

Creencias y consecuencias sociales de la tuberculosis pulmonar en dos comunidades indígenas del estado de Oaxaca: una aproximación cualitativa

Claudia Romero Hernández*

Palabras clave: Tuberculosis pulmonar, "percepción", indígenas, Oaxaca, México.

Key words: Lung tuberculosis, perception, indigenous, Oaxaca, Mexico.

RESUMEN

Introducción: El repunte de la tuberculosis a nivel mundial se debe a diversas causas, siendo las diferentes percepciones culturales de los grupos sociales con respecto a esta enfermedad, los que han influido en esta alza. En México, la tuberculosis se encuentra entre los primeros 20 lugares de morbilidad, siendo el estado de Oaxaca uno de los más afectados, ocupando los tres primeros lugares de mortalidad a nivel nacional, y cerca del 68% de estas defunciones ocurren en zonas indígenas.

Objetivos: Descripción de creencias y consecuencias sociales de la tuberculosis, en dos comunidades indígenas de Oaxaca.

Material y métodos: Estudio descriptivo en dos diferentes comunidades indígenas de Oaxaca. Utilización del método etnográfico, apoyado con herramientas cualitativas: Discusiones familiares, entrevistas abiertas con informantes clave y reconstrucción de la carrera del enfermo (historias de vida), tomando un marco muestral de 28 familias mixtecas y 84 zapotecas, seleccionadas al azar.

* Subdirección de Investigación Sociomédica, Unidad de Investigación del INER.

Correspondencia:

Antrop. Claudia Romero Hernández, Subdirección de Investigación Sociomédica, Unidad de Investigación, INER. Calzada de Tlalpan 4502, Col. Sección XVI. México, D.F., 14080.

Trabajo recibido: 02-XII-99; Aceptado: 15-XII-99

Resultados: La tuberculosis fue desconocida por más del 80% de las familias. Los enfermos perciben a esta enfermedad como "Enfriamiento" y "Brujería", la adhesión al tratamiento se hizo en etapas avanzadas y viven la tuberculosis como rechazo social, siendo el abandono y el aislamiento las principales consecuencias.

Conclusiones: El concepto de "enfermedad" y de "tuberculosis pulmonar" en estos dos grupos étnicos es percibida de forma diferente al otorgado por los médicos, por ende las acciones de prevención y control a realizar deben considerar la cultura de cada grupo social.

ABSTRACT

Introduction: The rise in tuberculosis at global level is due to several causes. Among them, the diverse cultural perceptions of the disease have relevantly influenced this upsurge. In Mexico, tuberculosis is among the first 20 causes of morbidity/mortality, and the State of Oaxaca is one of the most severely affected; it occupies one of the first 3 causes of mortality in the country, and nearly 68% of these deaths occur in indigenous zones.

Objective: Description of the popular beliefs and social consequences of tuberculosis in two indigenous communities of the State of Oaxaca.

Material and methods: Descriptive study in two different indigenous communities of the State of Oaxaca. The ethnographic method was used, supported by qualitative tools: family discussion, open interviews to key informers and reconstruction of

the sick patient's development with life history. Samples of 28 mixteco families and 84 zapoteco families were interviewed.

Results: Tuberculosis was unknown to more than 80% of the families. Patients perceive this disease as "Chill" or "Witchcraft". Adherence to the treatment was registered in advanced stages. Tuberculosis is experienced as social rejection, the patient having to suffer abandonment and isolation as main consequences.

Conclusions: The concepts of "disease" and "lung tuberculosis" are understood in a very different way to those of the "doctors". Therefore, the actions taken to prevent and control the disease should consider the particular culture of each social group.

INTRODUCCIÓN

Las autoridades sanitarias de la Organización Mundial de la Salud (OMS) consideran que el repunte de la tuberculosis en la última década a nivel mundial se debió a diversas causas, siendo la ausencia de campañas de prevención y control contra esta enfermedad, el deterioro de los niveles de vida de las poblaciones, el abandono del tratamiento antifímico que produce la drogorresistencia al bacilo de la tuberculosis, el SIDA, las migraciones masivas a nivel mundial, las guerras, los desastres naturales¹ y las percepciones culturales que tienen los diferentes grupos sociales con respecto a esta enfermedad, los que han influido en el aumento de las tasas de morbilidad por ésta causa. Este aumento resulta alarmante porque a pesar de que el médico rural alemán Robert Koch descubrió hace más de un siglo el bacilo *Mycobacterium tuberculosis*², con la creación de nuevas estrategias de control y prevención contra la tuberculosis en 1977³, la vacuna BCG y el adelanto farmacológico, la tuberculosis sigue siendo un serio problema de salud pública en el mundo, declarada por la OMS, en el año de 1993 *Emergencia mundial*⁴. Calculando que la tercera parte de la población mundial está infectada por el bacilo y el 85% de los casos se encuentran en países subdesarrollados⁵. En México, la tuberculosis pulmonar todavía se encuentra entre las 20 principales causas de muerte a nivel nacional⁶, siendo los estados del sur los más afectados; entre los que destaca la entidad Federativa de Oaxaca, que durante el último quinquenio ocupó los tres primeros lugares de morbilidad a nivel nacional^{6,7}.

Creencias y actitudes de la tuberculosis

El grado de conocimiento^{8*1} que tenemos de las enfermedades se centra en las teorías científicas, donde el mundo

