

FACTORES QUE INCIDEN EN LA REHABILITACION DEL PACIENTE
TUBERCULOSO EN EL HOSPITAL NIÑO JESUS. INTERVENCION
DEL TRABAJO SOCIAL. ESTUDIO DE SESENTA CASOS SOCIALES

IBETH DIAZ R.

TERESA MERCADO M.

Trabajo de Grado presentado
como requisito parcial para
optar al título de Trabajado
ra Social.

Asesora: DRA. MIRNA DE AGUILAR

Trabajadora Social

CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DE DESARROLLO, SIMON BOLIVAR

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

BARRANQUILLA, 1985

Nota de aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Barranquilla, julio de 1985

DEDICATORIA

Esta tesis de grado se la dedico a mi madre, gestor de mi educación, ya que sin su comprensión y constante esfuerzo, hubiera sido imposible culminar exitosamente mi profesión, pues es a ella a quien le debo lo que actualmente soy, porque con su empeño, trabajo, dedicación, orientación y cariño, supo hacerme salir adelante.

A mis hermanos, quienes me brindaron orientación y consejos fundamentales para mi realización como persona.

Al resto de mi familia, quienes de una u otra forma contribuyeron a mi formación académica.

IBETH

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres y hermanos, quienes con su guía, apoyo moral y material hicieron posible la culminación de mis estudios profesionales.

Teresa

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan sus agradecimientos:

A nuestros familiares, quienes con su guía, apoyo moral, es piritual y material hicieron posible la culminación de nuestros estudios profesionales.

A la doctora Mirna de Aguilar, Trabajadora Social, quien con su asesoramiento, hizo posible la obtención de nuestro título.

A Efraín Hennessey Cambell, M.D., Director del Programa de Tuberculosis del Hospital Niño Jesús y demás personal, quienes nos brindaron la información necesaria para la realización del presente trabajo de grado.

A los pacientes y familiares quienes nos colaboraron para obtener informaciones de su ambiente social y familiar.



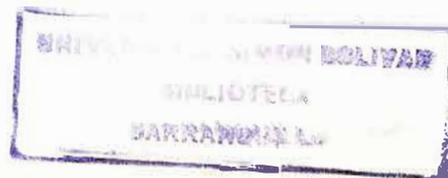
TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	1
1. INDICE DE PACIENTES TUBERCULOSOS CON PROBLEMAS DE DESERCIÓN EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS (83 - 84) Y LOS MECANISMOS DE ATENCIÓN UTILIZADOS POR EL HOS PITAL NIÑO JESUS	11
1.1 HOSPITAL NIÑO JESUS	11
1.1.1 Objetivos de la institución	11
1.1.2 Políticas de la institución	13
1.1.3 Cobertura de la institución	13
1.1.4 Servicios que presta la institución	14
1.1.5 Programas	14
1.1.5.1 Programa Materno Infantil	15
1.1.5.2 Programa de vacunación	15
1.1.5.3 Programa de tuberculosis	15
1.1.6 Recursos con que cuenta la entidad	16
1.1.6.1 Financieros	16

	pág
1.1.6.2 Materiales	16
1.1.6.3 Institucionales	16
1.2 MECANISMOS DE ATENCION UTILIZADOS EN EL HOSPITAL	17
1.2.1 Búsqueda y localización de casos	21
1.2.2 Tratamiento	22
1.2.2.1 Características	23
1.2.2.2 Criterios de curación	24
1.2.2.3 Criterios de fracaso	25
1.2.2.4 Criterios de pérdida	25
1.2.3 Seguimiento	26
1.2.3.1 Factores	26
1.2.3.2 Actividades	27
1.2.3.2.1 Consulta médica	27
1.2.3.2.2 Aplicación o administración del tratamiento	28
1.2.3.2.3 Control de enfermería	28
1.2.3.2.4 Control bacteriológico	28
1.2.3.2.5 Visita domiciliaria	29
1.2.4 Investigación epidemiológica	30
1.2.4.1 Contactos	30
1.2.4.1.1 Inscripción	30
1.2.4.1.2 Conducta a seguir con los contactos . . .	30
1.2.4.1.3 Quimioprofilaxis	30
1.2.4.1.4 Observación	32
1.2.4.2 Caso índice	32
1.2.5 Educación	32

	pág.
1.2.5.1 Personal de salud	33
1.2.5.2 Paciente	33
1.2.5.3 Comunidad	34
1.2.6 Registros	34
1.2.6.1 Tarjeta de tratamiento	35
1.2.6.2 Registro diario de enfermos nuevos	35
1.2.6.3 Registro diario de baciloscopia	36
1.2.6.4 Informe mensual de actividades de control de tuberculosis	37
1.3 INDICE DE PACIENTES CON PROBLEMAS DE DESERCIÓN EN LOS ÚLTIMOS AÑOS (83-84) EN ESTE CENTRO PI LOTO 38	
2. CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS, SOCIALES Y FAMILIARES DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS. SESENTA CASOS SOCIALES 42	
3. RELACION E INFLUENCIA QUE TIENE EL RECHAZO DE LA FAMILIA EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN DE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL NIÑO JESUS 67	
3.1 DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA OBTENIDA EN EL HOS PITAL NIÑO JESUS DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA . 87	

	pág.
3.1.1 Descripción de dos casos sociales	90
4. INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL A TRAVES DEL EQUIPO MULTIPROFESIONAL EN EL PROCESO DE REHABI LITACION SOCIAL. ALTERNATIVAS DE SOLUCION . . .	96
4.1 UBICACION Y ACCIONAR DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL HOSPITAL NIÑO JESUS	114
4.2 ALTERNATIVAS DE ACCION DISEÑADOS PARA IMPULSAR LA REHABILITACION DEL PACIENTE TUBERCULOSO . . .	121
5. CONCLUSIONES	131
RECOMENDACIONES	134
BIBLIOGRAFIA	140
ANEXOS	

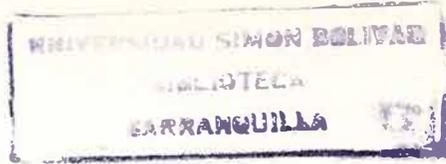


LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

	Pág.
Tabla 1. Índice de pacientes con problemas de deserción en los últimos años (83-84) en este centro piloto....	38
Tabla 2 y gráfico 2. Distribución de la muestra según la edad	46
Tabla 3 y gráfico 3. Distribución de la muestra según el nivel educativo	48
Tabla 4 y gráfico 4. Distribución de la muestra según el hacinamiento	51
Tabla 5 y gráfico 5. Distribución de la muestra según la actitud de los familiares hacia el paciente	54
Tabla 6 y gráfico 6. Distribución de la muestra según la ocupación	56
Tabla 7 y gráfico 7. Distribución de la muestra según el nivel socioeconómico ...	58
Tabla 8 y gráfico 8. Personas responsables en el hogar	60
Tabla 9 y gráfico 9. Distribución de la muestra según el estado civil	62

LISTA DE CUADROS

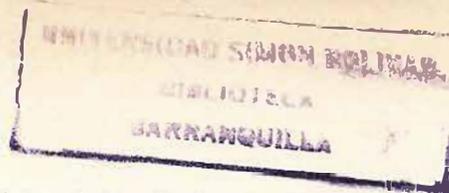
	Pág.
Cuadro 1. Conducta a seguir con los contactos	31
Cuadro 2. Plan piloto de rehabilitación para enfermos con tuberculosis	139



INTRODUCCION

Nuestro país, por su categoría de subdesarrollado, presenta problemas en lo económico, social, cultural y político, reflejándose ésto en un sin número de personas enfermas, desnutridas, desempleadas, prostitutas, drogadictas. Además, es innegable que la política social empleada por el gobierno carece de consistencia para la atención de los problemas antes mencionados, ya que el aporte económico que se otorga a cada una de las instituciones encargadas de prestar una atención asistencial no es lo necesario para que éstas elaboren programas y los ejecuten de acuerdo a las necesidades presentes y futuras de la sociedad, es decir, a corto y a largo plazo y, en especial, los problemas de salud que son los que más se presentan en la población; tal es el caso del problema de la tuberculosis, la cual es atendida en forma endógena y no exógena que cobije al individuo dentro de su medio social.

El presente trabajo de tesis para optar al título de Trabajador Social, se ha desarrollado sobre los factores que



inciden en la rehabilitación del paciente de tuberculosis en el Hospital Niño Jesús de la ciudad de Barranquilla. Se escogió teniendo en cuenta la experiencia obtenida durante un año de práctica en la institución.

La inquietud de estudiar este problema de la rehabilitación del paciente de tuberculosis tuvo como base el hecho de encontrar en el Hospital Niño Jesús, pacientes que cumplieron con un tratamiento supervisado y verídicamente comprobado que cura el 100% de los afectados, presentándose un gran número de ellos que a pesar de haber sido curados se les reactive nuevamente la enfermedad, sin que se hayan encontrado las alternativas a esta problemática que es la principal causa para que continúe la transmisión, se observa cómo mensualmente llegan al hospital personas que requieren de tratamiento, problemática que motivó a buscar mecanismos sociales que incidan en la rehabilitación de los paciente y que han sido contemplados en los objetivos.

La tuberculosis es una enfermedad infecto-contagiosa, social y vergonzosa, en la cual los factores sociales repercuten en su desarrollo, pues en la sociedad existen muchos tabúes sobre la misma, donde el paciente enfermo con tuberculosis se le margina por su estado patológico, llegando a pensar el individuo que una vez contraído el bacilo

de Koch, las demás personas se alejarán de él, lo que tiene como consecuencia el ocultar su enfermedad y, por la misma ignorancia del pueblo, muchas personas al enterarse que en su familia hay un tuberculoso, lo abandonan en instituciones de salud o en las calles, porque les causa vergüenza que sus vecinos y personas allegadas se enteren que posee esta enfermedad, ocasionándole al paciente un estado anímico-depresivo contraproducente al restablecimiento de la salud, lo cual urge la intervención del trabajador social para disminuir los factores que obstaculizan la rehabilitación del paciente.

Teniendo en cuenta la magnitud del problema, se plantea en esta investigación una serie de objetivos e hipótesis, que van a confirmar si realmente esta problemática se está dando. Los objetivos son los siguientes:

Generales:

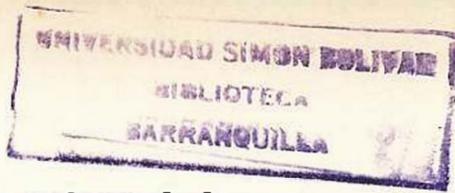
- Adelantar estudios científicos que permitan conocer la relación existente entre los factores sociales que obstaculizan el tratamiento y la rehabilitación social de los pacientes de tuberculosis.
- Conocer ampliamente el accionar del trabajador social dentro de un equipo de salud, con el fin de abordar con

mayor propiedad la problemática de los pacientes de tuberculosis.

Específicos:

- Emplear técnicas de investigación social que permitan abordar críticamente la problemática que vive el paciente de tuberculosis.
- Conocer si el accionar del trabajador social en el Hospital Niño Jesús es el adecuado para propiciar la rehabilitación del paciente con tuberculosis.
- Conocer y analizar las políticas a nivel nacional de rehabilitación social existentes para los pacientes con tuberculosis.

Respecto a los dos primeros, se constata cómo la problemática de salud en el Hospital Niño Jesús, no es una situación particular, sino producto de las contradicciones de la sociedad, ya que si existe una relación de los factores como el hacinamiento, la desnutrición, servicios sanitarios, todo esto, dentro del bajo nivel socio-económico y educativo en que se encuentran los marginados de la sociedad; además del nivel cultural que suma para que se dé un rechazo y aislamiento de los pacientes debido a que consideran la



Tuberculosis como una enfermedad vergonzosa y peligrosa, por lo que se hace necesario que dentro del Hospital Niño Jesús se dé una mayor atención a este problema, procurando a través de un equipo multiprofesional realizar programas de bienestar social que logren minimizar esta problemática. Cabe anotar que lo expuesto anteriormente sobre el estado de hacinamiento, pésimos servicios sanitarios, se comprueba cuando se ilustra con fotos el estado de las viviendas de la mayoría de los pacientes inscritos en el programa de tuberculosis en el Hospital Niño Jesús, lo que obstaculiza la rehabilitación de éstos, situación que se agudiza con la problemática social, laboral y familiar.

Respecto a los otros tres objetivos, se puede decir que se alcanzaron relativamente los dos primeros, ya que mediante las entrevistas, observación directa a los sesenta pacientes inscritos en el programa de tuberculosis en el Hospital Niño Jesús, se pudo constatar que es crítica la situación en que viven los pacientes, porque sus condiciones de vida no son las adecuadas para que se restablezca la salud y mucho menos se dé una rehabilitación de la enfermedad, porque debido a su condición no pueden llevar a cabo un tratamiento adecuado, sumando la situación de rechazo y aislamiento a que son sometidos, por lo cual se reconoce que es una tarea que compromete el accionar del trabajador social en el área de la salud y concretamente en la problemática

de la rehabilitación del paciente de tuberculosis, por lo que se hace indispensable la educación a los familiares de los pacientes.

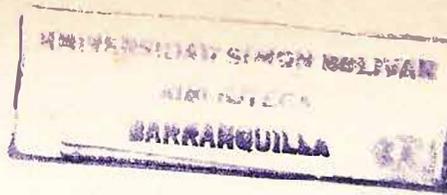
A través de los fundamentos en salud, planteados por el Dr. Alberto Santamaría, se deduce la correlación entre teoría y práctica, necesarias para los datos concretos y deducir que el trabajador social en el Hospital Niño Jesús no ha cumplido con sus funciones de orientación y prevención para la rehabilitación de la tuberculosis, pues se desconoce el accionar de dirección, imponiéndosele tareas de auxiliar que aun cuando parezcan fructíferas, no lo son en la práctica.

La situación se hace más crítica cuando se comprueba que no existen unas políticas a nivel nacional, ni local, que impulsen la rehabilitación social para los pacientes con tuberculosis.

Respecto a las hipótesis, tenemos:

General:

La carencia de planes y programas para la rehabilitación social de los pacientes de tuberculosis, demuestra la poca importancia que se les dá a ellos, agudizándose el rechazo que hace la familia y comunidad en



De trabajo:

El Trabajador Social debe participar activamente en la planeación y ejecución de todos los programas de rehabilitación social para los pacientes de tuberculosis, minimizando de esta forma el rechazo de la familia y de la sociedad en general.

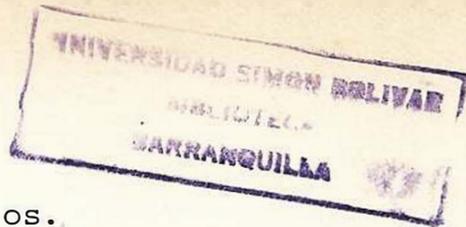
Referente a las hipótesis, en realidad no se puede aislar ni separar la problemática del programa de tuberculosis en Barranquilla con respecto a Colombia, ya que analizando se encuentra que no existen planes y programas para la rehabilitación social de los pacientes, lo que demuestra que no se les da una importancia, haciéndose más agudo el rechazo que hace la familia y comunidad en general a ellos. Esto más que todo se da porque las autoridades de salud, tanto en el aspecto médico como social, no se han preocupado por mostrar al pueblo que la tuberculosis es una enfermedad curable como cualquier otra, por lo que no se tiene una conciencia sobre ello.

La segunda hipótesis se comprueba cuando el trabajador social en el Hospital Niño Jesús, no ha intervenido eficazmente, ya que no existe hasta la presente, un manual de funciones de dirección de trabajo social, quedándose en el campo de auxiliar.

El estudio realizado a las sesenta familias de los pacientes de tuberculosis dijeron desconocer una orientación y educación de trabajo social, sobre el tratamiento de la enfermedad, por lo que su accionar hasta el momento ha sido nulo, con lo cual no se minimiza el rechazo del paciente por la familia y sociedad.

En el momento de iniciar el estudio, en el Hospital Niño Jesús, se encontraron inscritos en el programa de tuberculosis ciento veinte pacientes de ambos sexos, en su mayoría pertenecientes a la clase proletaria, con condiciones no óptimas para la vida humana, tal como se comprueba en las entrevistas domiciliarias, en los contactos con los archivos de la institución, en el desarrollo simultáneo de observaciones directas a la misma y en la aplicación de encuestas a una muestra representativa de sesenta pacientes, es decir, se tomó un 50% del total del universo, cubriendo pacientes hospitalizados y en tratamiento ambulatorio.

El materialismo dialéctico enseña que para poder combinar la teoría con la práctica, es necesario tener presente que los pacientes y su situación de vida, no podrán verse aislados de las contradicciones del capitalismo mundial y de las condiciones concernientes a Colombia. La interrelación dialéctica del problema estudiado, lleva a organi



zar el trabajo en cuatro capítulos.

En el primero se hace un estudio teórico-práctico sobre la institución Niño Jesús, abarcando sus políticas, programas, cobertura, objetivos y los recursos con que cuenta; continuando con el análisis de la deserción de los pacientes inscritos en el programa de tuberculosis y las causas de ésta, para llegar a los mecanismos utilizados por este centro piloto ante la deserción.

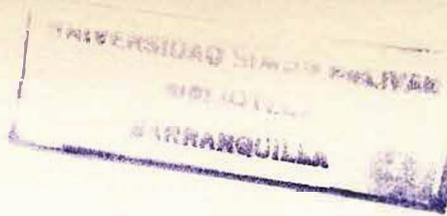
En el segundo capítulo, se analizan los diversos factores que inciden en la rehabilitación de los pacientes de tuberculosis del Hospital Niño Jesús, se hace un estudio crítico del medio externo de los pacientes, donde se observa que sus condiciones de vida no son las adecuadas para el restablecimiento de la salud, ya que existe desnutrición, pésimos servicios sanitarios, hacinamiento y otros.

Dentro de este segundo capítulo, se estudia concretamente la problemática socio-económica y familiar de los pacientes adscritos al programa de tuberculosis en la institución mencionada, para la cual se fundamenta en una muestra representativa de sesenta pacientes tuberculosis tomados del universo y anotados en el comienzo de éste. Seguidamente se hace una interpretación de los cuadros y gráficas donde se analiza que la teoría planteada tiene una rela

ción con la práctica.

En el tercer capítulo se hacen planteamientos teóricos de la familia en términos generales y cómo puede ésta colaborar con la rehabilitación de los pacientes de tuberculosis, además, se describe la experiencia obtenida en el Hospital Niño Jesús, para finalizar con la presentación de dos casos sociales donde se presenta apoyo de la familia en uno, y rechazo en el otro.

En el cuarto y último capítulo, se hace una descripción teórica y un análisis crítico de la intervención del trabajador social en la salud a nivel general y particularmente su intervención en el programa de tuberculosis en el Hospital Niño Jesús, señalando el hecho de no existir el cargo de trabajo social, sino de auxiliar de trabajo social, de desempeñado por una profesional titulada. En este mismo capítulo, se diseñan alternativas para el trabajador social dentro de la problemática de la rehabilitación de los pacientes de tuberculosis. En las recomendaciones se diseña un programa o plan de rehabilitación para este tipo de pacientes que involucra a todos los estamentos que en una u otra forma tiene que ver con el problema estudiado.



I. INDICE DE PACIENTES TUBERCULOSOS CON PROBLEMAS DE DE SERCION EN LOS DOS ULTIMOS AÑOS (83-84) Y LOS MECANISMOS DE ATENCION UTILIZADOS POR EL HOSPITAL NIÑO JESUS

1.1 HOSPITAL NIÑO JESUS.

El Hospital Niño Jesús es una institución de carácter oficial y tiene como actividad predominante la prestación de servicios de salud a la comunidad en general.

Geográficamente esta institución se encuentra ubicada en el Noroccidente del municipio de Barranquilla, localizada en el barrio Paraíso, en la Carrera 75 con Calle 80.

1.1.1 **Objetivos de la Institución:**

El Hospital Niño Jesús es un organismo de salud, integrado al Sistema Nacional de Salud, cuyos objetivos son:

- Atender la salud de la comunidad en un medio ambiente satisfactorio, procurando la conservación y mejoramiento de la vida humana, a través de acciones sobre la ecología, el control de la calidad del agua y la contaminación ambiental, en colaboración con otros programas relacionados.

- Dar atención de salud en forma integral (promoción, protección, reparación y rehabilitación de la salud) a toda la comunidad, de acuerdo con el nivel de atención que le corresponde dentro del Sistema Nacional de Salud.

- Proporcionar a la población atención médica especializada en el tratamiento de enfermedades de las vías respiratorias preferencialmente la tuberculosis.

- Será, además, un centro docente de adiestramiento e investigación de las ciencias de la salud y de la educación de la comunidad.

- Servir como recurso ejecutivo del Servicio Seccional de Salud, ejecutando los planes y programas de salud para dicha área.

1.1.2 Políticas de la Institución:

- Prestar un mejor servicio a la comunidad.
- Atender a los pacientes de tuberculosis y a la comunidad en general.
- Realizar campañas de vacunación para prevenir enfermedades.
- Bajar el índice de tuberculosis en Barranquilla.
- Prestar un mejor servicio de cirugía a la comunidad.
- Realizar campaña de higiene dental.
- Prestar un mejor servicio de hospitalización de caridad y pensionados.

1.1.3 Cobertura de la Institución:

Los servicios que presta el Hospital abarcan un 36,2% aproximadamente, de la población atlanticense, incluyendo pueblos, veredas y corregimientos, ya que es la primera institución especializada en la atención de casos de vías respi

ratorias y más que todo, sus servicios son prestados a las personas de escasos recursos económicos.

1.1.4 Servicios que presta la Institución:

Actualmente la institución se encuentra en capacidad de brindar los siguientes servicios:

- Consulta médica general;
- Pediatría;
- Consulta de obstetricia y ginecología;
- Vacunaciones;
- Odontología;
- Laboratorio;
- Cirugía;
- Rayos X;
- Consulta de tuberculosis.

1.1.5 Programas:

Dentro de las diferentes secciones, el Hospital Niño Jesús realiza programas de salud enmarcados en una serie de actividades.

Sección Consulta Externa-Pediatría.

1.1.5.1 Programa Materno Infantil:

Actividad: Crecimiento y desarrollo. Se realiza con el fin de llevar un control prenatal y postnatal a madres de bajos recursos económicos.

1.1.5.2 Programa de Vacunación:

Actividad: Inmunizar niños de 2 meses a 4 años. Tiene como meta principal prevenir en los niños enfermedades como polio, sarampión, tétano, tuberculosis y otras.

1.1.5.3 Programa de Tuberculosis:

Actividad: Prevención, control y tratamiento de la tuberculosis. Se lleva a cabo con el propósito de bajar el índice de tuberculosis en Barranquilla, como también lograr que los afectados por esta enfermedad se recuperen y se reabiliten con un tratamiento ordenado por un médico especializado en vías respiratorias.

1.1.6 Recursos con que cuenta la entidad:

1.1.6.1 Financieros:

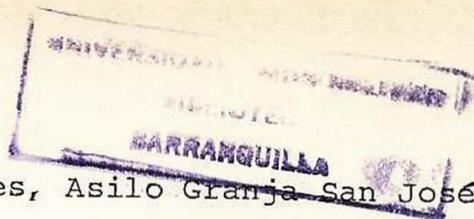
Estos recursos los obtiene a través de las partidas de la Nación anualmente, como también cuenta con el aporte de departamental a través de los Servicios de Salud del Atlántico.

1.1.6.2 Materiales:

Los equipos médicos, medicamentos antituberculosos y de más instrumentos de infraestructura son adquiridos con el capital de las partidas que son destinadas por el Estado; los artículos de limpieza, papelería y demás son costeados con las entradas que recibe el Hospital por los servicios prestados a los usuarios.

1.1.6.3 Institucionales:

El área programática de control de la tuberculosis realiza actividades con las siguientes instituciones: Hospital Niño Jesús, Liga Antituberculosa, Hospital Universitario, Servicio Seccional de Salud del Atlántico, Liga con



tra el Cáncer, Club de Leones, Asilo Granja San José, Asilo de San Antonio.

1.2 MECANISMOS DE ATENCION UTILIZADOS POR EL HOSPITAL.

En el desarrollo de la política de salud pública, el control de la tuberculosis es otro de los programas que se vienen realizando por el Servicio de Salud, con mucho interés, con el propósito de disminuir la tuberculosis en el Departamento.

