriormente, se hizo una lista de preguntas a manera de sugerencia, no para ser recitadas de memoria por los interrogadores en el momento de la entrevista. Estas preguntas se refieren a lo que el caso conoce sobre su mal: si es este contagioso; el tiempo que requiere su tratamiento o cómo será curado; motivos por los que no toma sus medicamentos o no asiste al dispensario; las cosas que obstaculizan su curación; la distancia que media entre su casa y el consultorio; su opinión sobre el horario del mismo; si cuenta con el permiso del patrón para ir a él; si le producen molestias los medicamentos y cómo se expresan dichas molestias; si viaja continuamente y si, cuando está fuera, continúa su tratamiento.

La entrevista con los casos, en su propio domicilio, permitía apreciar en forma directa los problemas de su ambiente familiar, por lo que se preparó una guía que permitiese una observación sistematizada, entre otras cosas, de las comodidades de la vivienda, el grado de hacinamiento, las condiciones de los servicios higiénicos, el servicio de luz, los artefactos eléctricos y otras pertenencias, con miras a deducir de estos datos su situación económica.

El grupo encargado de preparar el estudio formuló después, en una reunión especial, las siguientes pautas que debían ser aplicadas en la entrevista: la elección de un momento apropiado para que se pudiese realizar; la identificación del entrevistador con el caso para ganar su amistad y confianza; la explicación de los propósitos perseguidos mediante el uso de un lenguaje sencillo en una conversación amistosa que no tuviese la apariencia de una encuesta; la consignación de las respuestas, después de la entrevista, em-

pleando en lo posible los mismos vocablos del entrevistado y sin alterar sus ideas; finalmente, si no se obtuviese en una sola ocasión la información deseada, el esfuerzo por lograr otra entrevista, evitando la crítica y la discusión con el caso.

Datos proporcionados por los casos

Cuando se interrogó a los enfermos sobre lo que sabían de su mal, el 60% de ellos expresó que tenían una "mancha en los pulmones", el 15% no contestó a la pregunta y el 25% opinó que su enfermedad no era contagiosa, lo que, además de poner en evidencia su ignorancia, muestra el peligro de que estos enfermos propaguen su mal.

En cuanto al tiempo requerido para su curación, el 70% expresó que era largo (el 30% se abstuvo de dar respuesta) sin discriminar si la enfermedad era inicial o, en su defecto, crónica. Parece que esta apreciación, en cierta forma, repercute negativamente en el tratamiento regular.

En relación con las causas por las que no toman sus medicamentos, el 40% de los enfermos respondió que por olvido; el 30%, por los trastornos que causan las drogas; el 20%, por la falta de dinero para la compra de medicamentos; y el 10% restante, por la falta de facilidades para la aplicación de inyecciones.

El trato que el enfermo recibe del personal del servicio de salud no es adecuado, lo que motiva, en cierta forma, la interrupción del tratamiento. De lo que se deduce que la orientación al personal para que pueda cumplir, en forma eficaz, sus tareas cotidianas, no puede dejar de lado el aprendizaje práctico de relaciones humanas.

Como horario más apropiado para su tratamiento, el 50% de los casos escogió de 8 a 10 de la mañana; el 40%, cualquier hora; y el 10%, ninguno. Como se ve, el horario no es un obstáculo para el tratamiento normal de los enfermos, ya que el servicio de salud funciona en las horas elegidas por los casos encuestados para su tratamiento.

Al preguntárseles si en su centro de traba-

jo tenían permiso de sus patronos para asistir al dispensario, el 30% de los pacientes contestó negativamente y el 70% en forma afirmativa. De lo que surge la idea de que la falta de colaboración de los patronos puede ser superada sólo cuando estos reciban la acción educativa de parte del servicio de salud.

Las molestias más comunes que causan las drogas—según los enfermos—son "ardor de la barriga", indigestión, vómitos y náuseas.

