

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**PLAN DE MEJORA EN EL SOPORTE FAMILIAR DEL PACIENTE CON
TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE EN EL CENTRO DE
SALUD MATERNO INFANTIL TAHUANTINSUYO BAJO
INDEPENDENCIA, LIMA-2019**

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE SALUD PÚBLICA Y
COMUNITARIA**

GLADYS VICTORIA CASAS SANDOVAL

**Callao - 2020
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI PRESIDENTE
- DRA. NOEMI ZUTA ARRIOLA SECRETARIA
- DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA VOCAL

ASESORA: DRA. ALICIA LOURDES MERINO LOZANO

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 92-2020

Fecha de Aprobación de la tesis: 14 de Abril del 2020

Resolución de Consejo Universitario N° 245-2018-CU de fecha 30 de Octubre del 2018, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

INDICE

INTRODUCCIÓN	2
1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	5
2. MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes de estudio	9
2.2 Base teórica	19
2.3 Marco conceptual	19
3. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORA EN RELACION A LA SITUACION PROBLEMÁTICA	36
3.1 Plan de mejora	36
I. ANÁLISIS DE LA CAUSA QUE PROVOCA EL PROBLEMA	44
II. PROPUESTA Y PLANIFICACIÓN DEL PLAN	49
III. IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO	51
IV. EVALUACIÓN	53
4 CONCLUSIONES	54
5. RECOMENDACIONES	55
6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	56
7. ANEXOS	58

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo académico titulado: “PLAN DE MEJORA EN EL SOPORTE FAMILIAR DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS MDR”; en el C.S. “Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo”, en el distrito de Independencia – Lima – 2019, tiene como objetivo describir la intervenciones del profesional, Asistente Social en la estrategia de control de tuberculosis mediante un trabajo social; y determinar las principales causas de la irregularidad en el tratamiento del paciente MDR, para implantar el mencionado PLAN DE MEJORA, ante esta problemática observada el cual planteara el cambio para el bienestar del paciente, ya que es una de sus principales funciones.

Durante los 25, años de mi labor profesional en los diferentes establecimientos de la Diris Lima Norte, como Trabajadora Social, asistencial desempeñando la labor, en las diferentes estrategias, siempre integrando diferentes Equipos Multidisciplinarios de la atención integral al paciente; he observado entre otras la importancia del Soporte Familiar al paciente, durante el tratamiento y a partir de ahí muchas veces la carencia de este, es la que ocasiona la irregularidad y baja adherencia al tratamiento

Lo que me motiva hacer este trabajo, es demostrar la importancia del soporte familiar, la familia, cuán importante es para el paciente contar con este soporte frente a situaciones problemáticas de salud, sentirse, amado,

apreciado, valorado y que pertenece a un grupo familiar en cual confía y apoya. Así también visualizar que es importante que las autoridades le den un enfoque social y no solo curativo a esta problemática.

El establecimiento, se sitúa en el distrito de Independencia, pertenece a la DIRIS Lima Norte; le corresponde la jurisdicción de primera y segunda, zona de la urbanización Tahuantinsuyo, además los asentamientos humanos como: Calaveras y Virgen del Carmen, también parte de la asociación de vivienda Víctor Raúl; y por tener mayor implementación en cuanto a instrumental clínico y recursos humanos profesionales (especialistas), atiende a pacientes derivados de los 11 establecimientos del distrito. Independencia es considerado uno de los distritos, más pobres de Lima Norte, cuenta con gran parte de zonas urbano marginales, así como asentamientos humanos carentes de bienestar material.

En cuanto a la población asignada al Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo, para El año 2017 fue de 33,536 habitantes, que representa el 15.00% del total del distrito, contando con un 2.06% de mujeres gestantes y personas de menos de 15 años forman el 23.75% del total de la población. El grupo beneficiario, sería variado, ya que la enfermedad se presenta en las diferentes etapas de vida, pero el mayor porcentaje en la población adulta.

El presente trabajo académico contiene introducción, descripción de la situación problemática, investigación en un marco teórico, comenzando con

la presentación de las reseñas internacionales y nacionales, bases teóricas y marco conceptual, continuando el desarrollo de actividades para el PLAN DE MEJORA, en relación a la situación problemática. Seguidamente de la propuesta y planificación del plan. Así como la implementación al finalizar se plantean las conclusiones y recomendaciones.

1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La Organización Mundial de la Salud (OMS), determina que, la tuberculosis es un problema importante en la salud pública, mundialmente. Y que anualmente 9 millones de personas se enfrentan, y que de no recibir tratamiento cada uno podría contagiar a 10 o 15 personas. Cuando una persona con tuberculosis que recibe tratamiento y muestra resistencia a alguno de sus medicamentos, surge la droga Resistencia, considerada una crisis mundial de salud pública; al 2017 se estimaron un total de 558 000 individuos con esta enfermedad persistente ante la rifampicina “RR” y un 82% padecían tuberculosis resistente a los diferentes fármacos o “TB MDR” (1).

Como organismo especializado la OPS, informo que el indicador sobre la tasa de éxito de en relación a la Tuberculosis RR y MDR al 2017 no supero el 56% (2). En el 2016 la brecha en la identificación y tratamiento de la TB sensible y TB MDR fue de US \$ 2,3 billones anuales, a pesar de ser una enfermedad de atención prioritaria. Esta ubicada entre las primeras causa de muerte por agente infeccioso, y se le reconoce como una epidemia de injusticia social que afecta sobre todo a poblaciones pobres y vulnerables. (3)

Según un estudio, en América Latina y el Caribe, esta enfermedad tiene impacto familiar, comunitario, social, económico y sanitario; causante de un número significativo de pérdidas de vidas, incapacidades, estigmas, y

una serie de carencias y aumento de las exclusiones. Lo cual es perjudicial para la salud de las personas. Motivo por el cual se solicita la consideración y soporte, responsable, de los actores sociales de salud, enfatizando en la importancia de que las estrategias nacionales contemplen cambios en las condiciones de vida de la población. Brindándoles una calidad de vida digna con estilos saludables. (4)

El Perú es uno de los países de mayor severidad de TB MDR y extensamente resistente en Latinoamérica (5). Los registros del Ministerio de Salud (MINSA) mostraron 31087 casos de TB en el año 2017 a nivel nacional, y el 75% de la morbilidad está concentrada en doce regiones entre las que se encuentra Lima, y todas en alto o muy alto riesgo para TB (6). La distribución de casos según el sector de salud (2017) es de 71,3% para el MINSA, 19.9% para Es Salud y 7.7% para el INPE; según la proporción de casos por regiones de salud, Lima concentra el 55% de diagnosticados con tuberculosis y Lima Metropolitana el 70% de los diagnosticados MDR confirmados.

De acuerdo a la Norma Técnica del MINSA aprobada para la Atención Integral de las Personas Diagnosticadas por Tuberculosis, a nivel nacional. Entre los principales factores que obstaculizan el desarrollo adecuado de la estrategia se puede considerar: “El grado de compromiso a seguir y colaborar con el tratamiento de parte del paciente”, la elevada contaminación en la comunidad, el inadecuado manejo de hábitos saludables y la salubridad del entorno, medio ambiente. Así también los

estilos de vida saludable ya que muchas de estas personas, tienen antecedentes de otras enfermedades crónicas como: (TB-Diabetes y TB-VIH)”; además se reconoce entre los problemas principales condicionantes, a los altos porcentajes de abandonos al tratamiento (8).

