



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA**



**PROPUESTA DE UN PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE EL
TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO COMO MEDIDA
TERAPEUTICA COMUNITARIA DIRIGIDO A USUARIOS
QUE LLEVAN CONTROL POR TUBERCULOSIS PULMONAR,
EN EL SERVICIO DE NEUMOTISIOLOGÍA DE OCUMARE
DEL TUY, UBICADO EN LOS VALLES DEL TUY,
ESTADO BOLIVARIANO DEMIRANDA, PRIMER TRIMESTRE 2012**

Trabajo Especial de Grado presentado como requisito parcial para optar
al título de Licenciada en Enfermería

Autora:
T.S.U. Adriana Terán
C.I. V-6.930.286
Tutora
Prof.: Ricarda Montaña

CARACAS, 2012

**PROPUESTA DE UN PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE EL
TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO COMO MEDIDA
TERAPEUTICA COMUNITARIA DIRIGIDO A USUARIOS
QUE LLEVAN CONTROL POR TUBERCULOSIS PULMONAR,
EN EL SERVICIO DE NEUMOTISIOLOGÍA DE OCUMARE
DEL TUY, UBICADO EN LOS VALLES DEL TUY,
ESTADO BOLIVARIANO DEMIRANDA, PRIMER TRIMESTRE 2012**

APROBACION DEL TUTOR

En mi carácter de tutor del Trabajo Especial de Grado, titulado **PROPUESTA DE UN PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE EL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO COMO MEDIDA TERAPEUTICA COMUNITARIA DIRIGIDO A USUARIOS QUE LLEVAN CONTROL POR TUBERCULOSIS PULMONAR, EN EL SERVICIO DE NEUMOTISIOLOGÍA DE OCUMARE DEL TUY, UBICADO EN LOS VALLES DEL TUY, ESTADO BOLIVARIANO DEMIRANDA, PRIMER TRIMESTRE 2012**, presentado por, **T.S.U. Adriana Terán, C.I. 6.930.286** Para optar al título de Licenciada en Enfermería, considero que dicho trabajo reúne los requisitos para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En Caracas a los _____ días del mes de _____ de 2012.

Prof. Ricarda Montaña

C.I.: _____

CONTENIDO

| | |
|--|-------------|
| LISTA DE CUADROS | vi |
| LISTA DE GRÁFICOS | vii |
| RESUMEN | viii |
| INTRODUCCIÓN | |
| CAPÍTULO I | |
| EL PROBLEMA..... | 3 |
| Planteamiento del Problema | 3 |
| Objetivos de la Investigación..... | 7 |
| Justificación de la Investigación | 8 |
| CAPÍTULO II | |
| MARCO TEÓRICO | 10 |
| Antecedentes de la Investigación | 10 |
| Bases Teóricas..... | 13 |
| Sistema de Variables | 51 |
| CAPITULO III | |
| MARCO METODOLOGICO | 53 |
| Diseño de la Investigación | 53 |
| Tipo de Investigación | 54 |
| Población y Muestra..... | 55 |
| Método de Recolección de datos | 56 |
| Validez y Confiabilidad | 56 |
| Pasos Utilizados para la Recolección de Datos | 58 |
| Técnica de Análisis de Recolección de Datos..... | 58 |
| CAPITULO IV | |
| PRESENTACION Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS | 59 |
| Análisis e Interpretación de los Resultados..... | 74 |
| CAPITULO V | |
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 75 |

| | |
|--------------------------------|-----------|
| Conclusiones..... | 75 |
| Recomendaciones..... | 76 |
| CAPÍTULO VI | |
| LA PROPUESTA..... | 77 |
| REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS..... | 88 |
| ANEXOS..... | 91 |

LISTA DE CUADROS

CUADRO

| | |
|---|----|
| 1Distribución de las respuestas aportadas por los usuarios sobre el subindicador de ocurrencia de la TBCP en la Consulta de Atención y Control de Tuberculosis del Servicio de Neumotisiología de Ocumare del Tuy, ubicado en Los Valles del Tuy, Estado Bolivariano de Miranda, Primer Trimestre 2012 | 60 |
| 2Distribución de las respuestas aportadas por los usuarios sobre el subindicador Situación de Riesgo en la Consulta de Atención y Control de Tuberculosis del Servicio de Neumotisiología de Ocumare del Tuy, ubicado en Los Valles del Tuy, Estado Bolivariano de Miranda, Primer Trimestre 2012..... | 62 |
| 3Distribución de las respuestas aportadas por los usuarios sobre el subindicador Alcance de la Pesquisa en la Consulta de Atención y Control de Tuberculosis del Servicio de Neumotisiología de Ocumare del Tuy, ubicado en Los Valles del Tuy, Estado Bolivariano de Miranda, Primer Trimestre 2012..... | 64 |
| 4Distribución de las respuestas aportadas por los usuarios sobre el subindicador Estudio Diagnóstico Comunitario en la Consulta de Atención y Control de Tuberculosis del Servicio de Neumotisiología de Ocumare del Tuy, ubicado en Los Valles del Tuy, Estado Bolivariano de Miranda, Primer Trimestre 2012..... | 66 |
| 5Distribución de las respuestas aportadas por los usuarios sobre el subindicador Efecto Originado por el abandono del tratamiento antituberculoso en la Consulta de Atención y Control de Tuberculosis del Servicio de Neumotisiología de Ocumare del Tuy, ubicado en Los Valles del Tuy, Estado Bolivariano de Miranda, Primer Trimestre 2012. | 69 |
| 6Distribución de las respuestas aportadas por los usuarios sobre el sub indicador organización en las tomas del tratamiento antituberculoso domiciliario en la Consulta de Atención y Control de Tuberculosis del Servicio de Neumotisiología de Ocumare del Tuy, ubicado en Los Vallesdel Tuy, Estado Bolivariano de Miranda, Primer Trimestre 2012..... | 72 |

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO

| | | |
|---|---|----|
| 1 | Distribución de las respuestas aportadas por los usuarios sobre el subindicador de ocurrencia de la TBCP en la Consulta de Atención y Control de Tuberculosis del Servicio de Neumotisiología de Ocumare del Tuy, ubicado en Los Valles del Tuy, Estado Bolivariano de Miranda, Primer Trimestre 2012 | 61 |
| 2 | Distribución de las respuestas aportadas por los usuarios sobre el subindicador Situación de Riesgo en la Consulta de Atención y Control de Tuberculosis del Servicio de Neumotisiología de Ocumare del Tuy, ubicado en Los Valles del Tuy, Estado Bolivariano de Miranda, Primer Trimestre 2012. | 63 |
| 3 | Distribución de las respuestas aportadas por los usuarios sobre el subindicador Alcance de la Pesquisa en la Consulta de Atención y Control de Tuberculosis del Servicio de Neumotisiología de Ocumare del Tuy, ubicado en Los Valles del Tuy, Estado Bolivariano de Miranda, Primer Trimestre 2012. | 65 |
| 4 | Distribución de las respuestas aportadas por los usuarios sobre el subindicador Estudio Diagnóstico Comunitario en la Consulta de Atención y Control de Tuberculosis del Servicio de Neumotisiología de Ocumare del Tuy, ubicado en Los Valles del Tuy, Estado Bolivariano de Miranda, Primer Trimestre 2012. | 68 |
| 5 | Distribución de las respuestas aportadas por los usuarios sobre el subindicador Efecto Originado por el abandono del tratamiento antituberculoso en la Consulta de Atención y Control de Tuberculosis del Servicio de Neumotisiología de Ocumare del Tuy, ubicado en Los Valles del Tuy, Estado Bolivariano de Miranda, Primer Trimestre 2012. | 71 |
| 6 | Distribución de las respuestas aportadas por los usuarios sobre el sub indicador organización en las tomas del tratamiento antituberculoso domiciliario en la Consulta de Atención y Control de Tuberculosis del Servicio de Neumotisiología de Ocumare del Tuy, ubicado en Los Vallesdel Tuy, Estado Bolivariano de Miranda, Primer Trimestre 2012. | 73 |

**PROPUESTA DE UN PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE EL
TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO COMO MEDIDA
TERAPEUTICA COMUNITARIA DIRIGIDO A USUARIOS
QUE LLEVAN CONTROL POR TUBERCULOSIS PULMONAR,
EN EL SERVICIO DE NEUMOTISIOLOGÍA DE OCUMARE
DEL TUY, UBICADO EN LOS VALLES DEL TUY,
ESTADO BOLIVARIANO DEMIRANDA, PRIMER TRIMESTRE 2012**

**Autora: Adriana Terán
Prof.: Ricarda Montaña
Julio; 2012**

RESUMEN

El objetivo de la investigación se estableció en función de hacer una propuesta de un programa educativo sobre el tratamiento antituberculoso como medida terapéutica comunitaria dirigido a pacientes/usuarios que llevan control en el servicio de Neumotisiología de Los Valles de Ocumare del Tuy Estado Miranda. La investigación es de tipo proyecto fiable el cual previamente amerito el reconocimiento de datos por medio del uso de un cuestionario tipo dicotómico conformado por (20) preguntas cuyas respuestas corresponden a dos alternativas o respuestas (correctas o incorrectas). Para recoger la información por medio de las respuestas registradas por los usuarios, ello requirió previamente la validación por juicio de expertos y la aplicación de una prueba piloto, con un resultado de (0,88), que determino su confiabilidad. De acuerdo a los resultados obtenidos de la investigación desarrollada en el servicio de Neumotisiología. Los Valles de Ocumare del Tuy, Estado Miranda, con los usuarios de control en la consulta de tuberculosis pulmonar se hace la propuesta en la búsqueda de un bien comunal al usuario, familia y comunidad.

INTRODUCCIÓN

La incorporación de actividades educativas como estrategias de asistencia sanitaria y comunitaria dentro de la vida cotidiana de los servicios de control y cumplimiento del tratamiento antituberculosos en ambulatorios, son vistas dentro de un marco operacional que busca delinear una alternativa que puede llevarse a cabo dentro de una práctica técnica y social, como herramienta estratégica y participativa de la propia persona como co facilitador dentro del proceso enseñanza aprendizaje.

En consecuencia, se realiza la investigación con los usuarios/pacientes de Control por Tuberculosis Pulmonar (TBCP) en el Servicio de Neumotisiología de Ocumare del Tuy, ubicado en Los Valles del Tuy, Estado Bolivariano de Miranda, a modo de reducir el abandono del tratamiento, la aplicación mecánica de no dar continuidad para el alcance de la efectividad de la asistencia sanitaria y evitar la ruptura médico asistencial entre las finalidades proclamadas y prácticas.

Para ello, se desarrolla la investigación conformada por 6 capítulos: En el Capítulo I, El Problema, describe el planteamiento del problema, los objetivos generales y específicos, así como la justificación.

Seguidamente, el Capítulo II, Marco Teórico, hace referencia a los antecedentes de la investigación, bases teóricas, así como el sistema de variables y su Operacionalización.

Asimismo, el Capítulo III, titulado Marco Metodológico presenta el tipo de investigación, diseño de la investigación, la población y muestra, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad del instrumento.

Por su parte, el Capítulo IV, muestra la presentación y análisis de los resultados.

Posteriormente, el Capítulo V, incluye las conclusiones y recomendaciones derivadas del estudio.

Y en el Capítulo VI, se presenta la propuesta que busca dar respuesta favorable al objeto en estudio.

Finalmente, las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

La tuberculosis pulmonar (TBCP), corresponde a una alteración del parénquima Alveolar como consecuencia de la invasión y proliferación de bacilos de Koch en el organismo. El grado de afección en el huésped se relaciona con la virulencia del agente y del sistema inmunológico de la persona. Garrido, Cordero Isabel (2007), señala a la TBCP, como una de las primeras causas de morbilidad que se estima a nivel mundial en los cuales para los años 2006 a 2008, ocurrieron “691.000.000 personas diagnosticados con TBCP y del total de estas cifras,3.200.000 fallecieron” (Pág.6). La misma referencia continúa señalando que, el agravante principal, es la frecuencia de cuidados específicos a favor del cumplimiento del tratamiento antituberculoso de control ambulatorio.

En lo referente a los países Latinoamericanos y del Caribe la Organización Mundial de la Salud (por sus siglas, OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (ítem; OPS) (2009), señalan una incidencia de

TBCP entre un 75% a 80% por cada cien mil habitantes con mayor proporción en áreas residenciales urbanas y rurales con marcada depresión socioeconómica (pobreza), en países como: Venezuela, Haití, Bolivia, entre otros.

En el caso específico se hará mención a Venezuela en donde según datos aportados por el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) (2008), “la TBCP en los últimos años aparece entre los indicadores de morbi – mortalidad de un 25 a 30% por cada mil habitantes y como fuente de infección hace presencia en los grupos sociales más deprimidos (bajo nivel educativo)” (Pág.6).

Siguiendo el orden de ideas, hay que mencionar las cifras aportadas por el Instituto de Medicina Tropical de la Universidad Central de Venezuela (UCV), (2009), que “indica el aumento de la incidencia en el país de TBCP, en los últimos siete años, de cuatro mil a siete mil contagiados, en la mayoría de los casos por abandono del tratamiento y de un cumplimiento inadecuado de la quimioprofilaxia” (Pág.2).

Visto así, la TBCP en Venezuela es una realidad que debe ser abordada con marcado interés hacia el aporte educativo y a favor del rompimiento de la cadena de sucesos que hacen posible el contagio de esta enfermedad sobre todo en regiones como el Estado Bolivariano de Miranda, específicamente en Los Valles del Tuy, geográficamente ubicada al sur del Estado Bolivariano de Miranda, con una característica poblacional urbano-rural, en muchos casos

con marcada pobreza, traducida por la carencia de un desarrollo habitacional que, ha traído la improvisación de viviendas, aunado al incremento de zonas de refugios (damnificados) provenientes de la Gran Caracas, hecho que refleja un evidente número de familias en condiciones de hacinamiento y de pobreza.

Dentro de este mapa social, la TBCP representa un riesgo constante ya que de acuerdo al Informe Epidemiológico del Distrito Sanitario # 2, Ocumare del Tuy, Estado Miranda (2011), presenta un control de “12 sintomáticos respiratorios identificados, 19 casos de quimioprofilaxia en mayores de 15 años, (3) contactos registrados, (3) casos primera consulta, que suman 27 casos nuevos de TBCP y 48 casos de control sucesivo y dos casos de mortalidad” (Pág.2). El informe continúa señalando que a pesar del esfuerzo en la búsqueda del paciente a domicilio, seguimiento de casos y otros intentos, generalmente éstos no son constantes en la toma del tratamiento, en algunos casos son pacientes que habitan en refugios (albergues) y representan un riesgo permanente de casos bacilíferos que permanecen como fuente de infección.

En consideración de que la TBCP fácilmente puede contagiarse de un ser humano a otro por inhalación del bacilo de Koch o puede afectar órganos y tejidos del organismo, tomando en cuenta lo altamente contagioso de la enfermedad en los casos bacilíferos, es necesario actuar directamente con pacientes, familia y comunidad a fin de que se le de gran utilidad por medio

del propio paciente a los actos informativos relacionados a la toma del tratamiento y al control médico asistencial como punto de apoyo en el rompimiento de la cadena epidemiológica que coadyuva al origen de la TBCP en los pobladores de Ocumare del Tuy, ubicado en Los Valles del Tuy, Estado Bolivariano de Miranda.

En función de ello, la autora se plantea las siguientes interrogantes de investigación: ¿Cómo el paciente de Control por Tuberculosis Pulmonar asume los aspectos epidemiológicos requeridos en el control de la Tuberculosis Pulmonar? ¿Cómo el paciente de Control por Tuberculosis Pulmonar asume la efectividad del tratamiento antituberculoso? ¿Qué recursos humanos y materiales, tiene el Servicio de Neumotisiología de Ocumare del Tuy, ubicado en los Valles del Tuy, Estado Bolivariano de Miranda, para la instalación de un programa educativo sobre el tratamiento y control antituberculoso como medida terapéutica comunitaria?

En respuesta a las interrogantes hechas se plantean el siguiente problema de investigación.

¿Es factible realizar una propuesta de un Programa Educativo sobre el Tratamiento Antituberculoso como medida terapéutica comunitaria dirigido a usuarios que llevan Control por Tuberculosis Pulmonar, en el Servicio de Neumotisiología de Ocumare del Tuy, ubicado en los Valles del Tuy, Estado Bolivariano de Miranda para el Primer Trimestre de 2012?

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Diseñar una Propuesta de un Programa Educativo sobre el Tratamiento Antituberculoso como Medida Terapéutica Comunitaria dirigido a Usuarios que llevan un Control por Tuberculosis Pulmonar (TBCP), en el servicio de Neumotisiología de Ocumare del Tuy, ubicado en los Valles del Tuy, Estado Bolivariano de Miranda para el Primer Trimestre 2012.

Objetivos Específicos

1. Identificar cómo el paciente de Control por Tuberculosis Pulmonar (TBCP) asume los aspectos epidemiológicos requeridos en el control de la tuberculosis pulmonar.
2. Identificar cómo el paciente de Control por Tuberculosis Pulmonar (TBCP) asume la efectividad del tratamiento antituberculoso
3. Identificar con qué recursos (humanos y materiales) cuenta el Servicio de Neumotisiología de los Valles del Tuy para la instalación de un programa educativo sobre el tratamiento y control antituberculoso como medida terapéutica comunitaria.

Justificación de la Investigación

La tuberculosis pulmonar (TBCP) es una enfermedad infecciosa que representa una de las patologías que cuenta con métodos eficaces (diagnóstico y tratamiento) normado a nivel mundial, teóricamente avanzando y puesto al servicio de la humanidad para actuar en todos los niveles sociales en la prevención y control de la misma. Sin embargo; en el contexto práctico, quizás la inadecuada aplicación del método curativo parece ser una de las causas por la que esta enfermedad permanece en la sociedad.

En consideración a lo expresado es lo que realza el interés para enfocar el desarrollo de la investigación. En ese sentido, se justifica la investigación dado que por medio de su ejecución se pretende ofertar contenidos teóricos a los pacientes relacionados a la importancia del tratamiento antituberculoso como medio único para su recuperación.

En lo correspondiente a lo social, la investigación se justifica puesto que, por medio de su ejecución dará la oportunidad que el servicio de atención a los pacientes para la toma del tratamiento cuente con estrategias educativas dirigidas específicamente a esta población afectada, hecho que dará la oportunidad de la difusión sobre el tratamiento, estudio del contacto (pesquisa) y proceso de curación.

Desde esta perspectiva, el paciente al recibir las orientaciones y/o enseñanzas pueda actuar como agente multiplicador dentro de su medio a fin de promover alternativas de cuidado en el contexto familiar y comunitario, con énfasis en las acciones de control, educación y prevención de alto riesgo contra la TBCP.