En lo tocante a la clase de ocupación de los enfermos, se obtuvo este resultado: el 25% trabaja como vendedores ambulantes; el 30% en su casa; el 25% carece de ocupación, y el 20% trabaja de vez en cuando.

Datos recogidos de los contactos

En conexión con las precauciones que toman los contactos para no "coger el mal", el 60% de ellos respondió que se sometían a control médico en forma periódica; el 30%, que separaban las cosas del enfermo, y el 10%, que se alimentaban bien. Según estas respuestas, la educación sanitaria de los contactos no ha logrado orientarlos debidamente, posiblemente por no estar bien planeada, sobre las prácticas más indispensables que deben realizar para impedir la diseminación del mal en el grupo familiar.

Sobre las razones por las que los casos no mantienen ininterrumpido su tratamiento, el 50% de los contactos señaló la falta de dinero para la compra de medicamentos y la buena alimentación; el 20%, la lejanía de la vivienda del caso, con respecto a la ubicación del dispensario; el 20%, la falta de ayuda del dispensario y el 10% no citó ninguna dificultad.

El 60% de los contactos aseguró que, pese a su deseo de ayudar al tratamiento del caso, no podía hacerlo por estar desocupado y pidió que el dispensario ayudase al enfermo hasta que estuviera en condiciones de trabajar.

Como razones de la interrupción del tratamiento, el 20% de los contactos mencionó la creencia del caso de que su mal era incurable.

ble; el 30%, la irresponsabilidad del enfermo; el 20%, la falta de recursos económicos; el 30%, el haber perdido su trabajo a causa de su mal.

En cuanto a las ocupaciones de los contactos, el 20% de ellos son vendedores ambulantes, otro porcentaje igual trabaja en su casa, el 10% son obreros sin seguro social, el 20% desocupados y el 30% estudiantes.

Los encuestadores observaron que el 31% de los contactos tienen plancha eléctrica; el 50%, radio; el 15%, televisión; y el 45%, licuadora. Asimismo, que el 80% de ellos cuenta con servicio de agua y desagüe, pero carece de baños y duchas independientes, y que el 20% restante no tiene, en lo absoluto, estos servicios necesarios.

El grupo familiar de los casos está constituido por 5.6 miembros, como promedio, de los que dos contribuyen al sostenimiento del hogar. Esto revela una verdad ya conocida: que la tuberculosis es una enfermedad que busca sus víctimas entre las personas de bajos ingresos y que estos no son suficientes para la reparación de la salud del caso.

El 30% de los contactos encuestados sostiene que su familiar enfermo ha viajado para cambiar de clima y poder curarse. Este dato pone en evidencia que un buen sector de la población atribuye poderes curativos al clima, lo que revela la necesidad de modificar este concepto erróneo a través de un esfuerzo educativo, bien sistematizado.

El 60% de los contactos mencionaron que los casos dados de alta en los hospitales continuaban su tratamiento en el dispensario; el 30% que, con este fin, asistían los enfermos a los consultorios; y el 10%, que abandonaban su curación.

Era necesario saber cómo fue descubierta la enfermedad, por lo que se preguntó a los contactos por qué fue su familiar al dispensario, obteniéndose estas respuestas: el 30% expresó que este acudió al servicio de salud para solicitar certificado médico; el 70%, porque se sentía mal. Ninguno fue al servi-

cio en forma espontánea a comprobar su salud, y casi todos lo hicieron al sentir los síntomas de la enfermedad, lo que hace evidente la urgencia de realizar un efectivo trabajo de educación sanitaria en la comunidad, para que esta tenga una clara comprensión de la utilidad del examen periódico que permita el diagnóstico y tratamiento oportunos de la tuberculosis.

Como actitudes del paciente al saber que tendría que someterse a una operación, se anotaron: el 60% de los encuestados abandonó su tratamiento; el 30% mostró resistencia a la intervención quirúrgica, y el 10% cambió de dispensario. Si nos atenemos a estos resultados, otra causa no menos importante del tratamiento irregular sería el temor del enfermo a las operaciones.

