



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL



“ ESTUDIO EXPLORATORIO PARA LA EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO ACORTADO ESTRICTAMENTE SUPERVISADO Y DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL
PRESENTA:

CAMACHO GUZMÁN DEYANIRA

DIRECTOR DE TESIS: MTRA. MARÍA LUISA BRAIN CALDERON



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A DIEGO Y RODRIGO

Por ser la razón de luchar cada día para ustedes.

A MI MADRE

Por todo el amor, apoyo y comprensión para poder concluir esta etapa en mi vida y por la gran herencia que me dio al enseñarme a trabajar por lo que se quiere para ser un gran ser humano y dar al prójimo lo mejor de mi.

A LA ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

Por formarme como una persona que tiene la capacidad de poder sentir la necesidad humana, por aprender a luchar por las causas justas con conocimientos sobre las diferentes situaciones sociales que se presenta.

AL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS.

Por haberme dado la oportunidad de realizar este trabajo con todas la facilidades para desarrollarlo, así como a cada una de las personas que me apoyaron para poder lograrlo, además de darme la oportunidad de poderme desempeñar como un integrante más de el grupo de Trabajo Social.

A MI DIRECTORA DE TESIS.

Mtra. María Luisa Brain Calderón, gracias por haberme apoyado con este trabajo, por sus comentarios, por haberme dado la oportunidad de trabajar con usted, por enseñarme el amor hacía el trabajo social, a nuestros pacientes, a ser asertivo con las prioridades, gracias por todo su apoyo.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
-------------------	---

CAPITULO I TUBERCULOSIS PULMONAR

1.1 Etiología.....	3
1.2 Diagnóstico.....	3
1.3 Tratamiento.....	4
1.4 Programa de Control de Tuberculosis y Estrategia TAES.....	5
1.5 Marco Legal.....	8
1.6 Situación epidemiológica y social de la tuberculosis pulmonar en México.....	10
1.7 Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.....	

CAPITULO II EDUCACIÓN PARA LA SALUD

2.1 Concepto.....	17
2.2 Teorías.....	19

CAPITULO III EVALUACIÓN DE PROGRAMAS SOCIALES

3.1 Definición de la evaluación.....	23
3.2 Principios básicos de la evaluación y etapas de la evaluación.....	24
3.3 Tipos de evaluación	25
3.4 Evaluación impacto-beneficio.....	27
3.5 Metodología.....	28

CAPITULO IV INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL CON ENFERMOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR

4.1 Definición de Trabajo Social en Salud.....	32
4.2 Perfil profesional.....	36
4.2.1 Objetivos.....	37
4.2.2 Funciones y actividades.....	37
4.3 Programa de Trabajo Social en la Clínica de Tuberculosis en el INER.....	38

CAPITULO V RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN PARA EVALUAR LA EFECTIVIDAD DEL TAES Y LAS ACCIONES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL INER.

5.1 Planteamiento del problema	42
5.2 Objetivos.....	42
5.3 Hipótesis.....	42
5.4 Metodología.....	42
5.5 Instrumentos.....	44

5.6 Representación de los resultados.....	44
5.7 Análisis de resultados.....	62
5.8Conclusiones.....	63
5.9 Propuestas.....	63
 BIBLIOGRAFIA.....	 65
 ANEXOS.....	 67

INTRODUCCIÓN

La pobreza, la falta de un diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado en los servicios de salud son algunas de las causas por las que la tuberculosis persiste como un problema de salud pública en México, tan sólo en el año 2004¹ afectó a 13 mil 526 personas. La forma más común de contagio ocurre a través de los microscópicos bacilos que permanecen en el medio ambiente, pues la persona infectada al toser o estornudar los propaga.

Aun cuando el tratamiento tiene un buen margen de respuesta cuando se aplica por primera vez, persiste el problema de que existen altos porcentajes de abandono o la administración de esquemas de tratamiento incompletos, lo cual resulta en la resistencia de la bacteria y la necesidad de fármacos más costosos. Todos estos factores que influyen en el éxito o en el fracaso de la estrategia de atención y vigilancia Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES), son nuestra motivación para evaluar las causas de abandono o dificultades sociales a las que se enfrentan los pacientes con tuberculosis pulmonar y que involucran tanto los tratamientos para recuperar la salud, como las medidas o mecanismos para disminuir las formas de contagio, así como la evaluación del impacto que tienen los procesos educativos que se establecen para promover y recuperar la salud, en lo que a tuberculosis se refiere.

El Programa Nacional de Salud (PNS) 2001-2006, se basó en el principio de que la salud es una condición indispensable para alcanzar una auténtica igualdad de oportunidades. Para lograr los objetivos del PNS se han considerado cinco estrategias sustantivas y cinco instrumentales. El programa de acción para la prevención y control de la tuberculosis se encuentra en la segunda estrategia sustantiva “reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres”. Bajo el término de rezago se ubican los daños a la salud evitables, generalmente relacionados con nutrición insuficiente, infecciones comunes y reproducción.

Desde 1993 y debido a que la enfermedad se ha asociado con el VIH/Sida (Virus de Inmunodeficiencia Humana) y con la aparición de cepas micobacterium tuberculosis resistentes a los medicamentos, se ha considerado por la Organización Mundial de la Salud como una emergencia a nivel mundial.

En México, se han identificado subregistros de casos con mayor asociación a la diabetes mellitus, desnutrición y adicciones entre las cuales principalmente está el alcoholismo, lo que ha venido a agravar el perfil de la enfermedad.¹

En el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, se han realizado diversas investigaciones para lograr una mejor atención a estos pacientes, al crear una unidad especializada para la atención en la Clínica de Tuberculosis; en ella se realizan entre otras acciones, las que integran el “Programa de Educación para la Salud, que tiene por finalidad modificar la conducta humana para que los individuos contribuyan a alcanzar bienestar y salud con su propio esfuerzo, es decir, se pretende a través de la educación lograr la colaboración de la sociedad en general y del enfermo en particular, en acciones dirigidas contra la tuberculosis”; además de valorar la importancia que tiene el cumplir con el tratamiento, lo que permite lograr una recuperación definitiva de la salud,

¹ Secretaría de Salud. Programa de acción : Tuberculosis. pág. 17

evitando recaídas y complicaciones mayores, además de aplicar medidas preventivas para evitar contagio en la familia y en la comunidad.²

La importancia que reviste la intervención del trabajador social como parte del equipo interdisciplinario de salud es en la coordinación y ejecución de acciones encaminadas a mejorar el aprendizaje de conocimientos, hábitos y costumbres favorables a la salud, en este caso enfocada a la prevención, diagnóstico oportuno y control de la tuberculosis pulmonar, y el presente trabajo surge a partir de que no se ha elaborado una evaluación de este programa y del impacto que representa para los usuarios del Instituto estas acciones para poder ver si se logran en los pacientes verdaderos cambios respecto a la enfermedad, a su diagnóstico, al tratamiento y a la recuperación de la salud.

²Tapia C.R., Ruiz M.C., Ferreira, G.E. *Epidemiología de la Tuberculosis en México. Temas de Medicina Interna : Tuberculosis. Asociación de Medicina Interna de México. págs 761-768*

CAPÍTULO I TUBERCULOSIS PULMONAR

1.1 ETIOLOGÍA

La tuberculosis pulmonar es un padecimiento ligado a la situación socioeconómica de la población, en los países pobres o en vías de desarrollo es un problema de salud pública y no hay un control eficiente de los enfermos; la detección es tardía y no es posible en muchos casos tener el tratamiento adecuado. La forma más común de contagio es a través del contacto directo, pues la persona infectada al toser y estornudar propaga de esta manera la bacteria hacia el medio lo que constituye la forma más común de contagio.³

El bacilo tuberculoso es una bacteria aerobia estricta, que puede reproducirse intracelularmente y que fácilmente desarrolla resistencia a las drogas antituberculosas. Es de crecimiento lento y se encuentra en el núcleo de las gotas de líquido que se expulsan con la tos. Su característica de ser aerobio estricto explica por qué el bacilo se reproduce fácilmente en las cavidades donde la tensión de oxígeno es elevada y lo hace más lentamente en las lesiones caseosas donde hay menos oxígeno.

1.2 DIAGNÓSTICO

Con frecuencia la tuberculosis pulmonar no produce manifestaciones clínicas. A pesar de esto, puede tener muchas presentaciones ya que la enfermedad tiene un espectro muy amplio de manifestaciones, que van desde la positividad cutánea sin evidencia radiográfica hasta la tuberculosis avanzada, también llamadas TB latente y TB activa. Por lo general los síntomas resultan leves y suelen atribuirse a otras causas como tabaquismo excesivo, trabajo extenuante, embarazo u otros padecimientos debilitantes hasta que la enfermedad avanza y alcanza una intensidad moderada o grave, de acuerdo con los cambios detectados en los estudios radiográficos. Los síntomas pueden ser de dos tipos: generales y respiratorio. El síntoma general más frecuente es la fiebre, inicialmente baja, que se vuelve más intensa conforme avanza la enfermedad. En forma característica, ésta se manifiesta durante las últimas horas de la tarde y es posible que no se acompañe de otros síntomas. Una vez que comienza a disminuir hay sudoración, lo cual sucede con frecuencia durante el sueño fenómeno conocido como "sudación nocturna".⁴ Puede haber otros signos de infección sistemática como malestar general, irritabilidad, astenia y adinamia, cefalea y pérdida de peso. Cuando aparecen zonas de necrosis caseosa y licuefacción, el paciente suele iniciar con tos y expectoración, que puede acompañarse de hemoptisis leve, la falta de alimento representa un indicador común. El único diagnóstico de certeza de la tuberculosis pulmonar (TBP) es el aislamiento de *Mycobacterium tuberculosis* en una muestra clínica del enfermo. Por ello, se deben realizar todos los esfuerzos posibles para obtener muestras válidas que sean analizadas para la baciloscopia y cultivo. Estas técnicas son altamente específicas, pero tiene la limitación de su baja sensibilidad en las formas iniciales de la enfermedad. La

³ Benenson. S. Abram, Manual para el control de las enfermedades transmisibles. Organización panamericana de la salud. pág. 473

⁴ Caminero JA. Guía de la Tuberculosis para Médicos Especialistas. Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (UICTER). págs. 321-334

otra gran herramienta diagnóstica de la TB es la radiografía de tórax, técnica no muy específica, pero de una elevada sensibilidad en pacientes inmunocompetentes con tuberculosis pulmonar. Por lo tanto, como técnica de elevada sensibilidad, la radiografía de tórax se debe realizar a todos los pacientes que se sospeche de TBP, como en todos aquellos que tosen y/o expectoran durante más de 2-3 semanas. Aunque la tuberculosis ocupa un lugar bajo entre las enfermedades transmisibles en cuanto a infecciosidad por unidad de tiempo de exposición, la exposición prolongada de algunos contactos, en especial de miembros de familia en el hogar, puede ser que el riesgo de contraer la infección llegue a ser de un 80% y que sea de 1 a 5 % la posibilidad de que la infección termine por causar la enfermedad en el término de un año. Otro factor de riesgo es el hacinamiento entre personas congregadas en lugares cerrados como son los asilos, albergues para personas sin hogar, cárceles.

1.3 TRATAMIENTO

La eficacia del tratamiento contra la tuberculosis pulmonar (TBP) es bastante buena. Sin embargo, es de importancia vital que las personas tomen por completo los medicamentos para poder eliminar todas las bacterias de la TBP y prevenir el desarrollo de la resistencia a los medicamentos, o la recurrencia de la enfermedad de la TBP activa. Por lo general, se le pide a las personas en tratamiento que vean a sus médicos por lo menos una vez al mes, y posiblemente con una mayor frecuencia al comienzo del tratamiento. Esto es para revisar si los medicamentos están funcionando, identificar problemas de adherencia al tratamiento y monitorear los efectos secundarios o las reacciones adversas. El tratamiento para la TBP y en otros órganos es el mismo (tratamiento primario o acortado) y por lo general dura seis meses, aunque para la TBP ampliamente diseminada se puede requerir un tratamiento de mayor duración. Si por cualquier razón se omiten dosis del tratamiento contra la TBP, es probable que no responda rápidamente al curso normal de la terapia, podría necesitar continuar bajo tratamiento durante nueve meses o más. Los síntomas de la TBP activa por lo general se alivian a las 3 ó 4 semanas después de comenzar el tratamiento. Cuando una persona ha tenido consecutivamente tres pruebas de frotis negativas, se le considera que ya no es infecciosa, es decir, no puede infectar a otros con la TBP. Esto es a los 20 días, a un mes después de comenzar el tratamiento contra la TBP.

1.4 PROGRAMA DE CONTROL DE TUBERCULOSIS Y TRATAMIENTO ACORTADO ESTRICTAMENTE SUPERVISADO (TAES).

La OMS a través de Programa de Control de Tuberculosis y la estrategia TAES, busca disminuir el impacto de la tuberculosis en la población, lo que implica que el personal de salud, co-responsable con el paciente que padece de TBP para asegurar que tome puntualmente cada dosis de su tratamiento. La Norma Oficial Mexicana para el Control de la Tuberculosis en la Atención Primaria a la Salud señala, respecto del TAES que es: “el que administra el personal de salud o personal comunitario capacitado por personal de salud, quien debe de confirmar la ingesta o deglución del fármaco para garantizar el cumplimiento del tratamiento”⁵

El programa requiere sensibilizar al paciente mediante una comunicación efectiva de información y educación, por lo que es importante que el paciente tenga confianza en el programa y en su recuperación. Además de garantizar todos los insumos necesarios para el diagnóstico y tratamiento de casos, laboratorios, donde poder tener como resultado la observación eficaz del tratamiento y reducir el abandono al mismo. “Es evidente la necesidad de que todos los casos ingresen al tratamiento y tengan un seguimiento personalizado, ya que es importante considerar que hasta el año 2000 aproximadamente 10 a 13 % de los casos que inician tratamiento no se cura, lo que mantiene activa la transmisión de la enfermedad y favorece la aparición de farmacoresistencia.”⁶

La tuberculosis es aún la primera enfermedad infecciosa como causa de muerte. Un tercio de la población del mundo ya ha sido infectada y esta en riesgo de enfermar durante el resto de su vida; este riesgo se incrementó varias veces si además se infecta con el virus del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y la Diabetes. Se estima que cerca de nueve millones de personas enferman anualmente de tuberculosis, y que cada enfermo transmitirá la infección a 10 ó 15 personas si no reciben tratamiento. En la década actual, múltiples gobiernos y organismos internacionales han reconocido la seriedad del problema. En 1993 la Organización Mundial de la Salud declara a la tuberculosis como una emergencia mundial. A la tuberculosis se le asocia con la pobreza, y el 95% de las muertes se producen en países en desarrollo. Sin embargo, todas las clases sociales están expuestas y todos los países se ven afectados por la tuberculosis.

En este contexto se puede decir que la tuberculosis se asocia a inadecuados programas de control, que no garantizan la curación de las personas enfermas como producto de los bajos recursos económicos dedicados a combatir el problema. La actual estrategia de la OPS/OMS dirigida al control de la tuberculosis, conocida como:

Tratamiento Acortado Directamente Supervisado (DOTS/TAES) contempla los siguientes elementos:

⁵ Manual de Movilización Social y Educación comunitaria pág. 56

⁶ Secretaría de Salud .Programa de Acción: Tuberculosis. págs 9-10

- Compromiso político del gobierno de garantizar los recursos necesarios para el control de la tuberculosis, a través del suministro regular de medicamentos e insumos de laboratorio, en todos los servicios o unidades de salud.
- Organización de la detección, diagnóstico y tratamiento de casos.
- Diagnóstico mediante el examen de esputo en los pacientes con síntomas respiratorios (tos y expectoración) que acuden a los servicios de salud.
- Tratamiento acortado con observación directa de la toma de medicamentos.
- Sistema de información oportuno para el registro y seguimiento de los pacientes hasta su curación.
- Capacitación, supervisión y evaluación.

En México, la resistencia bacteriana a uno o más de los medicamentos antituberculosis es un factor limitante para garantizar la curación de los pacientes y por ende el control de la enfermedad. Se estima que cada año los casos nuevos de tuberculosis resistente presentan de 2.5 a 2.9% de los casos; para la isoniacida se estima resistencia primaria de 12% y secundaria de 56%. Cuando un microorganismo del complejo micobacterium tuberculosis aislado de un enfermo, no es susceptible a la acción de uno o varios fármacos antituberculosis, se considera **farmacorresistencia**; cuando no es susceptible a isoniacida ni a rifampicina administrados en forma simultánea se considera **multifarmacorresistencia (MFR)**.²

La MFR ocurre como resultado de un error humano por:

Prescripción incompleta o inadecuada de quimioterapia

Prescripción de un fármaco suplementario en caso de fracaso o recaída, en un paciente que ha estado en tratamiento, lo que equivale a una monoterapia.

Empleo de medicamentos o combinaciones de ellos con eficacia no demostrada

Fármacos de mala calidad. A partir de 1999, con el replanteamiento del Programa y aunque la tuberculosis Multifarmacorresistencia (TbMFR) no es la prioridad del mismo, se reconoce a esta como un problema que requiere atención; para ello se han integrado estrategias donde atender y prevenir mayores problemas en el futuro.

El objetivo de la estrategia del Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES-PLUS) es acortar la cadena de transmisión de la TbMFR con mecanismos efectivos.

Las líneas de acción de TAES-PLUS son:

Detección oportuna: evaluación clínico epidemiológica de casos que fracasaron al retratamiento, o contacto de casos con TbMFR.

Diagnóstico mediante laboratorio con aislamiento de micobacterium tuberculosis y prueba de susceptibilidad a fármacos.

Evaluación de casos complicados, por el Comité Estatal de Farmacorresistencia (COEFAR), el cual dictamina el plan de tratamiento y seguimiento estricto.

² Secretaría de Salud. Guía Para la atención de pacientes con Tuberculosis Multifarmacorresistente. pág. 10

Tratamiento mediante un esquema estándar supervisado de manera obligatoria por personal de salud.

Control y evaluación del tratamiento: clínico y bacteriológico cada mes; radiológico al 3°, 6°, 12° y 18° mes; y cultivo al 6°, 9°, 12°, 15° y 18° mes.

Vigilancia epidemiológica; notificación, estudio epidemiológico y seguimiento de casos o defunciones y análisis de la información.

Grupo Nacional de Asesoría en Multifarmacorresistencia, en apoyo de las acciones y definiciones de TAES-PLUS, coordinado por el Programa de Tuberculosis, e integrado por médicos especialistas, expertos en el diagnóstico y tratamiento de la TbMFR y comprometidos con dicho programa.

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias apoya la atención de TbMFR con asesoría y capacitación en MFR, así mismo, otorga la atención de referencia de pacientes complicados o fracaso a tratamiento estandarizado o MFR enviados a través de los Servicios Estatales con el dictamen del COEFAR, para ser evaluado y asesorar tratamiento individual. Para prevenir la ocurrencia de superfarmacorresistencia (resistencia a fármacos de segunda línea), se han definido requisitos mínimos para la aplicación de TAES-PLUS:

Integración del Comité Estatal de Farmacorresistencia que el área donde será atendido el paciente sea área TAES 100%. Tener acceso a pruebas de susceptibilidad y asegurar seguimiento bacteriológico.

Garantizar Tratamiento Estrictamente Supervisado

Disponer de la totalidad del tratamiento a su inicio, no iniciar en enfermos con riesgo de abandono, alcoholismo u otra adicción, trastorno psiquiátrico o sin residencia fija.

Cumplir los tratamientos acordes al Programa: 1) primario, para caso nuevo, 2) retratamiento, para fracaso del tratamiento primario, reconquista de segundo abandono, recaída o farmacorresistencia que no sea MFR, 3) estandarizado de segunda línea, para casos MFR, 4) individualizado, fracaso a tratamiento estandarizado.