El tratamiento de la tuberculosis hoy día, es una materia compleja que requiere la supervisión continua de un médico o médicos bien entrenados, el uso de facilidades de la laboratoriorio para la evaluación apropiada y el uso a largo término e ininterrumpido de drogas antituberculosas apropiadas; la disponibilidad de cirugía torácica competente, de los servicios de un buen hospital, de descanso suficiente, una buena alimentación, aceptación de los enfermos por su familia y sociedad y otros factores también primordialmente significativos¹.

El Hospital Niño Jesús dispone de unos indicadores que ayudan a evaluar la problemática sanitaria de los enfermos en relación con el factor biológico desencadenante, ya que las drogas que posee nunca se puede asegurar la eliminación

¹ FISHBEIN, Morris. Enciclopedia Familiar de la Medicina y la Salud. Nueva York, Stuttenan, 1967, p. 747.

total de las bacterias causantes de la enfermedad. Estos indicadores son el control mediante la baciloscopia y mediante el cultivo.

Estos métodos son mundialmente aceptados y en aquellos países donde se quiere profundizar aún más la investigación se utiliza la inoculación del bacilo o de las muestras del individuo controlado, centrifugado el esputo a animales en experimentación, como el conejo, el caballo.

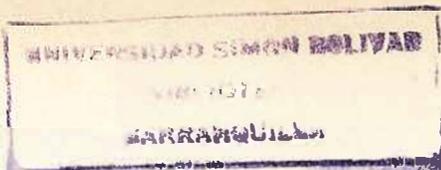
Mediante la baciloscopia, a través de estudios seriados o sucesivos, se puede verificar que el paciente no está eliminando el bacilo de Koch en el aire, pero a esto se ha llegado después que la persona haya completado un esquema de tratamiento debidamente administrado, regulado y normado, con un método ya verídicamente comprobado que puede curar al paciente. La baciloscopia va a indicar si el paciente quedó ya definitivamente curado.

Para la curación de los pacientes, la institución exige que se debe cumplir el esquema en el tiempo y en la cantidad recomendada en el tratamiento; pero no todos los pacientes cumplen con exactitud las normas establecidas por el Hospital, es decir, se les recomiendan que asistan al tratamiento por un tiempo, ya sea de seis a nueve meses y antes de este período sucede la deserción, entonces al ha

cerle un nuevo chequeo se encuentra que sus baciloscopias están positivas, no importa el grado que tengan, ya sea de una cruz, de dos o tres cruces, siempre se considera un caso positivo. Entonces, ante este resultado, es necesario asignarle un nuevo tratamiento; si en este segundo intento no se cumplen las alternativas de curación, es decir, que en el quinto o sexto mes, no se han vuelto negativos los bacilos, entonces se aplica un esquema de retratamiento que de acuerdo a las normas de la institución, ya sería un tratamiento prolongado o sea de doce meses, con administración de drogas que tengan mayor efectividad, de acuerdo a los que no haya recibido anteriormente.

Hay ciertas variables de tipo social que es necesario considerar en el caso que sea imprescindible continuar la estrategia de un retratamiento, es decir, que si el paciente se va a someter a un tratamiento controlado que pueda así mismo garantizarle el efecto de la droga, se debe tomar la alternativa de un esquema combinado de tratamiento ambulatorio o de un lapso de hospitalización.

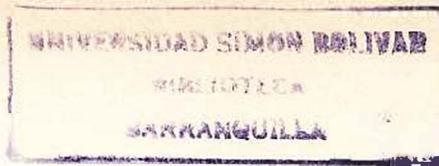
La hospitalización se usa en algunos casos muy especiales en los cuales se trata de rehabilitar al paciente en forma psíquica y social para que siga los tratamientos normales, utilizando la persuasión y una serie de charlas, para que una vez abandone esta etapa hospitalaria, continúe



con el tratamiento y no lo abandone como lo hizo la primera vez. En el servicio ambulatorio se trata de hacer una rehabilitación psíquica, social, pero con menos intensidad, ya que el paciente acude a la institución únicamente en busca de su tratamiento.

Otro de los mecanismos para el control de los pacientes perdidos, anteriormente se consideraba un paciente perdido a los tres meses, pero se hizo una modificación en los nuevos Manual Operativo y la norma es que si el paciente a los treinta días de haber recibido su última toma de droga o de haber recibido su control médico, no aparece en el organismo, se considera ya como paciente perdido, entonces se toman alternativas de hacer visitas domiciliarias y si es el caso de irlo a buscar, de citarlo telefónica o telegráficamente, es decir, una medida de que haga venir al paciente a la institución donde se estaba controlando inmediatamente, porque de allí en adelante, el paciente podría estar experimentando una agravación de todo su sistema respiratorio.

Básicamente lo más importante es: la búsqueda de los pacientes que tienen la tuberculosis activa, el examen de los contactos de éstos, con el fin de diagnosticar en una forma precoz los enfermos contactos de los mismos, y la protección de los niños menores de cuatro años mediante



la vacunación con B.C.G.

Estos son los tres pilares de la estrategia para controlar la enfermedad y se considera que con pilares fundamentales para lograr el control definitivo de la tuberculosis en el Departamento del Atlántico.

La institución también lleva a cabo el cumplimiento estricto de las normas operativas del programa de control de la tuberculosis.

1.2.1 Búsqueda y localización de casos:

Este aspecto constituye, junto con el tratamiento, una de las actividades básicas del programa.

La consulta externa de todos los organismos de salud (hospitales, centros y puestos de salud), debe hacer bacilos copia seriada de esputo a los pacientes, para diagnosticar así: tres muestras en tres días consecutivos: uno en el momento de la consulta y las dos siguientes en ayunas en los días consecutivos.

Se hará en los siguientes grupos de personas:

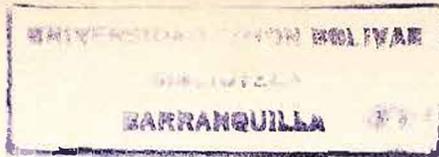
esputo en los enfermos se anulan las fuentes de infección, y desde el punto de vista individual, es la forma de curar el enfermo y evitar la muerte por tuberculosis. Por estas razones, es indispensable ingresar a tratamiento a la totalidad de pacientes con diagnóstico de tuberculosis confirmada.

1.2.2.1 Características:

- a) El tratamiento debe ser combinado, es decir, deben utilizarse tres o cuatro drogas simultáneamente en la fase inicial y dos en la segunda fase; nunca debe hacerse monoterapia, pues se expone al enfermo a adquirir resistencias bacterianas, para tal fin se han normado los esquemas terapéuticos.

- b) El tratamiento de tuberculosis se administra en dos formas:

Supervisada: Cuando el paciente toma las drogas bajo la estricta observación del personal con el fin de asegurar la efectiva administración de la medicina prescrita.



Autoadministrada:

Cuando el enfermo no puede someterse al esquema supervisado, se le entrega la medicina para que la tome en su casa, en este caso debe hacerse mucho énfasis para que el paciente no suspenda el tratamiento y asista cumplidamente a los controles.

1.2.2.2 Criterios de curación:

- a) Se considera curada la persona que cumplió los seis meses de tratamiento sin interrupción, y su esputo se hizo negativo a más tardar al cuarto mes y así continuó hasta el sexto mes.

- b) El paciente que negativiza la baciloscopia solo el quinto o sexto mes, deberá continuar el mismo tratamiento hasta el noveno mes. Si persiste negativo, época en la cual se dará de alta.

1.2.2.3 Criterios de fracaso:

Se considera fracasado un tratamiento cuando el paciente presenta baciloscopia positiva en el sexto mes, o posteriormente. En este caso se inicia un esquema de retratamiento y si éste falla, se solicita prueba de resistencia.

1.2.2.4 Criterios de pérdida:

En cualquiera de las dos fases, se considera al paciente perdido después de un mes de suspensión del tratamiento.

Criterio para tratamiento de reingreso de pacientes perdidos del esquema supervisado:

- a) El paciente que reingresa antes de cumplir un año de haber iniciado el tratamiento, volverá a iniciar el esquema completo sea cual fuere su estado bacteriológico.
- b) Si reingresa después de un año de iniciación y tiene baciloscopia positiva, debe reiniciar tratamiento.
- c) El enfermo que reingresa después del año y tiene baciloscopia negativa se deja en observación sin tratamiento, haciendo baciloscopias trimestrales durante un año.

1.2.3 Seguimiento:

Este tema merece atención especial por los resultados que de él se esperan, a saber: la negativización persistente y la mejoría del paciente a través de la correcta aplicación del tratamiento.

1.2.3.1 Factores:

En el control del tratamiento deben tenerse en cuenta los siguientes factores:

a) Regularidad: Está comprobado por numerosos estudios, que los enfermos se curan en la totalidad de los casos, cuando se aplica el tratamiento prescrito, haciéndolo en forma regular y por el tiempo ordenado. La mayoría de fracasos obedecen a interrupciones e irregularidades en la toma de medicamentos.

La única forma de asegurar una terapia correcta es supervisando directamente la aplicación del tratamiento. Este control lo hace el personal de salud y en casos especiales, algunos miembros de la comunidad debidamente adiestrados y supervisados.

Por lo anterior, se debe tratar de incluir en el esquema supervisado a la mayoría de los enfermos nuevos, acudiendo a todas las estrategias posibles como descentralización en organismos de salud, utilizando la participación de las trabajadoras sociales, promotoras, líderes, etc.

1.2.3.2 Actividades:

1.2.3.2.1 Consulta Médica:

Todo paciente debe tener un control médico o de enfermería cada mes durante el tratamiento. El médico debe hacer la primera y última consulta; como mínimo se requiere un control médico cada tres meses, o cuando el estado del paciente lo requiera.

Como parte interrogativa de la consulta médica, las trabajadoras sociales hacen una entrevista cuyos principales fines consisten en la motivación e información completa al paciente sobre la enfermedad. En ambas actividades se insistirá al máximo en la importancia de la toma regular de los medicamentos y en la gravedad que ocasiona el abandono de los mismos.

1.2.3.2.2 Aplicación o administración del tratamiento:

Esta actividad está a cargo del personal de enfermería. Para programar el trabajo se debe tener en cuenta el tiempo necesario para esta actividad de acuerdo con el número de pacientes y además prever las facilidades locativas y los elementos a utilizar.

En el esquema autoadministrado se entregará la droga para un mes, aprovechando el control mensual.

1.2.3.2.3 Control de enfermería:

Cuando no se hace consulta médica para el seguimiento mensual, debe realizarse un control de enfermería. En caso de encontrar problemas de intolerancia u otra situación que justifique el control médico, el paciente debe ser remitido a consulta.

1.2.3.2.4 Control bacteriológico:

Debe asegurarse el control bacteriológico mensual de las personas en tratamiento, entregando en el caso de esquema supervisado el recipiente para que traiga la muestra al

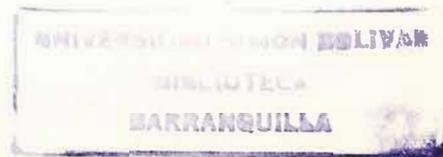
día siguiente, y en el autoadministrado se entrega en cada control para la recolección de la muestra de esputo que debe traer al mes siguiente el enfermo, explicándole muy bien y en cada oportunidad la importancia del examen y la forma adecuada de recolectar la muestra, en ayunas, procurando obtener verdadera secreción bronquial.

1.2.3.2.5 Visita domiciliaria:

Se realizará esta actividad al paciente inasistente al tratamiento o control, a la mayor brevedad posible, con el fin de evitar la interrupción del mismo o la resistencia bacteriana, y para prevenir la pérdida definitiva.

Se considera perdido el paciente con más de un mes de inasistencia.

Ante la imposibilidad de realizar la visita se deben utilizar los medios de comunicación al alcance, sin lesionar el derecho que toda persona tiene a la reserva de su enfermedad.



1.2.4 Investigación Epidemiológica:

1.2.4.1 Contactos:

Toda persona que convive en la casa del enfermo de tuberculosis pulmonar debe ser objeto de las siguientes acciones:

1.2.4.1.1 Inscripción:

Deben registrarse siempre todas las personas consideradas contactos del enfermo, en la ficha socioeconómica de éste.

1.2.4.1.2 Conducta a seguir con los contactos:

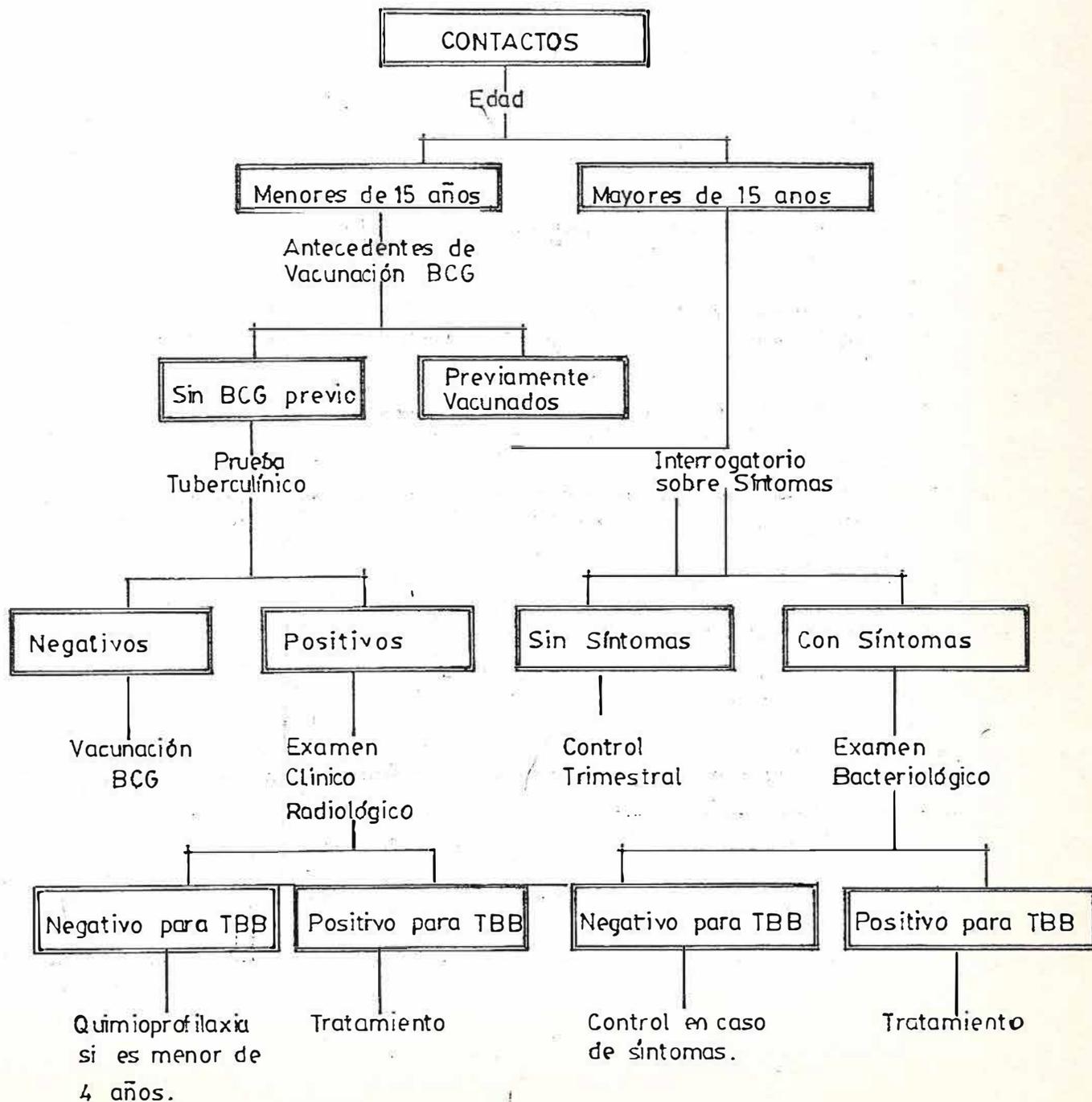
Se procederá en todos los casos de acuerdo con el esquema que aparece a continuación (Ver cuadro página N^o).

1.2.4.1.3 Quimioprofilaxis:

Se reserva estrictamente a los casos anotados en el cuadro de contactos. La quimioprofilaxis consiste en admi

CUADRO N° 1

CONDUCTA A SEGUIR CON LOS CONTACTOS



nistrar Isoniazida durante seis meses en dosis de 10 mg por Kg. de peso/día, a contactos menores de cuatro años con reacción tuberculosa.

1.2.4.1.4 Observación:

Se realizará a las personas sin síntomas y baciloscopia negativa para identificar la posible aparición de sintomatología respiratoria.

1.2.4.2 Caso Índice:

Cuando se trata de enfermos pediátricos (caso índice), se insiste con los familiares en identificar las fuentes de contagio (caso fuente), para que asistan al organismo con el fin de evaluar su situación y adoptar la conducta indicada.

1.2.5 Educación:

Todo el personal de salud está en la obligación de impartir educación en tuberculosis, por todos los medios a su alcance. La educación debe programarse dentro de las

actividades normales de cada funcionario.

Las actividades educativas prioritarias en tuberculosis se encauzarán hacia el personal de salud, el paciente y la comunidad.

1.2.5.1 Personal de salud:

a) Capacitación a los profesionales y auxiliares que ingresen al servicio.

b) Actuación de todos los funcionarios según las actividades.

c) Difusión del programa a otros sectores: Seguridad social, medicina privada.

1.2.5.2 Paciente:

Se dará educación al enfermo a través de la entrevista, de la consulta, del control de enfermería y de las visitas domiciliarias.

1.2.5.3 Comunidad:

Cada organismo debe promover las acciones educativas de acuerdo con los recursos humanos y físicos disponibles. Se hacen charlas de información en las consultas externas a los grupos de consultantes, en los establecimientos escolares y a grupos que tengan liderazgo en la comunidad para obtener su participación activa como: clubes, comités de salud, juntas comunales.

1.2.6 Registros:

Los registros utilizados en el programa son los siguientes:

- Tarjeta de tratamiento.
- Registro diario de enfermos nuevos.
- Registro diario de baciloscopia.
- Informe mensual de actividades de control de TBC.
- Formulario de programación.
- Formulario de evaluación.
- Guía de supervisión.
- Informe sobre actividades educativas.
- Otras formas estadísticas.

1.2.6.1 Tarjeta de tratamiento:

Es el registro dinámico que permite conocer los aspectos más importantes del control del enfermo, del estado bacteriológico, la intolerancia a las drogas y la investigación de contactos.

En cuanto al organismo responsable del programa permite conocer los siguientes aspectos: número de enfermos en tratamiento en cada esquema, cumplimiento en la asistencia, pérdida de control y demás aspectos técnico-administrativos.

Debe hacerse a toda persona diagnosticada como enfermo de tuberculosis y que ingrese a tratamiento.

1.2.6.2 Registro Diario de enfermos nuevos:

Objetivos: Inscribir oportuna y correctamente los enfermos nuevos que se descubren en cada organismo, consignando el método de diagnóstico según edad y sexo, y anotando por separado las formas extrapulmonares.

Es la fuente de información del literal del formulario mensual "Número de enfermos diagnosticados".

Sirve como notificación de enfermos nuevos, reemplazando en esta forma la tarjeta índice de caso positivo.

Este registro debe ser diligenciado con duplicado por la persona responsable del programa en la entidad. El original se anexa al informe mensual, la copia se archiva en orden cronológico.

1.2.6.3 Registro Diario de baciloscopia:

Es responsabilidad de bacteriología. Tiene por objeto a notar en forma diaria, tanto la recepción de muestras de esputo para realizar baciloscopias como los resultados de los exámenes, bien sea para diagnóstico en forma seriada o para control.

Debe ser elaborado por el personal del laboratorio que realice el examen.

Se archivará en forma cronológica para ulteriores consultas.

1.2.6.4 Informe Mensual de actividades de control de tuberculosis:

Como su nombre lo indica, tiene por objeto recolectar la información del programa en todos los organismos de salud.

Permite conocer mensualmente el inventario de drogas y elementos del programa a todos los niveles; es, además, el instrumento básico para la evaluación epidemiológica del programa.

Debe ser diligenciada por duplicado, por el funcionario de información en todos los organismos de salud del sistema y es responsabilidad final del Director de cada institución.

El original seguirá el flujo de regionalización establecido por el Sub-sistema de Salud con la oportunidad prevista; la copia debe permanecer en el organismo correspondiente.

TABLA 1

1.3 INDICE DE PACIENTES CON PROBLEMAS DE DESERCIÓN EN LOS ÚLTIMOS AÑOS (83-84) EN ESTE CENTRO PILOTO.

AÑOS	PACIENTES EN TRATAMIENTO	DESERCIÓN	PORCENTAJE
1983	423	282	66,66%
1984	249	205	82,33%
TOTAL	672	487	72,47%

En este cuadro se presenta el índice de pacientes con problemas de deserción en los dos últimos años (83-84) en el Hospital Niño Jesús.

Como se puede apreciar, en el año 1983 habían 423 pacientes en tratamiento y la deserción fue de 282, con un 66,66%; esto indica que hubo una deserción más de la mitad de pacientes; sin embargo, en el año 1984, el número de pacientes en tratamiento disminuyó a 249, y la deserción fue 205 con un 82.33%, notando que la deserción aumentó más en este año, dándose un total de deserción en los dos últimos años de 487 pacientes con un 72,47%.

Este alto índice de deserción en el Hospital Niño Jesús, nos lleva a analizar que en primera instancia no se da una estrecha vigilancia del tratamiento, además que influyen varios factores, como son:

- Las presiones sociales que condicionan al paciente para que lo abandone.
- El malestar que les produce la droga, como por ejemplo: alergias, mareos, defectos al caminar, etc.
- La no aceptación de la enfermedad.
- La sensación de sentirse bien, los induce a pensar que ya están curados.
- Las grandes distancias que existen entre su hogar y el hospital y por falta de recursos económicos no les permite trasladarse a tomar el tratamiento.
- El rechazo y aislamiento a que son sometidos por sus familiares y amigos.
- Por el mito que se tiene de la enfermedad en la comunidad, no acuden al hospital por temor a que los vean.

- Por dedicarse a otras actividades como alcoholismo, drogadicción, prostitución.

Analizando esto se puede concluir que el factor educativo, económico, cultural, rechazo y aislamiento, además de la poca orientación que se les da sobre la importancia de seguir adecuadamente el tratamiento influyen notablemente para que exista ese porcentaje alto de deserción.

Para que haya una mejor comprensión del problema es de anotar que estas personas en su gran mayoría provienen de barrios tuguriales, fenómenos como el hambre, la desnutrición los obliga a no llevar una secuencia del tratamiento necesaria para la rehabilitación. Además no pueden darse el lujo de no trabajar, ya que si así lo hacen no tendrán para alimentarse.

El factor educativo y cultural influye notablemente en este problema porque debido a las creencias y tabúes que se tiene de la enfermedad, la familia y comunidad rechazan a los tuberculosos, contribuyendo a que no haya un estímulo que los induzca a su recuperación.

La hospitalización incide para que sus familiares no desarrollen continuas visitas, con lo que el enfermo se siente

aislado, provocándose un estado emocional contraproducente a la enfermedad.

Este complejo problema de la no continuidad del tratamiento es considerada como la principal y verdadera causa que evita la recuperación del paciente, lo que repercute en la no rehabilitación de éste; porque no se va a terminar con el exterminio de la población bacteriana dentro del paciente y eso conduce a que él haga una segunda enfermedad o se le reactive la que se le había mejorado y puede reactivarse con cepas que van a ser sensibles a la droga, es decir, que el paciente va a seguir tomando droga por un período de dos o tres años y estará curado, pero puede existir la posibilidad que más adelante la enfermedad se le vuelva a presentar.

2. CARACTERISTICAS ECONOMICAS, SOCIALES Y FAMILIARES DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS. SESENTA CASOS SOCIA LES

Uno de los problemas que afecta a la familia colombiana de bajos recursos económicos es la tuberculosis, la cual es una enfermedad presente en la historia de la humanidad y asociada a las condiciones de pobreza, miseria, de saseo, hacinamiento, desnutrición, falta de educación sanitaria y el crecimiento desordenado y progresivo de las zonas marginales de la ciudad, sin posibilidades de acceso a los servicios de salud, a los centros médicos y mucho menos a la medicina preventiva.