invisible e imperceptible ante nuestros sentidos de los virus, bacterias, gérmenes y conceptos como *infecto-contagioso*, *crónico-degenerativo*, *inmunodeficiencia*, *tuberculosis pulmonar*, imperan en el léxico médico cotidiano, como por ejemplo cuando asistimos a una consulta médica. Este conocimiento es el que predomina en el llamado *mundo de la ciencia*, olvidando que en muchas sociedades occidentales y no occidentales, las teorías de los gérmenes no existen dentro de su sistema cultural. Este ethnocentrismo del conocer científico, no ha permitido asomarnos cabalmente a mundos llenos de riquezas conceptuales e ideológicas diferentes al nuestro, sobre todo, cuando estudiamos el proceso salud/enfermedad/atención/muerte de cada grupo social. Bajo el mismo rubro, el mundo conceptual de las enfermedades está influenciado por las percepciones culturales de las personas o de los grupos étnicos al cual pertenecemos⁹; en este sentido sus explicaciones, categorías, causas, diagnósticos y tratamientos médicos estarán respaldados por su contexto cultural¹⁰. En el caso específico de la tuberculosis, esta enfermedad se ha visto plagada por concepciones culturales divergentes a las explicaciones *racionales* otorgadas por los científicos (o médicos). Por ejemplo, en África entre la tribu de los *ndembu*, Victor Turner encontró que la tuberculosis es conocida como *musong'ú wantulu* o *enfermedad del pecho*, producida por los *musong'ú* o espíritus de las almas de los extranjeros, quiénes vuelan sueltas por la noche para poseer a los *ndembu* causándoles violentos temblores, y para alimentarse de sus pulmones¹¹. Los *ndembu* realizan rituales mágicos para ahuyentar a los *musong'ú* dándole de beber al enfermo una mezcla de hierbas picantes y malolientes. Levis Strauss en su libro *El pensamiento salvaje*¹² refiere que en los pueblos siberianos, en particular entre los *Yakutos*, para tratar a la tuberculosis emplean un huevo tragado del pájaro *Ru-Rcha*. Rubely Garro¹³ encontraron que en algunos grupos hispanos, conceptualizan a la tuberculosis como una *enfermedad agotadora (wasting sickness)*, confundiéndola con la gripe o la bronquitis. L. Menegoni¹⁴ menciona que en la comunidad tzeltal y tzotzil, Yochib, perteneciente al municipio de Oxchuc en Chiapas, los indígenas no perciben a la tuberculosis en términos biomédicos. Ellos la identifican con el nombre de *sak obal* que significa *tos blanca*, enfermedad causada por brujería, por mojarse con agua fría, exceso de bebidas alcohólicas y producto de la erupción del volcán Chichonal en abril de 1982. Ndeti¹⁵, en un estudio realizado en Kenya, encontró que los pacientes con tuberculosis atribuyen su enfermedad a *los deseos de sus ancestros*, por *brujas*, y por exceso de trabajo físico. En Pakistán, Liefoghe¹⁶ determinó que la tuberculosis se percibe como una enfermedad causada por bañarse con agua fría. En Filipinas¹⁷ la tuberculosis es una enfermedad producida por gérmenes, por el cansancio, la pobreza, exposición al frío o producto de un golpe o *debilitamiento del cuerpo*. En Sudáfrica¹⁸, se cree que la tuberculosis es causada por el agua fría, fumar y por no llevar una adecuada alimentación. Asimismo, se ha encontrado que los enfermos tuberculosos abandonan el tratamiento antifímico para sustituirlo por remedios caseros compuestos con aceites y hierbas medicinales^{15,19,20}. No obstante la tuberculosis se experimenta más como una enfermedad estigmatizante¹⁶⁻²¹

^{1*} Luis Villoro en su libro *Creer, saber, conocer*, plantea que existe una diferencia conceptual entre conocer, saber y creer. Para conocer algo es preciso tener una experiencia personal y directa con el objeto o situación. El saber, no implica haber tenido una experiencia directa con el objeto, más bien es el producto de experiencias vividas. Por último el creer, es un hecho del mundo común que se comparte con los demás y por ende se considera verdadero.

lo que impide que el enfermo culmine de forma exitosa el tratamiento, además de estar sujeto al aislamiento por parte de su entorno social, siendo motivo de abandono y/o divorcio¹⁶⁻²². En el caso particular de nuestro país, son pocos los estudios antropológicos realizados en zonas indígenas sobre esta enfermedad, por lo que el objetivo del presente estudio consistió en una aproximación descriptiva de las creencias, prácticas culturales, e interpretaciones que dan los individuos y los enfermos sobre la tuberculosis pulmonar, tomando como punto de referencia dos comunidades indígenas del estado de Oaxaca.

Zona de estudio

Oaxaca, es el estado con mayor concentración de población indígena en el país²³. Al estado lo conforman 570 municipios de los cuales el 40 % son indígenas con niveles de marginación social muy elevados²⁴. Además, Oaxaca se divide en ocho regiones siendo la región de la Mixteca y Valles Centrales, las regiones con mayor concentración de población indígena. Para el estudio se eligió una comunidad de ambas regiones. La primera se llama San Martín Peras, correspondiente a la zona de la Mixteca Baja, situada a tres horas del municipio de Juxtlahuaca. Esta comunidad tiene 1,928 habitantes²⁵, en su mayoría indígenas mixtecos monolingües. En materia de recursos de salud, San Martín Peras tiene una Clínica de Salud de Primer Nivel de Atención, atendida por un médico pasante, una enfermera de base y una de contrato, una Casa de Salud encabezada por dos promotoras indígenas que también hacen la función de *hierberas* y varios médicos tradicionales como *cantores*, *rezanderos*, y los *Naná Kuatú o Mensajeros de Dios*.

La segunda comunidad lleva por nombre San Juan Coatecas Altas, localizada en la región zapoteca de Valles Centrales, a 2 h de camino de la ciudad de Oaxaca. Tiene una población aproximada de 3,600 habitantes, en su mayoría indígenas zapotecos bilingües. En materia de recursos de salud, Coatecas Altas cuenta con una Clínica de Primer Nivel de Atención, varias parteras, curanderos y hueseros. En ambas comunidades no hay médicos particulares ni farmacias, pero hay tiendas donde venden y recetan medicamentos de patente.

MATERIAL Y MÉTODOS

En la investigación se consideraron dos aproximaciones analíticas, la *etic* correspondiente a la visión de las personas de la comunidad y la *emic* considerada como la interpretación del investigador ante un mundo diferente al suyo²⁶. Este método cualitativo²⁷ fue indispensable en el presente estudio, porque se consideró la percepción sociocultural de la tuberculosis pulmonar en dos grupos étnicos específicos. La metodología empleada consistió en discusiones familiares, donde se pedían los puntos de vista y opiniones de todos los miembros (previa elaboración de un guion) encaminadas a conceptualizar la enfermedad. Las familias fueron seleccionadas al azar, tomando un tamaño muestra que fuera representativa de cada comunidad. De San Martín Peras se seleccionaron 28 familias mixtecas, representando el 25% de las 112 aproximadamente existentes en la comunidad²⁸

y de Coatecas Altas 84 familias zapotecas, siendo más del 15 % de las familias. Como herramienta anexa a las discusiones familiares, se aplicó un cuestionario semiabierto a cada familia, dividido en cuatro secciones: a) Caracterización de la estructura familiar (ingresos monetarios, educación, condiciones de vivienda, migración, etc); b) Uso de recursos médicos (institucionales, tradicionales, doméstico); c) Creencias y actitudes frente a los conceptos salud-enfermedad y, d) Creencias y actitudes frente a la tuberculosis pulmonar (ver anexos 1-5).

Una de las partes más importantes del estudio fue la selección de informantes clave (curanderos, familiares de enfermos por tuberculosis pulmonar, personal paramédico) a quienes se les aplicó entrevistas encaminadas a conceptualizar la tuberculosis pulmonar, tipo de prácticas médicas utilizadas y causas principales de ésta. Finalmente, a los enfermos por tuberculosis se les entrevistó de forma abierta para reconstruir el proceso de búsqueda de recursos de atención médica desde la aparición del primer síntoma. Las entrevistas fueron grabadas en audiocasetes (previa autorización del informante); y las discusiones familiares se traspasaron a un diario de campo para su clasificación y posterior análisis.