En el Centro de Salud M.I. Tahuantinsuyo Bajo. Esta enfermedad afecta de manera importante a nuestra población; el año 2016 es en el que se han observado estadísticas disminuidas en relación a los 4 .Años anteriores, sin embargo, para el año 2017 se incrementa a 28 casos TBC, esto debe implicar una búsqueda de estrategias a implementarse a nivel multisectorial y comunitaria. Sintomáticos respiratorios identificados. Para el año 2017, se identificaron 1266 sintomáticos respiratorios, alcanzando el 1.32% de las, atenciones de mayores de 15 años, siendo el grupo de edad de 30-59 años el mayor captado con 481, considerando dentro de esta población el 6% son MDR; Es por ello que se debe fortalecer el trabajo en Equipo Multidisciplinario para analizar y buscar estrategias e implementarlas. La problemática a nivel local en el tratamiento de esta enfermedad, está dado principalmente por la tendencia al abandono de la medicación en los pacientes; el poco soporte familiar, por otro lado, en la atención del paciente se ha evidenciado que los contactos indirectos (primos) han adquirido la enfermedad. Además, el inadecuado control de contactos dificultaba la calidad de atención y favorece la aparición de casos nuevos en familiares. Así también podemos mencionar el inadecuado conocimiento de la enfermedad del paciente y de parte de la familia .quien debe cumplir un

rol importante como apoyo al seguimiento del paciente, pues en ocasiones se presentan, eventos adversos como los problemas auditivos, síntomas de malestar hepático causados por los agresivos medicamentos, o la incomodidad del tratamiento inyectable, generan rechazo en los pacientes y los motivan a dejar el tratamiento; Pero en algunas situaciones por el desconocimiento de la familia que es quienes deben colaborar con el personal Trabajadora Social, y equipo ;en la vigilancia y el tratamiento diario del paciente, siempre que estén bien concientizados y educados respecto a la TBC-MDR. Entre otros problemas de la institución es. La Calidad del Servicio en el Programa de TBC., por lo que el personal y los horarios son limitados para poder realizar continuamente las visitas domiciliarias; la rotación del personal; así como de infraestructura etc. Siendo uno de los puntos que se maneja en la estrategia.

Podemos concluir que esta enfermedad, es la consecuencia, resultado de lo que somos todavía, un país subdesarrollado.

Con un sistema democrático débil, instituciones igualmente debilitadas, disputándose el poder, observándose actos de corrupción, carente de políticas públicas con enfoque social .que brinde condiciones de vida digna a la población en cuanto a. Salud, alimentación, educación, empleo, vivienda, seguridad, equidad, inclusión y justicia social .Como manifiestan diferentes investigadores, se requiere todo un cambio de sistema y políticas públicas ,que realmente estén pensadas en satisfacer las necesidades

básicas de la población ,a disminuir los niveles de pobreza ,trabajar de forma multisectorial ,para mejorar los determinantes sociales de la salud, para que las personas tengan un mejor desarrollo humano .Y es en esta situación donde es de suma importancia la intervención de la Trabajadora Social como agente de cambio para el bienestar de la persona familia y comunidad.

2. Marco Teórico

2.1 Antecedentes del estudio

A nivel Internacional:

Según Kozinska (2017) Objetivos: Diversas medidas valiosas para el control de la TBC resistente a la medicación, es mediante la detección oportuna del frotis positivo en los pacientes, para ellos es fundamental el seguimiento de la infección. La propagación de la TBC mediante el estudio indica los riesgos que puede contraer otros miembros de la familia ya que las posibilidades son muy altas. Por lo cual se utilizaron métodos basados en Spoligotyping (resultados Miru-VNTR) y Fenotipos (pre- XDR y XDR) lo cual menciona la transmisión entre los miembros de la familia. Donde se concluye que en los hogares se puede encontrar una gran transmisión de Mycobacterium Tuberculosis que son resistentes a los medicamentos, lo cual amerita reforzar las necesidades en la amplia detección en los pacientes con tuberculosis, lo cual indica la supervisión insuficiente de la propagación de la enfermedad TBC-MDR.

Según Workicho y cols (2017) Menciona la importancia de la identificación de diversos factores de riesgos con el TB-MDR en personas enfermas con TBC. Para ello utilizó los métodos investigativos donde pudo evaluar los riesgos sociodemográficos, mediante las diversas conductas, revisión de las historias clínicas de los pacientes entre otros, siendo analizados en el programa del SPSS, obteniendo resultados que posteriormente ayudarán para poder tener una mejor visión del problema que se puede observar en la población ya que uno de los problemas que se pueden observar, tanto en pacientes y familiares que descansan en una sola habitación. Siendo esto inadecuado y que aumenta factores de contaminación entre los integrantes y puedan contagiarse. Llegando a la conclusión mediante las encuestas evaluadas, que el incremento de la TB-MDR es producido en diversas circunstancias entre ellos el inadecuado ambiente tanto para los pacientes como también para los familiares, por lo cual es fundamental realizar diversas investigaciones y así validar y obtener datos de las diversas poblaciones.

Según Arce (2016) Menciona la investigación profundizada, mediante un estudio analítico, prospectivo, realizó una encuesta, de esa manera conocer la relación que puede ocurrir entre la funcionalidad de la familia y la calidad de vida, mediante el programa del SPSS. Teniendo como resultados que la mitad de las familias estudiadas se encuentran dentro de la disfuncionalidad, por otro lado, se observa el déficit en la calidad de vida siendo este poco beneficioso para que el paciente pueda

tener una rápida recuperación, donde los problemas leves en el rol físico, en el ámbito emocional y salud en general, concluyendo que la funcionalidad de la familia y la calidad de vida no se encuentran asociadas en los pacientes con tuberculosis.

Según Rosado y cols. (2014) "Influencia de las características del sistema familiar en la adherencia al tratamiento de observación directa, curso corto (puntos) en el estudio de cohorte de tuberculosis pulmonar-A". Objetivo: evaluar la asociación en el sistema de la familiar en la conexión observada, con terapia corta en personas con TBC en tres ciudades del sur-sureste de México. Métodos: Estudio de 234 casos por 6 meses o hasta que el paciente perdió el control, emigró a otra ciudad, murió o decidió no continuar. Se evaluó relaciones intrafamiliares, el funcionamiento familiar (FACES III) y la red social (DUKE UNC-11); La adherencia (Greene Morinsky). Resultados: Los pacientes con familia disfuncional tienen un RR = 8,95 ($p < 0,001$) en comparación con los de la familia funcional, y los pacientes con red no funcional mostraron un RR = 2,22 ($p = 0.002$) en comparación con aquellos con red social funcional. Conclusión: El funcionamiento familiar influye en las cohortes estudiadas en la adherencia a la medicación

Según Martínez (2014) "Favorecimiento en el apego de las familias en el tratamiento de los casos de pacientes con TBC"

Objetivo: Conocer los factores que favorecen en las familias ya sea el apego para pacientes con tuberculosis pulmonar. Lo cual se empleó un

método descriptivo, transversal, prospectivo entre otros. Empleándose así un censo nominal. Obteniendo resultados de 57 pacientes con TBP, en su gran mayoría fueron pacientes del sexo masculino entre las edades de 18 y 83 años de edad, lo cual un 85% fueron supervisadas al momento de realizar su tratamiento y un 66.6% pudo lograr curarse al finalizar la terapia, obteniendo también un porcentaje regular a las personas que abandonaron la terapia, en su mayoría venían de familias disfuncionales. Concluyendo que existen niveles altos de disfunción en la sociedad lo cual no es beneficioso para la recuperación de los pacientes obteniendo en su gran mayoría el abandono del tratamiento, a diferencia de los pacientes que si obtuvieron el apego adecuado concluyendo con buenos resultados el tratamiento.

A nivel Nacional

Según Espinoza (2017) Título “Estado de ansiedad y apoyo familiar en pacientes con tuberculosis del CS. Parcona Ica, octubre – 2016”.
Objetivo: Conocer la ansiedad y el apoyo familiar de las personas con tuberculosis. Método: cuantitativo, descriptivo y transversal; con una muestra de 25 pacientes de la Estrategia. Resultados: Ansiedad se observó un 68 % (Alto) ;Apoyo Familiar un 56 % (Adecuado); Apoyo Socioeconómico Familiar un 84 % (Desfavorable);Apoyo Emocional un 72 %(Favorable).La información brindada por este investigador refuerza la importancia de los factores Sociales, emocionales así como económicos que deberíamos considerar y promover en el paciente con diagnóstico de

Tuberculosis en especial en el Multidrogo Resistente .La persona es un ente Biopsicosocial, que vive en un entorno social. Que es la familia y del soporte adecuado o inadecuado que le brinde esta va a depender el desarrollo de sus integrantes. Se corrobora que el paciente que cuenta con soporte adecuado va a responder mejor al tratamiento, así como que va tener una mejor adherencia .A diferencia de los que carecen de este soporte que muchas veces vemos que son ellos justamente los que hacen abandono del tratamiento.