En lo metodológico, al cumplir con los contenidos de la investigación servirá de base para otras investigaciones que a futuro traten sobre el tema, permitiendo establecer como antecedentes y consulta sobre la TBCP.

En un sentido práctico y operativo se justifica el desarrollo de la investigación por cuanto los actos educativos con los pacientes de TBCP sirvan de estímulo y ayuda para el fortalecimiento de sus capacidades cognoscitivas de la enfermedad que padecen y del fortalecimiento y recuperación que pueden alcanzar por medio de los procedimientos diagnóstico – terapéutico de la enfermedad. Particularmente, en situaciones donde el propio paciente tiene que asistir desde su residencia a recibir el tratamiento al ambulatorio (transporte auto gestionado) y cuya asistencia es de vital importancia.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la Investigación

D. González y J. Parra, (2009), desarrollaron una investigación en el Hospital José María Vargas, Caracas, cuyo objetivo estuvo dirigido a determinar las medidas de control socio – cultural por enfermería para que el paciente con tuberculosis pulmonar (TBCP) de continuidad al tratamiento al egresar del área de medicina.

Metodológicamente, fue un estudio descriptivo con un diseño de campo cuya población correspondió a 30 profesionales de enfermería de atención directa a la Sala de Hospitalización de Adulto que representan el 100% de la población. Para recolectar la información aplicaron un cuestionario tipo lista de cotejo en escala de Likert de respuestas tales como Siempre, Alguna vez, y Nunca, conformado por 20 Ítems, compartido en contenidos acerca de las medidas de control social y medidas de control cultural.

Las respuestas destacaron que la población objeto de estudio medianamente considera el perfil socio cultural de los pacientes a favor de que haya cumplimiento del tratamiento antituberculoso. El estudio expuesto guarda relación con el estudio que se realiza, puesto que busca establecer estrategias que beneficien el cumplimiento de la toma del tratamiento antituberculoso como medio de recuperación del paciente.

Por su parte, Alcalá Ramírez, J. (2005), realizó una investigación en el “Ambulatorio Dr. César Rodríguez” de El Algodonal con el objetivo de determinar la acción de enfermería orientando a usuarios que reciben tratamiento antituberculoso con tomas ambulatorias.

Esta investigación corresponde metodológicamente a un estudio descriptivo transversal con un diseño de campo. La población objeto de estudio corresponde a doce (12) profesionales de enfermería que integran el 100% del grupo que laboran en dicha consulta, para recolectar la información aplicaron un cuestionario de 20 ítems en escala tipo Lickert de respuestas simples (Siempre, Alguna Vez, Nunca). Los resultados demuestran que las enfermeras/os en un porcentaje del 78% cumplen el rol de actividades educativas en los contenidos: prevención primaria y secundaria de la TBPC.

Esta investigación guarda relación con la investigación que se realiza debido a la temática tratada en relación a las actividades educativas como parte importante en la asistencia del paciente que recibe el tratamiento antituberculoso ambulatorio.

González, A. P. (2002), realizó una investigación en el Hospital Universitario de Caracas con el objetivo de determinar las acciones educativas de enfermería dirigidas a usuarios con TBCP sobre normas del tratamiento antituberculoso y su relación con la recuperación del paciente.

En el aspecto metodológico fue un estudio de tipo descriptivo transversal que correspondió a (26) pacientes 100% con TBCP de control ambulatorio. Para recolectar la información se aplicó un cuestionario tipo Lickert conformado por 30 ítems. Los resultados destacan que la atención de enfermería dentro del programa de Neumotisiología cumple con las normas del tratamiento antituberculoso en pacientes de control ambulatorio para la toma del tratamiento.

Esta investigación guarda estrecha relación sobre el tema tratado, puesto que según los resultados observados, corresponden a temas educativos relacionados con la norma del tratamiento necesario para la recuperación del paciente con TBCP.

Igualmente, Rivas, L. (2001), realizó una investigación en el Hospital "Dr. José Ignacio Baldo", ubicado en Caracas, cuyo objetivo fue determinar la calidad de atención de enfermería a usuarios con TBCP en el componente calidad de información sobre el control y tratamiento de la TBCP.

Metodológicamente fue un estudio descriptivo transversal, cuya población correspondió a 16 enfermeras que representan el 100% del área de hospitalización del Hospital Dr. José Ignacio Baldo. Para recolectar la

información aplicaron dos cuestionarios: uno para evaluar la información de los usuarios con TBCP sobre la terapéutica y otro conducido hacia el personal de enfermería.

Se destacó en este estudio que el 67% de las enfermeras/os cumple sus acciones de atención directa con medidas de calidad y un 53% también tiene un buen nivel de información sobre el tratamiento antituberculoso.

Esta investigación guarda relación con la investigación que se realiza, dada a la temática tratada sobre el tratamiento antituberculoso e información presente en los pacientes.

Bases Teóricas

Medidas Terapéuticas Comunitarias contra la TBCP

La correlación entre pobreza y enfermedad ha sido comprobada con múltiples estudios. Las continuas referencias a las diferencias entre la clasificación de los grupos por extracto social han tenido su connotación, casi sin significación; la vivienda, servicios básicos, la extensión o número de familia por habitación, la alimentación, educación, abrigo, hábitos o empleo han ido clasificando de un medio cada vez más arraigado según sus capacidades socio económicas y culturales.

Se sabe por historia que ciertas características de las condiciones de vida y la forma en que éstas se utilizan favorecen la transmisión de enfermedades

infecto contagiosa. A grandes rasgos se puede decir, que hay que considerar al medio del hombre y la importancia que tiene para la aparición de enfermedades como intervención social.

Los conflictos de pobreza y marginalidad establecidos en áreas periféricas urbanas y áreas de adyacencia en provincias rurales se tratan de áreas precarias tanto desde el punto de vista de la ocupación y las situaciones económicas, así como de las relaciones sociales que unen a sus habitantes. Estas condiciones precarias son hechos observados en los últimos años porque reflejan un deterioro en la calidad de vida, ya que el elemento desencadenante de este deterioro ha sido según lo expuesto por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE, por sus siglas) (2008), como la “expansión, sin controles reales del fenómeno de desajuste social y cultural” (Pág.6). Quizás, continúa destacando la referencia, se deba a los casos climáticos (lluvias derrumbes, perdidas de vivienda, etc.), presentadas en los últimos años.

Estos hechos ocurrido en los estados centrales de Venezuela son cada vez más comunes, han dado nuevas condiciones de vida desencadenantes para una constante incidencia del deterioro de vida de los grupos poblacionales que le han correspondido vivir estas experiencias, por lo tanto hoy en día el tejido social comunitario en estas áreas muestran gran disposición para la producción de enfermedades.

Todo planteamiento para fomentar la integración de sectores protagonistas social o para pedir la participación de la población en actividades y programas debe ser considerado como parte de las grandes estrategias necesarias a considerar a favor del bienestar y la salud social.

La intervención comunitaria como estrategias de bienestar social puede ser reflejada desde un marco en los cuales Marchioni Marcos (2007) los plantea de la siguiente manera; cuando se habla de comunidad casi siempre se piensa exclusivamente en la población, aunque los protagonistas reales de cualquier proceso participativo en un sistema democrático son tres: la administración, los servicios y profesionales públicos y la población. (Pág.43).

El componente administrativo en un estado de derecho (social) es parte fundamental de los procesos de integración y participación conformados por:

- ~ Leyes
- ~ Marco legal
- ~ Financiación
- ~ Creación de recursos.

Las Leyes.es necesario considerarlas dentro del proceso de asistencia y participación comunitaria las cuales deben estar relacionadas dentro de una Organización Jurídica Política, para este caso, la República Bolivariana de Venezuela (2000), señala que:

Se define la organización jurídica política con posturas que adopta la nación venezolana como un estado democrático y social de derecho y de justicia. De acuerdo con esto, el estado propugna el bienestar de los venezolanos, creando las condiciones necesarias para su desarrollo social y espiritual, y procurando la igualdad de oportunidades para que todos los ciudadanos puedan desarrollar libremente su personalidad, dirigir su destino, disfrutar de los derechos humanos y buscar su felicidad (Pág.2)

En las disposiciones fundamentales, las leyes se consagran como principios de supremacía y fuerza normativa de protección de derecho en cada ciudadano establecidas en la constitución, según los cuales ella es la norma de mayor jerarquía y alcanza sus posibilidades de operar en la persona de forma determinantes o reguladora. Dichos principios están comprometidos con el bienestar y progreso del venezolano.

La administración dentro del proceso participativo y comunitario en relación al fomento de la salud de la población, se basa principalmente en el papel de las instituciones públicas (salud, educación, saneamiento, etc.) y a su vez relacionada con la administración local, es decir, los servicios públicos (escuela, vivienda, ambulatorios, etc.). Es indispensable la relación de la administración local para el fundamento de las medidas terapéuticas comunitarias y de servicios en los grupos de mayor necesidad asistencial.

Marco Legal, Financiación y Creación de Recursos: Son disposiciones generales cuyas tendencias se han desarrollado en derecho compartido y en los tratados internacionales sobre derechos humanos.

En el caso específico del estudio, el marco legal dentro del proceso administrativo como estrategia de bienestar social, la Constitución (Ob-cit) señala:

De los derechos sociales y de la familia están contenidos para consolidar las demandas sociales jurídicas, políticas, económicas y culturales de la sociedad. Artículo (83): La salud es un derecho social fundamental obligación del Estado que lo garantiza como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollara políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud (Pág.89)

Asociado al deber de la persona de participar activamente en su promoción y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley. En ese orden cada persona tiene el derecho de recibir una asistencia en salud que les permitirá el disfrute y aumento de su longevidad.

Así, las medidas terapéuticas comunitarias conducidas por el sector salud en una comunidad específica requiere de la ampliación de entidades sociales, asistenciales, educativas y deportivas que implican una serie de pasos políticos en los cuales haya servicio del proceso participativo, en particular las personas (habitantes de una localidad específica) sean protagonistas fundamentales del proceso participativo.

El eje de las medidas terapéuticas comunitarias según la OMS (2002), “debe plantear una concreta relación entre servicios sociales parroquiales (municipales) y servicios de asistencias sanitarias y educativas” (Pág.196). La misma referencia continúa señalando a la capacidad de asumir que debe

tener la comunidad hacia el alcance de los servicios y dirección de los mismos.

En relación con la presente investigación el eje de las medidas terapéuticas comunitarias van contra la TBCP, entendidas como la construcción de grupos (pacientes), para facilitar la información y la formación de estos grupos sobre los temas y problemas que determinan la permanencia y reincidencias de casos de TBCP y sobre eventuales programas de intervenciones para el alcance de una dinámica positiva de encuentros y colaboración.

De igual forma, el eje de medida terapéutica comunitaria se convierte en el referente fundamental de las intervenciones sociales con los pacientes de TBCP, que dan cumplimiento al control ambulatorio en el Servicio de Neumotisiología de los Valles del Tuy, que implica el funcionamiento que representa la construcción de saberes para fortalecer las condiciones y recuperación de los pacientes con TBCP dentro de una dinámica de intervenciones y enseñanzas sobre temas específicos que hacen posible el programa educativo.

Propuesta del Programa Educativo dirigido a Usuarios de TBCP

Corresponde esencialmente un proceso de enseñanza que implica un cambio en el uso y distribución del aprendizaje, ya sea dentro de un sector o grupo específico comunitario o en las instituciones de salud. Como tal,

requiere de una decisión institucional firme para el aporte del recurso requerido (material – humano, contenidos). La propuesta del programa educativo dirigido a usuarios reforzará el todo al permitir que sus partes componentes operen de manera más eficaz y con complementariedad.

En ese contexto es que se ubica la intensión de la propuesta del programa educativo y la necesidad en desarrollarlo para mejorar los servicios sanitarios y promover el desarrollo integral del usuario /paciente que asiste a estos centros dispensadores de salud.

La efectividad se enmarca en planes de enseñanzas y orientación continuas, en los servicios de control a casos de TBCP de asistencia ambulatoria vinculados al análisis contextualizado del proceso salud Enfermedad (TBCP) y su relación con las normativas institucionales asistenciales facilitadoras para la recuperación.

En cuanto a la organización pedagógica de la propuesta del programa educativo, estas acciones seguirán concepciones caracterizadas por el establecimiento de relaciones unidireccionales, verticales, y a menudo destinadas a pacientes con TBCP, con la consiguiente delimitación del conocimiento sobre la enfermedad que padece y como debe ser tratada a fin de lograr la recuperación oportunamente. En este caso los facilitadores se corresponden al personal de salud (médico, enfermeras) que asisten a estos pacientes para sus respectivos control y revisión (tratamiento).

El reto del personal de salud es el de proponer modalidades entre los pacientes y servicios para que el proceso educativo (orientación y enseñanzas) sea permanente, que en lo posible rompa con los enfoques educativos no participativos y que, sin desconocer las contradicciones estructurales (servicio/área) proponga métodos de trabajo tendientes a que el paciente y acompañante promuevan cambios de acuerdo a las exigencias participativas.

En ese sentido es que este programa educativo pretende colaborar, encaminando al paciente con TBCP en la reflexión de procesos complejos requeridos para su recuperación. Y, hacia la elaboración de contenidos fundamentados y organizados para ser desarrollados en la consulta de tratamiento y control hacia la presencia activa y responsable de las diferentes acciones permanentes educativas implicadas a partir del tratamiento antituberculoso.

El programa educativo corresponde a una propuesta de prevención constituido como un intento de promocionar el desarrollo del paciente de manera integral hacia la enfermedad y el cuidado requerido atribuyendo gran importancia social al entendimiento del aprendizaje por parte del paciente y sus consecuencias (humanas y sociales, individual y colectiva) enmarcado dentro de un contexto más amplio y más comunitario. Es decir, ir abriendo camino por medio de las enseñanzas para ir informando día a día al paciente

cuando acude al servicio ambulatorio de vigilancia y control comunitario de la TBCP.

La propuesta es inspirada por las principales tendencias de permanencia de casos de TBCP acompañados en oportunidades por incumplimiento regularizado del tratamiento antituberculoso, que son comprobados de acuerdo a las estadísticas de morbi – mortalidad señalados en el capítulo anterior. Reconociendo y aceptando lo establecido en la constitución de la República Bolivariana de Venezuela, en su Capítulo I (2000), referido a los derechos humanos aceptados expresamente bajo los principios de progresividad y protección, conforme el cual el estado protegerá los derechos. Es lo que expresa la protección hacia el derecho a la salud en su Artículo 83 y el derecho de ser informado, bajo estos lineamientos se hace la propuesta del programa educativo reconociendo la garantía a que estas personas sean informados y orientados por medio de la participación directa del sector salud ambulatorio, basado, fundamentalmente en las normas del programa de infecciones respiratorias específicas al control y prevención de la TBCP.

Propósito de la Propuesta del Programa Educativo

El propósito fundamental es brindar herramientas de contenidos sobre la enfermedad y el tratamiento con intención operativa que colaboren con el desarrollo de actividades educativas, permanentes en el servicio de atención

a personas que consultan y reciben tratamiento antituberculoso, dentro de una perspectiva integral de análisis del contexto y de las practicas de trabajo comprometidas con la mejoría del servicio del usuario cliente, así como la del fomento de aprendizaje con miras a una mejor atención de estas personas con diagnóstico clínico de TBCP.

Desde ese orden, el propósito de la propuesta del programa educativo busca fomentar una existencia activa de los grupos de pacientes que representan realmente los casos comunitarios y que garantiza el máximo de una futura actuación de co-facilitadores del proceso de enseñanza en lo personal y familiar, incluye la capacidad para coordinar y de colaborar entre diferentes grupos y comunidad para orientar y promocionar acciones educativas comunales y globales.

Objetivo Terminal de la Propuesta del Programa Educativo.

Elaborar un programa de educación permanente integrado a los procesos asistenciales del paciente con TBCP, de control ambulatorio, como producto de un proceso sistemático racional y participativo, adecuado al análisis del contexto socio sanitario y organizacional de cada paciente.

Este objetivo terminal se configura como el alcance de una intervención social pluralista (por las diferentes composición de los pacientes, (valores, creencias, hábitos y nivel educativo), unido a las diferentes iniciativas y ámbitos de intervención, público (por la financiación pública ejemplo el

ambulatorio y por querer ser un servicio social para todos los pacientes y familiares y toda la población), participativo, por lo que antes se dijo, programada para evitar improvisaciones y para introducir contenidos de gran beneficios evaluables en la acción. Por ejemplo, cumplir con la asistencia establecida por el servicio de salud.

El objetivo terminal de la propuesta educativa reúne en su interior y en su funcionamiento fundamentalmente algunos objetivos denominados de proceso.

Objetivo del Proceso de la Propuesta del Programa Educativo.

Los objetivos del proceso corresponden al conjunto de intervenciones, bien definidas cada procedimiento en las que se basa para que luego sea posible su evaluación. Según la OPS (2003), los objetivos del proceso son acciones que se esperan realizar en función del alcance de algún logro” (Pág.206).

Para la investigación los objetivos del proceso corresponden:

1. Analizar el proceso de educación una vez concluido, como estrategia de intervención pedagógica – institucional, orientada hacia el logro de la eficiencia y eficacia en el contenido y hacia la promoción sobre la TBCP, tratamiento y control requerido de manera individual y colectiva.
2. Realizar un diagnostico de necesidades de capacitación (prestes) emergentes de la práctica cotidiana del paciente, teniendo en cuenta el

marco de referencia de las necesidades de los contenidos de enseñanzas, el escenario del ambulatorio y las necesidades sanitarias específicas. Ejemplo, desplazamiento comunitario para asistirle al ambulatorio.

3. Diseñar la propuesta detallando el proceso de capacitación a los pacientes con (TBCP), coherentes con los resultados del (prestos) identificando las condiciones de éxitos y las diversas estrategias y evaluación para medir el proceso y producto (Pág.23)

Paralelamente, se deben considerar áreas de intervenciones educativas prioritarias del componente didáctico dentro de una postura totalmente abierta a todo el personal de salud y usuarios de control por TBCP.

Una vez cumplido con el diseño de la propuesta se procederá a la organización de material representado dentro de una estructura didáctica en torno al análisis interdisciplinario de la situación (TBCP, tratamiento, y control) y dirigido a la elaboración de alternativas de solución.

En el caso específico del acto de enseñanza a los pacientes con TBCP de control ambulatorio, es que debe ser ejecutado de manera permanente (día a día) para el mejoramiento de la calidad de la vigilancia socio sanitaria en estos grupos (Técnico Operativo).