El desordenado crecimiento urbanístico facilita que se den asentamientos con altos índices de miseria en todas las ciudades, lo cual da un ambiente propicio para la contaminación y seguimiento de enfermedades de toda índole como la tuberculosis que se apodera de organismos desnutridos con gran facilidad, por no tener las personas recursos económicos para mantener el equilibrio de la sa

lud; situación que influye en la rehabilitación de los pacientes tuberculosos, ya que estas personas tienen un bajo nivel educativo y económico que no se ajustan al nivel de vida impuesto por el sistema capitalista imperante, es por ello que viven relegados en comunidades marginadas, padeciendo hambre y desnutrición, viven en habitaciones sin ventilación en grado relativamente alto de hacinamiento y con las mínimas normas de higiene, además de esta situación se enfrentan a otros problemas como los conflictos familiares, laborales y sociales, todo esto es producto de una estructura social clasista que margina y explota. A todo esto se suman las tensiones y presiones naturales de su condición social, situación en la que violentando su condición de padres o miembros de una familia, dan muestra de resentimiento y egoísmo que muchas veces llevan a abandonar el tratamiento o no someterse a éste. Además, la misma familia adopta posiciones egoístas y se niega a aceptar la enfermedad de un miembro de ella; el poco conocimiento que tienen de ésta contribuye a que prevalezcan patrones erróneos, según los cuales la tuberculosis es incurable trayendo como consecuencia el rechazo de la familia y la sociedad hacia el paciente. También sufren traumas económicos por lo que los empresarios con una ideología capitalista rechazan al trabajador hasta el extremo de liquidarle su contrato de trabajo, lo cual hace que el individuo se torne agresivo con su núcleo familiar y comunidad

en general.

Los factores psico-sociales influyen en los individuos afectados por tuberculosis y se manifiestan:

- Por la no aceptación de la enfermedad.
- Aislamiento total o parcial del individuo afectado.
- Agresividad hacia la familia y comunidad en general o a través de la cual, él manifiesta su resentimiento.

En Colombia se han dado diversos programas de atención a la salud, en donde el programa de tuberculosis está incluido, los cuales son ineficaces por la no existencia del material adecuado tanto humano como técnico y científico para su implementación, pero más que todo porque la atención médica se desarrolla en forma mecánica, sin haber la orientación social respectiva por parte de los profesionales de trabajo social; así, de esta manera, no se puede obtener una eficacia en el tratamiento y mucho menos en la rehabilitación, ya que faltan los aspectos sociales del mismo. Ante esta situación, se pone al orden del día la búsqueda de solución al problema del hacinamiento, promiscuidad, pésimos servicios públicos y sanitarios, hambre y desnutrición, una orientación y educación social sobre la forma de

prevenir y enfrentar la enfermedad de la tuberculosis, con el fin de borrar el mito que se tiene de ésta.

En este capítulo se trata de enfocar los aspectos globales del medio ambiente en que se encuentra ubicada la población y que impiden alcanzar su rehabilitación.

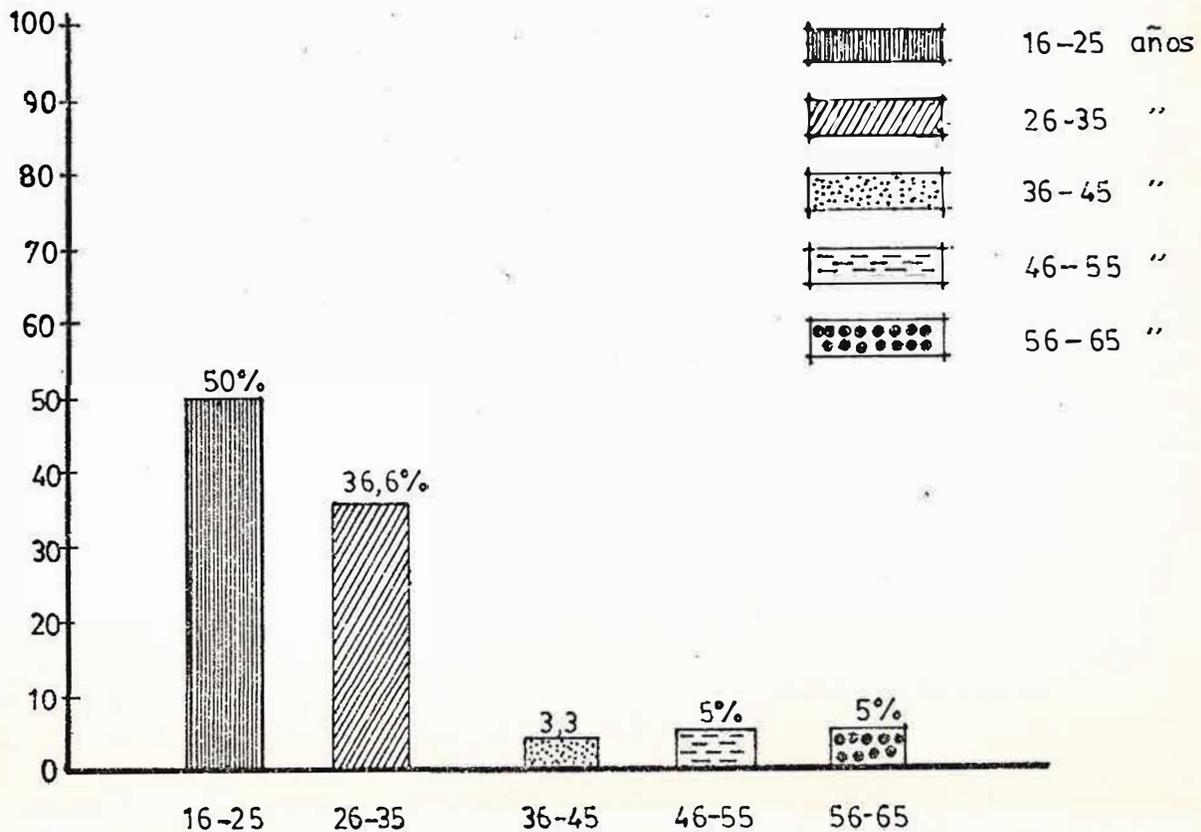
En Barranquilla, en el Hospital Niño Jesús, es donde se lleva a cabo el programa de la tuberculosis y a mediados de los meses de julio-agosto del año 1984, se encontraban adscritos 85 pacientes de ambos sexos en calidad de ambulatorios y 35 hospitalizados, para un total de 120 pacientes.

Para el estudio se tomó una muestra de sesenta pacientes, es decir, el 50% del total de ellos.

A continuación se presentan los resultados del análisis que se realizaron a los pacientes con sus características socio-económicas.

TABLA 1. DISTRIBUCION DE LA MUESTRA SEGUN LA EDAD.

EDAD	No. de personas	%
16 - 25	30	50
26 - 35	22	36.6
36 - 45	2	3.3
46 - 55	3	5
56 - 65	3	5
TOTAL	60	100%



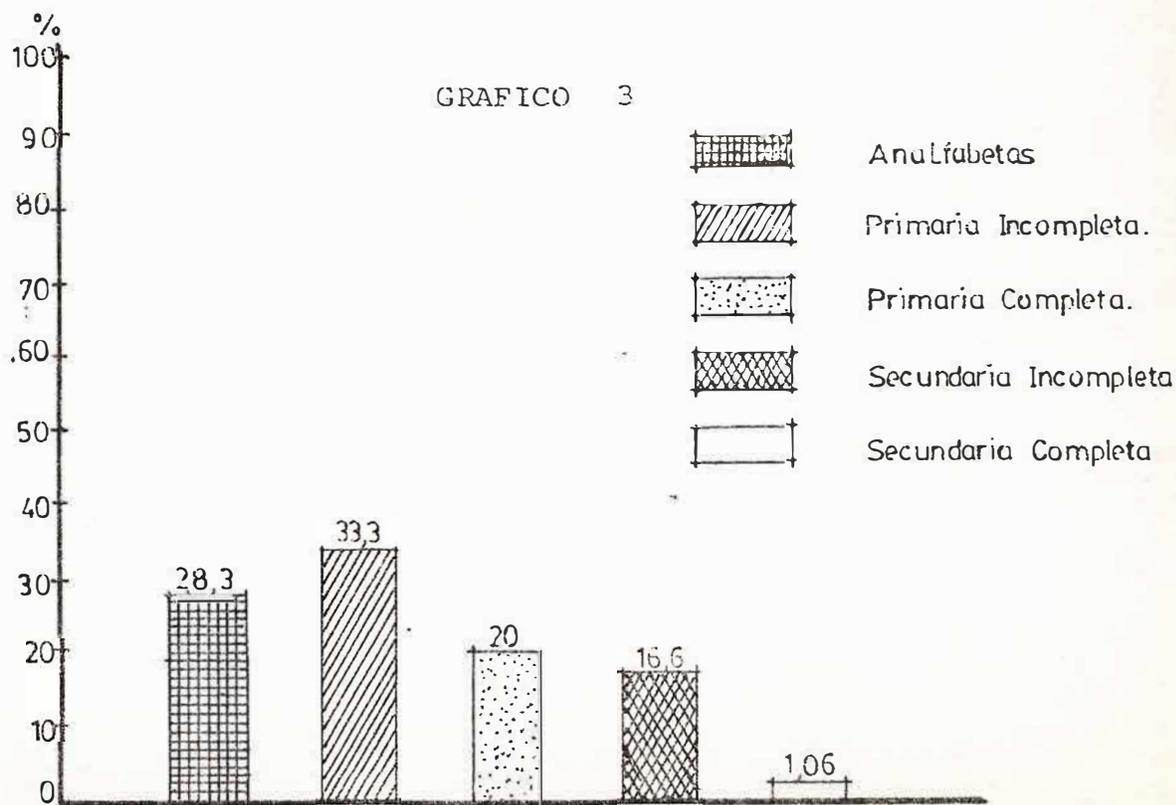
45

En este cuadro se puede notar que hay una prevalencia de la enfermedad entre las edades de 16 a 25 años y 26 a 35 años, con un promedio del 50% y 36,6%, respectivamente, situación peligrosa si se tiene en cuenta que es a esta edad cuando las personas de ambos sexos comienzan a forjarse el futuro, es uno de los períodos de mayor potencialidad fisio-psicológica y considerada para la sociedad la edad altamente productiva en el aspecto laboral; por lo que cuando se presenta cualquier tipo de enfermedad se tiende a pensar en una posible desvinculación laboral, ya que se requiere cierto tiempo (meses o años) para recuperarse y las empresas necesitan personas sanas que les produzcan. Cuando se trata de enfermedades infecto-contagiosas, tales como la que está estudiando, la situación tiende a agravarse ya que el consenso general es considerar a la tuberculosis como algo tabú que debe apartarse, evitarse, por lo tanto, cuando se diagnostica esta enfermedad, el paciente se vuelve agresivo, tenso, aislado, retraído.

También puede suceder que la enfermedad se presenta más en estas edades pues son las más expuestas a todo tipo de inclemencias y abusos (drogas, alcohol, promiscuidad, desnutrición) y no existen unas políticas claras en torno a un bienestar social que pueda contrarrestar tales fenómenos.

TABLA 3. DISTRIBUCION DE LA MUESTRA SEGUN EL NIVEL EDUCATIVO.

NIVEL EDUCATIVO	FRECUENCIA	%
Analfabetas	17	28,3
Primaria Incompleta	20	33,3
Primaria Completa	12	20
Secundaria Incompleta	10	16,6
Secundaria Completa	1	1,06
TOTAL	60	100



La cultura es un término muy amplio, el cual hace referencia a las condiciones de existencia de una familia y el grado de conocimiento de la misma, así como se presenta un nivel cultural bajo, es poca la capacidad de análisis que las personas pueden tener con respecto a una situación concreta. Los pacientes adscritos en el programa de TBC en el Hospital Niño Jesús, tienen en un 80%, aproximadamente, un nivel cultural bajo, lo que contribuye para que prevalezcan patrones erróneos según los cuales la T.B.C. es incurable; obstaculizándose el tratamiento, que consciente o inconscientemente no haya un espíritu de rehabilitación de la enfermedad, postrándose a esperar la muerte. Exigiéndose la intervención del Trabajador Social, la cual como se plantea en el capítulo 4, hasta la presente ha sido nula.

En relación con la cultura, el nivel educativo del paciente portador de T.B.C. contribuye positivamente, según el caso, para el tratamiento teniendo en cuenta que sobre el mismo índice la cultura y educación de su familia.

En nuestro estudio encontramos que el nivel educativo de los pacientes es bajo, pues sólo el 16.6% logró estudios secundarios incompletos, un 1.06% secundario completo, un 20% de primaria completa, un 33.3% con primaria incompleta, y un 28.3% de analfabetas, lo que sumado resulta que

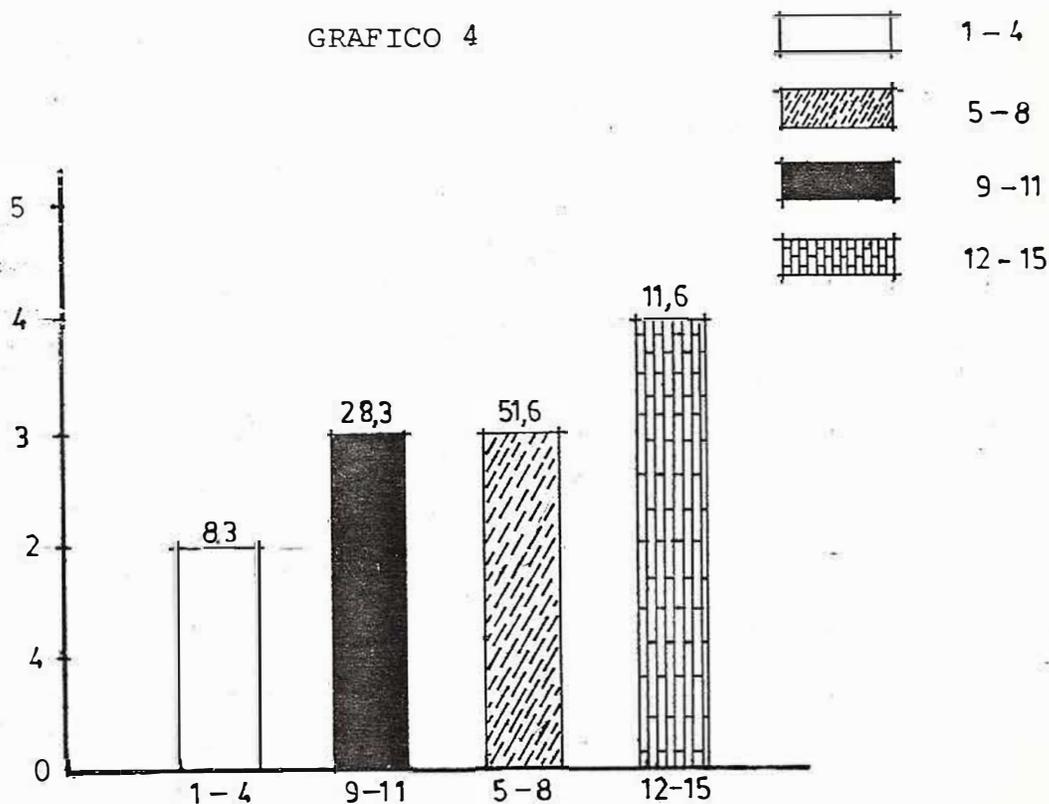
53.3% es semianalfabetas, así el nivel educativo y cultural no les permite tener una comprensión sobre la enfermedad y el tratamiento.

La superación del nivel educativo y cultural es fundamental para que las personas puedan buscar los medios y superar su condición de vida.

TABLA 4. DISTRIBUCION DE LA MUESTRA SEGUN EL HACINAMIENTO

Personas que habitan la vivienda	FRECUENCIA	%	Numeros de habitaciones
1 - 4	5	8,3	2
5 - 8	31	51,6	3
9 - 11	17	28,3	3
12 - 15	7	11,6	4
TOTAL	60	100	

GRAFICO 4



En este cuadro se da a conocer el alto índice de hacinamiento en que se encuentran los pacientes portadores de tuberculosis expresando el número de viviendas con una, dos, tres y cuatro habitaciones y además, el repartimiento del espacio ocupacional en la misma con relación al número de personas, donde se detecta que en sesenta viviendas el 8,3% de las familias hay de una a cuatro personas viviendo en dos habitaciones; el 51,6% habitan de cinco a ocho personas en tres habitaciones; el 28,3% habitan de nueve a once personas en cuatro habitaciones, haciendo referencia que cuando se habla de habitaciones, cobija todo el número de piezas : sean alcoba, sala, comedor, cocina.

En cada una de las viviendas observadas, se pudo detectar proliferación de moscas, basuras estancadas, factores y agentes que facilitan la existencia de muchas enfermedades infecto-contagiosas.

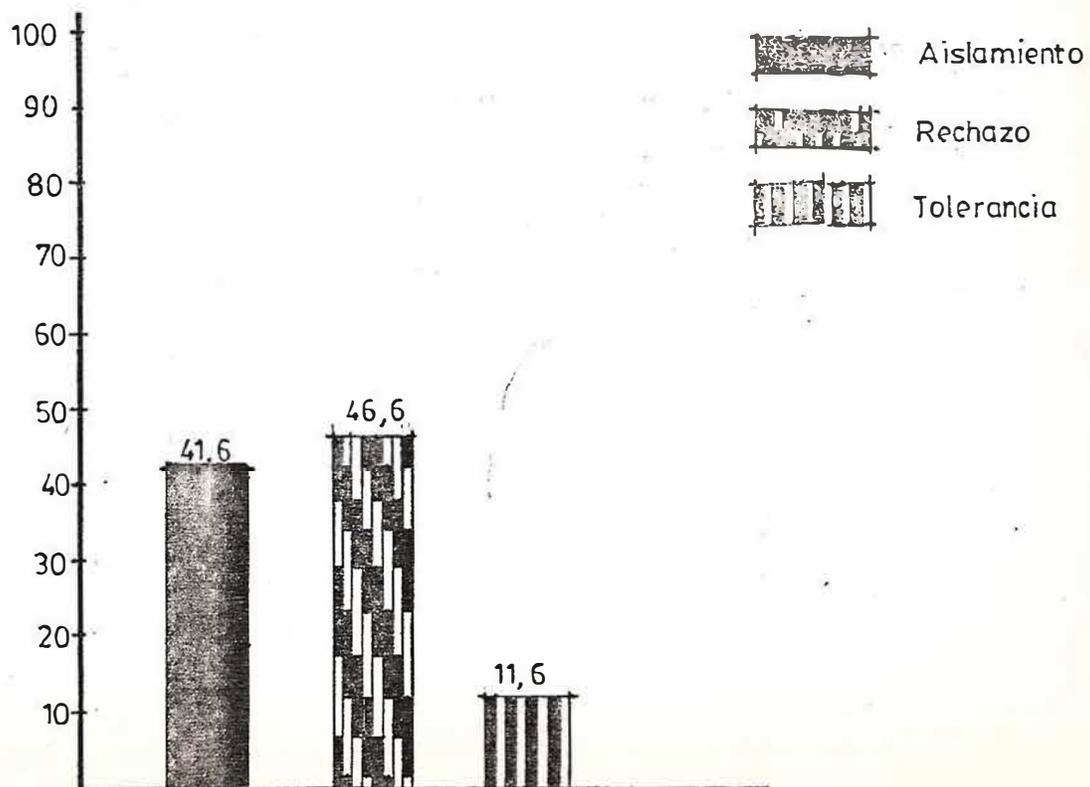
Esto se debe más que todo a que del total de los sesenta pacientes, el 85% habitan en los tugurios y en tradicionales barrios de la clase baja, de escasos recursos económicos como Rebolo, La Luz, Las Nieves, San Felipe, Santuario y otros, donde se dan precarias condiciones de vida, se presenta contaminación, pésimos servicios públicos y sanitarios, con lo cual no existen las condiciones propicias para la rehabilitación de la salud.

Este alto índice de hacinamiento muestra que un 85% de los pacientes tienen un bajo nivel social e idénticas condiciones de vida; ya que se observa que tres viviendas tienen servicios sanitarios, cuarenta y cinco cuentan con letrina y las doce restantes sin ningún servicio.

TABLA 5. DISTRIBUCION DE LA MUESTRA SEGUN LA ACTITUD DE
LOS FAMILIARES HACIA EL PACIENTE

ACTITUD	FRECUENCIA	%
Aislamiento	25	41,6
Rechazo	28	46,6
Tolerancia	6	11,6
TOTAL	60	100

GRAFICO 5

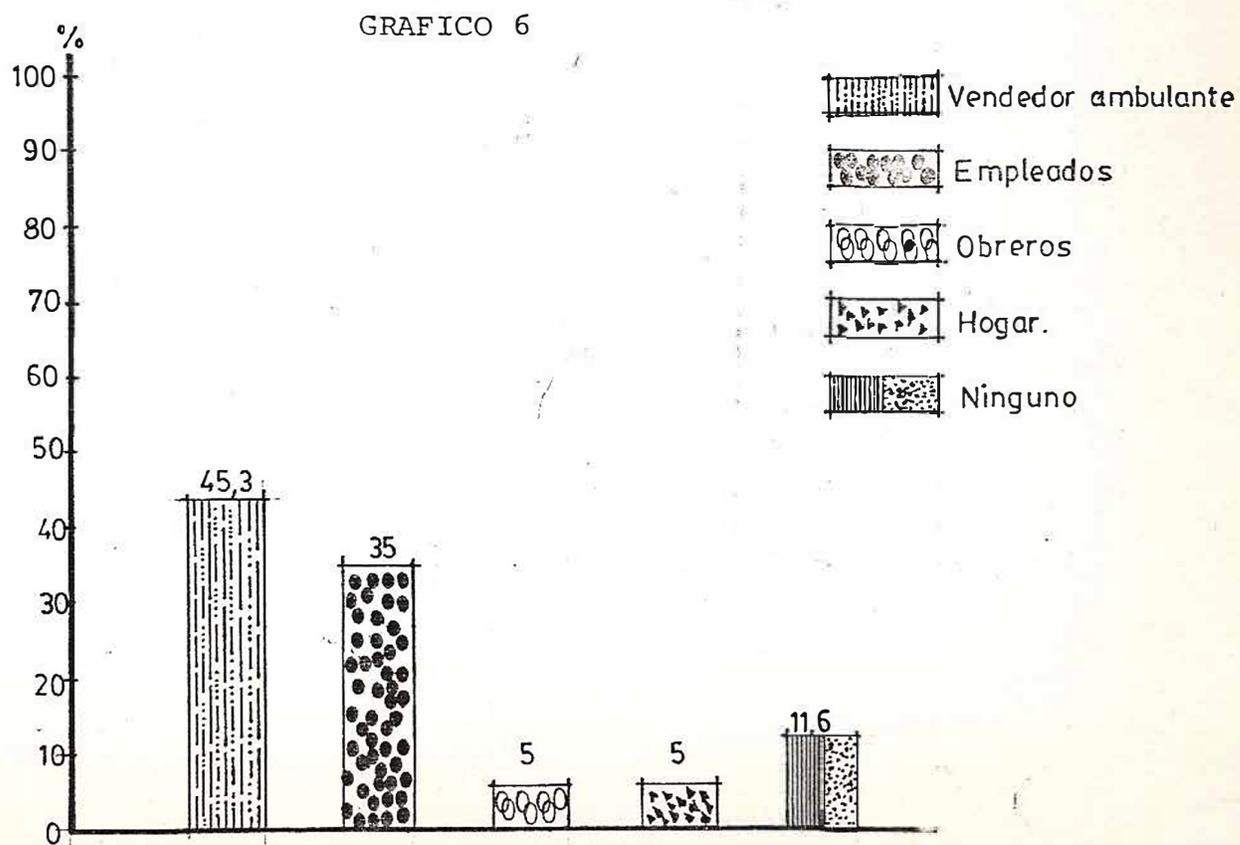


Una de las funciones que tiene la familia es dar proyección física y satisfacer las necesidades recíprocas, brindar su apoyo emocional con el cultivo de lazos de afecto entre sus miembros, por lo tanto la actitud de la familia es uno de los factores más importantes en la rehabilitación social del paciente con tuberculosis, la preparación inadecuada puede ocasionar un choque emocional al tener que enfrentarse a la realidad de la enfermedad, originándose el rechazo del paciente, por eso es importante que la familia conozca el desarrollo y evolución de la misma, la influencia que tiene en él la familia y el medio social, permitiendo así una mejor comprensión del comportamiento de sus miembros, lo cual repercutirá en el desarrollo e integración de la familia.

