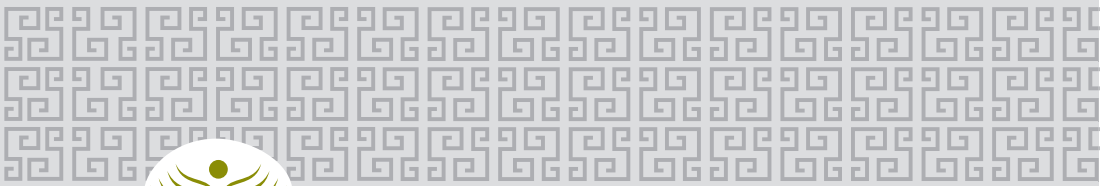




Red TAES de
Enfermería en
Tuberculosis

GUÍA METODOLÓGICA PARA INTEGRAR APOYO SOCIAL EN EL PROGRAMA TUBERCULOSIS



Programa Nacional de TUBERCULOSIS

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD





CONTENIDO



Objetivos 3

Introducción 3

Justificación 5

Metas 6

Elementos de la estrategia 7

Principios de la estrategia 7

Líneas de acción 8

Monitoreo y Evaluación de las acciones 9

Indicadores 10

Referencias 11





OBJETIVOS DE LA GUÍA

Sensibilizar a los profesionales del sector salud y de los sectores con mayor impacto en la salud de la población sobre el enfoque de apoyo social en tuberculosis.

Proporcionar una herramienta para la integración de apoyos sociales en las estrategias y actividades del Programa Tuberculosis.

Contribuir al logro de los objetivos, metas e indicadores del Programa Nacional de Tuberculosis.

A QUIÉN VA DIRIGIDA LA GUÍA

Esta guía va dirigida a profesionales que trabajen en el Programa tuberculosis y que estén interesados en aplicar un proceso de reorientación hacia el apoyo social a los afectados por esta enfermedad.

INTRODUCCIÓN

La promoción de la salud, es parte integral de las funciones esenciales de la medicina, definidas y una de las responsabilidades primordiales de la salud pública moderna. Basada en una buena ciencia y aplicada a través de un buen arte, tiene gran poder, impacto y eficacia. Así está demostrado en los países que han logrado poner en marcha los engranajes de la promoción dirigidos a mejorar las condiciones económicas, sociales y formas de vivir de la población. La promoción de la salud como ciencia requiere de una aplicación sustentada por evidencias teóricas y prácticas extraídas de la ciencia, pero su aplicación, teniendo en cuenta la naturaleza de sus intervenciones, debe ser dirigida en multitud de situaciones por procesos relacionados con el arte.

Por lo anterior y a raíz del consenso de que la enfermedad es un fenómeno multicausal se ha empezado a dar importancia a los eventos y procesos sociales en la determinación de la salud humana.

En el año 1967, Holmes y Rahe publicaron sus estudios sobre los eventos vitales como generadores de estrés, identificándose algunos factores del medio como nocivos para la salud del individuo, siendo ésta la primera aproximación al estudio del Apoyo Social.

Posteriormente en la década del 70, es que los estudios sobre este aspecto, como factor influyente o determinante en un gran número





de patologías y sus efectos no solo nocivos sino positivos en la salud, comienzan a tener auge hasta la actualidad.

Sobre Apoyo Social existe una gran cantidad de conceptos que desde el punto de vista metodológico dificulta su investigación, pues la forma de medirlo varía de acuerdo a las concepciones teóricas del autor, por lo que no hay una uniformidad en los elementos evaluados por los estudiosos del tema. En nuestro criterio, la mayoría de las definiciones hacen alusión al carácter interactivo, relacional y comunicativo del constructo.

A pesar de las diferentes conceptualizaciones de apoyo social existe consenso en que: El Apoyo Social posee una estructura que está definida por las características cuantitativas u objetivas de la red de apoyo social, tales como tamaño, densidad, dispersión geográfica, etc., así como las características de los contactos y los vínculos sociales que tienen lugar dentro de ella (homogeneidad, reciprocidad o multiplicidad de contactos, entre otras).

El Apoyo Social también cuenta con una dimensión funcional donde se analizan los efectos o consecuencias que le producen al sujeto el apoyo, es decir se refiere a la calidad del apoyo social existente y en este sentido se destacan la valoración subjetiva y la disponibilidad de éste (apoyo percibido vs apoyo recibido) y el que se refiere a los diferentes tipos de apoyo, así como al grado de satisfacción con éste (las cuales también son varios según el autor que las clasifique). Nos inclinamos por la clasificación propuesta por Peggy Throis en 1986, la cual establece las diferencias entre apoyo instrumental, informativo y socioemocional.