Según Anduaga y col. (2016) Diversos factores de abandono de los pacientes en tratamiento de tuberculosis en servicios de primer nivel. El objetivo es conocer los diversos factores que producen el abandono al tratamiento de TBC en el establecimiento salud ubicado en la localidad de Chorrillos - Lima. En el estudio realizado se pudo observar cómo los pacientes desistieron del tratamiento por un periodo de un mes consecutivo, lo cual no es beneficioso para el tratamiento, para ello se realizó diversos gráficos, entre ellos variables demográficas, cálculo de odds ratio, regresión logística, entre otros. Dando resultados de 34 controles y 102 casos, a su vez un 22% abandono al tratamiento por la falta de educación que carecen los pacientes. Llegando a una conclusión que las personas que tiene más riesgo de abandono del tratamiento sobre Tuberculosis son los que tienen menor nivel educativo. Es decir por no contar con una educación adecuada, ya que muchos de ellos tienen menos

de seis años educativos siendo esto un factor de riesgo al momento de llevar un tratamiento y ser concientizado.

Según Suárez (2015) título “Adherencia al Tratamiento y su relación con la participación de la familia en personas con TBC en un Centro de Salud. 2014”. El objetivo es relacionar ambas variables en pacientes con TBC, en el C.S. Max Arias Schreiber. Usando un método; cuantitativo, descriptivo correlacional, transversal, aplicado en 70 pacientes. Observando resultados; el 46% presenta adherencia media y el 54% percibe una participación familiar medianamente favorable. Teniendo una conclusión primero; la familia, el entorno social, el nivel cultural jugará un rol muy importante en el tratamiento, pues así se cumpla con el tratamiento y este factor no es solucionado no tendremos respuesta positiva. Segundo; es importante que los familiares estén involucrados con el tratamiento del paciente ya que mediante ello se podrá promover el autocuidado convirtiéndose los familiares en el soporte y agentes de cambio. Finalmente, la familia cumple un rol fundamental en la aceptación del tratamiento con los pacientes de Tuberculosis.

Según Quevedo (2015) “Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en centros de salud”. Donde el objetivo fue determinar el soporte tanto social como familiar en los pacientes con TBC. Utilizando método de estudio transversal, correlacionar entre otro lo cual 52 pacientes estuvieron registrados en las diversas estrategias sanitarias para la prevención de

TBC en el distrito del Rímac la cual, mediante una encuesta de dos cuestionarios realizados por expertos, permitió medir el soporte social y familiar con los pacientes que llevan el tratamiento. Concluyendo que un 81.8% de los pacientes que tuvieron el apoyo del soporte familiar y también de la sociedad pudieron culminar con el tratamiento favorablemente, por otro lado, aún se puede observar que existe un gran porcentaje de paciente que no culminan por el escaso apoyo lo cual dificulta con la erradicación de la enfermedad.

Según Guzmán (2014) "La familia juega un papel muy importante ya sea positiva o negativamente según su funcionalidad en la salud de cada uno de sus integrantes". Sabemos que el soporte familiar .Puede beneficiar favorablemente al paciente en su recuperación y en el proceso de la enfermedad, ya sea promoviendo buenos hábitos o en la busca de ayuda para su recuperación. La familia es el apoyo inmediato que tendrá el paciente ya que buscará como amortiguar los diversos eventos que pueda ocasionar en el proceso de la enfermedad. Por ello es fundamental que la estrategia sanitaria pueda trabajar en conjunto con la familia de los pacientes, dando un enfoque social. Ya que será la única manera de poder romper la transmisión infecciosa Trabajando con el paciente, familia y comunidad, ya que se necesita una participación en conjunto para erradicar este problema de la población.

2.2.1 Bases Teóricas

El trabajo social es la ciencia que, basado en la disciplina y labor, promueve cambios en beneficios del individuo y su entorno social.

Según Richmond "El conjunto de métodos que desarrollan la personalidad, reajustando consciente e individualmente al hombre a su medio social". (Richmond 1962: 67) ya que, mediante un trabajo prolongado e intensivo, llegando a enfatizado en el bienestar tanto de la persona como el de su entorno más cercano.

En el contexto se puede observar modelos de casos sociales, que servirá de guía por llevar estudios que posteriormente serán aplicados en los análisis del tratamiento, que ayudara en la reforma social. Por lo cual en la conexión de la participación personal con la del sector de referencia y el cambio del recurso social, integrándose mediante la investigación social en la mejora continua de las personas en la sociedad.

En la actualidad el trabajo social, conserva con obstáculos un paso teórico leal a notas escritas en las bases que dieron origen a la ciencia social. En diversas variedades de ideologías y guías que se emplean en la actualidad, es importante saber cuál es el trabajo social, siendo este clasificado claramente. No obstante, muchas veces son confundidos o igualados los servicios sociales con los trabajos sociales, los elementos fundamentales que son empleados para los diversos procedimientos siguiendo así diversos protocolos, convirtiéndose posteriormente tal vez en una piedra en el camino de la profesión.

Es correcto, tomar en cuenta que tanto los protocolos y procedimientos, son importantes si son utilizados como apoyo para la realización de nuestro trabajo, siempre y cuando sigan con los fundamentos básicos y se llegue a un mismo objetivo que la intervención social. Por ello es importante que se emplee la responsabilidad en la profesión, por lo que dependerá el enfoque que realice a cada caso.

El servicio social permite una intervención adecuada a cada situación planteada la sociedad, siempre y cuando presente responsabilidad, por lo que de esa manera podrá gestionar de acuerdo a las necesidades, con ayuda de los recursos que tenga para poder emplearlo.

Finalmente, diversos factores económicos y políticos reconocen el trabajo social como una ciencia social, a su vez mencionan que es de gran utilidad, sin dejar siempre de cuestionar los elementos que la constituyen.

Determinantes sociales de la salud

Es la situación donde el ser humano se desarrolla en las diversas etapas de la vida, donde siempre estará asociado al sistema de salud. Al analizar este pormenor podemos ver que es el producto de las distribuciones del sistema monetario, el sistema político y los recursos en general; que está íntimamente relacionado con las políticas públicas adoptadas. Es por ello que se debe trabajar en conjunto para poder así disminuir la desigualdad.

Desde el accionar del Trabajo Social, podemos intervenir para trabajar en el primer eje: mejorar las condiciones de vida cotidiana; disminuyendo la enfermedad en diversos efectos que no ayuden a su recuperación. La

enfermedad, en este caso es la Tuberculosis MDR, la podremos considerar desde tres puntos de vista:

1. Es una enfermedad llamada biológica desde una mirada médica que presenta signos y síntomas,
2. El padecimiento, la mirada del propio paciente, la experiencia social vivida en el proceso.
3. El padecimiento, la enfermedad en el ámbito social, que analiza diversos factores entre ellos lo más resaltante es lo social y económico.

Teniendo estos dos motivos fundamentales: las esperanzas fallidas y las necesidades básicas insatisfechas. En investigaciones recientes pudimos tener acceso al costo social de la TBC -MDR, viendo reflejado la economía de las personas que padecen la enfermedad siendo este un aspecto fundamental en la sociedad.

Posteriormente se debe tomar en cuenta el importe social que se emplea para ello se debe mencionar las siguientes medidas:

1. Los costos intocables; mediante la afección monetaria que se puede observar en la persona enferma, perdiendo así la calidad de vida que antes presentaba.
2. Los costos mediatos, producido por el tiempo que emplea tanto el paciente como la persona acompañante durante el tratamiento.
3. Los costos naturales, son los que se producen en el proceso del tratamiento ya sea por parte del estado o algún tipo de seguro.

2.3 Marco Conceptual

En la actualidad las familias de los pacientes con tuberculosis, es fundamental el soporte que brindan, por lo que se encuentran en un proceso de diversos estudios, por lo que las diversas investigaciones realizadas destacan la importancia que este tiene en el bienestar del paciente tanto psicológico, como físico para su recuperación.