En los sesenta casos estudiados, se encuentra que el 41.6% de los pacientes se encuentran aislados, ya que consideran la tuberculosis como enfermedad incurable y peligrosa lo cual hace que asuman esa actitud, olvidándose del apoyo efectivo, repercutiendo esto en la rehabilitación. El 46.6% asumen actitud de rechazo lo que aumenta el número de enfermos que ambulan por las calles de las ciudades, arrojando bacilos lo que pone en peligro la salud de la población que estará expuesta a contraer la enfermedad. El 11.5% restante toman actitud de tolerancia, son condescientes con el paciente para no contribuir a aumentar con un rechazo abierto la problemática que vive el paciente.

TABLA 6. DISTRIBUCION DE LA MUESTRA SEGUN LA OCUPACION

OCUPACION	FRECUENCIA	%
Vendedor ambulante	26	43,3
Empleados	21	35
Obreros	3	5
Hogar	3	5
Ninguno	7	11,6
TOTAL	60	100



de analizar los sesenta casos estudiados, se puede
se sufren traumas económicos, porque los empresarios
ideología capitalista, rechazan al trabajador has
tremo de liquidarle su contrato de trabajo o vio
venciones, lo cual hace que el individuo se torne
con su núcleo familiar y la comunidad en general,
derse desempeñar en su medio.

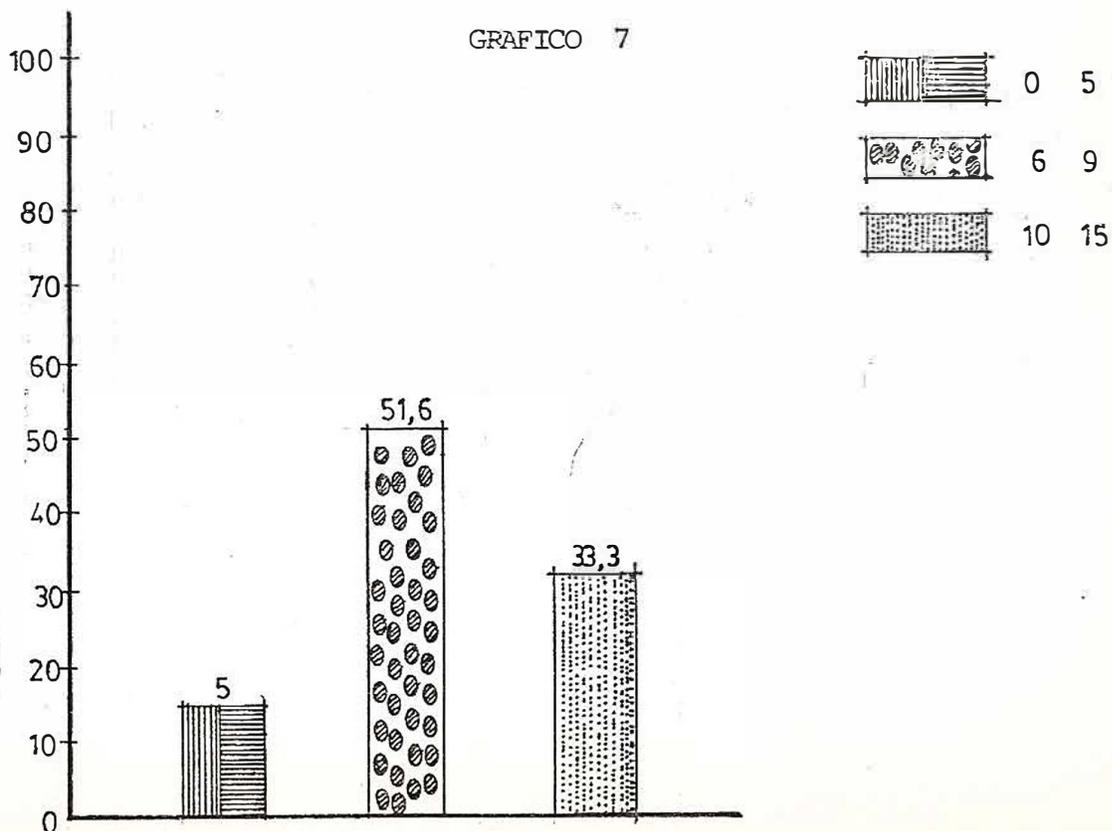
Postan
500

o los casos estudiados, se tiene que el 43.3% son
s ambulantes, los cuales se dedican a expender
verduras, yuca, plátano, cigarrillos y otros, en
mercado público, le sigue el 35% que están empleados de
meseros, conductores, albañiles, soldadores y otros, hacien
do énfasis que no son empleados afiliados, el 5% son obre
ros de los cuales algunos esconden la enfermedad para po
der cumplir con su obligación familiar, viéndose obligados
a trabajar teniendo la enfermedad, lo que trae como conse
cuencia la interrupción del tratamiento y la agudización
de la enfermedad, pues el medio y las características del
trabajo realizado son variables negativas que en vez de con
tribuir a la recuperación, agrava aún más la situación.

El otro 5% se dedica al hogar y el 11.6% restante no traba
jan, ya que la enfermedad se los impide.

TABLA 7. DISTRIBUCION DE LA MUESTRA SEGUN EL NIVEL SOCIO ECONOMICO

Nº de miembros de la familia	Frecuencia	Ingreso familiar	%
0 5	9	4500	5
6 9	31	6000	51,6
10 15	20	8000	33,3

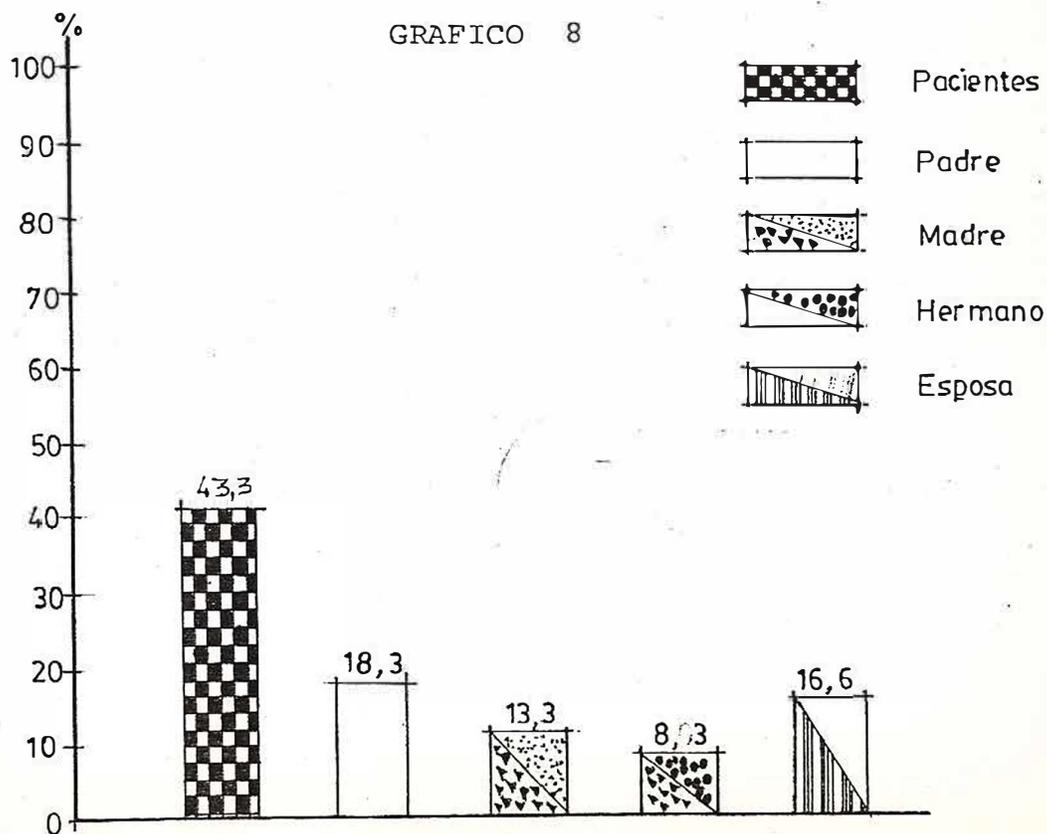


Los pacientes tomados para el estudio habitan en barrios tuguriales y en barrios de clase proletaria, es decir, que el 85% son familias de escasos recursos económicos, que además del hambre y la desnutrición, están expuestos a la contaminación, miseria, hacinamiento que se vive en estos barrios, donde al no estudiarse el problema desde sus aspectos sociales, se corre el peligro de que la tuberculosis pueda convertirse en epidemia, todo esto determinado por aspectos socio-culturales erróneos, según los cuales el tratamiento médico es exclusivo, aislado de las condiciones sociales del medio ambiente; esto último es lo fundamental, ya que los factores aseo, nutrición, servicios públicos y sanitarios, medio ambiente, toman prevalencia sobre el equilibrio fisio-psicológico del organismo.

Las precarias condiciones en personas, como se dijo antes, pertenecen en su mayoría a la clase de escasos recursos económicos. En este cuadro se observa que el 15% de las familias se encuentran de una a cinco personas con un ingreso familiar de \$4.500.00 y el 31.6% abarca un total de seis a nueve personas con un ingreso de \$6.000.00 y el 33.3% se estima un total de diez a quince personas con un ingreso de \$8.000.00, como se puede observar que ni siquiera devengan el sueldo mínimo, lo cual da una visión clara de las precarias condiciones de existencia en que se encuentran los pacientes adscritos al programa de tuberculosis, en el Hospital Niño Jesús.

TABLA 8. PERSONAS RESPONSABLES EN EL HOGAR

Personas Responsables del hogar	Frecuencia	%
Pacientes	26	43,3
Padre	11	18,3
Madre	8	13,3
Hermano	5	8,3
Esposa	10	16,6
TOTAL	60	100



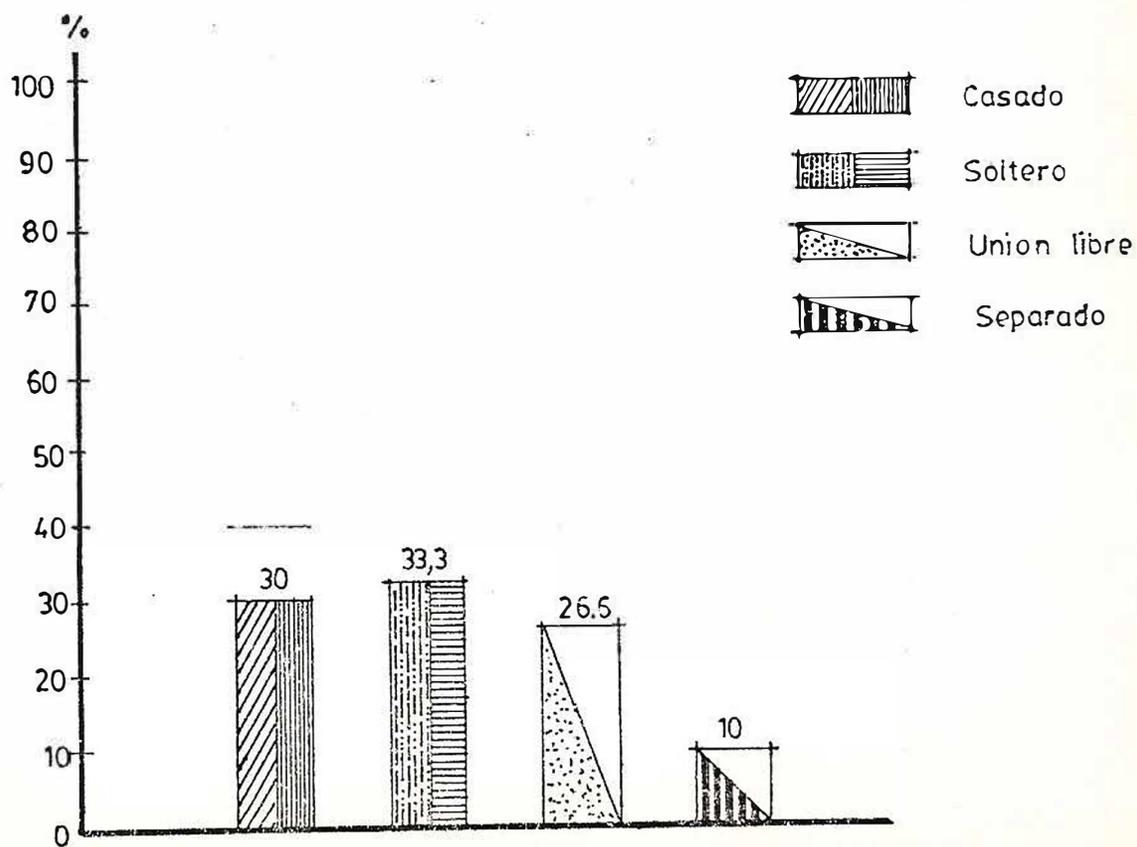
Se puede anotar que en los sesenta casos estudiados, los que llevan la responsabilidad en el hogar se jerarquiza en la siguiente escala:

El 43.3% la responsabilidad está a cargo de los pacientes, de ahí podemos afirmar que su rehabilitación es difícil, ya que tienen responsabilidades que atender, con el cual las preocupaciones socio-económicas, el alto costo de la vida, aumentan la situación adversa al tratamiento, lo que les impide continuar con éste.

Esto nos demuestra las afirmaciones hechas en el capítulo 1, el hecho de que los pacientes tienen que abandonar el tratamiento por responsabilidades que tienen que cumplir, siguiendo la responsabilidad, el 18.3% a los padres, el 13.3% a las madres, el 8.3% a los hermanos y el 16.6% a los esposos (as), ya que cuando el paciente es el hombre quien acarrea la carga del hogar es la esposa o lo contrario.

TABLA 8. DISTRIBUCION DE LA MUESTRA SEGUN EL ESTADO CIVIL

Estado civil	Frecuencia	%
Casado	18	30
Soltero	20	33,3
Unión libre	16	26,6
Separado	6	10
TOTAL	60	100



El estado civil se constituye en otra variable que impide la rehabilitación de los pacientes, ya que las personas con compromisos familiares ya sea casado, separado, o en unión libre hay mayores obstáculos por lo que tienen necesidades sociales y económicas de su familia, de este modo se sienten frustrados por ser una carga para ella o por el contrario el no colaborar con la misma.

Dentro del nivel socio-económico, el estado civil es fundamental al estudiar los factores que inciden en la rehabilitación de los pacientes tuberculosos en el Hospital Niño Jesús, ya que él mismo ocasiona transtorno por la dependencia o autoridad como Jefe de hogar en los pacientes que se sienten frustrados por la enfermedad que padecen, a sí los sesenta casos encontramos que el 66.6% tienen responsabilidades que atender, lo cual son variantes negativas que les impiden continuar con el tratamiento. Haciéndose la situación menos difícil en el 33.3% de quienes no tienen responsabilidades familiares directas.

Aunque no indique de que estas personas que no tienen responsabilidades en el hogar alcancen el 100% de la curación ya que inciden otros factores y que hemos anotado anteriormente que obstaculizan la rehabilitación de estos pacientes.

Se puede concluir que el nivel socio-económico de los pacientes tomados para el estudio se ubican dentro de los marginados de nuestra sociedad, en ellos el empleo determina la supeditación a otras familias, no habiendo situación de interdependencia para el tratamiento. De igual manera, en ellos los niveles culturales y educativos son bajos, no pudiendo tener una comprensión de la realidad social, viéndose postrados en la miseria, víctimas de todos los flagelos de la corrupta sociedad burguesa, entre los que podemos mencionar: desnutrición, hambre, analfabetismo, consumo de bebidas alcohólicas, drogas, etc., contribuyendo esto, al igual que otros factores anotados, a que no se restablezca la salud, sino por el contrario, la enfermedad se agrava más.

El enfermo de tuberculosis puede laborar en cualquier actividad productiva, siempre y cuando la secuela de tratamiento haya abolido los peligros de contagio, pero debido a las precarias condiciones de vida, el alto costo de ella hace que muchos enfermos de tuberculosis se vean obligados a laborar sin haber sobrepasado el peligro del contagio, con lo cual se agrava el estado de la enfermedad, poniendo en peligro la salud de quienes se desenvuelven en su medio laboral y familiar.

El bajo nivel educativo, cultural a los cuales son sometidos

dos los marginados de nuestra sociedad, constituyen el principal factor para que prevalezcan patrones según los cuales los pacientes de tuberculosis tienen que ser aislados debido a la poca orientación y educación que se ha brindado sobre esta enfermedad, incidiendo esto a la no rehabilitación de los pacientes de tuberculosis que asisten al Hospital Niño Jesús.

En síntesis, las condiciones del medio ambiente constituyen una relación dialéctica no propicia para que haya una rehabilitación y prevención de la tuberculosis.

La situación social se hace más precaria por el hecho de que el Departamento de Trabajo Social del Hospital Niño Jesús, a quien le corresponde dar una información social tanto a pacientes como a familiares, no lo hace quedando ellos desamparados. Esto se prueba cuando las sesenta encuestas, encontramos que quince de los entrevistados contestaron haber recibido orientación de prevención y educación de las practicantes de trabajo social, veinticuatro familias contestaron haber recibido del Departamento de Trabajo Social dentro de la institución, información sobre la práctica de los exámenes a las personas que habitan con el paciente, además que apartaran todos los objetos personales de éste por tratarse de una enfermedad contagiosa, con lo cual se evitaría el contagio de los

demás miembros de la familia; las otras veintiun familias respondieron no haber recibido ninguna orientación de Trabajo Social.

La orientación del trabajador social en el Hospital Niño Jesús debería tener más profundización en lo que respecta a los hospitalizados, pero en ellos, según observaciones durante la práctica institucional, las acciones se remitieron a simple información y ninguno de los hospitalizados recibían orientaciones sobre la enfermedad y estado del paciente, o sea que existe un desconocimiento sobre estos aspectos tan importantes para la recuperación y rehabilitación de la salud.

Estos últimos datos se tomaron de las encuestas, ya que no aparecen en cuadros, porque de acuerdo a varias ciencias y disciplinas científicas, las opiniones no se tabulan.

Esto demuestra lo explicado en el capítulo 4, sobre el accionar paliativo del trabajador social y que refleja un factor obstaculizador del tratamiento y la rehabilitación de los pacientes de tuberculosis en esta institución.

Habiéndose enfocado en este capítulo 2, se puede comprender cómo los resultados obtenidos en los 60 casos de la muestra son válidos para los 120 pacientes del universo que se escogieron para el estudio.

3. RELACION E INFLUENCIA QUE TIENE EL PECHAZO DE LA FAMILIA EN EL PROCESO DE REHABILITACION DE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL NIÑO JESUS

En este capítulo se habla en forma descriptiva y analítica sobre la tipología familiar, con el fin que se tenga una idea de la magnitud y significado social que en la actualidad tiene la familia, debido a las importantes transformaciones económicas, sociales y culturales producidas en la sociedad, por los procesos de industrialización, migración, urbanización y el avance acelerado de los medios de comunicación que, en general, han patrocinado cambios en las actitudes sociales de los mismos, proporcionando también cambios en las instituciones que regulan las actitudes y comportamientos familiares.

Posteriormente se continúa explicando cómo la familia cumple un papel importante en la recuperación del paciente tuberculoso y cómo puede ésta ayudar o agravar la situación emocional de su familiar enfermo, hasta llegar a describir en forma sencilla, esta experiencia durante el a

ño de práctica en el Hospital Niño Jesús de la ciudad de Barranquilla, aportando nuestros conocimientos de cómo se dan las relaciones entre paciente-familia y cómo influye ésta en su rehabilitación. Por último se presentan dos casos: uno donde la familia da apoyo al paciente y el otro donde sucede lo contrario, para establecer la diferencia de los dos y qué consecuencias se presentan.

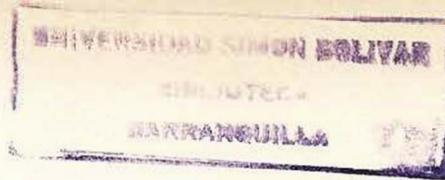
Ninguno de nosotros vive su vida solo, aquellos que tratan de hacerlo están destinados a desintegrarse como seres humanos. Por supuesto, que algunos aspectos de la experiencia vital son más individuales que sociales y otros más sociales, pero no por ello la vida deja de ser una experiencia compartida. En los años tempranos se la comparte casi exclusivamente con los miembros de la familia.

La familia es la unidad básica de desarrollo y experiencia de realización y fracasos. Es también la unidad básica de la enfermedad y la salud.

Familia es el nombre de una institución tan antigua como la misma especie humana. Es una entidad paradójica y evasiva. Asume muchas apariencias, es la misma en todas partes, y sin embargo, no es nunca la misma. A través del tiempo ha permanecido y nunca ha permanecido igual. La constante transformación de la familia a través del tiempo

po es el resultado de un incesante proceso de evolución; la forma de la familia se amolda a las condiciones de vida que dominan en un lugar y tiempo dado. En el escenario contemporáneo, la familia está cambiando sus pautas con una velocidad notablemente acelerada, se acomoda en forma llamativa a la crisis social que caracteriza nuestro período histórico. No hay nada fijo o inmutable en ella, excepto en que está siempre con nosotros. Por eso poco puede maravillarnos que aceptemos su papel en nuestras vidas tan naturalmente, tan irreflexivamente. En un sentido hemos tenido miles de años para acostumbrarnos a ella y, sin embargo, en otro sentido, cada generación a su turno, debe volver a aprender cómo vivir en ella.

Algunas formas de familia se han estructurado visiblemente como una unidad económica. La familia no siempre ha significado padre, madre e hijos. A veces a representa do el funcionamiento complicado y unitario de una cada, una casa compuesta de todos los que vivan bajo un mismo techo o que se sometan a la autoridad de una cabeza su prema -un grupo de personas unificados con el propósito de regular eficazmente lo social. Así los vínculos familiares se hacen a través de una combinación de factores: biológicos, psicológicos, sociales y económicos. Biológicamente, la familia sirve para perpetuar la especie; es la unidad básica de la sociedad que se encarga de la unión



del hombre y la mujer para engendrar descendientes y asegurar su crianza y educación. Pero las funciones biológicas de la familia sólo pueden cumplirse en una organización adecuada de las fuerzas sociales.

Psicológicamente, los miembros de la familia están ligados en interdependencia mutua para la satisfacción de sus necesidades materiales. Así, la familia es en todo sentido el producto de la evolución. Es una unidad flexible que se adapta sutilmente a las influencias que actúan sobre ella, tanto desde dentro como desde fuera.

En sus relaciones externas debe adaptarse a las costumbres y normas morales prevaescentes y debe hacer conexiones amplias y viables con fuerzas raciales, religiosas, sociales y económicas. Pero la familia debe también aceptar dentro de ella las condiciones de las ligaduras biológicas básicas del hombre y mujer y de madre e hijo.

El problema no está en que la familia sea biológica o social. Apenas puede ser "esto o lo otro". Hay una continuidad fundamental entre individuo, familia y sociedad. Pero la organización biosocial de la conducta es distinta en cada uno de estos niveles.

A través de todo el proceso, la unidad psicológica de la familia es moldeada continuamente por las condiciones externas, como por su organización interna.

Así como en el desarrollo del individuo hay crisis decisivas, así también en la vida de la familia hay períodos críticos en los que el vínculo de la misma puede fortalecerse o debilitarse. Los cambios adaptativos de la estructura familiar están determinados por su organización interna como por su posición externa en la comunidad. Por lo común se reconoce que la trama de las relaciones familiares pueden estar influenciadas en amplia variedad de formas, sea por un ambiente social, amistoso, protector, o por uno hostil y peligroso.

Un ambiente social que impone peligros puede hacer que una familia se desintegre; la unidad familiar puede desmejorar se al ser invadida por fuerzas externas o, por contraste, una familia puede reaccionar con un reforzamiento definitivo de su solidaridad. Un ambiente externo amistoso que proporciona oportunidades de autoexpresión y recompensa en la comunidad más amplia, puede aflojar los lazos de la familia y fomentar en sus miembros una movilidad social incrementada. O, si la familia está organizada así internamente, puede reaccionar con mayor acercamiento y satisfacción incrementada por los miembros individuales que se congregan en ella³.