Datos suministrados por el personal

De acuerdo con la información proporcionada por el personal de salud, las posibles causas por las que los enfermos no continúan su tratamiento son: la falta de una clara comprensión, por parte del paciente, de la imprescindible necesidad de acudir al servicio; su carencia de recursos económicos para la compra de medicamentos, y el pago de pasajes; el poco interés que muestra el personal especializado por el enfermo; los erróneos conceptos del caso sobre el papel del clima en su curación; las molestias que le ocasionan las drogas; la falsa idea de algunos pacientes de considerar su mal como incurable.

En cuanto a la persona responsable del trabajo educativo, el personal encuestado del servicio de enfermedades broncopulmonares opinó que corresponde al médico jefe del servicio (30% de los encuestados) y a la enfermera de salud pública (70%). Esto pone de relieve la necesidad de orientar a todo el personal, sin excepción, sobre una de sus funciones fundamentales, que es la de realizar educación sanitaria.

El estudio mostró también que el 60% del personal del servicio de enfermedades bron-

copulmonares piensa que el examen del esputo permite un diagnóstico exacto de la enfermedad; el 30%, que dicho diagnóstico se hace con la fluorografía, y el 10% restante, con el examen de radiografía estándar. Lo que pone de manifiesto la necesidad de orientar al personal acerca del método más efectivo de diagnóstico de la tuberculosis.

El contenido educativo básico que—según esta investigación—ofrece el personal a los pacientes es el siguiente: posibilidad de curación de la tuberculosis, necesidad del tratamiento ininterrumpido, carácter contagioso del mal y posibilidad de que el enfermo trabaje. Este contenido no se imparte, en la práctica. O, si se imparte, no lo captan o asimilan debidamente los enfermos, ya que una de las causas del tratamiento irregular—según se ha comprobado en este mismo estudio—es la falta de educación sanitaria de los tuberculosos. Para solucionar el problema, el personal aconseja la realización de una educación sanitaria efectiva mediante visitas domiciliarias a los enfermos renuentes.

Sobre las condiciones que contribuyen al contagio de la enfermedad, se recogieron estas opiniones: el 40% del personal encuestado considera la ignorancia de la gente sobre la enfermedad como factor que condiciona la propagación de este mal; el 30%, el hacinamiento; el 10%, la mala alimentación; y el 20%, el incumplimiento de las recomendaciones del servicio médico.

El personal del servicio está plenamente consciente de que el tratamiento irregular de los enfermos es un problema que obstaculiza el control de la enfermedad y que, por lo tanto, debe encararse su solución. Un 15% de los encuestados asevera que hay casos que abandonan su tratamiento definitivamente; y el 85% restante, que la concurrencia de muchos enfermos al dispensario es muy irregular. Para resolver este problema se requiere educación sanitaria como el único medio—según los encuestadores. No se ofrecieron recomendaciones sobre la solución de

los otros factores que generan este problema.

Acerca de la necesidad del tratamiento ambulatorio, el 40% del personal encuestado mencionó que se hace porque así lo establecen las normas de la superioridad; el 50%, que este método de curación es el más efectivo y económico; y el 10%, que se realiza por la imposibilidad de ofrecer tratamiento en sanatorio a todos los casos.

Como oportunidades propicias para la educación sanitaria, el 35% indicó que debe efectuarse durante las visitas domiciliarias; el 30%, que debe cumplirse en toda ocasión en que se atiende a la gente; el 20%, que cuando la enfermera tiene tiempo; y el 15% restante no opinó sobre el particular.

Toda esta información muestra la urgencia de orientar al personal para que pueda reconocer—al igual que el 30% de los encuestados que opinaron correctamente sobre este aspecto—que para el trabajo educativo debe aprovecharse todo contacto que establezcan los trabajadores de salud pública con la gente, y que esta tarea debe formar parte esencial de las funciones de cada uno de ellos.