Tratar de curar a un paciente portador de una cepa resistente es un reto técnico, médico y social, sobre todo si consideramos los siguientes aspectos:

El costo del tratamiento individualizado de un caso de tuberculosis multifarmacorresistente (TbMFR), puede ser hasta de 180 mil pesos.

La eficacia menor de los fármacos antituberculosos de segunda línea.

El tiempo prolongado de tratamiento, que puede durar hasta dos años.

Los efectos adversos son más severos que con los fármacos primarios y por consiguiente es más difícil mantener la adherencia del paciente al tratamiento.

El costo elevado de los métodos de diagnóstico necesarios y el difícil acceso a ellos. La necesidad de atención médica especializada para las diferentes complicaciones ocasionadas por la enfermedad o por reacciones adversas.

El programa con apoyo de expertos nacionales e internacionales ha definido las pautas para el tratamiento y el retratamiento de los casos de tuberculosis en México, las cuales se fundamentan en tres bases bacteriológicas: primera, la asociación adecuada de fármacos evita la selección de cepas mutantes resistentes y disminuye el riesgo de inutilizar medicamentos antituberculosis de primera línea; segunda, tratamiento por seis meses que disminuye la capacidad infectante del bacilo, permite evitar las recaídas y la selección de resistencias; tercera, administración del tratamiento en monodosis que garantizan picos séricos efectivos del fármaco y facilita la supervisión del mismo.

1.5 MARCO LEGAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que a nivel mundial un tercio de la población está infectada por el Mycobacterium Tuberculosis; cada año se estima una ocurrencia cercana a 8 millones de casos nuevos y 1.5 millones de defunciones por tuberculosis. En tanto que en México, en el año 2003 se diagnosticaron alrededor de 17 mil casos nuevos y casi 2,500 defunciones por esta causa. Al igual que en otros países, la epidemia de VIH/SIDA, la diabetes, la desnutrición, las adicciones y la resistencia fármacos antituberculosis agravan el panorama epidemiológico de la tuberculosis en México.

Aunque en México la tuberculosis farmacorresistente representa una pequeña proporción del total de los enfermos, no deja de ser un problema permanente, por lo que se debe tener en cuenta debido a los múltiples factores que la condicionan y al problema terapéutico que representa. El otorgamiento de un régimen eficaz de quimioterapia acortado, estrictamente es la principal estrategia que garantiza la curación y en consecuencia previene la aparición de casos de resistencia bacteriana.

En México, la Secretaría de Salud realizó el Programa de Acción y Control de la Tuberculosis tiene como prioridad focalizar y reforzar las acciones necesarias para la detección, prevención y tratamiento oportuno en las áreas de mayor riesgo. Por tal motivo las instituciones de salud han unificado los criterios de lucha para conformar un solo frente ante este problema de salud.³

1. Objetivo y Campo de aplicación

1.1 La Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud, tiene por objeto uniformar los criterios que permitan establecer los procedimientos y lineamientos para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud.

1.2 Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria para todo el personal de salud, público, social y privado en las unidades de atención médica del Sistema Nacional de Salud.

2. Referencias

Para la correcta aplicación de esta Norma es necesario consultar la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud de la OPS/OMS en su 10° Revisión, además de las siguientes Normas Oficiales Mexicanas:

2.1 NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

2.2 NOM-017-SSA2-1994, Para la vigilancia epidemiológica

2.3 NOM-031-SSA2-1998, Para La Atención a la salud del niño.

2.4 NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico.

³ Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana. pág. 7-8

2.5 NON-036-SSA2-2002, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano.

Clasificación, Registro y Notificación.

La clasificación de esta Norma Oficial Mexicana se apega a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud de la OPS/OMS en su 10º, revisión, en la codificación de la tuberculosis de la A15- A19.

Todo caso de tuberculosis codificado del A15-A19, debe registrarse en los establecimientos para atención médica de los sectores público, social y privado, por medio de un expediente clínico, tarjeta de tratamiento, cuaderno de registro y seguimiento y ser notificado a la Secretaría de Salud de acuerdo a lo establecido en la NOM-017-SSA2-1994.

La vigilancia epidemiológica de la tuberculosis se sustenta en lo establecido en la NOM-017-SSA2-1994.

La operación del subsistema de vigilancia epidemiológica de la tuberculosis se sustentará en el manual de vigilancia correspondiente, el cual deberá contar con los elementos técnicos y metodológicos necesarios para orientar su aplicación en todos los niveles e instituciones del SINAVE, de acuerdo con lo establecido en la NOM-017-SSA2-1994.

La vigilancia epidemiológica de la mortalidad por tuberculosis pulmonar y tuberculosis meníngea se sustenta en lo establecido en la NOM-017-SSA-1994.

Los componentes de información, laboratorio, vigilancia de la mortalidad y capacitación para la vigilancia epidemiológica de la tuberculosis deben estar basados en la NOM-017-SSA2-1994.

La tuberculosis meníngea es de notificación inmediata dentro de las siguientes 24 horas de que se tenga conocimiento del caso y tendrá que acompañarse del estudio epidemiológico correspondiente, por su parte la tuberculosis del aparato respiratorio y otras formas son de notificación semanal y mensual y requieren estudio epidemiológico, conforme a lo establecido en la NOM-017-SSA2-1994.⁴

⁴ Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana. Pág. 15-16

1.6 SITUACION EPIDEMIOLOGICA Y SOCIAL DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN MÉXICO.

La tuberculosis es un mal ligado a la pobreza, y en países pobres o en vías de desarrollo es un problema de salud pública, y no hay un control eficiente de las personas contagiadas; la detección es tardía y no es posible en muchos casos dar un tratamiento adecuado, haciendo que el riesgo de contagio sea más alto. Para las personas con esta enfermedad se relaciona una serie de condiciones ambientales que influyen para su desarrollo ya que únicamente una de cada 10 personas infectadas desarrollará realmente la enfermedad pudiendo infectar a una media de entre 10 y 15 personas más al año quienes se encuentran principalmente en condiciones de una pobre alimentación, defensas bajas del organismo, condiciones de hacinamiento o, haber estado en un lugar cerrado donde hubo un enfermo e inhalar el aire contaminado. Éstas son las causas principales para contraer la enfermedad o bien haber sido fumador ya sea activo o pasivo, crean una predisposición a enfermarse de las vías respiratorias y por tanto el desarrollo de la enfermedad.⁵

MORBILIDAD Y MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS PULMONAR EN LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 1990-2000

AÑO	CASOS NUEVOS	TASA	DEFUNCIONES	TASA
1990	12 242	14.7	5 452	6.5
1991	12 554	14.7	4 691	5.5
1992	11 855	13.6	4 508	5.2
1993	12 370	13.9	4 269	4.8
1994	13 450	14.9	4 269	4.5
1995	17 157	18.7	4 099	4.4
1996	16 995	18.2	4 023	4.2
1997	19 577	20.6	3 976	3.8
1998	18 032	18.7	3 666	3.7
1999	16 881	17.2	3 240	3.3
2000	15 649	15.7	2 583	2.6

Fuente: DGE/SSA. *tasa por 100 000 hab. **información preliminar SEED/SSA.

La mortalidad por tuberculosis pulmonar ha descendido en los últimos años, en 1999 ocupó el lugar número 19 con 3.3 por cada 100 000 habitantes, siendo la segunda causa de muerte ocasionada por un solo agente etiológico (sólo superada por el VIH/SIDA) y el 95% de las defunciones ocurre en mayores de 15 años, población económicamente activa. Los últimos 10 años, el Estado de la República Mexicana con la mortalidad más alta ha sido Chiapas.⁶

En México se observa una incidencia que se ha incrementado en los últimos 5 años, apreciándose un aumento del 24% en el número de casos y la tasa de morbilidad se modificó del 14 al 18.7 casos por cada 100 000 habitantes. El 50% del total de los casos registrados en el último año 2006-2007, se

⁵ Rev. Inst. Nal. Enf. Resp. Mex. La tuberculosis pulmonar en un grupo de pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Un enfoque antropológico. Pág.28-29

⁶ Secretaría de Salud. Programa de Acción: Tuberculosis. Pág. 9-29

concentran principalmente en 10 entidades federativas.⁷ Por primera vez la Secretaría de Salud reconoce que al año se registran 15 mil nuevos casos. Tan solo en el año 2003 esta enfermedad causo la muerte a 2 mil 100 personas en el país habiéndose mantenido durante los últimos diez años, la morbilidad por tuberculosis pulmonar en una tendencia estacionaria, ascendente de 1994, alcanzando una cifra máxima de 20.6 casos por 100 000 habitantes en 1998 para descender hasta 15.6 casos por 100 000 habitantes en el año 2000. Durante el año 2000 se registraron 15 649 casos de tuberculosis pulmonar que correspondió a una morbilidad acumulada de 15.6 por 100 000 habitantes. En este año las cifras estatales de morbilidad tuvieron como cifra inferior 3.03 por 100 000 en el estado de Tlaxcala y como cifra máxima 38 por 100 000 en Veracruz, Nuevo León, Nayarit, Sinaloa, Tabasco, Chiapas y Colima. Y los estados con menor morbilidad fueron Tlaxcala, Zacatecas, Guanajuato, Estado de México Distrito Federal, Michoacán, Yucatán, Aguascalientes, Puebla y Jalisco. No se observa diferencia por género, el grupo de edad más afectado es el de la población en edad productiva quienes son los que presentan mayor riesgo de desarrollar la enfermedad; las enfermedades que se asocian con mayor frecuencia a la tuberculosis son la Diabetes Mellitus, la infección por VIH/SIDA, siendo en estos pacientes VIH-positivos sin tratamiento la principal causa de defunciones. La variación de las tasas de morbilidad, implica que la detección y el diagnóstico de casos no es de la misma intensidad cada año ya que depende del Programa de Control de la Tuberculosis y de la notificación que realizan las unidades de salud.

Las actividades de prevención y control de la tuberculosis se iniciaron en México durante la primera década del siglo XX fundándose así, en el Hospital General de la Ciudad de México, un pabellón para la atención de enfermos. En 1918 se fundó en el Distrito Federal el primer dispensario antituberculosis y en 1928, el Dr. Manuel Gea González presentó al Departamento de Salubridad un programa de trabajo para organizar la Lucha Antituberculosis en el país; consideraba actividades preventivas de docencia, asistenciales, así como un proyecto para la producción y aplicación de vacuna BCG.

En 1934 se creó por Decreto Presidencial la Campaña de Lucha contra la Tuberculosis, con un enfoque epidemiológico, estableciendo normas de quimioterapia, y regularizando la prescripción de medicamentos y procedimientos de diagnóstico. En la Secretaria de Salubridad y Asistencia, en 1936 se inició el Sanatorio para Enfermos de Tuberculosis de Huipulco, actualmente conocido como Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER).

En 1939 se estableció el Comité Nacional de Lucha Contra la Tuberculosis y en 1949 se inauguró el laboratorio productor de la vacuna BCG, con el auspicio de este Comité. La Secretaria de Salubridad y Asistencia inició en 1966 la campaña de vacunación indiscriminada con la BCG a la población escolar. Entre 1964 y 1969, como parte de esta campaña, se realizaron en el país acciones de pesquisa radiofotografía entre la población, las cuales tuvieron una amplia cobertura con la finalidad de apoyar el diagnóstico fundamentado en hallazgos radiológicos. En los años setenta, la Campaña de la Lucha contra la Tuberculosis adoptó una estructura vertical, que continuó así hasta la década de los ochentas, cuando se transformó en un programa horizontal.

⁷ Fuente: Historia de la Tuberculosis//A:/Tuberculosis.htm

El uso de drogas combinadas potencializa la curación del paciente. En 1982 se introdujo el esquema de tratamiento primario de corta duración con la administración de tres fármacos: isoniacida, rifampicina y pirazinamida, con reducción del período de tratamiento de 12 a 6 meses. A partir de 1986 se inició el tratamiento con fármacos combinados en una sola tableta (isoniacida, rifampicina y pirazinamid) , que comprobó una eficacia mayor al 90% de curación, lo que previene la fármaco resistencia al evitar la monoterapia.

El 26 de enero de 1995 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la NOM-006-SSA2-1993 para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud. En el mismo año se llevó a cabo la evaluación anual conjunta del Programa de Prevención contra la Tuberculosis con la participación del Gobierno de México y de la OPS/OMS. Como resultado, se recomendó la instrumentación de la Estrategia de Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES) para mejorar las tasa de curación, reducir la morbilidad, la mortalidad y la transmisión del padecimiento, la cuál se inicio en 1996 en 6 áreas demostrativas, localizadas en los estados de Chiapas, Jalisco, Nayarit, Sonora, Tamaulipas y Veracruz, en noviembre de 1996 y con posterioridad a su evaluación, dio inicio la estrategia TAES en áreas específicas de las 32 entidades federativas. En 1997 el Programa de Reforma del Sector de Salud definió 12 programas sustantivos, uno de ellos el Micobacteriosis, responsable de las acciones de prevención y control de la tuberculosis. En 1999, como resultado del diagnóstico de la operación del Programa, se decidió fortalecer las acciones, lo que hizo necesario integrar las estrategias relacionadas con la focalización de municipios de riesgos, acciones de promoción de la salud, vigilancia, en cuya elaboración participaron las distintas instituciones del sector salud con representación del IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEDEMAR, así como el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, INNSZ, Centro Médico Siglo XXI y La Raza, Hospital General de México, INP, INPer, e instituciones académicas como la UNAM, IPN y la Asociación Mexicana de Infectología.

En el año 2000, con el replanteamiento del Programa, y aunque la tuberculosis multifarmacorresistente (TBMFR) no es la prioritaria se reconoce como un problema que requiere atención; por ello en el Programa se integraron estrategias para atender y prevenir mayores problemas en el futuro. Se inició la integración de un Comité Estatal de Fármaco resistencia (COEFAR) en cada entidad federativa y un grupo asesor en el nivel nacional, con expertos clínicos, con la finalidad de apoyar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de todos los casos con sospecha de multifarmacorresistencia, definiendo los criterios para la atención de calidad a estos pacientes, que ha denominado TAES-Plus.

Cada año, el 24 de marzo se celebra el “Día Mundial de Lucha Contra la Tuberculosis”, fecha que corresponde al descubrimiento del Mycobacterium tuberculosis por Roberto Koch en 1882. Este día se realizan conferencias, simposios, talleres, cursos para personal de salud eventos escolares; y por lo que se refiere a los servicios de salud, actividades de promoción a través de medios masivos de comunicación, todos ellos con la participación de las autoridades nacionales, estatales, jurisdiccionales y municipales.

El PNS 2001-2006, se basa en el principio de que la salud es condición indispensable para alcanzar la auténtica igualdad de oportunidades. Para el logro de los objetivos del PNS se han considerado cinco estrategias sustantivas y cinco estrategias instrumentales. El programa de acción para la prevención y

control de la tuberculosis se encuentra en la segunda estrategia sustantiva “reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres”. Bajo el término de rezago se ubican los daños a la salud evitables, generalmente relacionados con nutrición insuficiente, infecciones comunes y reproducción; en donde la pobreza es una condición socioeconómica en la cual las personas viven con muy bajos niveles de bienestar en el consumo individual o familiar de alimentos, vivienda, vestido, artículos del hogar; acceso a servicios básicos como salud, educación, agua potable, alcantarillado, recolección de basura, energía y transporte público.⁸ Aunado para agudizar el mal, la vacuna está perdiendo efectividad por la resistencia de la bacteria, actualmente la dosis sólo puede proteger al 50 por ciento de la población mexicana. El investigador del IPN Alberto González explicó que la bacteria sólo alcanza a desarrollarse en el 10 por ciento de la población (infectada), el otro 90 por ciento no contrae el mal, pero si padece desnutrición, tiene VIH o su sistema inmune está debilitado se desencadena de inmediato la tuberculosis. Siendo los pobres 2.6 veces más susceptibles de contraer la enfermedad, afecta a los grupos económicamente más activos y puede conducir, en el caso de las familias de escasos recursos económicos dependientes de un único sostén que cae enfermo, aun deterioro económico y un mayor empobrecimiento. Concibiendo esta pobreza no solo en una falta de dinero, si no también, en la de acceso a los servicios básicos de salud ya que la mayoría de las personas no cuentan con un seguro médico, por lo que tiene que desembolsar de su gasto para la atención médica de manera particular lo que hace que las complicaciones económicas de la familia sean aun más difíciles, puesto que si el enfermo es el proveedor económico se deja de recibir el ingreso lo cual puede empeorar su condición financiera, así como una desintegración social generalizada como resultado de los altos costos; es frecuente observar que los pacientes opten por postergar la atención médica e incluso, en situaciones extremas, decidan renunciar a la misma. La tuberculosis inflige dificultades económicas a individuos, familias y comunidades. En México, al igual, que en otros países, el problema de VIH/SIDA , la diabetes mellitus, la desnutrición y la adicción a sustancias tóxicas, son una condición que ha venido a complicar aun más la situación de la tuberculosis, a cobrando un especial interés debido al gran impacto que tiene en la salud de la población.

⁸Flores. Alonso María de Lourdes. La Medición de la Pobreza. Centro de estudios y de opinión pública. pág. 2-5

1.7 INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

ANTECEDENTES

Actualmente el INER forma parte de los 10 Institutos Nacionales de Salud de México, fue fundado en 1936, durante la presidencia del General Lázaro Cárdenas con el nombre de Sanatorio para Enfermos Tuberculosos de Huipulco. Aquí se formaron las primeras generaciones de tisiólogos del país y se atendieron pacientes tuberculosos con los medios que existían entonces.

Según los procedimientos hospitalarios de los años 30s, los enfermos eran colocados frente a las ventanas del pabellón para que respiraran el aire del bosque de Tlalpan. Para 1937 se atendía en promedio a 166 enfermos, pero el crecimiento de la población y la condición epidémica de la TB fueron exigiendo el uso de un mayor número de camas debido a que el tratamiento en esa época requería de hospitalizaciones prolongadas, inclusive por años.

En 1959 cambia su nombre a Hospital para Enfermedades Pulmonares de Huipulco, ampliando su cobertura a pacientes con otras enfermedades pulmonares y formando las primeras generaciones de especialistas en Neumología. En 1975, se convierte en el Instituto Nacional de Enfermedades Pulmonares agregando a sus tareas la investigación.

Desde 1982 funciona como unidad desconcentrada de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, ahora Secretaría de Salud, y conforme al decreto Presidencial (14 enero del 82), se crea el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias como organismo descentralizado del Gobierno Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propio. Ubicado en la calzada de Tlalpan - 4502, Colonia Sección XVI, Delegación Tlalpan.

Tiene como Misión mejorar la salud respiratoria de los individuos y las comunidades a través de la investigación, la formación de recursos humanos y la atención médica especializada. Y una visión de el INER debe ser la entidad nacional normativa en salud respiratoria y el principal sitio de enseñanza, investigación, promoción y atención de alta especialidad, con competitividad nacional e internacional

Sus objetivos son:

1.- Desarrollar y promover investigación básica y aplicada para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades respiratorias.

2.- Impartir enseñanza de posgrado a profesionales de la medicina y contribuir a la formación del personal de enfermería, de técnicos y auxiliares en el campo de las enfermedades respiratorias.

3.- Proporcionar consulta externa y hospitalaria a pacientes que ameriten tratamiento especializado en materia de enfermedades respiratorias.

4.- Asesorar a unidades médicas y centros de enseñanza para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades respiratorias.