El Apoyo Social como proceso, es el que le da una connotación dinámica al constructo, se refiere a los diferentes elementos que influyen en la movilización y la efectividad de éste en el tiempo, lo que está vinculado a su vez por la contextualización del proceso (etapa vital del individuo, tipo de problema al que se enfrente, condiciones socioeconómicas y culturales, etc.)

La hipótesis sobre los efectos principales o directos plantea que los efectos de la relación entre apoyo social y salud son independientes del grado de estrés que el individuo experimente ya que el Apoyo Social aumenta de manera directa y por sí solo el bienestar, la autoestima y la salud; es decir, se establece una relación directamente proporcional entre apoyo y salud, por lo que si aumenta el apoyo social, también aumenta la salud. A pesar de que existe consenso en este planteamiento no cuenta con el suficiente fundamento teórico ni empírico. Por su parte la hipótesis amortiguadora plantea que el Apoyo Social sirve de protector o amortiguador del estrés o de los efectos negativos generados por los eventos vitales estresantes. Este modelo manifiesta que la intervención del Apoyo Social entre el





evento estresor y/o sus expectativas y la situación estresante como tal, a través de la disminución o prevención de la respuesta de estrés, favorece la respuesta eficaz ante la amenaza o su enfrentamiento adecuado.

Otro elemento que se destaca dentro del análisis del Apoyo Social es la pertenencia del sujeto a una sociedad, comunidad o grupo, que son en última instancia, quienes les van a brindar dicho apoyo y que juega un rol importante, pues a través de ellos se transmiten reglas y normas que pueden influir en la prevención de la enfermedad, además de la información que pueden brindar desde el punto de vista práctico con este mismo objetivo. Está de más explicar que también puede ser lo contrario, es decir, de manera general la sociedad, el grupo y la comunidad pueden estar atentando contra la prevención de las enfermedades a través de los mismos mecanismos. Se plantea también que los grupos pueden influir positivamente en el aumento de la adherencia terapéutica.

Con frecuencia, las expresiones “protección social”, “bienestar social” y “redes de seguridad social” se utilizan indistintamente. Desde el punto de vista convencional, las tres se refieren a la transferencia de alimentos, ya sea en efectivo u otras contribuciones en especie a los grupos vulnerables, como respuesta a la pobreza o las situaciones que ponen en riesgo sus medios de subsistencia. No obstante, han surgido nuevas ideas que amplían la noción de protección social. “Más recientemente, la protección social se considera un ‘marco general’ que no se limita simplemente a las transferencias sino que se acerca más a las políticas integrales”.

Desde esta perspectiva, las redes de seguridad y los mecanismos de bienestar no son equivalentes a la protección social, sino que son más bien componentes de un marco de protección social. Es importante reconocer que la gente le otorga distintos significados; no existe una sola definición con la que todos estén de acuerdo. Sin embargo, en la mayoría de las definiciones se entiende que su propósito es proteger a los miembros más vulnerables de la sociedad mediante ciertos bienes y servicios, entre los que se destacan la salud, la educación y los servicios sociales que ofrecen apoyo económico, material, social o psicológico a las personas que no pueden obtenerlo por sus propios medios.

JUSTIFICACIÓN

Calidad de vida Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1999) citado por Antolin (2002), se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y



el sistema de valores en el que vive, teniendo en cuenta sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Por lo tanto, es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno. La calidad de vida también se ve afectada por el grado de dolor que experimente el paciente con tuberculosis, que provoca estrés psicológico.

Los problemas psicológicos que pueden desarrollarse en las personas con tuberculosis giran en torno a la incertidumbre y las adaptaciones; incertidumbre en relación con las esperanzas y expectativas de la vida en general y de la familia, además de las redes de ayuda en particular; incertidumbre en cuanto a la calidad y duración de la vida, los efectos del tratamiento y la reacción de la sociedad; todos estos factores afectan la calidad de vida del individuo.

El desarrollo de una enfermedad como la tuberculosis pulmonar altera la calidad de vida del paciente, asumiendo que el concepto de "calidad de vida" es complejo, global, inclusivo y multidisciplinario, la salud y bienestar se ven seriamente afectados cuando aparece la enfermedad donde el paciente puede experimentar el empobrecimiento de las actividades diarias y el progresivo o permanente acortamiento de las propias posibilidades, afectando asimismo al autoconcepto, al sentido de la vida y provocando estados depresivos.

Dada la trascendencia de esta necesidad para atenderla es necesario contar con una Guía que contribuya y facilite la integración del apoyo social a todos los afectados por tuberculosis, a través de acciones claras, organizadas, diferenciadas y específicas.

