

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL



TESIS DE GRADO

**“EL TRABAJO SOCIAL EN EL SEGUIMIENTO DE
CASOS DE TUBERCULOSIS EN TRATAMIENTO
AMBULATORIO”**

Estudio realizado en el Centro de Salud de Rosas Pampa.

Postulante: Cintya Gabriela Bustamante Valencia.

Tutora: Lic. Shirley Esprella Escobar

LA PAZ - BOLIVIA
2019

AGRADECIMIENTOS:

Agradecer a Dios nuestro creador por darme la fuerza y bendición, a mi esposo y mi adorado hijo, en especial a mis papitos Trinidad y Macario por apoyarme en todo momento y por haber realizado el esfuerzo incalculable para que culminara mis estudios. También agradecer de sobre manera, la colaboración, comprensión y paciencia al Dr. Walter Montaño, Dr. Dagoberto Cáceres, autoridades de la Facultad de Cs. Farmacéuticas y Bioquímicas, al mismo tiempo reconocer la gran labor de mi tutora quien me brindó su colaboración para concluir con éxito esta tesis.

DEDICATORIA

La presente tesis va dedicado a la razón más importante de mi vida que es mi hermoso hijo Kael Damian... quien a cada momento me demuestra su cariño y amor único el cual me da fuerza y fortaleza para luchar a diario, salir adelante y ser para él la madre que se merece

INDICE

INTRODUCCION

CAPÍTULO I.....	1
ASPECTOS METODOLOGICOS	1
1.1. OBJETO DE INVESTIGACIÓN	1
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2.1. Explicación del Problema	1
1.2.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	4
1.3. JUSTIFICACIÓN	5
1.4. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS.....	7
1.4.1. Objetivo General	7
1.4.2. Objetivos Específicos.....	7
1.5. ESTRATEGIA METODOLOGICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
1.5.1. Nivel de Investigación	7
1.5.2. Universo	8
1.5.3. Muestra	8
1.5.4. Unidades de análisis.....	8
a. Unidad de análisis poblacional.....	9
b. Unidad de análisis geográfica	9
c. Unidad de análisis temporal.....	9
1.6. PROCESO METODOLÓGICO DESARROLLADO DURANTE LA INVESTIGACIÓN	9
1.6.1. Primer Momento Metodológico: Revisión Bibliográfica y Documental	9
a. Objetivo	9
b. Actividades.....	9
c. Técnicas	9
d. Resultados Obtenidos.....	10
1.6.2. Segundo Momento Metodológico: Recolección de Datos	10
a. Objetivo	10
b. Actividades.....	10
c. Técnicas	10

d. Resultados Obtenidos.....	11
1.6.3. Tercer Momento metodológico: Procesamiento de la Información Obtenida	11
a. Objetivo	11
b. Actividades.....	11
c. Técnicas	11
d. Resultados Obtenidos.....	11
1.6.4. Cuarto Momento Metodológico: Interpretación de la Información Obtenida.....	11
a. Objetivo	12
b. Actividades.....	12
c. Técnicas	12
d. Resultados Obtenidos.....	12
1.6.5. Quinto Momento Metodológico: Elaboración del Informe Final de la Investigación..	12
a. Objetivo	12
b. Actividades.....	13
c. Técnicas	13
d. Recursos.....	13
CAPÍTULO II	14
MARCO TEÓRICO.....	14
2.1. CONCEPCIONES ACTUALES ACERCA DE LA SALUD.....	14
2.2. LA TUBERCULOSIS	18
2.2.1. Definición de Tuberculosis	18
2.2.2. Formas de Transmision	18
2.2.3. Medicamentos	19
2.2.4. Sintomas.....	19
2.2.4.1. Sintomas Generales.....	19
2.2.4.2. Sintomas Especificos	19
2.2.5. El Paciente frente a la Enfermedad.....	20
2.2.6. Familia y Amigos	20
2.2.7. La Tuberculosis en America Latina	20
2.2.8. La Tuberculosis en Bolivia:	22

2.2.9. La Tuberculosis en la Paz y el Alto:	23
2.3. TRABAJO SOCIAL, OBJETO Y FUNCIONES	24
2.3.1. Objeto del Trabajo Social	24
2.3.2. Funciones del Trabajo Social.....	24
a. Investigación Social.....	24
b. Gestión Social.....	25
c. Asistencia Social.....	25
d. Promoción Social.....	25
e. Organización Social.....	26
f. Educación Social.....	26
2.4. METODOLOGÍA EDUCATIVA UTILIZADA POR TRABAJO SOCIAL.....	27
2.5. TRABAJO SOCIAL EN EL CAMPO DE LA SALUD	28
2.6. INTERVENCIÓN PROFESIONAL DEL TRABAJADOR SOCIAL	29
2.6.1. El método de Caso Social Individual.....	30
2.6.2. El método de Caso Social en Grupo.....	31
CAPITULO III.....	33
3.1. CONTEXTO DE INVESTIGACION	33
3.1.1. Contexto Espacial.....	33
3.1.2. Características Generales.....	33
3.1.3. Características Socio Demográficas	36
3.1.4. Situación de Salud	36
3.2. CONTEXTO INSTITUCIONAL: CENTRO DE SALUD DE ROSAS PAMPA	37
3.2.1. Carácter de la Institución	37
3.2.2. Tipo de Necesidad Social que Atiende.....	38
3.2.3. Antecedentes Históricos	38
3.2.4. OBJETIVOS GENERALES DE LA INSTITUCIÓN.....	39
3.2.4.1. Mision	39
3.2.4.2. Vision.....	39
3.2.5. ORGANIZACIÓN INTERNA DE LA INSTITUCIÓN	40
3.2.6. DINÁMICA INTERNA DE LA INSTITUCIÓN.....	41
a. Programas que desarrolla la Institución.....	41

b. prestaciones de Servicios Preventivos.....	41
c. Programas de Ejecucion Local.....	41
d. Programas Nacionales.....	41
CAPÍTULO IV	43
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	43
4.1. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS PACIENTES QUE INCUMPLEN EL TRATAMIENTO AMBULATORIO DE TUBERCULOSIS.....	43
4.1.1. EDAD DE PACIENTES.....	44
4.1.2. PROCEDENCIA DE PACIENTES.....	45
4.1.3. OCUPACION DE PACIENTES.....	46
4.1.4. GRADO DE INSTRUCCIÓN	47
4.1.5. IDIOMA DE PACIENTES.....	48
4.1.6. INGRESO ECONOMICO	50
4.1.7. TENENCIA DE VIVIENCIA.....	52
4.1.8. ESTADO CIVIL	53
4.2. INFORMACION OBTENIDA DE LOS TESTIMONIOS DE PACIENTES ACERCA DE LA TUBERCULOSIS	54
4.2.1. Percepcion sobre la Enfermedad	54
4.2.2. Motivos por los que Abandono el Tratamiento.....	55
4.2.3. Tiempo de abandono del Tratamiento	56
4.2.4. Consecuencias del Abandono del Tratamiento	56
4.3. Proceso de intervención del trabajo social en el seguimiento a los casos de abandono de tratamiento de tuberculosis	57
a. Para la prevención de abandonos.....	57
b. Para recuperar pacientes que abandonaron sus tratamiento.....	58
4.3.1. Actividades de Prevencion de Abandono	58
a. Ingreso a la atención de Trabajo Social	58
b. Recepción del caso	59
4.3.2. Actividades de Recuperación de Tratamientos en Abandono.....	62
4.3.3. Rastreo de Información Acerca de la Paciente y/o su Familia en Diferentes Unidades	

de Atención del Establecimiento	62
4.3.4. Revisión de la Información registrada en la sala situacional del Centro de Salud para lograr referencias de los Domicios de Pacientes	62
4.3.5. Visitas domiciliarias a pacientes que abandonaron tratamiento	63
4.4. PACIENTES QUE RETOMARON EL TRATAMIENTO	64
4.4.1. Reflexiones en Torno a la Actividad Realizada.....	64
CAPÍTULO V	65
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	65
5.1. CONCLUSIONES	65
5.2. RECOMENDACIONES	66
BIBLIOGRAFIA	
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

Las condiciones de salud de un país expresan el nivel de desarrollo económico y social, lo que se expresa en los índices de los diferenciales definidos mundialmente como indicadores de cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Bolivia es signatario de importantes acuerdos para generar condiciones que permitan el ejercicio de los derechos humanos universales, para lo cual ha incorporado en su normativa nacional importantes leyes de protección integral a la población.

Se observa sin embargo, que la mera legislación no garantiza el bienestar, se requiere simultáneamente que los planes y programas que permiten su operatividad se desarrollen en el campo de la aplicación.

En lo que respecta a la salud la política sanitaria se operativiza en los servicios responsables de implementar las políticas.

De la misma manera, la implementación de las políticas tiene que inspirarse en planteamientos teóricos que permita conducirse por un camino signado por paradigmas que le provean del significado que requieren las acciones. En este caso el concepto de determinantes sociales de la salud, —como circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud— constituye un elemento teórico significativo en la comprensión de la enfermedad.

En esas premisas se apoya la importancia de la presente investigación sobre **EL TRABAJO SOCIAL EN EL SEGUIMIENTO DE CASOS DE TUBERCULOSIS EN TRATAMIENTO AMBULATORIO**, donde se aborda una estrategia de implementación de una política de salud y de un importante programa como es el control de la tuberculosis.

En la investigación se destaca la estrategia metodológica consistente en el trabajo en equipo interdisciplinario, en la exploración de técnicas de ubicación de pacientes para su reincorporación al tratamiento abandonado y de la educación como un componente necesario para los objetivos formulados.

El documento se estructura en cinco capítulos. El primero aborda los aspectos metodológicos de la investigación; el segundo se refiere a los elementos teóricos que respaldan la reflexión de la problemática; el tercero consigna la información del contexto de la investigación, el cuarto presenta los resultados del estudio y el quinto contiene las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

ASPECTOS METODOLOGICOS

Este primer capítulo expone los elementos metodológicos que guiaron el estudio efectuado.

1.1. Objeto de Investigación

Las funciones que desarrolla el Trabajo Social en el seguimiento a pacientes en tratamiento antituberculoso.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1. Explicación del problema

La investigación que se presenta a continuación surge a partir de la evidencia de la intervención de Trabajo Social como integrante del equipo sanitario del Centro de Salud Rosas Pampa del Municipio de El Alto, donde se implementó un proceso de seguimiento al tratamiento ambulatorio antituberculoso de pacientes del mencionado establecimiento de salud. Interesó recuperar los procedimientos empleados en ese proceso porque el cumplimiento estricto del tratamiento es un requisito indispensable para lograr la recuperación de quienes enfrentan esta patología.

El interés al que se hace referencia se fundamenta en el hecho de que, si bien la tuberculosis es prevenible y curable, una vez contraída la patología el incumplimiento de las prescripciones médicas puede derivar en un fallecimiento, tal como advierte la información correspondiente a la epidemiología de este mal:

Se ha demostrado que, sin tratamiento, las tasas de mortalidad de la TB son altas; por lo tanto, el éxito del tratamiento antituberculoso es un objetivo importante en el control de la TB. En 20 años (desde 1995 que se estableció el reporte sistémico), casi 66 millones de personas con TB fueron tratadas con

éxito en los países que adoptaron las estrategias mundiales de control de la Tuberculosis de la OMS. (Ministerio de Salud del Bolivia, 2016).

De allí se desprende que toda acción dirigida a prevenir, curar y vigilar el cumplimiento del tratamiento correspondiente evita las consecuencias deletéreas. Si se abandona o incumple un tratamiento una vez iniciado el mismo, el organismo desarrolla resistencia a los fármacos implicando problemas médicos y económicos para el/la paciente.

Se persigue la eliminación de la tuberculosis, pero, a pesar de un descenso notable de esta enfermedad en los países desarrollados, siguen produciéndose casos, algunos de los cuales, por presentar multirresistencia a medicamentos, suponen un importante peligro para la salud. (Ibíd.).

Estos elementos están evidenciando la preocupación médica de los estados por vencer la amenaza de morbimortalidad por tuberculosis. Sin embargo, no se debe perder de vista de que existen condicionantes relativos a factores socioeconómicos y culturales que tienen una gran incidencia en la recuperación de la paciente y en la multiplicación de casos por contagio.

Para el médico práctico conocer la evolución y tendencia de los determinantes y factores de riesgo y sus vinculaciones con los grupos de población es necesario para predecir la prevalencia de las enfermedades (necesario al momento del diagnóstico), intervenir a nivel poblacional e individual tratando de modificar esos condicionantes y brindar información que contribuya a la autodeterminación con conocimiento criterioso. (Ibíd.)

En Bolivia, de acuerdo a las autoridades estatales de salud (2016): La enfermedad aún es una epidemia, al menos cinco tipos de tuberculosis se atienden en los hospitales del tórax de todo el país: pulmonar, de huesos de la rodilla, de riñones, de meninges y de hígado el 90% de los casos que se atiende en ese centro hospitalario es de tuberculosis pulmonar y el restante 10% es de

otros tipos de la afección. El tratamiento es largo y tedioso, pero es la única forma de curar la afección. Explicó que en caso de que un paciente no sea consecuente con su medicamento, se convertirá en multidrogorresistente (MDR). Para ese tipo de pacientes el tratamiento dura entre uno y cerca de dos años con medicamentos más fuertes y más tóxicos. Muchos incluso llegan a fallecer por esta causa. En 2015 de los 7.888 casos que se presentaron, el 4% fue de MDR, considerada una tasa muy alta. (Rocabado y Villavicencio, 2016).

El interés académico por abordar el problema del tratamiento de la tuberculosis y las dificultades que enfrenta se pueden apreciar en documentos de tesis de grado de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés. *“La educación en salud, un factor importante para evitar el abandono del tratamiento antituberculoso”* que corresponde a Patricia Pérez Patrino (2001) donde aborda como problema causas para el descenso en la continuidad del tratamiento de tuberculosis, postulando la influencia de un programa educativo para evitar el abandono del tratamiento antituberculoso en el Instituto Nacional del Tórax, La Paz Bolivia. Concluye en postular que la implementación de la “educación en salud” influye en el descenso de las causas de abandono del tratamiento antituberculoso, recomendando el empleo de metodologías educativas de educación de adultos, programa educativo que deberá incluir a pacientes y prestadores de salud, pues la responsabilidad para lograr los objetivos del aprendizaje debe ser compartida por el instructor y por cada participante, ya que dicha participación es voluntaria y responde a sus intereses de información sobre la enfermedad que sufre. Si un participante no cumple los requisitos del curso y no alcanza a cumplir los objetivos de la capacitación, no deberá culpársele por falta de capacidad, será necesario buscar formas más elementales de ayuda al participante y mejorar los métodos de capacitación.

La producción intelectual en la Universidad Mayor de San Andrés de la Paz sobre aspectos relativos a la TB es vasta y dada la complejidad de la temática es importante seleccionar la elaboración a los aspectos que tienen que ver con el problema de la investigación propuesta.

Así la revisión efectuada, previa la selección de producciones, se pudo observar que el problema que la investigación planteó es objeto de elaboraciones, en tanto constituye un factor incidente en la enfermedad y muerte por TB y que el Trabajo Social también ha centrado su preocupación acerca de procurar evitar la resistencia a los fármacos que tratamiento inicial para afectar la patología multidrogorresistente (MDR). Es la temática de la presente tesis de grado.

En los establecimientos de salud de primer nivel, donde se controla y trata la tuberculosis, se desarrolla una metodología de vigilancia epidemiológica, a cargo del personal de salud. Lo que se ha observado es que también son considerados los elementos que tienen que ver con factores económicos y socio culturales, cuya atención la asume el/la profesional de Trabajo Social.

La investigación develará las técnicas y procedimientos que el Trabajo Social realiza para coadyuvar a la recuperación de la paciente a través de la identificación de elementos que tienen que ver con sus condiciones de vida, es decir con las determinantes de la salud.

Se trata de acciones en una micro realidad como es el Centro de Salud Rosas Pampa de El Alto, cuyos resultados benefician a esa realidad, pero que si dicha metodología que Trabajo Social emplea para el seguimiento de los pacientes en la totalidad de los establecimientos, los pacientes serán beneficiados con sus resultados lográndose disminución en los índices de la enfermedad.

1.2.2. Formulación del problema

¿Cómo se desarrolla la intervención de la Trabajadora Social con pacientes en tratamiento ambulatorio antituberculoso en el Centro de Salud de Rosas Pampa del Municipio de El Alto?

1.3. Justificación

La investigación ha centrado su interés en develar la participación del Trabajo Social en el proceso de seguimiento al cumplimiento de las prescripciones médicas a pacientes en tratamiento ambulatorio contra la tuberculosis. Superar esta patología, como muchas, no solo implica la administración de los fármacos que inhibirán la acción bacteriana, supone también la certeza de que la paciente es portadora de la convicción de que observando las indicaciones recibidas del facultativo podrá liberarse de la tuberculosis.