5.- Realizar y promover eventos y reuniones de carácter nacional e internacional para intercambiar experiencia y difundir los avances que logren en su área de acción

En 1989 en el informe de labores del INER se crean metas prioritarias para el año 1990 dentro de las cuales comprendían:

1.-Establecer una Unidad de Investigación Epidemiológica en tuberculosis, ubicada en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y desarrollar un programa supervisado de tratamientos acortados en tuberculosis. Este proyecto lo coordinaron las doctoras: Lucinda Pico y Leticia Olmos del INER y los doctores D.Enarson, profesor del Departamento de Medicina Pulmonar en Edmonton y Edwar Allen, Director Provincial de la División de Control de la Tuberculosis del "Chest Willow Hospital".

2.-El programa de Tuberculosis surge a partir de la visita del Dr. Enarson en el mes de junio, quién impartió una conferencia el INER sobre "La problemática de la Tuberculosis en Canadá". En coordinación con la Dra. Lucinda Pico se estableció relación con el Programa Nacional contra la tuberculosis dependiente de la Dirección General de Medicina Preventiva de la SSA y se diseñó y aprobó un protocolo de tratamiento acortado de 6 meses que abarcaba a 100 pacientes con TB en el estado de Veracruz.

3.-Así mismo se emprendieron las bases para el desarrollo de una unidad de investigación epidemiológica en tuberculosis en el INER, con el diseño de tres protocolos iniciales, dos de carácter socio-médico y uno de investigación con tratamiento antituberculosos ultra acortado (5 meses). Por otro lado se aprobó la visita del Dr. Miguel Angel Salazar Ledesma del INER por un periodo de 3 meses en el "Chest Willow Hospital" en donde trabajó diferentes aspectos relacionados con la tuberculosis. Su anfitrión fue el Dr. Edward Allen, director Provincial de la División de Control de la TB. Así mismo, y también en coordinación con el INER, el Instituto de Salud Pública envió a la Dra. Lucia Yañez por un año al "Children Hospital" con el objeto de fortalecer el conocimiento sobre infecciones respiratorias agudas en niños. Para 1990 inicia sus operaciones la Clínica de Tuberculosis, con lo que se logró la conjugación de las actividades sustantivas del Instituto en las áreas de investigación, enseñanza y atención médica. En 1991 la Lic. en T.S. Susana Rivera de la Garza, como parte del intercambio académico en apoyo al programa de tuberculosis fue becada en la Universidad de British Columbia en Vancouver Canadá, durante 3 meses. Y en 1992 La Lic. Lourdes García Flores también, quienes en dichos años colaboraban en la Clínica de Tuberculosis del INER.

Durante el curso del año 1991 se realizó la coordinación con las jurisdicciones sanitarias del DF. y los encargados del Programa Nacional contra la Tuberculosis en los estados de Morelos, Estado de México, Puebla, Hidalgo, Guerrero y San Luis Potosí para el seguimiento epidemiológico de los pacientes con tuberculosis.

Una vez que la Clínica de Tuberculosis inició sus operaciones, el área de Trabajo Social formó parte de equipo multidisciplinario (médico, trabajador social, nutrióloga, enfermería), manteniendo una estrecha organización y coordinación respecto al seguimiento de los casos bajo una atención integral, durante este tiempo se trabajaba en coordinación con los Centros de Salud por medio de llamadas telefónicas y juntas bimestrales que tenían como objetivo

conocer el procedimiento de trabajo de cada institución de primer nivel ante la problemática de la Tuberculosis. Por otro lado se realizaban informes mensuales de los pacientes referidos a nivel delegacional para así tener un control de éstos.

En el año 2001 la clínica atendía aproximadamente 500 casos nuevos por año de los cuales 50 son multifarmacorresistentes, procedentes de diferentes estados de México. En este mismo año, fueron estudiados 400 contactos de tuberculosis y se les prescribió quimioprofilaxis a 100.⁹

⁹ Cárdenas De la Peña, Enrique. 1986. De Sanatorio Huipulco a Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Cincuenta años. INER. México.

CAPITULO II

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Para este capítulo es importante mencionar que la humanidad desde sus orígenes ha buscado su bienestar para poder funcionar como una sociedad sana en donde los hábitos, conocimientos y actitudes puedan servir para tener un proceso de aprendizaje encaminado a modificar estas costumbres y lograr buenos hábitos de salud en la comunidad y en sus individuos.

2.1. Conceptos de Educación para la Salud.

Establecer una relación entre educación y salud nos hace situar los términos dentro de un marco conceptual que permita visualizar la relación que se da entre ambos.

- La educación es un proceso de creación o transmisión de información, y cuyo protagonista es el hombre que asimila tal información, existe la Teoría de la Educación que realiza un pensamiento dirigido a describir, explicar, intervenir, modificar y optimizar los procesos de transmisión y creación de información en el hombre.
- Educación: En el sentido más amplio del término se identifica con la socialización, en cuanto a proceso de transmisión de valores, normas, creencias y comportamientos. En el sentido más restringido, el término educación designa todo acto de acción intencional, sistemática y metódica que el educador realiza sobre el educando para favorecer el desarrollo de ciertas cualidades morales, intelectuales, físicas o culturales, que todo hombre o mujer posee en estado potencial.
- Salud: Es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

La educación para la salud es un proceso dinámico y permanente de acciones intencionales capaces de influir favorablemente en los conocimientos, conductas y hábitos de las personas, estimula su participación activa consciente y responsable para el autocuidado de su salud, la de su familia y la de su comunidad, además de que es una ciencia que permite capacitar a la población de procesos educacionales para que se proteja de los riesgos que ponen en peligro su salud para que desarrolle hábitos que mejoren sus condiciones generales y prolonguen su esperanza de vida.¹

La educación para la salud: se define como “la suma de todas nuestras experiencias y motivaciones que incrementan el conocimiento de la salud o influencia el comportamiento sano”. Son funciones prioritarias de la educación para la salud: el desarrollo de hábitos y costumbres saludables en la población; el cambio de los factores sociales que inciden negativamente sobre la salud; la promoción de cambios comportamentales en aquellos sujetos que en ciertas

¹ UNAM, 1992. Antología. Educación Para la Salud. México. pág. 7-11

conductas generan consecuencias que van en decremento de la salud; la modificación de los estilos de vida a cuyo término, de una u otra forma, aparece siempre la enfermedad; la promoción de que la salud es un valor que cada persona tiene la responsabilidad de custodiar y acrecentar, en lugar de transferirla a la comunidad.²

Se define también como un conjunto de acciones de información que tienen por finalidad modificar la conducta humana para que los individuos contribuyan a alcanzar el bienestar y salud con su propio esfuerzo, así como valorar y la importancia de cumplir el tratamiento para lograr una recuperación definitiva de la salud, evitando recaídas y complicaciones mayores, además de medidas preventivas para evitar contagio en la comunidad.

La educación para la salud adquiere su real dimensión al convertirse en una función crucial para el apoyo de las acciones de los programas de atención al paciente con tuberculosis, los cuales en general son mas informativos que educativos y el enfoque es más biológico que conductual. Por su parte, las interpretaciones de contagio y las prácticas preventivas del individuo se relacionan principalmente con el pensamiento empírico y análogo, factores simbólicos y de organización social, conceptos personales, creencias en poderes sobrenaturales y factores individuales y contextuales. Aun cuando se conoce que el comportamiento humano es un elemento indispensable para el éxito de los programas de educación para la salud, por lo general en la practica médica sólo se informa al paciente sobre la enfermedad y con ello se espera que los cambios de conducta se presente en consecuencia; sin embargo raras veces sucede así . El comportamiento está relacionado en la forma como las personas explican las causas de los eventos, esencia de la teoría de las atribuciones; las cuales proporcionan al individuo una percepción de la realidad del mundo y lo mantiene eficazmente en él.

Bases jurídicas en las que se sustenta la educación para la salud.

-La educación para la salud se orienta al cumplimiento del “Derecho a la Protección de la Salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4º Constitucional”

-El Plan Nacional de Desarrollo 2000-2006

-Ley General de Salud: En sus artículos 112 establece que “la educación para la salud tiene por objetivo: fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales y colectivas así como protegerse de los riesgos que pongan en peligro su salud”.

Artículo 113: “La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública y los Gobiernos de las Entidades Federativas y con la colaboración de las Dependencias y Entidades del Sector Salud, formulará, propondrá y desarrollará programas de Educación para la Salud, procurando optimizar los recursos y alcanzar una cobertura total de la población”.

2.2 TEORIAS

² Aquilino, Polaino Lorente. Educación para la Salud. pág. 56-57,1987.

Para este estudio exploratorio se tomará como referencia la Teoría Cognitiva, ya que lo que se pretende es que el programa de educación para la salud a través de los cursos que se imparten modifique los hábitos y costumbre de los pacientes a partir de la observación y la modificación de la conducta. Además de abordar aspectos de las teorías del aprendizaje social, y de la conductista.

TEORIA COGNITIVA (MALCOLM, PAYNE)

Explora la capacidad de las mentes humanas para modificar y controlar la forma en que los estímulos afectan a la conducta. De este modo la teoría del aprendizaje social, que estudia como aprende la gente en las situaciones social por medio de la observación y la modelación de la conducta, nos conduce directamente hasta la teoría cognitiva que se centra en cómo la conducta está guiada por la percepción y el análisis de lo que vemos. La percepción es un aspecto importante de la teoría cognitiva, ya que la forma de producirse las percepciones condiciona los pensamientos y las acciones que responden a las mismas. Goldstein adopta un punto de vista fenomenológico de la percepción asignándole el papel de determinante del concepto que la gente tiene de sí misma. Según él la percepción, es una serie de interacciones que tienen lugar en un contexto social como respuesta a un estímulo.³

El estímulo puede proceder de dentro o de fuera de nosotros; pero así como es un hecho objetivo, también se puede convertir dentro de nosotros en una representación subjetiva. La forma en que percibimos el estímulo depende de:

Lo bien que destaque de los otros estímulos que lo rodean, la cohesión y similitud que sus elementos tengan entre sí, lo permanente y consistente que sea, los contextos físicos o sociales determinarán la forma en que percibamos las cosas con inclusión de nuestras concepciones culturales, según Goldstein, al ser el nexo de nuestros sentimientos y pensamientos con el mundo social exterior, es un elemento clave para la adaptación, misma que tiene implicaciones y transaccionales; la adaptación causa efectos en el mundo exterior y a su vez es afectada por éste por conducto del yo.

Los varios elementos del yo los reúne Goldstein en tres conceptos:

La autoconcepción (ser)

El yo perceptivo (saber)

El yo intencional (llegar a ser)

La adaptación entraña cambios, y el cambio planeado supone un cambio a mejor; es decir, hacia una meta que se prefiere a la situación en la que nos encontramos, estamos entonces ante una experiencia de aprendizaje y se establecen tres etapas cada una de las cuales tiene que ser concluida antes de abordar la siguiente. Estas etapas son: La del aprendizaje discriminativo que hace que los clientes sociales se conciencien más y/o se hagan más sensitivos con relación a los problemas y circunstancias de su mundo. *Aprendizaje conceptual* que hace que los clientes sociales aprendan los símbolos y las ideas que ellos convencionalmente utilizan en el procesamiento de la

³ Malcolm, Payne. Teorías Contemporáneas del Trabajo Social. Pág. 236-356.1995.

información. *Resolución de problemas* que trata del procedimiento global por el que los clientes resuelven las dificultades que se encuentran en su entorno.

TEORIA CONDUCTISTA

La teoría conductista “clásica” esta relacionada con el estudio de los estímulos y las respuestas correspondientes. Esta línea psicológica ha encontrado su modificación a través de los aportes de B.F. Skinner, quien ha tomado los elementos fundamentales del conductismo clásico, incorporó nuevos elementos como es el concepto del condicionamiento operante, que se aboca a las respuestas aprendidas.

Se llaman estímulos reforzadores aquellos que siguen a la respuesta y tiene como efecto incrementar la probabilidad de que las respuestas se emitan ante la presencia de los estímulos.

En el siguiente cuadro se observan las técnicas para la adquisición, mantenimiento y retención de habilidades y conocimiento:

Reforzamiento	Consiste en presentar un estímulo reforzante, de manera seguida a una respuesta. El reforzar es el estímulo que aumenta la probabilidad de ocurrencia de una respuesta.
Moldeamiento por aproximaciones sucesivas	Primero se identifica la tarea meta o terminal. Se inicia con el primer eslabón proporcionando reforzadores ante la emisión de respuestas adecuadas, una vez dada la respuesta correcta al primer eslabón se continúa con el siguiente, actuando de la misma forma hasta llegar a la respuesta terminal.
Generalización y discriminación	Ocurre cuando una persona, ante estímulos similares mas no idénticos, emite una misma respuesta o bien, cuando ante un mismo estímulo se emiten respuestas similares. En la discriminación se responde de manera diferencial ante los estímulos.
Modelamiento	Consiste en modelar (exhibir) la conducta que se desea que alguien aprenda haciendo evidente la consecuencia que sigue a la conducta exhibida.

Cualquier conducta educativa puede ser enseñada de manera oportuna, si se tiene una programación instruccional eficaz basada en el análisis detallado de las respuestas del educando. Otra característica de este enfoque es el supuesto de que la enseñanza consiste en proporcionar contenidos o información al educando el cual tendrá que adquirir básicamente en el arreglo adecuado de las contingencias de reforzamiento.

Goldstein (1981) sostiene que las teorías de modificación de la conducta necesitan tres piezas de conexión: un código moral o filosofía social, una teoría de la personalidad y unas técnicas que influyan en la conducta. Para estudiar

las percepciones y el aprendizaje de los sujetos debemos considerar sus yoes activos y transaccionales, esto es, que sus yoes afecten realmente lo que hacen y que sean a su vez afectados por lo que a ellos les suceda. El yo tiene tres actividades principales cuando se relaciona con el mundo exterior: adaptación, estabilización e intenciones preconcebidas. Goldstein adopta un punto de vista fenomenológico de la percepción asignándole el papel determinante del concepto que la gente tiene de sí misma. Según él la percepción, es una serie de interacciones que tienen lugar en un contexto social como respuesta a un estímulo. El estímulo puede proceder de dentro o de fuera de nosotros; pero así como es un hecho objetivo, también se puede convertir dentro de nosotros en una representación subjetiva. Las cosas que nos hacen que prestemos atención son las condiciones físicas y emocionales en las que la percepción tiene lugar, nuestras propias características y hábitos de atención y el hecho de tener o no un ser mental que nos haga notar determinados tipos de acontecimientos. Los contextos físicos o sociales determinarán la forma en que percibimos las cosas con inclusión de nuestras concepciones culturales. La percepción según Goldstein, al ser un nexo de nuestros sentimientos y pensamientos con el mundo social exterior, es un elemento clave para la adaptación.

La adaptación no es solamente un hecho personal, también tiene implicaciones sociales y transaccionales; la adaptación causa efectos en el mundo exterior y a su vez es afectada por este conducto del yo. La adaptación entraña cambio. El cambio planeado supone un cambio a mejor; es decir, hacia una meta que se prefiere a la situación en la que nos encontremos. Dado que la persona y el entorno se conciben como un todo, el concepto que tiene Goldstein sobre el cambio es el de mejorar la capacidad de un cliente social para solucionar sus problemas; estamos, ante una experiencia de aprendizaje.

Se pueden perfilar tres tipos principales de aprendizaje: Estratégico, que supone la adquisición de información y pericia con vistas a la consecución de un objetivo dado. Táctico, que tiene que ver con la adaptación a las presiones de la vida diaria. Adaptativo, que implica la alteración del yo y de planteamiento del mundo como parte de un proceso dirigido a llevar una vida distinta.

La solución de problemas es el cuarto tipo de aprendizaje que toca el libro de Goldstein y es el que se encuentra en el nivel más alto. La solución de problemas es un proceso y al mismo tiempo un modo de aplicar la lógica ante una situación. Tiene tres fases principales. La primera, la de inducción, se refiere a captar, explorar y comprender el problema. En la fase central se analiza, se prueban varias alternativas para su resolución y se selecciona una estrategia para tratarlo. En la fase final se utiliza la estrategia desarrollada, se evalúa y, si procede, se incorpora al repertorio de técnicas del cliente para ser aplicada en la solución de problemas futuros. La solución de problemas contiene todos los ingredientes del aprendizaje: el ambiente, el yo del paciente y el diálogo con aquellos con los que el paciente mantiene contactos.

TEORIA DEL APRENDIZAJE SOCIAL (ALBERT BANDURA)

En esta teoría del aprendizaje social se acentúa la importancia de los procesos vicarios, simbólicos y auto-regulatorios en el funcionamiento psicológico. A medida que cambiaron las perspectivas teóricas, se añadieron paradigmas nuevos a los métodos clásicos de investigación. El desarrollo de los paradigmas observacionales, utilizados para estudiar el poder de la experiencia medida por la sociedad, se vio fomentado por el reconocimiento de que la observación puede influir notablemente en los pensamientos, los afectos y las conductas de los hombres.

Esa extraordinaria capacidad que poseen los humanos de emplear símbolos, les permite representar los fenómenos, analizar su experiencia consciente, comunicarse con los demás a cualquier distancia espacial y temporal, planear, crear, imaginar y actuar de forma previsor. Al renovarse el interés por las funciones simbólicas, se amplió la gama de técnicas utilizadas para analizar el pensamiento y los mecanismos por los que éste regula la acción.

La teoría del aprendizaje social es el papel central que ésta asigna a los procesos de autoregulación. Las personas no se limitan a reaccionar a las influencias externas, sino que seleccionan, organizan y transforman los estímulos que las afectan. Por tanto, entre los determinantes de los actos humanos, están las influencias producidas por la propia persona que las efectúa. El reconocimiento de las capacidades de autodirección que tienen las personas hizo que se diera más importancia a los paradigmas auto-regulatorios de investigación en que los individuos, son los agentes principales de sus propios cambios. La teoría del aprendizaje social explica la conducta humana en términos de una interacción recíproca y continua entre los determinantes cognositivos, los comportamentales y los ambientales.⁴ El proceso de determinación recíproca hace posible que las personas influyan en su destino y también establece los límites de la autodirección. Desde el punto de vista de la teoría, las personas no están impulsadas por fuerzas internas ni en manos de los estímulos del medio. El funcionamiento psicológico se explica, en términos de una interacción recíproca y continua entre los determinantes personales y los ambientales. En este enfoque, los procesos simbólicos, vicarios y autorregulatorios juegan un papel predominante. El aprendizaje se basará en la observación de los modelos competentes. Los humanos cuentan con un poderoso medio para enfrentarse a su medio, los símbolos verbales o iconos, las personas procesan sus experiencias y las preservan en forma de representaciones que sirven como guías de sus conductas futuras. La capacidad de acción intencional se basa en la actividad simbólica. La imagen de un futuro deseable estimula acciones ideadas para lograr objetivos cada vez más distantes.

Desde la perspectiva de la teoría del aprendizaje social, la naturaleza humana tiene unas amplias potencialidades que pueden realizarse de diversas formas teniendo en cuenta las limitaciones biológicas.

⁴ Bandura, Albert. Orígenes de la Conducta. pág.236

CAPITULO III

EVALUACION DE PROGRAMAS SOCIALES

Es muy importante para este estudio exploratorio retomar la evaluación de programas sociales para poder llevar a cabo la evaluación y el análisis del programa de educación del curso de tuberculosis, para lo cual retomamos a la autora Gloria Pérez Serrano “La evaluación de programas puede ser definida como un conjunto de conocimientos teóricos y metodológicos, para dar respuesta a la necesidad de enjuiciamiento de ciertas decisiones en beneficio de la intervención social”.

Cronbach:

Define la evaluación de programas como “la provisión de información para la toma de decisiones sobre una intervención”. Con el fin de decidir si el objeto (o programa) evaluado debe seguir siendo implantado, eliminado o debe procederse a realizar ciertas modificaciones.