Manejarse con diferentes fuentes de información permitirá la actualización sobre la TBCP y de esa manera, frente a los usuarios y las informaciones que previamente posean.

En un análisis sobre cómo abordar a los usuarios para el aporte de contenidos la autora de la presente investigación considera necesario el cumplimiento de los siguientes pasos:

- ~ Concentración y continuidad del acto de enseñanzas con vinculación entre el personal de salud y los pacientes.
- ~ Direccionalidad referida al establecimiento de objetivos relacionados con las normas y política del programa antituberculoso de acuerdo a los procedimientos exigidos (vigilancia y control sanitario).
- ~ Cobertura informativa (enseñanza) institucional y con proyección comunitaria
- ~ Correspondencia entre los niveles educativos de los participantes y las características de los contenidos educacionales en términos de orientación, objetivos, contenidos e impacto.

Esto debe ser considerado con una clara concepción para el personal de salud (Trabajadora social, médico, enfermera, etc.) ligados al servicio asistencial del ambulatorio y a la consulta de control de TBSP, el cual debe ser enfatizado con suficiente destreza y sistematización.

Teóricamente se podría plantear la creación o diseño de un árbol de datos personales expresados por los propios pacientes ligadas a sus condiciones sociales, (educacional) empleo, dirección de viviendas, etc., a fin de ofrecer

un marco informativo para el reconocimiento de las carencias o fortaleza que ofrecen los elementos condicionantes del proceso.

Estos datos propuestos en el árbol de datos forman fichas de reflexión, con el objetivo de que el facilitador y participantes realicen una retrospectiva sobre las acciones que puedan influenciar o que hayan influenciado al cumplimiento de las medidas terapéuticas (tratamiento). En ese orden se deben buscar respuestas acerca de las siguientes preguntas:

- ~ ¿Qué continuidad tuvieron?
- ~ ¿Qué cobertura de asistencia han tenido contra la TBCP?
- ~ ¿Qué articulación tuvieron con el sector ambulatorio y la comunidad contra la TBCP?
- ~ ¿Qué espacios físicos hubo/hay en el ambulatorio para darles actividades de enseñanzas sobre la TBCP y tratamientos?
- ~ ¿Cómo describiría las acciones de enseñanzas sobre la TBCP que le gustaría recibir?

En respuesta a las interrogantes el facilitador y los participantes plantearan las estrategias de enseñanzas a fin de lograr que no haya agotamiento durante el proceso de formación. En ese sentido, la tarea educativa plantea los temas por medio de las condiciones expresadas entre el facilitador (medico, enfermera, trabajadora social, etc.) y participantes (pacientes con TBCP de control ambulatorio).

Metodología.

Este segmento corresponde a las estrategias de enseñanzas ya concebidas las cuales pudieran ser: seminarios, proyección de mesa de videos, mesa redonda y la conformación de grupos de trabajo en la búsqueda de resolución de problemas (enseñanzas).

En lo referente a la propuesta del programa educativo, la autora considera que las estrategias de enseñanzas deben ser participativas, constructivas, de presentación y discusión dirigida a grupos mixto, comprometidos en los procesos co facilitadores en su contexto (familiar y comunitario), por ejemplo; ubicación geográfica del contacto.

Periodo de Tiempo.

Dos secciones educativas durante los días jueves, en horario de la mañana. Cabe destacar que las dos secciones educativas cubrirán los contenidos del programa educativo reforzados por materiales ilustrativos (trípticos, carteleras, rotafolio, etc.).

El interés de la propuesta es producir de manera continua acciones de enseñanzas sobre la TBCP y su control. El otro orden de razones planteado pretenderá en primeras instancias todo lo relacionado con la TBCP como enfermedad infecto contagiosa y en la continuidad del aprendizaje de cómo tratarle y sus formas de combatirla.

La TBCP: Aspectos Epidemiológicos.

La TBCP, es una enfermedad infecto contagiosa altamente endémica de origen bacteriana, llamada *Mycobacterium Tuberculoso* (bacilo) que en honor a su descubridor lo denominan Bacilos de Koch, se define desde un marco anatómico, fino, recto ligeramente curvado, de extremos redondos su grosor varia de 0,2 a 0,5mm y su longitud de 1 a 4, según el Ministerio del Poder Popular para la Salud señala “que la variedad *homonis*, entre todos los bacilos, es la única producción de niacina, cuyas cepas patógenas son productoras de catalasa. Al parecer esto guarda relación directa con la virulencia del bacilo” (Pág.20). De acuerdo a la referencia el bacilo *Mycobacterium*, la TBCP tiene gran potencia infectocontagiosa.

Complementando la idea sobre el bacilo de Koch la OPS, (2003), indica que estos bacilos se presentan sobre todo, en los pequeños grumos envueltos en sustancias amarillas o gris verdosa y son consistentes y espesos.

La TBCP es una enfermedad que las personas sin distinción de sexo, han padecido hace miles de años a nivel mundial, y que ha causado muchas muertes e incapacidades, lo que puede determinar una necesidad dentro de las condiciones saludables del hombre.

En ese orden Garrida Cordero, I., citado por González, D., y Pereda, J. (2010), señala:

Robert Koch, médico Alemán por medio de la técnica del cultivo de microbios dentro de la tinción azul del metileno distinguió pequeños bastoncitos. A partir de entonces demostró que estos pequeños bastoncitos, son los productores de la tuberculosis. Se conocen como los postulados de Koch, los criterios necesarios para establecer la relación causal entre un organismo por patógenos y la enfermedad, Koch estableció sus postulados. El microorganismo debe aparecer en todos los caso de la enfermedad, debe poder aislarse del enfermo, la enfermedad debe aparecer al inocularse en el organismo sano, debe poder aislarse nuevamente del organismo sano experimental (Pág.188)

Aunado a lo expuesto en la referencia consultada, cabe destacar que en 1882, Koch al descubrir el bacilo lo aisló y cultivó, hecho que le permitió llevar su nombre y por primera vez fue posible dar a conocer el carácter contagioso de una enfermedad infecciosa. Lo que indica que, un paciente bacilífero puede infectar a un aproximado de 19 a 20 personas de las que (2) desarrollarán tuberculosis y una de ellas será bacilífero. Sin embargo, se puede considerar que estas situaciones están relacionadas a las características y condiciones de vida del huésped.

Etiología.

La TBCP como ya ha sido expuesto, tiene al bacilo como agente causal de la enfermedad y pertenece al género, *Mycobacterium tuberculosis*, que a su vez puede ser *Mycobacterium Bovis* y *Mycobacterium Africanun*.

De acuerdo a ello el MPPS, citado por González D., y Parra J., (Ob-cit) consideran que

La etiología de la TBCP da origen por medio de bacilos denominados ácido oleico residentes, por la propiedad de retener los colores de la amilina una vez teñidos. Es aerobio que se multiplica muy bien en zonas ricas en oxígeno, puede resistir en estado de desecación, pero expuesto a la acción directa del sol o de los rayos ultravioletas muere rápidamente para su cultivo se emplean los medios de Löwenstein-Jensen que habitualmente son visibles a las 4 o 5 semanas, muchos más tardes que las bacterias habituales (Pág.192)

De acuerdo a la referencia el bacilo requiere en su reproducción de medios oxigenados, presentado desde un orden etiológico, una transmisibilidad tanto como aguda o crónica con una cualidad para dañar a los pulmones, y también a otros órganos vitales en el organismo. Estos bacilos de Koch, hacen un recorrido que alcanzan a los alvéolos y de acuerdo al grado de susceptibilidad presente en el huésped, las paredes alveolares manifiesta la infección. Todos estos hechos hacen a la persona ser susceptibles y no tener suficientes defensas inmunológicas, este factor biológico quizás coadyuva para que el *Mycobacterium tuberculosis* se instale en los alvéolos pulmonares para así producir la infección, lo cual induce al contagio de personas a personas.

Al respecto la OMS (2000), señala, que se cree que el desarrollo de la tuberculosis se debe a efectos de funcionamiento de las células T o de los macrófagos, ya que al ingerir el bacilo, el organismo no tiene antígenos necesarios para defenderse (Pág.27). La tuberculosis en los pulmones en el ser humano es una infección granulomatosa puesto que al implantarse los bacilos tuberculosos en los pulmones suscitan un granuloma llamado

tubérculo que resulta de la patogenia del bacilo que tiene la capacidad para suscitar hipersensibilidad en el huésped que parece corresponder al tubérculo proteínas que proviene del bacilo. La misma referencia de la OMS (Ob-cit) sustenta que la tuberculosis pulmonar es una enfermedad transmisible que puede atacar a cualquier órgano y sistema del cuerpo humano y también a las especies bovinas en los cuales están relacionados con la virulencia del organismo y con las defensas naturales de la persona, o bien de la especie animal.

Por lo tanto dado a la acción del bacilo *Mycobacterium*, una vez en el organismo corresponde en una primera etapa de la enfermedad, inflamación aguda inespecífica que suele pasar inadvertida. En esta primera instancia de la enfermedad, los bacilos crecen en el lugar de la infección y quedan rodeadas de linfocitos y macrófagos, formando una estructura denominada tubérculo.

Diez Ballester, F, (2007), destaca que “cuando la persona ha estado en contacto frente con el bacilo de Koch la relación va a depender de la susceptibilidad del huésped, la cantidad denominado parénquima se inflama y las defensas naturales del organismos actúan contrarrestando la infección” (Pág.209). Los macrófagos, continúa destacando la referencia, ingieren organismos presentando de una vez los antígenos microbianos de las células T y aumenta a su vez la capacidad de los macrófagos para ingerir y eliminar el agente patógeno *Mycobacterium*. Los ganglios linfáticos ubicados en el

hilo pulmonar se agrandan a medidas que filtran el drenaje proveniente del sitio afectado. Este poder presente en el *Mycobacterium* hace que aparezca la TBCP.

En el contexto epidemiológico el estudio de la TBCP, busca reconocer la comparación de los casos en los subgrupos mostrándose como una poderosa herramienta para revelar las acciones entre la TBCP y el medio ambiente de los casos presente.

En ese sentido, los aspectos epidemiológicos de la TBCP permiten el estudio de la distribución y los determinantes de los hechos o acontecimientos relacionados con la enfermedad y los mecanismos de contagios relacionados con los casos de TBCP (nuevos y los de control).

Los aspectos epidemiológicos relacionados a la TBCP.

A ellos se le debe incorporar la utilidad del esclarecimiento del concepto dentro del programa educativo, su utilidad para la identificación de los problemas (casos de TBCP) y su papel en la planificación y evolución de los servicios de control (casos atendidos y contactos) quedando claro desde un orden operativo la importancia en considerar los aspectos epidemiológicos con la intención de que ello permitirá:

- ~ Descubrir la distribución de los casos de TBCP en la comunidad de la población

- ~ Identificar los factores (educativos, económicos, culturales, etc.) productores de las ocurrencias de casos de TBCP.
- ~ Proporcionar los datos necesarios para el desarrollo de actividades educativas según la necesidad.

Entre estos enunciados fundamentales en los que se han configurado los aspectos epidemiológicos, con la intención de que los participantes/pacientes, permitan distinguir, tal como lo señala el MPPS (2003), “la magnitud de la TBCP como enfermedad transmisible, su control y tratamiento” (Pág.26). Bajo estos lineamientos se deben plasmar las enseñanzas.

¿Qué enseñar al Respeto?

Se puede expresar el ámbito de actuación de los aspectos epidemiológicos de la TBCP señalados por Moreno Sánchez, (2000):

La epidemiología es una disciplina que está presente tanto en el ámbito social – sanitario, como medico clínico y su ámbito de actuación social – sanitaria corresponde al acto de identificar los problemas de salud sobre la base comunitaria y los sistemas de vigilancia epidemiológicas y evaluar las intervenciones en salud a través de los propios sistemas de vigilancia y la epidemiología de intervención. Como medico clínico, el habito de actuación epidemiológica y evaluación de los tratamientos, conocimiento de la historia natural de las enfermedades, evaluación del funcionamiento de los servicios e identificación de las madres subjetivas de los servicios (Pág.5)

En lo correspondiente a la investigación se debe llevar estos contenidos dentro de un marco accesible. Por ejemplo, el concepto de la epidemiología social sanitario de la TBCP, puede describirse dando a conocer como un sistema que en lo posible promueva la asistencia sanitaria de los contactos (quimioprofilaxis). En lo correspondiente al ámbito de actuación de la epidemiología médico clínico, puede describirse, dándole a conocer a cada paciente la historia natural de la TBCP (origen, agente, transmisión diagnóstico, etc.).

La Enfermedad TBCP, Ocurrencia.

Como se apuntaba en párrafos anteriores, la TBCP es producto del bacilo *Mycobacterium tuberculosis* como agente etiológico. Este microorganismo representa parte necesaria pero no suficiente para que ocurra la TBCP como enfermedad infecciosa, la razón según Muñoz Velasco, L.M (2003), “está en la multicausalidad que no puede explicarse tan solo por la prodigiosa capacidad del microorganismo para mutar o para tornarse resistentes a los medicamentos o a las sustancias que lo agreden” (Pág.191), al igual continua destacando la referencia, tampoco satisface la elucidación de una mermada capacidad genética o inmunológica en aquellas personas que se ven afectadas por una infección.

Lo que expresa a la TBCP de gran concurrencia, en una población con unas características concretas, que habitan en regiones determinadas

(insalubridad, hacinamiento, pobreza, educativo, costumbre), etc. Por otra parte la propia estructura urbana marginal y pobreza rural, presentan similitudes hacia ocurrencia de causalidades comunes entre las personas que padecen la TBCP que principalmente afectan a la población como por ejemplo los pobladores de Ocumare del Tuy, ubicado en los Valles del Tuy, en el Estado Bolivariano de Miranda.

En ese sentido, la ocurrencia de la TBCP no debe estar reducida a la *Mycobacterium* (biológico), si no a muchos factores en la compleja situación.

Clínica de la Tuberculosis Pulmonar.

Durante las primeras etapas de la tuberculosis pulmonar la persona puede estar asintomática. Por ello, es importante considerar que la tuberculosis es la infección granulomatosa e importante en el hombre cuando los bacilos de la tuberculosis se implantan en el cuerpo, aparece un granuloma característico llamado tubérculo. Las manifestaciones clínicas en usuarios con tuberculosis pulmonar, a menudo son asintomáticos, por lo que el usuario no refiere síntomas si no una sensación de tener malestar general.

Stanley, citado por González D., y Parra J., (Ob-cit) señala:

Refiere que los síntomas de la enfermedad no aparecen hasta que las lesiones son tan intensas y la enfermedad haya avanzado en el curso clínico de la enfermedad las manifestaciones clínicas son tos intensa, expectoración, disnea y ortopnea, reacción febril generalizada y hemoptisis,

pérdida de peso, anorexia, dolor y tos con expectoración y duración nocturna. (Pág.22)

La autora continúa destacando aún que el dominio de la tuberculosis ha sido satisfactorio en muchas regiones, sigue siendo un problema clínico que afecta económica y socialmente a la población más necesitada, por fortuna el ser humano tiene resistencia neural comparativa alta al bacilo de Koch, en consecuencia en la primera exposición el microorganismo puede tener una vía de entrada, causales, lesiones relativamente triviales produciendo un cuadro clínico a la cual hay que prestarle la asistencia médica que pueda contribuir de manera importante a comprender la enfermedad en el ser humano conformada por situaciones sociales que hacen posible la permanencia del bacilo en el entorno.

La incorporación de las enseñanzas debe enfocar el concepto de ocurrencia de la TBCP dándoles a conocer a los participantes que es una enfermedad de transmisión aérea altamente transmisible y conducida en gran parte por las situaciones de riesgos presentes en el entorno.

Situación de Riesgo.

El riesgo de contraer la infección y el de enfermar está determinado por factores socio económicos ya mencionados, alimentación, condiciones de la vivienda, estrés entre otros. El riesgo es definido por la OPS (2000), “como la mayor probabilidad que existe para que ocurra un daño o enfermedad”

(Pág.20). Estos riesgos continua destacando la referencia pueden estar relacionados a lo social (educativo) (económico) pobreza entre otros ya mencionados en otros párrafos.

En el caso de la investigación la situación de riesgo presente en el paciente con TBCP, corresponde a cuatro grandes factores denominados por la OMS (Pág.1):

Falta de Regularidad en el Tratamiento: Esto corresponde según la OMS (Ob-cit) en parte debido a la incapacidad del servicio de salud para establecer una relación con el paciente” (Pág.70). En ese orden de ideas la carencia por parte del personal de salud para establecer una relación con el paciente conlleva en muchos casos a la inseguridad a la continuidad de una regularidad exacta que será explicado con mayor lujo de detalles en otros párrafos.

Retardo en el Diagnóstico: Debido a que generalmente la persona no recibe de manera oportuna la asistencia médica durante los síntomas iniciales solamente acude cuando el cuadro clínico ya es completo. Es decir, el paciente no busca el servicio médico durante los síntomas iniciales.

Sobre Diagnóstico: Esto ocurre en aquellos casos en los cuales los diagnósticos se realizan por asociación automática de situaciones de extrema pobreza o en muchos casos por utilizar métodos diagnóstico de poca especificidad (Radio X) con impericia en la lectura.

Tratamiento Inadecuado: En lo correspondiente a este segmento más adelante se hablara con mayor expresión sobre este tema, sin embargo cabe destacar que debido al desconocimiento la relación a los esquemas terapéuticos y un control apropiado esto representa riesgo.

Todo los cuatros factores antes mencionados (falta de regularidad del tratamiento, diagnóstico retardado, sobre diagnóstico y el tratamiento inadecuado) en si pasan a representar las situaciones de riesgo causales tanto de orden biológico como psicosocial y ambiental, que encadenados entre sí producen retardo en los procesos de curación del paciente. La información de estos factores de riesgo, y la intervención de manera preventiva para evitar daños, es decir, la ruptura de estas situaciones de riesgo es un enfoque clásico dentro de los contenidos para la asistencia de los casos con diagnóstico clínico de TBCP.

Todas estas circunstancias deben ser dadas a conocer por medio del programa educativo. Lo que expresa la idea del discernimiento en función de soluciones de cada uno de los factores antes expuestos, por ejemplo, falta de regularidad en el tratamiento en este caso hay que explicar que en parte es debido a la poca cobertura del servicio de salud para establecer una relación paciente institución que asegure la continuidad de los controles. En este caso, por medio de las acciones educativas el facilitador (personal de salud) conjuntamente con los participantes fomentara la aplicación de coberturas de los servicios sanitarios proponiendo equidad en el acceso de

los servicios; es decir, el porcentaje de casos de TBCP debe estar relacionado con la población que lo requerirá.