RESULTADOS

Definiendo el concepto enfermedad entre las familias de San Martín Peras y Coatecas Altas, Oaxaca

En San Martín Peras, la enfermedad o *Cuee*, para las 28 familias mixtecas, es causada por actos o acciones realizados por personas o entes espirituales de la vida cotidiana que influyen en el estado anímico de los individuos. El concepto de enfermedad fue clasificado por las familias en cuatro niveles (Tabla I). *Tristeza*, *Susto*, *Desequilibrio humoral* y *Daño* (brujería). Esta clasificación la hicieron considerando el estado anímico de las personas, por ejemplo, la tristeza como el susto, son enfermedades que se mueven en el plano de las emociones. La persona enferma se pone triste porque su alma se espantó y salió del cuerpo. Un cuerpo sin alma es un cuerpo triste. Se identifica a una persona triste cuando no quiere comer, está cansada o desganada. El desequilibrio humoral tiene una orientación hacia la oposición binaria de los conceptos *friό-caliente*. La gente se enferma por quebrantar normas climáticas, alimenticias, simbólicas, etc. Si un niño sale de su casa cuando está lloviendo, enfermará, porque se considera a la lluvia fría y al cuerpo caliente. Finalmente el *daño* o brujería es provocada por personas. Las causas que motivan esta acción son la envidia y los celos. Aunque si bien el daño es una práctica recurrente en la comunidad, las personas la niegan por la carga valorativa que representa.

En la comunidad de San Juan Coatecas Altas, los miembros de las 84 familias clasificaron el concepto de enfermedad en: *Mahuilίa* (brujería), *Algo natural*, *Tristeza y Vergüenza* (Tabla I). La enfermedad como *mahuilίa*, fue la más mencionada por los miembros de las familias, argumentando que las personas son muy *envidiosas*, siendo los

Tabla I. Definiendo el concepto de enfermedad entre las familias de San Martín Peras y Coatecas Altas, Oaxaca.

San Martín Peras N = 28 familias	Coatecas Altas N = 84 familias
Tristeza 13/28	Mahuilía 29/84
Susto 8/28	Algo natural 35/84
Desequilibrio humoral 5/28	Tristeza 10/84
Un daño 2/28	Vergüenza 10/84

niños pequeños y las mujeres jóvenes los más afectados, porque dicen, “que aquella familia con muchos hijos es muy envidiada”, lo que provoca los celos de las demás; y una forma de hacerle daño es por medio de la *mahuilía*. La enfermedad entendida como algo natural, la refieren en el sentido que “de todos modos todos nos tenemos que enfermar”. La tristeza, la expresaron como un *pesar*, es decir, las personas se enferman por *preocupaciones*, lo que hace que el alma se ponga triste. Finalmente la enfermedad por vergüenza, es provocada cuando alguien realiza acciones penosas o vergonzosas, como comer mucho, caerse en la calle, etcétera.

Percepción de la tuberculosis pulmonar en las familias de San Martín Peras y Coatecas Altas, Oaxaca

A los miembros de las 28 familias de San Martín Peras, se les aplicó una serie de preguntas (Tabla II). Como se observa en la Tabla II, la tuberculosis fue desconocida por la mayoría de las familias, sólo el 10% la identificó, argumentando que era una enfermedad *muy contagiosa* y que el principal síntoma es *tos con sangre*. Dado el fracaso de la anterior pregunta, optamos por introducirnos a la tuberculosis desde un nivel de interpretación más sencillo (para nosotros). Preguntamos si conocían alguna *Enfermedad del pulmón*. La pregunta no la comprendieron porque la palabra *pulmón* no existe en su *lengua mixteca*, por tanto tampoco hubo identificación de este órgano con su cuerpo. Un concepto alternativo encontrado a pulmón

fue *nakeetache*, que quiere decir *por dónde se respira*. Para los miembros de las 28 familias respiramos por el estómago, pecho y corazón. La expectoración o *katactsocuna* tiene un color verde cuando proviene del estómago y cuando sale con sangre significa que el corazón está *desgastado o enfermo*, siendo el exceso de trabajo físico la principal causa.

Alas familias de Coatecas Altas, también se les preguntó si conocían a la tuberculosis pulmonar. Sólo cinco familias de las 84 respondieron que sí la conocían, identificándola como una enfermedad *muy contagiosa*, dónde los enfermos arrojan *muchasangre*. Esta identificación fue resultado de que alguno de los miembros de las cinco familias tuvieron una experiencia directa con la enfermedad, haciendo referencia a vecinos y familiares. Las 84 familias identificaron como enfermedades del pulmón a la *tos blanca*, *dificultad al respirar* y a la *tuberculosis pulmonar*.

Médicos tradicionales y su visión conceptual frente a la tuberculosis pulmonar

De la comunidad de San Martín Peras se seleccionaron a dos médicos tradicionales y a dos hierberas. Esta selección se realizó porque ellos son los que más atienden los padecimientos y enfermedades de la población: Al *Naná kuatu o Mensajero de Dios* y al *Rezandero*, se les preguntó si conocían la Tuberculosis Pulmonar. Ambos respondieron -No conocerla-, argumentando que -nunca habían escuchado hablar sobre esa enfermedad -mostrándose incapaces de atender y mucho menos curar este padecimiento. Las dos *hierberas* encargadas de la Casa de Salud de la comunidad, expresaron que un enfermo tuberculoso “tiene mucha tos, saca flema con moco y agua, y enfatiza”. Las hierberas argumentaron que la tuberculosis es un padecimiento frío porque -la tuberculosis pulmonar da cuando se enfrián los pulmones-. Mencionaron que para calmar los síntomas de la tuberculosis es bueno el “té de flores de bugambilia” y un té compuesto llamado “Pulmonar” que compran en el mercado de Juxtlahuaca. Para ellas, los síntomas de la tuberculosis son “fríos” como la tos, la flema o *tanisally* y el dolor de pecho o *kuuhtxicana*. Las hierberas dijeron que para detener la enfermedad es importante curar los principales síntomas con *remedios a base de productos calientes*. Ejemplo, para la tos seca utilizan *ungüento de Chamizo Blanco* (planta silvestre con flores blancas y amarillas), para sacar las flemas del

Tabla II. Identificación del concepto *Tuberculosis pulmonar* por las familias de San Martín Peras y Coatecas Altas.

Comunidad	¿Ha escuchado hablar sobre una enfermedad llamada <i>tuberculosis pulmonar</i>	¿Conoce alguna enfermedad del pulmón?
San Martín Peras	Sí 3/28 (10%) No 25/28 (90%)	Sí 0/28 No 28/28 (100%)
Coatecas Altas	Sí 5/84 (9.5%) No 76/84 (90.5%)	No 79/84 Sí 5/84 (tos blanca, dificultad al respirar, tuberculosis pulmonar)

Tabla III. Identificación de la Tuberculosis pulmonar por los terapéutas tradicionales de San Martín Peras y Coatecas Altas, Oaxaca.