Algunos autores han opuesto la evaluación del proceso de implantación de un programa (evaluación formativa o de proceso) con la evaluación de los resultados de éste (evaluación sumativa, de resultados o impacto).

Rutman

La evaluación de programas comprende a ambos ya que supone “el uso del método científico en la medida de la implementación y de los resultados de políticas y programas”. Concluyendo que: la evaluación de programas es la sistemática investigación a través de métodos científicos de los efectos, resultados y objetivos de un programa con el fin de tomar decisiones sobre él.

3.1 Definición de evaluación y programa.

Evaluación: Es el proceso de valoración de las condiciones y/o causas de una situación o acción, con la finalidad de proporcionar información para la toma de decisiones

Según Weiss

Es medir los efectos de un programa por comparación con las metas que se propuso alcanzar, a fin de contribuir a la toma de decisiones subsiguientes acerca del programa y para la programación futura.¹

La evaluación tiene implícitos los siguientes objetivos:

Medir el grado de pertinencia, idoneidad, efectividad y eficacia de un proyecto. Facilitar el proceso de toma de decisiones para mejorar y/o modificar un programa o un proyecto. Establecer en qué grado se han producido otras consecuencias imprevistas. Fomentar un análisis prospectivo sobre cuáles y cómo deben ser las intervenciones futuras.

Comprende también los componentes de la acción que pueden explicar el éxito o el fracaso, conduce siempre a un diagnóstico que puede sugerir la modificación de uno u otro medio o método de acción, pero que puede desembocar asimismo en la necesidad de cambiar de objetivo, más aún de poner en tela de juicio unas estructuras del entorno económico, cultural, político.

¹ Pérez Serrano, Gloria. Elaboración de Proyectos Sociales. Casos Prácticos. pág. 114-135.

La evaluación no es una etapa final o terminal en un proyecto, pues debe estar presente desde el inicio hasta el final del mismo con el fin de ir controlando el logro de los resultados.

Programa: Fernández – Ballesteros

Es un conjunto específico de acciones humanas y recursos materiales diseñados e implantados organizadamente en una determinada realidad social, con el propósito de resolver algún problema que atañe a un conjunto de personas

Fink

...señala que un programa o intervención puede ser considerado como: “ los sistemáticos esfuerzos realizados para lograr objetivos preplanificados con el fin de mejorar la salud, el conocimiento, las actitudes y la práctica”.

3.2 Principios básicos de la evaluación y etapas de la evaluación.

Objetividad: Debe de medir, analizar y concluir sobre los hechos tal como ellos se presentan en la realidad, sin contaminarlos con la forma de pensar o de sentir de los evaluadores.

Válida: Entendiéndose que cumple este requisito “cuando mide de alguna manera demostrable lo que quiere medir, libre de distorsiones sistemáticas”.

Según Stufflebeam y Shinkfield

Debe describir el objeto en su evaluación y en su contexto. Debe revelar las virtudes y defectos del plan de evaluación, de los procedimientos y de las condiciones. Debe estar libre de influencias. Debe proporcionar conclusiones válidas y fidedignas.

Confiable: La determinación de la confiabilidad consiste en establecer si las diferencias de los resultados se deben a inconsistencias de las medidas.

Oportuna: Debe ser aplicada en el momento adecuado a fin de que no se produzcan distorsiones a la situación evaluada durante un período, como producto del transcurso del tiempo.

Práctica: De acuerdo con ello, la evaluación debe estar condicionada en cuanto a sus características por el destino que se requiere dar a sus conclusiones y éstas deben de servir de sustento al proceso de toma de decisiones en relación con la situación evaluada. Debe ayudar a identificar y examinar lo bueno y lo malo del objeto evaluado así como proporcionar soluciones para mejorarlo.

Etapas de la Evaluación. (Gloría Pérez S.)

A.-DISEÑO DE LA EVALUACION

Definición de Análisis

Técnicas a emplear

Definición de temática, variables e indicadores

Elaboración de instrumentos

Prueba piloto y ajuste de instrumentos.

B.- LEVANTAMIENTO DE DATOS

- Diseño de logística y planeación del operativo
- Capacitación de aplicadores
- Ejecución del levantamiento de datos
- Supervisión y control.

C.- PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

- Definición de criterios de validación
- Validación de la información
- Elaboración de programas de procesamiento
- Sistematización o captura de la información

D.- ANALISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

- Elaboración de cuadros de salida
- Análisis e interpretación
- Elaboración de documento

3.3 TIPOS DE EVALUACIÓN

A.- EVALUACION EX-ANTE Y EVALUACION EX - POST

La evaluación ex ante, es el análisis que se efectúa del contenido del documento en el cual se expone un determinado proyecto con la finalidad principal de evaluar la factibilidad y su puesta en marcha. Tal análisis examina, por tanto, la claridad y coherencia de sus objetivos, la determinación de la población, la relación de la estrategia y acciones a realizar con los objetivos, los recursos que serán asignados, los resultados esperados. En general, examina cuidadosamente la estructura y la lógica del proyecto de tal modo, que si el resultado es positivo, se pueda dar la aprobación para su iniciación práctica en el terreno o bien, si hay reparos, hacer recomendaciones que permitan mejorar el esquema o propuesta del proyecto.

La evaluación ex post, es aquella que se realiza cuando el proyecto ha terminado, su propósito es determinar con precisión los resultados logrados y los factores dentro y fuera del proyecto que facilitaron o dificultaron esos resultados. Esta información es utilizada, si se presenta el caso, en la puesta en marcha en otros proyectos similares de tal modo de mejorar su eficiencia y efectividad.²

B.- EVALUACIÓN DURANTE –EVALUACIÓN FINAL

La evaluación durante es aquella que se realiza mientras se desarrolla un proyecto, en uno a más momentos. Tales evaluaciones buscan detectar posibles problemas de funcionamiento con la finalidad de introducir las modificaciones que sean necesarias de tal modo que se puedan lograr los objetivos del proyecto o programa.

La evaluación terminal o final es de mayor rigor metodológico, por ejemplo busca determinar relaciones entre variables propias del programa como también entre ellas y variables del contexto y, finalmente, explicaciones que den cuenta tanto de los “éxitos” como de los “fracasos” del programa. Con el fin

² Bandura, Albert 1982. Aprendizaje Social. pág.239.

de asegurar la objetividad de sus conclusiones, las evaluaciones finales son realizadas preferentemente por evaluadores externos.

C.- EVALUACIÓN FORMATIVA –EVALUACIÓN SUMATIVA

La evaluación formativa es el estudio que se realiza durante el proceso de elaboración de un currículo tiene como propósito, según lo indica su nombre, proporcionar información de retroalimentación que permita mejorar (formar) ese instrumento o procedimiento de instrucción.

La evaluación sumativa, que también suele utilizarse, indebidamente, como evaluación terminal consiste en el estudio referido a uno a varios productos instruccionales del currículo (programa, texto, etc.), ya que terminados y sometidos a evaluaciones formativas, con la finalidad de analizar su utilización en el aula, sus ventajas comparativas con otros materiales, los costos para su disseminación ampliada etc.

D.-EVALUACIÓN DE PROCESOS

La evaluación de procesos toma como focos de evaluación las actividades más importantes que se han desarrollado dentro de un programa, como pueden ser las que tienen que ver con su funcionamiento propiamente (asistencia a reuniones, participación, deserción, etc.), las actitudes y reacciones de la población (por ejemplo, frente a sus objetivos y metodologías aplicadas), las relaciones de los participantes entre si y con el personal del programa, etc. Este tipo de evaluación se contrapone a la antigua tendencia de reducir el análisis a los resultados finales que impide establecer relaciones entre esos resultados y los procesos que pudieran dar cuenta de ellos en alguna medida.

E.- EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

Es una herramienta para la evaluación de la ejecución del programa social, permite conocer como se esta ejecutando el programa en diferentes niveles, permite contar con indicadores cuali-cuantitativos. Es una evaluación rápida (3 a 5 meses) que se realiza en un momento determinado del proceso de ejecución y que permite obtener resultados inmediatos para ser incorporados al programa, por lo que es importante para la toma decisiones relacionadas con ajustes en la planificación.

En este sentido permite detectar y analizar problemas y obstáculos con miras a lograr un impacto más significativo del programa y una mayor eficiencia y eficacia en la utilización de los recursos.³

- Describir —————> Caracterizar el fenómeno que se pretende modificar
- Explicar —————> Establecer las relaciones causales que determinan la situación actual y cuya alteración permite modificarla
- Predecir —————> Estimar la situación del fenómeno con y sin el proyecto.

³ Siempro, Gestión Integral de Programas Sociales Orientada a Resultados Manual Metodológico para la Planificación y Evaluación de Programas Sociales .pág. 106-110

3.4 EVALUACIÓN DE IMPACTO-BENEFICIO Y MODELOS PARA LA EVALUACION DEL IMPACTO.

La evaluación de impacto es la que trata de establecer el logro de los objetivos del programa. Se denomina, también, *evaluación de resultados*. De esta evaluación, que actualmente se acompaña casi siempre de la evaluación de procesos, debe distinguirse la evaluación de efectos si se entiende por tal la búsqueda de las consecuencias que pueda producir un programa en su población o en el entorno en el cual se desarrolla un programa por el hecho de haber logrado sus objetivos, es decir, haber logrado un impacto en términos de resultados obtenidos. En sentido general, los resultados de un programa son los cambios o modificaciones que produce en la población-objeto o/y en el contexto físico-social en el cual se ubica.

La norma es que los resultados – si se producen – estén previstos en los objetivos. Sin embargo, hay resultados no previstos (positivos y negativos) cuya determinación debe ser una tarea de especial importancia en la evaluación. Debe de tenerse en cuenta que la determinación de si se lograron o no los objetivos, en ciertos niveles y con ciertas características diferenciales de calidad, implica conocer la situación en la cual se encontraba la población al iniciarse el programa, a fin de proceder a una comparación antes-después.

La evaluación de impactos, en definitiva, permite comparar el cambio de los valores en los indicadores del problema que dio origen al programa social una vez que se haya ejecutado o haya transcurrido un tiempo de ejecución. Lo que se espera de la evaluación de impacto es un informe que identifique el nivel de modificación de los indicadores del problema que dio origen al programa, que explique porque se produjeron esas modificaciones y proponga un conjunto de conclusiones y recomendaciones para futuros programas y para la política social.⁴

3.5 METODOLOGIA

Para el desarrollo de esta evaluación es necesario considerar que el impacto del programa puede tener múltiples e incluso pueden ser previstos y no previstos los resultados.

Sin embargo, lo importante es conocer en qué medida se logro el impacto previsto por el programa en el momento de su planificación. Se denominan impactos previstos a aquellos cambios que se identifican en los valores de los indicadores del problema que dio origen al programa y que fueron recolectados en el proceso de planificación al construir la línea de base del programa.

La evaluación del impacto comprende dos grandes pasos:

- A) Describir el impacto: recoger la información para cada indicador del problema y analizar si hubo o no modificación con referencia a la línea de base definida en la planificación del programa. Para describir el

⁴ Briones Guillermo. Evaluación de Programas Sociales. pág.58

impacto, es necesario que el evaluador siga todo el procedimiento de recolección, ordenamiento, análisis e interpretación de la información indicado en la sección referida al diseño de la evaluación. Esto es tanto para el “antes” construcción de la línea de base, como para el “después”: análisis de los valores de los indicadores del problema durante o después de la ejecución del programa.

- B) Analizar el impacto: verificar si los resultados del programa, es decir la ejecución de sus acciones y el logro de sus objetivos contribuyeron o no a la generación de los impactos identificados.

3.6 MODELOS PARA LA EVALUACION DEL IMPACTO.

- Modelo experimental
- Modelos cuasi experimentales: series temporales y grupos de control no equivalentes
- Modelos no experimentales: Antes - después
 - Solo después con grupos de comparación
 - Solo después reconstruyendo el antes

CARACTERÍSTICAS DE LOS MODELOS SEGÚN LA AUTORA: ARLETTE PICHARDO M.

TIPO DE MODELO	CARACTERÍSTICAS	LIMITACIONES
1.- Modelo experimental clásico.	<p>Parte de la conformación de dos poblaciones que son elegidas aleatoriamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Un grupo experimental que recibe estímulo (para este caso, se considera como la población destinataria de la política, programa o proyecto). □ Un grupo control o testigo, que reúne características similares al anterior, pero que no es sujeto de intervención (para este caso, no se considera dentro de la población destinataria de la 	<p>La principal limitación para aplicar este programa radica en la imposibilidad de encontrar dos poblaciones humanas idénticas, o al menos, con características muy parecidas.</p>

	política, programa o proyecto).	
2. Modelos Cuasi – experimentales	La diferencia con respecto al modelo experimental clásico es que los grupos (experimentales y de control) no se seleccionan aleatoriamente.	Los modelos cuasi experimentales no permiten aislar los efectos atribuibles a una acción intencionada de aquellos que no lo son. Por lo tanto, las conclusiones a las que se puede arribar sobre el impacto de las acciones no pueden ser categóricas.
a) Series temporales	Se construyen sobre la base de mediciones periódicas efectuadas “antes, “durante” y “después” de la intervención.	Tienen la limitación ya anotada para el conjunto de los modelos cuasi-experimentales, ya que aunque se registren variaciones en los períodos intermedios, éstos podrían ser efecto de variables exógenas y por tanto, no imputables a la intervención evaluada. El modelo en cuestión no permite aislar tales efectos.
b) Grupos de control no equivalentes o de comparación	El modelo se elabora considerando a grupos, cuyos miembros tienen características semejantes al grupo experimental y se efectúan mediciones antes y después de introducido el estímulo.	La misma que el anterior
3. Modelos experimentales	no La principal diferencia de estos modelos en relación con los anteriores es que no se comparan los grupos experimentales con otros grupos considerados como control.	La principal limitación en la aplicación de estos modelos es la imputación causal.
a. Modelos “antes” “	Como su nombre lo	El modelo no permite

después”	indica este modelo consiste en aplicar mediciones en las poblaciones objetivo antes y después de la intervención.	eliminar los factores exógenos para determinar con mayor precisión en qué medida los cambios observados son atribuidos a la intervención.
b. Modelo “sólo después” con grupo de comparación.	Este modelo contrasta los resultados obtenidos con las mediciones realizadas en la población – objetivo con las de un grupo de comparación que se considera como testigo.	Sus resultados sólo pueden indicar aproximaciones, que si bien pueden ser de utilidad, no pueden ser conclusiones categóricas.
c. Modelo “solo después”.	Como su nombre lo indica este modelo se limita a realizar mediciones de resultados en las poblaciones – objetivos y variables de interés “después” de la intervención.	Además de las limitaciones ya anotadas, este modelo sólo se puede aplicar en evaluaciones ex_post y sus conclusiones no permiten establecer imputaciones causales de las variaciones observadas.

CAPITULO IV.

INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL CON ENFERMOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR

4.1 Definición de Trabajo Social

El Trabajo Social es la profesión que interviene directamente con los grupos sociales que presentan carencias, desorganización o problemas sociales. Por ello promueve la organización de la población para satisfacer sus necesidades y lograr su participación en una sociedad en permanente cambio, buscando mejores niveles de vida.¹

Trabajo Social en el área de la salud:

Es el conjunto de acciones metodológicas tendientes al estudio de carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad así como a la identificación y utilización de recursos disponibles para su atención orientados a establecer alternativas de acción para la promoción, educación y recuperación de la salud, con la participación de individuos, grupos y comunidades.²

Antecedentes históricos del trabajo social en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. (Manual de organización específico del departamento de trabajo social INER)

En 1936 se creó el Sanatorio para tuberculosos Huipulco dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia cuyo fin fue atender a pacientes provenientes de toda la República, y de formar tisiólogos , para abatir la tuberculosis como causa de mortalidad en primer orden.

El departamento de trabajo social desde su inicio y hasta 1959 se mantuvo con dos trabajadoras sociales empíricas, que se incrementan en 1960 con dos trabajadoras sociales más asignadas al servicio de pediatría.

En 1976 se asigna a una trabajadora social empírica como encargada del departamento, contando para ese entonces con seis trabajadoras sociales cuya función era de tipo asistencial, y se amplió al impartir pláticas educativas.

En 1979 se incrementa el personal a 11 trabajadoras sociales lo que permite la asignación de un elemento por cada dos servicios, apoyando en el control y seguimiento de los pacientes de tuberculosis pulmonar, observándose un incremento notable en las acciones de educación para la salud.

En el período de 1983-1986 se nombra por primera vez a una licenciada en trabajo social como jefe del departamento , quien elabora un programa de trabajo y un proyecto de manual de organización . además se designa a una supervisora de trabajo social en el turno matutino, así como el nombramiento de un gestor , lo que ha permitido un aumento paulatino de las actividades de trabajo social sustituyendo a las meramente asistenciales y administrativas.

Desde esta fecha, se ha venido ejecutando un modelo de intervención profesional basado en la administración por objetivos, se unifica la descripción

¹ Sección Académica de Psicopedagogía. Tríptico Informativo, el Licenciado en Trabajo Social. ENTS UNAM.

² Modelos de Intervención de Trabajadores Sociales de los Institutos Nacionales de Salud.

de puestos y se elaboran los manuales de organización y de procedimientos, se sancionaron los formatos que instrumentan la práctica.

El 1999 la jefa del departamento y una de las supervisoras hacen la maestría en trabajo social, a través del convenio UNAM – Universidad de Toronto, lo que favorece un desarrollo importante para las trabajadoras sociales del INER, para constituirse en el único Instituto de Salud que tiene estas características de formación académica en el Sector Salud y por los beneficios que se obtienen para la enseñanza y la investigación en esta profesión.