Será importante entonces, que ciertas condiciones relativas a la satisfacción de necesidades de los/as pacientes, serán salvadas de tal manera que no se conviertan en obstáculos para su salud.

El tratamiento inicial de la tuberculosis cuenta con la administración gratuita de fármacos en los establecimientos de primer nivel de atención en salud del país, costo que es resuelto por el Estado. Si esta fuera la única condición para derrotar a la patología, no se estarían registrando los altos índices de infección reportados por las fuentes oficiales. Existen otros condicionantes para que los tratamientos lleguen a su fin propuesto. Unos se encuentran en el mismo paciente y sus condiciones personales, entre ellos se encuentran el conocimiento acerca de la etiología de la tuberculosis, la condición de reversibilidad de la patología y los riesgos que implica el incumplimiento del tratamiento. Por otra parte, existen otros que están relacionados con las condiciones de vida de los/as pacientes y su familia; entre ellos la confortabilidad de la vivienda en términos de que no exista hacinamiento y en lo posible que se tenga acceso al sol: la falta de iluminación, la falta de ventilación y el hacinamiento en el lugar de residencia están asociados al desarrollo de tuberculosis en los contactos domiciliarios. (Hernández, et. al. 2015).

De la misma manera una alimentación variada y nutritiva de acuerdo a elementos culturales propios de la paciente. Se encontrarían asimismo otros como el acceso geográfico al establecimiento de salud dependiendo de

elementos circunstanciales de distancia y medios de transporte, así como horarios de atención incompatibles con las actividades de tipo laboral. Por otra parte, se encontrarían otros factores relativos a la distribución de roles dentro de la familia y asignados al/la paciente cuyo cumplimiento impediría desarrollar la disciplina requerida por la prescripción médica. Igualmente se encuentran aquellos sucesos no previstos como enfermedad o fallecimiento u otros eventos de tipo familiar que obliguen a viajes fuera del lugar de residencia habitual. Finalmente, lo expuesto conduce a valorar positivamente la interferencia de factores socio-económico-culturales para observar una conducta de adherencia a las prescripciones médicas.

Los elementos mencionados no corresponden a la vigilancia epidemiológica de la enfermedad, la misma que tiene que ver con la evolución del tratamiento y de la enfermedad, pero que sin embargo influyen indudablemente en el cumplimiento del tratamiento.

La observación empírica ha constatado la actividad del equipo de salud integrado por el médico, la salubrista pública, la nutricionista y la trabajadora social que desarrollan acciones para evitar las deserciones y la necesidad de recurrir a tratamientos no subvencionados como ocurre cuando los tratamientos interrumpidos crean resistencia a los fármacos de distribución gratuita y deben ser adquiridos por cuenta del paciente.

La Trabajadora Social del Centro de Salud Rosas Pampa implementa técnicas factibles, propias de la disciplina para identificar la existencia de situaciones /problema que afectan el cumplimiento del tratamiento médico. Este proceso de intervención social es lo que en esta investigación se trata de develar en tanto corresponden a la responsabilidad de la trabajadora social. Los elementos técnicos y procedimentales son los que introduce la interrogante que orienta esta investigación.

1.4. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo General

Reconocer la intervención de Trabajo Social en el seguimiento de casos de tuberculosis en tratamiento ambulatorio, Centro de Salud de Rosas Pampa, 2016.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Describir las características de las pacientes que realizan tratamiento ambulatorio de tuberculosis en el Centro de Salud Rosas Pampa
- Determinar los motivos por los que los pacientes de tuberculosis incumplen su tratamiento ambulatorio
- Describir el proceso de seguimiento que desarrolla Trabajadora Social con pacientes que abandonan su tratamiento ambulatorio de tuberculosis.

1.5. ESTRATEGIA METODOLOGICA DE LA INVESTIGACIÓN

El tipo de estudio es Descriptivo, pues permite detallar el fenómeno estudia básicamente a través de la medición de uno o mas de sus atributos.

Es de carácter cuanti - cualitativo en tanto se obtuvo datos cuantitativos para las características sociodemográficas y testimonios de las pacientes respecto a los motivos de abandono de su tratamiento.

1.5.1. Nivel de Investigación

La investigación alcanzó un nivel de descripción de los datos sociodemográficos de los pacientes con tratamiento ambulatorio de Tuberculosis y análisis, sobre el

papel del Trabajador Social en los procesos de seguimiento a pacientes con tratamiento ambulatorio de tuberculosis.

1.5.2. Universo

El universo de la Investigación estuvo **constituido 42 pacientes** del programa de tuberculosis del centro de Salud Rosas Pampa, provenientes de las zonas Rosas Pampa Central, Rosas Pampa Complementaria y Rosas Pampa Anexos.

1.5.3. Muestra

La muestra del estudio alcanzo a las 30 pacientes que interrumpieron el tratamiento ambulatorio de la tuberculosis durante la gestión 2016.

PACIENTES CON TUBERCULOSIS	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
Pacientes con antecedentes de abandono de tratamiento	30	0	30
Pacientes sin antecedentes de abandono de tratamiento	0	12	12
TOTAL	30	12	42

1.5.4. Unidades de análisis

Durante el proceso desarrollado en la investigación se contó con unidades análisis de diferente índole, siendo las más sobresalientes las siguientes:

a. Unidad de análisis poblacional

Fueron los pacientes que son pertenecientes al programa de tuberculosis.

b. Unidad de análisis geográfica

La investigación se desarrolló en el municipio de El Alto, Distrito I, Centro de Salud Rosas Pampa.

c. Unidad de análisis temporal

El estudio fue ejecutado durante la gestión 2016 y 2017

1.6. PROCESO METODOLÓGICO DESARROLLADO DURANTE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1. Primer Momento Metodológico: Revisión Bibliográfica y Documental

En esta etapa se desarrolló el rastreo documental inherente al tema de la Investigación, para tal finalidad se consultó diferentes documentos e informes de trabajo.

a. Objetivo

Profundizar el conocimiento de la problemática de investigación, a fin de lograr una mayor coherencia en el planteamiento del problema

b. Actividades

- Visitas a bibliotecas, centros de documentación y otros para verificar existencia de textos relativos al tema de investigación
- Elaboración de fichas bibliográficas
- Construcción de matrices para el registro de la bibliografía a consultarse.

c. Técnicas

- Análisis de contenido, mismo que se refiere a poder obtener el pensamiento central del tema abordado.

d. Resultados Obtenidos

- Fichero con registro de fuentes de textos referidos al problema de investigación
- Matrices de revisión documental

1.6.2. Segundo Momento Metodológico: Recolección de Datos

Referida a la recopilación de información con relación a las variables de investigación, información obtenida mediante la aplicación de los instrumentos y técnicas de investigación (guías de observación, entrevistas, recojo de información de documentación complementaria a la situación del problema abordado).

a. Objetivo

Obtener información relacionada al tema de la tesis de grado para la posterior explicación de la misma, utilizando los instrumentos de recolección de datos

b. Actividades

Las acciones implementadas para obtener la información fueron las siguientes:

- Revisión de las Fichas Sociales de los pacientes con tratamiento ambulatorio del servicio de Tuberculosis
- Entrevistas con los pacientes de Tuberculosis con tratamiento ambulatorio
- Visitas domiciliarias a los pacientes de Tuberculosis con tratamiento ambulatorio
- Observación de los hechos o fenómenos seleccionados, tales como son las condiciones de vida de los pacientes de tuberculosis con tratamiento ambulatorio

c. Técnicas

Se utilizaron las siguientes técnicas

- Entrevistas

- Observación
- Visita Domiciliaria

d. Resultados Obtenidos

- Información cuanti – cualitativa obtenida

1.6.3. Tercer Momento metodológico: Procesamiento de la Información Obtenida

Esta etapa fue cumplida mediante la estadística cuantitativa, que se refleja en tablas, gráficos y testimonios de los pacientes en relación al tema, presentados en los resultados establecidos de acuerdo al planteamiento de los objetivos específicos de la presente tesis de grado.

a. Objetivo

Organizar la información obtenida de acuerdo a las variables y a los indicadores seleccionados definidos.

b. Actividades

- Tabulación de datos
- Elaboración de tablas y gráficos
- Elaboración de reportes testimoniales

c. Técnicas

- Interpretación de contenido que se refiere a poder obtener el pensamiento central del tema abordado

d. Resultados Obtenidos

- Tablas y gráficos elaborados
- Información sistematizada según variables sociodemográficas e indicadores como resultado de la investigación.
- Registro con testimonios logrados

1.6.4. Cuarto Momento Metodológico: Interpretación de la Información Obtenida

Momento metodológico que fue cumplido mediante la aplicación del método teórico de análisis y síntesis, vale decir a partir de las categorías teóricas como ser la intervención del trabajo Social, caracterización de pacientes, tratamiento ambulatorio, que permitieron dar respuesta a la interrogante:

¿Cómo se desarrolla la intervención de la trabajadora social con pacientes en tratamiento ambulatorio antituberculoso en el Centro de Salud Rosas Pampa del Municipio de El Alto? Planteada en la tesis, y lograr las conclusiones generales y particulares inherentes a los objetivos formulados para el estudio.

a. Objetivo

Interpretar los resultados obtenidos, brindando una explicación de la información con apoyo de la teoría analítica basado en el enfoque de las determinantes de salud.

b. Actividades

- Aplicación de las categorías teóricas
- Cruce de variables
- Interpretación de los datos

c. Técnicas

- Análisis de contenido que se refiere a poder obtener el pensamiento central del tema abordado

d. Resultados Obtenidos

- Cuadros Interpretados
- Información cualitativa analizada

1.6.5. Quinto Momento Metodológico: Elaboración del Informe Final de la Investigación

Este documento contiene diferentes capítulos desde el ámbito metodológico hasta el ámbito teórico analítico. El informe final fue estructurado en cinco capítulos los que a su vez contemplan los contenidos respectivos inherentes a los hallazgos obtenidos durante el proceso de la investigación

a. Objetivo

Estructurar el marco metodológico, teórico, contextual y los resultados obtenidos en la investigación, al igual que la formulación de conclusiones a las que arribó el estudio para presentar el documento final de la tesis de grado.

b. Actividades

- Construir los capítulos del documento final
- Contemplan las conclusiones del informe de la investigación

c. Técnicas

- Análisis de contenido que se refiere a poder obtener el pensamiento central del tema abordado
- Documento Final de la Investigación
- Anexos seleccionados

d. Recursos

Durante el proceso de investigación se utilizaron los siguientes recursos

• Recursos Humanos

- Postulante de Trabajo Social, que realizó la presente tesis sobre la vigilancia social en el cumplimiento del tratamiento ambulatorio de la tuberculosis.

• Recursos Materiales

- Papel de escritorio
- Resultados de la investigación
- Medios de almacenamiento de información USB.
- Fotocopias de documentos que se requieran para el trabajo.
- Computadora

• Recursos Institucionales

- Unidad de Trabajo Social, del Distrito I Red Boliviano Holandés

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. CONCEPCIONES ACTUALES ACERCA DE LA SALUD

La salud un concepto histórico, se encuentra en permanente construcción, lo que se comprueba a través de su evolución. Carlos Ponte realiza la siguiente reseña acerca de la evolución del concepto de salud: Durante siglos la salud fue entendida como "ausencia de enfermedad" hasta que en 1947 la Organización Mundial de la Salud modifica el concepto y pasa a definir la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad" (...) "Este concepto de Salud de la OMS supuso un importante paso adelante, aunque solo parcial porque todavía conservaba indudables limitaciones. Así, en la década del 70, Millón Terris, famoso salubrista norteamericano, propone una nueva definición: "la salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de malestar o enfermedad" (Ponte, 2008).

Según el autor mencionado se debe entender la salud, no como un estado, sino como un proceso complejo y dialéctico; biológico y social; singular e interdependiente; alejado del equilibrio pero con cierto grado de estabilidad como consecuencia de mecanismos de adaptación y relaciones dinámicas, ecológicas, culturales, políticas, económicas, vitales e históricas propias, en donde existe libertad de elección (autodeterminación del individuo). (Ibídem).

La enfermedad, asimismo, no es lo contrario de la salud, sino parte del devenir vital: un proceso auto-organizativo destructivo que convierte al ser humano en enfermo, en su recorrido vital y teleológico. La enfermedad es un proceso biológico tan antiguo como la vida porque es un atributo de la vida misma, dado que los organismos vivos son entidades lábiles en un proceso continuo de evolución y de cambio. La Salud y la Enfermedad son parte de esta inestabilidad que todo lo penetra. (Ibídem.)

En la actualidad, predominan concepciones más globalizantes como las de Medicina Social, Determinantes de la Salud y otras que intentan ampliar su definición hacia la explicación de la influencia de otros factores que superan la perspectiva de considerar únicamente los aspectos biológicos. A ello han contribuido el avance de las ciencias y sus efectos.

El enfoque de las determinantes de la salud fue desarrollado a principios de los años setenta, se identificaron algunos de los elementos clave que influyen de manera determinante en la situación de salud: el estilo de vida, el medioambiente, las características biológicas humanas y los servicios de salud. Con esto se dio el primer paso para ampliar el concepto de salud que, hasta ese momento, estuvo circunscrito al ámbito médico (biologicista), para abarcar aspectos referentes al comportamiento de los seres humanos, lo cual llevó a ejecutar intervenciones vinculadas a la prevención de enfermedades y a la promoción de la salud.

Una de las perspectivas que desecha el enfoque biologicista de la enfermedad es precisamente la teoría de los Determinantes de la Salud (Junta de Andalucía, 2001), la misma que plantea los elementos que se consignan a continuación:

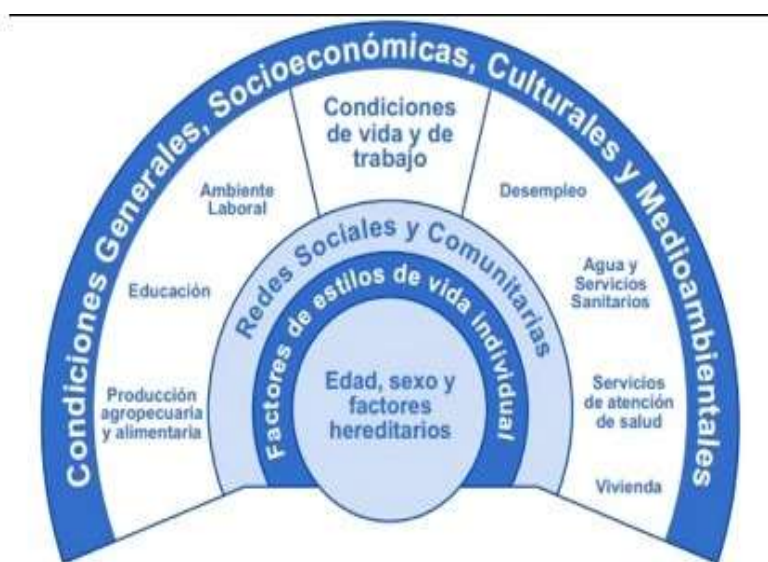
Los factores **biológicos y hereditarios** se refieren a la herencia genética recibida de nuestros padres y a la constitución personal. Los avances científicos pueden eliminar o mitigar enfermedades provenientes de la herencia genética. **Los personales** hacen referencia al estilo de vida que cada cual configura teniendo en cuenta las condiciones de vida y el contexto económico, social, laboral, cultural, familiar. Los factores **familiares** acerca del número de componentes, clima, los ingresos económicos, la educación, los valores, el lugar de residencia. **El sexo y la edad** también constituyen factores determinantes. Los **sociales** como la clase social a la que pertenece, **los estilos de vida** de la sociedad provenientes de

unos determinados valores, que a su vez, se plasman en normas y conductas. Los **ambientales** como el cuidado y respeto o no de la naturaleza, del medio ambiente tanto próximo como lejano referente a la limpieza, polución, contaminación, los incendios, la

tala de los bosques. Los **alimenticios**, manifestados en las costumbres y hábitos de alimentación tanto personal, familiar como social, la cultura gastronómica, la moda de adelgazamiento, la anorexia, el hambre, la pobreza, los medios de comunicación social, la publicidad. Los **económicos** reflejados en la capacidad adquisitiva de bienes materiales e inmuebles que satisfagan las necesidades tanto primarias de la persona, alimentación, vestido, vivienda, educación, como secundarias. Los **laborales**. El trabajo constituye la primera fuente de ingresos, sin los cuales es imposible, en la sociedad actual, desarrollarse como persona. Tener un trabajo fijo permite estabilidad de la persona y la posibilidad de elaborar proyectos. **El sistema sanitario** es otro de los factores que determinan la salud ya que puede prevenir la enfermedad y curarla, promover la salud, proporcionar la asistencia sanitaria adecuada a enfermedades, accidentes, catástrofes, posibilitar el acceso gratuito o pagado a los servicios sanitarios, los medicamentos, las infraestructuras. **El sistema legislativo** de un país también puede condicionar la salud, por ejemplo, la legislación en materia de drogas, higiene, salud ambiental, laboral. Los **culturales**. El nivel cultural de la persona o de un pueblo favorece, en principio, la capacidad de adquirir hábitos saludables, distinguir lo saludable de lo nocivo, educarse para consumir desde la moderación y criterio razonable, solidarizarse con los necesitados. Los valores sirven para orientar la vida de la persona y adquieren importancia al convertirse en normas y estilos de vidas saludables o nocivas, en la aceptación de la enfermedad y del dolor; y en considerar a la salud como parte del código de valores de la persona. Los **educativos**. La educación para fomentar la salud es uno de los temas transversales integrados al sistema educativo que ha de asumir la comunidad escolar: profesorado, alumnado, padres y madres con el objetivo de conseguir la formación integral del alumno. Los **religiosos**. La religión también ocupa un lugar en los factores que influyen en la salud. La religión fomenta o prohíbe el consumo de productos de carne, bebidas alcohólicas, promueve el ayuno, la abstinencia, la moderación, el dominio del cuerpo. En nombre de la religión se permiten o prohíben determinadas prácticas sexuales, la utilización o no de los anticonceptivos, el disponer de la vida o arriesgarla de modo innecesario. Se reza para tener buena salud, para conseguir unos resultados

satisfactorios en operaciones quirúrgicas o en agradecimiento por haberlos conseguido. (Junta de Andalucía, 2001).