Para Cobb (1976), Interés, valorar, sentimiento, comunicación, ser parte del grupo; era sinónimo de soporte social, lo cual es beneficioso emplearlo en las diversas etapas que el individuo presente para una mejor estabilidad emocional. Según Sarason, Levine, Basham y Sarason (1983), La preocupación, el interés por el bienestar del otro, el aprecio, la confianza, eran el equivalente a soporte social.

Rodríguez y Cohen (1998) y Seeman (1998), consideraba que brindar conocimiento, información, ayudarle a ordenar sus ideas y así lograr una buena toma de decisiones, en situaciones de problemas a una persona; era soporte Informacional; ayudar a una persona a mejorar su calidad de vida, de forma práctica, aplicar una conducta solidaria hacia la persona que pasa por una situación difícil, es realizar el soporte instrumental; así también menciona que las personas al interactuar, comunicarse con su entorno se brindan diferentes tipos de soportes como los anteriormente mencionados y finalmente cuando le brindas afecto, empatía, confianza y escucha activa, estas brindando el soporte emocional, que a veces es el que más necesita una persona en los momentos de enfermedad o crisis,

es por ello que Goodwin, Cost y Adonu (2004), manifiesta que se debe considerar la importancia de que la persona sienta este soporte, no solo en lo material o físico; sino en su percepción, en sus emociones y sentimientos, ya que estos son los que le van a ayudar a mejorar su estado de ánimo. Herrero (2004), considera que la ausencia de este soporte social, puede en algunos casos llegar hasta, a afectar la salud mental de las personas.

(Almeida & Sampaio, 2007; Matsukura, Marturano, Oishi & Borasche, 2007) y la promoción de la salud (Hill & Donatelle, 2005). De acuerdo con Stroebe, Zech, Stroebe y Abakoumkin (2005), consideran que siempre que se presente una situación de resquebrajamiento, o crisis por determinada situación, es importante la presencia de estos soportes o apoyo, para ayudar al equilibrio emocional de las personas.

Miller y Darlington (2002) coincide con esta percepción, ya que ellos consideran que es importante el apoyo o soporte en sus diferentes formas y procedencias considerando, amigos y vecinos de la comunidad; todo debe ser considerado importante para el bienestar de la persona que lo necesite; analizando los conceptos antes mencionados, Magagnin (1998) también expresa, la familia es el primer grupo del entorno de una persona, se puede decir su primer grupo social, donde recibe la primera educación en lo que se refiere, ha valores, afectos, seguridad, interactuar y a saber diferenciar lo bueno de lo malo, y es por ello la importancia de la familia, ya que todas estas vivencias son las que van a marcar el desarrollo de la persona y así también en su entorno social. (Lopes, 1985; Poletto & Koller,

2002; Baptista, 2004). Baumrind (1996) determinan y coinciden con los conceptos antes mencionados, la persona procede de una familia y es por ello que, afirman que es en este primer ámbito social de donde la persona adquiere, sus primeros conocimientos, si los padres o cuidadores saben transmitirle conductas saludables, o no; es decir sin excesos, saludables armoniosas, solidarias, cimentadas en valores, ya que son estos conocimientos y vivencias buenas o malas, adquiridas en esta primera infancia lo que determinara su desarrollo social en su curso de vida. (Baptista, Baptista & Días, 2001; Carvalho & Almeida, 2003). De acuerdo con Sprovieri y Assumpção Jr. (2001), estos autores analizan y concluyen que con el pasar de los años se han ido presentando situaciones de transición, en el mundo y específicamente en algunos países de Latinoamérica en los diferentes campos; político, social, laboral, tecnológico, cultural, económico y laboral. En lo que se refiere a la Familia y en relación a la participación de la mujer; así pues desde que esta ha empezado a tener una vida laboral más activa. En el campo laboral se ha observado una variabilidad, en el desarrollo de las actividades familiares, y esto se debe tratar con la importancia que merece, pues de ello depende el desarrollo integral de los miembros de una familia.

Tuberculosis Multidrogorresistente

Este tipo de tuberculosis nace a consecuencia de una mala utilización de los antibióticos. La tuberculosis multidrogo resistente (TB-MDR) surge poco después de la rifampicina (1960), cuando ya había emergido la

resistencia a la isoniazida (1950). Haciendo que el tratamiento de la enfermedad sea muy difícil y costoso, con altas tasas de fracaso, muertes, y pérdidas en el seguimiento

Tipos de resistencia

La Organización Mundial de la Salud reconoce los siguientes tipos de resistencia al tratamiento antituberculoso (20):

- Resistencia a solo un tipo de medicamento de 1° línea.
- Resistencia a más de un medicamento de 1° línea diferente a rifampicina e isoniazida.
- Multirresistencia o MR: resistencia a tres o más antibióticos como: isoniazida y la rifampicina.
- Ultrarresistencia o XR: resiste el tratamiento al menos a uno de los tres antituberculosos inyectables de segunda línea.
- Resistencia a la rifampicina: ya sea en forma mono o poli resistencia al MR o XR.

Diagnóstico de resistencia a medicamentos antituberculosos

Los indicadores que identifican el *complejo M. tuberculosis* prueban la susceptibilidad rápida tenaz a isoniacida o rifampicina y la labor de la bacteria del individuo con epidemia TB-VIH. Propiamente para el diagnóstico se utilizan las pruebas rápidas para TB MDR (21):

- a) Pruebas rápidas para la detección de tuberculosis multidrogoresistente (TBMDR):

- *Prueba MODS*: prueba que se realiza con pequeña proporción de esputo con Bk±, que se hace iniciando o en el transcurso de la medicación antituberculosa, que diagnostica de manera simultánea la resistencia rifampicina e isoniacida.

- *Prueba del Nitrato Reductasa (Griess)*: se realiza con la muestra de esputo con Bk+ (una cruz o más) entre 14 a 28 días. Indicada para detectar la resistencia a isoniacida y rifampicina en personas con TB pulmonar frotis positivo.

- *Sistema en medio líquido Mycobacterium Growth Indicator Tube*: prueba de diagnóstico de sensibilidad al tratamiento de 1° línea (isoniacida, rifampicina, estreptomycin, etambutol y pirazinamida) que se obtiene de 4 hasta 12 días desde que el cultivo es positivo. Indicada para detectar TB pulmonar y extrapulmonar en de distintas muestras tal como la orina y sangre y de TB fuerte a tratamiento de primera línea, en múltiples casos.

- *Prueba molecular de ADN*: Identifica mutación relacionada a la resistencia a isoniacida y rifampicina desde muestras de esputo con Bk+ o cultivos positivos, además de conocer el complejo M. tuberculosis. Las respuestas están listas en 72 horas.

c) Pruebas convencionales a la sensibilidad de medicamentos de 1° y 2° línea:

- *Método en agar en placa (APP)*: En pacientes con PS rápida o convencional de 1° línea que mencione resistencia a isoniacida, a

rifampicina o a ambos medicamentos (TB MDR) al inicio o en el procedimiento del tratamiento.

- *Manejo indirecto en medio Löwenstein-Jensen para tratamiento de 1° línea:* A partir de microbacterias positivas de TB extrapulmonar y en los casos de TB pulmonar frotis negativo cultivo positivo.

Para detectar la TB resistente, se evalúa por pruebas rápidas de resistencia a isoniacida y rifampicina antes del tratamiento en:

- Paciente con TB pulmonar frotis (+) nuevos y antes tratados será valorados por prueba molecular de sonda de ADN, prueba MODS o convencional.

- Paciente con TB pulmonar frotis (-) debe ser evaluada por la prueba MODS o pruebas convencionales si los cultivos salieron positivos.

- Toda persona con PS rápida resistente a isoniacida o rifampicina, debe tener una respuesta de PS a medicamentos de 1° y 2° línea.

Tipos de Riesgo en Tuberculosis MDR.

La regla reconoce que tipos de riesgo para tuberculosis resistente a medicamentos son (22):

- Derrota en el esquema con medicamentos de 1° línea
- Acercamiento de caso confirmado de TB resistente

- Recurrencia durante los 6 meses seguidos luego del alta del esquema.