En el 2003 se elabora un diagnóstico situacional y un plan de trabajo del departamento de trabajo social, en los que se desarrollan las fortalezas, debilidades y la proyección para los próximos cinco años.³

³ Iner. Manual de organización específico del departamento de trabajo social, págs. 1-4

Antecedentes de intervención del trabajador social en la educación para la salud en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

PERÍODO	INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL	SISTEMA
Empírico 1935	Orienta de manera simple a los enfermos Época: De Sanatorio para Enfermos Tuberculosos de Huipulco a Hospital de Enfermedades Pulmonares.	Carece
Sistematización 1992-1995	Coordina pláticas educativas en las salas de espera (organizadas por el Departamento de Medicina Preventiva). Participa en un curso sobre asma, dirigido a pacientes y familiares. Época: Instituto Nacional de Enfermedades respiratorias.	Integrado (Inicia)
1995-2003	Convoca al equipo interdisciplinario de salud para organizar su participación en el proceso administrativo (investigación, organización planeación, ejecución y evaluación) de las acciones educativas y para la obtención de recursos materiales necesarios para su funcionamiento. Coordina e imparte pláticas educativas e informativas a grupos transitorios, cursos dirigidos a pacientes y a sus familiares.	
Se implementa formalmente el Programa de Educación para la Salud en el INER	Elabora cartas descriptivas y cuestionarios de evaluación. Elabora material didáctico (periódicos murales, trípticos y guiones educativos sobre los temas de patologías respiratorias de mayor incidencia en la atención y para la difusión de los servicios que proporciona el INER). Establece coordinación con otras instituciones (CONASIDA, MEXFAM, periódico UNO MÁS UNO, Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, entre otras), para adquirir materiales educativos.	
Gestión de 3 titulares	Facilita la logística para fortalecer las actividades del programa y logra obtener el total acceso de los usuarios a una política que permite ejercer su derecho a una educación para la salud gratuita. Revisa, depura, actualiza, elabora materiales educativos (cartas descriptivas del grupo de apoyo tanatológico, de tres cursos sobre fibrosis quística, dos para VIH/SIDA, dos sobre complicaciones en la diabetes mellitus y se actualiza la de tuberculosis, cuatro sobre Asma, cuestionarios pre y post evaluación de cursos y de algunas sesiones como la de apoyo tanatológico, trípticos, periódicos murales, guiones educativos, etc.). Coordina pláticas: educativas a grupos transitorios, con la participación de la Asociación de Asma A. C. en un plática taller los martes y jueves; el equipo de nutriólogos del Depto. de Alimentación, y pláticas informativas los miércoles; el grupo de Alcohólicos Anónimos los lunes y el Grupo AL-ANON los viernes . Se proyecta de lunes a viernes un video sobre donación de sangre a los donadores en el banco de sangre y	
Precientífico 2003-2004		

	<p>temporalmente se proyectaron videos sobre Asma, Nutrición, VIH/SIDA y donación de sangre en la sala de Consulta Externa que se ven suspendidos por la necesidad de reestablecer el circuito cerrado de los televisores. Con motivo de la celebración del día internacional de lucha contra la violencia a las mujeres, el Instituto Nacional de la Mujer en la Delegación Tlalpan participa con una plática informativa. Se inicia la captura de la información de los cuestionarios de los cursos y de algunas sesiones para poder ser analizados y aportar mayor objetividad a las acciones educativas dando respuesta a las necesidades de los usuarios. El recurso humano se incrementa temporalmente, mediante el servicio Social de una Pasante de la Lic. En Trabajo Social del Instituto Politécnico Nacional, la misma que recibe asesoría para el desarrollo de las actividades del programa.</p>	
2004-2005	<p>Avanza en el desarrollo de funciones y actividades de educación para la salud (se amplían formalmente: 4 sesiones de Implante coclear y 1 curso sobre traqueostomía, 1 sobre Apoyo Tanatológico en el turno vespertino, los mismos que se repetirán durante el año , gracias a la elaboración de cartas descriptivas de las que se carencia. La sesión de Apoyo Tanatológico en el turno matutino se ve suspendido por necesidades de la psicóloga titular en su servicio de comisión).</p> <p>Con el apoyo del Departamento de Trabajo social, se incrementa el recurso material de equipo (1 computadora y el resguardo de los televisores es cedido a l mismo Departamento por la Dirección de Enseñanza y se trabaja compartiendo la oficina de la jefatura del Departamento de Trabajo Social).</p>	

4.2 PERFIL PROFESIONAL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL AREA DE SALUD

El Trabajo Social en el área de la salud estudia los problemas generados por las relaciones sociales, que, objetivadas en carencias y necesidades, inciden en la salud, por lo que se refiere a identificar los medios para preservarla, mantenerla y recuperarla, tratando de establecer alternativas de acción que tienden alcanzar la salud integral de los individuos.

El trabajador social en el área, por su formación está orientado a la investigación socio-médica, que le permita conocer los aspectos sociales del proceso salud-enfermedad, la administración de los servicios de trabajo social de las diferentes unidades operativas; así como la educación y la dinámica de grupos que le lleve a promover la organización de la población a fin de que participe en los proyectos tendientes a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, en donde deberá de sistematizar las experiencias desarrolladas, para retroalimentación teórico-operativa de su propia profesión, generando modelos de intervención que permitan la obtención de mejores resultados.⁴

A) Requisitos de Conocimientos en:

Teorías epistemológicas y socioeconómicas.

Política, planeación, necesidades y problemas sociales, como espacio de intervención profesional.

Teorías biopsicológicas y socioculturales acerca de los sujetos de intervención.

Metodologías de investigación planeación e intervención social.

Formas de intervención del hombre con su hábitat.

B) Habilidades para:

Analizar el contexto socioeconómico, cultural y los efectos de éste en la población.

Diseñar, proponer y operar políticas sociales

Diseñar y desarrollar investigaciones sociales.

Planear, administrar y evaluar proyectos sociales.

Enseñar y desarrollar modelos de intervención para la atención de problemas específicos.

Promoción social.

C) Actitudes de:

Creatividad, imaginación e iniciativa.

Respeto al ser humano.

Actitud crítica.

Liderazgo.

Actualización permanente.

Aceptación y promoción del trabajo interdisciplinario.

4.2.1 Objetivos de Intervención del trabajador social.

⁴ Manual de organización del departamento de trabajo social. Iner. 2006.págs. 1-6

General: Participar interdisciplinariamente en los equipos de salud para la promoción; educación, protección y restauración de la salud.

Específicos:

1. Estudiar la evolución de los factores sociales que inciden en la salud y en la enfermedad, en relación a un contexto social determinado.
2. Identificar las políticas de estado en materia de salud y las instituciones que las operacionalizan
3. Participar en la planeación, ejecución, control y evaluación de los programas y proyectos que se lleven a la promoción, protección y restauración de la salud.
4. Promover la educación y capacitación de individuos, grupos y comunidades, para que participen consciente y activamente en los programas de salud
5. Establecer acciones coordinadas de apoyo a situaciones de emergencia o desastre
6. Sistematizar las experiencias desarrolladas por los trabajadores sociales de esta área, generando modelos de intervención para la acción social.

4.2.2 Funciones y actividades

FUNCIONES	ACTIVIDADES
Investigación	-Elaboración de protocolo -Revisión bibliográfica
Enseñanza	-Platicas de educación para la salud -Curso a pacientes -Asesoría a estudiantes y pasantes
Asistencia	-Elaboración e estudios socioeconómicos -Visitas domiciliarias -Elaboración de notas
Administración	-Planeación (elaboración de programas y proyectos) -Organización(actividades y personal) -Ejecución (cursos, talleres) -Evaluación

Manual de organización del departamento de trabajo social. Iner. 2006

4.3 Programa de Trabajo Social en la Clínica de Tuberculosis en el INER

Objetivo General

Retomando el Manual de Organización del Departamento de Trabajo Social 2005, el objetivo que se buscará con el desarrollo del presente plan de trabajo es:

“Realizar una intervención social interdisciplinaria, enfocada a la educación, orientación, control y seguimiento de los pacientes con tuberculosis, para favorecer su adherencia al tratamiento y a la participación responsable, dirigidos al logro de la curación y lograr su reincorporación a su entorno social y laboral”.

METAS

Específicamente en la elaboración de las hojas de referencia de pacientes con tuberculosis por Trabajo Social, se programa realizar el 100% de dicho documento y a solicitud del equipo médico del INER.

Realizar un seguimiento del 95% de los pacientes referidos por la Clínica de Tuberculosis durante el 2007.⁵

CARACTERISTICAS DEL SERVICIO DE ADSCRIPCION

Estructura

El espacio físico donde se desarrollarán las acciones profesionales de Trabajo Social como parte de la Clínica de Tuberculosis son las siguientes:

- Oficina de Trabajo Social en la Clínica de Tuberculosis del Servicio Clínico 2
- Servicios clínicos de hospitalización 1,2,3,4,5,6,7 A,7 B, 8 y 9.
- Consultorio de la Clínica de Tuberculosis en consulta externa
- Oficina de medicina preventiva en consulta externa
- Áreas de enseñanza o auditorios del INER
- Laboratorio del Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas (CIENI)
- Unidad de Atención de Investigación de Urgencias Respiratorias (AIUR)

RECURSOS HUMANOS

La Clínica de Tuberculosis específicamente para el desarrollo de sus actividades e implementación del programa para este año cuenta con un equipo de salud integrado por:

Intrainstitucionales

Un Coordinador Neumólogo de la Clínica de Tuberculosis y 4 Médicos adscritos especialistas en neumología

Un Médico infectólogo

Un Lic. Nutrición

⁵ Mora. Pizano Ma. de los Angeles, 2007 Programa de Trabajo Clínica de Tuberculosis. INER. Documento no Publicado págs. 1-17.

Un Lic. Trabajo Social
Dos Enfermeras
Una Secretaria
Equipo de salud de los servicios clínicos de hospitalización.
Personal de medicina preventiva del INER, UAIUR, Consulta Externa y CIENI.

Extrainstitucionales

Coordinadores del Programa Nacional de Tuberculosis
Coordinadores Jurisdiccionales del Programa de Tuberculosis
Responsables del Programa de Tuberculosis de los Centros de Salud
Albergues, Casas de Protección Social, Reclusorios
Instituciones de salud que solicitan apoyo y/o asesoría de la Clínica de Tuberculosis.

MATERIALES

1. Máquina de escribir eléctrica
2. Escritorio
3. Mesa de trabajo
4. Sillas (5)
5. Línea telefónica y Fax
6. Equipo de computo (préstamo del Depto. de Trabajo Social)
7. Material para pláticas educativas (Laptop, proyector de cañón, diapositivas, rota folio, maqueta de medicamentos, etc.)
8. Directorio de unidades de salud
9. Papelería en general para el desarrollo de las actividades

ORGANIZACIÓN

Para el desarrollo de las funciones y actividades profesionales de Trabajo Social es importante la organización del equipo que participa en la Clínica de Tuberculosis.

El sistema de referencia y contrarreferencia a pacientes se estableció desde 1985 en el Modelo de Atención a la Salud Para Población Abierta, desde entonces este modelo se ha convertido en un aspecto central de la Clínica de Tuberculosis del INER y requiere por tanto de una estrecha coordinación de su equipo de atención, para la atención intrahospitalaria, como manejo de pacientes en consulta externa, urgencias y unidades de 1er. Nivel de Atención, así como el seguimiento de los casos, estas acciones se han asignado a Trabajo Social de la Clínica de Tuberculosis y permiten aplicar y promover la estrategia TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado), para la atención de todos los pacientes detectados y cumplir con la medida epidemiológica mas importante en la lucha contra la tuberculosis que es el diagnóstico oportuno, inicio y supervisión de tratamiento, interrupción de la cadena de trasmisión, para lograr la curación de los pacientes y reducir los casos de multidrogresistencia.

La realización de referencias y contrarreferencias de pacientes a sus centros de salud es una de las actividades que con mayor frecuencia realizan en la clínica, pero por falta de tiempo debido a la carga de trabajo que se tiene no se

ha podido dar un seguimiento al 100% de todos los casos que se atienden por lo que es importante darse un seguimiento para conocer la efectividad del programa.

PROCESO GENERAL DE ATENCION

Detección de los pacientes que ingresan al servicio de hospitalización con el Dx de Tuberculosis, Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), MAC, ya sean casos nuevos, reingresos o multitratados.

Establecer coordinación con equipos de salud correspondientes de la detección de casos y específicamente con Trabajo Social para conocer el manejo de pacientes.

Realizar visita de Trabajo Social a pacientes hospitalizados, revisando expedientes clínicos.

Registrar toda intervención con los pacientes y sus familiares mediante notas informativas.

Participar en la visita con equipo de salud y revisión de casos.

Proporcionar orientación social a pacientes y familiares detectados tanto de Consulta Externa como Hospitalización, Urgencias y CIENI.

Establecer contacto con instituciones de salud (centros de salud, jurisdicciones sanitarias, etc.) para realizar la notificación de casos nuevos, al egreso del paciente, así como el seguimiento de casos.

Elaboración y entrega del documento de referencia de pacientes y familiares que se integrarán a la estrategia TAES para tuberculosis.

Fomentar la adherencia al tratamiento del paciente y familiar.

Realizar acciones de fomento a la salud mediante pláticas en servicio, cursos a pacientes y familiares etc.

Realizar el registro de referencias realizadas en el sistema de información de la Clínica de Tuberculosis que permitirá el seguimiento en coordinación con las unidades de salud.

Elaborar material educativo y establecer mecanismos de enseñanza a pacientes y familiares relacionados con tuberculosis para el fomento de la salud.

Asistir y participar en las actividades generales y juntas de trabajo del Depto de Trabajo Social.

Asistir a eventos académicos de capacitación y actualización en Trabajo Social y Tuberculosis que se organicen.

Asistir y participar en actividades de enseñanza, capacitación y actualización que organiza la Clínica de Tuberculosis.

Realizar toda actividad que compete a Trabajo Social y dentro de la Clínica de Tuberculosis.⁶

⁶ Ibidem.

SUPERVISION

Se realizará participando en las supervisiones individuales y grupales que el Departamento de Trabajo Social determine, durante el periodo del 26 de diciembre del 2006 al 25 de diciembre del 2007.

EVALUACION

La evaluación del presente se realizará por la titular de Trabajo Social de forma mensual, trimestral y anual mediante el avance de metas y autoevaluación final, así como las evaluaciones que el Depto. de Trabajo Social solicite.

CAPITULO V.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN PARA EVALUAR LA EFECTIVIDAD DEL TAES Y DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR DEL INER.

5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Esta investigación reviste gran importancia por las repercusiones que en la salud pública tiene la enfermedad para definir las características de los enfermos con tuberculosis pulmonar del INER que han participado de las acciones educativas y para evaluar el impacto que las mismas han tenido en los hábitos, costumbres y adherencia al tratamiento, así como en las medidas preventivas para evitar la transmisión de la enfermedad, lo que nos aproximará a la valoración de su eficiencia y efectividad, ya que hasta la fecha el programa no ha sido evaluado y no se tiene una estimación para determinar que tanto contribuye a la recuperación de la salud del paciente con este padecimiento.

5.2 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el impacto de la estrategia TAES y el programa de educación para la salud en un grupo de pacientes con tuberculosis pulmonar, en el INER.

OBJETIVO ESPECIFICO

Determinar el impacto-beneficio del programa educativo en un grupo de pacientes con tuberculosis pulmonar del INER, encaminado a valorar los efectos de las acciones educativas en el apego al tratamiento y las acciones preventivas para evitar la transmisión de la enfermedad.

Realizar una propuesta de mejora al programa de educación para la salud, así como mostrar los hallazgos respecto a otros aspectos relevantes que pueden estar influyendo en el tratamiento de los enfermos.

5.3 HIPÓTESIS

La eficiencia y efectividad de las acciones educativas y de la estrategia TAES repercute favorablemente en la adherencia al tratamiento y en la adquisición de hábitos y costumbres que permiten la recuperación de la salud.

5.4 METODOLOGÍA

1.- Se seleccionó a un grupo de pacientes que tomaron el Curso de Tuberculosis en el INER, en el año 2005, se integró a una base de datos con los cuestionarios pre y post que se aplicaron durante su desarrollo. Se incluyeron ambos cuestionarios con un total de 130.

2.-Se realizó y aplicó un tercer cuestionario en el domicilio, que incluyó preguntas sobre tuberculosis de acuerdo a la exposición de temas que

abordaron los integrantes del equipo de salud que participaron, era necesario que para este cuestionario que el grupo hubiera sido referido a su Centro de Salud y haber llevado el tratamiento TAES.

3.- Se seleccionó una muestra propositiva de 30 pacientes que acudieron al curso de tuberculosis pulmonar en el año 2005 de la base de datos mencionada, y que ya hubieran concluido su tratamiento.

4.- Se ejecutaron 30 visitas domiciliarias con la finalidad de aplicar el tercer cuestionario, y comprobar que los hábitos y costumbres de los pacientes se hubieran modificado con lo aprendido en el curso, y el apego a la estrategia TAES.

5.- Técnicas: Visitas domiciliarias, observación, y se aplicó una encuesta con indicadores que permitía evaluar los cambios en hábitos y costumbres relacionados con el tratamiento y valorar el impacto-beneficio de acuerdo a los resultados obtenidos en las mismas.

6.- Para la evaluación de la investigación se utilizó la teoría de la evaluación del impacto-beneficio, ya que lo que nos interesaba conocer son los cambios que hubo en la población que recibió el Curso de Tuberculosis.

7. Para el análisis de los resultados de los cuestionarios se utilizó el programa SPSS, versión 10, para precisar los resultados y las frecuencias.

5.5 INSTRUMENTOS

Para la realización de esta investigación se utilizaron los siguientes instrumentos:

- ✓ se ocupó el cuestionario de Pre y Post evaluación del curso de tuberculosis, que ya se tiene asignado en la Clínica de Tuberculosis. (Anexos).
- ✓ para el instrumento de las visitas domiciliarias se retomó el instrumento del curso de tuberculosis, además de incluirse algunas preguntas que se consideraron importantes sobre la modificación de los hábitos y costumbres, que se imparten durante el curso de tuberculosis. (Anexos).

5.6 PRESENTACION DE RESULTADOS.

A continuación se muestran los resultados obtenidos del análisis de la base de datos de los Cursos de Tuberculosis, en lo que respecta a la aplicación de los cuestionarios Pre- y Post, que se impartieron en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias durante el año 2005.

Un total de 130 cuestionarios completos fueron los que se utilizaron para este estudio, de los cuales se hizo una selección de 30 pacientes para realizarles visita domiciliaria, después de un año de haber tomado el Curso de Tuberculosis.

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS DE LA POBLACIÓN

En la muestra de estudio (130 pacientes y/o familiares) hay un mayor porcentaje de mujeres 67%, en donde la principal ocupación es el hogar y le sigue los empleados; en el nivel escolar de la población la más frecuente es la primaria casi a la par de la secundaria

SEXO	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
Femenino	83	63.8%	63.8	63.8
Masculino	47	36.2%	36.2	36.2
Total	130	100.00%	100.0	100.0

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
-------------	------------	-------------	----------	-------------

Sin Instrucción	22	16.9	63.8	63.8
Alfabeto	12	9.2	36.2	100.0
Primaria	37	28.5	100.0	
Secundaria	36	27.7		
Bachillerato ó Técnico	14	10.8		
Licenciatura	9	6.9		
Total	130	100.0		

OCUPACION	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
Incapacitado	15	11.5	11.5	11.5
Estudiante	28	21.5	21.5	33.1
Hogar	48	36.9	36.9	70.0
Oficio	4	3.1	3.1	73.1
Empleado	35	26.9	26.9	100.0
Total	130	100.0	100.0	

CUESTIONARIOS PRE-POST CURSO TUBERCULOSIS

1. -¿El microbio (bacilo de Koch) es el causante de la tuberculosis en cualquier persona?

PRE

RESPUESTA 1ERA PARTE	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	72	55.4	55.4	55.4
NO	11	8.5	8.5	63.8
NO SE	41	31.5	31.5	95.4
SIN RESPUESTA	6	4.6	4.6	100.0
TOTAL	130	100.0	100.0	

POST

RESPUESTA 2DA PARTE	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	124	95.4	95.4	95.4
NO	2	1.5	1.5	96.9
SIN RESPUESTA	4	3.1	3.1	100.0
TOTAL	130	100.0	100.0	

Más de la mitad de los pacientes ya sabían que un microbio causa la enfermedad antes de asistir al curso, al final del mismo el 95% confirmó ese conocimiento y el 5% no lo aprendió

2.- ¿Es curable la tuberculosis?

PRE

RESPUESTA 1ERA PARTE	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	111	85.4	85.4	85.4
NO	3	2.3	2.3	87.7
NO SE	14	10.8	10.8	98.5
SIN RESPUESTA	2	1.5	1.5	100.0
TOTAL	130	100.0	100.0	

POST

RESPUESTA 2DA PARTE	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	129	99.2	99.2	99.2
SIN RESPUESTA	1	.8	.8	100.0
TOTAL				

Llama la atención que en el pre ya un 85% sabía que la tuberculosis era curable, fue conocimiento nuevo solo para el 14%.

3.- ¿Son síntomas de tuberculosis la tos con flemas y a veces con sangre, pérdida de peso, escalofrío, fiebre y cansancio?

PRE

RESPUESTA 1ERA PARTE	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	120	92.3	92.3	92.3
NO	1	.8	.8	93.1
NOSE	8	6.2	6.2	99.2
SIN RESPUESTA	1	.8	.8	100.0
TOTAL	130	100.0	100.0	

POST

RESPUESTA 2DA PARTE	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	126	96.9	96.9	96.9
SIN RESPUESTA	4	3.1	3.1	100.0
TOTAL	130	100.0	100.0	

Algo semejante ocurre en esta pregunta en donde solamente para el 5% de los pacientes y/o familiares fue conocimiento nuevo los síntomas de la tuberculosis

4.- ¿La tuberculosis en riñón, huesos, cerebro y piel son contagiosas?