Sobre las actividades de educación sanitaria en el servicio, el 40% manifestó que ella se cumple mediante entrevistas; el 30%, que a través de charlas a grupos; el 30%, que con el empleo de películas educativas. Estas respuestas muestran la necesidad de que el personal tenga un claro concepto de que la educación sanitaria no debe llevarse a cabo empleando en forma exclusiva o unilateral un determinado método o forma de enseñanza, sino combinando estos adecuadamente, de acuerdo con la naturaleza de los temas y los grupos que participan en el proceso del aprendizaje. Otro hecho que se advierte en esas respuestas es la necesidad de modificar los conceptos del personal a fin de que no se sobrestime el uso de las películas educativas: que este material sensorial—que en ningún momento podría reemplazar al educador ni otros métodos educativos—se emplea sólo para afianzar o hacer objetiva

la información que se proporciona a quienes reciben la acción educativa.

Se deseaba saber si la interrupción del tratamiento era determinada, en alguna forma, por el trato descortés que podría dar el personal a los pacientes. Para conocer este hecho se debía formular la pregunta disimuladamente, ya que hacerla directamente hubiera imposibilitado la obtención de respuestas veraces. Por eso, en lugar de interrogar al personal sobre la clase de trato que ofrece a los pacientes cuando acuden al servicio, se les preguntó si eran frecuentes las quejas o reclamos de la gente en su servicio, cuáles eran las causas de dichas quejas y qué actitud adoptaba frente a ellas. Se obtuvieron estas respuestas: el 20% de los encuestados manifestó que son frecuentes; el 30%, que son muy frecuentes; el 40%, que no son frecuentes, y el 10%, que no se producen. El 90% del personal encuestado señaló que estas quejas se deben a que los mismos pacientes son descorteses y "malcriados", y mencionó, además, que se analizan las causas que las provocan. Las quejas no son, indudablemente, promovidas sólo por los pacientes, lo que hace ver la conveniencia de que el servicio de enfermedades broncopulmonares ejerza sobre los pacientes una poderosa atracción, ofreciéndoles un trato amable, afectuoso y cortés.

Conclusiones

Del estudio realizado se desprenden estas conclusiones:

1) Las causas que motivan la interrupción del tratamiento de ciertos casos, no son las de orden educativo exclusivamente, pues hay, además, otros factores que la generan.

2) Para conseguir el tratamiento regular de todos los casos, aparte de un plan educativo bien sistematizado y con objetivos definidos, se debe pensar en la solución de los demás factores que también determinan el mencionado problema.

3) Para planear y desarrollar el componente educativo del Programa de Control de

la Tuberculosis, es preciso hacer el diagnóstico de los factores socioculturales que influyen en la incidencia y el tratamiento de dicha enfermedad.

4) Lo que debe enseñarse a la gente en relación con la tuberculosis será determinado tomando como base una exploración previa de los conceptos, prácticas y actitudes en cuanto a la citada enfermedad.

5) Dicha exploración, además de permitir que la educación sanitaria sea hecha teniendo presente las necesidades e intereses de la gente, servirá para apreciar, con posterioridad, a través de una evaluación, los cambios en los conceptos y prácticas que se obtengan con el esfuerzo educativo.

6) La acción educativa que se realice como parte del Programa de Control de la Tuberculosis debe estar dirigida, imprescindiblemente, a los casos, contactos y personal de salud, para provocar en ellos cambios efectivos de conducta en cuanto al diagnóstico, tratamiento y control de la citada enfermedad.

Resumen

Según los resultados de una investigación realizada en el centro de salud de Magdalena, Perú, en pacientes tuberculosos, contactos y personal de salud encargado de su tratamiento, se estableció que la irregularidad o abandono del tratamiento por muchos pacientes obedece a diversas causas entre las cuales la falta de educación sanitaria es una muy importante, pero no la única. Se seleccionó un grupo de 20 *casos* que se mostraban renuentes al tratamiento, sus *contactos* familiares y el *personal* de salud. Los encuestadores (cinco) entrevistaron cuatro casos cada uno, obteniendo datos como los siguientes.