Con medicamentos de 1° línea.

- Soporte Familiar Adecuado (Sumado y/o inmerso, entre los diferentes factores. Y considerado desde el enfoque Social diría.

Uno de los de mayor importancia, para el éxito del tratamiento.

- Recaída con medicamentos se 2° línea luego del alta

- Pacientes privados de libertad (PPL) y residentes en comunidades terapéuticas entre otros.

- Antecedente de tratamientos múltiples (más de dos episodios previos a TB)

- Antecedentes de irregularidad al tratamiento, ya sea en abandono por no tener la supervisión.

- Contacto con paciente que murió de TB

- Condición previa

- Trabajadores y/o estudiantes de la salud.

Comorbilidad

Las comorbilidades son una causa de la drogo resistencia; y en cada persona con alguna de las enfermedades descritas a continuación, se debe realizar el descarte de tuberculosis (23).

Tuberculosis y VIH Sida: Realizar las pruebas rápidas de resistencia y derivar las cepas de micro bacterias aisladas para el análisis de

organización. El tratamiento integral incluye procesos antirretrovirales de gran actividad (TARGA) y el proceso preventivo con cotrimoxazol (TPC).

Tuberculosis y diabetes mellitus (DM): Realizar el tamizaje de DM en ayunas con glicemia, siendo posteriormente evaluado por un médico consultor mensualmente.

Tuberculosis y enfermedad renal crónica (ERC): Debe realizarse un examen basal de Creatinina (>1,3 mg/dl debe completar estudios para descartar ERC), y ser referido al nefrólogo o medico consultor.

Tuberculosis y enfermedad hepática crónica (EHC): Se debe realizar un examen basal de perfil hepático, en casos de alteración deben completarse estudios para descartar EHC. Debe ser enviado al gastroenterólogo y debe recibir los esquemas de tratamiento dispuestos, tomando en cuenta los ajustes de dosis de acuerdo al peso sin edemas ni ascitis.

Tuberculosis y alcoholismo / farmacodependencia: Debe ser derivado a salud mental y, si fuese necesario el caso se realizará la derivación a otros establecimientos para poder solucionar la complejidad. Cabe señalar que los casos diagnosticados con comorbilidades que recibe isoniacida deben recibir suplemento de piridoxina (vitamina B6) a dosis de 50 mg/d para prevenir el desarrollo de neuropatía. (21)

Tratamiento

Las formas de tratamiento para la TB resistente son de cuatro, detallados a continuación (22):

Esquema estandarizado: riesgo para MDR, y que esperar el resultado de tratamiento.

Transitorio, para quienes tienen factores de por la severidad de su estado no se puede una PS rápida o convencional para iniciar

Primera etapa: 6-8 meses (EZLfxKmEtoCs) diariamente

Segunda etapa: 12-16 meses (EZLfxEtoCs) diariamente

Esquema empírico: Diagnóstico de TB resistente según PS rápida, según PS convencional solo al tratamiento de primera línea, y contactos domiciliarios de un caso de TB. Se deben ajustar los esquemas según resultado de PS convencional a medicamentos de 1° y 2° línea; de acuerdo al resultado de las pruebas rápidas a Isoniacida y Rifampicina se establecen los esquemas empíricos:

TB H resistente: 2(REZLfx) / 7(RELfx) de lunes a sábado por nueve meses *TB R resistente:* 6-8(HEZLfxKmEtoCs) / 12(HEZLfxEtoCs) de lunes a sábado entre 12 y 18 meses.

TB H y R resistente (TB MDR): 6-8 (EZLfxKmEtoCs)/ 12 – 16 (EZLfxEtoCs) de lunes a sábado de 18 meses a más.

Esquema acortado: Indicado en pacientes con TB-RR O TB-MDR que no han sido previamente tratados con fármacos de 2° línea y en los que la resistencia a las fluoroquinolonas y a los inyectables de segunda línea ha sido excluida o es improbable; se debe confirmar la susceptibilidad o presumir la efectividad de las quinolonas e inyectables de 2° línea. No considerar pacientes con: resistencia confirmada o sospecha de

ineficacia de las quinolonas y/o inyectables 2° línea, tratamiento previo por más de 1 mes con alguno de los fármacos de segunda línea incluidos en el régimen acortado de TB-MDR, intolerancia o riesgo incrementado de toxicidad a uno o más de los medicamentos del régimen acortado de TB MDR, embarazo, y TB extrapulmonar.

Primera fase: 4-6 meses (Km-Mfx (alta dosis)-Pto-Cfz-Z-Had-E) diario

Segunda fase: 5 meses (Mfx (alta dosis)-Cfz-Z-E) diario

Esquema individualizado: Indicados en paciente con diagnóstico de TB resistente con resultados de una PS convencional en tratamiento de primera y segunda línea.

· *Casos de TB Monoresistente o poliresistente:* En estos acontecimientos de resistencia a fármacos de primera línea, los procesos individualizados deben tomarse con continuidad de lunes a sábados.

Esquemas según el perfil de resistencia:

Resistencia H: 2RZELfx / 7RELfx por 9 meses

Resistencia H + S: 2RZELfx / 7RELfx por 9 meses

Resistencia H + E: 2RZLfxS / 7RZLfx por 9 meses

Resistencia H + E + S: 2RZLfxKm / 7RZLfx por 9 a 12 meses

Resistencia H + Z: 2RELfxS / 7RELfx por 9 a 12 meses

Resistencia H + E + Z: 3RlfxEtoS/15 RlfxEto por 18 meses

Resistencia Z: 2RHE/ 7 RH por 9 meses

Resistencia E: 2RHZI 4 RH por 6 meses

Resistencia R: 3HEZLfxKm/9HEZLfx por 12 a 12 meses

- *Casos de TB MDR:* Los esquemas individualizados para el paciente con TB MDR debe elaborarse considerando los siguientes principios:

Incluir al menos 4 medicamentos de 2° línea a los que son sensibles o nunca se administraron (1 fluoroquinolona y 1 inyectable de 2° línea).

Debe incluir Pirazinamida por su potencial beneficio clínico.

Usar Etambutol al demostrarse la sensibilidad de la cepa.

Antecedentes de la exposición a tratamiento antituberculoso: Evaluar detalladamente el tratamiento, la dosificación, la historia de cohesión, uso de técnica para toma de tratamiento presencial y directo a boca.

Los resultados de las PS a fármacos de 1° y 2° línea aprovechable. El historial de antecedentes y sus perfiles de sensibilidad a fármacos.

Los historiales de Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM), abandono o tratamiento irregular.

- *Casos de TB XDR:* Los tratamientos para Tuberculosis XDR son preparados por el Junta Nacional de Evaluación de Retratamientos- CNER y se prescriben de acuerdo al resultado de la muestra de sensibilidad para fármacos de 1° y 2° línea o rápida molecular de segunda línea en los siguientes casos: casos XDR; MDR con resistencia a fluoroquinolona (FQ), y casos MDR con resistencia a inyectable de segunda línea (ISL).

- *Fase Intensiva:* Medicamentos con la mayor actividad bactericida (Linezolid, Bedaquiline, Delamanid, Carbapenem), durante 08 a 12

meses en esquema para TB XDR con núcleo básico endovenoso y 6 meses en esquema con núcleo básico oral. El esquema incluye dos etapas: La hospitalaria (endovenoso, 02 meses) y la extra-hospitalaria (domicilio o lugar de residencia temporal acondicionado), continuando la administración endovenosa de Carbapenem.

- Fase de Continuación: Con medicamentos necesarios para lograr la esterilización. Dura entre 12 a 18 meses, hasta completar el tratamiento.

La Familia

Para Friedman, la Familia se compone por personas que se encuentran unidas por lazos matrimoniales, o de adopción. Los miembros de una familia generalmente viven juntos, interactúan y se comunican continuamente e independientemente del rol que tengan; comparten una cultura en común. Por lo cual, menciona que debe cumplirse los cuidados de la salud en la familia, viéndose reflejado en los integrantes de la familia y de la manera que llevan la atención de algún tipo de enfermedad que padezca, esto dependerá de la estructura que cuente la familia desempeñado por cada uno de los miembros.