PRE

RESPUESTA 1ERA PARTE	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	32	24.6	24.6	24.6
NO	49	37.7	37.7	62.3
NO SE	42	32.3	32.3	94.6
SIN RESPUESTA	7	5.4	5.4	100.0
TOTAL	130	100.0	100.0	

POST

RESPUESTA 2DA PARTE	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	19	14.6	14.6	14.6
NO	107	82.3	82.3	96.9
NO SE	2	1.5	1.5	98.5
SIN RESPUESTA	2	1.5	1.5	100.0
TOTAL	130	100.0	100.0	

En esta pregunta podemos observar que la población antes del curso en un 70% dijo no o no saber si eran contagiosas estas formas y al concluir el curso fue del 82% de la población que comprendió que la TB en estas formas no es contagiosa

5.- ¿Tienen mayor riesgo de enfermarse de tuberculosis las personas desnutridas, alcohólicas o con diabetes?

PRE

RESPUESTA 1ERA PARTE	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	21	16.2	16.2	16.2
NO	57	43.8	43.8	60.0
NO SE	39	30.0	30.0	90.0
SIN RESPUESTA	13	10.0	10.0	100.0
TOTAL	130	100.0	100.0	

POST

RESPUESTA 2DA PARTE	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	17	13.1	13.1	13.1
NO	107	82.3	82.3	95.4
NO SE	5	3.8	3.8	99.2
SIN RESPUESTA	1	.8	.8	100.0
TOTAL	130	100.0	100.0	

En esta pregunta solo un 16% antes del curso consideraba que si hay mayor riesgo contra un 73% que opina que no o no sabe y al concluir el curso un 86% dijo que no había mayor riesgo. Llama la atención el resultado obtenido, ya que las personas con estas enfermedades son más vulnerables a un contagio. Conocimiento no aprendido.

6.- ¿La causa de la tuberculosis son los cambios bruscos de temperatura?

PRE

RESPUESTA 1ERA PARTE	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
----------------------	------------	-------------	----------	-------------

SI	98	75.4	75.4	75.4
NO	5	3.8	3.8	79.2
NO SE	24	18.5	18.5	97.7
SIN RESPUESTA	3	2.3	2.3	100.0
TOTAL	130	100.00	100.00	

POST

RESPUESTA 2DA PARTE	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	125	96.2	96.2	96.2
NO	1	.8	.8	96.9
NO SE	2	1.5	1.5	98.5
SIN RESPUESTA	2	1.5	1.5	100.0
TOTAL	130	100.0	100.0	

En la respuesta a que la causa de la TB son los cambios bruscos de temperatura resultaron a favor un 75% inicial y un 96% al concluir el curso, lo que supone que las personas entienden como una causa de mayor contagio al clima, lo que es incorrecto.

7.- ¿Es contagiosa y frecuente la tuberculosis pulmonar?

PRE

RESPUESTA 1ERA PARTE	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	82	63.1	63.1	63.1
NO	7	5.4	5.4	68.5
NO SE	33	25.4	25.4	93.8
SIN RESPUESTA	8	6.2	6.2	100.0
TOTAL	130	100.0	100.0	

POST

RESPUESTA 2DA PARTE	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	122	93.8	93.8	93.8
NO	3	2.3	2.3	96.2
NO SE	2	1.5	1.5	97.7
SIN RESPUESTA	3	2.3	2.3	100.0
TOTAL	130	100.0	100.0	

El conocimiento se modificó en un 31% que es la diferencia entre los que afirmaron antes y después del curso, obteniendo un resultado eficiente.

8.- ¿Con la vacuna BCG se puede prevenir la tuberculosis?

PRE

RESPUESTA 1ERA PARTE	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	95	73.1	73.1	73.1
NO	3	2.3	2.3	75.4
NO SE	27	20,8	20,8	96.2
SIN RESPUESTA	5	3.8	3.8	100.0
TOTAL	130	100.0	100.0	

POST

RESPUESTA 2DA PARTE	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	126	96.9	96.9	96.9
NO	2	1.5	1.5	98.5
NO SE	1	.8	.8	99.2
SIN RESPUESTA	1	.8	.8	100.0
TOTAL	130	100.0	100.0	

El 24% obtuvieron conocimiento sobre la aplicación de la vacuna BCG como un mecanismo para prevenir la tuberculosis, resultado de la diferencia entre la respuesta.

9.-¿ es curable la tuberculosis cuando el enfermo toma sus medicamentos sin interrumpir hasta que el médico lo indica?

PRE

RESPUESTA 1ERA PARTE	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	56	43.1	43.1	43.1
NO	39	30.0	30.0	73.1
NO SE	28	21.5	21.5	94.6
SIN RESPUESTA	7	5.4	5.4	100.0
TOTAL	130	100.0	100.0	

POST

RESPUESTA 2DA PARTE	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
---------------------	------------	-------------	----------	-------------

SI	67	51.5	51.5	51.5
NO	55	42.3	42.3	93.8
NO SE	4	3.1	3.1	96.9
SIN RESPUESTA	4	3.1	3.1	100.0
TOTAL	130	100.00	100.00	

Antes del curso solo un 43% sabía que sí sigue las indicaciones del médico, sí es curable la enfermedad y al finalizar solo el 51%, por lo que el 49% siguió pensando que no era curable; por lo que hay que revisar el contenido de este tema y reafirmar el conocimiento ya que este punto es básico para la adherencia al tratamiento.

10.-¿Las personas con tuberculosis presentan síntomas como vómito, comezón y fiebre?

PRE

RESPUESTA 1ERA PARTE	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	16	12.3	12.3	12.3
NO	71	54.6	54.6	66.9
NOSE	38	29.2	29.2	96.2
SIN RESPUESTA	5	3.8	3.8	100.0
TOTAL	130	100.00	100.00	

POST

RESPUESTA 2DA PARTE	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	26	20.0	20.0	20.0
NO	97	74.6	74.6	94.6
NO SE	4	3.1	3.1	97.7
SIN RESPUESTA	3	2.3	2.3	100.0
TOTAL	130	100.00	100.00	

La diferencia entre el Pre y el Post habla que existe después del curso un mejor conocimiento de que hay síntomas no ligados a la tuberculosis; sin embargo, un 20% del Post siguió pensando equivocadamente.

11.- ¿La diabetes ayuda a la curación de la tuberculosis?

PRE

RESPUESTA 1ERA PARTE	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
----------------------	------------	-------------	----------	-------------

SI	83	63.8	63.8	63.8
NO	18	13.8	13.8	77.7
NOSE	21	16.2	16.2	93.8
SIN RESPUESTA	8	6.2	6.2	100.0
TOTAL	130	100.00	100.00	

POST

RESPUESTA 2DA PARTE	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	90	73.8	73.8	73.8
NO	26	20.0	20.0	93.8
NO SE	5	3.8	3.8	97.7
SIN RESPUESTA	3	2.3	2.3	100.0
TOTAL	130	100%	100%	

En esta respuesta se detecta un problema sobre el conocimiento de la diabetes, el Pre con un 64% y en el Pots 74%, lo que refleja que el conocimiento no fue claro para la población.

12.- ¿Disminuye el riesgo de contagio en la Tuberculosis cuando el enfermo se cubre con papel desechable al toser, estornudar o escupir?

PRE

RESPUESTA 1ERA PARTE	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	40	30.8	30.8	30.8
NO	45	34.6	34.6	65.4
NOSE	35	26.9	26.9	92.3
SIN RESPUESTA	10	7.7	7.7	100.0
TOTAL	130	100.0	100.0	

POST

RESPUESTA 2DA PARTE	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	45	34.6	34.6	34.6
NO	81	62.3	62.3	96.9
NO SE	3	2.3	2.3	99.2
SIN RESPUESTA	1	.8	.8	100.0
TOTAL	130	100.0	100.0	

La diferencia entre las respuestas afirmativas es para el cuestionario Post curso, apenas del 4% y el porcentaje de las respuestas negativas cambio en Post incrementándose del 35 al 62%. Lo que indica que el conocimiento adquirido fue que no disminuía el riesgo, lo que demuestra que no se proporcionó el aprendizaje correcto que es que esta medida previene la transmisión de la enfermedad.

13.- ¿La vacuna BCG puede curar la tuberculosis?

PRE

RESPUESTA 1ERA PARTE	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	110	84.6	84.6	84.6
NO	2	1.5	1.5	86.2
NO SE	16	12.3	12.3	98.5
SIN RESPUESTA	2	1.5	1.5	100.0
TOTAL	130	100.00	100.00	

POST

RESPUESTA 2DA PARTE	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	129	99.2	99.2	99.2
SIN RESPUESTA	1	.8	.8	100.0
TOTAL	130	100.00	100.00	

En estas respuestas de ambos cuestionarios se muestra que casi el 100% de los asistentes al curso confirmaron o aprendieron que si se cura la tuberculosis con la vacuna, pero esto es un error en el proceso de enseñanza – aprendizaje, ya que esta es solo una medida preventiva para evitar desarrollar la enfermedad.

14.- ¿Ventilar y limpiar la casa disminuye el riesgo de contagio de la tuberculosis?

PRE

RESPUESTA 1ERA PARTE	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
----------------------	------------	-------------	----------	-------------

SI	10	7.7	7.7	7.7
NO	94	72.3	72.3	80.0
NO SE	20	15.4	15.4	95.4
SIN RESPUESTA	6	4.6	4.6	100.0
TOTAL	130	100.00	100.00	

POST

RESPUESTA 2DA PARTE	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	5	3.8	3.8	3.8
NO	121	93.1	93.1	96.9
NO SE	2	1.5	1.5	98.5
SIN RESPUESTA	2	1.5	1.5	100.0
TOTAL	130	100.0	100.0	

Esta pregunta y sus resultados Pre y Post, permiten apreciar que hay un error en el proceso de enseñanza-aprendizaje, situación que requiere de una valoración del mismo proceso.

15.- ¿Se contagia la tuberculosis al saludar al enfermo?

PRE

RESPUESTA 1ERA PARTE	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	78	60	60	60.0
NO	9	6.9	6.9	66.9
NO SE	38	29.2	29.2	96.2
SIN RESPUESTA	5	3.8	3.8	100.0
TOTAL	130	100.0	100.0	

POST

RESPUESTA 2DA PARTE	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	111	85.4	85.4	85.4
NO	14	10.8	10.8	96.2
NO SE	5	3.8	3.8	100.0
SIN RESPUESTA	130	100.0	100.0	
TOTAL				

Se detecta otro error en el proceso de enseñanza, que habrá que analizar para conocer las causa de esto.

16.- ¿En tuberculosis, una inadecuada nutrición se manifiesta con mareos, pérdida de peso, pérdida de apetito, debilidad, fatiga, caída y cabello y piel reseca?

PRE

RESPUESTA 1ERA PARTE	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	80	61.5	61.5	61.5
NO	8	6.2	6.2	67.7
NO SE	37	28.5	28.5	96.2
SIN RESPUESTA	5	3.8	3.8	100.0
TOTAL	130	100.0	100.0	

POST

RESPUESTA 2DA PARTE	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	111	85.4	85.4	85.4
NO	14	10.8	10.8	96.2
NO SE	5	3.8	3.8	100.0
SIN RESPUESTA	130	100.0	100.0	
TOTAL				

Más de la mitad de la población antes de tomar el curso ya sabían que si se manifiestan estos síntomas cuando se tiene tuberculosis, al comparar los resultados de ambos cuestionarios se observa que si hubo aprendizaje nuevo en un 23 % de la población.

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO CON VISITA DOMICILIARIA UN AÑO DESPUÉS DEL CURSO

Para la realización de las visitas domiciliarias se llevo a cabo la selección de los 130 cuestionarios de evaluación pre y post del curso de tuberculosis 2005, después se seleccionó a 30 pacientes, que radicarán en el D.F. y que hubieran llevado la estrategia TAES, posteriormente se llamó por vía telefónica para concretar visita a domicilio y aplicar el cuestionario del curso ya modificado con las preguntas que incluyeron los cambios de hábitos y costumbres. La muestra tiene una población entre 46 y 55 años de edad y le sigue el grupo de entre 26 y 35 años, en grupo mayoritario es el femenino, con una escolaridad de primaria y la principal ocupación fue el hogar .

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
15-35	5	16.7
26-35	6	20.0
36-45	4	13.3
46-55	8	26.7
56-65	2	6.7
66-80	5	16.7

TOTAL	30	100.0
-------	----	-------

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	19	63.3
MASCULINO	11	36.7
TOTAL	30	100.0

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN INSTRUCCIÓN	2	6.7
ALFABETA	1	3.3
PRIMARIA	10	33.3
SECUNDARIA	6	20.0
TÉCNICO O		
BACHILLERATO	6	20.0
LICENCIATURA	5	16.7
TOTAL	30	100.0

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
INCAPACITADO	5	16.7
ESTUDIANTE	4	13.3
HOGAR	14	46.7
OFICIO	3	10.0
EMPLEO	4	13.3
TOTAL	30	100.0

CUESTIONARIO

1.- ¿El Microbio (Bacilo de Koch) es el causante de la tuberculosis en cualquier persona?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	21	70.0	70.0	70.0
NO	2	6.7	6.7	76.7
NO SE	7	23.3	23.3	100.0
TOTAL	30	100.0	100.0	

2.- ¿Es curable la tuberculosis?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	29	96.7	96.7	96.7
NO	1	3.3	3.3	100.0
TOTAL	30	100.0	100.0	

3.- ¿Son síntomas de tuberculosis la tos con flemas y a veces con sangre, pérdida de peso, escalofrío y cansancio?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	28	93.3	93.3	93.3
NO	1	3.3	3.3	96.7
NO SE	1	3.3	3.3	100.0
TOTAL	30	100.0	100.0	

4.- ¿La tuberculosis en riñón, huesos, cerebro y piel son contagiosas?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	8	26.7	26.7	26.7
NO	9	30.0	30.0	56.7
NO SE	13	43.3	43.3	100.0
TOTAL	30	100.0	100.0	

5.- ¿Tiene mayor riesgo de enfermarse de tuberculosis las personas desnutridas, alcohólicas o con diabetes?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	26	86.7	86.7	86.7
NO	2	6.7	6.7	93.3
NO SE	2	6.7	6.7	100.0
TOTAL	30	100.0	100.0	

6.- ¿La causa de la tuberculosis son los cambios bruscos de temperatura?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	10	33.3	33.3	33.3
NO	19	63.3	63.3	96.7
NO SE	1	3.3	3.3	100.0
TOTAL	30	100.0	100.0	

7.- ¿Es contagiosa y más frecuente la tuberculosis pulmonar?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	28	93.3	93.3	93.3
NO	1	3.3	3.3	96.7
NO SE	1	3.3	3.3	100.0
TOTAL	30	100.0	100.0	

8.- ¿Con la vacunas BCG se puede prevenir la tuberculosis?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	17	56.7	56.7	56.7
NO	2	6.7	6.7	63.3
NO SE	11	36.7	36.7	100.0
TOTAL	30	100.0	100.0	

9.- ¿Es curable la tuberculosis cuando el enfermo toma sus medicamentos sin interrumpir hasta que el médico lo indica?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	30	100.0	100.0	100.0
TOTAL	30	100.0	100.0	

10.- ¿Las personas con tuberculosis presentan síntomas como vómito, comezón y fiebre?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	14	46.7	46.7	46.7
NO	8	26.7	26.7	73.3
NO SE	8	26.7	26.7	100.0
TOTAL	30	100.0	100.0	

11.- ¿La diabetes ayuda a la curación de la tuberculosis?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	2	6.7	6.7	6.7
NO	22	73.3	73.3	80.0
NO SE	6	20.0	20.0	100.0
TOTAL	30	100.0	100.0	

12.- ¿Disminuye el riesgo de contagio en la tuberculosis cuando el enfermo se cubre con papel desechable al toser, estornudar o escupir?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	23	76.7	76.7	76.7
NO	7	23.3	23.3	100.0
TOTAL	30	30.0	30.0	

13.- ¿La vacuna BCG puede curar la tuberculosis?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
-----------	------------	-------------	----------	-------------

SI	9	30.0	30.0	30.0
NO	16	53.3	53.3	83.3
NO SE	5	16.7	16.7	100.0
TOTAL	30	100.0	100.0	

14.- ¿Ventilar y limpiar la casa disminuye el riesgo de contagio de la tuberculosis?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	28	93.3	93.3	93.3
NO	1	3.3	3.3	96.7
NO SE	1	3.3	3.3	100.0
TOTAL	30	100.0	100.0	

15.- ¿Se contagia la tuberculosis al saludar al enfermo?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	3	10.0	10.0	10.0
NO	26	86.7	86.7	96.7
NO SE	1	3.3	3.3	100.0
TOTAL	30	100.0	100.0	

16.- ¿En tuberculosis una inadecuada nutrición se manifiesta con: mareos, pérdida de peso, pérdida de apetito, debilidad, fatiga, caída de cabello y piel reseca. ?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	23	76.7	76.7	76.7
NO	5	16.7	16.7	93.3
NO SE	2	6.7	6.7	100.0
TOTAL	30	100.0	100.0	

CUESTIONARIO DE PREGUNTAS QUE SE ANEXAN PARA VALORAR LAS MODIFICACIONES EN HABITOS Y COSTUMBRES DE LA ESTRATEGIA TAES

Para la valoración de las siguientes respuestas se tomaron en cuenta las indicaciones que marca el TAES, en donde se indica que los pacientes en fase intensiva tendrán que acudir "diario" a su centro de salud para la ingesta de su medicamento, esto es los primeros dos meses y en fase de sostén cada tercer día hasta concluirlo en ambos casos se estará supervisado por personal de salud quien llevara un registro de control de la ingesta de los mismos, y deberá

realizarse una prueba mensual de baciloscopias para verificar que las pruebas sean negativas es decir que ya no pueden infectar a otras personas.