Y se sabe que con un cambio de estructura familiar en respuesta

³ NATHAN W., Ackerman. Psicodinamismo de la vida familiar. Buenos Aires, Paidós, Volumen 2, 1958, p. 49.

ta al cambio, las ligaduras de amor y lealtad pueden fortalecerse o debilitarse; pueden cambiar notoriamente la participación en las experiencias, la división del trabajo y la distribución de la autoridad del padre y la madre.

La familia debe ajustarse dentro a la amplia gama de vicisitudes que afectan las relaciones de cada uno de sus miembros a todos los otros, bajo condiciones favorables, los sentimientos de amor y lealtad prevalecen y se mantiene la armonía familiar bajo condiciones de tensión y conflictos excesivos, pueden surgir antagonismos y odios mutos, amenazando la integridad de la familia.

Definiendo la familia, tenemos que es el grupo primario al cual pertenecen todos los individuos y es el puente de transmisión de la cultura entre éste y la sociedad. Es el medio propicio para que hombres y mujeres logren la plena realización de su ser como personas, por lo tanto, la familia tiene unas funciones que cumplir. Son éstas:

Dar protección física y satisfacer las necesidades recíprocas; brindar apoyo emocional con el cultivo de los lazos de afecto entre sus miembros; colaborar en el proceso de socialización entrenando al individuo para las tareas de participación social, permitir una experiencia y aceptación a un grupo; ayudar en el logro de autonomía e individualización permitiendo la realización creativa de sus miembros; y ayudar en el proceso de adquirir una adecuada identificación sexual⁴.

⁴IBID, p. 61

Es de anotar que no existe un patrón ideal común de cumplimiento de estas funciones. Cada familia cumple las funciones con el estilo resultante de su propia dinámica, también pueden cumplirse con diferentes grados de efectividad de unas culturas a otras.

También se puede definir a la familia como una estructura social formada por personas que se relacionan por lazos de sangre, matrimonio o adopción. Aunque los valores sobre los que está basada la familia varían de una cultura a otra, casi siempre influyen la reproducción y el crecimiento de los niños y la provisión de afecto para los miembros de la familia y relaciones sociales para los esposos.

La familia es una institución universal, está relacionada probablemente a las diversas funciones vitales que se cumplen para la sociedad:

- a. Servir como estructura social más influyente para socializar al niño hacia los caminos de la sociedad.

b. Promover las necesidades básicas, biológicas del niño como el alimento, vestido, la protección y el cuidado de la salud.

c. Ofrecer medios para satisfacer y regular los deseos de intimidad social de los adultos.

d. Generar la descendencia, que es la base para la prologación de la sociedad.

Tales funciones son muy generalizadas a cualquier tipo de sociedad y explican, en parte, la universalidad de la familia.

Podemos observar una gran variación entre la familia tradicional que aún subsiste en mayor o menor grado de varios países, la moderna caracterizada por su reducido núcleo : padre, madre e hijo; en ésta última los contactos con los demás familiares son circunstanciales y hasta evitados, sin mencionar la disolución total de la familia, en donde sus integrantes se encuentran alejados entre sí, des conociendo casi siempre su paradero.

El comportamiento del padre, la madre, el de los familiares influyen en la estructuración psicológica del individuo, es por esto que la familia tiene un papel fundamental.

durante la enfermedad y sus reacciones contribuirán mucho a las respuestas que el paciente de su tratamiento.

La enfermedad grave y la hospitalización de un padre de familia, por ejemplo, puede provocar cambios relevantes en la casa a lo que la esposa debe acostumbrarse, y ésta a su vez puede sentirse amenazada por la pérdida de seguridad, tendrá preocupaciones en el eje del hogar y el aumento de trabajo y responsabilidad, viendo además el aumento de soledad y a menudo, resentimiento debido a que la ayuda que esperaba de parientes y amigos puede llegar a ser de la forma más desconcertante o inaceptable. Sin embargo, es importante para el paciente y su familia ver que la enfermedad no rompe totalmente el hogar, ni priva completamente a todos los miembros de cualquier actividad placentera, más bien la enfermedad puede permitir un cambio y un ajuste grave y gradual a la clase de familia que va a ser aquella cuando el paciente ya no esté allí.

Las necesidades de la familia cambiarán, desde el principio de la enfermedad, y continuarán mucho después de la muerte. Por esto, los miembros de la familia deberían administrar las energías y no esforzarse hasta el punto que se enfermen cuando más se les necesita, muchas veces se ven a los familiares más agotados que el mismo paciente. Una persona comprensiva puede ayudarle mucho más manteniend

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
BIBLIOTECA
MANTENIMIENTO

do un equilibrio entre el cuidado al paciente y el respeto a sus propias necesidades.

Los problemas crónicos y habituales de la familia se agudizan precipitándose en sus aspectos relievantes, afectivos, sociales, culturales, económicos.

De la misma manera que el paciente con tuberculosis, la familia pasa por las diferentes fases emocionales descritas anteriormente, la familia se enfrenta a ellos y si son capaces de compartir sus preocupaciones, temores, angustias; éstas serán menos dramáticas y podrán llegar a aceptar la situación más rápidamente. Al principio, muchos no pueden creer que exista esa enfermedad en la familia y dicen que el médico se equivocó; tal vez busquen ayuda y seguridad (no verdaderas) en adivinos y curanderos que lo que van a hacer es que se agrave la enfermedad y así se hace más difícil su curación, entonces se enfrentarán a la realidad, que va a cambiarla en forma drástica y por consiguiente se va a dar una sobre protección de la familia hacia el paciente, creando en éste una dependencia total, marginándolo hasta el extremo de considerarlo inútil a la sociedad, que a la vez lo rechaza por creencias y tabúes que existen sobre la misma; también cuando la comunicación del diagnóstico no ha sido precedida de un proceso de preparación y educación al me

dio al cual forma parte. Es por esto que las actitudes de los amigos, los empleadores, la comunidad toda para el enfermo de tuberculosis, constituyen factores relevantes que actúan sobre la capacidad de recuperación del paciente. Es decir, que una actitud prejuiciada hacia el enfermo, limita mucho su posibilidad de volver a integrarse a la comunidad como un miembro productivo de ella.

En nuestra práctica cotidiana observamos cómo los pacientes en su mayoría son dejados en el hospital, en donde se encuentran deprimidos por la poca preocupación de los familiares hacia ellos. Pero pasado ese período modifican su actitud, al oír palabras de aliento, tratos agradables y se alegran un poco de estar de nuevo entre personas que no lo rechazan, ni lo aíslan, sino que los hacen sentir un ser humano.

También vemos cómo los familiares presionan para tratar de conseguir el ingreso del paciente a que sea hospitalizado, aun cuando el especialista considere que podrá seguir un tratamiento ambulatorio y seguir en su hogar sin que esto perjudique a los miembros de la familia. Es realmente que el paciente necesita de hospitalización y no tienen las condiciones para que se quede en su medio familiar o serán los prejuicios, el rechazo y el desconocimiento lo que impulsa a los familiares a darle ese trato?

Los familiares y la población en general, considera al enfermo de tuberculosis como algo bochornoso y trata de ocultarlo ante la sociedad.

El enfermo de tuberculosis necesita antes de cualquier intento terapéutico, ser aceptado como la persona que es.

La aceptación configura toda una gama de hechos y conductas dirigidas a ayudar al paciente, al que se respeta y entiende, así mismo, como nosotros lo entendemos, como un miembro que es de la sociedad, como una persona que por ese simple o complejo hecho de ser, posee valoración y dignidad; esto no puede perderse por el simple hecho de estar enfermo, aunque su enfermedad sea una tuberculosis.

Lo primero que hay que cuidar es que lo rodee un clima social apropiado, es decir, un clima donde su comportamiento sea aceptado.

Hay que hacerlo sentir todo lo cómodo que su enfermedad lo permita. Hay que aceptarlo exactamente como es. Aceptar al enfermo implica una valoración ética de su conducta.

El paciente antes de enfermarse ocupa un nivel social y

familiar determinado. Cuando enferma se provoca un grado de desadaptación a dicho medio, generalmente otro miembro del grupo toma el rol que él tenía dentro de la familia, por lo tanto pasa a una posición dependiente de ese medio.

Si ese medio le es hostil y no está bien orientado en relación con el trato que se le debe dar, el paciente retornará al hospital; deprimido, amargado. Por esto es necesario crear los medios para poder efectuar el ajuste del paciente egresado a patrones establecidos y que esto sea en forma positiva, motivante para él mismo, es decir, que una vez salido de la institución se pueda integrar al medio y que ese medio cree las mejores condiciones para su readaptación. De ahí que se haga indispensable la ayuda y cooperación de la familia y la comunidad, los cuales contribuyen directa o indirectamente en la rehabilitación del paciente.

Al grupo familiar y a la comunidad de donde procede el paciente y a donde va una vez salido de su hospitalización, se le debe hacer conocer que en esta sociedad lo fundamental es el hombre, que su vida, su salud y su bienestar son parte fundamental de la misma. Se debe informar lo que representa la familia para el paciente y se deben educar en la forma en que se deben tratar; que sea sin rigideces y a adaptarse a su comportamiento o grado de invali

dez. Debe formar parte de la labor educativa entre los familiares, la orientación que el paciente debe mantenerse ocupado, pero no imponiéndosele tareas superiores a su capacidad. No debe olvidarse lo que el trabajo representa para el hombre y que esto es un tratamiento más en su proceso de rehabilitación; la comunidad tiene que crear las condiciones para el trabajador que haya sufrido una recaída a su enfermedad y pueda reintegrarse a sus labores o las que de acuerdo con su estado pueda realizar.

La experiencia ha demostrado que el interés de un paciente aumenta considerablemente si puede observar que es útil, que el resultado de su esfuerzo es reconocido y que tiene un papel importante y necesario.

La sociedad y los grupos sociales que la componen influyen intensamente en la readaptación del enfermo de tuberculosis a la comunidad. Debe ser objetivo primordial la incorporación total o parcial del hombre a la sociedad habiéndolo utilizado como persona común y corriente.

La comunidad y especialmente la familia, son elementos importantes, como se ha anotado anteriormente, para ayudar a superar un problema psicológico, depresivo y emocional en un paciente y esto contribuye a que su enfermedad evolucio

ne en forma positiva, pero hay que tener en cuenta que a nivel social por las características de atraso que nuestra formación socio-económica, interferencias en la rehabilitación de los enfermos de tuberculosis por parte de ésta, hacen que los individuos que han estado reclusos en un centro para tuberculosos sean rechazados o aislados por la familia, el Estado y la sociedad en general.

Cuando la institución le entrega a esa persona, al grupo social no lo hace con el fin de negarle los derechos de ser parte de esa sociedad, de ejercer sus roles correspondientes dentro de su status social, sino todo lo contrario, realizarse como ser de sociedad.

Cuando está solo y aislado establece una relación dialécticamente falsa con el mundo al que corresponde. Ello crea insatisfacciones e inseguridad social.

Es lógico que un individuo insatisfecho e inseguro en lo social, al enfrentarse a la pérdida de la cohesión social de su grupo, a la frustración de sus aspiraciones individualistas y a la pérdida de objetivos implícitos, al status involutivo; fácil es verle asediado por sentimientos angustiosos denominador común de su recaída.

La persona que transitoria o prolongadamente experimente

un moderado o severo desajuste en su integración psico-social en la medida en que el equipo terapéutico lo haya de terminado como ex-afectado, el proceso terapéutico de rehabilitación total se realiza con interferencias negativas, no va a dar el resultado que se espera y los padecimientos no van a ser superados y, en consecuencia, a esta persona no se le va a permitir hacer su vida normal.

De ahí que es necesario que se eduque a los familiares de los pacientes para que éstos puedan alcanzar su proceso de rehabilitación, ya que por el tipo de enfermedad que es la tuberculosis, la familia lo aísla, lo rechaza, repercutiendo en el comportamiento y relaciones del enfermo con los demás. Además, el hecho de sentirse rechazado lo condiciona para que no continúe con el tratamiento, incidiendo esto en su rehabilitación.

La postura ante el problema, pretende ser objetiva y, en todo caso, el punto de partida de la actitud deriva de la realidad ante lo que se ha observado e investigado.

Es por ello que se considera importante la influencia que ejercen los familiares sobre el paciente y se puede afirmar que la falta de apoyo y ausencia de ellos representa un trauma que afecta la rehabilitación del paciente, ya que en



el estudio de los sesenta casos de pacientes afectados por la tuberculosis, se encuentra un 88,2% de pacientes rechazados por los familiares, y por consiguiente, es un factor que impide el proceso de rehabilitación.

Esto nos da base para analizar que la familia no está educada para que este problema de la enfermedad sea comprendido y superado; lo mismo que a la comunidad, la necesidad de que se encuentren en la utilización de los medios de comunicación para explicar a la población lo que es un enfermo tuberculoso, cómo se debe tratar y la mejor manera de ayudarlo.

La educación en su verdadero sentido, consiste en dirigir, encaminar, formar, es decir, consiste en desarrollar o perfeccionar las facultades intelectuales y morales del individuo. La educación se diferencia, pues, de la simple instrucción. Instrucción es relativamente fácil, mientras que educar es una tarea sumamente difícil, por eso el mundo está lleno de personas instruidas, de profesionales competentes, de sabios y científicos de mucho valor. Pero infortunadamente, el número de personas bien formadas, educadas, es más bien reducido⁵.

Como se ha anotado anteriormente, la educación del individuo no se refiere solamente a la instrucción, sino a la e

⁵ GOMEZ, Gilberto. La familia, lugar privilegiado de la educación. Encuentro Nacional sobre familia. Bogotá, Agosto de 1983 p. 32.

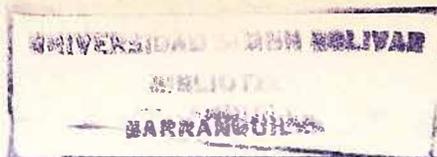
educación considerada como un proceso continuo e integral que además de impartir conocimientos intelectuales, los padres contribuyen a esa educación que debe partir del medio familiar, a través de sus actitudes, comportamientos, buenas relaciones, responsabilidad para una mejor educación. La educación es un proceso continuo y permanente que busca la promoción y desarrollo a través de la participación activa y consciente del mismo; con ello se busca suministrar a las familias conocimientos y habilidades para que sus miembros desempeñen sus roles adecuados en el medio familiar y los provea de elementos necesarios para propiciar cambios positivos de actitudes y comportamientos, esa educación viene siendo una variable importante durante el período de formación de esas actitudes y comportamientos y de éstas dependen las relaciones del individuo dentro de la sociedad.

La intervención del trabajador social en el proceso de rehabilitación social es fundamental partiendo de que él no mira al individuo aislado, luego entonces consideramos que la rehabilitación comprende no sólo al individuo afectado, también intervienen quienes lo rodean, orientándolos, concientizándolos y educándolos para contribuir a su rehabilitación y puedan integrarse como miembros útiles a sí mismo, a su familia y a la sociedad. De esta manera para que el tratamiento dentro del proceso de reha

bilitación sea más complejo, el trabajador social concibe no al individuo aislado, sino a la familia vista como todo un organismo que aparece para garantizar en el individuo cierta seguridad efectiva natural, emocional y física y no solamente para determinar un lugar al individuo dentro de ella; la familia es en donde se gestan las mejores condiciones para el nacimiento y desarrollo de los problemas que aquejan al individuo, se busca capacitar a los miembros del grupo familiar sobre diferentes tópicos de la vida diaria, contribuyendo a la formación y modificación de actitudes personales y cultivar formas de conductas adecuadas y positivas que conlleven al mejoramiento de las condiciones socio-culturales del paciente y su familia. Así el trabajador social:

- Contribuye a que la familia entienda que la tuberculosis es una enfermedad curable.
- Asesora a la familia del paciente para que acepte su enfermedad y lo ayude hasta donde sea posible seguir el tratamiento y continuar el proceso de éste en la familia para conseguir cambios de actitudes y encontrar la solución de situaciones que afectan la salud de él.
- Prepara a la familia para el reintegro del enfermo al hogar, estimulándole las capacidades de comprensión,

confianza y adaptación.



- Concientiza a la familia que la inadecuada actitud hacia el enfermo puede fomentar su recaída, y los orienta acerca del trato que requiere en cada momento.

- Manejar situaciones emocionales que presenta la familia del paciente, a la enfermedad y el tratamiento del mismo, lo que indica equilibrar a la misma para evitar una ruptura de las relaciones familiares y lo que ésta se interese cada vez más por el paciente.

- Informar al enfermo y su familia de los recursos institucionales que pueden ayudarlo a restaurar y rehabilitar su salud. Para el trabajador social, la familia constituye el eslabón primordial en la rehabilitación del paciente con tuberculosis, por lo tanto necesita una preparación especial a sus propias circunstancias a las dificultades que tiene que vivir constantemente y a las angustias que en sus miembros se va creando a través de las escenas que el enfermo lleva a su hogar.

A manera de ilustración se tratará de analizar la experiencia obtenida en el Hospital Niño Jesús en torno a la relación e influencia de la familia en el proceso de re

habilitación del paciente de tuberculosis.

3.1 DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA OBTENIDA EN EL HOSPITAL NIÑO JESUS DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA.

Analizar una experiencia personal resulta embarazoso en algunas ocasiones, ya que se puede caer en subjetivismos, motivados por la misma participación dentro del proceso realizado, es por ello que se pretende guardar la mayor objetividad y presentar concretamente, la experiencia desarrollada en el campo de práctica Hospital Niño Jesús de la ciudad de Barranquilla.

La participación de los estudiantes en las instituciones de bienestar social en las que interviene el trabajador social a quien en forma empírica suplantán sus funciones suele ser crítico y contradictorio.

Toda nuestra vida se basa en experiencias; éstas suceden en el devenir cotidiano, enriqueciendo la práctica y, por ende, el desenvolvimiento profesional. Las experiencias diarias ayudan a superar errores anteriores, así como a aportar algo nuestro para la solución de un problema determinado.

El practicante suele no ver más que los errores y fallas de las instituciones. El profesional, la institución, y especialmente el empírico suele ver en el estudiante, además de un posible recurso con energía y capacidad, una fuente evidente de crítica y de enojosas evaluaciones.

La eficaz orientación del estudiante cumple en este caso en armonía con la madurez del profesional, de la institución dándose una función armónica y complementaria. En nuestro caso apreciamos que la coordinación por parte de la Facultad fue eficaz frente a la impermeabilidad profesional, de la institución y de algunos de sus elementos auxiliares, la madurez y el tacto demostrado en el desarrollo de la experiencia obtenida en el transcurso de nuestra práctica institucional, nos permiten afirmar que se debió a la orientación teórica-práctica adquirida dentro de los talleres y más tarde confrontarlos con la realidad.

Ante los diversos problemas que se presentan en este centro piloto, Hospital Niño Jesús, nuestro accionar cada día era más significativo en la medida en que tratábamos de canalizar situaciones problemas que de una u otra forma repercuten en la pronta rehabilitación de los pacientes de tuberculosis, llevándonos todos estos mecanismos y estrategias a desenvolvemos en nuestro quehacer profe

sional. Se permite conocer en forma profunda la problemática que afecta al individuo que padece tuberculosis y los conflictos que se generan en el medio familiar y social en que se desenvuelven.

Ante esta problemática, llama la atención cómo los familiares y la comunidad rechazan al paciente debido al concepto errado de este síndrome, por consiguiente, el paciente se tiene que enfrentar a esto, produciendo en ellos un stress, estado depresivo y a veces complejos de inferioridad.

Se pudo palpar cómo algunos pacientes hospitalizados eran abandonados allí, sin que sus familiares se presentaran a prestarles un apoyo emocional, dándose el caso que dentro de la institución las relaciones familia-paciente eran de lejos para evitar el contagio.

Ante este problema, cabe destacar que el paciente de tuberculosis debe gozar de aceptación, comprensión, es decir, un clima social apropiado para su desenvolvimiento y al mismo tiempo le sirva para aceptarse así mismo.

Es por esto que la familia como célula principal de interacción del paciente de tuberculosis juega un papel importante dentro de la rehabilitación, de ahí que muchos de

los pacientes rechazados por sus familiares tendrán res puestas emocionales de represión, regresión, agresividad, in seguridad y pasividad, por lo que difícilmente alcanzarán la recuperación de esta afección tanto física como psico lógica.

3.1.1 Descripción de dos casos sociales.

A continuación se describen dos casos presentados en el Hospital Niño Jesús.

PRIMER CASO;

Identificación del paciente:

Edad: 26 años.

Dirección: Barrio periférico de la zona Sur (La Chinita)

Sexo: Masculino.

Estado civil: Soltero.

Lugar de Nacimiento: Barranquilla

Grado de escolaridad: Cuarto de primaria.

Religión: Católica.

Ocupación: Vendedor ambulante.

Clase social: Baja-baja.

Lugar que ocupa en la familia: Segundo lugar entre cinco hermanos.

Además comparte la vivienda con sus padres, cuatro hermanos, un tío, el cuñado y tres sobrinos.

Este paciente padecía la tuberculosis en estado avanzado, cuando una hermana del paciente supo que él tenía tuberculosis, asumió una actitud de rechazo, llegando incluso a no hablar con su hermano, apartando los objetos de su uso personal, y llegó hasta el extremo de convencer a los demás miembros de la familia que habitaban en la casa para que no tuviera el mínimo contacto con el enfermo.

Ante todas estas circunstancias, el paciente mencionado, tenía que procurarse por sí mismo todas aquellas actividades tendientes al aseo de sus utensilios (cuchara, plato, etc.), así como lavar su ropa, colgándola posteriormente en cuerdas distintas a las que utilizaban para secar el resto de la ropa de la familia. Además tenía que traer plata para su comida.

Para librarse del problema que representaba el enfermo, su hermana lo trasladó al Hospital Niño Jesús, donde quedó interno, abandonado de sus familiares y dependiendo completamente de los servicios que pudiera prestarle la institución.

En vista de que el paciente se encontraba en ese estado

de depresión, rechazado por sus familiares acudió a nosotros para solicitar la intervención profesional y colaborar a solucionar la problemática en que se encontraba.

Fue así como decidimos trasladarnos a la residencia del paciente, allí se argumentaron toda clase de recursos para tratar de convencer a los familiares que la actitud asumida no era la más indicada para tratar al paciente; esta posición asumida por parte de la familia podía comprenderse en parte, pues debido a su bajo nivel cultural, no tenían conocimiento claro acerca de lo que es esta enfermedad y que sí puede curarse con tratamientos adecuados. Parte de la tarea fue instruirla acerca de esto, y luego orientarla sobre la forma de actuar ante tal situación para contribuir a la rehabilitación del paciente, sin lesionar los intereses personales de cada quien.

Fero el objetivo propuesto no se logró, pues las personas a las que se visitaron, se mostraron completamente indiferentes, lo cual se demostró por el hecho de no acudir a visitar al paciente después de haber realizado las charlas educativas en su residencia. Como consecuencia, el paciente sufrió altibajos en su recuperación biológica, hasta el punto de crear los microorganismos, resistencia a la mayoría de drogas utilizadas para la enfermedad, como

consecuencia de la depresión en la que se encontraba por sentirse rechazado por su familia.

SEGUNDO CASO:

Identificación del paciente.

Edad: 22 años

Dirección: Barrio Carrizal

Sexo : Femenino

Estado civil: Casada

Lugar de nacimiento: Barranquilla

Grao de escolaridad: Quinto de primaria

Religión: Católica

Ocupación: Labores en el hogar

Clase social: Media-baja

Lugar que ocupa en la familia: tercera entre siete hermanos.



Además comparte la vivienda con la madre, el padrastro, el esposo, el hijo y cuatro hermanos.

El siguiente es el caso de un paciente que a pesar de tener pocas posibilidades de recuperación, con el apoyo de los familiares y la orientación dada por las practicantes de trabajo social, pudo alcanzar este proceso, por lo cual el equipo multidisciplinario que labora en la institución,

en la sección clínica expuso este caso, ya que la evolución hasta el momento había sido satisfactoria y ellos en la revisión inicial para comenzar tratamiento, tenían un pronóstico reservado.