Las determinantes sociales posibilitan comprender el proceso salud-enfermedad, que para algunos representan los factores de riesgo de la epidemiología clásica, afirmando que las condiciones sociales en que vive una persona influyen sobremanera en su estado de salud. En efecto circunstancias como la pobreza, la escasa escolarización, la inseguridad alimentaria, la exclusión, la discriminación social, la mala calidad de la vivienda, las condiciones de falta de higiene en los primeros años de vida y la escasa calificación laboral constituyen factores determinantes de buena parte de las desigualdades que existen sobre todo en las familias indígenas en poblaciones de escasos recursos de las ciudades.



El Estado boliviano asume la perspectiva de las determinantes de la salud, expresando que ésta “no puede y no debe considerarse como un fenómeno ajeno a las características sociales, económicas, políticas y culturales propias de nuestro país y de su diversidad, por esto, no se considera que el proceso salud/enfermedad tenga solamente causas, sino más bien determinantes y condicionantes”. (Estado Plurinacional de Bolivia· 2009: 10 - 12).

Esta nueva categoría de análisis añade al concepto de salud parámetros que hacen a las determinantes y condicionantes de la salud, es decir aspectos sociales y económicos, con el objetivo de llegar a una definición de salud menos subjetiva y utópica, centrada en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Es en este sentido que el Estado debe considerar y asumir una serie de principios tales como la igualdad, la accesibilidad, la gratuidad y equidad, principios estos que privilegian la vigencia del derecho a la salud y la vida como derechos humanos fundamentales. (Estado Plurinacional de Bolivia, 2009: 10 - 12).

2.2. LA TUBERCULOSIS

2.2.1. Definición de Tuberculosis

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones y es causada por una bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*). Se transmite de una persona a otra a través de gotículas generadas en el aparato respiratorio pacientes con enfermedad pulmonar activa. La infección por *M. tuberculosis* suele ser asintomática en personas sanas, dado que su sistema inmunitario actúa formando una barrera alrededor de la bacteria. El síntoma de la tuberculosis pulmonar activa es tos, a veces con esputo que puede ser sanguinolento, dolor torácico, debilidad, pérdida de peso, fiebre y sudoración nocturna. La tuberculosis se puede tratar mediante la administración de antibióticos durante seis meses. (OMS, 2018).

2.2.2. Formas de trasmisión

La transmisión es el paso del bacilo de una persona enferma a otra sana, siendo la vía aérea el mecanismo de transmisión de la tuberculosis (una persona enferma infecta a una persona sana al hablar, reír, estornudar, cantar y sobre todo al toser). Los factores que favorecen la transmisión son:

- * Concentración de los bacilos.
- * Poca ventilación e iluminación.

* Grado de cercanía y el tiempo de permanencia con el enfermo.

2.2.3. Medicamentos

MEDICAMENTOS DE PRIMEA LINEA	PRESENTACIÓN			DOSIFICACIÓN		VÍA DE ADMINISTRACIÓN
	FRASCO	TABLETA	TABLETA ASOCIADA	DOSIS DIARIA	DOSIS MÁXIMA DIARIA	
Isoniacida H		100 mg		5 mg/kg peso	300 mg	Oral
Rifampicina – Isoniacida R/H			300 / 150 mg	10/5 mg/kg peso	600/300 mg	Oral
Etambutol E		400 mg		15 mg/kg peso	1200 mg	Oral
Pirazinamida Z		500 mg		25 mg/kg peso	2000 mg	Oral
Estreptomina S	1 g			15 mg/kg peso	1000 mg	Intramuscular
Rifampicina R Suspensión	60 mL 5 mL/100 mg			10 a 15 mg/kg peso	600 mg	Oral

2.2.3. Síntomas

2.2.4.1. Síntomas generales

- Hiporexia o anorexia (disminución o pérdida del apetito).
- Astenia y adinamia (pérdida de fuerza muscular y de energía).
- Pérdida de peso.
- Fiebre y diaforesis nocturna (sudoración nocturna).
- Malestar general

2.2.4.2. Síntomas Específicos

- Tos con expectoración por más de 15 días.
- Expectoración hemoptoica (manchada con sangre).
- Hemoptisis (sangre abundante viva proveniente de los pulmones).
- Disnea (dificultad para respirar).
- En la extrapulmonar de acuerdo al órgano afectado

2.2.5. El Paciente Frente a la Enfermedad

Enfermar supone enfrentarse a un mundo hasta entonces desconocido y negado. Todo individuo cuando enferma experimenta una serie de reacciones emocionales ante la enfermedad que el médico debe considerar.

Existen muchos factores que intervienen en esas reacciones, entre los que destacan la personalidad del paciente, su edad, el tipo de enfermedad, la familia y los amigos, el hospital y la personalidad del médico y demás profesionales de la salud.

2.2.6. Familia y Amigos:

La complejidad de la dinámica familiar afectará el comportamiento del paciente. Así, por ejemplo, la ansiedad del esposo será transmitida al paciente; otras veces, en caso de ganancias secundarias, la curación y el alta se retrasarán.

Otro elemento importante tiene que ver con la actitud de la familia frente a la tuberculosis de uno de sus miembros. Experimentan alarma, puesto que la enfermedad amenaza la integridad familiar, a todo esto se suma el temor al contagio, sentimientos de vergüenza e inseguridad.

2.2.7. La Tuberculosis en América Latina

El 24 de marzo se celebra el Día Mundial de la Tuberculosis convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), enmarcado en una campaña bianual, de la que el 2017 es su segundo. El tema de esta acción es: **“Unidos para poner fin a la tuberculosis”**, al cual se le añadió la frase: **“no dejar a nadie atrás”**.

Como ocurre con otras enfermedades, y aunque la tuberculosis puede afectar a cualquier persona, la información estadística muestra que hay una marcada prevalencia del padecimiento entre las personas en situación de pobreza y las comunidades y grupos marginados.

De acuerdo con cifras proporcionadas por la OMS, durante 2015, 10.4 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1.8 millones de personas murieron por esta

causa, lo que hace a la tuberculosis la enfermedad infecciosa que provoca el mayor número de decesos a nivel mundial, aunque como lo mencionamos anteriormente, afecta principalmente a personas que por sus condiciones de pobreza, insalubridad o actividades de riesgo, como la minería, son más susceptibles a contagiarse y tienen menos posibilidades de obtener atención sanitaria oportuna, accesible, consistente y de calidad.

Para poner en contexto el tema de la desigualdad como factor de riesgo, anotaremos que casi todas las muertes por tuberculosis (arriba del 95%) ocurren en países de ingresos bajos y medianos.

“La pobreza disminuye la calidad y expectativa de vida de quienes viven en esas precarias condiciones”, en el que dábamos cuenta de un estudio que demostró que la pobreza es uno de los factores de riesgo más importantes para la morbilidad y mortalidad prematuras, tan poderoso o más, que la diabetes y el consumo de alcohol y tabaco, por mencionar algunos de ellos.

El Día Mundial de la Tuberculosis busca impulsar un mayor conocimiento sobre el padecimiento, y fortalecer e incrementar las acciones emprendidas por cada país para prevenir, diagnosticar y tratar con oportunidad y calidad a quienes se contagian con esta enfermedad.

Como es el caso de otras enfermedades, la erradicación de la tuberculosis está incluida en los Objetivos de Desarrollo Sostenible propuestos por la OMS, cuyas metas se esperan alcanzar (a más tardar) el 2030.

La OMS estimó 282.000 casos nuevos y recaídas de TB para la región de las Américas para el 2017, un 3% de la carga mundial de TB (10 millones de casos) y una tasa de incidencia de 28 por 100.000 habitantes. En las Américas, la tasa de incidencia más alta se observó en el Caribe (61,2 por 100.000 habitantes), seguido de América del Sur (46,2), América Central y México (25,9) y Norte América (3,3). Análisis de la incidencia de tuberculosis en las Américas Figura 2: Tendencia y proyección de la tasa de incidencia estimada de TB y reducción necesaria para alcanzar los hitos y las metas. Las

Américas, 2000-2035 Incidencia de TB estimada Tendencia proyectada actual (1,6% anual) Tendencia proyectada necesaria para el cumplimiento de las metas Fin de la TB Organización Panamericana de la Salud | Organización Mundial de la Salud 5 Organización Panamericana de la Salud | Organización Mundial de la Salud 106 Fuente: OMS. Informe mundial sobre la tuberculosis 2018. 8 Bolivia 12.000 4% 81% 10 Ecuador 7.200 3% 87% 9 Estados Unidos 10.000 4% 85% Total 282.000 100% 100% Resto de América 35.800 13% 100% Los casos de TB notificados (nuevos y recaídas) en 2017 fueron 228.943 en el continente, un 82% del total de casos estimados. La brecha en el diagnóstico no ha disminuido en los últimos años, alrededor de 50.000 casos, con un leve aumento entre 2016 y 2017 de 3.000 casos.

2.2.8. La Tuberculosis en Bolivia

La tasa de incidencia de TB TSF en la gestión 2015 fue de 66.9/100.000 hab. y de 47,7/100.000 de TBP BAAR (+). Por lo que en Bolivia la tuberculosis continúa siendo un problema de Salud Pública de gran magnitud y trascendencia que requiere atención prioritaria por todos los sectores y de la sociedad civil del país. Durante la gestión 2015 se detectaron 7.243 casos de TB TSF, de los cuales 5.160 corresponden a casos de TBP BAAR (+). Los grupos etarios mayormente afectados se encuentran en edad productiva, reproductiva y de mayor contacto social (15 a 34 años), con predominio del sexo masculino, con una razón de 1,5 hombres por mujer, tendencia que no se modifica desde hace varios años atrás. La tasa de éxito de tratamiento de la cohorte TBP BAAR (+) desde el 2012 al 2014 supera el 85% cumpliendo la meta establecida. El proceso de identificación de drogorresistencia se ha iniciado a partir del 2004 con normas establecidas para su manejo a partir del 2005, hasta el 2015 se han detectado 570 casos TB MDR de los cuales 320 han iniciado tratamiento a nivel nacional, sin embargo la vigilancia de la misma debe fortalecerse.

2.2.9. La Tuberculosis en La Paz y El Alto

La población más vulnerable para contraer la enfermedad se encuentra en el área rural y representa el 52% del total de los casos de tuberculosis.

De acuerdo con datos del Servicio Departamental de Salud (SEDES), de cada diez personas al menos dos padecen de tuberculosis, hasta la fecha se tienen al menos

2.000 pacientes con esa enfermedad, datos que podrían atribuirse a la falta de seguimiento de los pacientes y al abandono del tratamiento.

En el 2018 responsable departamental de tuberculosis del Sedes La Paz, Sergio Martínez, manifestó su preocupación por las bajas coberturas para la atención de tuberculosis, señaló que en los últimos tres años los porcentajes de mantienen en un 7% siendo que la cobertura ideal es de un 3%. El profesional atribuyó el porcentaje a la falta de seguimiento de los pacientes por parte del personal de salud, la falta de adherencia al tratamiento, al abandono del tratamiento del paciente y el uso indebido de los fármacos. Detalló que hasta la fecha en el departamento de La Paz se tiene un aproximado de 2.000 pacientes con tuberculosis convirtiéndose en el segundo departamento después de Santa Cruz reporta 3.000 casos.

Martínez reflexionó que el Servicio Departamental de Salud debe ajustar más los indicadores y ver estrategias con diferentes instituciones para mejorar y lograr que la incidencia en el departamento disminuya.

Una de las problemáticas es la poca cantidad de recursos humanos con la que se cuenta, “si bien el Servicio Departamental de Salud cuenta con un personal específico no es suficiente, apenas son cinco personas que trabajan en el programa departamental sin embargo otros departamentos se encuentran más fortalecido con mayor personal”.

La población más vulnerable para contraer la enfermedad son las personas que habitan el área rural que representan el 52% del total de los casos de tuberculosis, en el área urbana entre el Alto y La Paz aportan un 24%, aproximadamente.

El grupo hectóreo más afectado son los varones, aspecto que podría ser atribuido al trabajo que desempeñan como la minería y otros que los exponen a riesgos además de la mala alimentación.

2.3. TRABAJO SOCIAL, OBJETO Y FUNCIONES

2.3.1. Objeto del Trabajo Social

El Trabajo Social al ser una rama de las Ciencias Sociales, su objeto es estudiar, abordar el problema social, expresado en manifestaciones de las contradicciones que presenta una situación, expresado en una en una necesidad social.

2.3.2. Funciones del Trabajo Social

a. Investigación social

La investigación en Trabajo Social es esencialmente una investigación aplicada. Es una función asumida en tanto proceso que permite el acceso y producción de conocimientos relativos al objeto disciplinario.

La búsqueda, acceso y producción de conocimiento a través de la investigación social, encuentra su sentido disciplinario con los fines de conformar el recurso cognoscitivo y cognitivo para sustentar la intervención social profesional. Es decir, la investigación social en Trabajo Social no Busca exclusivamente conocimientos parciales, empíricos y de orden práctico para dar pasó a acciones concretas profesionales. Es decir definitivamente más que aquello.

La investigación es la función que permite el conocer, pero el conocer posible de lo diverso, y el conocer posible de lo trascendente por ello puede tener fines teóricos, metodológicos, políticos y prácticos.

En todos estos campos el conocimiento se asume como proceso en construcción, para lograr la función básica de la investigación social y del conocimiento que es la explicación científica del problema social. Por tanto, es parte primaria y fundamento de todo el que hacer del Trabajo Social.

b. Gestión Social

La gestión social es comprendida, bajo la concepción predominante de la administración como una función que involucra todo el proceso administrativo: planificación, organización, dirección y control. Los ámbitos de incidencia tienen que ver con; 1) la

administración de los servicios sociales 2) la gestión de las políticas sociales 3) la gestión social de los procesos específicos por parte de organizaciones comunidades y/o municipios. Es importante relevar que la gestión social, si bien, se alimenta de la ciencia administrativa recupera o intenta por lo menos tres dimensiones.

- La dirección de los procesos
- El control de los medios
- La centralidad de lo social

c. Asistencia social

La asistencia social, siendo la función original, constitutiva del TS ha sido entendida como la ayuda a las personas, grupos y comunidades necesitadas, desde la perspectiva asistencialista, concepción que ha derivado en la prestación de servicios sociales específicos. La prestación de servicios sociales, es parte de un proceso mayor que engloba y abarca la asistencia social institucionalizada y de carácter profesional. Se ubica como uno de los vehículos institucionalizados que posibilita el uso de los recursos sociales, no solo para paliar los problemas emergentes con carácter de urgencia, sino que incluye la dimensión de la asistencia social como un derecho que restituye la dignidad social como un factor fundamental para apoyar los procesos de ruptura o reencuentro personal o social que permita la construcción de las identidades individuales.

d. Promoción Social

La promoción social es el proceso mediante el cual se intenta movilizar y tensionar las fuerzas sociales existentes en función de intereses y fines sociales específicos de beneficio para un conjunto social determinando a fin de lograr su participación en procesos sociales concretos. Contribuye directamente a crear conciencia pública y capacidad de reconocimiento legitimado del problema en tanto público para que los diferentes actores de la sociedad lo reconozcan como tal y asuman responsabilidad frente al mismo.

e. Organización Social

Constituye el conjunto de procedimientos que permite nuclear y potenciar las acciones colectivas en función de intereses y fines sociales colectivos. Contempla distintas modalidades de fortalecimiento organizacional de núcleos de base, que se orienta a una óptima construcción de las relaciones grupales, comunales y/o institucionales que busca optimizar sus capacidades, no solo de presencia si no de acción social y colectiva. La organización social apoya en la estructuración y consolidación de un cuerpo social sistematizado que garantice una participación social organizada en función de la consecución de los fines sociales compartidos. (Sánchez, 2010).

f. Educación social

Es el proceso de enseñar y aprender en el que participan personas grupos, familias, comunidades, organizaciones y otros, bajo modalidades activo participativos que partiendo de sus propias necesidades, expectativas, experiencias y realidades promueven procesos educativos que tienen incidencia directa en la conciencia y en el comportamiento de las personas con relación a asuntos y fines de interés social y fines colectivos.