Comunidad	Terapéuta tradicional	Identificación de la tuberculosis pulmonar	Signos y síntomas	Causa	Tratamiento
San Martín Peras	Naná Kuatú	No	No sabe	No sabe	No sabe
	Curandero	No	No sabe	No sabe	No sabe
	Rezandero	No	No sabe	No sabe	No sabe
	Hierberas	Sí	tos seca, flemá con moco, el enfermo enfloca	Enfriamiento en los pulmones	Preparación de remedios a base de hierbas y ungüentos calientes
Coatecas Altas	No aplicó	No aplicó	No aplicó	No aplicó	No aplicó

Tabla IV. Creencias y situación actual de los ocho enfermos por tuberculosis pulmonar identificados en las comunidades de San Martín Peras y Coatecas Altas, Oaxaca.

Comunidad	Enfermo F = femenino M = masculino Edad	Causa de la enfermedad	Lugar de diagnóstico	Tiempo transcurrido en la aparición del primer síntoma hasta el diagnóstico	Situación actual del enfermo
San Martín Peras	1 F, 35 años	Enfriamiento	Sinaloa	Más de un año	Abandonó el tratamiento (biomédico)
	“ 2 F, 30 años	Enfriamiento	Sinaloa	Más de un año	Bajo tratamiento (biomédico)
	“ 3 F, 38 años	No sabe	Sinaloa	Más de un año	Bajo tratamiento (biomédico)
	“ 4 M, 18 años	Enfriamiento	San Martín Peras	No se acuerda	Bajo tratamiento (biomédico)
	“ 5 M, 62 años	Se desconoce	San Martín Peras	Se desconoce	Se desconoce
	6 F, 40 años	Brujería	Coatecas Altas	2 años	Drogorresistente
	“ 7 M, 43 años	Enfriamiento	Baja California	2 años	Bajo tratamiento (biomédico)
	“ 8 F, 57 años	Brujería	Sinaloa	Más de 2 años	Abandonó el tratamiento (tradicional-biomédico)

pulmón emplean té compuesto con canela, ajo japonés, eucalipto, bugambilia, manzanilla y tomillo. Finalmente para mitigar el dolor de pecho, preparan una pomada a base de alcanfor y vaselina (Tabla III). Ambas hierberas consideraron que la tuberculosis sólo puede curarse con pastillas recetadas por un dotor (médico). Lo único que ellas pueden hacer, es detener la enfermedad calmado los principales síntomas de la tuberculosis pulmonar con remedios calientes. Con lo que respecta a la comunidad de Coatecas Altas, no se pudo obtener información sobre este tema ya que el curandero de la comunidad no quiso ser entrevistado.

Creencias y actitudes de los enfermos con respecto a la tuberculosis

Las explicaciones que dieron los ocho enfermos con tuberculosis localizados en ambas comunidades, cinco en San Martín Peras, y tres en Coatecas Altas con respecto a esta enfermedad, (Tabla IV) se centró en dos explicaciones: la tuberculosis pulmonar es producto de un Enfriamiento y como consecuencia de una Brujería. Cuatro de los ocho enfermos, argumentaron que su padecimiento se debió a un enfriamiento, como expresó una enferma: “-Pues yo creo que me vino esta enfermedad porque cuando terminaba de trabajar en los campos de cultivo, allá en Culiacán, me iba

a bañar al río con el cuerpo caliente y pues me dio como un enfriamiento porque el agua del río estaba fría”.

Dos enfermos dijeron que su enfermedad tuvo su causa principal en la Brujería, la cual desencadenó a la tuberculosis, y los dos restantes dijeron ignorar la causa de su padecimiento.

La tuberculosis pulmonar producto de un *enfriamiento*, *brujería* o causa desconocida, no fue identificada por los ocho enfermos como una enfermedad grave en su inicio, confundiendo los síntomas de la tos y flema, con la gripe o resfriado común; calmando las molestias con remedios caseros o con la compra de jarabes comerciales. Con la aparición de síntomas más severos (pérdida de peso de forma considerable, agotamiento y expectoración con sangre) fue cuando decidieron acudir con un médico, y esto porque les impedía continuar con sus actividades cotidianas. De los ocho enfermos, a cinco de ellos se les diagnosticó la tuberculosis en etapas avanzadas. Los enfermos en la actualidad no consideran a la tos como principal causa de contagio. La principal causa de contagios que percibieron los pacientes fue en el *cuerpo y sus secreciones* (saliva, sudor, humor, etc). Ellos creen que si los médicos les han dicho que separen sus trastes, ropa, comida, significa que es todo el cuerpo, el que pega la enfermedad: al respecto dijo un paciente:

“El médico no me explicó en qué consiste mi enfermedad, sólo le dijó a mi esposa que apartara mi ropa, trastes y sobre todo que no me acercara a los niños, y pues yo creo que la enfermedad la traigo en todo el cuerpo”.

Las principales prácticas preventivas que llevan acabo es separar los trastes, la ropa de cama; algunos desechan la flema en vasos de plástico para su posterior incineración y otros no desechan la flema en pañuelos por considerar esta acción como sucia porque, “*el pañuelo guarda la enfermedad*”. Lo que hacen es escupir la flema al suelo, cubriendola con tierra, porque la - “*tierra mata la enfermedad*”.

Con respecto al tratamiento, cuatro de los ocho enfermos se encuentran bajo él, dos lo abandonaron, uno es drogorresistente y del último se desconoce su situación.

Tuberculosis pulmonar y rechazo social

Lo que más han experimentado los ocho enfermos, a partir de la confirmación del diagnóstico, es el rechazo social. Sus familiares y amigos consideran a la tuberculosis como una enfermedad *muy contagiosa*, percepción elaborada por el discurso dado por los médicos, quiénes les han dicho - “*que es una enfermedad muy contagiosa y peligrosa*”-. Provocando el rechazo de familiares y personas cercanas a ellos. Una enferma fue abandonada por su esposo e hijos al saber que tenía tuberculosis; a otra, su familia le construyó un cuarto para ella sola, alejado, a unos 10 m de la casa principal. Otro enfermo fue despedido de su trabajo porque supieron que tenía tuberculosis y sus vecinos no se le acercan a él ni a su familia. Este rechazo social no sólo se restringe al ámbito familiar o vecinal. A una enferma, el personal de la clínica dejó de suministrarle el tratamiento porque “*su casa está muy lejos de la clínica y no la podemos cerrar, además la señora ya no tiene remedio, vomita sangre por la boca y la verdad que tal si nos contagia*”.