Retardo en el Diagnóstico: Debe ser realizado ante síntomas iniciales y ante la sospecha del mantenimiento de contacto.

Sobre Diagnóstico: Ya por asociación automática de situaciones de extrema pobreza con alta prevalencia de padecer la TBCP, o por utilizar métodos diagnósticos no precisos como por ejemplo solamente la radiografía.

Tratamiento Inadecuado: Generalmente se debe al desconocimiento del paciente de las normas del control las cuales se van a explicar mas adelante.

Estos cuatro elementos antes mencionados corresponden a la situación de riesgo que deben ser conocidas por los pacientes a fin de disminuirlas por medio de las enseñanzas para así convertirlas en fortaleza contra la TBCP.

Búsqueda del Enfermo TBCP.

Aquí la principal actividad recae en la comprensión del participante para que se apoye en que la acción practica para el fomento de una oportuna recuperación y rompimiento de la cadena de causas que proliferan al bacilo es asistir oportunamente los casos por medio de la asistencia sanitaria.

La búsqueda del enfermo con TBCP requiere del examen masivo de los enfermos y de los adyacentes comunitarios de manera sistemática y de

búsqueda. Para ello se debe hacer un replanteamiento de los servicios sanitarios para dar respuestas a las necesidades y las demandas crecientes de búsqueda.

Según la OMS (2004), la búsqueda de casos de TBCP tiene carácter universal de las prestaciones sanitarias, que son un derecho a los ciudadanos y con extensivos a toda la comunidad, sin discusión. (Pág.19)

Aunado a lo expuesto en la referencia, estos autores señalan que en la mayoría de los casos la TBCP se desarrolla rápidamente, en otros casos en algunas semanas y se requiere de exámenes radiológico: según la OPS (1999)

Es inespecífico y en oportunidades hay discrepancias en las lecturas. Estas placas se hacen en el tórax y el diagnóstico es parte médica (radiografía pulmonar y para la interpretación de la placa radiografía del tórax), examen microscópico del esputo (baciloscopia) y valor reducido.

El cumplimiento de estos exámenes como parte de la búsqueda del enfermo de TBCP corresponde a una de las medidas epidemiológica de mayor relevancia en la lucha mantenida por las instituciones de salud contra la TBCP por medio del rompimiento de la cadena de infecciones. Según la OMS (2004), “se trata, ante todo, descubrir aquellos enfermos que expectoran una cantidad suficiente de bacilos para mantener la transmisión de infecciones” (Pág.400).

En consideración a la alta virulencia estos bacilos pueden ser detectados por medio de un examen microscópico del esputo (baciloscopia), es decir, estudio del esputo en la búsqueda directa del bacilo. Para la OMS (Ob-cit) los pacientes descubiertos sólo a través del cultivo de su esputo casi no juegan un papel de trasmisión de la enfermedad, debido al bajo contenido de bacterias (menores a 5000 por ml de esputo) (Pág.201)

Cuando el paciente presenta radiografía positiva y esputos positivos es bacilíferos (positivo) al iniciar el tratamiento deja de ser positivo, es decir no es fuerte de infección (huésped).

Es importante darle a conocer a los participantes, estos contenidos para así tener claro que todo persona (sospechoso) debe ser evaluado para la captación del grado de enfermedad y de inmediato dar inicio al control de terapia. Es decir la búsqueda de enfermos con TBCP tiene las siguientes ventajas, identificación del enfermo, darles oportunidad para el inicio temprano de la terapia, reconocer el estado del esputo y ser tratado con eficiencia.

Prueba Tuberculina (PPD).

La prueba Tuberculina sirve para identificar a los contagiados. En lo práctico esta prueba de tuberculina se realiza como parte de la búsqueda de enfermos de TBCP, y corresponde a una dosis única de dos unidades vía intradérmicas colocada en la cara anterior del antebrazo. Se hace una lectura

de 72 horas, luego (mínimo 48, máximo 96 horas), se toma el diámetro transversal. Si el diámetro es mayor de 9mm la reacción se considera positiva (las reacciones de 6 a 9 mm son, en su mayoría, atribuibles a infecciones con micro bacterias atípicas – no tuberculosos).

Todos los estudios van a permitir un diagnóstico de la tuberculosis pulmonar, que a su vez depende de antecedentes, una fuente posible de infecciones datos clínicos adecuados, radiografías e identificación, aislamientos del microorganismo causal. Todas las pruebas utilizadas para diagnosticar la tuberculosis para la curación o prevención se hace el diagnóstico médico basándose entre los principales métodos del diagnóstico.

El examen físico, donde se valora las condiciones físicas y psicológicas que el usuario presente.

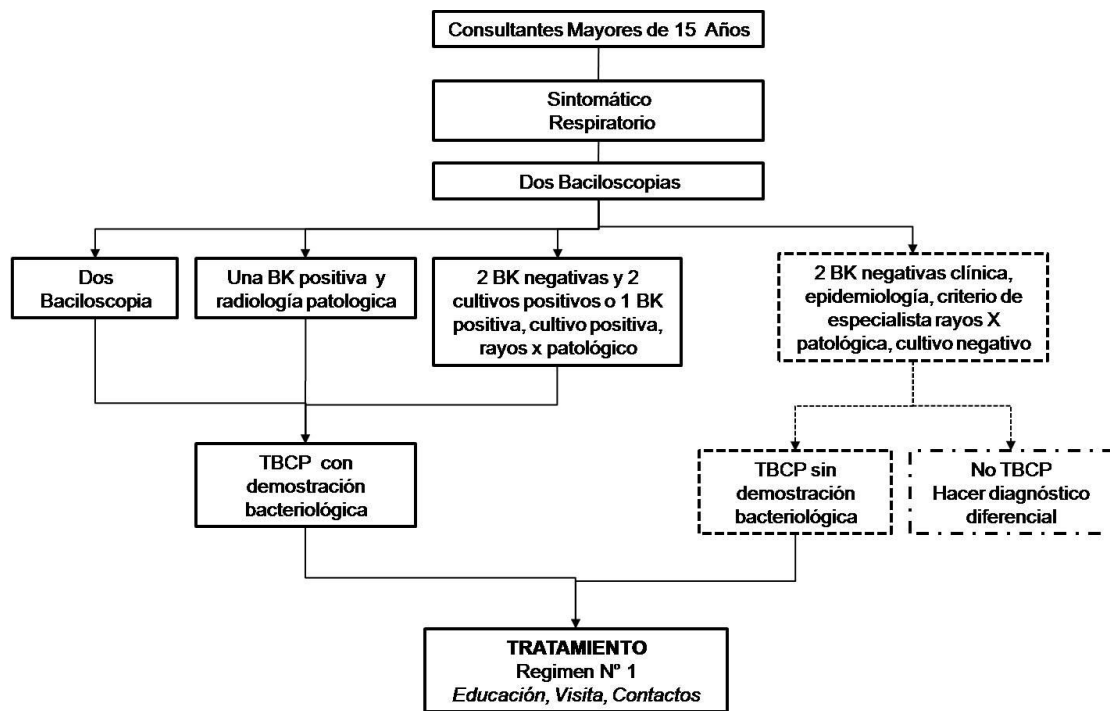
Radiología, las personas que tienen un resultado positivo en la prueba de tuberculina deben someterse a exámenes radiológicos para determinar si existen evidencias de tuberculosis activa. Normalmente se solicita proyecciones torácicos, tomografías de diferentes sectores corporales. Todas estas imágenes son útiles por que permiten definir presencia de nódulos, cavidades, quistes, calcificaciones y detalles vasculares presentes en el parénquima pulmonar.

El examen de esputo permite microscópicamente, identificar los *Mycobacterium tuberculosis* (bacilos ácidos resistentes) y es necesario como ya se expuso, orientar al usuario durante las actividades educativas en

qué consiste las pruebas de esputo, como obtener una muestra adecuada, y además hacer la demostración de cómo hacerlo.

Gráfico 1

Diagnóstico (Pesquisa) de TBCP.



Todos los pasos antes mencionados forman parte de la pesquisa y búsqueda de contactos. Generalmente, como ya se ha mencionado en otros párrafos, la acción de asistencias cumplidas por el personal de salud

(Trabajo Social, Enfermeras, Médicos) con el propósito de reducir el riesgo de contagio, por medio de la reducción de las fuentes de contagios.

Al respecto el Manual de Norma del Programa Antituberculoso, (2004), señala:

El examen del contacto también se reconoce como pesquisa que incluye el diagnóstico para luego proceder al tratamiento, aunado al desarrollo de un conjunto de actividades fundamentadas en lo siguiente: detectar precozmente a los TBCP bacilíferos, TBCP no bacilíferos, a los infectados y la con infección HIV – Tuberculosis. Tratar adecuadamente a los TBCP bacilíferos o no bacilíferos, y proteger a los grupos de alto riesgo de contraer la infección incluyendo a la protección de los niños de 0 a 10 años de la forma más grave de la TBCP (Pág.36)

Proteger a toda la población contra la TBCP y darle curación a quien la padece es la base principal del programa antituberculoso, es en ese orden preciso que se les debe dar a conocer a los pacientes la importancia de la búsqueda y tratamiento.

Tratamiento Antituberculoso Ambulatorio.

Como norma del MPPS (Ob-cit) se tiene que:

Toda persona con diagnóstico de TBCP, debe recibir el tratamiento bajo la supervisión del personal de salud en garantía de que haya cumplimiento de la toma del medicamento, cubriendo a nivel nacional a todos los pacientes (ambulatorio) establecidos en el esquema terapéutico según programas denominados fases del tratamiento (Pág.46)

Las fases de tratamientos desde el punto de vista comunitario (Ambulatorio, Barrio Adentro). El cuadro de tratamiento corresponde a los establecidos por el Programa Antituberculoso (Tisiología) del MPPS y son los que a continuación se mencionan:

- ~ Isoniacida (IT)
- ~ Rifampicina ®
- ~ Pirazinamida (Z)
- ~ Estreptomicina (S)
- ~ Ethambutol(€)

Estos conjuntos de fármacos son distribuidos por esquemas denominados por diferentes fases (Fase I), (Fase II) (Fase III), establecidos para esquemas de control, los esquemas bifásicos y de control son un tratamiento intermitente, estricto y completo bajo los siguientes lineamientos:

- ~ Esquema (I) (Primera Fase, Segunda Fase)
- ~ Esquema (II) (Primera Fase, Segunda Fase)
- ~ Esquema (III) (Control Estacionario)

Esquema (I): Esquemas bifásico, estricto y completo, 1° Fase: conformado por los medicamentos: Isoniacida, 300mg. Pirazinamida 1500mg. Ethambutol 1200 mg y Rifampicina 600 mg. 50 tomas por dos meses (8 semanas). Todos los días (diariamente), es recomendable bajo estricta vigilancia del personal de salud. 2° Fase: corresponde a la toma de

los siguientes medicamentos: 600mg de Isoniacida y 600 mg de Rifampicina tomadas durante cuatro meses que hace un total de 54 tomas que requiere ser tomadas tres veces por semana para la suma de 54 tomas. Bajo estricta vigilancia del personal de salud.

Esquema (II): También, bifásico para control continuado bajo estricta vigilancia del personal de salud de la recuperación. 1° Fase: igual al Esquema (I) con un tiempo de duración también de 8 semanas. 2° Fase: corresponde Isoniacida 300 mg, Ethambutol 150 Mg diariamente durante 10 meses, la toma del tratamiento del Esquema (II) según el MPPS (2001), “para la toma de la primera fase es de estricto control bajo las tomas, en cambio la segunda fase las tomas son menos estrictos el control” (Pág.29). Es decir se supone que la persona deben tener el aprendizaje que lleva a proporcionar la auto responsabilidad para tomar el medicamento durante días festivos o los fines de semana y dar fe que se cumplió con las tomas.

Esquema (III): Este esquema tiene un periodo de duración de 8 meses y le corresponde tener un control (estacionario). 1era Fase: Rifampicina, Estreptomina, Pirazinamida diario durante 8 semanas (tratamiento intrahospitalario). 2da Fase: INH (300 mg) TB1 (150 mg) diariamente durante 6 meses (ambulatorio).

En atención a los 3 esquemas antes mencionados corresponde a la terapia farmacológica de orden universal para toda persona clínicamente diagnosticada con TBCP. Lo cual establece lineamiento de regularidad y

exigencia en las tomas como un requisito para la curación de la TBCP. Lo que expresa la importancia en dar a conocer a los pacientes cada uno de los esquemas con sus respectivas fases.

Efectividad de las Tomas.

Corresponde la medición de la efectividad de las tomas por medio de los casos con tratamiento terminados (ficha, hojas de control) según toma (fecha). De acuerdo al control llevado sobre la ficha permite el reconocimiento y comprobación de la asistencia del paciente a la toma correspondiente, esto teóricamente permite un método de control que incluyen el reconociendo de los casos con tratamiento iniciado, casos encontrados, casos con tratamiento terminados, casos curados y casos de abandonos del tratamiento y de acuerdo al alcance de estas actividades se puede medir la efectividad de las tomas.

En ese sentido, en lo concerniente a la organización para hacer efectiva las tomas de los medicamentos se debe tratar de enseñar al paciente por medio de las instrucciones del programa con ciertos grados de normatización con el fin de que internalice la continuidad de cada toma según esquema con sus respectivas fases.

La autora de la investigación considera que durante la asistencia del paciente para la toma el ambiente debe ser sugerido un ambiente que refleje:

- ~ Amabilidad
- ~ Suficiente tiempo para las instrucciones
- ~ Un lugar tranquilo
- ~ Lenguaje simple y muchas repetición (conversación) (facilitador – participantes)

Organización del Tratamiento Domiciliario.

Alrededor de 30% de tuberculosos mantienen la terapia durante un (1) año, en particular los pacientes, que desde el principio, tenían síntomas poco graves. Sin embargo, hay que tener claro que el paciente normal es aquel que no toma regularmente sus medicamentos. Sobre él recae un doble y difícil trabajo por realizar. Por un lado, se encuentra enfermo y requiere tomar sus medicamentos según lo establecido y por otro, está sano por que puede continuar con su empleo (Pág.172)

La organización del tratamiento domiciliario corresponde a la posibilidad de que estos pacientes que se creen sanos y abandonan los esquemas terapéuticos den continuidad y por medio de la búsqueda retomar las pesquisas en los sintomáticos respiratorios y reiniciar los controles de la terapia ya explicadas en otros párrafos.

Estos aprendizajes deben ir acompañados de mensajes para los cuales los participantes interpreten que el plan terapéutico requiere de la garantía de

las tomas, por ello se hará la organización del tratamiento domiciliario como parte de la programación terapéutica ambulatorio – paciente y comunidad e ir a la búsqueda del caso que lo amerite bajo las siguientes condiciones:

- ~ Reconocimiento del área por medio de la hoja de control (ficha) o tarjeta)
- ~ Cumplimiento del examen clínico, bacteriológico y radiológico
- ~ Asistencia inmediata en casos de sintomatología

En el cumplimiento de estas acciones se está evitando la proliferación del bacilo y también alcanzando un mayor y mejor acercamiento del paciente tratado con el Ambulatorio o módulo de Barrio Adentro, por medio de la organización de la visita domiciliaria.

Al respecto González D., y Parra J., (Ob-cit) señalan:

Visita domiciliaria: en cualquiera de los servicios que funcione el programa de Neumotisiología (tratamiento, pesquisa y prevención), se debe tener presente que toda persona que es controlado requiere ser visitado por el personal de salud. El hecho de que una persona es de control por TBCP amerita una asistencia sanitaria idónea para ejercer acción educativa y de quimio profilaxis, supervisar tratamiento ambulatorio, actividades de vacunación (BCG), pesquisas baciloscopia, etc. (Pág.49)

Por tanto la visita domiciliaria, continúan destacando los mismos autores, son actividades extramuros que ocupan un lugar prioritario entre las acciones del personal de salud en el hogar del enfermo, tanto física como psicosocial. En ello tiene la gran oportunidad de investigar por todo los medios a su

alcance las posibles causas por la que este paciente podría dejar el tratamiento para así, por medio de actividades fortalecer las debilidades presentes.

La organización del tratamiento domiciliario, aparte de asistir en el aporte del tratamiento, también se plantea como parte de las estrategias que expresen el intento de promover cambios útiles en el paciente y acompañantes con miras a las actividades preventivas y curativas.

Según el MPPS (2001):

La organización del tratamiento domiciliario es necesaria en los casos cuando el tuberculoso mantiene la terapia por un año, y abandonan en particular los pacientes que desde el principio, tenían síntomas pocos graves y no vuelven. En ese caso, en los servicios locales es necesario buscarlos para la continuidad de la evaluación incluyendo la evaluación de los nuevos casos (Pág.96)

En lo posible la organización del tratamiento domiciliario debe abarcar la insistencia sobre el tratamiento al paciente y familia, controlar los recipientes, así como descubrir la causa del abandono que actuaron en el impedimento en las tomas del tratamiento.

Sistema de Variables

Variable Única: Tratamiento y control antituberculoso como medida terapéutica comunitaria.

Definición Conceptual: La propuesta de un programa educativo sobre tratamientos y control antituberculoso dirigido a paciente/usuarios. La OPS (2002), lo define como parte del fortalecimiento de los sistemas locales de salud para servir a una población determinada en una región específica que debe tener en cuenta las propias características y posibilidades para todos los consultantes por TBCP.

Definición Operacional: Se refiere a la oferta de un programa educativo dirigido a los pacientes que asisten a recibir la toma del tratamiento antituberculoso a fin de aportar información y enseñanzas sobre la importancia del tratamiento para el logro de la recuperación.

Operacionalización de la Variable

Variable Única: Tratamiento y Control Antituberculoso como medida Terapéutica Comunitaria.
Definición Operacional: Se refiere a la oferta de un programa educativo dirigido a los pacientes que asisten a recibir la toma del tratamiento antituberculoso a fin de aportar información y enseñanzas sobre la importancia del tratamiento para el logro de la recuperación.

| Dimensión | Indicadores | Subindicadores | Ítems |
|---|--|---|----------------------|
| Programa Educativo: Se refiere al diseño de contenidos para orientar, enseñar a los pacientes de control por TBCP a que aumenten sus aprendizajes sobre el control de la TBCP, regularidad del tratamiento, pesquisas como punto clave en el fomento del bienestar de estas personas familia y comunidad | Aspecto epidemiológico de la TBCP | Ocurrencia de la TBCP Situación de riesgo | 1 al 3 4 al 6 |
| | Búsqueda del enfermo con TBCP en el contexto familiar y comunidad. | Alcance de la pesquisa Estudio diagnóstico comunitario | 7 al 9 10 al 14 |
| | Tratamiento antituberculoso en el alcance de su efectividad | Efecto originado por el abandono del tratamiento Organización del tratamiento domiciliario | 15 al 18 19 al 20 |

Fuente. La Autora (2012)

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

Partiendo de la idea de Ramírez, (1999), que señala “el problema determina el enfoque investigativo a utilizar y no este al primero”(Pág.26). El problema de investigación se centra en la pregunta, hacer una propuesta de un programa educativo sobre tratamiento y control antituberculoso dirigido a pacientes con TBCP de control ambulatorio, desde un enfoque cuantitativo es decir, el problema se abordará utilizando la metodología desarrollada en las ciencias naturales, la cual comprende a la recopilación de datos estadísticos descriptivos, con sus respectivos campos de acción metodológico.