Es una función que implica procesos múltiples que se refieren al acceso, socialización y apropiación del conocimiento desarrollado en determinados ámbitos, por parte de los sujetos sociales. Supone procesos y funciones diversas entre las que se pueden destacar:

- la información con fines de sensibilización
- el análisis del conocimiento de la realidad con fines problematización
- la transferencia de conocimiento
- el desarrollo de capacidades cognitivas y técnicas
- los procesos de apropiación y recreación del conocimiento
- el manejo del conocimiento transformador
- la integración del saber y el poder
- el potenciamiento de la capacidad de sujetos sociales

2.4. METODOLOGÍA EDUCATIVA UTILIZADA POR TRABAJO SOCIAL

La metodología utilizada en el servicio de salud, se basó en los conceptos de “Educación para la Vida” (Pérez, 2010: 10 – 11), sustentada por el Ministerio de Salud. Ariel Pérez, se refiere a dos tendencias pedagógicas fundamentales: una decadente y en vías de extinción (a la que se podría denominar como pedagogía del saber) y otra emergente y en vías de extensión (que podría denominarse como pedagogía del ser o educación para la vida), que está consolidándose gradual pero firmemente en el escenario de la promoción de la salud, construyendo un paralelismo en los siguientes términos:

PEDAGOGÍA DEL SABER	PEDAGOGÍA DEL SER
<p>Es la tendencia sobreviviente de la educación tradicional, intelectualista (o cognitiva), cuyo objetivo principal es la transmisión y acumulación de conocimientos (un aprender para los exámenes de la “escuela” y no para los exámenes de la vida). Se caracteriza por ser informativa, memorística y pasivo-reproductiva, en que el que aprende se limita a memorizar y a repetir lo que se le dice o lee; autoritaria, porque el experto impone su criterio sin la participación de la persona que, en teoría, está aprendiendo; dogmática, porque se le dice lo que debe saber, hacer y creer; cerrada, porque el “educador” suministra conocimientos completos, terminados, abortando o frustrando la creatividad del “otro”, no reconociendo el valor de sus saberes.</p>	<p>Es la tendencia que busca el desarrollo integral de la personalidad, de las potencialidades y la plenitud del ser humano. Se caracteriza por los siguientes principios rectores: la educación centrada en la persona que aprende (respeto y aceptación); contenidos acordes al mundo de vida de las personas; el proceso educativo como un taller para la vida; la actividad frente a la pasividad; pero principalmente la auto actividad espontánea y auto creadora frente al formalismo, la rigidez y el autoritarismo; orientada hacia la comunidad y la sociedad, para una convivencia armoniosa y cooperativa, en la búsqueda de promover la responsabilidad.</p>

FUENTE: PÉREZ ARIEL; “Educación para la vida”; MS y D; 2010

La Educación para la Vida se sustenta en tres postulados fundamentales:

- Que la vida saludable es la “materia” más importante en enseñar y aprender.
- Que la riqueza mayor de un individuo o individuo y de un país o comunidad, son sus potencialidades humanas.

- Que, consecuentemente, la tarea individual y social más importante es el desarrollo y utilización de las potencialidades humanas para lograr una vida más plena y de mejor calidad.

Estos postulados que culminan con la praxis educativa de transformar, desarrollar y utilizar las potencialidades individuales y colectivas para lograr una vida más plena y saludable, derivan, a su vez, de tres componentes que se interrelacionan dialécticamente: i) El sujeto (que es el que actúa y transforma el mundo); ii) las acciones (que pueden ser cognitivas, valorativas, comunicativas, manipulativas, transformadoras, creativas o destructivas); y, iii) los objetos del mundo (material, social, cultural, natural – medio ambiente-) con los que el sujeto interactúa y realiza las acciones. El vivir saludable entonces, es el resultado de esa interacción dialéctica entre el sujeto y el mundo natural –medio ambiente- y social, ya que el mundo natural –medio ambiente- y social forman al sujeto y, a su vez, el sujeto transforma sus mundos social y natural – medio ambiente-, logrando así su propia transformación. Tal dialéctica, no solamente apunta a lograr una vida más duradera y saludable, sino también, en última instancia, al Vivir Bien. (Ibídem).

2.5. TRABAJO SOCIAL EN EL CAMPO DE LA SALUD

Uno de los campos de mayor demanda que ocupa el Trabajador Social es el sector de salud, donde su labor es intervenir con individuos familias y comunidades.

En el campo de la salud, el trabajo social es definido como la actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud – enfermedad. Es así que el conocimiento de realidad de cada paciente es fundamental por lo que este proceso lleva implícito estudiar al usuario e identificar las redes de relaciones (familia, institución, situación de marginación o exclusión).

El objetivo del Trabajador Social es identificar e intervenir en los determinantes sociales que inciden en las condiciones de salud de la población a través de un proceso metodológico adecuado que propicie a que la población usuaria participe en el desarrollo de sus acciones de promoción, protección, conservación y recuperación de su salud, para satisfacer sus necesidades.

2.6. INTERVENCIÓN PROFESIONAL DEL TRABAJADOR SOCIAL

La intervención en el trabajo social es entendida como la acción organizada y desarrollada por los trabajadores sociales con las personas, grupos y comunidades. Sus objetivos están orientados a superar los obstáculos que impiden avanzar en el desarrollo humano y en la mejora de la calidad de vida de la ciudadanía.

La intervención profesional se basa en los fundamentos éticos, epistemológicos y metodológicos del Trabajador Social, desde un enfoque global plural y de calidad, estos planteamientos parten una concepción dinámica de la persona que se inscribe en un contexto social, histórico, político, económico y cultural.

En el campo de la salud el Trabajo Social implementa su intervención a dos niveles: a nivel de la Atención Individualizada y Familiar y a nivel de la Gestión Comunitaria, vale decir que desarrolla de manera integral dos formas de actuación para superar o coadyuvar una situación problema que aqueja a la población usuaria de los centros de salud o del propio centro hospitalario.

2.6.1. El Método de Caso Social Individual

Cuando se dice Método Caso, lo correcto y completo sería, “caso social individual” o “caso individual”. Esta expresión se designa la ayuda social que se presta a nivel individual utilizando una serie de procedimientos. Ha sido el primer método que fue sistematizado dentro de la profesión. Da sus inicios en Europa, principalmente en Inglaterra. Con la asistencia a los pobres y a los socialmente desposeídos. Esto se da fundamentalmente en las Sociedades de organización de la

Caridad (COS) que luego adquirieron gran desarrollo e importancia en los EE.UU. El método de caso se elaboró teniendo en cuenta el modelo clínico-terapeuta de la medicina. Después de muchos años este modelo influyó decisivamente en la configuración y desarrollo de la metodología del trabajo social:

- Estudio
- Diagnostico
- Tratamiento

De ahí se haya denominado “modelo clínico-normativo” y que algunos consideren que fue formulado de esa manera, por los trabajos que Mary Richmond realizo con el medico doctor Cabat. Con la publicación de 1992 del libro de Mary Richmond, *Wath is Social Case Work*, donde fundamenta y sistematiza la metodología del caso social individual, definida por esa autora como “el conjunto de métodos se fundamenta y se sistematiza la metodología del caso social individual, es el conjunto de métodos que desarrollan la personalidad reajustando consciente e individualmente al hombre a su medio. En el método de caso esto hace a la índole misma del método que en lo sustancial se realiza a través de una relación interpersonal entre el trabajador social y la persona que recurre a él. Para la preparación del diagnóstico y el tratamiento se tiene en cuenta cual es la situación del individuo con su familia y como ha influido en su formación. En la realización de sus diagnósticos por incorporar la influencia que pueden tener las constelaciones o procesos psíquicos inconscientes formados por fantasías e impulsos que si bien actúan sobre la conducta de la conciencia ya que el individuo no se da cuenta de lo que hace.

Una de las tendencias psicoanalíticas que sello durante unas décadas el “método caso” supero la perspectiva y enfoque de inspiración freudiana ortodoxa.

La depresión del año 1929 y la crisis hicieron sentir sus efectos también sobre el enfoque del “método caso”.

Los problemas producidos como consecuencia de la inseguridad económica orientaron la acción hacia la familia, más que al individuo aislado. Hamilton plantea la necesidad de vincular el trabajo social individual con los problemas generales de la política social, puesto que no es posible resolver con éxito problemas de interrelación si se carece de una sana estructura económica y política.

2.6.2. El Método de Caso Social en Grupo

La importancia del Método del Trabajo Social en Grupo radica en su contribución al mejoramiento de las condiciones desfavorables de los individuos, ya sea a nivel personal o social, y sobre las cuales es necesario ejercer intervenciones por medio de grupos dirigidos a aliviar las situaciones problema. La intervención del Trabajador/a Social en los grupos es necesaria debido a que el rompimiento de normas y valores en la persona, que se refleja en un contexto social más amplio, genera y define situaciones problemáticas, y por tanto, la persona puede ser juzgada, estimulada o sancionada por los demás. A continuación se presenta el desarrollo histórico, teórico y operativo del Método de Trabajo Social en Grupo, teniendo como referencia los planteamientos conceptuales de autores, tales como: Gisela Konopka, Natalio Kisnerman, Robert Vinter y Ezequiel Ander-egg.

Se trata de un método más comprometido con la transformación de la sociedad, en el caso del manifiesto, la importancia de la participación de los usuarios en el proceso de transformación social. Aunque existen diversas interpretaciones del método único todas ellas hacen referencia a una serie de procedimientos que se deben realizar para actuar sobre la realidad social. Esta información se basa en una intervención técnica. **El proceso consta de cinco etapas:**

- 1. Investigación**, observación significativa, estudio referido tanto al individuo, al grupo como a la comunidad
- 2. Interpretación diagnóstica** La precisión y la magnitud del problema, tanto a nivel dinámico como estructural.
- 3. Planificación o programación** Que abarca objetivos, tiempo, instrumentos y niveles de actuación.
- 4. Ejecución** o Intervención racional y comprometida en la situación problemática.
- 5. Evaluación** Consisten en determinar si las acciones realizadas han llevado a la consecución de las metas” (Colomer, 1979).La implementación del método básico contribuyó a la superación de los conceptos como el ajuste y la adaptación del

individuo al medio ambiente, a la valoración de la participación de los individuos en los programas de acción, a la ampliación de los objetivos de la disciplina y al mayor grado de profesionalización. El método básico continúa siendo en la actualidad el más utilizado en la intervención básica, aunque los profesionales han mejorado algunas variantes.

CAPITULO III

3.1. CONTEXTO DE INVESTIGACION

3.1.1. Contexto Espacial

La investigación fue desarrollada en la ciudad de el alto, más concretamente en el centro de salud rosas pampa pertenecientes al distrito I de la red de salud boliviano holandés, razón por la que se presentará una información general del espacio geográfico en las siguientes líneas.

3.1.2. Características Generales

La ciudad de El Alto, es el municipio con los mayores índices de pobreza y crecimiento demográfico en Bolivia. Según las proyecciones del INE el Municipio cuenta con más de 953.253 habitantes, de los que 463.069 son hombres y 490.184 mujeres.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) en el municipio de El Alto, de acuerdo a resultados del Censo 2010, el porcentaje de población pobre fue de 69%. Según este mismo censo, la población no pobre del 7,5%, vive con necesidades básicas satisfechas, la población que se encuentra en el umbral de la pobreza alcanza al 25,6 %. Según el Censo 2001, de 634.535 el 49,3% vive en condiciones de “pobreza moderada”, 17,1% en condiciones de indigencia y 0,5% en condiciones de marginalidad 8 Esta realidad refleja la gran crisis económica del país, producto del ajuste estructural que provoca el cierre de las pocas fuentes de trabajo (minas, fábricas, ferrocarriles, hidrocarburos, etc.)

Según el Plan de Desarrollo Municipal de El Alto, los distritos 3 y 6 de ciudad de El Alto muestran una pobreza moderada alta, por tanto con mayor profundidad de pobreza, le sigue los distritos 1,2,4 y 5, el distrito 7, 8, 9 y 10 muestran un nivel más bajo en relación a los otros distritos. La pobreza indigente es más alta en los distritos 8, 7, 6, 5, 4,3 y dos están por encima de los quince mil.

El Municipio de El Alto está ubicada en una meseta de superficie plana y ondulada, al pie de la Cordillera de La Paz (Meseta del Altiplano Norte) y de la Cordillera Oriental, al Noreste de Bolivia a 16°30' Sur y 68°12' Oeste. A una altura de 4.050 m.s.n.m.

Limita al Norte con el municipio de La Paz y el Distrito 6 de la Ciudad de El Alto Sección Capital de la Provincia Murillo parte de la ciudad de La Paz, al Este con el Municipio Achocalla y la ciudad de La Paz, al Sur-Oeste con el Distrito 2 Cantón, al Oeste con el Distrito 2 y Distrito 6.

La extensión territorial del Municipio de El Alto, es aproximadamente de 387.56 Km (38.756 Has), que representa el 7.58% de la superficie total de la Provincia Murillo: el 40.24% (15.596 Has.) corresponde al área urbana y el 59.76% (23.160 Has.) corresponde al área rural. En lo que respecta al Distrito I su extensión abarca una superficie de 10 km², su contorno está definido por la Avenida 6 de Marzo en dirección norte-sur, y la Avenida Circunvalación que marca el límite geográfico con la hoyada paceña, también limita al nor-oeste con el distrito 6, al sur-oeste con el distrito 2 y al sur-oeste con Achocalla. En su interior y también en dirección norte-sur se extienden las Avenidas Tiwanaku a partir del vértice norte, y Antofagasta, en cuyo recorrido se forma la plaza Azurduy de Padilla.

La plaza Carlos Palenque frente al célebre Faro de Murillo da inicio a la Av. 9 de Abril (luego Cívica y Arica). Centros de encuentro vecinal son la Plaza Cívica frente al antiguo edificio municipal, conocido desde febrero 2003 como “Alcaldía quemada”, la plaza triangular, plaza de lustrabotas, plaza Sebastián Pagador, plaza del Policía, plaza Pio X, plaza Illimani, plaza 14 de septiembre.

Las urbanizaciones pertenecientes al Distrito I son las siguientes:

- Bolívar “A”; ubicada sobre el margen izquierdo de la Av. 6 de marzo en dirección al Aeropuerto. Junto con Bolívar B, C y D, ocupan terrenos que le pertenecieron a la hacienda Charapaqui de Julio Téllez Reyes y luego de la Reforma Agraria a los

comunarios o “colonos de hacienda”. Es una zona de intensa actividad comercial por la proximidad a la improvisada “terminal” de buses alteña, el aeropuerto y varias agencias financieras.

- Villa 12 de Octubre: centro de la Administración Pública y Política de la ciudad, allí se encuentra parte del Gobierno Municipal, Policía, Banca, las sedes de la FEJUVE, COR, Gremiales y FEDEPAF. Como consecuencia del movimiento económico generado en el distrito, hay una alta ocupación de alojamientos, locales de comida y diversión.
- Villa Dolores: primera urbanización de El Alto, fundada en septiembre de 1942; se llama así en referencia de la madre de Julio Téllez Reyes, propietario de hacienda Charapaqui, sobre cuyos terrenos se trazó la urbanización.
- Ciudad Satélite: emprendimiento del Consejo Nacional de Vivienda, que en abril de 1966 hizo la entrega de las primeras viviendas adjudicadas, la zona cuenta con todos los servicios de infraestructura, incluyendo pavimento en la totalidad de sus vías.
- Villa Exaltación: ubicada a manera de mirador sobre la zona de Achocalla, y con vista incomparable hacia el Illimani. Se creó en mayo de 1979.
- Villa Tejada, producto de la urbanización de tierras dotadas por la Ley de Reforma Agraria de 1953 a los comunarios de la hacienda que perteneció a Vicente Tejada.
- Se divide en Tejada Rectangular creada en 1963, y las posteriores, Tejada Alpacoma (zona “Antenas”), Tejada Triangular y Bajo Tejada.

3.1.3. Características Socio Demográficas

De acuerdo a la información recuperada del INE 2010 se logró establecer que la población del Distrito I alcanza a 149.124 habitantes, con fines comparativos se establece la siguiente relación de datos:

El Distrito I, es considerado uno de los primeros, ya que las características socio demográficas son las más altas. De acuerdo a los datos se puede evidenciar que es el Distrito que cuenta con una población joven de manera significativa, también con una importante cantidad de personas adultas.