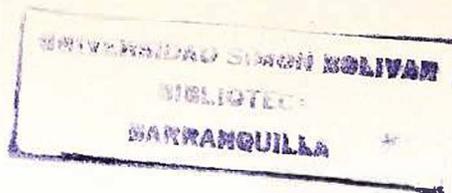
Ante la presencia de la sintomatología del paciente, los familiares acudieron a médicos particulares durante año y medio, quienes daban un diagnóstico negativo, por lo tanto, su tratamiento no era el adecuado y de ahí que la enfermedad avanzara cada día más; posteriormente solicitó admisión al Hospital Niño Jesús en donde se le diagnosticó enfermedad en estado avanzado, por lo que hubo necesidad de hospitalizarla; frente a esta situación, los familiares conscientes de la problemática por la que atravesaban, decidieron aceptar la enfermedad y al mismo paciente brindándole el apoyo moral, espiritual, económico, para que de esta forma pudiera alcanzar su pronta recuperación; sin embargo, su rehabilitación no fue tan fácil de alcanzar, debido al mismo estado avanzado de la enfermedad, durando aproximadamente año y medio de tratamiento; más tarde recayó y fue hospitalizada nuevamente, en donde el equipo multiprofesional, con la ayuda de los familiares, pusieron todo su empeño, agotando todos los recursos necesarios y así poder rehabilitar eficazmente al paciente.

Es de anotarse la importancia que tiene la colaboración

de la familia, el paciente, equipo de trabajo para la pronta recuperación o no recuperación del paciente.

En vista de que esta enfermedad produce en el individuo inestabilidad emocional, inseguridad, que más tarde genera en problemas de tipo familiar, interpersonal, ambiental, social; nosotras intervenimos en forma directa, mediante un proceso educativo preventivo e informativo, el cual se llevó a cabo en colaboración con los familiares, para establecer en ellos la importancia que tiene la familia dentro del tratamiento y su recuperación y rehabilitación.





4. INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL A TRAVES DEL EQUIPO MULTIPROFESIONAL EN EL PROCESO DE REHABILITACION SOCIAL. ALTERNATIVAS DE SOLUCION

De acuerdo con nuestra base teórica metodológica partimos haciendo un enfoque del trabajo social en Latinoamérica, en particular un análisis de la labor del trabajador social en el campo de la salud y enmarcar dentro de esto la problemática de la rehabilitación del enfermo de tuberculosis, hasta llegar a la realidad vivencial de su labor en el Hospital Niño Jesús de la ciudad de Barranquilla, y por último, plantear una serie de alternativas que son el resultado de la observación directa, práctica y aun de interacción social, para contribuir a la solución de la problemática existente.

En las últimas décadas a nivel Latinoamericano y a nivel local, el trabajo social ha ampliado su radio de acción en el ámbito de lo social; cuando en años anteriores, la acción se circunscribía a la mera información práctica y

subjetiva, ahora podemos decir que toda problemática que tenga que ver con las ciencias sociales, encuentra en el trabajo social a una profesión que está ligada a la realidad para transformarla en la medida que crea condiciones favorables para el cambio.

A pesar de que el trabajo social es una disciplina nueva, ha logrado acumular una buena experiencia que le ha servido para desarrollar y ampliar sus propios principios filosóficos, lo mismo que sus métodos y técnicas. Esto le ha servido para trabajar en conjunto con otras ciencias ya sea en organización, planeación, ejecución, etc., en todo aquello que tenga que ver con la realidad social.

El trabajo social procura crear una actitud crítica acerca de las causas-efectos de los problemas sociales, así como de los recursos disponibles con el fin de que los sujetos afectados por esos problemas asuman una acción organizada y preventiva transformadora que los supere. Para ello, el trabajador social debe:

- Conocer científicamente esos problemas.
- Determinar cómo los hombres los enfrentan y qué alternativas de solución arbitran.

- Capacitarlos para que puedan asumir el papel de sujetos en la acción transformadora de los mismos.

El trabajo social cada día se enriquece más con el aporte que recibe de sus investigaciones, de ahí que para nosotras tenga una importancia especial ya que aporta sus conocimientos a otras disciplinas de las ciencias sociales.

El trabajo social en salud está ligado desde su origen al paciente y a su medio social, con un papel marginal a la acción médica que busca enseñar, a seguir las órdenes del médico, la dieta prescrita, las precauciones a tomar, el tratamiento de los temores del paciente.

En Colombia, la respuesta profesional se apoya en una nueva concepción de la salud, ligada a su relación esencial con los factores sociales que la determinan, a la participación en las acciones del sector salud, a la rehabilitación social del paciente, al desarrollo de la medicina preventiva, etc... Esta concepción ha sido concretada en la política nacional de salud y exige a trabajo social dar una respuesta como la única profesión que con cargos dentro del sector salud, asume el tratamiento de estos factores sociales⁶.

Teniendo en cuenta que la salud es un factor determinante en el hombre para su desenvolvimiento eficaz dentro de la sociedad, se pretende dar una orientación social a la mis

⁶SANTAMARIA ESPINOSA, Alberto. Trabajo Social en Salud Pública, Modelo de Intervención, Bogotá, Latina, 1978.

ma, haciéndose necesario la intervención del profesional de trabajo social, pero se debe reconocer que en Colombia hasta 1975 la profesión era prácticamente desconocida. En las distintas instituciones hospitalarias, no existía el cargo para este profesional, las necesidades eran atendidas por asistentes y promotores sociales, quienes en forma empírica, con muchísimas limitaciones, realizaban acciones meramente de carácter paliativo.

Es de anotarse que hoy día no se puede trabajar en forma independiente y aislada en el sector salud, debido que en ella se involucran factores biológicos y sociales, los cuales deben ser manejados por profesionales que tengan que ver con los factores que la afectan. En este sentido el trabajador social se integra al equipo de salud haciendo frente a la problemática social que incide en las condiciones de salud de la población, utilizando para ello el estudio, diagnóstico y tratamiento social de las necesidades, problemas y características de personas, grupos y comunidades sujetos de la atención en salud. Ya que un profesional que trabaja en equipo prestará servicios a individuos insertos en grupos; atacará, más que la enfermedad, los factores que la generan. No espera los problemas detrás de un escritorio, protegido en un despacho u oficina; saldrá a buscarlos, penetrando en la comunidad donde se gestan. Estará al servicio de los usuarios y no

que un trabajador social en salud no puede contentarse con lo específico de su disciplina. Resultará inoperante sino lo inserta y lo operacionaliza en el sector salud.

Partiendo de lo anterior, podemos decir que la participación del trabajador social en el área de la salud se puede enfocar desde distintos ángulos o desde distintos niveles de acuerdo con la amplitud de su radio de acción. Para no sotras no debe haber una discriminación en cuanto a nivel de operación, pues consideramos que el trabajo social es un no solo y por lo tanto, se deben marcar las pautas para que su radio de acción no se circunscriba a determinado sector, sino que apunte todo el sector salud, y por ende, a la beneficiaria inmediata que es la comunidad. Por tal razón, consideramos que el profesional de trabajo social en esta área debe cumplir las siguientes funciones:

- Planear de acuerdo a las políticas de la institución, programas con base en el conocimiento que se tiene de la población.
- Promover la aplicación y desarrollo de las políticas de salud relacionadas con la participación de la comunidad.
- Establecer coordinación intersectorial para armonizar las políticas y programas de participación de la comuni

dad con las políticas de desarrollo social.

- Coordinar actividades con instituciones que ejecuten programas de promoción, rehabilitación y protección a fin de cooperar para el logro de una atención integral.

- Coordinar acciones de educación, promoción, organización y participación social, con las diferentes organizaciones que precisan de estas acciones en el desarrollo de sus programas.

Todas las funciones que el trabajador social realiza en el campo de la salud, muestra un campo de acción muy amplio, que está condicionado a la integración de éste realice en el equipo de salud, aportando sus conocimientos y experiencias en el área social con el fin de que los programas y servicios respondan a las condiciones y necesidades reales de la población a la cual van dirigidas.

En este sentido, el trabajador social actúa en todos los niveles del sistema, tanto administrativo como operativo y en las acciones de prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, investigando necesidades y características de las comunidades y población beneficiaria.

Sin embargo, en las instituciones de salud del

Atlántico, el trabajador social no se encuentra involucrado en todas ellas, a pesar de que existe una ley que obliga a vincular al profesional en esta área. También es notorio encontrar profesionales o personas desempeñando este cargo de manera ineficaz, desarrollando funciones de clasificación socio-económica del paciente, reubicación de los mismos en instituciones de bienestar social, transferencia a otros sitios hospitalarios de acuerdo a su grado de enfermedad, es decir, cumplen funciones auxiliares que impiden una orientación social a la comunidad necesitada. Este fenómeno se presenta porque el trabajador social como profesional cumple con los objetivos coyunturales propuestos por cada una de las administraciones por las cuales atraviesan estas instituciones, aislándose y olvidándose del marco teórico adquirido durante su formación profesional, y aún del bienestar social de la población, el cual es objeto de estudio del trabajador social, desarrollando una intervención dependiente, limitada sin mayores proyecciones hacia la comunidad, sin repercusiones dentro de la problemática social de ellas y por ende de la sociedad, sin que genere esto conciencia en los diferentes sectores y organizaciones de base sobre las posibilidades que pueda ofrecer la profesión de trabajo social, como profesión cuya naturaleza se relaciona con los aspectos más dinámicos de esta sociedad. El trabajador social en Colombia en los diferentes campos de su accionar

entre ellos el de la salud, se ha limitado a copiar y reproducir teorías, en unos casos obsoletas y en otros traídas mecánicamente del exterior, sin tener en cuenta que estos modelos de intervención se ajusten a la realidad social a la cual van dirigidos.

El trabajador social en el campo de la salud en cualquier país, específicamente en Colombia, al interior del Sistema Nacional de Salud, no va a tratar la enfermedad propiamente dicha, sino específicamente las afecciones sociales del individuo con problemas que en gran medida podrían ser prevenidos en relación con el medio ambiente que determina el desequilibrio de la salud y así buscar la recuperación de la misma en la medida en que el enfermo y su familia mejoren las contradicciones de su medio ambiente social.

El trabajador social al interior de las instituciones de salud en Colombia, se ha limitado hasta la presente a atender aisladamente al paciente, sin proyectarse a una determinada comunidad para buscar que disminuya la afluencia de enfermos a las instituciones, es decir, orientar, educar a las familias para que los diversos flagelos que azotan a la población sean prevenidos mediante un tratamiento social, de ahí que el Hospital y la comunidad no pueden ir separados, pero para que esto

ocurra el profesional de trabajo social en Colombia debe intervenir en la elaboración de diseños de política de bienestar social en el campo de la salud, convirtiéndose en ejecutor de estos programas, los cuales van a ser llevados a la práctica por trabajadores operativos.

Si realmente el trabajador social quiere justificar su razón de existir debe integrarse a un equipo multiprofesional aplicando sus técnicas, asumiendo roles participantes en el cambio y no convertirse en auxiliar al servicio de otros profesionales. Dejar su papel de trabajador aislado, para pasar a trabajar con un equipo, que le permita comprender los elementos fundamentales de las otras especialidades y traducir los problemas que afectan a la población general y de ahí empezar a planificar los programas encaminados a reducir esos innumerables problemas que se presentan en una institución, comunidad o familia, partiendo de una metodología profesional al servicio del desarrollo de programas sociales para el sector salud.

El Plan Nacional de Salud presenta acciones que realizan las instituciones del sistema, a fin de contribuir a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, adecuándose programas en el área de la rehabilitación social, las cuales encaminadas al tratamiento de

la limitación física o mental, al tratamiento de los problemas característicos de los procesos de la descomposición social, etc., queriendo nosotros resaltar la rehabilitación social en el enfermo con tuberculosis. Es evidente el papel de los desequilibrios socio-económicos, que se manifiestan en la falta de estímulos y desnutrición, lo que hace que la subnormalidad psíquica tenga más incidencias y prevalencia en la clase desposeída.

La rehabilitación es el conjunto de actividades que, como proceso, tienden a volver a habilitar, a restituir a un estado anterior, a hacer capaz y apto para algún tipo de tarea productiva. Supone actividades terapéuticas, laborales y educativas y es siempre física, psíquica y social. En lo que hace a lo social, debe:

- a. Fomentar el aprendizaje de un tipo de trabajo.
- b. Demostrar y mejorar las cualidades de trabajo de los minusválidos, destacando su habilidad y capacidad profesional y no su impedimento.
- c. Promover oportunidades de trabajo asalariado a fin de que puedan sostenerse económicamente.
- d. Superar la discriminación en el empleo de los minus

válidos y los prejuicios frente a ellos.

e. Seguimiento en el sentido de evaluación a fin de precisar hasta qué punto el servicio ha tenido éxito y ha sido efectivo.

Parte de la aceptación real de la rehabilitación para crear posibilidades también reales, concretas, que favorezcan la inserción en el sistema productivo de mercado, requiere:

a. Personal capacitado.

b. Integrar el programa a todos los servicios de las instituciones de salud.

c. Establecer canales de comunicación con la comunidad a fin de educarla respecto a los problemas de los individuos impedidos en su medio social y sus posibilidades de rehabilitación.

d. Talleres protegidos.

e. Dar la más alta prioridad a la prevención de enfermedades que generan la minusválida.

En lo que hace a personal capacitado, señalamos que exige

de quienes se encarguen de identificar, derivar y seguir los casos, educar a la familia y orientarla frente a sus problemas, así como a la comunidad para crear conciencia del caso y de la necesidad de asociarse en su solución, facilitando el reintegro de los individuos impedidos, de la evaluación psicológica, orientación vocacional y profesional, de la capacitación laboral y empleo selectivo y de su salud como un todo.

Ese personal está integrado por trabajadores sociales, psicólogos, maestros de talleres, médicos de distintas especialidades, enfermeras, radioterapeutas, quienes deben trabajar como equipo en perfecta coordinación.

Teniendo en cuenta que el profesional de trabajo social se encuentra inserto en la realidad social y por ende conocedor de los distintos problemas que de una u otra forma inhabilitan al individuo en sus potencialidades dentro del contexto social en el cual se desenvuelven, se hace necesaria su intervención en el área de la rehabilitación social, como es el caso concreto de los individuos con problemas de tuberculosis en el Hospital Niño Jesús; es de gran importancia y trascendencia dados los múltiples problemas que allí se dan, pero el que tiene mayor incidencia es la deserción de los pacientes y la renuencia de los mismos a continuar el tratamiento, lo que re

percute negativamente en el proceso de la rehabilitación de ellos, influyendo a que no haya una solución en la erradicación de la tuberculosis.

En Colombia y en algunas ciudades, específicamente en Barranquilla, el proceso de urbanización e industrialización y una deficiente planeación están ocasionando el deterioro del medio ambiente por la contaminación de la fuente de suministro de agua, la contaminación de los suelos, desaseo, pauperización de la población, la carencia casi total de servicios públicos en grandes sectores de ésta, alcantarillados descubiertos, basura en sitios céntricos, muestran los alarmantes índices de contaminación ambiental lo que ha convertido la presencia de la tuberculosis pulmonar en una enfermedad de recurrencia epidémica.

En cifras del doctor Calixto Manotas Pertuz, director de salud del Atlántico en enero de 1981, el 6% de la población está afectada por la tuberculosis, es decir, que aproximadamente 72.000 habitantes de Barranquilla padece este flagelo susceptible de ser prevenido, limitado y curado por vacunación y un buen tratamiento, sin que exista el momento por parte de las autoridades encargadas, de esta problemática una intervención científica en ella.

Esto es palpable cuando en el Hospital Niño Jesús, centro

¹BACCA, Carmelina et al. Estudio sobre los aspectos sociales de los pacientes afectados por la tuberculosis pulmonar atendidos en el ISS, seccional Atlántico. Tesis de Grado, Universidad Simón Bolívar, 1981, pp. 78.

piloto donde se desarrolla el programa de tuberculosis, no se disminuye el índice alarmante de esta enfermedad infecto-contagiosa, incidiendo cada vez más en la transmisión de la misma, ya que en este centro el programa se lleva en forma paliativa debido a las mismas limitaciones de las funciones propias del trabajador social en su quehacer profesional, trayendo consigo una desmedida proporción de pacientes desertores y renuentes, convirtiéndose en pacientes persistentes con la enfermedad, y por lo tanto, no se le brinda una adecuada rehabilitación, poniéndose en juego la salud no solamente de ellos y su núcleo familiar, sino también la población en general que estará expuesta a contraerla. Ante esta situación, el trabajador social socializado el cual es seguido de una teoría de la realidad que supone la inserción profesional a través de acciones programadas que aseguran la estabilidad material, social de la población, debe adecuar sus objetivos particulares a la esencia general de la rehabilitación social, uno de estos objetivos es lograr la transformación de situaciones problemas que son obstáculos para el bienestar social de los individuos dentro de la sociedad. Es evidente, pues, que el trabajador social no puede pasar inadvertido de la problemática que vive el país, pues la profesión de trabajo social no es producto del azar, ella surge en una etapa determinada del desarrollo capitalista ante la necesidad de buscar formas de acción social que caracterizan el bienestar so

cial de los grandes conglomerados humanos y ante la insuficiencia del Estado para dar respuestas a los sectores de trabajadores, acciones que se hacen indispensables debido a las contradicciones que genera el sistema capitalista.

La intervención de este profesional en el área de la rehabilitación social debe darse en forma integral y atender la salud del paciente en los diferentes aspectos biológicos, psicológicos, sociales y así contribuir de una manera eficaz a mantener y recuperar su salud.

Basándonos en los aspectos socioculturales erróneos que genera la tuberculosis en nuestro medio y en el cual se involucra implícita y explícitamente al individuo y a la sociedad en general, trayendo consigo discriminación de tipo laboral, social, económico se hace necesario una prevención en todos los niveles con el fin de enfrentar el problema en la medida en que se modifiquen las costumbres, normas, actitudes, valores, creencias y así desterrar la imagen distorsionada que se tiene de esta enfermedad.

La medicina preventiva en una sociedad en vías de desarrollo debe dársele vital importancia, puesto que es más económico prevenir que curar o rehabilitar.

El trabajo médico en equipo, que es la coordinación e integración de los servicios en beneficio del paciente y sus familiares, ha llegado a ser considerado como el mejor enfoque para solucionar el complejo problema de la recuperación, rehabilitación y el mantenimiento de la salud.

La ayuda que el paciente requiere depende de un número de factores:

- La naturaleza de la enfermedad.
- En sí, la personalidad del paciente.
- El ambiente familiar y social de que forma parte.
- Los recursos de que dispone.

Las necesidades del paciente, a menudo son complejas y requieren diversos tipos de ayuda, al mismo tiempo las enfermedades tienen implicaciones debido a problemas internos del paciente y de su ambiente.

El proceso de prevención, tratamiento y rehabilitación del enfermo tuberculoso, supone una actividad constante, integral, que cobije al individuo, a la familia, comunidad y las diversas organizaciones sociales dentro de un contexto informativo, educativo, preventivo y psicoterapéutico, puesto que un seguimiento del caso resultaría insuficiente. De esta manera, hay necesidad de ir más allá, es decir, hacia

la familia y sociedad, ya que en estos parámetros es donde se gestan, originan y desarrollan las actitudes más profundas de los individuos. Es por esto que para el trabajador social, la rehabilitación es considerada como un derecho del enfermo para su integración al medio ambiente familiar, laboral y social y ~~confie~~ en la responsabilidad mutua que debe existir entre el individuo y la sociedad.

Además de lo anterior, encontramos que el trabajador social como profesional competente para tratar esta problemática social, lo hace desde su radio de acción (individuo, grupo, comunidad) y como miembro de un equipo multiprofesional encauza este proceso tendiente a controlar o prevenir la enfermedad a través de un programa que cubra los siguientes pasos:

- Investigación para el conocimiento de los factores económicos, psico-sociales y familiares de cada uno de los enfermos tendientes a poder elaborar un diagnóstico social que permita ir orientando nuestra intervención hacia los aspectos que se detecten como posibles determinantes de la enfermedad.
- Prestación de servicios directos, esto se hará en coordinación con el equipo multiprofesional, existente en la institución o en su defecto, a través de conexiones

con los recursos institucionales existentes en la comunidad.

Explicando de manera global, el trabajador social busca con su participación orientar al enfermo y a su familia en la solución de sus problemas, motivándolos hacia el cambio de actitudes y situaciones, creando y estimulando intereses hacia un mejoramiento social, orientándose hacia un nuevo rehabilitar del ser humano, procurar una nueva ideología, cuando lo que tenían antes por factores propios de la sociedad han resultado negativos para él y para la comunidad. Entonces se trata no sólo el problema de la tuberculosis, mejorar su estado físico, sino sus relaciones sociales, familiares, laborales e interpersonales.

La intervención profesional de trabajo social en este campo se hace eficaz con el cumplimiento de las siguientes funciones:

- Contacto directo con el enfermo de tuberculosis para una mayor información sobre su enfermedad y recuperación.
- Promoción del individuo como participante activo en la aceptación y evolución de la enfermedad y en su deseo de alcanzar el control de sí mismo.

- Exaltar en el paciente tuberculoso sus habilidades y capacidades tendiendo a lograr que se autovalore como persona capaz de vivir plenamente dentro de la sociedad.
- Organizar permanentemente jornadas de estudios, para los pacientes hospitalizados con el fin de elevar su nivel cultural e intelectual.
- Divulgar la labor del trabajador social en el proceso de prevención, tratamiento y rehabilitación del enfermo tuberculoso.
- Participar en las actividades programadas con el equipo multiprofesional para beneficio del paciente y su familia.
- Realizar reuniones con el equipo multiprofesional de acuerdo a las necesidades presentadas, con el fin de informar de su trabajo y evaluarlo con ellos.

4.1 UBICACION Y ACCIONAR DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL HOSPITAL NIÑO JESUS.

Los fundamentos teóricos así como el análisis crítico de

la intervención del trabajador social en salud, plantea
das anteriormente, constituyen la interrelación dialécti
ca para concretizar la intervención del trabajador social
en el Hospital Niño Jesús.

El gran problema de los enfermos de tuberculosis y su
tratamiento en el Hospital Niño Jesús, debería indicar
un compromiso mayor del trabajador social en esta área del
bienestar social, puesto que la tuberculosis no es un pro
blema individual, porque involucra implícita y explícita
mente a la sociedad en general, pero se observa que no a
contece así, ya que la institución antes mencionada le im
pone labores y funciones que distan mucho del quehacer pro
fesional, impidiéndole así una adecuada orientación y edu
cación acerca de la prevención y tratamiento social del
desequilibrio de la salud. Ejemplo de esto se encuentra
en varias instituciones de Barranquilla, donde el accio
nar del trabajador social es muy limitado en la medida en
que le son impuestas funciones, tales como clasificación
socio-económica, transferencia, reubicación de pacientes,
convirtiéndose estas actividades en rutinarias y descono
ciéndose aún las verdaderas funciones de trabajo social,
como jefe de departamento respectivo, haciéndose necesa
rio plantear algunas fundamentaciones de tipo teórico.

El jefe de Departamento de Trabajo Social programa actividades de participación a la comunidad, planea, supervisa el ejercicio de funciones auxiliares y profesionales de trabajo social. Colabora operativamente en la organización o promoción de los programas de prevención y tratamiento social, al igual informa a sus superiores jerárquicos el desarrollo de actividades y problemas específicos expresados en su cargo como jefe del departamento de Trabajo Social.

A su vez las funciones de trabajo social solo se remiten a estudio, diagnóstico, tratamiento social, organización y promoción social, mientras que el auxiliar de trabajo social su cargo es inferior con respecto al jefe del departamento y a trabajo social auxiliar sus funciones solo se limitan a observación físico-social, reubicación, transferencia, comunicación y clasificación social.

El cargo de trabajo social implica una intervención en la planeación, ejecución y control de actividades de acuerdo a métodos y técnicas específicas, mientras que el auxiliar de trabajo social no tiene responsabilidades de ejecución, analizando las funciones que le son asignadas al profesional de trabajo social en algunos casos auxiliar de trabajo social en donde solo cumplen actividades de rutina debido a la estructura rígida y vertical que establecen es

tas instituciones.

Por lo tanto, existe una gran diferencia entre las labores a desarrollar por el Jefe de Departamento de Trabajo Social y el de auxiliar de trabajo social.

Respecto al auxiliar de trabajo social, nos encontramos que

el cargo implica responsabilidades por la ejecución de actividades auxiliares programadas, observando procedimientos rutinarios establecidos, cuyos errores afectan notablemente la participación de la población en las acciones de salud.