Diseño de la Investigación

El diseño de la investigación sugiere emprender el problema a partir de una investigación de campo, la cual consiste según Arias (1999), “en la recolección de datos directamente de la realidad donde ocurren los hechos sin controlar y manipular variable alguna” (Pág.48). Es decir, se estudia el

fenómeno en su ambiente natural. Este ambiente natural, la consulta ambulatoria que asiste a pacientes con diagnóstico clínico de TBCP en el Servicio de Neumotisiología de Ocumare del Tuy, ubicado en Los Valles del Tuy, Estado Bolivariano de Miranda.

Por tanto, la búsqueda de la información se efectuó directamente sobre quiénes son los principales involucrados pacientes con diagnóstico clínicos de TBCP que llevan su control sanitario recibiendo asistencia directa para su tratamiento y para las evaluaciones correspondientes.

Tipo de Investigación

Según Hernández Sampiere., Fernández Collado., y Baptista L., (2008), “el alcance de la investigación fue descriptivo tipo proyectó factible, es descriptivo por que la indagación consiste en caracterizar un fenómeno o situación concreta indicando sus rasgos más peculiares o diferenciadores” (Pág.43). En correspondencia a esto, el estudio se plantea tipo proyecto factible ya que se hace una propuesta de un programa educativo lo cual trata de plantear posible soluciones por medio de las enseñanzas en la búsqueda de un mayor y mejor bienestar en los pacientes de TBCP que son atendidos en el Servicio de Neumotisiología en Ocumare del Tuy, ubicado en Los Valles del Tuy, Estado Bolivariano de Miranda.

Así mismo, el estudio es transversal según Hernández Sampiere., Fernández Collado., y Baptista L., (Ob-cit), “es transversal porque la variable es estudiada en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo” (Pág.165). En el caso del estudio, este se desarrolló durante el primer trimestre del 2012, es decir los datos fueron recopilados en un momento único para indagar la incidencia de las modalidades de la población objeto estudio.

Población y Muestra

Según Palella, S (2006), define población como “un conjunto finito o infinito de elementos, personas o cosas pertinentes a una investigación y que generalmente puede ser inaccesible”. Por tal motivo, la población objeto estudio se rige bajo las siguientes unidades personas/usuarios que reciben control y tratamiento antituberculoso en el Servicio de Neumotisiología de Ocumare del Tuy, ubicado en Los Valles del Tuy, Estado Bolivariano de Miranda, que son 15 paciente los cuales representan el 100% de la población objeto estudio que correspondieron estar presente al momento de recolectar la información.

En ese sentido, la autora decide abarcar la totalidad de la población, es decir, 15 pacientes que representan el 100% de la población. El motivo por el cual se decide trabajar con la totalidad de la población por cuanto esto es

conformado por un grupo pequeño de pacientes ubicados dentro del área del servicio ambulatorio para pacientes con diagnóstico clínico de TB CP.

Método de Recolección de datos

Según Ramírez, (Ob-cit), el método corresponden a “un conjunto de estrategias que permiten guiar todo proceso investigativo” (Pág.36). Este autor continúa destacando que en lo referente al método, este debe estar definido de acuerdo a los objetivos establecidos en estudio que faciliten la recolección de los datos por medio de instrumentos sobre la variable a estudiar.

En ese orden, el método de la investigación a tratar es representado por un cuestionario, el cual se diseña en función de la recolección de datos y corresponde a un cuestionario tipo dicotómico de respuestas (Correctas – Incorrectas) conformado por Veinte (20) ítems.

Validez y Confiabilidad

Validez

De acuerdo con Canales, Alvarado, y Pineda (2008), la validez de un instrumento viene dada por su “eficiencia para medir lo que se requiere verificar en una determinada variable” (Pág.194). En el caso de la

investigación propuesta se utilizó como procedimiento de validación del contenido a través de juicios de expertos en esta modalidad de validación se recurre a ciertos jueces para ejecutar la validación y la pregunta básica es ¿Mide o no este ítem la propiedad propuesta? En ese sentido, se realizó la validez por expertos docentes, asistenciales y metodológicos, que a su vez dieron la validez para el diseño del instrumento definitivo.

Confiabilidad.

Definida por Busott, (1998), como la capacidad que tiene un instrumento de registrar los mismos resultados que en repetidas ocasiones puede dar con una misma muestra y bajo una misma condición” (Pág.108).

El procedimiento más común para determinar la confiabilidad mediante un coeficiente, es la medida de estabilidad (confiabilidad por test), como señala Hernández (2000), “en este procedimiento un mismo instrumento de medición (o ítems o indicadores) es aplicado una o más veces a un mismo grupo de personas, después de un periodo de tiempo, la correlación entre los resultados de las diferentes aplicaciones si es altamente positiva, el instrumento se considera confiable” (Pág.249).

A objetos de medir la confiabilidad del instrumento a utilizar en la investigación, se aplicó el mismo una prueba piloto, compuesta por (8) pacientes que reúnen las mismas características de la población pero que no

formen parte de la muestra, aplicándose a fin de concluir la similitud en las respuestas, dando como resultado (0,88)

Pasos Utilizados para la Recolección de Datos

Se solicitó ante la Gerencia Administrativa del Servicio de Neumotisiología de Ocumare del Tuy, ubicado en Los Valles del Tuy, Estado Bolivariano de Miranda, la autorización para aplicar el instrumento de recolección de datos.

El instrumento se aplicó por los investigadores a fin de garantizar la objetividad de los resultados. Se contó con los recursos materiales y financieros para la recolección de los datos y su posterior tabulación y análisis

Técnica de Análisis de Recolección de Datos

Para analizar los datos obtenidos se utilizó la estadísticas descriptivas para medir la frecuencia absoluta y porcentual (%) de las respuestas obtenidas por medio del cuestionario en cada uno de los pacientes, de igual forma se procedió al diseño de cuadros y gráficos establecidos por medio de frecuencias absolutas y porcentual con el fin de facilitar la comprensión de los resultados.

CAPITULO IV

PRESENTACION Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El contenido de este capítulo corresponde a los resultados de la investigación con sus respectivos análisis.

En ese sentido a continuación son presentados los resultados en cuadros estadísticos los mismos se encuentran enmarcados por medio de frecuencia absoluta y porcentajes con la intención de facilitar la información obtenida.

Cuadro 1

Distribución de las respuestas aportadas por los usuarios sobre el subindicador de ocurrencia de la TBCP en la Consulta de Atención y Control de Tuberculosis del Servicio de Neumotisiología de Ocumare del Tuy, ubicado en Los Valles del Tuy, Estado Bolivariano de Miranda, Primer Trimestre 2012.

| Preguntas | Respuestas | | | | Total |
|---|------------|----|------------|----|-------|
| | Correcto | | Incorrecto | | |
| | F | % | F | % | |
| 1. La ocurrencia de la TBCP tiene relación con un medio insalubre (vivienda con humedad, sin ventilación) | 06 | 40 | 09 | 60 | 100 |
| 2. Afecta a la población con mas carencia socio económica | 07 | 46 | 08 | 54 | 100 |
| 3. Su fácil contagio se debe a que se transmite vía aérea (aire) | 06 | 40 | 09 | 60 | 100 |

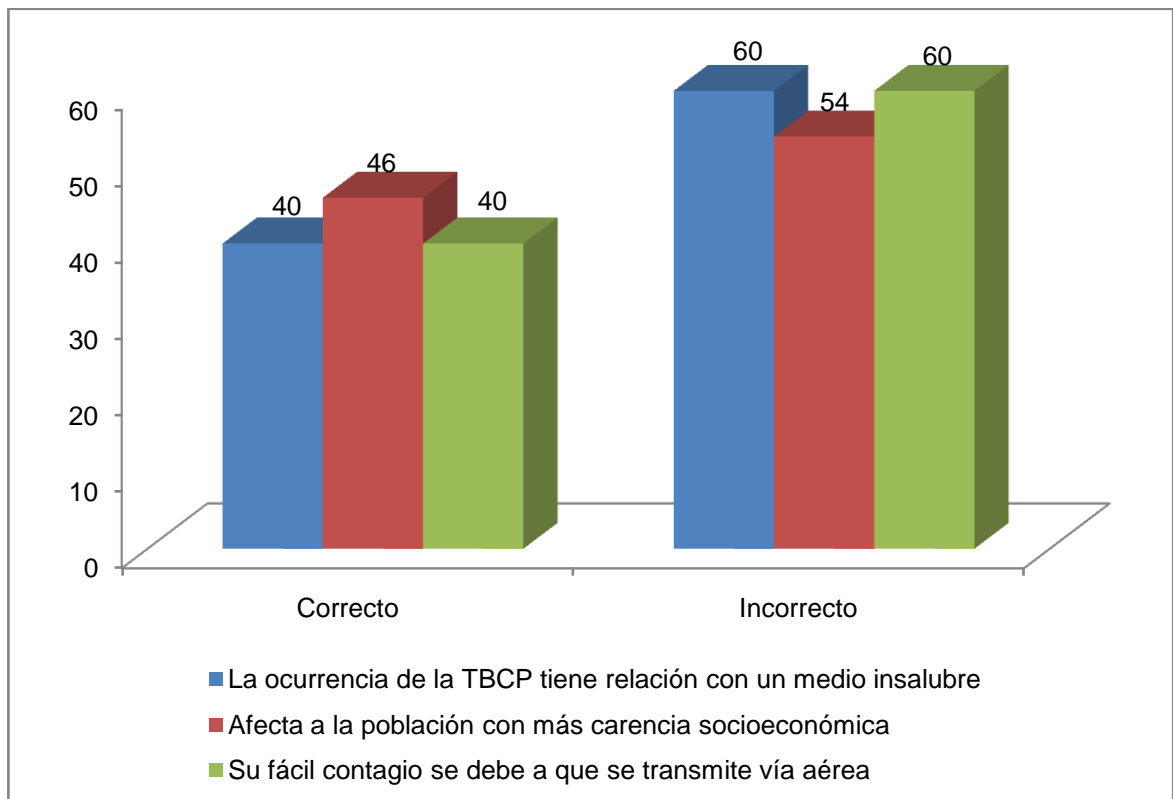
Fuente: Instrumento aplicado por la Autora (2012)

A continuación se presentan los resultados del subindicador ocurrencia de la (TBCP). Para la pregunta la ocurrencia de la TBCP tiene relación con la pobreza 40% de las respuestas correspondió a la categoría correcto y 60% le correspondió a la categoría incorrecto. Para la pregunta afecta a la población más necesitada 46% fue para la categoría correcto y 54% para la categoría incorrecto. Para la pregunta la ocurrencia se relaciona con el hecho de que la TBCP se transmite de manera aérea; 40% de las respuestas fue para la categoría correcto y 60% correspondió a la categoría incorrecta.

De acuerdo a los resultados el 42% apenas acertó que es correcta la relación de pobreza con las ocurrencias de TBCP.

Gráfico 1

Distribución de las respuestas aportadas por los usuarios sobre el subindicador de ocurrencia de la TBCP en la Consulta de Atención y Control de Tuberculosis del Servicio de Neumotisiología de Ocumare del Tuy, ubicado en Los Valles del Tuy, Estado Bolivariano de Miranda, Primer Trimestre 2012.



Fuente: Instrumento aplicado por la Autora (2012)

Cuadro 2

Distribución de las respuestas aportadas por los usuarios sobre el subindicador Situación de Riesgo en la Consulta de Atención y Control de Tuberculosis del Servicio de Neumotisiología de Ocumare del Tuy, ubicado en Los Valles del Tuy, Estado Bolivariano de Miranda, Primer Trimestre 2012.

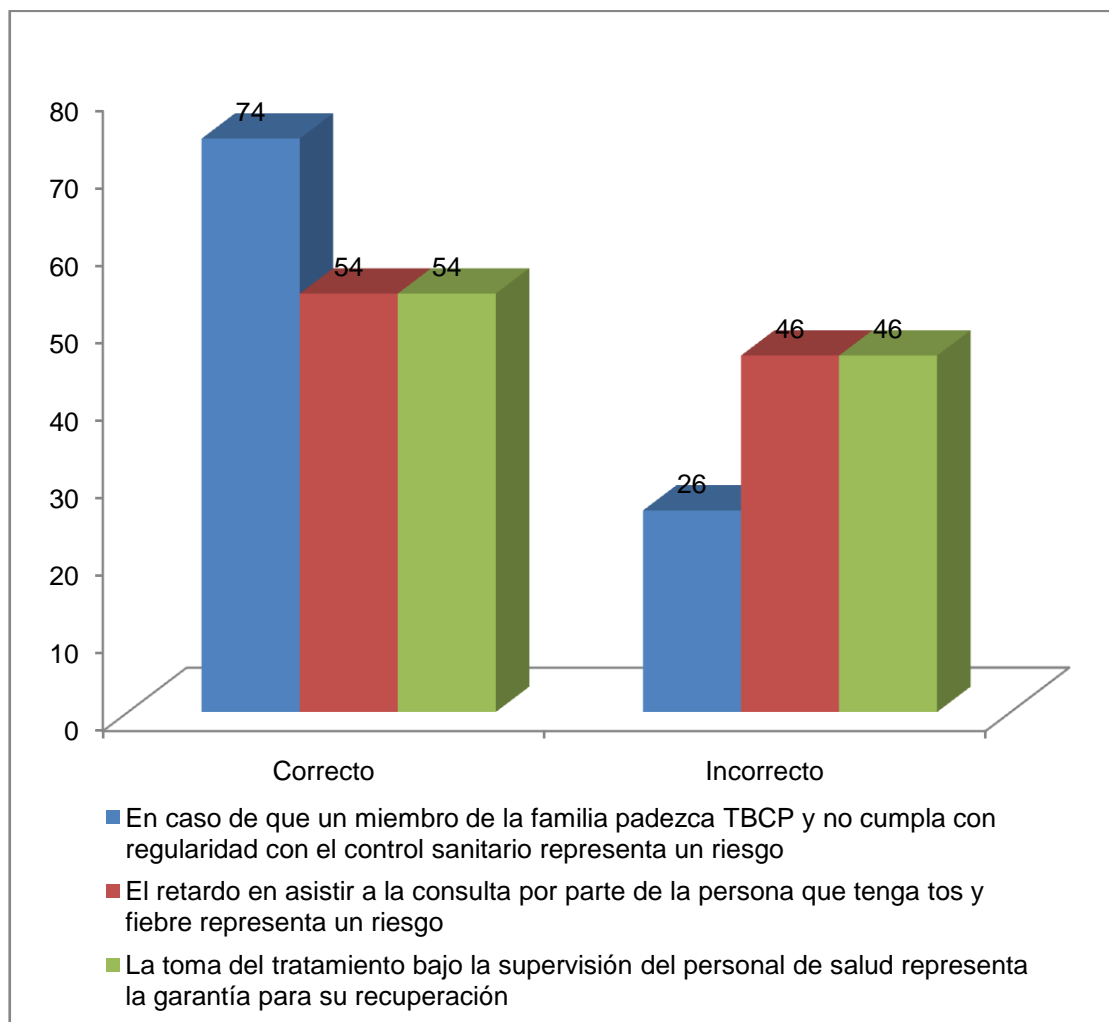
| Preguntas | Respuestas | | | | Total |
|---|------------|----|------------|----|-------|
| | Correcto | | Incorrecto | | |
| | F | % | F | % | |
| 4. En caso de que un miembro de la familia padezca TBCP y no cumpla con regularidad con el control sanitario ello representa un riesgo. | 11 | 74 | 04 | 26 | 100 |
| 5. El retardo en asistir a la consulta por parte de la persona que tenga tos, malestar y fiebre con tacto de personas con TBCP representa un riesgo | 08 | 54 | 07 | 46 | 100 |
| 6. La toma del tratamiento bajo la supervisión del personal de salud representa la garantía para lograr su recuperación. | 08 | 54 | 07 | 46 | 100 |

Fuente: Instrumento aplicado por la Autora (2012)

Los resultados del subindicador de riesgo en relación al incumplimiento oportuno del control sanitario. Para la pregunta riesgo para el enfermo y acompañante por no llevar un control ideal 74% de la respuesta correspondió a la categoría correcto y 26% de las respuestas fue para la categoría incorrecto. Para la pregunta retardo para asistir a la consultas por tos y fiebre 54% considero que es correcto y 46% indico incorrecto. Para la pregunta acerca de la toma del tratamiento bajo supervisión como garantía contra el riesgo 54% consideró que es correcto y 46% incorrecto. Según resultados el 60% consideró que puede haber una situación de riesgo a TBCP por el incumplimiento de un control eficaz.

Gráfico2

Distribución de las respuestas aportadas por los usuarios sobre el subindicador Situación de Riesgo en la Consulta de Atención y Control de Tuberculosis del Servicio de Neumotisiología de Ocumare del Tuy, ubicado en Los Valles del Tuy, Estado Bolivariano de Miranda, Primer Trimestre 2012.



Fuente: Instrumento aplicado por la Autora (2012)

Cuadro 3

Distribución de las respuestas aportadas por los usuarios sobre el subindicador Alcance de la Pesquisa en la Consulta de Atención y Control de Tuberculosis del Servicio de Neumotisiología de Ocumare del Tuy, ubicado en Los Valles del Tuy, Estado Bolivariano de Miranda, Primer Trimestre 2012.