El análisis del panorama educativo de este distrito nos muestra un salto cualitativo logrado gracias al esfuerzo de la población, las entidades educativas, la cooperación externa y las instituciones privadas, ya que la calidad educativa varía en relación a los otros distritos en infraestructura, servicios, acceso a la información (internet, bibliotecas, museos), el acceso a centros culturales, públicas y privadas que posibilitan el fortalecimiento y la formación de recursos humanos ya que por su ubicación estratégica acoge a estudiantes de toda la ciudad de El Alto.

La mayor cantidad de establecimientos y unidades educativas de los niveles primario, secundario, técnico superior, se hallan en este distrito, siendo en un mayor porcentaje instituciones privadas.

3.1.4. Situación de Salud

El sistema de salud de este distrito, ha logrado articularse a través de la red Holandes, brindando atención a toda la población en general, sin embargo aún tienen problemas que no permiten una atención integral y continua, lo que resta credibilidad al sistema, sobre todo al público, así mismo, esta red no es capaz de mantener una cobertura constante de su población, es decir que no se estaría aplicando el principio de continuidad en la atención.

3.2. CONTEXTO INSTITUCIONAL: CENTRO DE SALUD DE ROSAS PAMPA

3.2.1. Carácter de la Institución

El centro de primer nivel ROSAS PAMPA tiene como régimen legal primordial de la Constitución Política del Estado que en el artículo 37 se determina "El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se

constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades".

Teniendo también otras disposiciones legales que citamos a continuación:

- Plan Nacional de Desarrollo.
- Modelo de Atención y gestión en Salud (SAFCI).
- Reglamento de la SAFCI.
- Ley N° 2426 Seguro Universal Materno Infantil.
- Ley 3323 Seguro de Salud Para el Adulto Mayor (SSPAM).

Por ello se determina que existe una participación directa del Estado que sustenta en lo legal y en financiación en la Institución de salud de ROSAS PAMPA.



3.2.2. Tipo de Necesidad Social que Atiende

La atención que brinda el Centro de Salud son las siguientes especialidades: Medicina general, Seguro Universal Materno Infantil control prenatal (SUMI), Seguro Escolar Obligatorio (SESO), Consultorio Odontológico, Pediatría, Nutricionista, Auxiliar de Enfermería, vacunas, curaciones, emisión de certificados médicos en caso de violencia conjuntamente con el área social.

3.2.3. Antecedentes Históricos

La zona de Rosas Pampa se encuentra ubicada a la altura del Km. 5 de la carretera La Paz – Oruro y se ingresa por el camino que conduce a Achocalla. Actualmente por la avenida Cívica”.

Según Marcela Paredes Vda. De Chima, antigua comunaría, informo. “Que, la zona originalmente no se llamaba Rosas Pampa”, el nombre de este lugar era Cututo o Kututu. Desde el túnel de Achocalla hasta la zona de Rosas Pampa, anteriormente tenía ese denominativo. “Kututu” en aymará que traducida al castellano significa conejo macho, muchos de los comúnarios habían confirmado haber visto en esas regiones conejos silvestres o vizcachas de tipo roedores.

La zona Rosas Pampa se creó aproximadamente por los años 1975 y su aniversario es el 14 de septiembre. En el centro de salud de la Zona Rosas Pampa lo primero que se destaca es la construcción del centro de Salud en el año 1988, se construyó con recursos del Fondo Social de Emergencia. Conformado por un médico y un auxiliar de enfermería y se inauguró en julio de 1988 a principios de 1989. El 30 de junio de 1993, se inauguró el nuevo Centro de Salud de Rosas Pampa con el apoyo del proyecto de fortalecimiento a la atención Primaria en el distrito I de la ciudad del El Alto con la cooperación técnica Holandesa que estuvo trabajando en la zona desde 1991, que fue construida con un área edificada de 227 mtrs. Cuadrados, en una superficie total de 378 metros cuadrados con 13 ambientes. Tiene a su cargo las zonas de: final Rosas Pampa, Complejo de Rosas Pampa, Santa rosa, 31 de Octubre, Anexo Santa Rosa, Urbanización Arco Iris y cooperación Jon F. Kennedy y fue creada bajo el gobierno del Jaime Paz Zamora, estaba destinado para la construcción de un parque, pero tiempo después las autoridades dejaron al olvido la construcción , por lo que el lugar se llegó a convertir en un basural y tornándose en un espacio peligroso para los vecinos en el transcurso de la noche por proliferación de pandillas y consumo de bebidas alcohólicas.

Razón por la cual la junta de vecinos tras una lucha incansable llega a proponer en el POA de la gestión, la construcción de un Centro de Salud, por lo que la construcción se levanta el año 1998 y en dos años de trabajo se concluye la infraestructura del centro.

3.2.4. OBJETIVOS GENERALES DE LA INSTITUCIÓN

3.2.4.1. Misión

Poner a disposición de la comunidad los medios necesarios para identificar, abordar y combatir factores de riesgo Adquiriendo una cultura de salud mediante conductas, sitios de vida saludables y elevando sus capacidades en forma permanente. Satisfaciendo las necesidades de salud junto a su equipo de atención primaria.

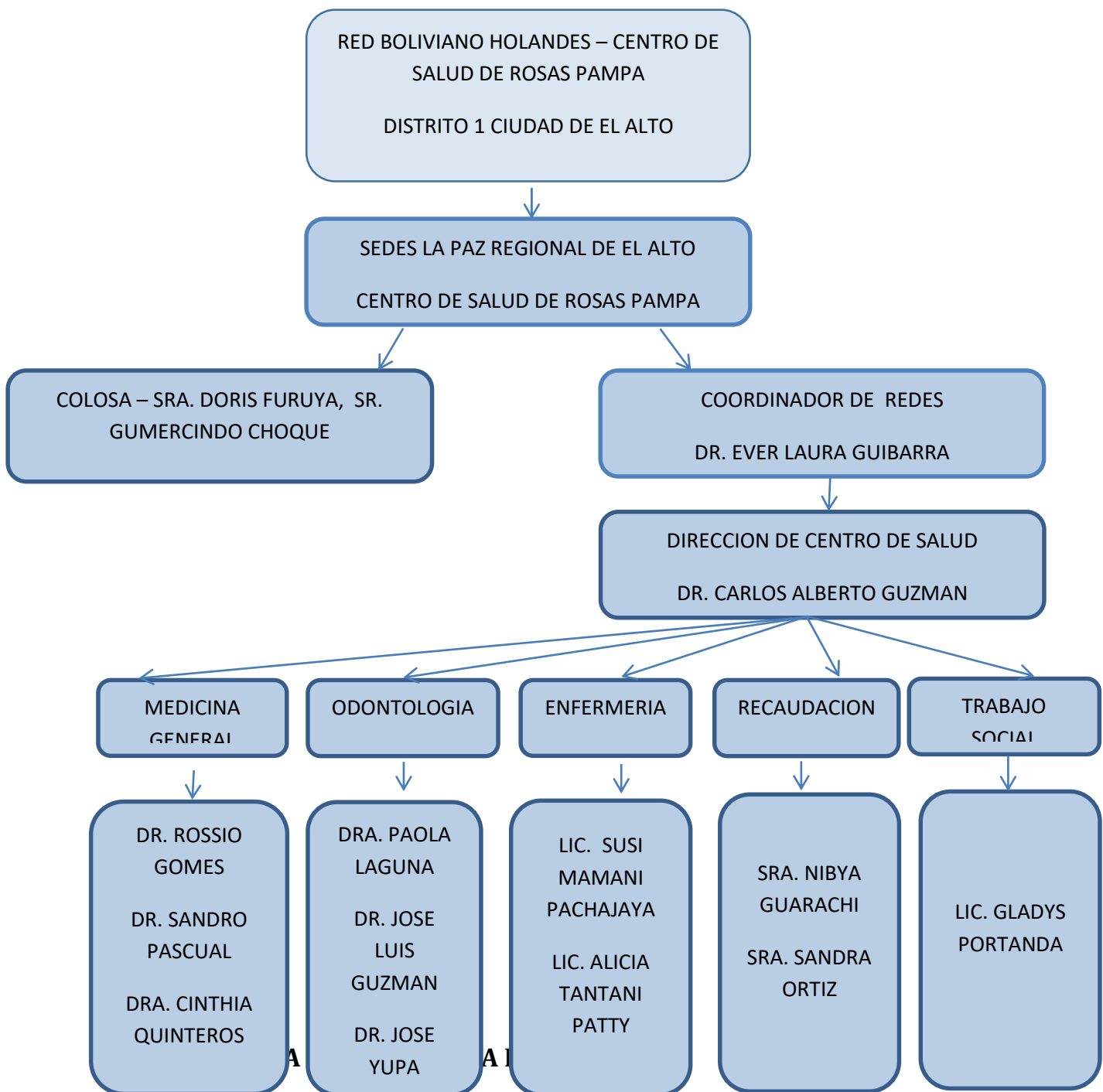
3.2.4.2. Visión

El centro de salud tendrá familias que cuente con madres niños sanos desarrollándose en un ambiente saludable con acciones de equipo de atención primario (E.A.P.) tendientes a disminuir la morbi-mortalidad de la población aplicando la salud familiar y comunitaria con solidaridad, equidad y sensibilidad social.

Se determinó así que los objetivos se expresan en forma cualitativa y de forma cuantitativa señalando 1º el desarrollo de familias sanas en ese componente se trata de espacios de participación, interacción y representación comunitaria 2º también de manera cuantitativa se estipula condiciones que logren la reducción la mortalidad mejorando la salud integral de la familia.

3.2.5. ORGANIZACIÓN INTERNA DE LA INSTITUCIÓN

La presentación del Organigrama del centro de salud es muy importante, pues aquí se determinaría la jerarquía administrativa del centro de la misma haciendo hincapié el área de Trabajo Social en el mismo.



a. Programas que desarrolla la Institución

Los programas integrales que a continuación se mencionan son las prestaciones y programas ofertadas por el centro.

b. Prestaciones Servicios preventivos:

- Inmunizaciones.
- Control Crecimiento y desarrollo.
- Salud bucal.
- Control prenatal.
- Búsqueda activa de usuarios.
- Control de usuarios/as.
- Desparasitación.
- Fluorización.

c. Programas de ejecución local

- Programa Ampliado de inmunización
- Cisticercosis
- Anticoncepción
- Atención del Seguro Universal Materno infantil según su capacidad de resolución
- Consulta médica general
- Consulta odontológica
- Curaciones.
- Atención domiciliaria
- Atención y seguimiento de usuarios/as
- Atención Farmacéutica FIM
- Detección referencia y contra referencia de usuarios/as

d. Programas Nacionales

- Tuberculosis
- Dengue
- Chagas
- Rabia
- Malaria
- Hanta Virus
- Cólera
- Leishmaniosis
- Lepra

- Sida
- P.A.P.

El primer nivel de atención corresponda las modalidades de atención cuya oferta de servicios se enmarca en:

- Promoción
- Prevención de la salud
- Curación (consulta e internación)
- Rehabilitación

La situación problemática o la necesidad social a la cual dirige su acción el centro de salud de Rosas Pampa, al ser una institución que corresponde a la modalidad de Primer Nivel de Atención, su oferta de servicios se dirige a resolver los problemas de salud que se enmarcan predominantemente en el auto cuidado de la salud, la consulta ambulatoria y la internación de tránsito. Comprende: Brigadas Móviles de Salud, Centro de Salud con y sin camas, policlínicos y poli consultorios; incluyendo todos los subsectores. Constituye la puesta de entrada al sistema.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Este capítulo presenta los resultados obtenidos del estudio realizado en el Centro de Salud Rosas Pampa del Municipio de El Alto.

Muestra como interviene Trabajo Social para coadyuvar a resolver el problema de abandono de tratamiento por parte de los pacientes que se encuentran en tratamiento ambulatorio en dicho establecimiento de salud.

4.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES QUE INCUMPLEN EL TRATAMIENTO AMBULATORIO DE TUBERCULOSIS.

El contenido abarca inicialmente las características de pacientes que, habiendo iniciado su tratamiento, han dejado de asistir al Centro para proseguir el mismo con todos los riesgos que implica la deserción. A continuación, se presenta el proceso de intervención social que desarrolla Trabajo Social para recuperar esos pacientes hacia la reiniciación del tratamiento.

Número de pacientes en el Programa de Tratamiento de Tuberculosis, Centro de Salud de Rosas Pampa, año 2016

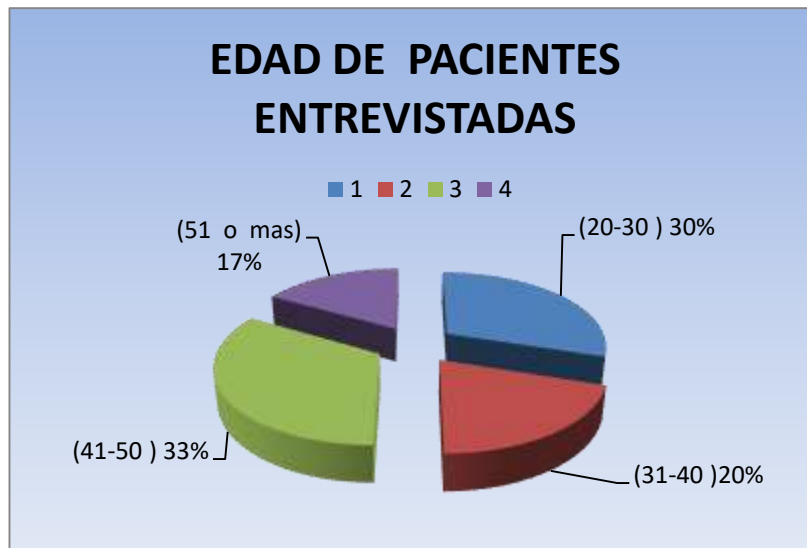
4.1.1. Edad de Pacientes

CUADRO N° 1

EDAD DE PACIENTES ENTREVISTADAS

RANGO DE EDAD	Nº MUJERES	%
20 - 30	9	30
31 - 40	6	20
41 - 50	10	33
51 a MÁS	5	17
TOTAL	30	100

Fuente: Elaboración propia, en base a ficha social 2016



Como se puede observar en el cuadro N° 1 la edad de la población estudiada se puede notar que el 30 % son mujeres entre 20 A 30 años seguidas de las mujeres comprenden entre 31 a 40 años que son el 20 %, consecuentemente de las mujeres que tienen entre 41 a 50 años que suman el 33 %, finalmente las pacientes entre 51 años o más que es el 17% de la población entrevistada, entonces podemos decir que los casos de más abandono están comprendidos entre las edades de 20 a 49 años.