Tipos de familia

- Familia nuclear, conformada por padres e hijos.
- Familia monoparental: los padres viven en separación o han sido separados por algún acontecimiento.

- Familia compuesta: Se refiere a la convivencia de 3 generaciones juntas.
- Familia extensa: además de tres generaciones, conviven con otros parientes.
- Familias apartadas: en estas existe un aislamiento y distancia emocional.

Existe una creciente incorporación de la familia al cuidado de sus familiares enfermos, así como el impacto de la enfermedad de un miembro en el sistema familiar hace necesario que todos se incluyan en los cuidados de salud. La enfermedad influye en todos los miembros de la familia y en sus relaciones interpersonales, pudiendo generar o agudizar tensiones y conflictos, demanda la adaptación del grupo familiar y la distribución de nuevos roles y funciones. Todo ello puede producir alteraciones en la dinámica familiar y en la salud de todos sus integrantes.

Intervención de la Trabajadora Social en el Programa de TBC

- Identificar y dar a conocer la problemática sobre la enfermedad de la tuberculosis a fin de plantear políticas sociales que permitan combatir este problema de salud pública.
- Todo individuo con diagnóstico de Tuberculosis debe ser entrevistado por La Trabajadora Social. Recibir tres evaluaciones al inicio al termino de fase, al alta del tratamiento, y otras cuando lo requiera .En los casos TBC-MDR

- Elaborar un diagnóstico situacional que nos permita identificar e interpretar los factores y actores que determinan su situación que conllevan a la enfermedad.
- Promueve y refuerza el adecuado Soporte Familiar al paciente. Considerándolo a este factor, desde el punto de vista Social como fundamental en el apoyo de la recuperación de la enfermedad.
- Determinar la intervención de la profesional Asistente social; en la estrategia de control de tuberculosis. Identificando, las circunstancias y comportamientos que pongan en riesgo ala no culminación del tratamiento.
- Elaborar un Estudio social del caso. Que contenga las condiciones, en que vive la persona como; antecedentes, composición situación familiar actual,
- En lo educativo, situación económica de la familia, del lugar donde vive, situación e infraestructura, diagnósticos sociales. Solicitud profesional, Fecha y firma del profesional Trabajador Social.
- Educar y empoderar al paciente, familia y comunidad para la prevención y mejorar de los estilos de vida saludable.
- Dentro de las funciones de la trabajadora se considera velar por el bienestar del paciente y la familia motivo por el cual. También investiga si alguien más de la familia se contagió, para evitar la cadena de contaminación.

- Investigar las condiciones socio-ambiental, comunitaria del paciente-Atreves de la Visita Domiciliaria complementar el diagnóstico y monitorear, el tratamiento del paciente.
- Movilizar redes de soporte local, para la ayuda social del paciente y familia en riesgo Insertándolo en los Programas Sociales. Según su prioridad.
- Evaluar si reúne las condiciones para gestionar los programas sociales en apoyo económico y social al paciente que padece TBC. Y TBC-MDR.
- Conocer su grupo familiar y condiciones laborales.
- Educar y sensibilizar al paciente, sobre los procesos de la enfermedad.: transmisión, evolución y tratamiento. Así como también a reconocer al sintomático respiratorio .para contribuir a la prevención.
- Concientizar y educar, sobre los determinantes sociales de la salud. Los aspectos sociales de la enfermedad y que no se debe discriminar a una persona por contraer la enfermedad.
- .Promover el compromiso del paciente para culminar el tratamiento y de parte de la familia la quimioprofilaxis si hubiera quien lo requiera.
- Realiza actividades de Abogacía y movilización de Redes de soporte social con organismos gubernamentales y privados, para solicitar Apoyo social institucional según el caso lo amerite.

- Trabaja educando en la prevención a paciente, familia y comunidad. A través de los instrumentos propios de la Trabajadora Social. Promoviendo así La Educación social y La Participación Comunitaria para la mayor Inclusión Social de los grupos más vulnerables.

Rol del Trabajo Social dentro del programa de Tuberculosis.

Dado que el Trabajador Social, considera como uno de sus principales objetivos el ser Agente de Cambio para buscar el Bienestar de la persona, Familia y Comunidad. Cumple diferentes Roles .Y es así que dentro del equipo multidisciplinario, de un establecimiento de salud, es el que aporta a que este conozca la real situación socioeconómica del paciente, promueve la comunicación y organización dentro del equipo multidisciplinario. Y al paciente lo Educa sensibiliza, acompaña, asesora y empodera de su situación para que este contribuya con el tratamiento y busque el cambio para su bienestar. En un establecimiento de Salud, también es el nexo entre la Institución y la Comunidad y viceversa. Nos hace reflexionar sobre los Determinantes sociales de la salud y educa en estilos de vida saludable, siempre promueve la participación comunitaria. Ante las instituciones multisectoriales, realiza abogacía y movimiento de redes de soporte sociales. Y utilizando los diferentes instrumentos de Trabajo Social. Acerca los diferentes programas Sociales para beneficio y bienestar de las personas, pacientes familia y comunidad. Es por este

objetivo de búsqueda del bienestar .Que realiza investigaciones, que le permiten planificar y ejecutar proyectos y programas en favor de esa población más vulnerable. Cumpliendo con su función.

3. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORA EN RELACION A LA SITUACION PROBLEMÁTICA

3.1 PLAN DE MEJORA

I. ANALISIS DE LAS CAUSAS QUE PROVOCAN EL PROBLEMA

El presente Plan de Mejora, surge ante la problemática, observada que se presentó en el C.S.M.I. TAHUANTINSUYO BAJO, durante el año 2019 específicamente, en la estrategia de tuberculosis, y en especial en el caso concreto de los pacientes con diagnóstico de Tuberculosis MDR, como sabemos la tuberculosis, como enfermedad discriminativa, requiere de una atención integral con calidad y calidez de parte del personal y de un adecuado soporte Familiar para el éxito del tratamiento; ante un uso irregular de los antibióticos en el tratamiento a pacientes afectados de tuberculosis fármaco sensible, surge la resistencia a los medicamentos antituberculosos, que constituye un problema de salud pública de primera magnitud

Es por ello que observando, el Trabajador Social, que esta situación no ayudaba a los objetivos de la estrategia y cumpliendo su rol educativo e integrador dentro del equipo; propone este **“Plan de Mejora Para la**

Atención del Paciente con TBC- MDR”, así también basándose según estudios teóricos de, **MARY RICHMOND**: una de las grandes teóricas, representante de Trabajo Social y en sus trabajos de investigación, ella sostenía, que aplicando los diferentes instrumentos, técnicas y estrategias de Trabajo Social, y en ciertas circunstancias aplicando la metodología de caso, que consiste en la escucha activa, la empatía, el acompañamiento social, que el paciente se sienta soportado y comprendido; no solo por la familia sino también por la institución, por su equipo y en particular por su Trabajadora Social, también nos decía según esta Teoría, se debía trabajar mucho con el temperamento, confianza y seguridad. Que este aprenda a valorarse y aceptar se a sí mismo, a tomar decisiones, positivas como por ejemplo que es lo más conveniente para él, para su salud, que es él quien decide colaborar con el tratamiento y superar las adversidades y sacar a relucir esa cuota de silencio, que toda persona guarda .Y que se empodere de su situación de salud y que a partir del cambio, busque su bienestar para el familia y comunidad

1. Identificar el área y procesos a ser mejorados

LISTADO DE PROBLEMAS

- 1) Escaso conocimiento sobre la enfermedad de paciente y familia TB MDR
- 2) De qué tipo de familia proviene
- 3) Qué nivel de educación tiene
- 4) Como es su situación vivienda
- 5) Poco Soporte Familiar

- 6) Qué nivel de educación tiene
- 7) Situación Socio Económica baja de los pacientes TBC MDR
- 8) Tiene acceso al SIS o programas sociales
- 9) Comorbilidad y otras adicciones de los pacientes TBC MDR
- 10) Deficiente calidad del servicio del programa TBC

PRIORIZACION DE LOS PROBLEMAS.