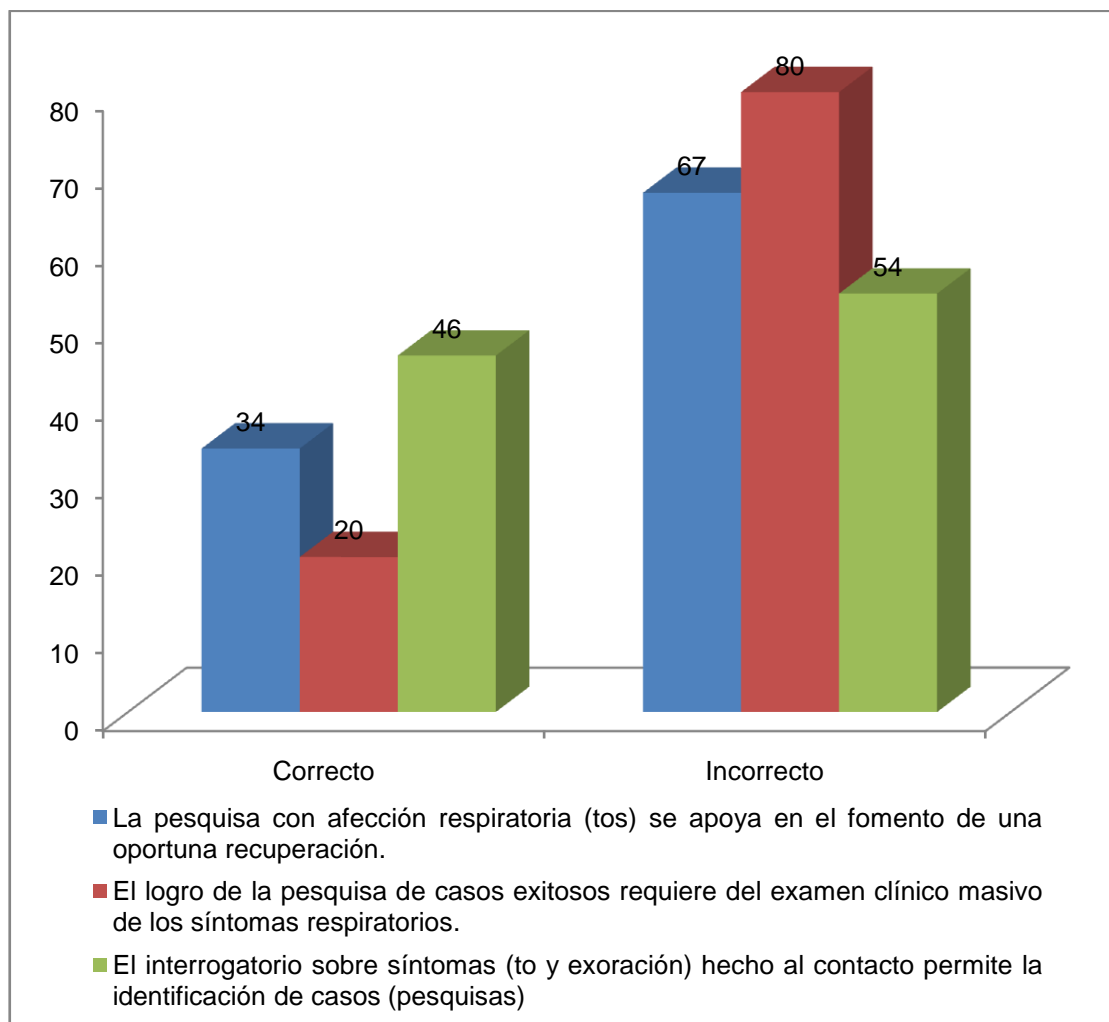
| Preguntas | Respuestas | | | | Total |
|--|------------|----|------------|----|-------|
| | Correcto | | Incorrecto | | |
| | F | % | F | % | |
| 7. La pesquisa con afección respiratoria (tos) se apoya en el fomento de una oportuna recuperación. | 05 | 34 | 10 | 66 | 100 |
| 8. El logro de la pesquisa de casos exitosos requiere del examen clínico masivo de los síntomas respiratorios | 03 | 20 | 12 | 80 | 100 |
| 9. El interrogatorio sobre síntomas (tos y expectoración) hecho al contacto permite la identificación de casos (pesquisas) | 07 | 46 | 08 | 54 | 100 |

Fuente: Instrumento aplicado por la Autora (2012)

Los resultados del sub indicador pesquisas en lo correspondientes a la pregunta la pesquisa del enfermo con afección respiratoria (tos) se apoya para la recuperación 34% de las respuestas indico correcto y 66% señaló incorrecto. Para la pregunta de si el examen masivo en los sintomáticos respiratorios permite casos exitosos, 20% consideró que es correcto y un 80% lo consideró incorrecto. Para la pregunta sobre el interrogatorio del contacto con TBCP permite la identificación de casos 46% lo consideró correcto y un 54% lo consideró incorrecto. Según los resultados apenas el 33% de éstos acertaron en las respuestas correctas, estos resultados indican que la población objeto estudio no tiene con exactitud dominio sobre la pesquisa de la TBCP.

Gráfico3

Distribución de las respuestas aportadas por los usuarios sobre el subindicador Alcance de la Pesquisa en la Consulta de Atención y Control de Tuberculosis del Servicio de Neumotisiología de Ocumare del Tuy, ubicado en Los Valles del Tuy, Estado Bolivariano de Miranda, Primer Trimestre 2012.



Fuente: Instrumento aplicado por la Autora (2012)

Cuadro 4

Distribución de las respuestas aportadas por los usuarios sobre el subindicador Estudio Diagnostico Comunitario en la Consulta de Atención y Control de Tuberculosis del Servicio de Neumotisiología de Ocumare del Tuy, ubicado en Los Valles del Tuy, Estado Bolivariano de Miranda, Primer Trimestre 2012.

| Preguntas | Respuestas | | | | Total |
|--|------------|----|------------|----|-------|
| | Correcto | | Incorrecto | | |
| | F | % | F | % | |
| 10. El examen del esputo (expectoración) permite describir los bacilos Mycobacterium de la TBCP. | 08 | 54 | 07 | 46 | 100 |
| 11. La indicación para la entrega del esputo para ser examinado se realiza en caso de que una persona presente tos durante más de 14 días. | 05 | 34 | 10 | 66 | 100 |
| 12. La recolección del esputo indica que la persona se enjuaga la boca con agua y que produzca bronquial desde las profundidades del pecho | 07 | 46 | 08 | 54 | 100 |
| 13. Placa radiográfica de tórax | 08 | 54 | 07 | 46 | 100 |
| 14. Prueba tuberculina | 03 | 20 | 12 | 80 | 100 |

Fuente: Instrumento aplicado por la Autora (2012)

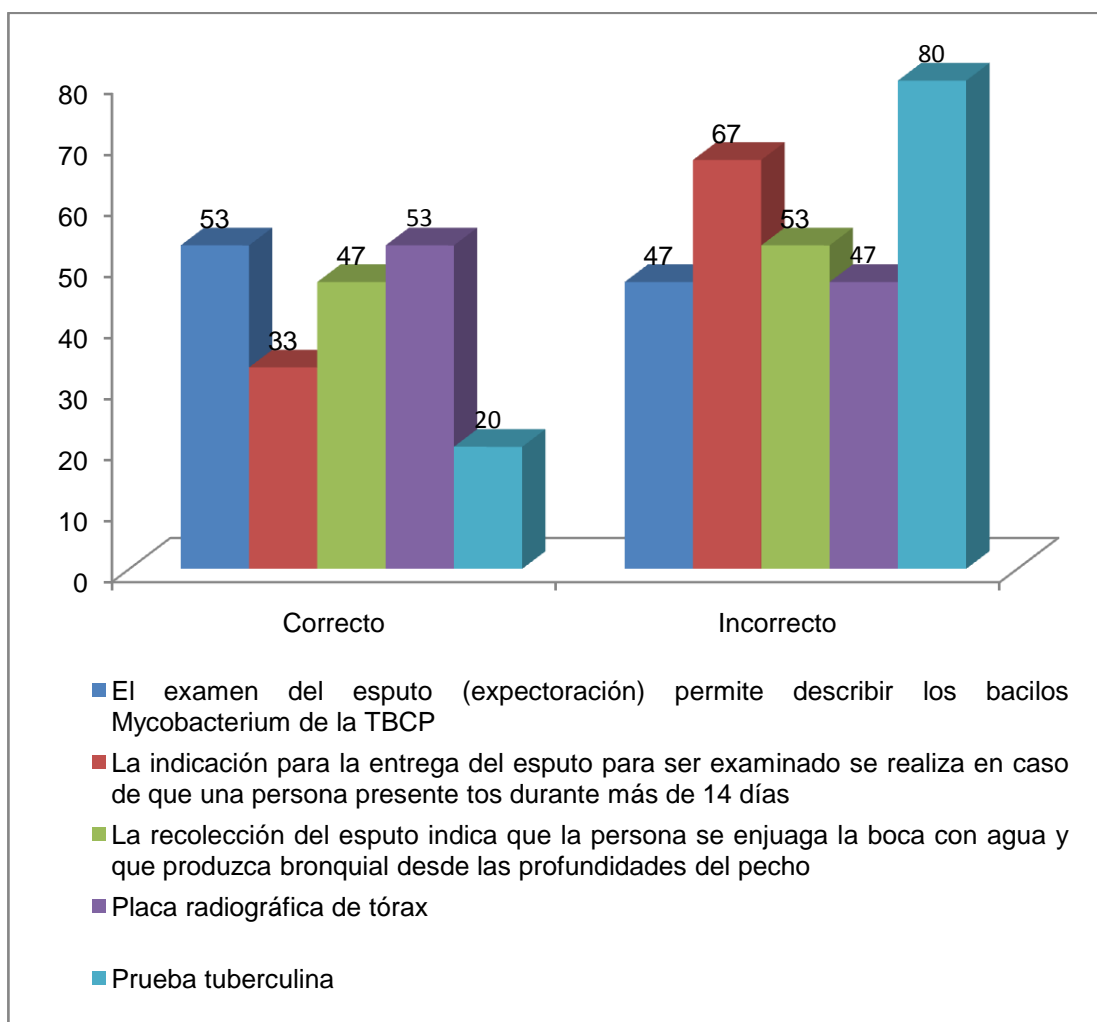
A continuación se presentan los resultados correspondientes del subindicador Estudios Diagnósticos de la TBCP estos señalan: para la pregunta sobre el examen de esputo permite descubrir los bacilos; 54% de las respuestas señaló que es correcto y un 46% señaló incorrecto. Para la pregunta sobre la indicación para la entrega del esputo se realiza en caso de que una persona presente tos durante más de 14 días 34% respondió correcto mientras que el 66% respondió incorrecto. Para la pregunta sobre si para la recolección de esputo la persona debe producir a nivel bronquial desde las profundidades del pecho 54% señaló correcto y un 46% indicó incorrecto. Para la pregunta la placa radiográfica del tórax permite reconocer

la TBCP 60% por medio de las respuestas lo considero correcto mientras que el 40% lo considero incorrecto. Para la pregunta acerca de la prueba tuberculina como medio diagnostico 20% lo señaló correcto y un 80% lo consideró incorrecto.

De acuerdo a los resultados el 43,8% consideró a las preguntas formuladas correctas mientras que el 52,2% le correspondió la categoría incorrecta.

Gráfico 6

Distribución de las respuestas aportadas por los usuarios sobre el subindicador Estudio Diagnostico Comunitario en la Consulta de Atención y Control de Tuberculosis del Servicio de Neumotisiología de Ocumare del Tuy, ubicado en Los Valles del Tuy, Estado Bolivariano de Miranda, Primer Trimestre 2012.



Fuente: Instrumento aplicado por la Autora (2012)

Cuadro 5

Distribución de las respuestas aportadas por los usuarios sobre el subindicador Efecto Originado por el abandono del tratamiento antituberculoso en la Consulta de Atención y Control de Tuberculosis del Servicio de Neumotisiología de Ocumare del Tuy, ubicado en Los Valles del Tuy, Estado Bolivariano de Miranda, Primer Trimestre 2012.

| Preguntas | Respuestas | | | | Total |
|--|------------|----|------------|----|-------|
| | Correcto | | Incorrecto | | |
| | F | % | F | % | |
| 15. En caso de interrumpir el tratamiento durante este periodo ocasiona una resistencia hacia la sanación. | 05 | 34 | 10 | 66 | 100 |
| 16. Cuando no se cumple de manera regularizada con el programa de tratamiento se puede esperar un incremento de la resistencia primaria para sanación. | 08 | 54 | 07 | 46 | 100 |
| 17. En caso de interrumpirlo por un tiempo prolongado y luego volver a iniciarlo debido a la aparición de nuevos síntomas ocurre la resistencia secundaria contra el tratamiento | 03 | 20 | 12 | 80 | 100 |
| 18. La resistencia secundaria puede ser causa del fracaso terapéutico | 03 | 20 | 12 | 80 | 100 |

Fuente: Instrumento aplicado por la Autora (2012)

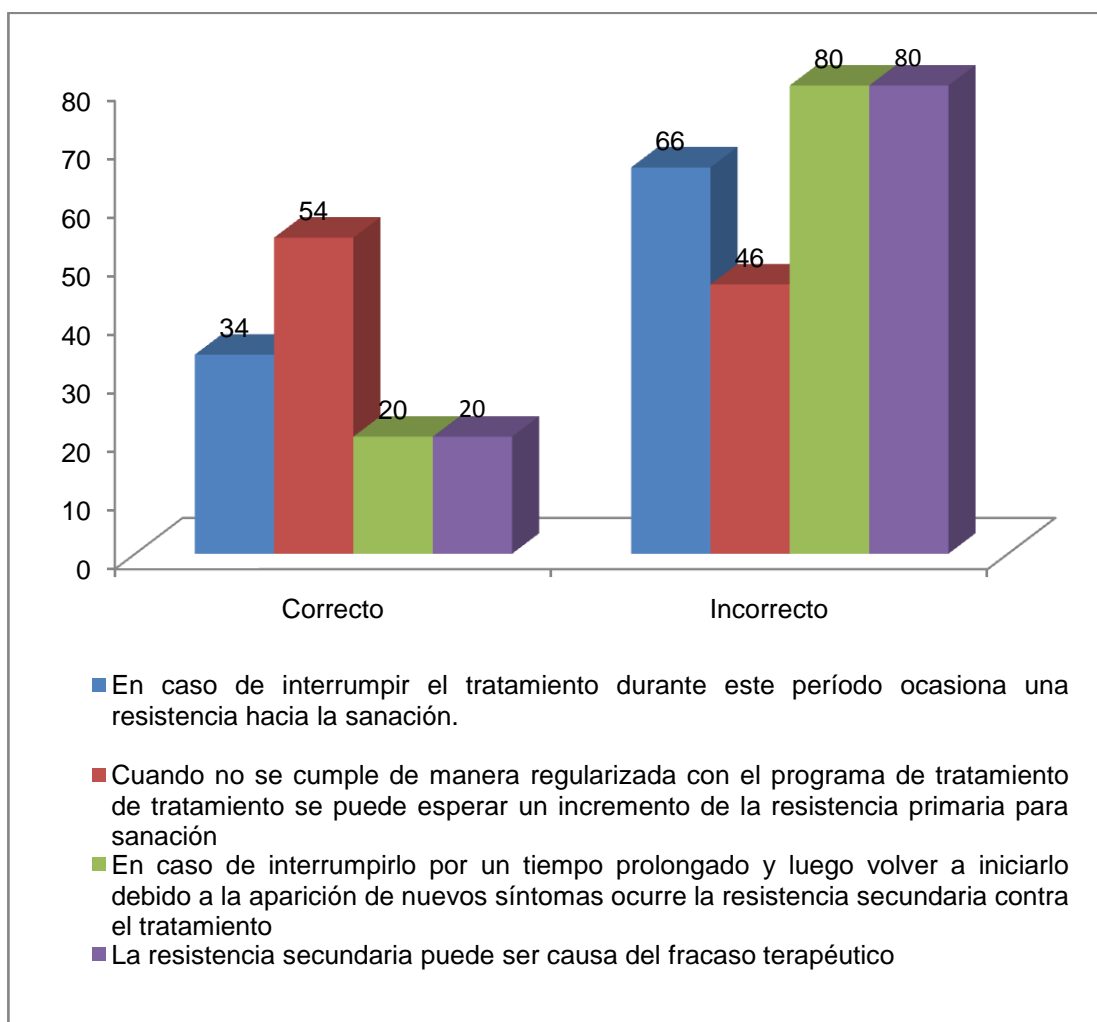
A continuación son señalados los resultados del sub indicador efectos originados por el abandono del tratamiento; estos señalan para la pregunta que indica sobre el abandono durante este periodo y los efectos de resistencia del tratamiento 34% indicó correcto y 66% señaló incorrecto, para la pregunta sobre el incremento de resistencia para la sanación motivada al incumplimiento regularizado del tratamiento 60% señaló correcto y 40% señaló incorrecto para la pregunta en caso de interrumpirlo por un tiempo prolongado y luego volver a iniciarlo debido a la aparición de nuevos

síntomas ocurre la resistencia secundaria contra el tratamiento 20% señaló correcto y 80% señaló incorrecto. Para la pregunta acerca de la resistencia secundaria como fracaso terapéutico, el 20% señaló que es correcto y el 80% marcó que es incorrecto.

De acuerdo a los resultados apenas el 25% del total de la población respondió la respuesta correcta y un 75% la respuesta incorrecta.

Gráfico5

Distribución de las respuestas aportadas por los usuarios sobre el subindicador Efecto Originado por el abandono del tratamiento antituberculoso en la Consulta de Atención y Control de Tuberculosis del Servicio de Neumotisiología de Ocumare del Tuy, ubicado en Los Valles del Tuy, Estado Bolivariano de Miranda, Primer Trimestre 2012.



Fuente: Instrumento aplicado por la Autora (2012)

Cuadro 6

Distribución de las respuestas aportadas por los usuarios sobre el sub indicador organización en las tomas del tratamiento antituberculoso domiciliario en la Consulta de Atención y Control de Tuberculosis del Servicio de Neumotisiología de Ocumare del Tuy, ubicado en Los Valles del Tuy, Estado Bolivariano de Miranda, Primer Trimestre 2012.

| Preguntas | Respuestas | | | | Total |
|--|------------|----|------------|----|-------|
| | Correcto | | Incorrecto | | |
| | F | % | F | % | |
| 19. Consideras necesario que el personal de salud visite al domicilio de los pacientes que se creen sanos y abandonan el esquema terapéutico | 09 | 60 | 03 | 20 | 100 |
| 20. La gratuidad del tratamiento significa dar accesibilidad a todas las personas que lo ameritan | 10 | 66 | 05 | 34 | 100 |

Fuente: Instrumento aplicado por la Autora (2012)

Los resultados del sub indicador efectividad en las tomas del tratamiento.

Para la pregunta sobre la medición de la efectividad está relacionada con el orden de iniciado y curado 80% señaló correcto y 20% señaló incorrecto.