17.- ¿Con que frecuencia acudía a su Centro de Salud por su medicamento en fase intensiva?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
DIARIO	25	83.3	83.3	83.3
UNA VEZ POR SEMANA	4	13.3	13.3	96.7
SIN RESPUESTA	1	3.3	3.3	100.0
TOTAL	30	100.0	100.0	

18.- ¿Con que frecuencia acudía usted a su Centro de Salud por su medicamento en fase de sostén?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
DIARIO	6	20.0	20.0	20.0
UNA VEZ POR SEMANA	14	46.7	46.7	66.7
SIN RESPUESTA	9	30.0	30.0	96.7
TOTAL	1	3.3	3.3	100.0
	30	100.0	100.0	

19.- ¿El Centro de Salud de su comunidad era accesible para usted?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	28	93.3	93.3	93.3
NO	1	3.3	3.3	96.7
NO SE	1	3.3	3.3	100.0
TOTAL	30	100.0	100.0	

20.- ¿Había siempre medicamentos?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	26	86.7	86.7	86.7
NO	3	10.0	10.0	96.7
SIN RESPUESTA	1	3.3	3.3	100.0
TOTAL	30	100.0	100.0	

21.- ¿El personal de salud me supervisaba la toma del medicamento?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
-----------	------------	-------------	----------	-------------

SI	28	93.3	93.3	93.3
NO	1	3.3	3.3	96.7
SIN RESPUESTA	1	3.3	3.3	100.0
TOTAL	30	100.0	100.0	

22.- ¿Concluyó su tratamiento?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	29	96.7	96.7	96.7
NO	1	3.3	3.3	100.0
TOTAL	30	100.0	100.0	

23.- ¿En caso negativo cuáles fueron las causas por las que no llevó a cabo su tratamiento como le fue indicado por el médico. Tache la respuesta correcta?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
ALCOHOLISMO	1	3.3	3.3	3.3
CONCLUYO TX	29	96.7	96.7	100.0
TOTAL	30	100.0	100.0	

Para su tratamiento y recuperación consideró las siguientes medidas:

24.- ¿Buena ventilación?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	28	93.3	93.3	93.3
OTROS	2	6.7	6.7	100.0
TOTAL	30	100.0	100.0	

25.- ¿Escupía sobre papel?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	24	80	80	80.0
NO	1	3.3	3.3	83.3
OTROS	5	16.7	16.7	100.0
TOTAL	30	100.0	100.0	

26.- ¿Guardaba ese papel en una bolsa de plástico?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	25	83.3	83.3	83.3
OTROS	5	16.7	16.7	100.0
TOTAL	30	100.0	100.0	

27.- ¿Asoleaba las cobijas de su cama?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	22	73.3	73.3	73.3
NO	5	16.7	16.7	90.0
OTROS	3	10	10	100.0
TOTAL	30	100.0	100.0	

28.- ¿Tiene una alimentación balanceada y de buena calidad?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	26	86.7	86.7	86.7
OTROS	4	13.3	13.3	100.0
TOTAL	30	100.0	100.0	

29.- ¿Durante su tratamiento en su Centro de Salud le realizaron baciloscopias de manera mensual para confirmar que éstas ya eran negativas?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%PORCENTAJE	% VALIDO	% ACUMULADO
SI	25	83.3	83.3	83.3
NO	3	10.0	10.0	93.3
OTROS	2	6.7	6.7	100.0
TOTAL	30	100.0	100.0	

5.7 ANALISIS DE RESULTADOS

La visita domiciliaria permitió obtener datos importantes: el tratamiento fue exitoso en el 97% de los casos entrevistados, esto es por el esfuerzo conjunto del equipo de salud (médicos, enfermeras, trabajadores sociales) así como a la efectividad de los medicamentos y la adherencia de los pacientes; destacando obviamente la importancia del curso de tuberculosis que los pacientes y familiares recibieron y de él destaco que la educación otorgada fijó, a un año de distancia, las características de la tuberculosis como ser una enfermedad producida por el bacilo de Koch y las determinantes sociales del entorno, la fijación del conocimiento de los síntomas (93%), de los factores de riesgo como desnutrición, diabetes, alcoholismo (86%). Ha quedado claro que pacientes y familiares aprendieron a través del curso, que la vacuna BCG previene la enfermedad (56%).

Los resultados también han realimentado el proceso de enseñanza-aprendizaje, puesto que hay algunos aspectos del curso que deben ser revisados, actualizados y revalorada la forma de enseñanza porque el conocimiento adquirido no ha sido totalmente satisfactorio (otras formas de tuberculosis que no tiene la misma efectividad de contagio como la pulmonar), hábitos higiénicos, causas de abandono del tratamiento, BCG, entre otros.

En general se pudo apreciar durante este estudio con las visitas domiciliarias que la población se interesó y preocupó más por su diagnóstico ya que acudieron a el curso de tuberculosis, realizaron las medidas higiénicas aprendidas, así como el cumplimiento a la adherencia a la estrategia TAES, y de esta forma lograron la recuperación de su salud.

Es importante mencionar que hubieron pacientes que refirieron no haber presentado todos los síntomas expuestos en el cuestionario, a pesar de haber sido diagnosticados con TBP, esta no se desarrollo en algunos casos pero si tenían claras las medidas de higiene necesarias.

5.8 CONCLUSIONES

El problema de salud pública que significa la tuberculosis por ser una patología puede afectar a las personas de cualquier nivel socioeconómico, pero principalmente a las que se encuentran en estratos socioeconómicamente bajos, ya que es una población vulnerable que se encuentra expuesta al contagio directo de esta enfermedad. Los pacientes que son atendidos en el INER, corresponden a la llamada población abierta; es decir, aquella que no cuenta con servicios de seguridad social como IMSS o ISSSTE, debido al tipo de ocupación que realizan. Si bien todos tenemos la posibilidad de ser infectados por el bacilo de la tuberculosis, ésta se desarrolla más en aquellas personas que se encuentran en un entorno donde las determinantes sociales tienen un peso específico: vivienda, alimentación, educación, servicios, empleos no bien remunerados, etc.

Terminar con la problemática de la tuberculosis requiere además de estrategias educativas, preventivas y curativas, enfatizando más en aquellas con mayor riesgo, de mejorar las condiciones de vida de estas poblaciones. Una alimentación adecuada, ambientes laborables seguros, mejoramiento en la calidad de la vivienda, pueden contribuir en la reducción de la tuberculosis. Además de realizar campañas de difusión sobre la enfermedad, la importancia de las medidas higiénicas, así como la realización de la prueba tuberculina (PPD), para conocer el nivel de infección entre la población.

5.9 PROPUESTAS

De acuerdo a la experiencia de la realización de este estudio exploratorio se sugieren las siguientes propuestas que considera la tesista, pueden servir al equipo de salud de la Clínica de Tuberculosis para poder llevar a cabo un mejor seguimiento a los casos de los pacientes ahí tratados con la finalidad de seguir teniendo la prevención y preservación de la salud como una primicia.

- Continuar con una evaluación más profunda del curso de tuberculosis y así poder mejorarlo continuamente.
- Que la difusión y convocatoria de los cursos de tuberculosis no sea, una actividad solo de Trabajo Social, si no que el equipo de salud se integre a esta actividad.
- Se sugiere que los médicos soliciten comprobante de asistencia al curso, una vez que los pacientes hayan egresado y acudan a su cita por consulta externa.
- Adecuar la orientación que incluye la información en cuanto al futuro en donde el paciente debe seguir sus estudios de control posterior al tratamiento, ya que fue una pregunta que la mayoría de las personas visitadas dijo no conocer, como llevar un control posterior al tratamiento.

- Que exista un rol del personal de salud asignado como ponentes del curso de tuberculosis; ya que en ocasiones no se presenta todo el equipo de salud y esto hace que se quede sesgada o incompleta la información al paciente y a sus familiares.
- Considerar el replanteamiento del contenido educativo de la carta descriptiva, ya que como se observa en los resultados existen algunas preguntas donde las respuestas son contrarias entre sí como es el caso de la vacuna de la tuberculosis o sobre la diabetes; incluyendo dinámicas, técnicas o estrategias de educación que refuercen el conocimiento adquirido durante el curso.
- También se sugiere que la exposición durante el curso sea acorde a los participantes considerando su nivel educativo para que la exposición del mensaje llegue al receptor sin ninguna duda o mala interpretación.
- La modificación del cuestionario de evaluación del curso de tuberculosis de manera que el paciente y/o familiares informen sobre los síntomas que presentaron con la TBP, ya que hay preguntas como son los síntomas de la tuberculosis, en las que no todos los pacientes o familiares presentaron estos síntomas.
- Es importante se consideren las visitas domiciliarias con los pacientes que hayan tomado el curso de tuberculosis y que estuvieran con la estrategia TAES, para seguir mejorando los contenidos del curso de acuerdo a las necesidades que los pacientes refieran.
- Hacer extensivos estos resultados al equipo de salud que trabaja con estos enfermos, para que se promuevan los cambios necesarios en busca de la mejora continua de las acciones y el logro de la recuperación de la salud y evitar recaídas en los enfermos.

Bibliografía

- 1.- Bandura, Albert. Aprendizaje Social .Edit. Epasa, Madrid. 1982
- 2.- Bandura, Albert. Orígenes de la Conducta. Edit. Epasa, Madrid. 1982
- 3.-Benenson,S, Abraham. Manual para el Control de las Enfermedades Transmisibles. Organización Panamericana de la Salud. Decimosexta Edición. E.U.A. 1997.
- 4.-Briones,Guillermo. Evaluación de Programas Sociales. Edit Trillas. México. 2002.
- 5.-Caminero JA. Guía de la Tuberculosis para Médicos Especialistas. Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (UICTER). París, Francia. 2003.
- 6.-Cárdenas De la Peña, Enrique. De Sanatorio Huipulco, a Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Cincuenta años. INER. México. 1986.
- 7.-Fernández, Ballesteros Rocío. Evaluación de Programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud. Edit. Síntesis Psicología. España. 2001.
- 8.-García. Flores Ángeles. Programa de Educación para la Salud para enfermos con Tuberculosis Pulmonar del INER. México. 2006.
- 9.-INER. Control y tratamiento de la tuberculosis pulmonar. Folletos de divulgación sobre temas de la patología respiratoria. 2da. ED. México. 1992.
- 10.- INER. Manual de organización específico del departamento de trabajo social. México. 2004
- 11.-Malcolm, Payne. Teorías Contemporáneas del Trabajo Social. México. 1995.
- 12.- Mora, Pizano Ma. De los Angeles. Programa de Trabajo en Clínica de Tuberculosis. INER. México. 2007.
- 13.-Pérez Serrano, Gloria. Elaboración de Proyectos Sociales. Casos prácticos. Madrid-España. 2004.
- 14.-Pichardo, Muñiz Arlette.. Evaluación del Impacto Social. Edit. Lumen. Argentina. 1997.
- 16.-Polaino-Lorete, Aquilino. Educación para la Salud. Barcelona. Edit. Herder 1987.
- 15.-Programa Nacional de Salud 2001-2006. México. 2001.
- 17.-Puig.Rovira, José M°.. Teorías de la Educación. Barcelona. 1986.

- 18.-Revista. INER. Volumen 14-número 2 Abril-Junio 2001. La tuberculosis pulmonar en un grupo de pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Un enfoque antropológico. México 2001.
- 19.-Revista EnfermIMSS2002;10(1):31-43 Guía de enfermería para la aplicación de la estrategia DOTS/TAES. Programa Regional de Tuberculosis.
- 20.-Salazar Hernández, M° Guadalupe. Revista Trabajo Social. Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM. México. 1989.
- 21.-Sección Académica de Psicopedagogía. Tríptico Informativo, el Licenciado en Trabajo Social. ENTS UNAM. 1991.
- 22.-Secretaría de Salud. Modelos de Intervención de Trabajo Social de los Institutos Nacionales de Salud. México. 1999.
- 23.-Secretaría de Salud. INER. Informe de Labores 2001. México. 2001.
- 23.-Secretaría de Salud. Programa de Acción Tuberculosis. México. 2001
- 24.-Secretaría de Salud. Institutos Nacionales de Salud. Código de Ética para los Trabajadores Sociales de los Institutos Nacionales de Salud. México. 2005
- 25.-Siempre, Gestión Integral de Programas Sociales Orientada a Resultados Manual Metodológico para la Planificación y Evaluación de Programas Sociales. Edit. UNESCO.
- 26.-Tapía C.R., Ruíz M.G, Ferreira, G .E. Epidemiología de la Tuberculosis en México. Temas de Medicina Interna: Tuberculosis Asociación de Medicina Interna. Vol.III. México. 2001.
- 27.-Ulrici. H. Diagnóstico y Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar. Traducido De la 2da Edit. Alemana. México. 1985.
- 28.- <http://www.lungusa.org>

Anexos

ANEXO 1.- Cuestionario de evaluación de la Clínica de Tuberculosis

ANEXO 2.- Cuestionario de Visitas Domiciliarias

ANEXO 3.- Cuestionario que se sugiere para la evaluación del curso

ANEXO 4.- Programa de educación para la salud del INER

ANEXO 1.- Cuestionario de evaluación de la Clínica de Tuberculosis

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD CLINICA DE TUBERCULOSIS EVALUACION DEL CURSO SOBRE TUBERCULOSIS

Fecha _____
Nombre _____ Edad _____ Hombre () Mujer () Escolaridad _____
Ocupación _____ ¿Tiene o ha tenido Tuberculosis? Si _____ No _____ ¿Es
paciente del INER? Si _____ Con Exp. No. _____ Sin Expediente () Soy familiar de
paciente () Soy persona interesado en el tema () Otro _____

INSTRUCCIONES: Con el propósito de saber cuáles son los conocimientos previos que tiene Usted sobre tuberculosis, le pedimos que lea cuidadosamente las preguntas y marque con una X solo una respuesta.

- 1.-El microbio (bacilo de Koch) es el causante de la Tuberculosis en cualquier persona..... Si () No () No sé ()
- 2.- ¿Es curable la Tuberculosis?Si () No () No sé ()
- 3.- Son síntomas de Tuberculosis la tos con flemas y a veces con sangre, pérdida de peso, escalofrío, frío y cansancioSi () No () No sé ()
- 4.- La Tuberculosis en riñón, huesos, cerebro y piel son contagiosas.....Si () No () No sé ()
- 5.- Tienen mayor riesgo de enfermarse de Tuberculosis las personas desnutridas, alcohólicas o con diabetes.....Si () No () No sé ()
- 6.-La causa de la Tuberculosis son los cambios bruscos de temperatura.....Si () No () No sé ()
- 7.- Es contagiosa y más frecuente la Tuberculosis pulmonar.....Si () No () No sé ()
- 8.- Con las vacunas BCG se puede prevenir la Tuberculosis..... Si () No () No sé ()
- 9.- Es curable la Tuberculosis cuando el enfermo toma sus medicamentos sin interrumpir hasta que el médico lo indica.....Si () No () No sé ()
- 10.- Las personas con Tuberculosis presentan síntomas como vómito, comezón y fiebre.....Si () No () No sé ()
- 11.- La diabetes ayuda a la curación de la Tuberculosis..... Si () No () No sé ()
- 12.-Disminuye el riesgo de contagio en la Tuberculosis cuando el enfermo se cubre con papel desechable al toser, estornudar o escupir.....Si () No () No sé ()
- 13.- La vacuna BCG puede curar la Tuberculosis.....Si () No () No sé ()
- 14.- Ventilar y limpiar la casa disminuye el riesgo de contagio de la Tuberculosis.....Si () No () No sé ()
- 15.- Se contagia la Tuberculosis al saludar al enfermo.....Si () No () No sé ()
- 16.- En Tuberculosis una inadecuada nutrición se manifiesta con: mareos, pérdida de peso, pérdida de apetito, debilidad, fatiga, caída de cabello y piel reseca.....
.....i () No () No sé ()

SUGERENCIAS _____

Anexo 2.- Cuestionario de Visitas Domiciliarias

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD CLINICA DE TUBERCULOSIS EVALUACION DEL CURSO SOBRE TUBERCULOSIS

Fecha_____

Nombre_____ Edad_____ Hombre () Mujer () Escolaridad_____
Ocupación_____ ¿Tiene o ha tenido Tuberculosis? Si___ No___ ¿Es
paciente del INER? Si___ Con Exp. No._____ Sin Expediente () Soy familiar de
paciente () Soy persona interesado en el tema () Otro_____

INSTRUCCIONES: Con el propósito de saber cuáles son los conocimientos previos que tiene Usted sobre tuberculosis, le pedimos que lea cuidadosamente las preguntas y marque con una X solo una respuesta.

1.-El microbio (bacilo de Koch) es el causante de la Tuberculosis en cualquier persona.....

1.1 Si () 1.2 No () 1.3 No sé () .

2.- ¿Es curable la Tuberculosis?

2.1Si () 2.2 No () 2.3 No sé ()

3.- Son síntomas de Tuberculosis la tos con flemas y a veces con sangre, pérdida de peso, escalofrío, frío y cansancio

3.1Si () 3.2 No () 3.3 No sé ()

4.- La Tuberculosis en riñón, huesos, cerebro y piel son contagiosas

4.1Si () 4.2 No () 4.3 No sé ()

5.- Tienen mayor riesgo de enfermar de Tuberculosis las personas desnutridas, alcohólicas o con diabetes

5.1Si () 5.2 No () 5.3 No sé ()

6.-La causa de la Tuberculosis son los cambios bruscos de temperatura

6.1Si () 6.2 No () 6.3 No sé ()

7.- Es contagiosa y frecuente la Tuberculosis pulmonar

7.1 Si () 7.2 No () 7.3 No sé ()

8.- Con la vacuna BCG se puede prevenir la Tuberculosis

8.1 Si () 8.2 No () 8.3 No sé ()

9.- Es curable la Tuberculosis cuando el enfermo toma sus medicamentos sin interrumpir hasta que el médico lo indica

9.1 Si () 9.2 No () 9.3 No sé ()

10.- Las personas con Tuberculosis presentan síntomas como vómito, comezón y fiebre

10.1 Si () 10.2 No () 10.3 No sé ()

11.- La diabetes ayuda a la curación de la Tuberculosis

11.1 Si () 11.2 No () 11.3 No Sé ()

12.-Disminuye el riesgo de contagio en la Tuberculosis cuando el enfermo se cubre con papel desechable al toser, estornudar o escupir

12.1 Si () 12.2 No () 12.3 No sé ()

13.- La vacuna BCG puede curar la Tuberculosis

13.1 Si () 13.2 No () 13.3 No sé ()

14.- Ventilar y limpiar la casa disminuye el riesgo de contagio de la Tuberculosis

14.1 Si () 14.2 No () 14.3 No sé ()

15.- Se contagia la Tuberculosis al saludar al enfermo

15.1 Si () 15.2 No () 15.3 No sé ()

16.- En Tuberculosis una inadecuada nutrición se manifiesta con: mareos, pérdida de peso, pérdida de apetito, debilidad, fatiga, caída de cabello y piel reseca

16.1 Si () 16.2 No () 16.3 No sé ()

17.- ¿Con que frecuencia acudía usted a su Centro de Salud por su medicamento en fase intensa?

17.1 a) Diario 17.2 b) Cada tercer día 17.3 c) 1 Vez por semana

17.4 d) Otro_____

18.-Con que frecuencia acudía usted a su Centro de Salud por su medicamento en fase de sostén?

18.1 a) Diario 18.2 b) Cada tercer día 18.3 c)1 Vez por semana

18.4 d) Otro_____

19.-El Centro de Salud de su comunidad era accesible para usted por:

19.1 SI_____ 19.2 NO_____ ¿A que distancia en horas o minutos?_____

20.- Había siempre medicamentos

20.1 SI_____ 20.2 NO_____

21.- El personal de salud me supervisaba el medicamento

21.1 SI_____ 21.2 NO_____ Otro ¿Quién?_____

22.- Concluyó su tratamiento

22.1 Si_____ 22.3 No: _____

Porque:_____

23.- En caso negativo cuáles fueron las causas por las que no llevó a cabo su tratamiento como le fue indicado por el médico. Tache la respuesta correcta

- a. El Centro de Salud estaba retirado de su domicilio
- b. No había medicamentos
- c. Por falta de recursos económicos
- d. Olvido tomar el medicamento
- e. Otro ¿Cuál ?_____

24.- Para su tratamiento y recuperación consideró las siguientes medidas:

Buena ventilación: 24.1 SI_____ 24.2 NO_____

¿Por qué?_____

25.- Escupía sobre un papel

25.1 Si_____ 25.2 No_____

26.- Guardaba ese papel en un bolsa de plástico

26.1 SI_____ 26.2 NO_____

27.- Asoleaba las cobijas de su cama:

27.1 SI_____ 27.2_____

28.- Tiene una buena alimentación balanceada y de buena calidad.

28.1 SI_____ 28.2 NO_____

29.- Durante su tratamiento en su Centro de Salud le realizaron Baciloscopias de manera mensual para confirmar que éstas ya eran negativas.

29.1 SI_____ 29.2 NO_____

Comentarios y Sugerencias

T: QUE APLICO_____

Anexo 3.- Cuestionario que se sugiere para la evaluación del curso

**INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD
CLINICA DE TUBERCULOSIS
EVALUACION DEL CURSO SOBRE TUBERCULOSIS**

Fecha _____
Nombre _____ Edad _____ Hombre () Mujer ()
Escolaridad _____ Ocupación _____ ¿Tiene o ha tenido
Tuberculosis? Si ___ No ___ ¿Es paciente del INER? Si ___ Con Exp. No. _____
Sin Expediente () Soy familiar de paciente () Soy persona interesado en el tema ()
Otro _____

INSTRUCCIONES: Con el propósito de saber cuáles son los conocimientos previos que tiene Usted sobre tuberculosis, le pedimos que lea cuidadosamente las preguntas y marque con una X solo una respuesta.