Este guía deberá ser lo suficientemente flexible que permita incrementar la seguridad del paciente a través de llevar a la operación innovaciones y experiencias exitosas productos de investigaciones sobre la eficacia, costos, adherencia terapéutica y resultados de tratamiento.

METAS AL 2015

1. Integración de un Registro Nacional del número de pacientes con tuberculosis que reciben algún apoyo social.
2. El 100% de pacientes con tuberculosis recibiendo algún apoyo social



ELEMENTOS DE LA ESTRATEGIA

Uno de los modelos conceptuales aplicados en Promoción de la salud es el de **Redes Sociales y Apoyo Social**. Las *redes sociales* se definen como la conexión de relaciones sociales que rodea a los individuos y que pueden o no entregar apoyo social, que se puede describir como la ayuda y asistencia intercambiadas mediante las relaciones sociales y transacciones interpersonales (ver definiciones en Tabla 1).

Respecto a la evidencia científica que sustenta estos conceptos, se ha encontrado asociación entre la falta de relaciones sociales y mortalidad por todas las causas. Revisiones de la literatura sugieren que las *redes sociales* se asocian a salud mental positiva y la evidencia sugiere que las redes sociales y el apoyo social tienen efecto en reducir estresores que producen resultados negativos en la salud.

TABLA 1

CONSTRUCTOS DE APOYO SOCIAL	DEFINICIÓN DE LOS CONSTRUCTOS
Apoyo emocional	Expresiones de empatía, amor, confianza y preocupación, Integración social, sentido de pertenencia, compañía
Apoyo Instrumental	Ayuda material (tangibles) y servicios
Apoyo Informativo	Consejos, sugerencias, retroalimentación e información por profesionales de la salud

FUENTE: Sherbourne, C. D. and Stewart, A.L. (1991). *The MOS social support survey. Social Science Medicine* 32(6), 705-714.

PRINCIPIOS DE LA ESTRATEGIA

Para el éxito de la integración del apoyo social, se propone la aplicación de los siguientes principios:

Entorno social favorable: Generación de un ambiente de apoyo para las acciones implementadas.

Participación ciudadana: las acciones de apoyo social se realizarán en el marco de la participación de la población en el ámbito local, a partir de las organizaciones existentes, promoviendo alianzas y redes sociales.



Capacitación a los proveedores de salud y a los usuario/as: el personal de las instituciones del sector salud, los/las usuarios/as y su familia.

Coordinación efectiva: Las estrategias interinstitucionales e intersectoriales deben ser factores claves en los diseños de intervención.

Sostenibilidad de las acciones: generación de condiciones de continuidad y seguimiento de la estrategia para la evaluación de impacto.

LÍNEAS DE ACCIÓN

1. Fortalecimiento de los mecanismos de coordinación y comunicación interinstitucional e intersectorial, y con Agencias de Cooperación Internacional y comunitaria.
2. Fortalecimiento de los mecanismos de coordinación intra-institucional para la unificación de acciones.
3. Movilización social de los diferentes actores y líderes comunitarios.
4. Promoción de los modelos de participación e intervención en las comunidades y reforzar el establecimiento de redes para potenciar el efecto de las intervenciones.
5. Capacitación a los proveedores de salud en el manejo adecuado de la tuberculosis para proporcionen una atención integral al paciente y orienten adecuadamente a las familias y a la población en general.
6. Capacitación a las/los usuarias/os, familia y líderes comunitarios sobre la tuberculosis para que transmitan información a su familia y a la población en general, promoviendo la participación activa de éstos.
7. Considerar los determinantes de la conducta de salud:
 - a) Actitudes y creencias
 - b) Autoeficacia percibida
 - c) La vulnerabilidad percibida
 - d) Percepción de síntomas
 - e) Los factores psicosociales asociados al padecimiento de la enfermedad en cada una de sus fases (diagnóstico, tratamiento y seguimiento) mejorando las condiciones para su curación.



- f) Los factores psicosociales que promueven, mantienen o agravan el proceso de enfermedad

En la **tabla 2** se describen algunos ejemplos de apoyo social que se han venido desarrollando en México.