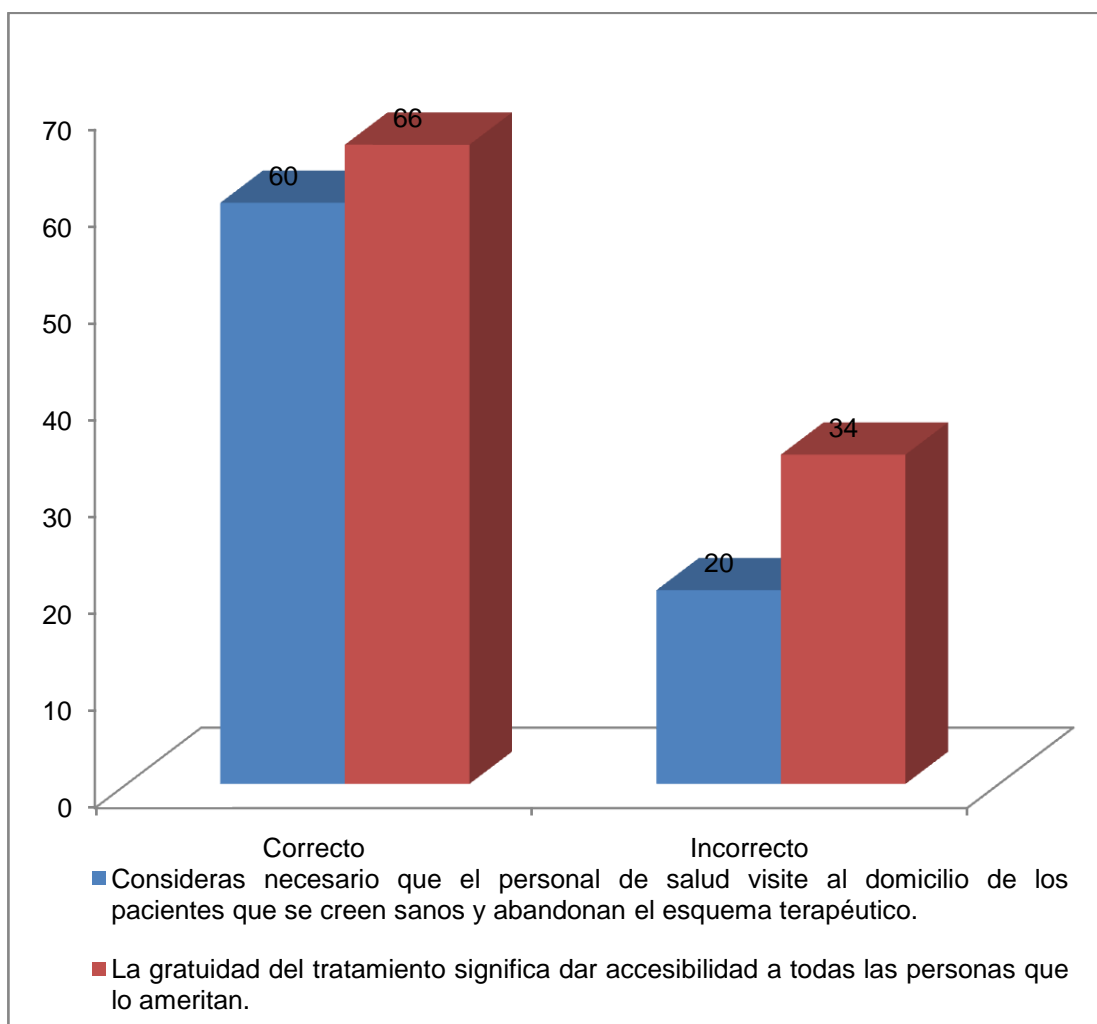
Para la pregunta sobre la visita al domicilio del paciente que abandonan el esquema terapéutico 60% señaló correcto y 40% señaló incorrecto.

Para la pregunta sobre la gratuidad y su relación con la accesibilidad 66% señaló correcto y 34% señaló incorrecto.

Según los resultados, el 69% de las respuestas son para la categoría correctas, es decir, la mayoría considera que el tratamiento es efectivo siempre que haya regularidad en la atención continua

Gráfico6

Distribución de las respuestas aportadas por los usuarios sobre el subindicador Efecto Originado por el abandono del tratamiento antituberculoso en la Consulta de Atención y Control de Tuberculosis del Servicio de Neumotisiología de Ocumare del Tuy, ubicado en Los Valles del Tuy, Estado Bolivariano de Miranda, Primer Trimestre 2012.



Fuente: Instrumento aplicado por la Autora (2012)

Análisis e Interpretación de los Resultados

El contenido de los análisis e interpretación de los resultados se hará de acuerdo a los indicadores establecidos en la investigación.

Para el indicador relacionado a los aspectos epidemiológicos de la TBCP los resultados indican que apenas el 51% de las respuestas correspondió a la categoría correcto, lo que refleja que la mitad de la población objeto sobre el indicador aspectos epidemiológicos de la TBCP en los componentes (ocurrencia de la TBCP, situación de riesgo, conoce sobre los aspectos epidemiológicos de la TBCP. Para la categoría correcto un 38,4% estos resultados expresan poco dominio del tema en relación al contenido búsqueda del enfermo en los componentes: Alcance de la pesquisa, y estudio diagnóstico).

Para el indicador tratamiento antituberculoso según los resultados obtenidos el 69% correspondieron a la categoría correcta en los componentes (efectividad en la toma y organización del tratamiento domiciliario). Dando respuesta a lo observado según resultado y en consideración de la severidad que representa la TBCP como enfermedad infecto contagiosa la autora de la investigación cree necesario que estos pacientes con DX de TBCP que asisten de manera periódica a recibir su tratamiento aprovechen esa oportunidad para orientarlos o enseñarles sobre la TBCP y su control a favor de la recuperación de estas personas.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Ofrecer herramientas de contenidos prácticos relacionados a la asistencia del paciente con TBCP, aspectos que lo involucran al proceso de trabajo para su curación, representa el reto de proponer modalidades para que por medio de un proceso educativo (orientación y enseñanza) se pretenda trabajar con las personas de control con TBCP en función de una pronta recuperación.

De acuerdo a ello, a continuación se hacen las conclusiones relacionados a los indicadores de investigación:

Los pacientes o usuarios de control comunitario por TBCP (15) 100% de la población objeto estudio el 51% respondió de manera correcta en relación al indicador aspectos epidemiológico de la TBCP en los componentes (ocurrencia de la TBCP y situación de riesgo).

Los pacientes o usuarios de control comunitario por TBCP (15) 100% de la población objeto estudio el 38,4% respondió de manera correcta en

relación al indicador búsqueda del enfermo de TBCP en los componentes (alcance de la pesquisa y el estudio diagnóstico)

Los pacientes o usuarios de control comunitario por TBCP (15) 100% de la población estudio el 69% respondió de manera correcta en relación al indicador tratamiento antituberculoso en los Componentes (efectividad en las tomas y organización del tratamiento domiciliario).

Recomendaciones

Dar a conocer los resultados al personal de salud adscritos al ambulatorio los Valles del Tuy Estado Miranda.

En atención a los resultados obtenidos y considerando a la TBCP una enfermedad infecciosa y contagiosa en los cuales se hace necesario la interpretación correcta por parte de quien la padece y grupos sobre la enfermedad, eficacia en la búsqueda de casos y tratamientos la autora expresa la necesidad de ofertarle al ambulatorio la propuesta ya diseñada de un programa educativo dirigido a las personas con TBCP a fin del aporte de enseñanza sobre su asistencia sanitaria y tratamiento a favor de una oportuna recuperación.

CAPÍTULO VI

LA PROPUESTA

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**PROPUESTA DEL PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE TRATAMIENTO
Y CONTROL ANTITUBERCULOSO PARA EL SERVICIOS DE
NEUMOTISIOLOGÍA DE OCUMARE DEL TUY, UBICADO
EN LOS VALLES DEL TUY, ESTADO BOLIVARIANO DE
MIRANDA PRIMER TRIMESTRE 2012.**

Tutora
Prof.: Ricarda Montaña
Autora:
T.S.U. Adriana Terán
C.I. V-6.930.286

CARACAS, 2012

INTRODUCCION

La propuesta educativa tiene por objeto ofrecer una útil herramienta dictada con posibles instrucciones destinadas al aprendizaje sobre el tratamiento antituberculoso y el control que resulte a la vez accesible, técnica y económicamente, a todos los niveles y categorías de los pacientes/usuarios con diagnóstico clínico de TBCP, que asisten al ambulatorio para recibir el tratamiento. Dicho programa está orientado tanto a las etapas de los esquemas de tratamiento como contenidos de la enfermedad, contacto y la importancia de la vigilancia sanitaria.

La propuesta dispone de una amplia gama de material escrito para todos los niveles educativos inclusive forma y manera de adaptarlo según la necesidad de aprendizaje.

En ese sentido, se realiza la propuesta para ser cumplida en el servicio de atención ambulatoria de casos de TBCP en un aporte para aquellas personas con TBCP que requieren de un aprendizaje para mejorar sus condiciones de salud.

OBJETIVO DE LA PROPUESTA

Brindar herramientas metodológicas y operativas que colaboren con el desarrollo de actividades educativas de manera permanente en el servicio de control a pacientes con diagnósticos TBCP.

Objetivos Específicos

1. Realizar un diagnóstico educativo sobre el tema TBCP y tratamiento en el reconocimiento de la necesidad de capacitación
2. Diseñar contenidos
3. Promover la prestación del servicio educativo.

JUSTIFICACIÓN

La descentralización del tratamiento antituberculoso como norma del Programa del MPPS implica un cambio en el uso y distribución del tratamiento, ya sea dentro de un sector (ambulatorio) o en todo el sector salud (hospitales, clínicas, red primaria) como un todo. Como tal requiere que las personas que reciben la asistencia y control ambulatorio tengan firmezas y habilidades para transferir acciones asistenciales y educativas a estos usuarios quienes diariamente van a los ambulatorios a recibir su fármaco terapia y control. Estos procesos exigen que estas personas (pacientes),

sean entrenadas; por el contrario, desde ese orden se justifica la propuesta educativa ya que desde un plano práctico la propuesta del programa puede considerarse una posible solución a tantos casos de abandonos del tratamiento como causa única para la reincidencia de casos de TBCP.

Desde un orden social la propuesta puede considerarse como una estrategia de gran beneficio, dado que una vez capacitado estos usuarios pueden actuar como co facilitador del proceso de enseñanza aprendizaje con los demás pacientes.

**DISTRITO SANITARIO Nº 2 DE OCUMARE DEL TUY,
MUNICIPIO TOMÁS LANDER DEL ESTADO BOLIVARIANO DE MIRANDA**

Aspecto Normativo

Se reconoce el derecho a la salud establecido en el Artículo (83) de los derechos sociales. “Toda persona tiene derecho a la salud como derecho social, fundamental, obligación del Estado que lo garantizara como parte de los derechos a la vida” (Pág.89)

Es decir, toda persona tiene derecho a la protección a la salud y en ese orden de ideas, en la protección y defensa de los pacientes que reciben el tratamiento antituberculoso, se hace la propuesta del programa educativo. Significa parte, del deber por cumplir con estas personas para la equidad de oportunidades de estar informados sobre su enfermedad y como tratarla, y de esa manera orientarlos hacia el deber institucional, el cual indica el derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa y el cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la Ley de conformidad con los tratados y convenios internacionales, suscritos y ratificados por la República Bolivariana De Venezuela.

Disponibilidad de Recursos

La presente disponibilidad de recursos adopta la forma de una estructura de unidad, entendiendo que cada unidad representa una organización didáctica en torno al análisis de los contenidos los cuales serán dirigidos a la elaboración de alternativas de solución.

En el caso de Recursos Materiales, como: papeles, lápices, rotafolio, serán aportados por el centro dispensador de salud.

Lugar o espacio físico para el desarrollo de las actividades educativas: corresponde a la sala de espera (sala de proyección del ambulatorio), la sala cuenta con:

- ~ 62 sillas
- ~ 4 mesas plegables
- ~ 1 video
- ~ 1 Retro proyector y corriente eléctrica

Todo ello puesto a la disponibilidad para el desarrollo de los contenidos educativos (facilitador – participantes).

Cronograma de Actividades de la Propuesta

| Plan Estratégico | Inicio – Primer semestre 2012 Días | Horas |
|--|---|-------------------------|
| Dar a conocer la idea en la institución sobre inicio | Lunes Miércoles Viernes | 08:00 a.m. a 09:00 a.m. |
| Distribuir la información entre los usuarios – familia y comunidad | Martes Jueves | 02:00 p.m. a 03:00 p.m. |
| Desarrollo de actividades educativas | ~ Evaluación ~ Diseño del árbol de necesidad ~ Diseño del árbol de soluciones | |

Fuente: La Autora (2012)

Objetivo Terminal: Al finalizar las actividades educativas los participantes estarán en capacidad de conocer los aspectos epidemiológicos de la TBCP en los componentes, la enfermedad, ocurrencia y situaciones de riesgo.

| OBJETIVO ESPECÍFICO | CONTENIDOS | METODOLOGÍA | RECUROS | TIEMPO |
|---|--|--|--|---|
| <p>Desarrollar contenidos específicos en pacientes usuarios como estrategia de intervención educativa sobre aspectos epidemiológicos.</p> | <p>~ TBCP: enfermedad</p> <p>~ Factores externos coadyuvantes a la ocurrencia de la TBCP.</p> <p>~ Situación de riesgo presente en la proliferación de la enfermedad por carencia asistencial.</p> | <p>~ Exposición oral</p> <p>~ Trípticos informativos</p> <p>~ Diseño del árbol de necesidades y soluciones.</p> <p>~ Diagnóstico previo de contenidos.</p> | <p>Humanos:</p> <p>~ Facilitador</p> <p>~ Participantes</p> <p>Materiales.</p> <p>~ Papelería</p> <p>~ Audiovisuales</p> | <p>1 Hora</p> <p>Dos Sesiones Semanales</p> |

Fuente: La Autora (2012)

Objetivo Terminal: Al finalizar las actividades educativas los participantes estarán en capacidad de conocer los contenidos teóricos relacionados a la búsqueda del enfermo con TBCP en sus componentes (alcance de la pesquisa y estudio de diagnóstico comunitario)

| OBJETIVO ESPECÍFICO | CONTENIDOS | METODOLOGÍA | RECUROS | TIEMPO |
|---|--|--|--|---|
| <p>Desarrollar contenidos específicos sobre efectividad del tratamiento, control, visita a domicilio y gratuidad del tratamiento dirigido a .pacientes/usuarios con TBCP.</p> | <p>~ Métodos de control a falta de regularidad en el tratamiento.</p> <p>~ Control en el inicio del tratamiento.</p> <p>~ Caso con tratamiento iniciado y curado.</p> <p>~ Visita a domicilio por abandono de tratamiento.</p> <p>~ Gratuidad del tratamiento.</p> | <p>~ Exposición oral</p> <p>~ Trípticos informativos</p> <p>~ Diseño del árbol de necesidades y soluciones.</p> <p>~ Diagnóstico previo de contenidos.</p> | <p>Humanos:</p> <p>~ Facilitador</p> <p>~ Participantes</p> <p>~ Materiales.</p> <p>~ Papelería</p> <p>~ Audiovisuales</p> | <p>1 Hora</p> <p>Dos Sesiones Semanales</p> |

Fuente: La Autora (2012)

SIPNOSIS DE CONTENIDOS

UNIDAD (I): Aspectos Epidemiológicos de la TBCP

- ~ Ocurrencia
- ~ Situación de riesgo

UNIDAD (II): Búsqueda del enfermo TBCP

- ~ Estudios (tipos)
- ~ Radiológico
- ~ Baciloscopia
- ~ PPD
- ~ Pesquisa del contacto

UNIDAD (III): TRATAMIENTO

- ~ Tratamiento antituberculoso
- ~ Esquema del tratamiento
- ~ Fases del tratamiento por esquema
- ~ Efecto originado por abandono del tratamiento

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

- ALCALA, RAMIREZ, J (2005). **Acción de enfermería orientando a usuarios que reciben tratamiento antituberculosis.** Trabajo Especial de Enfermería. Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería. Universidad Central de Venezuela
- A, GONZÁLEZ, P (2002). **Acciones educativas de enfermería sobre norma del tratamiento antituberculoso.** Trabajo Especial de Enfermería. Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería. Universidad Central de Venezuela
- BUSOT, A. (1998). **Técnica de investigación.** Maracaibo: Ediciones Universidad del Zulia.
- CANALES, ALVARADO, Y PINEDA (2008). **Metodología de la investigación.** McGraw Hill, Interamericana, México
- CANALES, E (1996). **Metodología de la investigación.** México: Uteha/Noriega. Castañeda, J. (1995). **Métodos de investigación** México: McGrawHill. Castañeda, J. (1996). **Métodos de investigación II.** México: McGraw-Hill.
- CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA**(1999) Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 36.863 (Extraordinaria). Diciembre, 30-1999.
- DIEZ BALLESTER, F, (1997). **TBCP: Contactos.** McGraw Hill, Interamericana, México
- DISTRITO SANITARIO N° 2 (2011). **Estadísticas de Casos de TBCP.** Ocumare del Tuy, Estado Miranda.
- GONZALEZ D., PARRA J., (2009). **Medidas de Control Sociocultural por Enfermería para la Continuidad del Tratamiento Antituberculoso.** Trabajo Especial de Enfermería. Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería. Universidad Central de Venezuela
- HernandezSampieri, Fernández Collado, Baptista Lucio. (1997) **Metodología de la Investigación.** Mc Graw Hill, México.

- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2008). **Expansión Población.** Informe Epidemiológico. Caracas, Venezuela
- MARCHIONI M., (2007). **Comunidad.** McGraw Hill, Interamericana, México
- MANUAL DE NORMA PROGRAMA ANTITUBERCULOSOS. (2004). **Examen del contacto.** Caracas – Venezuela
- MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD. (2001). **Búsqueda de casos de TBCP.** Caracas, Venezuela.
- MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD. (2001). **Fase del Tratamiento Antituberculoso.** Manual de Atención 3° Ed., Caracas, Venezuela.
- MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD. (2003). **TBCP.** Caracas – Venezuela.
- MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD (2006) **Norma Oficial Venezolana del Programa Nacional Integrado de Control de la Tuberculosis: Manual para Coordinadores y Laboratorio.** Caracas – Venezuela.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2000). **Riesgo situacional.** Serie Paltex. . 1era Edición.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2009). **Incidencia de TBCP.** [Página Web en línea]. Disponible www.ops.com.es
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2003). **Programa Educativo.** Serie Paltex. 2° Ed.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2002). **Eje Comunitario.** [Página Web en línea]. Disponible www.oms.com.es
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2000). **Desarrollo de la TBCP.** [Página Web en línea]. Disponible www.oms.who.int/
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2003). **TBCP.** [Página Web en línea]. Disponible www.who.int/entity/mediacentre/factsheets/fs104/es/index.html

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2003). **Estadística del TBCP**.
.[Página Web en línea].
Disponible en www.entornomedico.org/salud/saludyenfermedades/tuberculosis.html
- PALELLAS, S. (2006). **Metodología de Investigación**. .[Página Web en línea]. Disponible en www.aibarra.org/investig/tema0.htm
- RAMÍREZ, T (1996). **Cómo hacer un proyecto de investigación** (3a ed.).
Caracas: Carhel.
- RIVAS, LUISA (2001). **Calidad de información sobre el control de TBCP**. Trabajo Especial de Enfermería. Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería. Universidad Central de Venezuela
- UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA. (2009). **Incidencia de TBCP**.
Caracas – Venezuela.
- UNIVERSIDAD DE VENEZUELA (1999) **Normas y Procedimientos para la Elaboración del Trabajo Especial de Grado**. Caracas – Venezuela.