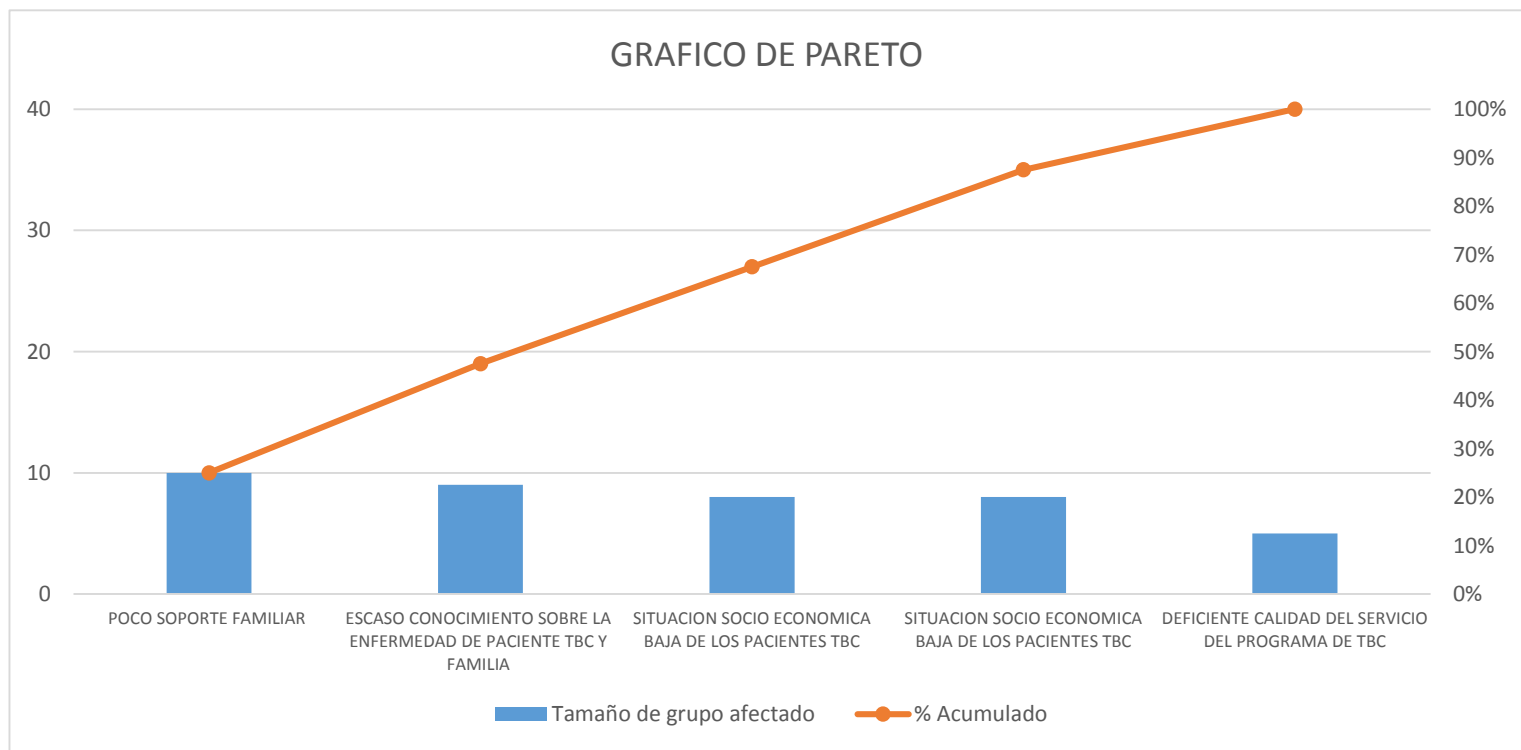
1. Poco Soporte Familiar
2. Escaso conocimiento sobre la enfermedad de paciente y familia TB
MDR
3. Situación Socio Económica baja de los pacientes TBC MDR
4. Comorbilidad y otras adicciones de los pacientes TBC MDR
5. Deficiente calidad del servicio del programa TBC

A) MATRIZ DE PRIORIZACION

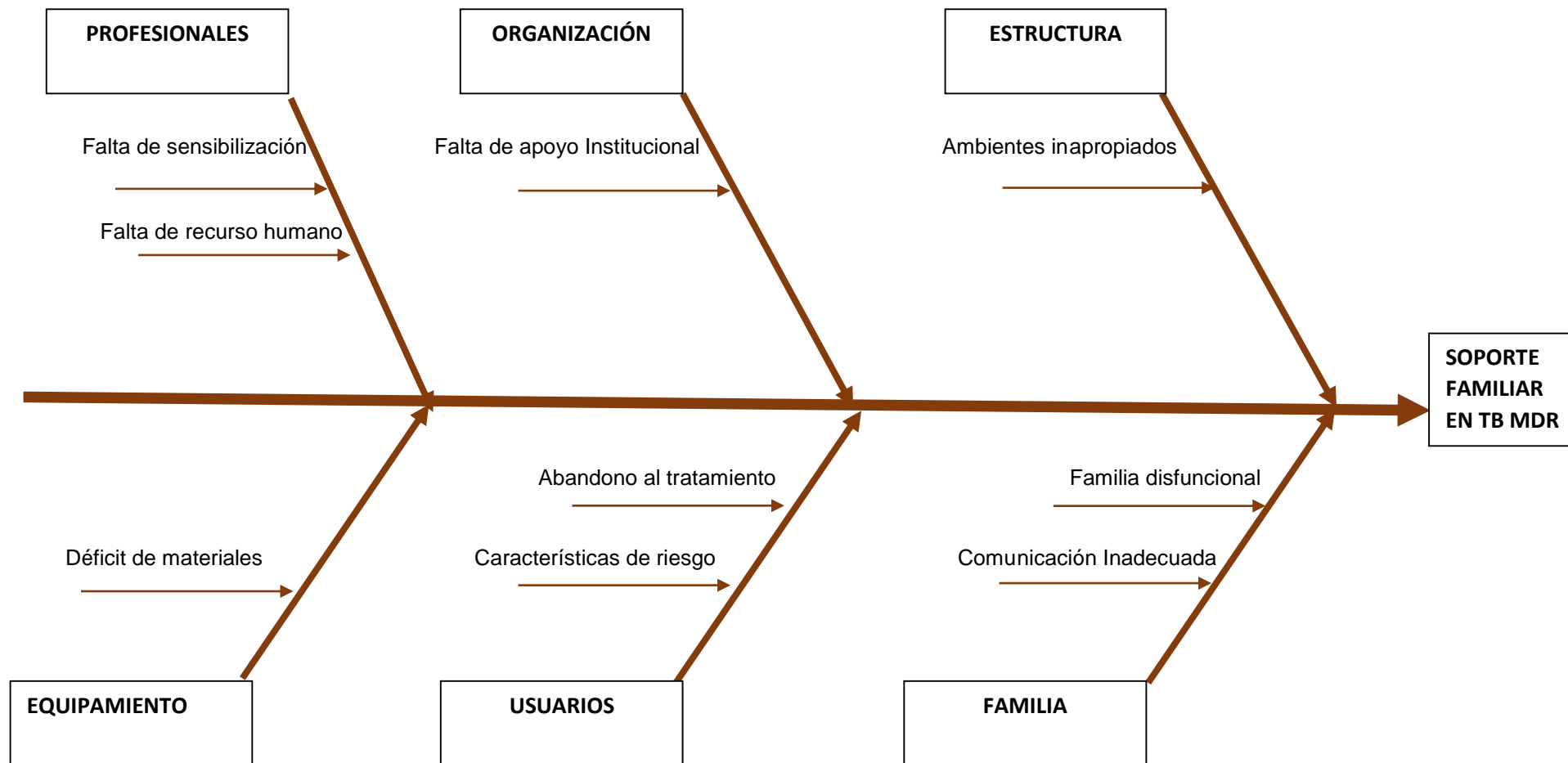
PROBLEMAS	CRITERIOS DE PRIORIZACION						
	Tamaño de grupo afectado	Trascendencia del problema	Posibilidad de resolver el problema	Frecuencia del problema	Interés y compromiso del equipo en resolver el problema	Total	ORDEN
POCO SOPORTE FAMILIAR	3	3	2	2	2	12	1
ESCASO CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD DE PACIENTE TBC Y FAMILIA	2	3	2	2	2	11	2
SITUACION SOCIO ECONOMICA BAJA DE LOS PACIENTES TBC	3	2	1	2	1	9	3
COMORBILIDAD Y OTRAS ADICCIONES DE LOS PACIENTES TBC MDR	2	2	1	1	2	8	4
DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO DEL PROGRAMA DE TBC	1	2	1	1	2	7	5