Trayectoria hacia el tratamiento. Un recorrido de creencias y recursos médicos

Caso 1

María**² es una mujer de 34 años de edad. Vive sola en un pequeño cuarto de carrizo. Fue abandonada por su marido e hijos al momento en que los médicos le diagnosticaron tuberculosis pulmonar. María narra que esta enfermedad la contrajo en los ríos de los campos agrícolas en Sinaloa, porque el agua fría le causó un *enfriamiento*. El principal síntoma que presentó fue tos, pero ella pensó que estaba resfriada, por lo que no hizo caso. Después de la tos le vinieron fiebres por las tardes. Sin embargo, no acudió con el médico por que representaba *tiempo y dinero perdido*. Cuando la enfermedad la imposibilitó para continuar trabajando en los campos agrícolas, decidió acudir a la Clínica. Ahí le dijeron que tenía tuberculosis pulmonar e iba a necesitar mucho reposo. Cuando su marido supo que ella ya no podría seguir trabajando, la abandonó llevándose consigo a sus hijos. María al no poder hacer nada, decidió regresar a su comunidad para, como dijo ella “*quiero morir en mi pueblo*”. En la actualidad, María arroja mucha sangre por la boca, ya no puede caminar, dejando de ir a la Clínica por su tratamiento. Es drogorresistente y no tiene ningún tipo de apoyo familiar, médico, económico o social.

Caso 2

Rosenda tiene 57 años de edad, se encuentra separada de su marido quién le dejó el cuidado de 10 hijos. Para mantenerlos trabaja de forma temporal como jornalera agrícola migrante en los campos de Culiacán en Sinaloa. Rosenda empezó a tener los primeros síntomas de la tuberculosis pulmonar (hace dos años antes del estudio) cuando se encontraba trabajando en los campos agrícolas. Los síntomas fueron dolor de espalda y flemas amarillas por las mañanas. Calmaba los malestares con bebidas calientes o compraba jarabes comerciales en las tiendas. De regreso a la comunidad empezó a presentar tos con sangre, mareos, pérdida de peso y visibilidad. Pensó que sus malestares provenían de una *brujería* que alguien le había hecho por envidia, por lo que decidió acudir con un curandero. El curandero le dijo que tenía el “*pulmón abierto*” por exceso de trabajo físico que realizaba en los campos agrícolas. El tratamiento recetado por el curandero consistió en *apretarle el pulmón*, sobándole la espalda. Con este tratamiento Rosenda no presentó mejoría, decidiendo consultar a otro curandero. Este último le diagnosticó *daño por envidia*, quién le *chupó* las envidias del cuerpo, sustrayéndole de la espalda un ratón muerto. Pero Rosenda en vez de sentir mejoría se puso aún más grave, por lo que acudió a la clínica de la comunidad, ahí el médico le diagnosticó *tuberculosis pulmonar*, no obstante ella no aceptó el diagnóstico y optó por acudir con un médico particular. El diagnóstico dado por este último fue el mismo, ella tenía tuberculosis pulmonar. Como consecuencia de la larga búsqueda de recursos

²** Para conservar el anonimato de los enfermos, los nombres expuestos son ficticios

médicos, el médico le dijo que ya no podía hacer nada por ella, pues su enfermedad se encontraba en etapas muy avanzadas.

DISCUSIÓN

Los resultados arrojados en el presente estudio son semejantes a los expuestos en diferentes investigaciones realizadas en diversas partes del mundo. Por ejemplo, Rubel y Garro¹³ demuestran que los enfermos radicados en Estados Unidos de origen hispano, antes de ser diagnosticados con tuberculosis, confundían los síntomas con el resfriado común, por tanto el tratamiento estaba encaminado a la compra de medicamentos de patente. Por otro lado, al igual que en San Martín Peras y Coatecas Altas, L. Menegoni y Liefoghe^{14,16}, en Chiapas y en Pakistán respectivamente, mencionan que los enfermos perciben a la tuberculosis como producto de un *enfriamiento* y como consecuencia de una *brujería*. Asimismo, Mata J.L y Barnhoorn^{20, 22}, encontraron que los enfermos tuberculosos son rechazados por sus familiares, este rechazo se expresa en abandono, divorcio o aislamiento, siendo la mujer la que se encuentra más expuesta a esta situación de abandono. El término *Tuberculosis pulmonar* es desconocido principalmente entre las poblaciones indígenas monolingües o entre poblaciones tribales, como describe L. Menegoni y V. Turner^{14,11}. Con base en los resultados aquí expuestos, se demuestra que cada grupo social tiene percepciones sobre la enfermedad diferente al del *conocer científico* o en palabras más simples, al del *modelo biomédico occidental*. Estas percepciones no solamente condicionan la búsqueda de recursos médicos, sino también la visión del cuerpo, del diagnóstico, del tratamiento y de la enfermedad en general. Por tanto, si conocemos o nos adentramos al mundo de la enfermedad del otro, podremos diseñar estrategias sociales como modelos educativos, que permitan controlar enfermedades de importancia y de grandes repercusiones sociales como es el caso de la tuberculosis pulmonar.

CONCLUSIONES

La utilización de herramientas cualitativas en el presente estudio, (como fueron las discusiones familiares, entrevistas abiertas y la reconstrucción de la carrera de los enfermos por medio de historias de vida), arrojaron información específí-

ca sobre las creencias y consecuencias sociales de la tuberculosis en dos grupos indígenas en Oaxaca. Este tipo de metodología permitió obtener información de *primera mano* de cómo las personas experimentan la enfermedad. En el caso particular de las comunidades de San Martín Peras y de Coatecas Altas, su sistema de creencias en torno al proceso salud-enfermedad-atención, reflejó causales de tipo naturales, sociales o emocionales donde el susto, la brujería, la creencia en el sistema dual de lo frío y lo caliente dan explicación a sus padecimientos. Con base en este sistema, los indígenas de ambas comunidades dieron explicaciones de las enfermedades de acuerdo a sus creencias, a esto la enfermedad conocida *por nosotros como -tuberculosis pulmonar-* resultó ajena para ellos, por consiguiente *desconocida*, no identificándola en términos biomédicos. Por otro lado, los enfermos tuberculosos antes de recibir atención e información médica (bajo el modelo biomédico) consideraban a esta enfermedad como un *enfriamiento* o una *brujería*, percepción que fue determinante para la búsqueda de recursos de atención médica. Como ejemplo los dos estudios de los casos expuestos, se observó que antes de adherirse los enfermos al tratamiento, pasaron por un proceso largo y tedioso, donde la mezcla de recursos médicos como los domésticos, tradicionales e institucionales fueron el eje principal. Esta combinación de terapias está fuertemente asociada con las creencias culturales que tuvieron los enfermos, más que el acceso a los recursos médicos ya sea por motivos económicos, geográficos, etc. Por ejemplo en el Caso 2, la consulta otorgada por los curanderos tuvieron un costo aproximado de \$1,500 pesos por cada uno; el costo del médico particular fue de \$1,700 pesos, incluyendo la compra de medicamentos (Myambutol INH, Etambutol, Isoniacida, Estrepto-monaxin, Dramamine, vitaminas por sus nombres comerciales), sumando un gasto aproximado de más de \$4,500 pesos, sin contar el gasto de transportación y alimentación.