ANEXOS

ANEXO 1

INSTRUMENTO PARA MEDIR LA VARIABLE

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

INSTRUMENTO PARA MEDIR LA VARIABLE

**PROPUESTA DE UN PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE EL
TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO COMO MEDIDA
TERAPEUTICA COMUNITARIA DIRIGIDO A USUARIOS
QUE LLEVAN CONTROL POR TUBERCULOSIS PULMONAR
, EN EL SERVICIO DE NEUMOTISIOLOGÍA DE OCUMARE
DEL TUY, UBICADO EN LOS VALLES DEL TUY,
ESTADO BOLIVARIANO DEMIRANDA, PRIMER TRIMESTRE 2012**

Autora:
Prof.: Ricarda Montaña
Autora:
T.S.U. Adriana Terán
C.I. V-6.930.286

CARACAS, 2012

1. La ocurrencia de la tuberculosis pulmonar tiene relación con un medio de insalubridad (vivienda con humedad sin ventilación)

Correcto _____ Incorrecto_____

2. ¿la tuberculosis pulmonar afecta a la población con más carencia socio – económicas (pobreza y educativa)?

Correcto _____ Incorrecto_____

3. ¿Su fácil contagio se debe a que se transmite por vía aérea (aire)

Correcto _____ Incorrecto_____

4. ¿En caso de que un miembro de la familia padezca tuberculosis pulmonía y no cumpla con regularidad con el control sanitario ello representa un riesgo para el enfermo y acompañantes?

Correcto _____ Incorrecto_____

5. ¿El retardo en asistir a la consulta médico sanitaria por parte de la persona usuario que presenta tos, fiebre y malestar siendo contacto de personas con tuberculosis pulmonar?

Correcto _____ Incorrecto_____

6. ¿La toma del tratamiento bajo la supervisión del personal de salud, ello representa la garantía para lograr su recuperación?

Correcto _____ Incorrecto_____

7. ¿El alcance de la pesquisa del enfermo con tuberculosis pulmonar se apoya en el fomento de una oportuna recuperación?

Correcto _____ Incorrecto_____

8. ¿El logro de la pesquisa (identificación de casos) de casos exitosos requieren del exámen clínico masivo de los enfermos y de los adyacentes?

Correcto _____ Incorrecto_____

9. ¿El interrogatorio sobre síntomas (tos, expectoración) hecho a las personas acompañantes (contacto) permite la identificación de casos (pesquisas)?

Correcto _____ Incorrecto_____

10. ¿El examen del esputo (expectoración) permite descubrir los bacilos *mycobacterium* tuberculosos?

Correcto _____ Incorrecto_____

11. ¿La indicación para la entrega del esputo para ser examinado se realiza en caso de que una persona presente: tos durante mas de 14 días.

Correcto _____ Incorrecto_____

12. ¿La recolección del esputo indica que la persona primero se enjuaga la boca con agua luego produce el esputo bronquial desde las profundidades del pecho?

Correcto _____ Incorrecto_____

13. ¿La radiografía de tórax (espalda) forma parte de la pesquisa de casos de tuberculosis pulmonar?

Correcto _____ Incorrecto_____

14. ¿La inyección llamada prueba de tuberculina colocada en la cara anterior del antebrazo debajo de la piel (intradérmica) sirve para identificar personas infectadas con bacilo *mycobacterium* tuberculosis?

Correcto _____ Incorrecto_____

15. ¿En caso de interrumpir el tratamiento antituberculoso durante este periodo puede ocasionar una resistencia hacia la curación?

Correcto _____ Incorrecto_____

16. ¿Cuándo la persona con tuberculosis pulmonar no cumple de manera regularizada con el programa de tratamiento se puede esperar un incremento de la resistencia primera para la sanación?

Correcto _____ Incorrecto_____

17. ¿En caso de interrumpir la terapia del tratamiento durante un tiempo prolongado y luego volver a iniciarlo debido a la aparición de nuevos síntomas (tos, fiebre, perdida de peso) ocurre la resistencia secundaria contra el tratamiento?

Correcto _____ Incorrecto_____

18. ¿La resistencia secundarias puede ser la causa de los fracasos terapéuticos (control sanitario y abandono del tratamiento)

Correcto _____ Incorrecto_____

19. ¿Consideras necesario que el personal de salud visite el domicilio de los pacientes que se creen sano y abandonan el esquema terapéutico?

Correcto _____ Incorrecto_____

20. ¿La gratuidad del tratamiento significa dar accesibilidad a todas las personas que lo ameritan?

Correcto _____ Incorrecto_____

ANEXO 2

Análisis de fiabilidad

Escala: Tratamiento y Control Antituberculoso como medida Terapéutica Comunitaria.

Resumen del procesamiento de los casos

| | | N | % |
|-------|------------------------|---|-------|
| Casos | Válidos | 2 | 100,0 |
| | Excluidos ^a | 0 | ,0 |
| | Total | 2 | 100,0 |

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

| Alfa de Cronbach | Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados | N de elementos |
|------------------|--|----------------|
| ,880 | ,879 | 20 |

Estadísticos de los elementos

| | Media | Desviación típica | N |
|----------|--------|-------------------|---|
| VAR00001 | 2,0000 | 1,41421 | 2 |
| VAR00002 | 2,0000 | ,81650 | 2 |
| VAR00003 | 2,0000 | ,81650 | 2 |
| VAR00004 | 2,0000 | ,81650 | 2 |
| VAR00005 | 2,0000 | 2,00000 | 2 |
| VAR00006 | 2,0000 | 1,41421 | 2 |
| VAR00007 | 2,0000 | ,81650 | 2 |

| | | | |
|----------|-------|---------|---|
| VAR00008 | 2,000 | 1,41421 | 2 |
| VAR00009 | 2,000 | ,81650 | 2 |
| VAR00010 | 2,000 | ,81650 | 2 |
| VAR00011 | 2,000 | ,81650 | 2 |
| VAR00012 | 2,000 | ,81650 | 2 |
| VAR00013 | 2,000 | ,81650 | 2 |
| VAR00014 | 2,000 | ,81650 | 2 |
| VAR00015 | 2,000 | ,81650 | 2 |
| VAR00016 | 2,000 | ,81650 | 2 |
| VAR00017 | 2,000 | ,81650 | 2 |
| VAR00018 | 2,000 | ,81650 | 2 |
| VAR00019 | 2,000 | ,81650 | 2 |
| VAR00020 | 2,000 | 1,00000 | 2 |

Matriz de correlaciones inter-elementos

| | VAR00001 | VAR00002 | VAR00003 | VAR00004 | VAR00005 | VAR00006 |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| VAR00001 | 1,000 | -,289 | ,866 | -,289 | ,943 | 1,000 |
| VAR00002 | -,289 | 1,000 | ,000 | 1,000 | ,000 | -,289 |
| VAR00003 | ,866 | ,000 | 1,000 | ,000 | ,816 | ,866 |
| VAR00004 | -,289 | 1,000 | ,000 | 1,000 | ,000 | -,289 |
| VAR00005 | ,943 | ,000 | ,816 | ,000 | 1,000 | ,943 |
| VAR00006 | 1,000 | -,289 | ,866 | -,289 | ,943 | 1,000 |
| VAR00007 | ,866 | ,000 | 1,000 | ,000 | ,816 | ,866 |
| VAR00008 | ,833 | ,000 | ,577 | ,000 | ,943 | ,833 |
| VAR00009 | ,577 | ,500 | ,500 | ,500 | ,816 | ,577 |
| VAR00010 | ,000 | -,500 | -,500 | -,500 | ,000 | ,000 |
| VAR00011 | ,577 | ,500 | ,500 | ,500 | ,816 | ,577 |
| VAR00012 | ,289 | -1,000 | ,000 | -1,000 | ,000 | ,289 |
| VAR00013 | ,866 | ,000 | 1,000 | ,000 | ,816 | ,866 |
| VAR00014 | ,577 | ,500 | ,500 | ,500 | ,816 | ,577 |
| VAR00015 | ,000 | ,500 | ,500 | ,500 | ,000 | ,000 |
| VAR00016 | ,866 | -,500 | ,500 | -,500 | ,816 | ,866 |
| VAR00017 | ,866 | ,000 | 1,000 | ,000 | ,816 | ,866 |

Matriz de correlaciones inter-elementos

| | VAR00001 | VAR00002 | VAR00003 | VAR00004 | VAR00005 | VAR00006 |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| VAR00001 | 1,000 | -,289 | ,866 | -,289 | ,943 | 1,000 |
| VAR00002 | -,289 | 1,000 | ,000 | 1,000 | ,000 | -,289 |
| VAR00003 | ,866 | ,000 | 1,000 | ,000 | ,816 | ,866 |
| VAR00004 | -,289 | 1,000 | ,000 | 1,000 | ,000 | -,289 |
| VAR00005 | ,943 | ,000 | ,816 | ,000 | 1,000 | ,943 |
| VAR00006 | 1,000 | -,289 | ,866 | -,289 | ,943 | 1,000 |
| VAR00007 | ,866 | ,000 | 1,000 | ,000 | ,816 | ,866 |
| VAR00008 | ,833 | ,000 | ,577 | ,000 | ,943 | ,833 |
| VAR00009 | ,577 | ,500 | ,500 | ,500 | ,816 | ,577 |
| VAR00010 | ,000 | -,500 | -,500 | -,500 | ,000 | ,000 |
| VAR00011 | ,577 | ,500 | ,500 | ,500 | ,816 | ,577 |
| VAR00012 | ,289 | -1,000 | ,000 | -1,000 | ,000 | ,289 |
| VAR00013 | ,866 | ,000 | 1,000 | ,000 | ,816 | ,866 |
| VAR00014 | ,577 | ,500 | ,500 | ,500 | ,816 | ,577 |
| VAR00015 | ,000 | ,500 | ,500 | ,500 | ,000 | ,000 |
| VAR00016 | ,866 | -,500 | ,500 | -,500 | ,816 | ,866 |
| VAR00017 | ,866 | ,000 | 1,000 | ,000 | ,816 | ,866 |
| VAR00018 | ,289 | -,500 | ,500 | -,500 | ,000 | ,289 |
| VAR00019 | ,577 | ,500 | ,500 | ,500 | ,816 | ,577 |
| VAR00020 | 1,000 | ,000 | -,500 | ,000 | -,500 | -,500 |

Matriz de correlaciones inter-elementos

| | VAR00007 | VAR00008 | VAR00009 | VAR00010 | VAR00011 | VAR00012 |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| VAR00001 | ,866 | ,833 | ,577 | ,000 | ,577 | ,289 |
| VAR00002 | ,000 | ,000 | ,500 | -,500 | ,500 | -1,000 |
| VAR00003 | 1,000 | ,577 | ,500 | -,500 | ,500 | ,000 |
| VAR00004 | ,000 | ,000 | ,500 | -,500 | ,500 | -1,000 |
| VAR00005 | ,816 | ,943 | ,816 | ,000 | ,816 | ,000 |
| VAR00006 | ,866 | ,833 | ,577 | ,000 | ,577 | ,289 |
| VAR00007 | 1,000 | ,577 | ,500 | -,500 | ,500 | ,000 |
| VAR00008 | ,577 | 1,000 | ,866 | ,289 | ,866 | ,000 |
| VAR00009 | ,500 | ,866 | 1,000 | ,000 | 1,000 | -,500 |
| VAR00010 | -,500 | ,289 | ,000 | 1,000 | ,000 | ,500 |
| VAR00011 | ,500 | ,866 | 1,000 | ,000 | 1,000 | -,500 |
| VAR00012 | ,000 | ,000 | -,500 | ,500 | -,500 | 1,000 |
| VAR00013 | 1,000 | ,577 | ,500 | -,500 | ,500 | ,000 |
| VAR00014 | ,500 | ,866 | 1,000 | ,000 | 1,000 | -,500 |
| VAR00015 | ,500 | -,289 | ,000 | -1,000 | ,000 | -,500 |
| VAR00016 | ,500 | ,866 | ,500 | ,500 | ,500 | ,500 |
| VAR00017 | 1,000 | ,577 | ,500 | -,500 | ,500 | ,000 |
| VAR00018 | ,500 | -,289 | -,500 | -,500 | -,500 | ,500 |
| VAR00019 | ,500 | ,866 | ,500 | ,500 | ,500 | ,500 |
| VAR00020 | ,500 | -1,000 | -1,000 | ,500 | 1,000 | 1,000 |

Matriz de correlaciones inter-elementos

| | VAR00013 | VAR00014 | VAR00015 | VAR00016 | VAR00017 | VAR00018 |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| VAR00001 | ,866 | ,577 | ,000 | ,866 | ,866 | ,289 |
| VAR00002 | ,000 | ,500 | ,500 | -,500 | ,000 | -,500 |
| VAR00003 | 1,000 | ,500 | ,500 | ,500 | 1,000 | ,500 |
| VAR00004 | ,000 | ,500 | ,500 | -,500 | ,000 | -,500 |
| VAR00005 | ,816 | ,816 | ,000 | ,816 | ,816 | ,000 |
| VAR00006 | ,866 | ,577 | ,000 | ,866 | ,866 | ,289 |
| VAR00007 | 1,000 | ,500 | ,500 | ,500 | 1,000 | ,500 |
| VAR00008 | ,577 | ,866 | -,289 | ,866 | ,577 | -,289 |
| VAR00009 | ,500 | 1,000 | ,000 | ,500 | ,500 | -,500 |
| VAR00010 | -,500 | ,000 | -1,000 | ,500 | -,500 | -,500 |
| VAR00011 | ,500 | 1,000 | ,000 | ,500 | ,500 | -,500 |
| VAR00012 | ,000 | -,500 | -,500 | ,500 | ,000 | ,500 |
| VAR00013 | 1,000 | ,500 | ,500 | ,500 | 1,000 | ,500 |
| VAR00014 | ,500 | 1,000 | ,000 | ,500 | ,500 | -,500 |
| VAR00015 | ,500 | ,000 | 1,000 | -,500 | ,500 | ,500 |
| VAR00016 | ,500 | ,500 | -,500 | 1,000 | ,500 | ,000 |
| VAR00017 | 1,000 | ,500 | ,500 | ,500 | 1,000 | ,500 |

Matriz de correlaciones inter-elementos

| | VAR00013 | VAR00014 | VAR00015 | VAR00016 | VAR00017 | VAR00018 |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| VAR00001 | ,866 | ,577 | ,000 | ,866 | ,866 | ,289 |
| VAR00002 | ,000 | ,500 | ,500 | -,500 | ,000 | -,500 |
| VAR00003 | 1,000 | ,500 | ,500 | ,500 | 1,000 | ,500 |
| VAR00004 | ,000 | ,500 | ,500 | -,500 | ,000 | -,500 |
| VAR00005 | ,816 | ,816 | ,000 | ,816 | ,816 | ,000 |
| VAR00006 | ,866 | ,577 | ,000 | ,866 | ,866 | ,289 |
| VAR00007 | 1,000 | ,500 | ,500 | ,500 | 1,000 | ,500 |
| VAR00008 | ,577 | ,866 | -,289 | ,866 | ,577 | -,289 |
| VAR00009 | ,500 | 1,000 | ,000 | ,500 | ,500 | -,500 |
| VAR00010 | -,500 | ,000 | -1,000 | ,500 | -,500 | -,500 |
| VAR00011 | ,500 | 1,000 | ,000 | ,500 | ,500 | -,500 |
| VAR00012 | ,000 | -,500 | -,500 | ,500 | ,000 | ,500 |
| VAR00013 | 1,000 | ,500 | ,500 | ,500 | 1,000 | ,500 |
| VAR00014 | ,500 | 1,000 | ,000 | ,500 | ,500 | -,500 |
| VAR00015 | ,500 | ,000 | 1,000 | -,500 | ,500 | ,500 |
| VAR00016 | ,500 | ,500 | -,500 | 1,000 | ,500 | ,000 |
| VAR00017 | 1,000 | ,500 | ,500 | ,500 | 1,000 | ,500 |
| VAR00018 | ,500 | -,500 | ,500 | ,000 | ,500 | 1,000 |
| VAR00019 | 1,000 | ,500 | ,500 | ,500 | 1,000 | ,500 |
| VAR00020 | -1,000 | ,000 | ,000 | ,000 | -1,000 | ,000 |

Estadísticos de resumen de los elementos

| | Media | Mínimo | Máximo | Rango | Máximo/mínimo | Varianza |
|-------------------------------|-------|--------|--------|-------|---------------|----------|
| Correlaciones inter-elementos | ,308 | -1,000 | 1,000 | 2,000 | -1,000 | ,252 |

Estadísticos de resumen de los elementos

| | N de elementos |
|-------------------------------|----------------|
| Correlaciones inter-elementos | 20 |

ANEXO 3

**TALLER DE LA PROPUESTA DE UN PROGRAMA EDUCATIVO
SOBRE EL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO COMO MEDIDA
TERAPEUTICA COMUNITARIA DIRIGIDO A USUARIOS
QUE LLEVAN CONTROL POR TUBERCULOSIS PULMONAR
, EN EL SERVICIO DE NEUMOTISIOLOGÍA DE OCUMARE
DEL TUY, UBICADO EN LOS VALLES DEL TUY,
ESTADO BOLIVARIANO DEMIRANDA, PRIMER TRIMESTRE 2012**



ANEXO 4

**TALLER DE LA PROPUESTA DE UN PROGRAMA EDUCATIVO
SOBRE EL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO COMO MEDIDA
TERAPEUTICA COMUNITARIA DIRIGIDO A USUARIOS
QUE LLEVAN CONTROL POR TUBERCULOSIS PULMONAR
, EN EL SERVICIO DE NEUMOTISIOLOGÍA DE OCUMARE
DEL TUY, UBICADO EN LOS VALLES DEL TUY,
ESTADO BOLIVARIANO DEMIRANDA, PRIMER TRIMESTRE 2012**