En cuanto a lo que los pacientes sabían de su mal, el 15% no respondió; el 60% afirmó que tenía "una mancha en los pulmones"; y el 25%, que su enfermedad no era contagiosa. Con respecto al tiempo necesario para su curación, el 70% lo consideró

largo, sin que nadie distinguiera entre enfermedad inicial y crónica. Con respecto a la razón de no tomar los medicamentos, el 40% adujo que por olvido; el 30%, por trastornos que le causaban; el 20%, por falta de dinero para comprarlos; y el 10%, por falta de facilidades para aplicarse inyecciones. El 30% de los pacientes manifestó que sus patronos no le concedían permiso para concurrir al centro de salud.

Por su parte, con respecto a las precauciones que tomaban, el 60% de los contactos expresó que se sometía a examen médico periódicamente; el 30%, que mantenía separadas las pertenencias del enfermo; y el 10%, que se alimentaba bien. Sobre la irregularidad del tratamiento de los enfermos, el 50% la atribuyó a falta de dinero; el 20%, a la distancia excesiva; otro 20%, a la falta de ayuda del centro; y el 10% restante no mencionó dificultad alguna. El 20% de los contactos eran vendedores ambulantes; otro tanto trabajaba en la casa; el 10% eran obreros; el 30%, estudiantes; y el 20%, desocupados.

El personal atribuye la interrupción del tratamiento a la falta de comprensión de los pacientes, a la carencia de recursos económicos y al poco interés que muestra el personal por el enfermo, entre otras causas. El 30% del personal opinó que correspondía al médico jefe la responsabilidad del trabajo de educación y el 70% atribuyó esa responsabilidad a la enfermera de salud pública.

Toda la información recogida, entre casos, contactos y personal de salud, permite concluir que las causas de orden educativo como se suponía, no son las únicas por las cuales se interrumpe el tratamiento, y que para conseguir la regularidad del mismo se debe considerar otros factores como, por ejemplo, los socioculturales. Asimismo, la dirección y ejecución de la educación sanitaria debe modificarse de manera que se ajuste a los conceptos, prácticas y actitudes existentes con respecto a esa enfermedad, y que produzca los cambios de conducta necesarios, no sólo en los casos y contactos, sino también en el personal encargado de suministrar el tratamiento. □

Reasons for Lack of Regularity in Treatment of TB Cases at a Health Unit (Summary)

A survey conducted at a health center in Magdalena, Peru, among tuberculosis cases, their contacts, and the health personnel treating them, revealed several reasons for the lack of regularity or complete refusal of treatment on the part of certain patients. One of the most important reasons given was the absence of health education, although it was not the only reason.

The study included 20 selected recalcitrant cases, their contacts, and health personnel. The five investigators who interviewed four cases each obtained the following information: regarding a knowledge about their disease, 60% knew they had a "spot on the lung," 25% did not think their disease was contagious, and 15% gave no reply; regarding the length of time required for cure, 70% considered it a long time, although none made a distinction between initial disease and chronic disease; regarding reason for not taking medication, 40% forgot, 30% claimed side effects, 20% the lack of money to buy the drug, 10%

the lack of facilities for applying injections, and 30% the refusal of their boss to give them time off to go to the health center.

As to precautions taken by contacts, 60% claimed to submit to periodic check, 30% to keep their belongings separate, and 10% that they ate well. The reasons they gave for irregularity of treatment were: lack of money, 50%; great distances, 20%; lack of center assistance, 20%; and the remaining 10% mentioned no difficulties. Of the contacts, 20% were ambulant vendors, 20% worked at home, 10% were laborers, 30% students, and 20% unemployed.

The health personnel, in turn, attributed interrupted treatment to lack of understanding by the patient, lack of money, and lack of interest by personnel in the patient; 30% of the personnel considered the chief medical officer should do the educational work, while 70% considered that duty incumbent on the public health nurse.