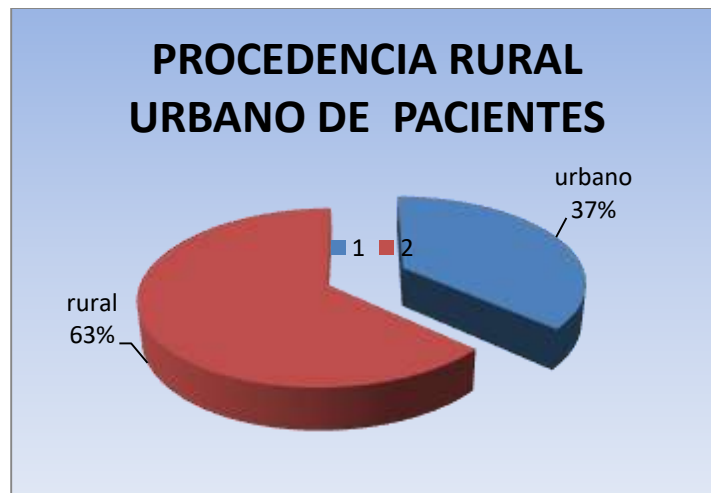
4.1.2. Procedencia de Pacientes

CUADRO N° 2

PROCEDENCIA DE PACIENTES

Nº PERSONAS PROCEDENCIA	Nº MUJERES	%
Urbana	11	37
Rural	19	63
TOTAL	30	100

Fuente: Elaboración propia, 2016



La información recogida permite afirmar que el 37% de las mujeres entrevistadas señalaron tener procedencia urbana, en relación al 63% de mujeres cuya procedencia es rural, como según refleja el siguiente testimonio:

“Hace un mes que no hablo con mi mamá porque vive en el campo, allá no hay teléfono, ni tampoco tenemos forma de comunicarnos.” **(Josefina de 25 años).**

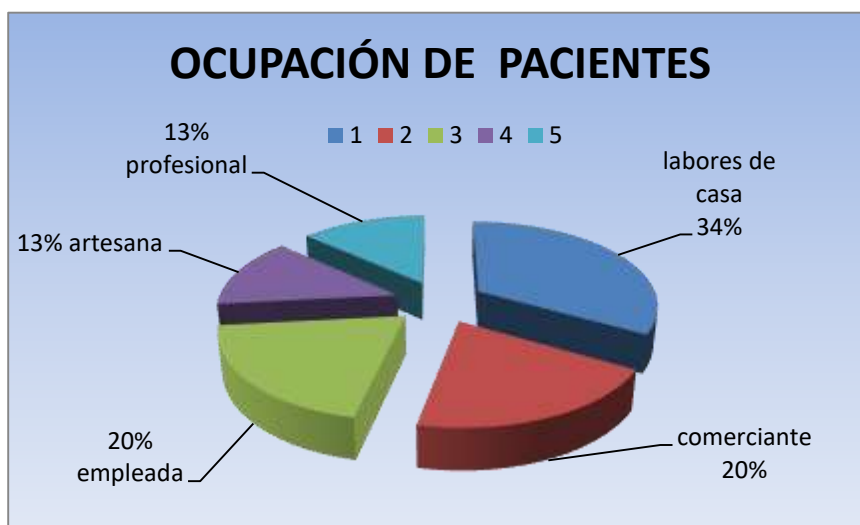
4.1.3. Ocupación de Pacientes

CUADRO N° 3

OCUPACIÓN DE PACIENTES ENTREVISTADAS

Nº PERSONAS PROCEDENCIA	Nº MUJERES	%
Labores de casa	10	34%
Comerciante	6	20%
Empleada	6	20%
artesana	4	13%
Profesional	4	13%
Total	30	100

Fuente elaboración propia,2016



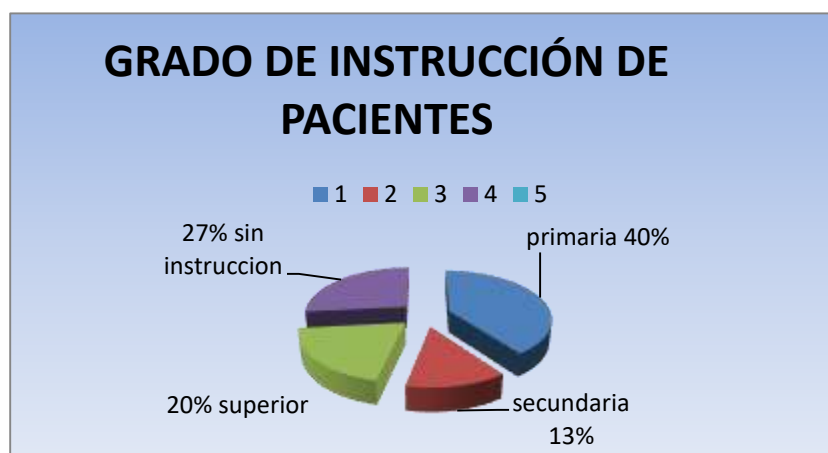
Según el cuadro 3 se puede advertir que la mayoría de las entrevistadas son amas de casa, (34 %) de las pacientes que interrumpen su tratamiento ambulatorio, esto a consecuencia de las labores cotidianas que cumplen dentro del hogar y el tiempo que emplean en cuidar más a su hijos y dedicarse solo a labores de casa, esto seguidas de las comerciantes y empleadas pacientes entrevistadas que interrumpen su tratamiento por dedicarse a trabajar.

4.1.4. Grado de Instrucción

CUADRO N° 4
GRADO DE INSTRUCCIÓN DE PACIENTES

GRADO DE INSTRUCCIÓN	N°	%
PRIMARIA	12	40%
SECUNDARIA	6	13%
SUPERIOR	4	20%
SIN INSTRUCCIÓN	8	27%
TOTAL	30	100

Fuente: elaboración propia, 2016



Como se puede apreciar, el 40 % de las mujeres cursaron el ciclo básico, mostrando en su generalidad una tendencia al analfabetismo funcional., como lo refleja el siguiente testimonio:

“Mi mamá ya no quería ponerme a la escuela después que ha muerto mi papá, no teníamos plata todas mis hermanas nos hemos empleado, ahora no se leer ni escribir solo he ido hasta tercero básico y me he olvidado todo” (Saturnina de 38 años).

Por otro lado un 13 % solo alcanzó el nivel secundario, como refleja el siguiente comentario:

“Me he juntado con mi marido después de salir del Colegio porque ya estaba embarazada y no he podido estudiar una carrera profesional” (Lilian de 27 años).

Sin embargo, un 20% alcanzo el nivel superior y sin instrucción el 27% lo cual nos demuestra que el grado de instrucción no es un indicador suficientemente específico para medir la influencia de la educación.

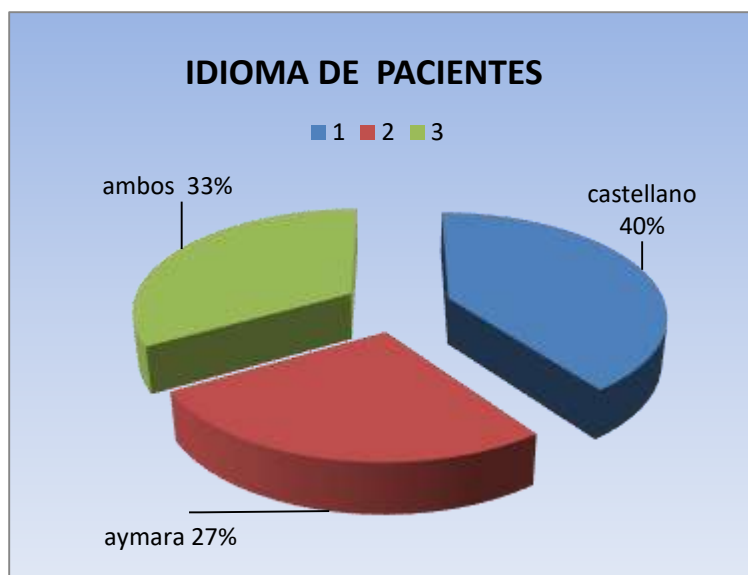
4.1.5. Idioma de Pacientes

CUADRO N° 5

IDIOMA PREDOMINANTE DE PACIENTES

IDIOMA	N° DE MUJERES	%
CASTELLANO	12	40
AYMARA	8	27
AMBOS	10	33
TOTAL	30	100

Fuente: elaboración propia, 2016



Esta variable ha sido incluida en la investigación con la intención de obtener diferenciales del conocimiento por los factores étnico-culturales, que se constituyen en significativos en la relación del paciente con el personal de salud.

De acuerdo a los datos obtenidos se puede señalar que la mayoría de las mujeres se comunican en ambos idiomas alcanzando al 40%, lo que demuestra la fuerte influencia de la cultura aymará, pese a estar en un centro urbano popular, las mujeres utilizan el lenguaje nativo por establecer una comunicación con su entorno familiar y con las personas que las rodean, según manifestación propia de una entrevistada la misma que decía lo siguiente:

El aymará es más fácil para mí, en mi casa con mis hijos y mi esposo siempre hablamos en nuestro idioma, pocas veces hablamos en castellano, en la calle no más hablo con mis amigas en castellano ya que pueden criticarme “(Faustina 38 años)

El 27% de las entrevistadas señalaron que su idioma es el castellano, lo cual en apariencia no constituiría un obstáculo para comunicarse con sus familiares y amistades, sin embargo es importante señalar que en algunos casos el castellano no es bien entendido por la familia ya que piensan que por razones de vergüenza rechazan su idioma nativo, aunque algunas personas presentan limitaciones al expresarse en castellano, como se entiende en la siguiente afirmación:

“No puedo hablar bien en aymará, pero si entiendo algunas cosas, mis papás no saben querer que hable cuando era pequeña en aymará, saben decirme que yo tengo que ser una señorita y que me iban a decir campesina si me iban a escuchar hablar en aymará y por eso no hablo bien en aymará y prefiero el castellano” (Verónica 26 años).

El 33% de las mujeres dieron a conocer que el idioma con el que se comunican es el aymará y castellano, estas personas en su generalidad son de procedencia rural, su idioma materno es el que predomina como medio de comunicación.

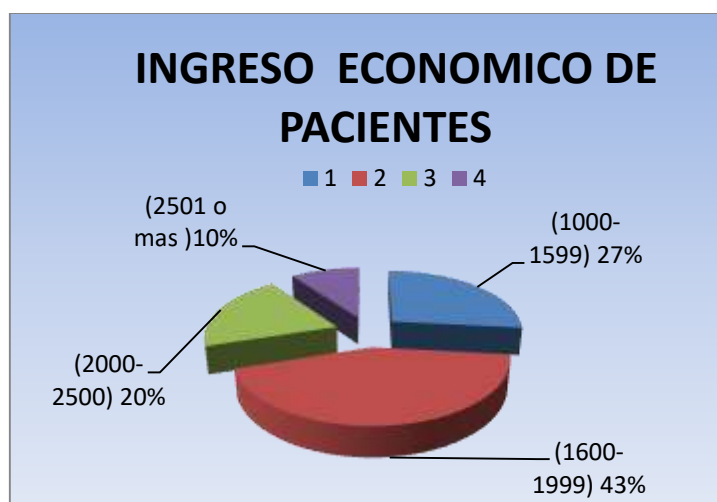
La comunicación es un hecho dinámico, al comunicarse uno puede afectar la percepción, sentimientos y actitudes de las pacientes; razón por la que el personal de salud debería tener conocimientos de las lenguas nativas, para brindar un mejor servicio a la población.

4.1.6. Ingreso Económico

CUADRO N ° 6
INGRESO ECONOMICO DE PACIENTES

INGRESOS EN Bs	NUMERO DE MIEMBROS	TOTAL
1000 – 1599	8	27%
1600 – 1999	13	43%
2000 – 2500	6	20%
2501 – mas	3	10%
TOTAL	30	100

Fuente: Elaboración propia, 2016



El cuadro N° 6 refleja el ámbito de ingresos; demuestra un grupo poblacional de escasos recursos económicos, ya que los límites en los cuales éstos se distribuyen, están por debajo de los requerimientos para cubrir las necesidades mínimas de subsistencia. Situación por la que deben priorizar los gastos de alimentación, vestido, limitando otros como el pago de transporte para acudir al servicio de salud.

La información obtenida permite afirmar que las familias de las mujeres participantes del estudio, al poseer bajos ingresos limitan también su acceso a otros requerimientos relacionados a su calidad de vida, como es la atención de su salud, los testimonios siguientes refrendan lo expresado:

“Tengo cinco hijos pequeños lo que gana mi esposo no me alcanza, tengo que ir yo a lavar ropa en las tardes, del que me pagan cuatro bolivianos por docena con eso me ayudo, mis hijos están en la escuela y me piden material escolar y a veces les hago faltar porque no hay para los pasajes” (Yola 38 años)...“yo sola no más mantengo a mis cuatro hijos, mi esposo me ha abandonado hace dos años, no me pasa pensiones porque dice que no está trabajando, yo vendo dulces y sopa de fideo en la puerta de mi casa ya que la escuelita de la zona está en la esquina y si no fuera eso no sé qué sería de mí y de mis wawas. A veces ayudo a pelar papas a una señora que tiene su pensión y me regala comida para mis hijos, yo voy a la feria 16 de julio a comprar ropa usadita para mis hijos, me traigo con un peso cada chompita con eso no más les tengo.”
(Sabina de 32 años).

“Mis hijos “mayorcitos” ya trabajan como voceadores, a diario traen 15 bolivianos y me dan para que yo guarde y se puedan comprar ropa, el menor ya no va al colegio y está trabajando todo el día como ayudante en una pensión, le pagan cincuenta bolivianos por semana y con eso me ayudo y también guardo para comprarle ropa a él y a mis otros hijos chiquititos; el papá de mis hijos se ha ido con otra mujer y nada sabemos de él, me ha dejado con cinco hijos y yo vendo comida en la parada del minibús 603 , a veces término y a veces no, tengo que estar todo el día hasta acabar, sino mi capital se perdería y no puedo hacer desaparecer mi plata ”
(Arminda de 41 años).

“Como no hay trabajo para nadie tengo que emplear a mi hijo al taller para que pueda trabajarse y ayudarnos, porque yo lavando ropa no puedo alcanzar a comprar nada, las cosas suben una pena, antes podía comprar pancito ahora ya no, tostadito les doy en el desayuno y pito me traigo para darles tecito, mi hijito se gana para pagar luz”.
(Paulina de 32 años).

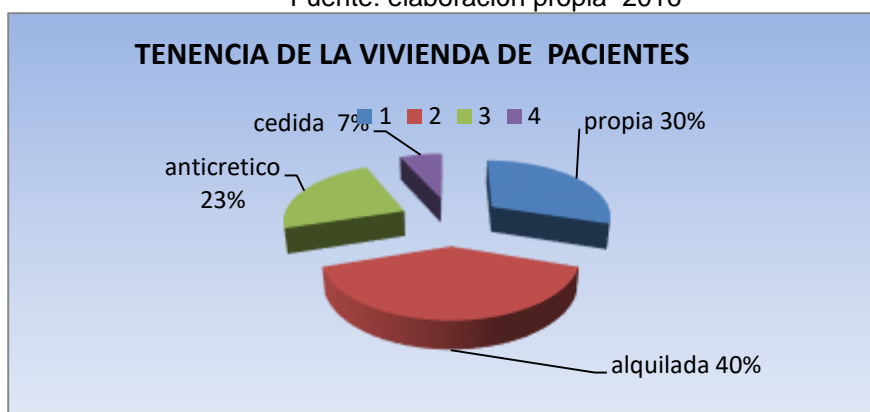
4.1.7. Tenencia de Vivienda

CUADRO N° 7

TENENCIA DE VIVIENDA DE PACIENTES

TENENCIA DE VIVIENDA	Nº PACIENTES	TOTAL
PROPIA	9	30
ALQUILADA	12	40
ANTICRÉTICO	7	23
CEDIDA	2	7
TOTAL	30	100 %

Fuente: elaboración propia 2016



Como se puede apreciar en el cuadro un 7% de las mujeres participantes del estudio viven en casas cedidas con características de precariedad, en tanto la mayoría de las casas no cuentan con los servicios básicos necesarios. Tal como lo señala una de las pacientes entrevistadas:

“Yo no tengo casa propia, vivo en una casa como cuidadora de casa, mi dueña de casa vive en la Ceja Villa Dolores y me he ido a rogar para que me preste un cuartito, ahí mismo me cocino, no tengo baño, ni agua, un vecino me pasa agua y le pago a fin de mes, luz tengo” (Brígida de 32 años.)

Un 40% de la población vive en habitaciones alquiladas en los diferentes barrios de la ciudad de El Alto, con índices de hacinamiento, tal como manifiesta una de las pacientes entrevistadas:

“Vivo en casa alquilada pago cincuenta bolivianos al mes, ocupo un cuarto y una pequeña cocina de calamina, es pequeño para nosotros, dormimos en las noches en el

suelo y al día siguiente lo recogemos, mis hijas ya están grandecitas y se salen a cambiarse al baño” (**Julia de 39 años**).

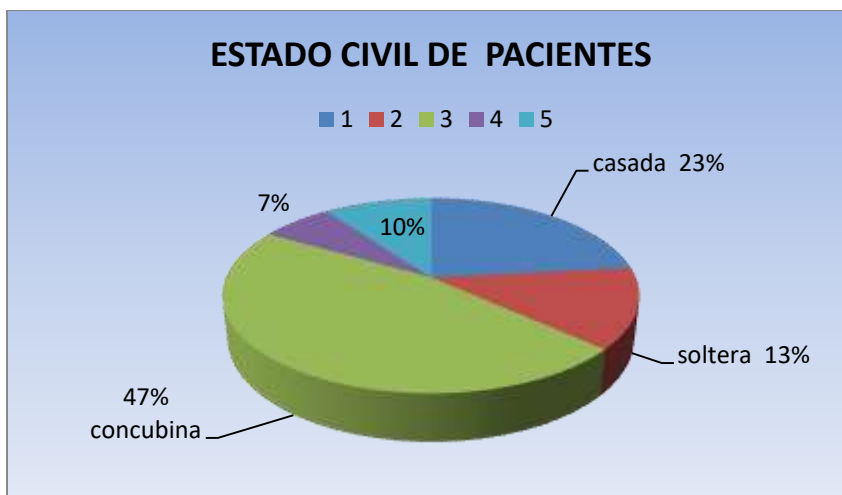
4.1.8. Estado Civil

CUADRO N° 8

ESTADO CIVIL DE PACIENTES

ESTADO CIVIL	Nº DE MUJERES	%
CASADA	7	23%
SOLTERA	4	13%
CONCUBINA	14	47%
VIUDA	2	7%
DIVORCIADA	3	10%
TOTAL	30	100

Fuente: Elaboración propia, 2016



Por la información recogida se puede señalar que el 47% son mujeres que viven en situación de concubinato, lo que demuestra que para algunas mujeres no es importante el tener un estado civil de casada y que más bien se ve que persiste para ellas la permanencia de sus costumbres ancestrales de sus comunidades originarias (Sirwiñaku), tiempo en el cuál la pareja se conoce de manera más profunda y fortalece

sus lazos familiares, según afirman las pacientes y lo dan a conocer en los siguientes términos:...