Agradecimientos

Se agradece a todas las familias y a los enfermos de las comunidades de San Martín Peras y Coatecas Altas, el haberlos permitido el acceso a sus hogares, quienes compartieron con nosotros su tiempo, y la experiencia de vivir y percibir la enfermedad.

Anexo 1
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
División de Investigación Sociomédica

Proyecto: la percepción sociocultural de la tuberculosis pulmonar en dos comunidades de Oaxaca

Objetivo: Determinar las actitudes y creencias de la población en general con respecto al proceso salud-enfermedad y a la TBP en particular.

Técnica: Entrevistas cerradas de forma aleatoria a indígenas de diferentes edades y sexos

Comunidad _____ Municipio _____ Estado _____

Identificación del hogar: _____

Nombre del informante: _____

Fecha de la entrevista: _____

I.- Estructura familiar (listar las personas que viven en esta casa, en orden decreciente, empezando por el que identifican como jefe de familia. De preferencia aplique la encuesta a la mamá)

¿Cuántas personas viven en esta casa? _____ (Marque con un círculo al informante)*

No	Nombre	Apellido paterno	Apellido materno	Edad: X/12 (Menor de un año)	Sexo: 1.-M 2.- F	Parentesco con el jefe: (indique el número) *	Edo civil: (indique el número) &
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

* Parentesco :1 Jefe; 2 Esposo (a); 3 Padres ; 4 Hijo (a); 5 Tío (a); 6 Primo (a); 7 Hermano(a); 9 Otro (indique)

& Estado civil: 1 Soltero(a); 2 Casado(a); 3 Unión libre; 4 Viudo(a); 5 Separado(a); 6 Divorciado(a); 9 Otro (indique)

II. CARACTERÍSTICAS EDUCATIVAS Y ECONÓMICAS

No	¿Sabe leer y escribir? 1-No, 2-Leer 3- Lee y escribe	Años de estudio ##	¿Va a la escuela? 1.Sí 2.No	Trabaja: 1.Sí 2.No	¿Cuánto gana al mes?	¿Qué actividad realiza?	¿Cuál de estas lenguas habla? @
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

Años de estudio: 0.-Sin estudio ; 1 a 6-Primaria; 7-9 Secundaria; 10 Preparatoria o Equivalente; 11 Profesional; 12 Otro. Indique

Tipo de actividad: 1.-Campesino; 2.-Comerciante; 3.- Doméstico ; 4.- Administrativo; 5.- Otro. Indique

@ Lengua Indígena: 1.-Español; 2.-Tlapaneco; 3.-Náhuatl ; 4.- Mixteco ; 5.- Zapoteco; 9.-Otro. Indique

III. MIGRACIÓN. (Características del lugar de origen)

No.	Dónde nació? Mpio, localidad 1.-Aquí 2.-Otro (indique)	¿Cuánto tiempo tiene viviendo aquí?	¿Acostumbra salir de aquí por más de un mes? 1.-Sí 2.-No	¿Cada cuánto tiempo?	¿A dónde? Localidad y municipio	¿Por qué? 1.Trabajo 2.Comercio 3.Estudio, 4.Otro
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

IV.- VIVIENDA

- 1.- La vivienda que habita es: 1) Propia _____ 2) Rentada _____ 3) Prestada _____ 4) Otra _____
 2.- Cuántas personas habitan en esta casa : _____ 4.- Cuántos cuartos tiene su vivienda : _____
 3.- Cuántas familias viven en esta casa : _____ 5.- Cuántos utiliza para dormir : _____

V. MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN DE LA VIVIENDA

6. Paredes: 1) Ladrillo _____, 2) Madera _____, 3) Carrizo _____, 4) Block _____, 5) Otro _____
 7. Techos: 1) Lámina _____, 2) Teja _____, 3) Palma _____, 4) Loza _____, 5) Madera _____,
 6) Zacate _____, 7) Otros _____
 8. Pisos: 1) Tierra _____, 2) Cemento _____, 3) Madera _____, 4) Mosaico _____, 5) Otro _____

VI.- SERVICIOS EN LA VIVIENDA

¿Cuénta con los siguientes servicios? Marque con una **X** la respuesta adecuada

Servicios	1. Sí	2. No	Servicios	1. Sí	2. No	Tipo de baño	1. Sí	2. No
Luz	_____	_____	Drenaje	_____	_____	Fosa séptica	_____	_____
Agua intradomicilio	_____	_____	W.C. completo	_____	_____	Hoyo	_____	_____
Agua fuera del domicilio	_____	_____	Letrina	_____	_____	Aire libre	_____	_____
Pozo	_____	_____						

Combustible que utiliza para cocinar : 1) Carbón 2) Gas 3) Leña 4) Petróleo 5) Otro: _____

VII. USO DE RECURSOS MÉDICOS

- 6.1 Cuando se enferma ¿a dónde acude?
 a) Al centro de salud
 b) Médico particular
 c) Un familiar
 d) Curandero
 e) A ningún lado
 f) Otro. ¿A dónde?
 Continúe
- 6.2 ¿Por qué?
 Continúe

6.3 ¿Qué piensa de la atención en los Centros de Salud de su comunidad?	a) Son buenos b) Son regulares c) Son malos d) No sabe	Continúe
6.4 ¿Cuándo fue la última vez que acudió a un Centro de Salud?	a) Hace más de un año b) Hace casi medio año c) En el último mes d) No recuerda	Continúe
6.5 ¿Qué tipo de medicina prefiere?	a) Tradicional b) Institucional c) Le da igual	Continúe

VII. SERVICIOS DE SALUD EN LA COMUNIDAD

7.1 ¿Algún miembro del personal de salud como: Enfermeras, promotor de salud, trabajador social, lo ha visitado en su casa?	a) Sí b) No	En caso afirmativo continúe En caso negativo pase a la pregunta 7.3
7.2 ¿Por qué motivo ?	Explicar brevemente	Continúe
7.3 ¿Han venido a dar pláticas por parte del Sistema de Salud en su comunidad?	a) Sí b) No	En caso afirmativo continúe En caso negativo pase a la pregunta 8.1
7.4 ¿Sobre qué tema?	a) Planificación familiar b) Nutrición c) Higiene d) Vacunación	Continúe
7.5 ¿Usted asistió a estas pláticas?	a) Sí b) No	Continúe
7.6 ¿Por qué?	Especifique	Continúe

VIII. CREENCIAS EN TORNO AL PROCESO SALUD ENFERMEDAD

8.1 ¿Para usted qué es la enfermedad? Marque con una X la respuesta adecuada	a) Desequilibrio biológico b) La tristeza c) Susto d) Una deficiencia e) Un maleficio f) Algo natural g) No sabe h) Otro. Especifique	Continúe
8.2 ¿Cómo identifica a una persona enferma?	a) Por su cara b) Por su estado de ánimo c) Por todo su aspecto físico d) No sabe e) Otro. Especifique	Continúe
8.3 ¿Por qué cree usted que las personas enferman?	a) Por falta de alimentación b) Por descuido c) Por brujería d) Por el clima e) No sabe f) Otro. Especifique	Continúe