El cargo no implica supervisión sobre otro personal, implica responsabilidad por contacto con personas que tengan trato directo con el paciente y la comunidad, intercambiando información sobre el desarrollo de tareas auxiliares comunes que trascienden fuera de la dependencia y repercuten en el desarrollo de las actividades programadas por la repartición. El cargo implica responsabilidad en el manejo de bienes de consumo no duradero, con significación pequeña en caso de pérdida o deterioro y las implicaciones de su administración no tienen repercusión directa en la prestación de servicios.

El cargo presenta condiciones de desagrado e incomodidad que dificultan y entorpecen el desempeño de las funciones y los factores de riesgos derivan del trato directo y frecuente con los pacientes, así como el desplazamiento habitual a las comunidades urbanas y rurales⁸.

Lo anterior se explica como de hecho; el trabajador social en algunas instituciones es tomado como auxiliar de traba

⁸ SANTAMARIA, Alberto. Op. Cit., p.

jo social imposibilitándole a cumplir sus funciones de prevención hacia la comunidad, lo que impide a que no haya una recuperación, rehabilitación de la salud.

En el Hospital Niño Jesús de la ciudad de Barranquilla, la profesional de trabajo social labora en calidad de auxiliar esas son sus funciones en la práctica; aun en cuanto a la teoría se trate de mostrar otras diferentes, así con estas funciones es imposible que se pueda hablar de una correcta orientación social a la rehabilitación, desarrollándose labores de auxiliar. A los pacientes hospitalizados no se les ofrece un incentivo para su recuperación, donde se da un desconocimiento de los perjuicios que trae el abandono del tratamiento de la tuberculosis, labor que debería ser la primordial por parte de este profesional.

El Departamento de Trabajo Social debe tener una intervención directa con los 249 pacientes y sus familiares, pero en la investigación de los sesenta pacientes, tal como se explicó en el segundo capítulo de este trabajo, existe un desconocimiento de trabajo social; esto es algo que demuestra cómo hasta en la actualidad en esta institución el trabajador social no ha contribuido eficazmente para que haya una rehabilitación de los pacientes de tuberculosis.

En el Hospital Niño Jesús no existe un equipo completo mul

tiprofesional, a pesar de que laboran profesionales de las diferentes disciplinas que constituyen la base de la salud pública; pero no existe entre ellos interrelación, interdependencia en el trabajo unitario, lo que incide para que no se minimizen los problemas que se presentan en la Institución.

La profesional de trabajo social en el Hospital, está ubicada en el Departamento de Estadística, siendo ésto una limitante para desarrollar su labor, ya que se presenta un desorden organizativo entorpecedor de sus acciones. Las funciones de la auxiliar de trabajo social en el programa de tuberculosis en el Hospital Niño Jesús, son:

Clasificación socio-económica, reubicación, transferencia, comunicación, éstas no han contribuído a que los familiares de los pacientes de tuberculosis disminuyan los problemas de hacinamiento, promiscuidad, educación sanitaria, el rechazo y aislamiento de los pacientes y otros factores que dificultan el tratamiento de los tuberculosos y por consiguiente, impide que consciente e inconscientemente no haya espíritu de rehabilitación de los mismos. Además se puede afirmar que en la medida en que este profesional se va desempeñando como tal, no se palpan políticas y funciones claras, en donde no hay o no existe una compenetración de campo, fenómeno que trae una serie de incidencias que repercuten en la no consecución del tratamiento, reper

cutiendo en los pacientes afectados por esta enfermedad, que indirectamente propagan y hacen más desesperado el estado psicológico, social y familiar.

Es por lo que con este trabajo se pretende presentar pautas mediante las cuales en un futuro el trabajador social se proyecte a la ciudadanía en general, educándola a borrar el mito que se tiene de la tuberculosis, para esto el trabajador social es a quien le compete en su quehacer profesional y dentro de sus funciones en el Hospital Niño Jesús ejecutar políticas, planes y programas que logren llevar salidas a los paciente que buscan en forma desesperada algún aliciente que permitan fortalecerlo para lograr superar problemas de tipo emocional, que muchas veces es parte que el cuerpo médico si bien llega a él no logra presentarle salidas concretas que incidan en ir afianzando seguridad, preveer y preservar la reproducción del foco infecto-contagioso en el núcleo familiar, la comunidad y sitios de trabajo; ya que es el trabajador social quien de manera permanente está estrechamente relacionado y estudiando en ese paciente no sólo sus condiciones materiales y objetivas (físicos, económicos, culturales y sociales), sino además la parte que se considera piedra angular de nuestro actuar profesional en el campo de la salud, como es: el estado de seguridad emocional que muchas veces incide en la no curación psicológica del paciente,

en sus familiares y allegados inmediatos.

Por otra parte, el trabajador social dentro de la institución debe buscar medios que sirvan de comunicación al equipo médico, para que los mismos logren apropiarse adecuadamente de estudios, que permitan en forma más concreta la aplicación de un tratamiento positivo, para lograr en los afectados una mejor comprensión y conocimiento de la situación en materia de salud, permitiendo en el paciente mejorar las relaciones médico-familiares.

En síntesis, es mucha la importancia que tiene el trabajo social en la problemática de la tuberculosis, aunque en la actualidad esté desempeñando funciones auxiliares que limitan su accionar y distorsionan su verdadero quehacer profesional, consideramos que la trabajadora social del Hospital Niño-Jesús debería utilizar mecanismos de penetración que permitan su inserción allí y de esta manera realizar actividades que contribuyan a minimizar un poco los múltiples problemas por los que atreviesan los pacientes hospitalizados en este centro.

4.2 ALTERNATIVAS DE ACCION DISEÑADOS PARA IMPULSAR LA REHABILITACION DEL PACIENTE TUBERCULOSO.

Impulsar la rehabilitación en los pacientes con tuberculo

sis debe ser considerada por el trabajo social como la parte más importante de todo el proceso que debe desarrollar con él desde que llega a la institución a solicitar sus servicios.

La rehabilitación debe comenzar por explicar las implicaciones de la enfermedad, la importancia del tratamiento y los motivos por los cuales no se puede abandonar el mismo, ya que se han visto muchos casos en que el paciente ha recaído por no conocer con exactitud las consecuencias del abandono del tratamiento.

Dado que los factores sociales, económicos y culturales influyen notablemente en el proceso de rehabilitación del paciente con tuberculosis, consideramos que el trabajo social debe conocer ampliamente la dinámica interna de la familia de cada uno de ellos, con el fin de poder diseñar y aplicar el tratamiento social que considera el más adecuado.

Es importante conocer en qué grado el conflicto familiar está agravando compensando o descompensando las relaciones entre sus miembros para encauzar el tratamiento a terapias de apoyo individual y/o familiar.

El trabajador social deberá tener en cuenta que el paciente se encuentra angustiado por:

- a. Haber recibido por el médico u otro miembro del equipo la noticia de que padece una enfermedad considerada por la comunidad como "terrible y vergonzante".
- b. Las creencias comunes que se tiene en torno a lo incurable de la enfermedad.
- c. Sentirse rechazado por sus familiares y amistades.
- d. Las consecuencias que su estado pueda repercutir en la familia.
- e. La desvinculación laboral que su enfermedad puede causarle.

Y en consecuencia deberá brindarle todo el apoyo psicológico que éste requiera para que pueda comprender lo importante que es el estado anímico para alcanzar la rehabilitación de la enfermedad.

Se debe trabajar con los pacientes en un proceso educativo en todo lo concerniente a la enfermedad, estimulando a que pregunten sobre las dudas que tengan, sobre las inquietudes que los angustien para que en conjunto con todo el equipo multiprofesional se pueda superar dicha problemática.

Es necesario involucrar a la familia en el proceso de re habilitación, ya que el paciente está en permanente inter acción con ello, por lo tanto a la vez que trabaja con el paciente a nivel individual se debe trabajar con la fami lia a nivel grupal, evitando así la descoordinación en las acciones.

A la familia se le debe instruir en las medidas que debe tomar para evitar el contagio en algún otro miembro sin te ner que marginar al paciente y hacerle sentir incómodo. Esto se puede realizar cuando se efectúan las visitas do miciliarias las cuales deben tener los siguientes objeti vos:

- a. Conocer las condiciones socio-económicas del paciente tuberculoso.

- b. Promover acercamiento entre el organismo de salud y la familia e involucrarla en la responsabilidad de ayudar a la curación del paciente y de evitar nuevos casos, me diante la vigilancia del tratamiento y el examen de los contactos.

Prioridades: Enfermos que han dejado de asistir a consul ta médica, control de enfermería o tomar la droga.

Casos especiales: Existen dos clases de visitas domiciliarias a saber: inicial o sea la de enfermo o caso nuevo y la del enfermo inasistente y/o caso especial.

a. Inicial o caso nuevo: Debe ser realizada en la primera semana posterior al diagnóstico

Objetivos:

- Confirmar la dirección exacta del enfermo.
- Averiguar con la familia si el enfermo tomó drogas específicas anteriormente.
- Orientar a la familia sobre la enfermedad, medio de transmisión, peligro de la resistencia bacteriana, cumplimiento a las citas, aplicación de la droga, censo y citación de contactos para exámenes de control.
- Orientar a la familia sobre los cuidados que pueden ser aplicados contra el contagio, durante la fase que el paciente está eliminando bacilos.

Técnicas:

Establecer buenas relaciones con la familia identificándose como trabajadora social del Hospital Niño Jesús.

Informarle a la persona que recibí la visita, que la razón de ésta es conocer a todos los miembros de la familia y a ayudarlos en los problemas relacionados con la enfermedad.

Mostrar especial interés por los niños y por los demás miembros de la familia que sean sintomáticos respiratorios.

Explicar que las drogas que el paciente va a tomar son muy buenas y tienen el poder de matar los bacilos que están produciendo la enfermedad en los pulmones.

Decir que a pesar de ser la tuberculosis una enfermedad contagiosa, el peligro de transmisión podrá evitarse si el paciente toma regularmente y con continuidad las drogas.

Enfocar nuevamente con los familiares el peligro de la resistencia bacteriana.

Explicar que en el término de uno o tres meses, el paciente presentará una notable mejoría, lo que le puede hacer pensar que ya está curado, pero que esto en realidad es solamente una mejoría, ya que para que las drogas maten todos los microbios existentes en los pulmones, será necesario que tome la droga sin interrupción y en forma muy regular durante todo el período del tratamiento.

Ilustrarles que entre los microbios existentes, algunos son más fuertes y capaces de desarrollar defensas contra las drogas, cuando éstos no han sido tomados con regularidad y en dosis inadecuadas, también que si el paciente interrumpe el tratamiento o toma las drogas con irregularidad, está expuesto a que estos microbios presenten defensa contra las drogas, lo que lleva al paciente a que se le complique la enfermedad puesto que las drogas ya no actuarán contra ella y el paciente podrá pasar el resto de su vida sin obtener curación, o sea que se convertirá en un enfermo crónico.

Si la familia no está nerviosa, orientarla sobre los cuidados especiales a tener en el hogar especialmente mientras el paciente permanece positivo, si observa que las condiciones del hogar lo permiten, orientarlos sobre la importancia de dormir en cuarto individual o cama separadas si el paciente está expulsando bacilos.

Enfoque la responsabilidad de la familia, haciéndoles énfasis en que la tuberculosis es una enfermedad curable si el paciente cumple con el tratamiento y con las orientaciones dadas, que el éxito de la curación no sólo depende del enfermo, sino también de la colaboración que la familia le debe prestar, además que ellos deben ayudar al paciente para que cumpla con el tratamiento y que éste sea

continuo, estimulándolo e insistiendo en que se va a curar.

Además, captar si en la familia se presenta cualquier problema para que utilice sus estrategias y así canalizarlos con el fin de contribuir a su solución.

Al regresar a la Unidad, registrar en la historia social del paciente el resumen de la visita, anotando especialmente la aceptación de él y su familia hacia el tratamiento, en caso de presentarse un problema en el paciente, de no aceptación de la familia, inicie inmediatamente un estudio social y trate de reunirse con el equipo para tratar de evitar en el enfermo una complicación en el tratamiento.

Visita domiciliaria al paciente inasistente:

Esta visita debe ser realizada dentro de los tres primeros días después de la ausencia del paciente, o cuando se estime conveniente en casos especiales.

Objetivos:

Lograr la permanencia del enfermo inscrito en el programa para garantizar su curación.

- a. Averiguar la causa de la inasistencia a la unidad.
- b. Dialogar con el paciente y la familia la solución para

evitar nuevas ausencias o la situación problema. --

c. Reorientar a la familia y al paciente sobre la acción de las drogas en el organismo y los peligros de la resistencia bacteriana.

d. Insistir a la familia la responsabilidad que tiene en el cumplimiento del paciente al tratamiento.

e. Citar al paciente para regresar al tratamiento.

Técnicas:

Informar previamente sobre la situación del paciente y su familia, establezca un ambiente de simpatía entre usted y la familia, averigüe la razón de la inasistencia dígame que el motivo de su visita es para enterarse del estado del paciente debido a que no ha asistido a la última cita programada.

Discutir con la familia los motivos de la inasistencia y averigüe si existen problemas que están interfiriendo directamente con el paciente, trate de ayudar a solucionarlo para evitar que siga faltando.

Observar si la familia y el paciente están preocupados por la inasistencia al tratamiento o demuestran indiferen

cia. Pregúnteles si ellos conocen los perjuicios que pueden ocasionar al paciente si deja de cumplir el tratamiento con regularidad y continuidad.

Averiguar si ellos tienen conocimiento sobre la existencia del peligro del paciente de volverse resistente a la droga, insista nuevamente en el peligro de la resistencia bacteriana y que esto le puede ocasionar a éste, el riesgo de quedar enfermo por el resto de su vida.

Averiguar cuál es la participación de la familia en el tratamiento, explicar que el éxito de la curación del paciente depende en gran parte, del interés de ellos en ayudarlo a cumplir el tratamiento. Averiguar si existe alguna duda y ofrezca su ayuda a la familia y de por terminada la visita; en caso de que exista en ella un problema familiar, inicie de inmediato el estudio social y trate de hacerlo en coordinación con el equipo multiprofesional.





5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Después de haber realizado esta investigación sobre los factores que inciden en la rehabilitación del paciente tuberculoso en el Hospital Niño Jesús, podemos concluir que la situación de la salud en el país vive momentos críticos, ya que las condiciones administrativas de ella han fracasado en todos sus esfuerzos, porque éstos no responden a una investigación real de necesidades, ni a un diagnóstico social sacado de un verdadero proceso investigativo de necesidades y recursos, convirtiéndose la salud en un resultante de las condiciones imperantes de un sistema.

La atención de la salud se ha comercializado tanto, que hay sectores marginados que no cuentan con los medios económicos posibles para poder costearse las elevadas consultas particulares, como tampoco tienen acceso a los mal llamados hospitales del pueblo, y por ende, deben acudir al curandero y a la autoformulación.

Se puede concluir que la tuberculosis es una enfermedad con repercusiones sociales inherentes al sistema, es la resultante de una problemática social en la cual la falta de educación preventiva y sanitaria, contribuyen para que esta enfermedad se mantenga. Esas mismas condiciones, junto con la descoordinación del programa, la desnutrición y el hambre, facilita para que el programa de tuberculosis no surta los efectos deseados, es por esto que la tuberculosis se constituye en un verdadero problema de salud pública, ya que sus manifestaciones no solo tienen que ver con el enfermo afectado propiamente dicho, sino también con su familia y su vida en sociedad, por lo que el Estado y las autoridades de salud se han mostrado negligentes ante la atención del afectado por la tuberculosis, demostrándose ésto en la no existencia de unas políticas, planes y programas para la rehabilitación de los tuberculosos, lo que contribuye a que no se minimizen los problemas de su medio ambiente social y familiar.

La familia, al conocer el diagnóstico, busca mecanismos para no hacerle frente al problema.

En lo social se presenta un doble fenómeno: la sobreprotección y/o marginalización del paciente.

Ante este problema, el accionar del trabajador social es

nulo. Las instituciones de salud en el Departamento del Atlántico subutilizan al profesional de Trabajo Social, asignándole funciones que distan mucho del verdadero que hacer profesional limitando sus actividades.

Los profesionales de Trabajo Social en salud, deben asumir una posición crítica ante la situación de la salud, para buscar su verdadero papel dentro de esta problemática. Deben luchar en equipo para poder entrar en la administración y responder a las políticas de bienestar social en salud.

En cuanto al accionar del Trabajador Social en el Hospital Niño Jesús de Barranquilla se puede decir que las funciones del trabajador social allí no son muy claras en la medida en que no existe compenetración de campo, fenómeno que trae una serie de incidencias que repercuten en la no consecución del tratamiento, trayendo una serie de consecuencias a los pacientes afectados por esta enfermedad.

El Trabajador Social en el Hospital Niño Jesús no tiene un manual de funciones establecidas, sino una serie de actividades que en la medida en que se realizan en forma rutinaria, se convierten en funciones.

El Departamento de Trabajo Social frente al programa de tuberculosis necesita una planeación acorde a las necesidades donde exista Jefe de Departamento dotado de teoría científica, método concreto y metodología de la investigación.

El Trabajador Social frente a la problemática estudiada, debe realizar conjuntamente con el equipo multiprofesional una investigación preventiva, comunitaria y tratar los problemas que conllevan la enfermedad, a través de programas efectivos que proporcionen información sobre la sintomatología de la tuberculosis y los medios con que cuentan las comunidades para hacerle frente a esta problemática. Además debe hacer que las políticas y normas operativas para atender la problemática de la tuberculosis tengan en cuenta la problemática familiar como una de las principales causante de la no rehabilitación del paciente tuberculoso.

RECOMENDACIONES:

PLAN DE REHABILITACION PARA ENFERMOS CON TUBERCULOSIS.

El problema de la rehabilitación del tuberculoso es muy complejo y por lo cual diversos organismos deben intervenir para que uniendo esfuerzos y recursos se pueda hacer fren

te a tal flagelo.

Entre los organismos que deben participar estaría el Ministerio de Salud, el Comité Nacional de Lucha contra la Tuberculosis, Ministerio de Educación, Ministerio de Trabajo y el plan a desarrollarse comprendería:

- Formación de secciones o departamentos de rehabilitación en secretarías, organismos descentralizados, etc., con presupuesto y personal concretamente destinado a la rehabilitación de enfermos incluyendo a los tuberculosos.
- Centros de rehabilitación en hospitales y sanatorios que tengan: Salones de terapéuticas ocupacional, fisioterapia, fisiología pulmonar, pruebas psicológicas, biblioteca y contará además con terapeutas ocupacionales, trabajadoras sociales, psicólogos.
- Creación de colonias para enfermos y familiares que cuenten con terrenos para trabajos agrícolas en cooperativas y trabajos de tipo industrial.

El tipo de casa familiar sería construido por el sistema de autoconstrucción, resultando sencillo, económico y terapéutico para la familia.

A simple vista el plan puede parecer utópico, pero si cada sección de él contribuye puede lograrse la rehabilitación del paciente.

- Al gobierno le correspondería donar los terrenos, construir y equipar hospitales, facilitar transporte, otorgar créditos a los pacientes y familiares para la agricultura y la construcción de sus viviendas.
- A la familia y al paciente le correspondería: trabajos individuales y/o cooperativos, pago de préstamos, mantenimiento de las casas y de las colonias, construcción de los mismos.
- A la colonia le correspondería servicios públicos, construcción y mantenimiento de caminos, calles, instalaciones, etc.

Las ventajas del plan serían:

- La familia no se disgrega;
- Se facilitan los servicios médicos intra y extramural.
- La educación higiénica se imparte mejor tanto por el personal médico, como por la convivencia con otros colonos.
- Los costos de construcción y mantenimiento son menores

que la de los hospitales.

- Es la familia la que sostiene y apoya al paciente durante su estadía.
- Se evita la prolongada indigencia del paciente y su familia, ya que la colonia les ofrece capacitación y adiestramiento haciéndolos económicamente independientes.

Este plan es ideal para ayudar al grave problema de la tuberculosis en países como el nuestro, cuyos hospitales cuentan con un número de camas restringidas y la gran mayoría de los pacientes pertenecen a la clase baja. Es de notar que un plan parecido al que sugerimos se está desarrollando en México con resultados positivos.

Además se debe prever el plan de acciones para aquellos pacientes que se encuentran recuperados o en vías de recuperación; pues al momento de la salida del hospital se considera el más delicado, ya que se presentan recaídas debido a la falta de una ocupación adecuada, emprendida paulatinamente y bajo vigilancia médica, por lo tanto proponemos que se creen:

- Centros de rehabilitación, en donde se combinen en una organización los procesos destinados a que las personas incapacitadas y encuentren facilidad para vencer la etapa entre la cama del hospital y el empleo productivo.

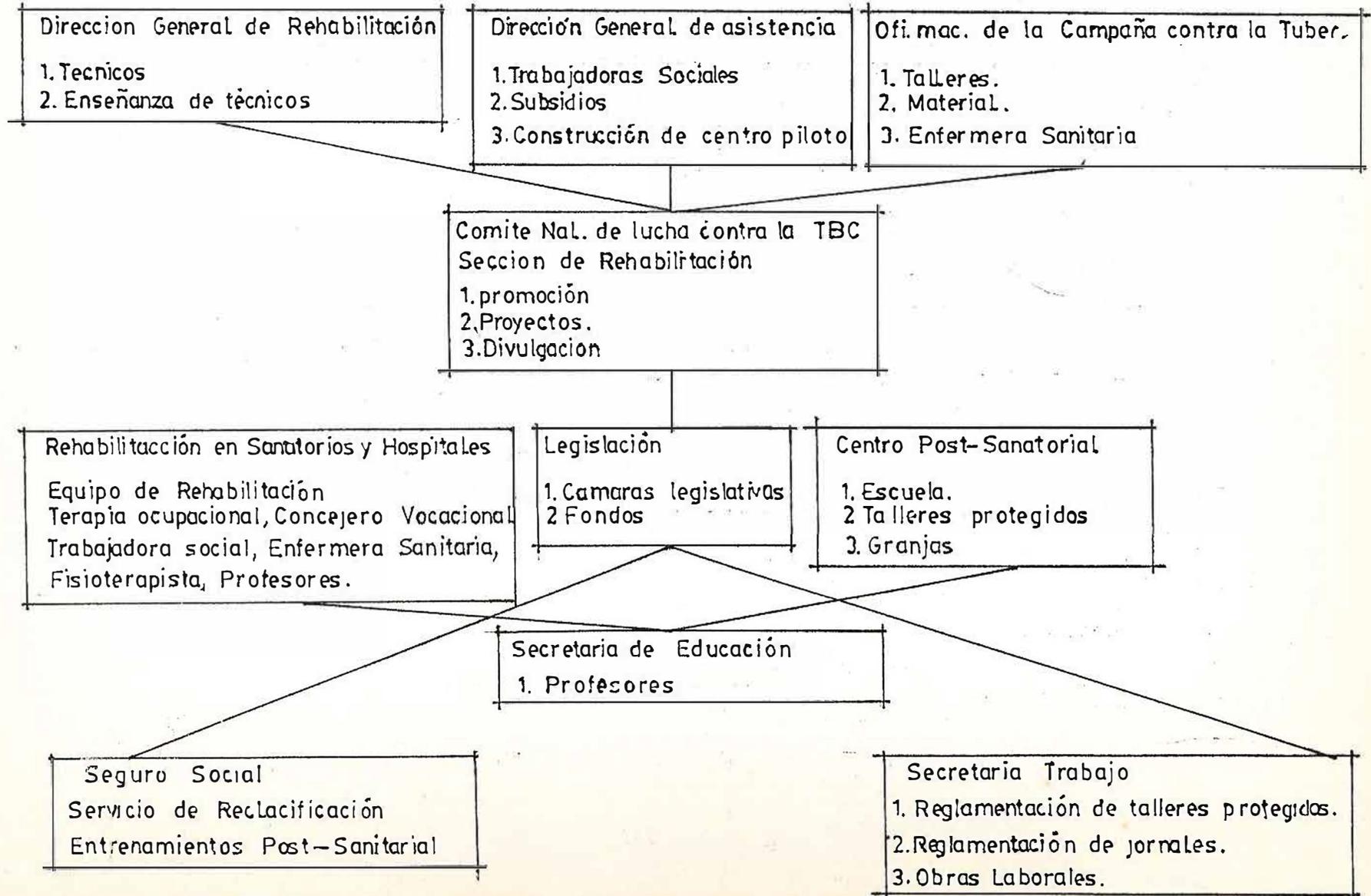
La finalidad de estos centros es consolidar la curación de los pacientes, al mismo tiempo que se les imparta un aprendizaje y un entrenamiento bajo vigilancia médica y con la ayuda de un equipo de rehabilitación muy completo.