“todavía no me he casado con mi esposo, así nomás vivimos hace diez años, tenemos tres hijos y él no quiere casarse, dice que no hay plata, además estamos más que casados me dice cuando le digo, mis papás le han dicho que ya era hora de que se case conmigo, él se hace a los desentendidos.” (Francisca de 35 años)

El 23% señaló estar casada, lo que refleja que ellas asumieron una práctica cotidiana y formal para convivir en pareja, no obstante de tener influencias de su medio familiar y comunitario, tal como lo relatan:

“Mis papás no querían que viva así nomás, le han dicho a él casada le vas a sacar de mi casa le han dicho, por eso mis suegros han venido incluso a pedir la mano, ahora me echa en cara me dice tus padres pues me han obligado a que me case contigo así diciendo me dice cada rato, por eso a veces me pega a causa de eso no puedo salir y deje mi tratamiento como 3 meses.” (Fabiola de 29 años)

4.2. INFORMACIÓN OBTENIDA DE LOS TESTIMONIOS DE PACIENTES ACERCA DE LA TUBERCULOSIS

4.2.1. Percepción sobre la enfermedad

Los pacientes con antecedentes en abandono en el tratamiento de la tuberculosis, señalaron la percepción que tienen sobre la enfermedad de la tuberculosis, lo cual nos determinara el conocimiento sobre el tema de los involucrados pertenecientes al programa, los cuales algunos coincidieron en que la tuberculosis es una enfermedad, y otros mencionaron que es una enfermedad del pulmón, es así que veremos algunas expresiones de las pacientes respecto a esta pregunta:

“Es una enfermedad, contagiosa que debe tener cuidados especiales para no contagiar a los demás” (Carla 32 años)

“Es una infección en los pulmones que hace que escupa sangre, puede ser peligroso si no me curo” (Martha 40 años)

“Es como una tos que te hace doler todo el cuerpo” (Maria 29 años)

4.2.2. Motivos por los que abandonó el Tratamiento de Tuberculosis

En esta pregunta de la entrevista determinaremos los motivos principales por los cuales las pacientes abandonan su tratamiento, mismos que respondieron que abandonan por motivos económicos, ya que necesitan trabajar para sostener a sus familias, otros respondieron que no contaban con el apoyo de sus familias y otros que piensan que de a poco se sanaran. Así expresaron sus respuestas:

“Es que tengo que trabajar, como soy madre sola mis hijos me piden todos los días para su recreo, su pasajes, su material, entonces tengo que trabajar si nos quien me va a dar plata” (Mónica 31 años)

“Es que mi familia al saber que estoy enferma ya no quieren ni hablarme se han alejado de mi y yo me siento mal, a veces quisiera morirme de una vez así ya no me pueden mirar feo” (Sonia 27 años)

“Me duele a veces mi cuerpo, pero después se pasa, yo creo que con el tiempo de a poco me voy curar yo no estoy grave solo se que tengo que cumplir con los que me diga el doctor, ” (Maria 29 años)

4.2.3. Tiempo de abandono del tratamiento

En esta pregunta descubriremos, el tiempo de abandono que tienen las pacientes que se encuentran dentro del programa de tratamiento de tuberculosis, las cuales tienen distintos tiempos de abandono, algunas que incluso dejaron 2 veces el tratamiento, así expresan:

“Yo lo eh dejado como 1 mes, siempre quería regresar donde el doctor pero me daba miedo por ahí me riñe” (Susana 40 años)

“Yo lo deje dos veces, me olvidaba de tomar el medicamento después no más se recordarme, en la segunda vez que lo deje creo que los medicamentos que me daba el doctor ya no me hacía nada más bien sentía que me hacía doler peor” (Teodora 51 años)

4.2.4. Consecuencias del abandono del tratamiento

Descubriremos cuales son las consecuencias que sienten las pacientes al abandonar el tratamiento, en su mayoría respondieron que les causaba un mal estar en general.

“Me sentía mal, pensé que ya me iba a descansar me dolía todo el cuerpo, la cabeza, y la tos que no me dejaba ni siquiera dormir” (Martha 42 años)

“Es feo todo te duele, pareciera que al tomar el medicamento te hace doler peor, al menos el dolor de la cabeza es insoportable, en la cama no más estaba botada” (Paulina 50 años)

4.3. Proceso de intervención del trabajo social en el seguimiento a los casos de abandono de tratamiento de tuberculosis

Fase previa de coordinación intra-institucional para abordar el problema de abandono de tratamiento antituberculoso

En el marco del trabajo en equipo en el que se desenvuelve el personal que se desempeña en el Centro de Salud Rosas Pampa, se logró conocer que dentro de los temas que se tratan en los diferentes momentos de evaluación y planificación de acciones referidas a la atención, se consideraron las estrategias más efectivas para lograr recuperar a pacientes que abandonaron su tratamiento ambulatorio. De este evento participaron el personal médico conformado por los profesionales efectivos como los médicos residentes, asimismo la jefatura de Enfermería, las auxiliares de Enfermería, las pasantes de Nutrición y la Trabajadora Social. Allí se expuso el problema de los abandonos, verificándose las referencias de domicilio y actividad ocupacional registradas en los documentos institucionales.

Las estrategias asumidas fueron:

- Una referida a la prevención de futuros abandonos sin posibilidades de convocarlos a la reiniciación del tratamiento
- Acciones para ubicar los domicilios y sitios de actividad laboral con registro en los documentos institucionales y referencias personales de profesionales que atendieron a las personas y que se encontraban entre las pacientes que desertaron.

Los procedimientos implementados con intervención de Trabajo Social son las siguientes:

a. Para la prevención de abandonos

Todo caso con diagnóstico de tuberculosis es referido a Trabajo Social para una entrevista de sensibilización de la importancia de la disciplina en el tratamiento que comprenda una sesión educativa de tipo interactivo acerca del significado de la participación del paciente y su familia en los resultados deseables de su tratamiento.

b. Para recuperar pacientes que abandonaron su tratamiento

Se efectúa un rastreo de referencias tanto escritas como documentales de tipo relacional que permitieran ubicar al paciente de su familia información sobre actividad laboral, zona de residencia, y otros. Una vez ubicado el domicilio se efectúa sesiones educativas interactivas en el domicilio, sin descontar la citación a eventos informativo/ educativos a realizarse en el establecimiento de salud, programados por el personal de enfermería y Trabajo Social.

4.3.1. Actividades de prevención de abandono

A partir de la actividad de programación Trabajo Social dispone material para estas acciones. Entre ellos material educativo interpersonal (láminas, cartillas, y otros) y la disponibilidad de fichas sociales impresas.

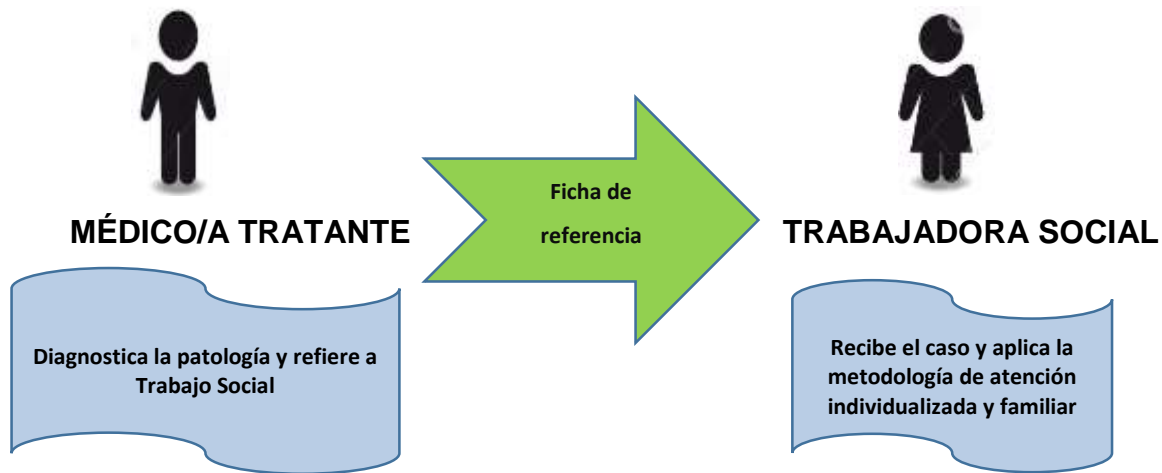
El siguiente constituye el proceso de atención a la paciente con diagnóstico verificado de tuberculosis:

a. Ingreso a la atención de Trabajo Social

Los resultados de laboratorios de los/as pacientes constituyen la base para que sean atendidos por el médico. En función a la metodología acordada el/la médico/a refiere a la paciente a Trabajo social a través de una boleta que es una ficha de referencia Una vez que ingresa el/la paciente y/o un miembro de la familia¹, la profesional sigue un proceso técnico de intervención que comprende:

Referencia de la paciente a Trabajo Social por parte del médico tratante:

¹ En caso de que el/la paciente sea menor de edad.



Fuente: elaboración propia basada en la revisión documental. 2017.

b. Recepción del caso

La recepción del caso comprendió:

- **Acogida cálida y respetuosa**

El primer acercamiento entre el paciente y /la Trabajadora Social, marca una referencia acerca de la relación interpersonal entre ambos, aspecto este que constituye una importante base en la que se asentará la confianza en la futura actividad profesional, así como el compromiso que adoptará frente a su participación en la resolución de su situación considerada problema. La Trabajadora Social mencionó que este aspecto fue de mucha importancia

- **Registro de la paciente en la Ficha Social**

La ficha de Trabajo Social es el instrumento técnico que permite conocer, en una primera instancia las características personales que identifican a la persona y la situación que afecta a ella y su familia, y por la que se encuentra frente a la profesional. La previsión que se adopta en este momento es la escuchar con toda atención para evitar repetir una pregunta, dominar cualquier expresión de asombro o de incredulidad y registrar los datos conforme se va produciendo la información.

Las referencias que el/la paciente realiza acerca de su situación permiten captar la situación socioeconómica y cultural de la familia. Tomando en cuenta que la tuberculosis difunde consecuencias entre los integrantes del hogar se pudo comprobar que Trabajo Social consideró importante explicar que el acompañamiento de todos sus integrantes

coadyuvan al restablecimiento del/la paciente y contribuye a prever cualquier riesgo que amenaza a los contactos.

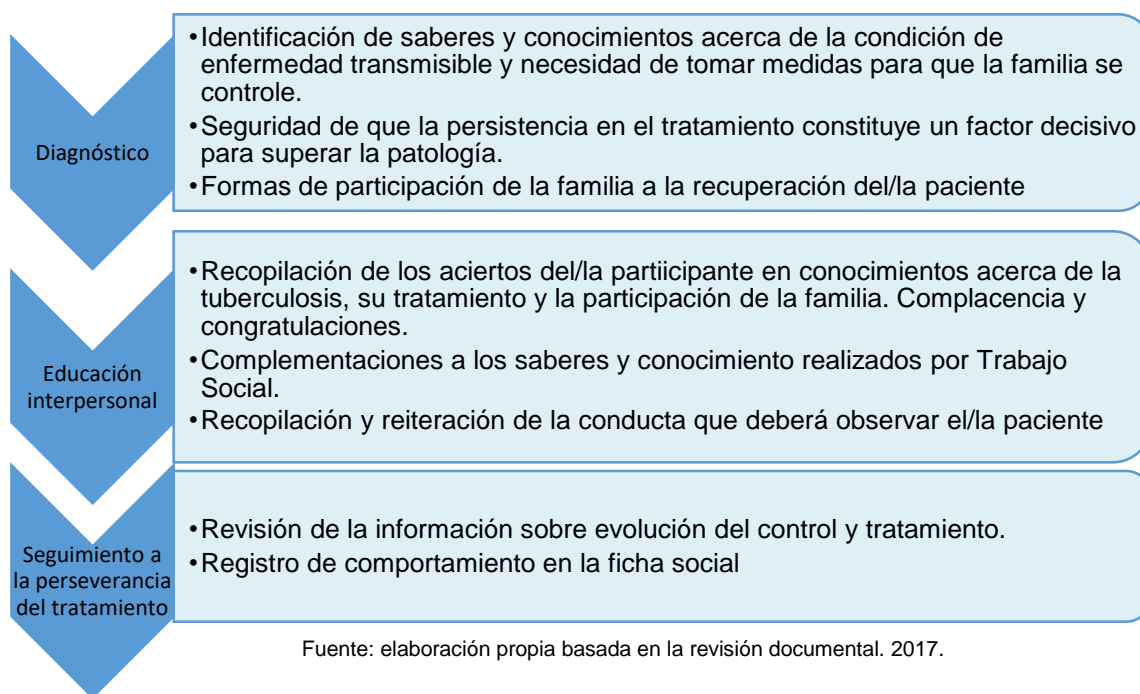
- **Elaboración de un croquis de localización de la vivienda**

La Trabajadora Social explica que para cualquier eventualidad relacionada con el tratamiento de la paciente es necesario contar con un croquis de ubicación de la vivienda, ello permitirá que el personal de salud visite el domicilio para optimizar los resultados del tratamiento.

- **Sesión informativa/ educativa sobre la importancia del tratamiento y posibles obstáculos existentes para dar continuidad al tratamiento**

A partir de la información que la paciente proporcionó a la Trabajadora Social, ésta desarrolló una sesión informativa/ educativa acerca de los cuidados básicos a observarse como el cumplimiento del tratamiento, el acondicionamiento de los recursos habitacionales y las posibilidades de observar las recomendaciones dietéticas, considerando elementos de presupuesto y de características culturales. Los contenidos son sencillos y concretos conducentes a lograr una conducta responsable.

El proceso orientado a recuperación de pacientes es el siguiente:



Fuente: elaboración propia basada en la revisión documental. 2017.

A través de preguntas sobre lo que hasta el momento le han informado, se va contrastando su saber con el conocimiento comprobado hasta el momento sobre la tuberculosis. A cada aseveración compatible con los que se sabe sobre la patología, la Trabajadora Social asiente y amplía dicha aseveración, utilizando material educativo gráfico especialmente preparado para este efecto.

Si existe contradicción entre los que conoce la paciente y la normativa nacional, se abre un debate en el que se va preguntando si conoce situaciones similares en otras personas. Sin rebatir directamente lo que afirma la paciente, se explica lo que se afirma en el Centro de Salud y que es conocido por todo el personal.

Dadas las características del país y el origen indígena de determinados segmentos de la población que asiste al servicio, se toma en cuenta el arraigo de las concepciones mágico religiosas acerca del origen de las enfermedades, sobre todo de las mortales.

En la Identificación de formas de curación de la enfermedad es donde se encuentran las mayores diferencias entre lo que postula ciencia biomédica y la conducta con la están familiarizados las pacientes de origen indígena. Existen prácticas de formas de auto-curación y/o recomendadas por terapeutas de la medicina tradicional, que no significan peligro para la salud y que pueden acompañar el tratamiento recomendado por la normativa nacional. Por ejemplo los masajes externos sobre la vestimenta con trozos pequeños de piedras blancas y que las arrojan después sobre el techo de la vivienda, simulando que el mal abandonó el cuerpo y que se fueron con el amanecer.

Aquí se debe remarcar la posibilidad de contagio a la familia si no se sigue el tratamiento recomendado por el servicio. La consecuencia para la familia y/o personas de su entorno, generalmente apoyan la decisión de seguir el control y tratamiento recomendados por el servicio.

4.3.2. Actividades de Recuperación de Tratamientos en Abandono

La revisión de los documentos de Trabajo Social permitió establecer que, de las pacientes atendidas durante la gestión investigada, se identificaron 30 situaciones de

deserción de tratamiento. Revisados los registros de tratamiento Trabajo Social pudo verificar que de ese total 18 habían retornado con intermitencias en su tratamiento. Quedaban 12 casos que habían dejado el tratamiento y que no habían retornado como en los casos mencionados anteriormente.

Ante esta situación Trabajo Social definió que los 12 casos restantes fueran objeto de la segunda modalidad de trabajo definidas en equipo, o sea la recuperación de pacientes que abandonaron su tratamiento.

Verificados los casos de pacientes que abandonaron tratamiento antituberculoso, Trabajo Social preparó su plan de trabajo. Revisada la documentación pertinente se estableció que abarcó lo siguiente:

4.3.3. Rastreo de Información Acerca de la Paciente y/o su Familia en Diferentes Unidades de Atención del Establecimiento

A fin de localizar a la paciente y/o a algún familiar suyo la Trabajadora Social realizó entrevistas con responsables de las diferentes unidades operativas del centro de salud para identificar alguna información que permitiera localizar al/la paciente y/o su domicilio. La exploración efectuada permitió localizar el domicilio de un paciente (Adquisición de medicamento en farmacia) y de un familiar de otro caso de abandono (Vendedora).