The total data collected from cases, contacts,

and health personnel indicate that interrupted treatment is not due to educational reasons alone, as previously believed, and that social and cultural factors must also be considered in attempting to achieve regularity in treatment. It is further believed that health educa-

tion must adapt to existing ideas, practices, and attitudes regarding tuberculosis, in order to bring about the desired behavioral changes not only in cases and contacts but also in the health personnel responsible for their treatment.

Causas do Tratamento Irregular dos Tuberculosos Numa Unidade de Saúde (Resumo)

Segundo os resultados de uma investigação feita no centro de saúde de Magdalena, Peru, em pacientes tuberculosos, contactos e pessoal de saúde encarregado de seu tratamento, ficou estabelecido que as causas da irregularidade ou abandono do tratamento por muitos pacientes são reflexo de várias causas, entre as quais a falta de educação sanitária é uma das mais importantes, mas não a única. Foi selecionado um grupo de 20 *casos* que se mostravam arreios ao tratamento, seus *contactos* familiares e o *pessoal* de saúde. Os encarregados do levantamento (cinco) entrevistaram quatro casos cada um, obtendo dados como os seguintes.

Quanto ao que os pacientes sabiam de seu mal, 15% não responderam; 60% afirmaram que tinham "uma mancha nos pulmões"; e 25%, que sua doença não era contagiosa. Com respeito ao tempo necessário para a cura, 70% consideraram-no longo, sem que ninguém distinguisse entre doença inicial e crônica; Com respeito à razão de não tomarem os medicamentos, 40% alegaram esquecimento; 30%, transtornos que lhes causavam; 20%, falta de dinheiro para adquiri-los; e 10%, falta de meios para tomar as injeções. Trinta por cento dos pacientes alegaram que seus padrões não lhes davam permissão para comparecer ao centro de saúde.

Por sua vez, com respeito às precauções que tomavam, 60% dos contactos afirmaram que se submetiam a contróle médico periódico; 30%, que mantinham separados os objetos de

uso do enfêrmo; e 10%, que se alimentavam bem. Sôbre a irregularidade do tratamento dos enfermos, 50% a atribuíram a falta de dinheiro; 20%, a distância excessiva; 20%, a falta de auxílio do centro; e 10% não mencionaram dificuldade alguma.

Vinte por cento dos contactos eram vendedores ambulantes; 20% trabalhavam em casa; 10% eram operários; 30%, estudantes; e 20%, desempregados.

O pessoal atribui a interrupção do tratamento à falta de compreensão dos pacientes, à carência de recursos econômicos e à falta de interesse do pessoal pelo enfêrmo, entre outras causas. Trinta por cento do pessoal foi de opinião que correspondia ao médico chefe a responsabilidade do trabalho de educação e 70% atribuiu essa responsabilidade à enfermeira de saúde pública.

Tôda a informação colhida entre casos, contactos e pessoal de saúde permite chegar à conclusão de que os fatores de ordem educacional, como se supunha, não são as únicas causas da interrupção do tratamento e que para regularizá-lo é necessário considerar outros fatores, como, por exemplo, os sócio-culturais. Além disso, a direção e a execução da educação sanitária deve ser modificada de maneira que se ajuste aos conceitos, práticas e atitudes existentes com respeito a essa doença e produza as modificações de conduta necessárias não só nos casos e contactos mas também no pessoal encarregado de ministrar o tratamento.