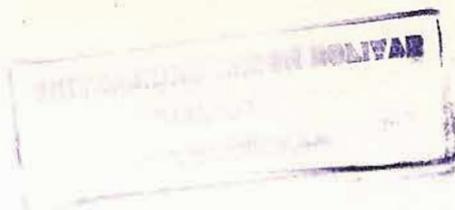
- Talleres protegidos, lo cual viene a ser una organización sin ánimo de lucro, pero con el propósito de llevar un programa de rehabilitación, promoviendo a los individuos con empleos remunerados u otra actividad rehabilitadora de naturaleza terapéutica y/o educacional.

Estos talleres no se diferenciarían de los talleres o fábricas de las industrias, sino únicamente porque se trabajaría allí bajo la vigilancia médica, los productos que allí se elaboren serían vendidos con igual competencia en el comercio y sus ganancias repartidas entre los pacientes que laboren allí.

CUADRO 2

PLAN PILOTO DE REHABILITACION PARA PACIENTES CON T.B.C.





BIBLIOGRAFIA

- ARCON, Ana et al. Factores sociales que inciden en la transmisión y desarrollo de la tuberculosis en la población que labora en el mercado público de Barranquilla. Tesis de Grado. Universidad Simón Bolívar, Facultad de Trabajo Social, Barranquilla, abril 1981.
- BACCA, Carmelina et al. Estudio de los aspectos sociales de los pacientes afectados por la tuberculosis pulmonar, atendidos por el Instituto de Seguros Sociales. Seccional Atlántico. Evaluación de la intervención del Trabajador Social. Tesis de Grado. Universidad Simón Bolívar. Facultad de Trabajo Social. Barranquilla, julio de 1982.
- HENNESSEY, Efraín. La tuberculosis pulmonar en el Atlántico. Revista Salud Pública. Barranquilla, enero de 1977.
- FERNANDEZ, María. Situación de la salud en Colombia. Intervención del Trabajador Social en el Sistema Nacional de Salud. IV Congreso de Trabajo Social, Memorias. Medellín, 1981.
- FORO FEMENINO. La Familia y la Niñez. Marzo, 1977.
- FINGERMANN, Gregorio. Relaciones Humanas, fundamentos sociales y de psicología, Buenos Aires, Humanitas, 1969.
- FISHBEIN, Morris. Enciclopedia Familiar de la Medicina y la salud. Nueva York, Stuttman, 1967.
- GUERRERO SANDINO, Eduardo. Programa de control de tuberculosis en Colombia. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Volumen LXXXVI, Bogotá, mayo. 1974.
- KINESMAR, Natalio. Salud Pública y Trabajo Social. Buenos Aires, Humanitas, 1978.
- LA FAMILIA NEUROTICA DE NUESTRO TIEMPO. Psique.

- MARTI, José Luis. *Psiquiatría Social*. Tusquets. Barcelona, Herder, 1976.
- MEDINA ESQUIVEL, Ermilo. *Rehabilitación del Tuberculoso pulmonar*. Comité Nacional de Lucha contra la Tuberculosis, México, Fournier.
- MEJIA, Amparo et al. *Factores que obstaculizan el tratamiento al paciente de tuberculosis del Hospital Niño Jesús de la ciudad de Barranquilla*. Tesis de Grado. Universidad Simón Bolívar, Facultad de Trabajo Social, diciembre de 1983.
- MEMORIAS, V Congreso Nacional de Trabajo Social. Cartagena, Octubre 19 de 1983.
- MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. *Programa Nacional de Lucha contra la Tuberculosis. Normas Operativas*. Bogotá, edición provisional, enero de 1984.
- NATHAN W., Ackerman. *Psicodanismos de la vida familiar*. Buenos Aires, Paidós, Volumen 2, 1958.
- SANTAMARIA ESPINOSA, Alberto. *Trabajo Social en Salud. Modelo de Intervención*, Latina, Bogotá, 1978.
- TASHMAN, Harry S. *Rehabilitación del desadaptado social*, Buenos Aires, 1974.
- TECNICAS DE INVESTIGACION SOCIAL, México, El Cid, 1978.
- VICTORIOSO, Lidia de. *Trabajo Médico Social*, Buenos Aires, Humanitas, 1978.

ANEXO . CUESTIONARIO PARA SER APLICADO A LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE T.B.C. EN EL HOSPITAL NIÑO JESUS.

Encuesta N° _____

Nombre de la persona entrevistada _____

Relación familiar con el paciente de T.B.C. atendido en el Hospital Niño Jesús _____

Nombre del Paciente _____ Edad _____

Sexo _____ Grado de escolaridad _____

Lugar de residencia de los familiares del paciente _____

1. ¿Cuál era la ocupación laboral del paciente antes de enfermarse? _____

Labora actualmente: SI _____ NO _____ DONDE _____

Conoce la empresa la enfermedad: SI _____ NO _____

Por qué? _____

2. ¿Cuál era el ingreso familiar? _____ ¿Cuál es

el estado civil del paciente: Soltero _____ Casado _____

Separado _____ Viudo _____ Unión libre _____ Otro _____

3. ¿Cuántas personas habitan con el paciente? _____

¿Cuántos son los hijos del enfermo? _____

4. ¿Cuántas personas han adquirido la enfermedad en la familia ? _____

5. ¿Ha adquirido el paciente la enfermedad de otro miembro

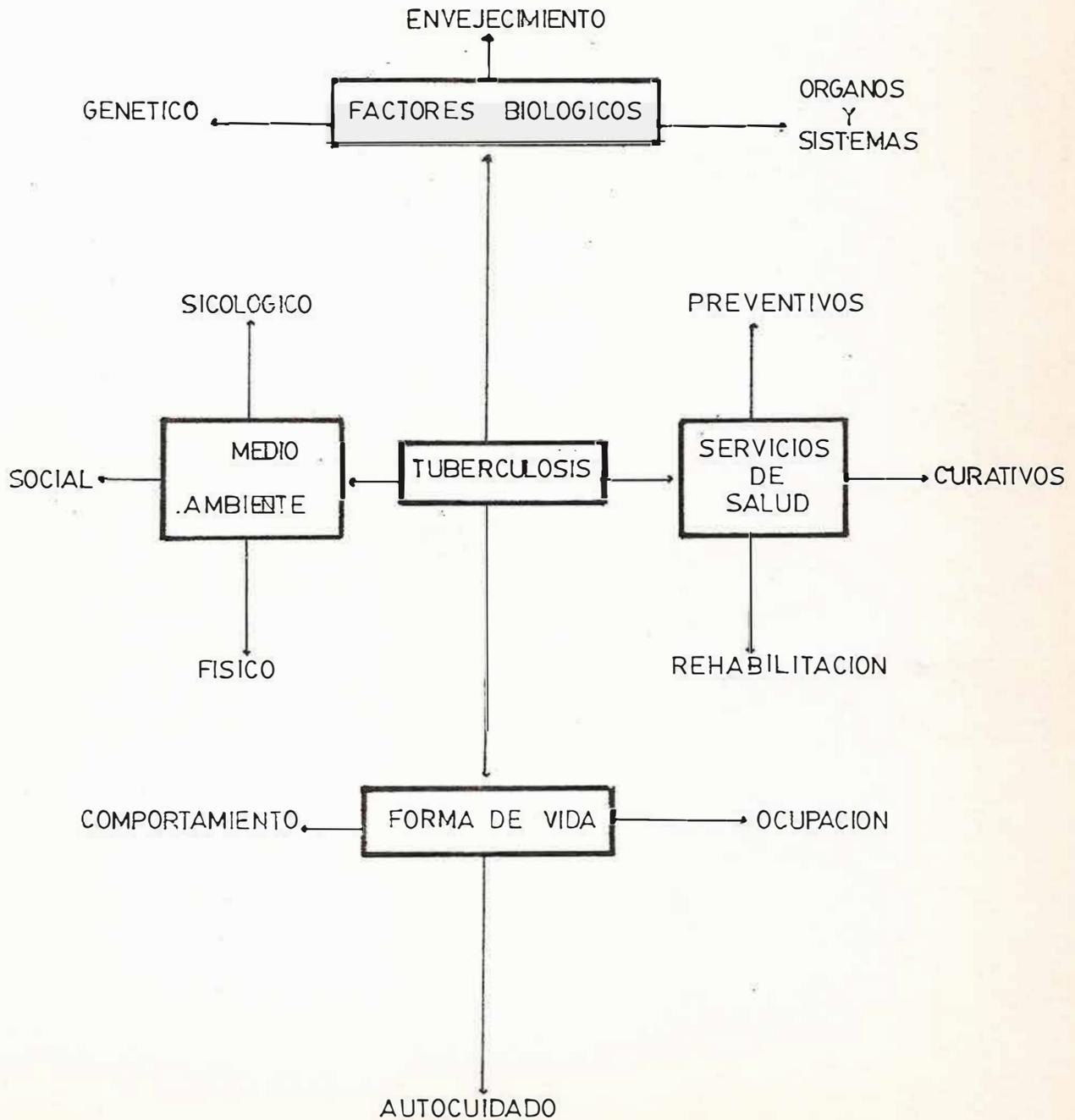
- bro de la familia? SI _____ NO _____ De quién _____
6. ¿Cuántas habitaciones tiene la vivienda? _____
7. ¿Cuántas personas duermen con el enfermo? _____ Tiene su propia habitación: SI _____ NO _____
8. ¿En qué habitación está durmiendo el paciente: la. _____
2a. _____ 3a. _____ 4a. _____
9. Condiciones de la vivienda: Buenas _____ Regulares _____
Malas _____ Pésimas _____
10. ¿Qué tipo de sanitario tiene la vivienda: Inodoro _____
Letrina _____ Ninguna _____
11. Desde qué edad adquirió la enfermedad? _____ Qué medidas tomaron cuando se descubrió que tenía TBC _____
Tenían conocimiento si era TBC? SI _____ NO _____
12. Ha estado interno alguna vez en el HNJ? SI _____ NO _____
En otra institución? SI _____ NO _____Cuál _____
13. Fue atendido antes por otro médico? SI _____ NO _____
14. Desde cuándo está inscrito el paciente en el programa de TBC en el HNJ? _____Cuál es su concepto sobre el tratamiento ambulatorio que allí se presta: Excelente _____ Bueno _____ Regular _____ Malo _____ Por qué _____
15. Cómo es tratado por los médicos y enfermeras que allí lo atienden: Bien _____ Mal _____ Por qué _____

16. Cuando el paciente supo que tenía TBC, ¿cuál fue su reacción? _____
y cuál fue la de la familia? _____
17. ¿Cuál es la actitud del paciente para con su enfermedad: Se negaba a creer que la tenía ____ Fue consciente de ella ____ Sabe pero no quiere que más nadie lo sepa ____ Por qué? _____
Se trata de aislar de los demás: SI ____ NO ____
Por qué? _____
18. ¿Cuál es la actitud de los familiares para con el paciente: Tolerancia ____ Aislamiento ____ Sobre protección ____ Rechazo ____ Normal ____ Otra ____ Por qué? _____
19. Sabe otra persona fuera de la familia que al paciente tiene TBC? Ninguno ____ Amigos ____ Vecinos ____
Demás familiares _____
20. ¿Qué orientaciones les ha brindado el Departamento de Trabajo Social dentro del HNJ? _____
21. Ha venido la trabajadora social a visitarlos: SI ____ NO ____ ¿Qué orientaciones les ha brindado con respecto a la enfermedad? _____
y con respecto a la forma de tratar al paciente _____

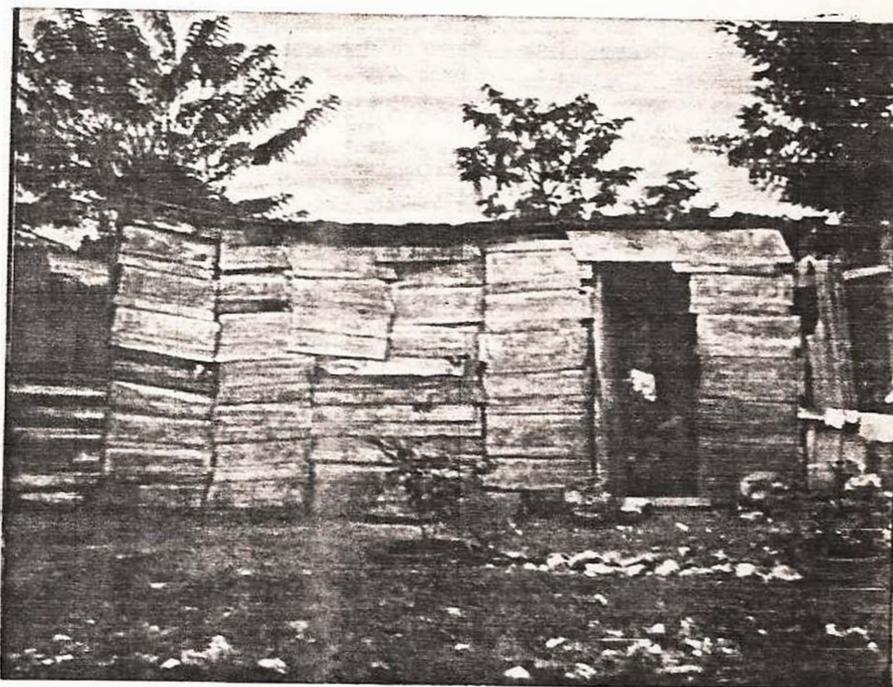
OBSERVACIONES: _____

Responsable de la encuesta _____ Ciudad y fecha _____

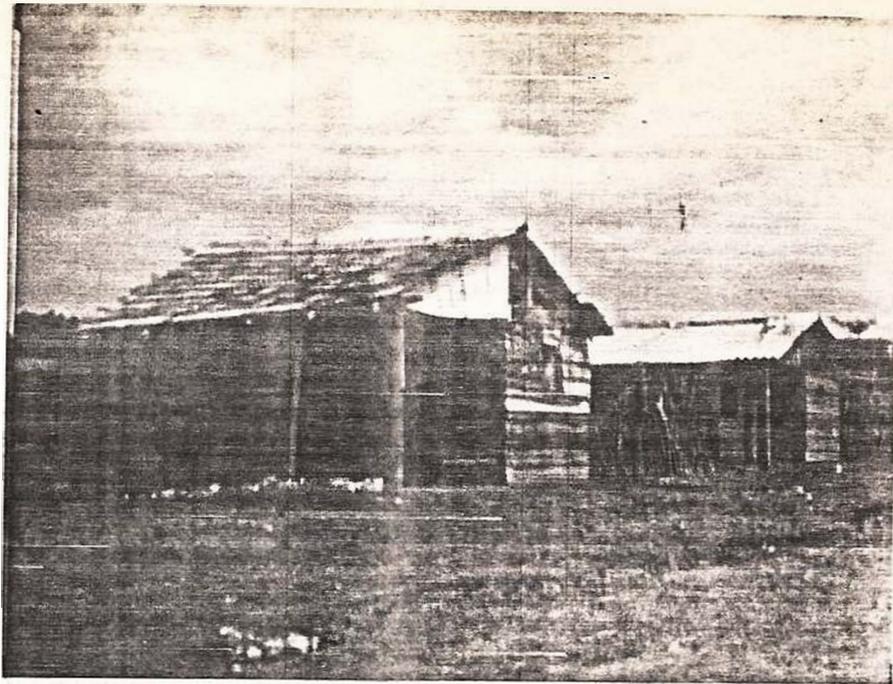
ANEXO . ENFOQUE INTEGRAL PARA EL MANEJO EPIDEMIOLOGICO ADMINISTRATIVO DE LA ACTIVIDAD CONTROL DE LA TUBERCULOSIS.



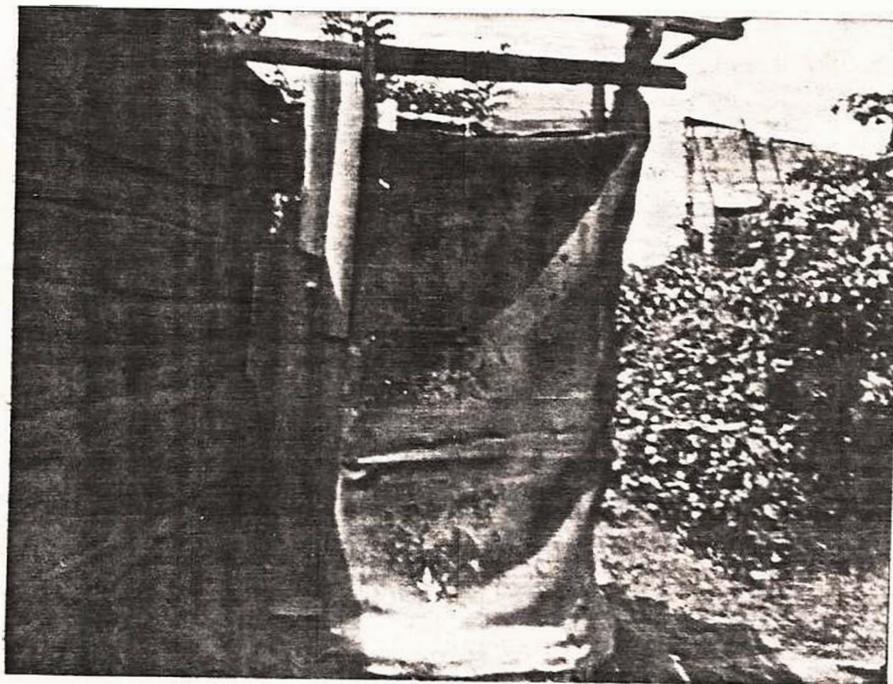
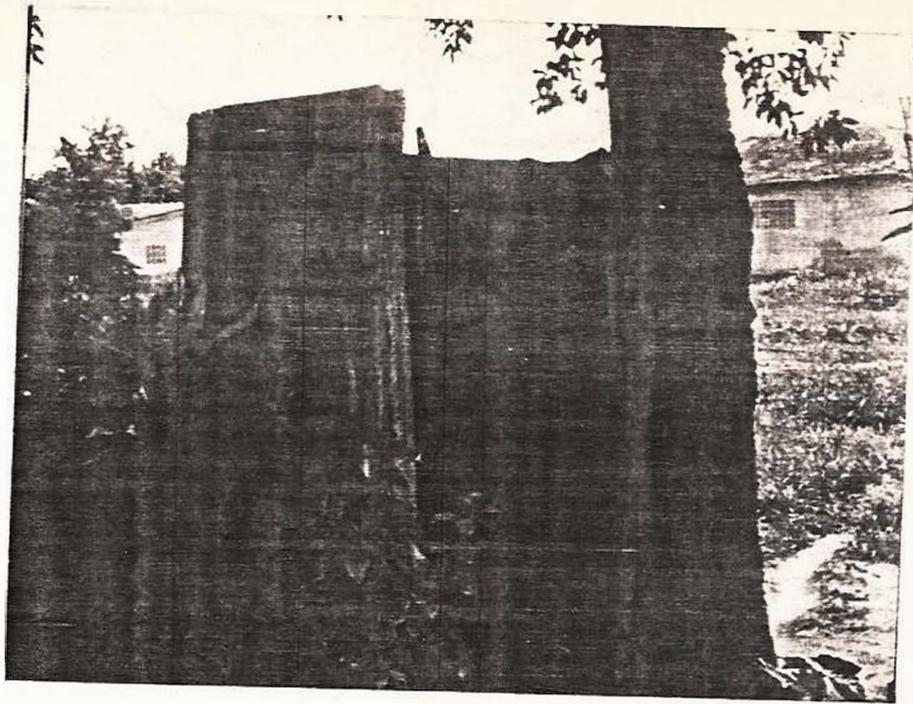
ANEXO . CONDICIONES HABITACIONALES EN QUE VIVEN LA MA
YORIA DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS.



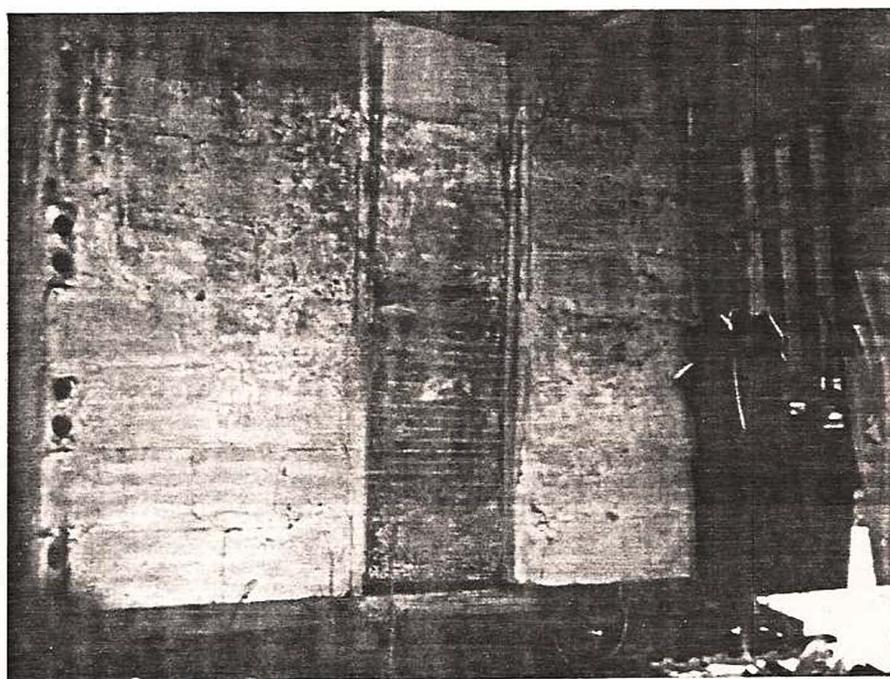
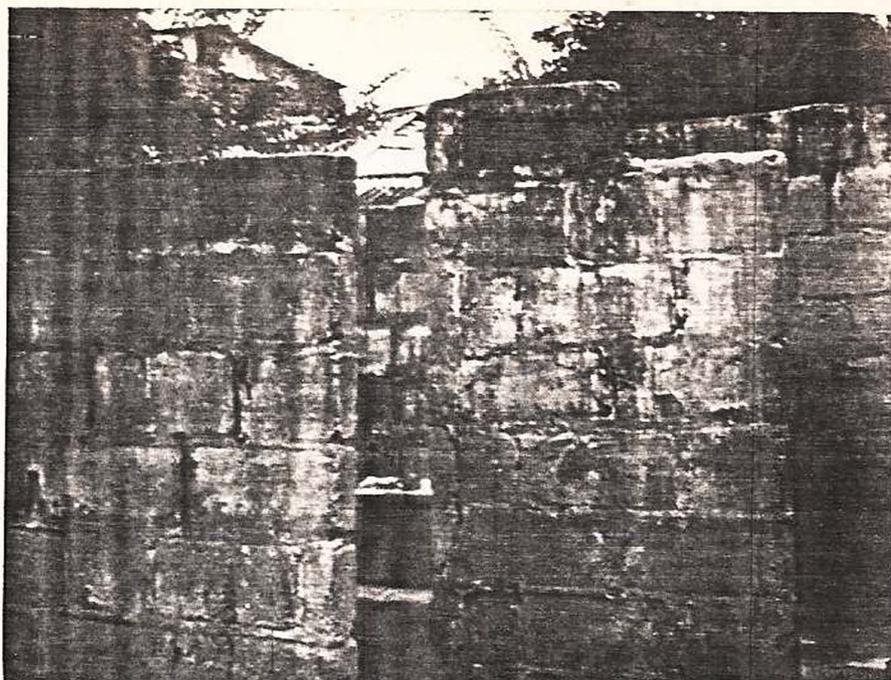
Obsérvese las condiciones en que viven la
mayoría de los pacientes con tuberculosis;
inadecuadas para el restablecimiento de la
salud.



Podemos apreciar el lamentable estado de las viviendas con una o dos habitaciones.



Servicios sanitarios. Nótese el estado de ellos, lo que contribuye para que se presenten muchas enfermedades, especialmente en los niños.



Servicios sanitarios. Obsérvese el descuido de la parte física e interior de los mismos.