TABLA 2

CONSTRUCTOS DE APOYO SOCIAL	EJEMPLOS DE LOS CONSTRUCTOS
Apoyo emocional	Participación en grupos de ayuda mutua, celebraciones al término de tratamiento de pacientes, testimoniales de ex-pacientes, interconsultas con especialistas psicólogos o psiquiatras, visitas domiciliarias para estimular adherencia terapéutica, realización de actividades recreativas con personal de salud y sus familias.
Apoyo Instrumental	Dotación de suplementos alimenticios, despensas, ayuda de pasajes, inscripción al Seguro Popular, apoyo económico, entrega de tratamiento en su domicilio, traslado de pacientes a unidad de salud en vehículos oficiales, gratuidad de estudios de laboratorio y gabinete complementarios durante su tratamiento, gratuidad en interconsultas por especialistas médicos, ayuda para construcción de vivienda, creación de lugares para vivienda temporal a pacientes en situación de calle, apoyo para conseguir empleo.
Apoyo Informativo	Orientación verbal y/o gráfica a los enfermos y sus familias, promocionales por televisión y/o radio, desfiles, ferias de la salud, pláticas en la comunidad, artesanías y juegos de mesa diseñados con el tema tuberculosis, dotación de dípticos o trípticos, elaboración de periódicos murales, visitas domiciliarias para orientación de medidas para control de infecciones en el hogar.

MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES



El enfoque científico se inicia con la información que documenta la red de los determinantes, y los datos que deben monitorear el progreso y la efectividad de las intervenciones, elementos fundamentales para cualquier ciencia.





El Programa Nacional de Tuberculosis promueve el proceso de desarrollo de acciones para otorgar apoyo social a las personas afectadas por tuberculosis, esperando que haya resultados tangibles. Este proceso requiere de la observación directa e indirecta del desarrollo de las actividades y deberá contar con un monitoreo y evaluación periódica, planteado en tres momentos:

Primer momento:

Análisis situacional de las experiencias, prácticas y resultados con relación a los diferentes apoyos otorgados. Con el objetivo de permitir el mejor aprovechamiento de sus éxitos y descartar los elementos que no hayan funcionado.

Segundo momento:

Observación sistemática y continua del progreso. El monitoreo y evaluación se hará directa e indirectamente y de manera trimestral. Lo anterior, permitirá revisar, tomar decisiones y realizar ajustes en la marcha si es necesario.

Tercer momento:

Estudios cuantitativos y cualitativos para medir resultados finales e impacto. Los estudios en búsqueda de los cambios o transformaciones a la realidad inicial se realizarán un año posterior a la implementación de las acciones.

INDICADORES



Número de pacientes con TB con apoyo instrumental en un período/
Total de pacientes con TB en un período por cien.

Número de pacientes con TB con apoyo informativo en un período/
Total de pacientes con TB en un período por cien.

Número de pacientes con TB con apoyo emocional en un período/
Total de pacientes con TB en un período por cien.





REFERENCIAS

1. World Health Organization. 1998. Health Promotion Glossary. WHO.
2. Lineamientos para la Elaboración de Planes Nacionales de Acción en Promoción de la Salud. 2000. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de Salud, OPS/OMS.
3. Definición de *Acercando Salud* elaborada a partir de las siguientes fuentes: Carta de Ottawa 1986, Declaración de Jakarta 1997 y Carta de Bangkok 2005, conferencias globales de la OMS
4. Glanz, K et al. 2008. Health Behaviour and Health Education. Chapter 9: Social Networks and Social Support. Pags. 189-210. Jossey-Bass.
5. Oakar C. 2007. Community Health Workers: Bridging the Gap between Patients and the Health Care System. Florida Association of Community Health Centers.
6. Informe sobre Desarrollo Humano 2010. La verdadera riqueza de las naciones: Caminos al desarrollo humano. Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
7. Casas, García, S. (1996). Perfil Sociocultural del Paciente Tuberculoso. Revista Médica del IMSS, México, 1990. p. 229-232.
8. Ministerio de Salud de Chile. 2006. II Encuesta de Calidad de Vida y Salud Chile. División de Planificación Sanitaria, Subsecretaría de Salud Pública, MINSAL.
9. Organización Panamericana de la Salud. Funciones esenciales de la Salud Pública. In: La Salud Pública en las Américas; nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington: OPS, 2002; 59-73. (Publicación científica 589).
10. Acuña, L. y Bruner, C. (2002). El efecto de las personas sobre la salud. *Revista Mexicana de Psicología*, 19(2), 115-124.
11. Alonso, et.al. Relación de Factores Personales e influencias interpersonales con estilos de Vida en Pacientes diabéticos Tipo II. Universidad Autónoma de Nuevo León, México, 1999. 3 pp.
12. Manjárez E, Serrano MV, Cano PV, Verduzco E, Escandón C, Escobedo J. Principales causas de abandono de tratamiento contra la tuberculosis pulmonar. *Gac Med Mex* 1993; 129:57-61.





MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