Causes du traitement irrégulier des tuberculeux dans un centre sanitaire (Résumé)

Il ressort d'une enquête menée dans le centre sanitaire de Magdalena (Pérou) parmi les malades atteints de tuberculose, les contacts et le personnel sanitaire chargé de leur traitement que les causes de l'irrégularité ou de l'abandon du traitement par de nombreux malades sont imputables à divers facteurs parmi lesquels le manque d'éducation sanitaire est un facteur très important mais pas l'unique. L'enquête a porté sur 20 *cas* qui ont montré peu d'empressement à suivre un traitement, sur leurs *contacts*

familiaux et sur le *personnel* sanitaire. Les enquêteurs (cinq) se sont occupés chacun de quatre cas et ont obtenu les données suivantes:

En ce qui concerne la mesure dans laquelle les malades connaissent leur état de santé, 15% n'ont pas répondu; 60% ont déclaré qu'ils avaient "une tache sur les poumons"; et 25% que leur maladie n'était pas contagieuse. Quant au temps nécessaire pour leur guérison, 70% l'ont estimé assez long sans que personne fasse une distinction entre la primo-infection

et la maladie chronique. En ce qui concerne la raison pour laquelle ils ne prennent pas leurs médicaments, 40% l'attribuaient à un oubli, 30% aux troubles qu'ils leur causent, 20% au manque d'argent pour les acheter et 10% au manque de possibilités pour administrer les injections. Trente pour cent des malades ont déclaré que leurs employeurs ne leur accordaient pas la permission de se rendre au centre sanitaire.

Quant aux précautions prises, 60% des contacts ont déclaré qu'ils subissaient périodiquement un examen médical, 30% que le malade n'habitait pas avec eux, et 10% qu'ils se nourrissaient bien. En ce qui concerne l'irrégularité du traitement des malades, 50% l'attribuaient à un manque d'argent, 20% à une distance excessive, 20% au manque d'aide fournie par le centre; les autres 10% n'ont mentionné aucune difficulté particulière; Vingt pour cent des contacts étaient des marchands ambulants, 20% travaillaient chez eux, 10% étaient des ouvriers, 30% des étudiants et 20% des chômeurs.

Le personnel a attribué l'interruption du

traitement, entre autres causes, au manque de compréhension des malades, à un manque de ressources financières et au peu d'intérêt que le personnel montre pour le malade. Trente pour cent du personnel ont estimé que la responsabilité d'une éducation sanitaire incombe au médecin-chef et 70% que c'était la tâche de l'infirmière de la santé publique.

L'ensemble des renseignements recueillis parmi les cas, les contacts et le personnel de la santé publique permet de conclure que les causes d'ordre éducatif ne sont pas, comme on le pensait, les seules pour lesquelles les malades interrompent leur traitement et que pour assurer la régularité de celui-ci il faut prendre en considération d'autres facteurs tels que, par exemple, les facteurs sociaux et culturels. En outre, il convient de modifier le sens et l'organisation de l'éducation sanitaire de manière à l'adapter aux idées, pratiques et attitudes existantes en ce qui concerne cette maladie et à susciter les changements nécessaires dans les méthodes suivies, non seulement parmi les cas et les contacts mais également parmi le personnel chargé d'effectuer le traitement.

NOTIFICACION DE CASOS DE ZONOSIS EN ANIMALES EN MEXICO

El Comité para el mejoramiento de la Notificación de Zoonosis, de la Dirección de Epidemiología y Campañas Sanitarias, de la Secretaría de Salud y Asistencia de México, empezó a trabajar desde noviembre de 1967.

Se ha establecido un sistema para que los laboratorios de diagnóstico de patología animal, tanto particulares como oficiales, notifiquen los resultados de diagnósticos a que hayan arribado respecto a las zoonosis presentes en México. Los informes del primer semestre de 1968 muestran los siguientes casos en animales: brucelosis, 366 bovinos, 10 caprinos y 2 porcinos; carbunco, 5 bovinos y 1 equino; cisticercosis, 48 porcinos (diagnóstico clínico) y 2 caninos; leptospirosis, 55 porcinos, 51 bovinos y 1 canino; rabia, 111 caninos, 61 bovinos, 4 equinos, 3 felinos, 1 caprino, 1 ovino, y 1 porcino; salmonelosis, 32 aves, 9 porcinos, 3 bovinos, 1 canino y 5 visones; tuberculosis, 41 bovinos. (Subsecretaría de Ganadería, *Sanidad Animal*, Bol. 14, noviembre de 1968).