1.-El microbio (bacilo de Koch) es el causante de la Tuberculosis en cualquier persona..... Si () No () No sé ()

2.- ¿Es curable la Tuberculosis?Si () No () No sé ()

3.- Son síntomas de Tuberculosis:

- Tos con flemas
- Perdida de peso
- Tos con flemas y a veces con sangre
- Frío
- Cansancio

Todos los síntomas Ninguno

4.- La Tuberculosis en riñón, huesos, cerebro y piel son contagiosasSi () No () No sé ()

5.- Tienen mayor riesgo de enfermar de Tuberculosis las personas (marque las que considere)

Desnutridas

Alcohólicas

Con diabetes

6.-La causa de la Tuberculosis son los cambios bruscos de temperatura.....Si () No () No sé ()

7.- Es contagiosa y más frecuente la Tuberculosis pulmonar.....Si () No () No sé ()

8.- Con las vacuna BCG se puede prevenir la Tuberculosis..... Si () No () No sé ()

9.- Es curable la Tuberculosis cuando el enfermo toma sus medicamentos sin interrumpir hasta que el médico lo indica.....Si () No () No sé ()

10.- Las personas con Tuberculosis presentan síntomas como vómito, comezón y fiebre.....Si () No () No sé ()

11.- La diabetes ayuda a la curación de la Tuberculosis..... Si () No () No Sé ()

12.-Disminuye el riesgo de contagio en la Tuberculosis cuando el enfermo se cubre con papel desechable al toser, estornudar o escupir.....Si () No () No sé ()

13.- La vacuna BCG puede curar la Tuberculosis.....Si () No () No sé ()

14.- Ventilar y limpiar la casa disminuye el riesgo de contagio de la Tuberculosis.....Si () No () No sé ()

15.- Se contagia la Tuberculosis al saludar al enfermo.....Si () No () No sé ()

16.- En Tuberculosis una inadecuada nutrición se manifiesta con:
(marque las que considere necesarias)

- | | | | |
|--------------------|-----------------------|-------------------|-----------------------|
| Mareos | <input type="radio"/> | Pérdida de peso | <input type="radio"/> |
| Pérdida de apetito | <input type="radio"/> | Debilidad | <input type="radio"/> |
| Fatiga | <input type="radio"/> | Caída del cabello | <input type="radio"/> |
| Piel reseca | <input type="radio"/> | | |

SUGERENCIAS _____

ANEXO 4.- Programa de educación para la salud del INER

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD DEL INER

JUSTIFICACIÓN

La problemática de salud en México y en especial la necesidad de atención de las patologías respiratorias que le competen al INER como institución especializada, con una misión y una visión integradora que sienta sus bases en el actual PNS y fundamenta su intervención mediante acciones metodológicas como la investigación encaminada a dar respuesta a las carencias y necesidades de sus usuarios tanto clínicas como sociales por estar inmersos en un medio que les repercute y en el que se necesita incidir favorablemente. En el presente programa, Trabajo Social se apoyará por el nivel de intervención grupal para coadyuvar en la atención de las patologías respiratorias. Al promover la salud se favorecerá la participación corresponsable de los usuarios en su rehabilitación y en su curación o en su control; podrá prevenir recaídas o nuevos casos, mediante el desarrollo de actividades que tienen como fundamento la investigación de las prioridades de educación y de información para la salud de los usuarios, por tal motivo, se consultan las estadísticas de morbilidad general del 2004. Las 5 primeras causas de morbilidad hospitalaria en el INER, no sufrieron cambios importantes en el orden de mayor incidencia en los dos años anteriores, el primer lugar lo ocuparon nuevamente los Tumores Malignos (12 %), el segundo lugar por Asma (12 %), Neumonía (8 %), Enfermedad Intersticial Difusa (8 %), Bronquitis y Enfisema entre otras enfermedades obstructivas crónicas (6 %).

Para rediseñar, actualizar y aplicar una cédula de interés de los usuarios, se tomó como referencia al 20 % del promedio mensual de pacientes por servicio en base a las estadísticas de morbilidad del 2004, ello permitió saber que en correlación con la incidencia hospitalaria, la mayoría de la población (24%) se interesa en primer lugar por conocer sobre el cáncer pulmonar y el asma (22%). El 5% muestra su interés por tuberculosis, diabetes, enfisema pulmonar, fibrosis pulmonar; el 3% por bronquitis crónica, neumonía, VIH/ SIDA, enfermedades del oído y nutrición. Un menor número de personas (2%) se interesan también en primer lugar por conocer sobre rinitis, amigdalitis, sinusitis crónica y donación de órganos; sólo el 1% reporta su interés por conocer sobre el tabaquismo, alcoholismo, implante coclear, manejo de traqueostomía, apnea del sueño, dolor y cuidados paliativos, hábitos de higiene y derecho de los pacientes. En contraste, ninguna persona se interesó en alveolitis alérgica, donación de sangre, adicciones, neurosis, necropsia o autopsia, donación de sangre y el reglamento del INER, éstas tres últimas con una lógica en su respuesta en virtud de que son necesidades que enfrenta el Instituto para responder al conocimiento, al tratamiento y a las relaciones que se establecen con la institución, de tal manera que se necesita fomentar estos valores de participación.

Por otra parte, el usuario (79%) manifiesta su deseo de conocer los temas expuestos, los días martes (27%) y lunes (22%), por medio de pláticas (79%) y en horario matutino (59%), en virtud de que así lo muestra la población (73%) que reporta haber asistido a este tipo de eventos en el INER, principalmente sobre

asma (75 %). Otra parte importante de la población (43%) se interesa en recibir información en periódico mural y en cursos (42%). El periódico mural ocupó en menor escala su interés (28%) y las sesiones (11%).

Es importante reconocer la necesidad de organizar el desarrollo de actividades educativas en fin de semana, en virtud a que ya una parte de la población le interesa participar (los días sábados (18%) y los domingos (15%).

Lo anterior nos permite, identificar las necesidades para optimizar el uso de los recursos disponibles, promover efectivas alternativas de acción como la intervención de trabajo social con grupos, útiles para implementar procesos educativos (cursos, sesiones, pláticas educativas e informativas, etc.) que permitan a los usuarios mejorar sus habilidades, destrezas y conocimientos para ejercer un mejor control de su medio, en el proceso salud-enfermedad, procurar las condiciones indispensables para el logro del bienestar, el desarrollo social, del ejercicio de su derecho a la educación y de la participación responsable, con el propósito de mejorar el nivel de salud y su calidad de vida.

OBJETIVOS

1. Elevar en los pacientes y sus familiares el concepto de salud en su escala de valores, a través de fomentar hábitos, actitudes y conductas favorables, mediante un proceso educativo y dinámico, que implique la participación conjunta en la prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades respiratorias que mejore el nivel de salud y la calidad de vida de los enfermos respiratorios.
2. Promover y coordinar las actividades de Educación para la Salud del INER, con la participación del equipo interdisciplinario.

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD
METAS GENERALES

Actividades	Meta %	TEMAS
		Dirigido a pacientes y familiares, con la participación del equipo de salud.
2	100	Elaborar cartas descriptivas: Sobre sesión de implante coclear y una sobre traqueostomía
7	100	Actualizar cartas descriptivas de los cursos: asma I, II, III y IV , tuberculosis, VIH/ SIDA básico y complementario.
1	100	Elaborar cuestionarios pre y post evaluación de los cursos dirigidos a pacientes y familiares.
7	100	Actualizar cuestionarios pre y post evaluación de los cursos: asma I, II, III y IV, tuberculosis, VIH/ SIDA básico y complementario.
2	100	Elaborar periódicos murales Nutrición para el paciente neumópata e infecciones respiratorias agudas exhibiendo simultáneamente un duplicado, en los servicios de Consulta Externa y Hospitalización del INER.
1	100	Cronograma de actividades Mensual y anual general del Programa de Educación para la Salud.
1	100	Capturar las evaluaciones aplicadas en los cursos asma, VIH, fibrosis quística, tuberculosis, diabetes mellitus.
10	100	Revisar, actualizar, depurar, elaborar, difundir y distribuir trípticos de los temas de salud y sobre servicios que brinda el INER .
2	100	Elaborar contenidos educativos para teatro guiñol sobre los temas de asma y tuberculosis.
No se realizaron	100	Proyectar videos en la sala de Consulta Externa. sobre los temas de VIH, donación de sangre y asma.
	100	Coordinar: cursos, sesiones, pláticas educativas e informativas etc.

Las actividades específicas se encuentran contenidas en la programación de metas del 2005, entregadas a la supervisión previamente y que se espera su aceptación.

FUNCIONES

Las funciones generales del Programa de Educación para la Salud, se centran principalmente en la enseñanza, la educación para la salud, la investigación y la administración.

ACTIVIDADES

1. Coordinaciones intrainstitucionales y extrainstitucionales (en los procesos de planeación, organización, integración, dirección y control de las acciones educativas para la promoción de la salud).
2. Elaboración anual del diagnóstico situacional y del programa.
3. Revisión y selección de bibliografía.
4. Revisión de materiales educativos (en coordinación con el equipo de salud).

Elaborar contenidos educativos de temas de salud respiratoria, cartas descriptivas de cursos a pacientes, para la reproducción y difusión de trípticos y/o folletos, así como para la aplicación de cuestionarios de evaluación previa y posterior al curso, estos últimos con la finalidad de evaluar el impacto de la actividad en el conocimiento de los pacientes, acerca del tema.

Revisión de materiales educativos (en coordinación con el Equipo de salud).

Elaboración de materiales didácticos como: periódicos murales, carteles, entre otros.

Difusión (en coordinación con el equipo de salud) de: cursos, sesiones, reuniones, maratón de conocimientos y otros eventos con pacientes y sus familiares.

Coordinación con el equipo de salud para promover su participación en la presentación de temas de salud respiratoria por diagnóstico a grupos transitorios en salas de espera o en cursos a pacientes y familiares.

METODOLOGIA

En nivel de intervención el programa tendrá como base el trabajo social con grupos para implementar procesos educativos (cursos, sesiones, pláticas educativas e informativas, etc.) que permitan a los usuarios mejorar sus habilidades, destrezas y conocimientos para ejercer un mejor control de su medio, en el proceso salud-enfermedad, procurar las condiciones indispensables para el logro del bienestar, el desarrollo social, del ejercicio de su derecho a la educación y de la participación responsable, con el propósito de mejorar el nivel de salud y su calidad de vida. El nivel de intervención grupal se apoyará que en las Teorías de la Modificación de los comportamientos de salud, con un enfoque multifactorial conocido como holístico o ecológico considerados en el “modelo pragmático”, que fue explicado en el índice 2.2 de este mismo capítulo, el cual contiene aportaciones combinadas de los modelos basados en la comunicación persuasiva que modifica las actitudes, y en el enfoque crítico basado en la política económica, para incidir en los usuarios mediante una comunicación, informativa y motivadora, así como en el medio ambiente (físico, psicosocial, sociocultural y socioeconómico) para promover el cambio a conductas favorables a la salud en este caso.

Con el modelo pragmático se desarrollan las etapas de la persuasión:

1. Exposición al mensaje
2. Atención al mensaje
3. Comprensión del mensaje
4. La aceptación o rechazo del mensaje con un cambio de actitud o no.
5. La persistencia del cambio de actitud y finalmente
6. El cambio de conducta.

Es importante entender el concepto de actitud considerada como “una predisposición mental adquirida y duradera que incita a comportarse de una forma determinada frente a un determinado tema de salud”. Y “el cambio de actitud implica la aceptación de la información por parte del individuo, en el sentido de que es relevante para él”, donde la aceptación hace más probable el comportamiento positivo de salud. La comunicación persuasiva como instrumento de estímulo para modificar las actitudes, permitirá utilizar materiales educativos como trípticos, folletos, carteles, periódicos murales, etc., que aportan conocimientos e influyen en las actitudes y en los comportamientos de los receptores. Los instrumentos referidos previamente, corresponden a la aplicación de un método pedagógico, educativo o didáctico, para la trasmisión de conocimientos, aplicable en éste al mismo tiempo una combinación del método inductivo de análisis y deductivo de síntesis, que podrán apoyarse de técnicas educativas o formas didácticas de manera individual o grupal (principalmente el nivel grupal de intervención), como la discursiva (exposición, entrevista, dramatización y discusión) para la trasmisión de ideas, nociones, conocimientos, aptitudes y destrezas, o bien mediante formas objetivas con el apoyo de los objetos mismos, las formas activas o las formas funcionales como los talleres.

RECURSOS HUMANOS

Una Lic. en Trabajo Social coordinadora del Programa de Educación para la Salud del INER. La participación de personal médico, de Enfermería, Nutrición, Psicología, Tanatología y de Trabajo Social de los Servicios Clínicos y Programas del INER, de gestoría y secretarial del Departamento de Trabajo Social y secretarial del Departamento de Educación Continúa de la Dirección de Enseñanza.

LIMITES

De tiempo

El programa se realizará de enero a diciembre del 2005.

De espacio

Se desarrollará el programa en las instalaciones del INER: aula (s) auditorio(s), sala (s).

Universo

La población participante será de pacientes que presentan patologías respiratorias del INER, sus familiares y población general interesada en estos temas, con la participación del equipo de salud para el desarrollo del programa.

Se considera mantener permanentemente una supervisión por la coordinadora y responsable del Programa de Educación para la Salud con el seguimiento de los instrumentos elaborados: programa, cronograma y programación de las actividades que se han elaborado por la persona que suscribe, así como con los formatos de registros diarios, concentración de actividades mensuales y de programación de metas existentes en el Departamento de Trabajo social, así como con la supervisión y apoyo de la Jefatura y de la Supervisión del Departamento de Trabajo Social de manera trimestral.

EVALUACIÓN

De manera periódica y de acuerdo a la programación del Departamento de Trabajo Social, por la jefatura y/o Supervisión. Otra que se aplicará a los pacientes al término del curso o sesión. Se espera realizar evaluaciones trimestrales para el avance y ajuste de metas en base a las actividades programadas, contenidas en el formato de programación de metas, cronograma mensual y anual de actividades del Programa, con la finalidad de corregir desviaciones en el aspecto cuantitativo y en el cualitativo mediante la observación y seguimiento del desarrollo de las actividades programadas.

Es importante mencionar que el Programa de Educación para la Salud es coordinado por una Lic. En Trabajo Social, quien se encarga de elaborar los cursos que se dan durante todo el año de manera mensual con temas, relacionados con las vías respiratorias como son: Asma, donación de sangre y tuberculosis, mismos que llevan la elaboración de cartas descriptivas y la elaboración de audiovisuales (carteles, diapositivas, folletos, cuestionarios), la ejecución y evaluación de los cursos.

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), persigue promover, coordinar y desarrollar programas para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades respiratorias. En este entorno, el personal profesional del área de la salud y la población en general, necesitan buscar el equilibrio entre las relaciones del hombre con el medio ambiente, analizar los aspectos sociales, demográficos, políticos y económicos, con el apoyo de una estrategia como la promoción de la salud e implementar actividades de educación para la salud, a fin de desarrollar en los individuos, conocimientos, hábitos y costumbres favorables a su salud que eviten acciones de riesgo que pueden ocasionar enfermedad, influir en su control o generar complicaciones. El logro de los objetivos del PNS y los del propio INER en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las personas con patologías respiratorias, el Trabajo Social aplica el nivel de intervención grupal que aunado a la concepción integral del proceso Salud-Enfermedad, permitirán promover la participación activa y responsable de los usuarios de los servicios de la institución, en el autocuidado de su salud.

**INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
CLÍNICA DE TUBERCULOSIS
PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD**

CARTA DESCRIPTIVA DEL CURSO SOBRE TUBERCULOSIS

Cupo: 25 personas

SERVICIO CLINICO : CLÍNICA DE TUBERCULOSIS **COORDINADOR:** DR. MIGUEL ANGEL SALAZAR LEZAMA.

TEMA: TUBERCULOSIS **FECHA:** _____

PROFESOR TITULAR: *DR. ENRIQUE LÓPEZ SEGUNDO,* *DR. MIGUEL A. SALAZAR LEZAMA.*
DR. ALFREDO TORRES CRUZ. *DR. RAFAEL VALDÉS VÁZQUEZ*

OBJETIVO GENERAL: LOS PACIENTES Y SUS FAMILIARES CONOCERÁN LA INFORMACIÓN GENERAL SOBRE LA ENFERMEDAD, SE FAVORECERÁ EN ELLOS EL DESARROLLO DE ACTITUDES RESPONSABLES EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EN LA APLICACIÓN DE MEDIDAS PREVENTIVAS PARA LOGRAR EVITAR CONTAGIOS EN LA COMUNIDAD Y ALCANZAR LA CURACIÓN DE LOS ENFERMOS.

TIEMPO	TEMA	OBJETIVOS	TECNICAS	MATERIALES	RESPONSABLE
10:00 a 10:10	PRESENTACIÓN	Informar a la población sobre el objetivo general del curso.	Exposición oral	Pizarrón	Trabajo Social de Cl. De TB
10:10 a 10:20	EVALUACIÓN PREVIA CON EL No. DE ACIERTOS	Evaluar los conocimientos que tienen los asistentes sobre la tuberculosis al inicio del curso.	Aplicación de un cuestionario de conocimiento sobre TB.	Cuestionario previo al curso	Trabajo Social de Cl. de TB

<p>10:20 a 11:20</p>	<p>GENERALIDADES SOBRE TUBERCULOSIS Y LA ASOCIACIÓN CON DIABETES, ALCOHOLISMO Y DESNUTRICIÓN.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Destacar a la T. B. P. como un problema de Salud pública. • Señalar las manifestaciones de la enfermedad, órganos de afectación e Indicar factores de riesgo. • Precisar el esquema de tratamiento y la drogosisibilidad (sensibilidad o resistencia a medicamentos antituberculosos). • Señalar la forma de asociación de la tuberculosis con otras enfermedades. 	<p>Exposición oral Preguntas y comentarios</p>	<p>Diapositivas proyector y o cañón. Señalador.</p>	<p>Médico: *titular de acuerdo la fecha</p>
--------------------------	---	---	--	---	--

11:20 a 12:00	LA FAMILIA: Repercusiones. Red de apoyo.	Mostrar los cambios en la familia y las necesidades de reorganización ante la enfermedad.	Exposición oral Preguntas y comentarios	Pizarrón	Trabajo Social de Cl. de TB
12:00 a 12:15	RECESO				
12:15 a 12:55	NUTRICIÓN PARA EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS	Reconocer a la Nutrición como parte de la rehabilitación y tratamiento, utilizando el paciente y su familia sus propios recursos.	Exposición oral Preguntas y comentarios.	Pizarrón, Diapositivas, Proyector, Señalador.	Nutrióloga o dietista de Cl. de TB
12:55 a 13:35	MEDIDAS PREVENTIVAS Y ESTUDIOS DE CONTACTO	Educar al paciente sobre medidas preventivas a observar para evitar contagios.	Exposición oral	Pizarrón, Tablero de medicamentos antituberculosos, Rotafolio.	Enfermera de Cl. de TB.
13:35 a 13:45	EVALUACIÓN COMPARATIVA CON LOS RESULTADOS DE LA INICIAL	Evaluar los conocimientos que adquirieron los asistentes sobre el tema.	Aplicación de un cuestionario sobre TB.	Cuestionario posterior al curso	Trabajo Social de Cl. de TB