4.3.4. Revisión de la Información Registrada en la Sala Situacional del Centro de Salud para Lograr Referencias de los Domicilios de Pacientes

A través de la revisión del croquis que la Sala Situacional del Centro de Salud tiene elaborado, la Trabajadora Social logró identificar los lugares donde se ubicaban los domicilios de los casos que se trataban de localizar. Según la información levantada. Con estos datos la profesional elaboró un cronograma de visitas domiciliaria para localizar a los pacientes requeridos de entrevista.

4.3.5. Visitas domiciliarias a las pacientes que abandonaron tratamiento

La Trabajadora Social, efectuó un cronograma de visitas domiciliarias a las pacientes que abandonaron el tratamiento. Las pasantes universitarias de la Carrera de Nutrición se incorporaron a esta actividad. Los elementos que corresponden a la nutrición son importantes para la recuperación del paciente. Por esta razón, de acuerdo a los documentos revisados, el sub-equipo que conformaron en conjunto se planificó el contenido de la visita domiciliaria, tomando como base el esquema de contenido de la sesión efectuada por Trabajo Social en la actividad de prevención.

La pasante universitaria de Nutrición tomó como base de su participación cartillas que han elaborado en su disciplina para actividades de este tipo con la comunidad.

- . Domicilios ubicados con actividad educativa en la familia
- . Domicilios ubicados sin actividad educativa
- . Domicilios ubicados sin actividad educativa por cambio de domicilio y/o viaje

Fuente: extracto del informe presentado por trabajo social. Documento institucional. 2017.

La actividad educativa realizada requirió, en dos de los casos, la realización de dos visitas domiciliarias a petición de la familia, a fin de que participaran paciente y cónyuge.

En los cinco domicilios que figuran sin actividad educativa se explican por el régimen de actividad cotidiana de la familia que no permanecía mucho tiempo en la vivienda y por consiguiente con dificultades en el reporte también se hace referencia a los casos que abandonaron por cambio de domicilio y en otros casos por viaje.

4.4. Pacientes que retomaron el Tratamiento

- 18 pacientes retomaron el tratamiento (60%)
- 12 pacientes no retomaron (40%)

Para el segundo grupo de pacientes que no retomaron el tratamiento, se planifico un programa de segunda modalidad de trabajo el cual será asistido por todo el personal de salud.

4.4.1. Reflexiones en Torno a la Actividad Realizada

De acuerdo a la revisión documental se identificaron dos informes del trabajo realizado por el equipo de salud conformado para fortalecer las acciones de tratamiento a pacientes con tuberculosis. En ellos se da cuenta de los casos que fueron atendidos con las acciones de prevención y de recuperación. No se refieren a éste como un momento de evaluación sino de reflexión sobre la actividad emprendida.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Resaltar la labor de trabajo social en el seguimiento de pacientes del programa de TB
- LA INTERVENCION DE TRABAJO SOCIAL fue altamente efectiva ya que se reinsertó a tratamiento al 60 % de pacientes, La edad oscila entre 20 a 50 años, el nivel de escolaridad es bajo 67% entre educación primaria y sin instrucción, un 63 % procede del área rural, solo el 30 % tiene vivienda propia, 47 % vive en concubinato.
- Los motivos que influyen en el abandono del tratamiento antituberculoso, Falta de información, Falta de importancia a la enfermedad, Bajo Ingreso económico, Falta de apoyo de la familia, Idioma predominante del paciente
- La intervención del Trabajo Social consignara como elementos importantes la inclusión de una sesión informativa/ educativa sobre la patología, desarrollando una metodología de seguimiento y recuperación de pacientes a través de la entrevista y la visita domiciliaria.

5.2. RECOMENDACIONES

- Las autoridades de salud promuevan nuevos Ítems Trabajo Social para contribuir de manera más efectiva a las intervenciones dentro del equipo de salud.
- Que las y los Trabajadores Sociales en el marco de sus conocimientos elaboren materiales educativos acordes a características de la población, para favorecer los procesos de sensibilización.
- Impulsar la transversalización de la Educación en salud en las currículas académicas

BIBLIOGRAFÍA

1. Achaca Raquel (2008) *Significado de ser enfermo de tuberculosis pulmonar para los adolescentes que acuden a la Micro Red "El Agustino"*: agosto-diciembre, 2008. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
2. Carrera de Trabajo Social. (2015). *Plan de Estudios 2005 – 2009*. La Paz, Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés.
3. De la Cruz, Ana Margarita. (2004). *Tuberculosis y afectividad*. Cuba: Instituto de Medicina Tropical “Pedro Kourí”; Revista Cubana de Medicina Tropical.
4. Estado Plurinacional de Bolivia (2009). *Plan Sectorial de Desarrollo 2010 – 2020. Hacia la salud universal*; La Paz, Bolivia.
5. Hernández Gina Katherine, Mosquera, Yasira, Vélez Claudia Patricia, y Montes Zuluaga Fernando. (2015). *Factores asociados al desarrollo de tuberculosis en contactos domiciliarios de pacientes con tuberculosis*, Medellín Colombia: Revista CES Salud Pública. Vol. 8, N° 1 (2017)
6. Instituto Nacional de Salud. (2016). *Vigilancia y análisis del riesgo en salud pública. Protocolo de vigilancia en salud pública tuberculosis*. Colombia.
7. Junta de Andalucía. (2001). *Más allá de las palabras. Proyecto para la educación en valores*. Andalucía España: Consejería de Educación y Ciencia.
8. Ministerio de Salud y Deportes. (2010). La Paz Bolivia: Unidad de Promoción de la Salud; *“Educar y movilizar”*. Documento inédito; 2010.
9. Ministerio de Salud del Perú. (2016). *Análisis de la situación epidemiológica de la tuberculosis en el Perú, 2015*. Perú: Dirección General de Epidemiología, 2016.
10. Ponte Mittelbrunn Carlos; (2008). *Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente*. España: Asociación para la defensa de la Sanidad Pública de Asturias.
11. OMS. (2015). *Tuberculosis. Nota Descriptiva 10*. Naciones Unidas: Organización Mundial de la Salud.

12. OMS (2016) *¿Qué es la tuberculosis y cómo se trata?* Naciones Unidas: Organización Mundial de la Salud.
13. OMS. (2016). *Tuberculosis multiresistente* Naciones Unidas: Organización Mundial de la Salud.
14. OMS. (2017). *Informe Mundial sobre Tuberculosis*. Naciones Unidas. Organización Mundial de la Salud.
15. OMS. (2018). *Tuberculosis*. Naciones Unidas: Organización Mundial de la Salud.
16. Pérez Ariel. (2010) *“Educación para la vida”*; *Guía para el personal de salud*. La Paz, Bolivia; Unidad de Promoción de la Salud; Ministerio de Salud y Deportes.
17. Rodríguez Tamayo Roxana y Vega Almeida Rosa Lidia (2017)). *Tuberculosis: un problema de salud en expansión*. Perú: Reporte técnico de vigilancia.
18. Salas Patricia y Chamizo Horacio. (2002). *Determinantes sociales de la adherencia al tratamiento de la tuberculosis: una discusión desde la perspectiva heurística del riesgo*. Costa Rica: Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social. Vol.10 n. 1. San José.
19. Sánchez García María del Carmen. (2010) *Trabajo Social: una nueva construcción social*. La Paz, Bolivia.
20. SEDES La Paz (2016). *Programa de control de la tuberculosis*. La paz, Bolivia: Servicio Departamental de Salud La Paz.
21. Sterling Cristian (2016) *Justificación de un proyecto de investigación*. Colombia.
22. Manual de normas técnicas en tuberculosis 2017 – Min. de Salud - MANUAL DENORMAS TÉCNICAS EN TUBERCULOSIS, Serie: Documentos Técnico Normativos La Paz-Bolivia 2017.

ANEXOS

N°	NOMINA	SEXO		EDAD	ESTADO CIVIL	GRADO DE INSTRUCCIÓN	OCUPACIÓN	PROCEDENCIA	CUMPLE TRATAMIENTO		TIEMPO DE ABANDONO DE TRATAMIENTO
		MUJERES	VARONES						SI	NO	
1	Paciente 1	X		21	SOLTERA	EDUCACION SUP.	PROFESIONAL	URBANO		X	8 semanas
2	Paciente 2		X	45	CONCUBINO	NIVEL TECNICO	MENSAJERO	RURAL	X		0
3	Paciente 3		X	35	CONCUBINO	SECUNDARIA	COMERCIANTE	URBANO	X		0
4	Paciente 4		X	48	CASADO	PRIMARIA	AGRICULTOR	RURAL	X		0
5	Paciente 5	X		25	SOLTERA	EDUCACION SUP.	PROFESIONAL	URBANO		X	5 días
6	Paciente 6	X		33	CONCUBINA	SECUNDARIA	COMERCIANTE	URBANO		X	2 semanas
7	Paciente 7		X	39	SOLTERO	SECUNDARIA	COMERCIANTE	URBANO	X		0
8	Paciente 8		X	42	CASADO	PRIMARIA	AYUDANTE DE TALLER	RURAL	X		0
9	Paciente 9	X		41	CONCUBINA	S/ INSTRUCCION	ARTESANA	RURAL		X	3 semanas
10	Paciente 10	X		38	CONCUBINA	PRIMARIA	COMERCIANTE	RURAL		X	4 semanas
11	Paciente 11	X		50	CASADA	S/ INSTRUCCION	EMPLEADA DOM.	RURAL		X	4 semanas
12	Paciente 12	X		49	CASADA	PRIMARIA	COMERCIANTE	RURAL		X	2 semanas
13	Paciente 13		X	51	CASADO	SECUNDARIA	PANADERO	RURAL	X		0
14	Paciente 14	X		28	SOLTERA	SECUNDARIA	COMERCIANTE	URBANO		X	5 semanas
15	Paciente 15	X		48	CONCUBINA	S/ INSTRUCCION	LAB. DE CASA	RURAL		X	2 semanas
16	Paciente 16		X	52	CASADO	NIVEL TECNICO	AUX. CONTABLE	URBANO	X		0
17	Paciente 17	X		24	SOLTERA	EDUCACION SUP	PROFESIONAL	URBANO		X	1 semana
18	Paciente 18	X		42	CASADA	PRIMARIA	EMPLEADA DOM.	RURAL		X	7 semanas

19	Paciente 19	X		33	CONCUBINA	SECUNDARIA	LAB. DE CASA	URBANO		X	4 semanas
20	Paciente 20	X		44	CASADA	PRIMARIA	COMERCIANTE	RURAL		X	1 semana
21	Paciente 21		X	48	SOLTERO	NIVEL TECNICO	CONSULTOR	URBANO	X		0
22	Paciente 22		X	36	SOLTERO	ESTUDIANTE	BOCEADOR	URBANO	X		0
23	Paciente 23	X		24	CONCUBINA	SECUNDARIA	LAB. DE CASA	URBANO		X	6 semanas
24	Paciente 24	X		49	CASADA	PRIMARIA	ARTESANA	RURAL		X	4 semanas
25	Paciente 25		X	44	CONCUBINO	SECUNDARIA	MECANICO	URBANO	X		0
26	Paciente 26	X		22	CONCUBINA	PRIMARIA	LAB. DE CASA	URBANO		X	2 semanas
27	Paciente 27	X		47	CONCUBINA	PRIMARIA	LAB. DE CASA	RURAL		X	2 semanas
28	Paciente 28	X		42	CONCUBINA	PRIMARIA	ARTESANA	RURAL		X	5 semanas
29	Paciente 29	X		34	CONCUBINA	SECUNDARIA	EMPLEADA DOM.	RURAL		X	1 semana
30	Paciente 30	X		41	VIUDA	PRIMARIA	EMPLEADA DOM.	RURAL		X	4 días
31	Paciente 31		X	47	CONCUBINO	SECUNDARIA	PORTERO	URBANO	X		0
32	Paciente 32	X		29	CONCUBINA	PRIMARIA	LAB. DE CASA	URBANO		X	3 días
33	Paciente 33	X		58	CASADA	S/ INSTRUCCION	LAB. DE CASA	RURAL		X	5 días
34	Paciente 34	X		55	VIUDA	S/ INSTRUCCION	COMERCIANTE	RURAL		X	1 semana
35	Paciente 35	X		51	DIVORCIADA	S/ INSTRUCCION	ARTESANA	RURAL		X	1 semana
36	Paciente 36	X		38	DIVORCIADA	PRIMARIA	EMPLEADA DOM.	RURAL		X	2 semanas
37	Paciente 37		X	29	SOLTERO	ESTUDIANTE	CONSTULTOR	URBANO	X		0
38	Paciente 38	X		32	CONCUBINA	PRIMARIA	LAB. DE CASA	URBANO		X	5 semanas
39	Paciente 39	X		26	CONCUBINA	NIVEL SUP.	PROFESIONAL	RURAL		X	4 días

40	Paciente 40	X		24	CONCUBINA	SECUNDARIA	LAB. DE CASA	URBANO		X	1 semana
41	Paciente 41	X		60	CASADA	S/ INSTRUCCION	LAB. DE CASA	RURAL		X	3 días
42	Paciente 42	X		55	DIVORCIADA	S/ INSTRUCCION	EMPLEADA DOM.	RURAL		X	2 semana
	TOTAL										
		30	12								
			42						12	30	

GUIA DE ENTREVISTA

La entrevista tiene el objetivo de obtener los datos cuali –cuantitativos inherentes al objeto de estudio para describir y analizar el problema abordado.

I. DATOS GENERALES

1. Nombre:.....
 2. Edad:.....
 3. Estado civil.....
 4. Grado de instrucción:.....
 5. Número de integrantes de familia:.....
 6. La vivienda que ocupa es:
 - a) Propia
 - b) Anticrético
 - c) Alquiler
 - d) Cedida
- Croquis.



II. DATOS ECONOMICOS

1. Ocupación.....
2. Monto de ingreso económico.....
3. El ingreso que percibe es:
 - a) Mensual
 - b) Quincenal
 - c) Semanal
 - d) Diario

III. PREGUNTAS ABIERTAS

1. ¿Sabe que es la Tuberculosis?

R:.....
.....
.....
.....

2. ¿Por qué abandono el Tratamiento de Tuberculosis?

R:.....
.....
.....
.....

3. ¿Cuánto tiempo abandono el tratamiento?

R:.....
.....
.....
.....

4. ¿sabe cuáles son las consecuencias del abandono del tratamiento?

R:.....
.....
.....
.....

NOMBRE Y FIRMA DE TRABAJO SOCIAL

FECHA.....

FICHA DE VISITA DOMICILIARIA

I. DATOS GENERALES

Nombre del paciente:.....

Edad.....

Domicilio:.....

Problemática:.....

II. REFERENCIA DEL CASO

III. GRUPO FAMILIAR

Nombre y Apellido	Parentesco	Edad	Grado de instrucción	Ocupación

IV. SITUACION ACTUAL

V. DIAGNOSTICO SOCIAL

VI. CONCLUSIONES Y/O SUGERENCIAS

NOMBRE Y FIRMA DE TRABAJO SOCIAL

FECHA.....

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
FACULTAD DE CIENCIA SOCIALES
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL

FICHA SOCIAL

I. DATOS GENERALES

Nombre y apellidos del paciente:.....

Lugar de Nacimiento: Departamento.....Provincia:.....

Estado Civil:.....Grado de Instrucción:.....

Fecha de ingreso a la institución:.....

Referido por:.....

Fecha de ingreso a Trabajo Social:.....

Referido por:.....

Médico Responsable:.....

II. GRUPO FAMILIAR

NOMBRE	RELACION	EDAD	EST. CIVIL	GRADO DE INSTRUCCION	OCUPACION	LUGAR DE TRABAJO	INGRESOS	OBSERVACIONES

III. DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE

Nombres y Apellidos.....C.I:.....

Dirección:.....teléfono.....

IV. DATOS SOCIO – ECONOMICOS

	Propia	Anticrético	Alquiler	Cedido
Nº de habitaciones				
Nº de personas				
TOTAL				

Servicios Básicos

Luz Agua Alcantarillado Tel. fijo Cel. Gas. Dom.

Ingreso Económico:

Total ingreso del paciente:.....

Total ingreso de la familia:.....

Total ingresos:.....

EGRESOS

Alimentación	
Vivienda	
Transporte	
Combustible	
Educación	
Energía eléctrica	
Agua	
Teléfono	
Artículos de aseo y limpieza	
Ropa	
otros	
TOTAL EGRESOS	

V. OBSERVACIONES

.....
.....
.....
.....

VI. DIAGNOSTICO SOCIAL

.....
.....
.....
.....

VII. RESUMEN DE CASO

.....
.....
.....
.....

VIII. ACCIONES DE SEGUIMIENTO

.....
.....
.....
.....

IX. OTRAS ACCIONES (coordinación intra y extra institucional, visita domiciliaria, orientación, consejería, educación individual, reuniones con familias y otros)

.....
.....
.....

X. CONCEPTO SOCIAL

.....
.....
.....

NOMBRE Y FIRMA DE TRABAJO SOCIAL

FECHA.....