8.4	¿Qué se puede hacer para mantener a una persona sana?	a) Alimentarla bien b) Ir al doctor c) Lavar bien los alimentos d) Trabajar e) No sabe	Continúe
8.5	¿Cómo nos podemos proteger de las enfermedades?	a) Comiendo bien b) Con la limpieza c) No portarnos mal d) No sabe e) Otro. Especifique	Continúe
8.6	¿Cuando usted se enferma deja de trabajar?	a) Sí b) No	Continúe
8.7	¿Cree Ud. que la enfermedad es un castigo de dios?	a) Sí b) No	Continúe
8.8	¿Cree que las almas de los muertos pueden enfermar a la gente?	a) Sí b) No	En caso afirmativo continúe En caso negativo pase a la pregunta 8.10
8.9	¿Por qué?	Explique brevemente	Continúe
8.10	¿Qué días cree Ud. que sean propicios para que las personas enfermen?	a) Algún día de la semana b) Con luna llena c) Cuando una mujer menstrúa d) Cuando hace frío e) Cuando hace calor f) No sabe g) Otro. Especifique	Continúe
8.11	¿Alguna vez lo han enfermado por brujería?	a) Sí b) No	Continúe
8.12	¿Cree en la medicina de los curanderos?	a) Sí b) No	Continúe

IX. IDENTIFICACIÓN COMUNITARIA DE LA TBP

9.1	¿De qué se enferma la gente de su comunidad?	a) Tos b) Vómito c) Diarrea d) Otros. Especifique	Continúe
9.2	¿Sabe usted qué es la TBP?	a) Sí b) No	En caso afirmativo pasar a la siguiente pregunta En caso negativo Explique y pase a la pregunta 9.6
9.3	¿Podría describirla brevemente?		Continúe
9.4	¿Sabe cómo se cura?	a) Sí b) No	En caso afirmativo continúe En caso negativo pase a la pregunta 9.6
9.5	Describa brevemente		Continúe
9.6	¿Sabe usted de alguien en su familia o comunidad que haya padecido de TBP?	a) Sí b) No	En caso afirmativo continúe En caso negativo pase a la pregunta 9.8
9.7	¿Quién? ¿Hace cuánto tiempo?	Especifique	Continúe
9.8	¿Usted ha padecido alguna vez TBP?	a) Sí b) No	En caso afirmativo continúe En caso negativo fin de entrevista. GRACIAS.

9.9 ¿Qué síntomas presenta(ó)? Marque con una X los síntomas presentados	a) Tos b) Expectoración c) Hemoptisis d) Pérdida de peso e) Fiebre	Continúe
9.10 ¿Dónde o cómo se enteró que tiene (o tenía) TBP?	a) Centro de salud b) Hospital regional c) Médico particular d) Otros. Especifique	Continúe
9.11 ¿Está siguiendo algún tratamiento para la TBP?	a) Sí b) No	En caso afirmativo continúe En caso negativo pase a la pregunta 9.13
9.12 ¿En qué consiste? describa brevemente		Continúe
9.13 ¿Por qué?	a) Por falta de tiempo y/o dinero b) No le surten los medicamentos c) Otro. Especifique	FIN DE LA ENTREVISTA GRACIAS

Anexo 2
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER).
División de Investigación Sociomédica

Proyecto: Creencias y actitudes socioculturales de la TBP en dos comunidades indígenas del estado de Oaxaca

Técnicas: Entrevistas abiertas a especialistas tradicionales

Objetivo: Describir las actividades y creencias de los especialistas en torno al proceso salud/enfermedad y su conocimiento respecto a la TBP

Comunidad _____ Estado _____ Municipio _____
 Identificación del hogar: _____
 Informante (s): _____
 Fecha de la entrevista: _____

1.-Tipo de especialidad que practica

- ¿En qué consiste su trabajo?
- ¿Por qué cree usted que viene la gente a consultarlo?
- ¿Con qué frecuencia vienen a consultarlo?
- ¿Para qué tipo de males?
- ¿Por qué cree que la gente se enferma?
- ¿Para qué es la enfermedad?
- ¿Cree que la brujería pueda enfermar a la gente?
- ¿De qué se muere la gente de su comunidad? (sacar frecuencia por edad y sexo)
- ¿Cuáles son las enfermedades más comunes de su comunidad? (enlistarlas)
- ¿Cómo se les identifica localmente? (ejemplo:diarreas, lombrices, bichos, tos, etcétera)
- ¿Qué remedios utiliza para cada enfermedad?
- ¿Qué piensa usted de su trabajo?
- ¿Hace cuánto que lo practica?
- ¿Quién le enseñó?
- ¿Qué piensa de los Centros de Salud?
- ¿Las personas de su comunidad le tienen confianza a los Centros de Salud?
- ¿Ha escuchado hablar de la TBP?
- ¿Podría describirla?
- ¿Conoce algún caso?
- ¿Sabe curar la TBP?
- ¿Por qué cree que los enfermos de TBP abandonan el tratamiento antituberculoso?
- ¿Cómo ve la calidad de vida de los habitantes?
- ¿Cuáles son a su juicio las principales necesidades (económicas, soc,etc.) de su comunidad?

Anexo 3
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER).
División de Investigación Sociomédica

Proyecto: Creencias y actitudes socioculturales de la TBP en dos comunidades indígenas del estado de Oaxaca

Objetivo: Localizar y describir los recursos de salud* institucionales y tradicionales de las comunidades a estudiar

Técnicas: Observación

Recursos de salud utilizados por la comunidad, incluye aquellos fuera de la comunidad que son usados por miembros de la comunidad.

Nombre de la comunidad _____ Estado _____ Municipio _____

a) Tradicionales

- Especialistas (describir qué hace c/u)
 - a) Parteras
 - b) Hueseros
 - c) Rezador
 - d) Curandero
 - e) Sobrador
 - f) Soplador
 - g) Otro
- Distancia al recurso (km)
 - a) Menos de 1 km
 - b) De 1 a 5 km
 - c) Más de 5 km
- Tiempo que se lleva en llegar al recurso
 - a) Menos de 30 minutos
 - b) Más de 30 minutos
 - c) De 1 hora en adelante
- Tipo de transporte (a pie, autobús, etcétera)
 - a) A pie
 - b) Autobús
 - c) Otros
- Costo aproximado
 - a) Menos de 1 salario mínimo
 - b) De 2 a 3 salarios mínimos
 - c) Más de 3 salarios mínimos
- Otros factores (caminos malos, transporte falla a veces, etcétera)

b) Modernos o institucionales

- Tipos de practicantes e instalaciones (descripción detallada)
 - a) Clínica de Salud Rural
 - b) Clínica de Salud Municipal
 - c) Médico particular
- Distancia al recurso (km)
 - a) Menos de 30 minutos
 - b) De 1 a 5 km
 - c) Más de 5 km
- Tiempo que se lleva en llegar al recurso
 - a) Menos de 30 minutos
 - b) Más de 30 minutos
 - c) De 1 hora en adelante
- Tipo de transporte (a pie, autobús, etcétera)
 - a) A pie
 - b) Camión
 - c) Otro (especifique)
- Costo aproximado
 - a) Menos de 1 salario mínimo
 - b) Más de 2 dos salarios mínimos
 - c) De 3 en adelante
- Otros factores (caminos malos, transporte falla a veces, etcétera)

Anexo 4
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias,
INER. División de Investigación Sociomédica

Proyecto: Creencias y actitudes socioculturales de la tuberculosis pulmonar en dos comunidades indígenas del estado de Oaxaca

Objetivo: Guión abierto para identificar cómo las familias entienden el concepto de enfermedad y de tuberculosis pulmonar

Técnica: Discusiones familiares

Guion

1.- ¿Podrían explicarme para ustedes qué causan las enfermedades?

-
- 2.- ¿Por qué creen ustedes que se enferma la gente?
 - 3.- ¿De qué se enferman más los miembros de sus familias?
 - 4.- ¿Cuándo se enferman qué es lo primero que hacen?
 - 5.- ¿Con quién acuden por primera instancia?
 - 6.- ¿Ustedes conocen una enfermedad llamada tuberculosis pulmonar?
 - 7.- ¿Qué saben de la tuberculosis?
 - 8.- ¿Algún vecino o familiar está enfermo de tuberculosis?
 - 9.- ¿Por qué creen que las personas se enferman de tuberculosis?
 - 10.- ¿Qué harían si algún miembro de su familia se enfermara de tuberculosis pulmonar?
-

Anexo 5

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, INER.

División de Investigación Sociomédica

Proyecto: Creencias y actitudes socioculturales de la tuberculosis pulmonar en dos comunidades indígenas del estado de Oaxaca

Objetivo: Describir y analizar el proceso salud enfermedad de los enfermos por tuberculosis pulmonar

Técnica: Historia de vida (grabación en audiocasetes)

Nombre del enfermo _____ Sexo _____ Edad _____
Estado civil _____ Lugar de residencia _____

Guión

- 1.- ¿Cuándo se enteró que usted estaba enfermo de tuberculosis pulmonar?
 - 2.- Antes de saber que usted padecía esta enfermedad, ¿había escuchado hablar sobre la misma?
 - 3.- ¿Por qué cree usted que se enfermó de tuberculosis pulmonar?
 - 4.- ¿Podría describirme todo el proceso de búsqueda de atención desde la aparición del primer síntoma, hasta la confirmación del diagnóstico?
 - 5.- ¿Dónde le detectaron la tuberculosis?
 - 6.- ¿Qué tipo de tratamiento médico lleva usted?
 - 7.- Cuando sus vecinos y familiares se enteraron que usted estaba enfermo de tuberculosis pulmonar, ¿cuál fue la reacción de ellos?
 - 8.- A partir de esta enfermedad, ¿cómo y en qué aspectos ha cambiado su vida?
-

REFERENCIAS

1. Sower P, Breckenridge-Potter. *Utah Department of Health: refugee tuberculosis education program. TB Notes* 1991. Division of Tuberculosis Eliminations. Centers for Disease Control and Prevention, Spring: 7.
2. Kruif de P. *Cazadores de microbios*, México: Mexicanos Unidos S.A, 1976.
3. Pilheu JA. *Tuberculosis 2000, problems and solutions. Int J Tuberculosis Lung Dis* 1998;2: 696-703.
4. World Health Organization. *Tuberculosis. A global emergency*. Ginebra; WHO, 1994.
5. Pilheu JA. Op cit.
6. SSA. Epidemiología. *Morbilidad*, 1994.
7. SSA, Dirección General de Estadística e Informática. *Morbilidad*, 1994. Noviembre, 1995.
8. Villoro L. *Creer, saber, conocer*. México: Siglo XXI, 1986.
9. Jenkins CD. *Group differences in perception: a study of community beliefs and feelings about tuberculosis*. Am J Sociol 1966; LXXI: 417-429.
10. Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. University of California Press, Berkeley, 1980.
11. Turner V. *La selva de los símbolos*. Barcelona: Gedisa, 1989.
12. Strauss L. *El pensamiento salvaje*. México: Fondo de Cultura Económica, 1992.
13. Rubel AJ, Garro LC. *Social and cultural factors in the successful control of tuberculosis*. Public Health Rep 1992; 107:626-636.
14. Menegoni L. *Conceptions of TB and therapeutic choices in highland Chiapas, Mexico*. Medical Anthropology Quarterly 1996; 10: 381-401.
15. Ndeti K. *Sociocultural aspects of tuberculosis defaultation: a case study*. Soc Sci Med 1972; 6: 397-412.
16. Liefoghe R, Michiels N, Habibs M. *Perception and social consequences of Tb: a focus group study of TB patients in Sialkot, Pakistan*. Soc Sci Med 1995; 41: 1685-1692.
17. Nicther M. *Illness semantics and international health: the weak lungs/TB complex in the Philippines*. Soc Sci Med 1994; 38: 649-663.
18. Metcalf CA, Bradshaw D, Stindt WW. *Knowledge and beliefs about tuberculosis among noworking women in ravensmead, cape town*. S Afr Med J 1990; 77: 408-411.
19. Hunter JM, Arbona S. *Field testing along disease gradient: some geographical dimensions of tuberculosis in Puerto Rico*. Soc Sci Med 1985;21: 1023.

20. Mata JI. *Integratin the client's perspective in planning a tuberculosis education and treatment program in Honduras.* Med Anthropol 1985; 12: 57-64.
21. Bayu T. *Reason for failure in treatment of pulmonary tuberculosis in ethiopians.* Tubercl 1984; 65: 17-21.
22. Barnhoorn F, Adriaanse. *In search of factors responsible for noncompliance among TB patients in Wardha Distrit, India.* Soc Sci Med 1992; 34: 291.
23. Ambriz A. *Indicadores socioeconómicos de los pueblos indios de México.* México: Instituto Nacional Indigenista, 1993.
24. Ysunza O A. *¿No que no? Una experiencia con promotores comunitarios de salud en Oaxaca.* Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán", 1996.
25. SEDESOL, PRONJAG. *Análisis microrregional de San Martín Peras, 1992.*
26. Beattie J. *Otras culturas. Objetos, métodos y realizaciones de la antropología social.* México: Fondo de Cultura Económica, 1986.
27. Nigenda M. *Los métodos cualitativos en investigaciones de salud pública.* Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública, 1998.
28. Servicios de Salud de Oaxaca, Dirección de Prevención y Control de Enfermedades, Subdirección de Atención Médica. *Diagnóstico situacional municipios de Coicoyán de las Flores y San Martín Peras, Juxtlahuaca, Oaxaca.* Abril, 1999.