LEYENDA
 ALTO: 3
 MEDIO: 2
 BAJO: 1

	Tamaño de grupo afectado	Trascendencia del problema	Total	% Acumulado
POCO SOPORTE FAMILIAR	10	25%	10	25%
ESCASO CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD DE PACIENTE TBC Y FAMILIA	9	23%	19	48%
SITUACION SOCIO ECONOMICA BAJA DE LOS PACIENTES TBC	8	20%	27	68%
SITUACION SOCIO ECONOMICA BAJA DE LOS PACIENTES TBC	8	20%	35	88%
DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO DEL PROGRAMA DE TBC	5	13%	40	100%
TOTAL	40	100%		



B) DESCRIPCIÓN CAUSAS EFECTOS - DIAGRAMA ICHICAWA



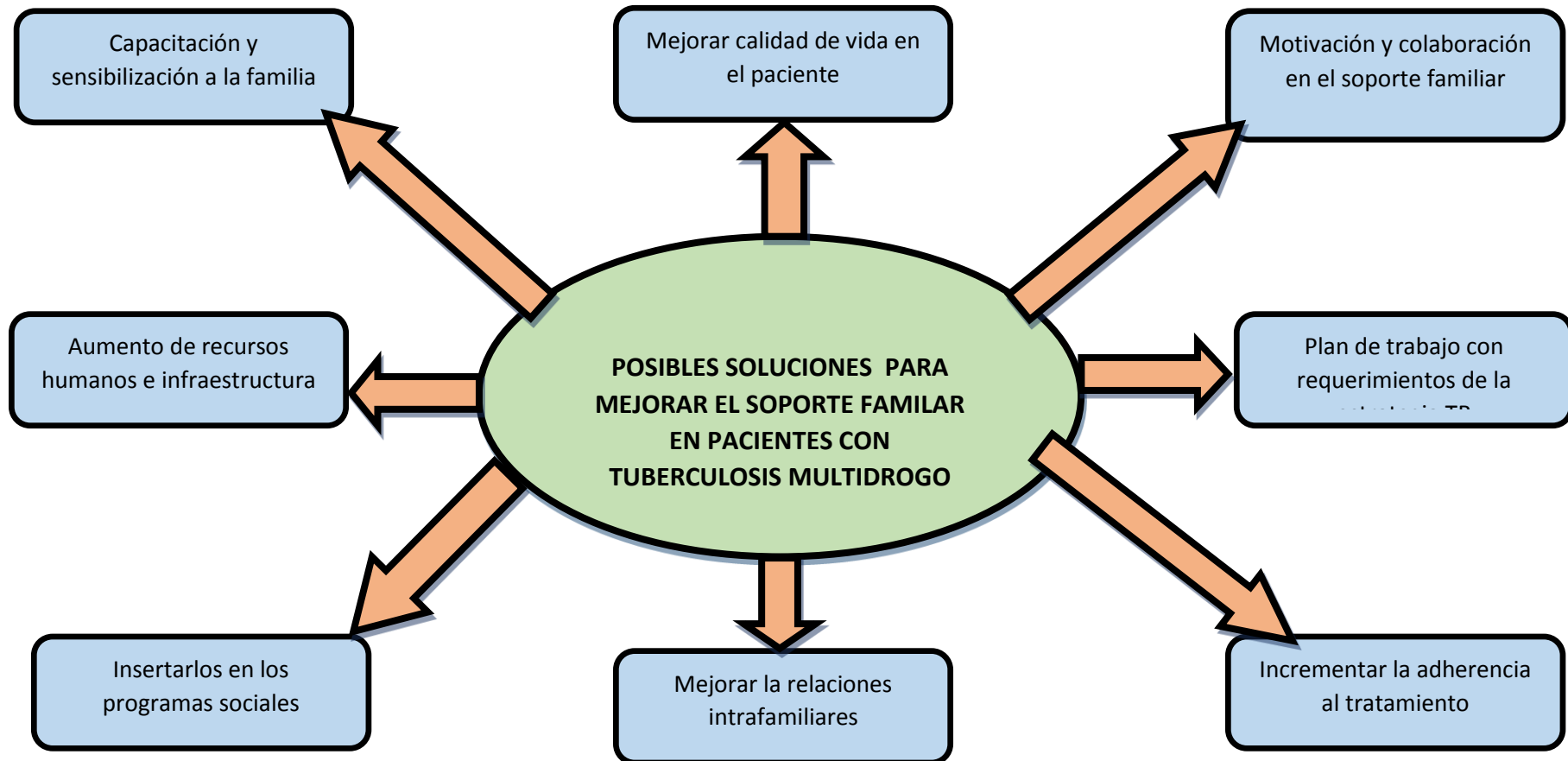
MATRIZ DE PRIORIZACION - CAUSAS - CONSECUENCIAS		
PROBLEMA PRIORIZADO	CAUSAS	CONSECUENCIAS
1 POCO SOPORTE FAMILIAR	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de familia del cual procede • Circulo de funcionalidad familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • Resistencia bacteriana a los fármacos • Deterioro de su salud • Abandono del Tratamiento
2 ESCASO CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD DE PACIENTE TBC Y FAMILIA	<ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento sobre la TBC-MDR • Resta importancia a la enfermedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Incumplimiento de las indicaciones terapéuticas • Comportamiento errado
3 SITUACION SOCIO ECONOMICA BAJA DE LOS PACIENTES TBC	<ul style="list-style-type: none"> • Estrato socio económico bajo, independiente • Bajo nivel de instrucción o analfabeto 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor riesgo de abandono • No colabora con el tratamiento
4 COMORBILIDAD Y OTRAS ADICCIONES DE LOS PACIENTES TBC MDR	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes familiares • Adiciones, otros diagnósticos: VIH, Diabetes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Abandono por exceso de medicación • Conductas riesgo social • Aumenta riesgo de contaminación
5 DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO DEL PROGRAMA DE TBC	<ul style="list-style-type: none"> • Organización de los servicios de salud • Infraestructura inadecuada 	<ul style="list-style-type: none"> • Perciben trato inadecuado • Ambientes sin Privacidad • Rotación de personal

II. PROPUESTA Y PLANIFICACIÓN DEL PLAN

a). Definición de Objetivos y resultados del análisis

- Sensibilizar a la familia, sobre la importancia del adecuado soporte familiar; e Incrementar el soporte familiar para el paciente TB MDR
- Educar al paciente y familia sobre el conocimiento de la TB MDR, y lograr la mejora sobre el conocimiento sobre la enfermedad
- Conocer la situación socio económica del paciente identificando, para lograr alternativa de ayuda social, e Insertarlos en la inclusión social
- Identificar las causas que provocan la comorbilidad y promover la adherencia al tratamiento y el resultado
- Identificar la problemática de la calidad del servicio en el programa TBC, para el mejor desarrollo de la estrategia TB MDR

b) Análisis de las posibles soluciones: LLUVIA DE IDEAS



PLANIFICACION ESTRATEGICA Y OPERATIVA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	METAS	ACTIVIDADES	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	RESPONSABLE	RECURSO
Poco Soporte familiar del paciente con TB MDR	Sensibilizar a la familia, sobre la importancia del adecuado soporte familiar	Incrementar el soporte familiar para el paciente TB MDR	Capacitar y asesorar al paciente y familia sobre la importancia del soporte familiar	03-01-2019	03-03-2019	Lic. Trabajadora Social	Material audiovisual, folletos, trípticos
Escaso conocimiento sobre la enfermedad de paciente TB MDR y familia	Capacitar al paciente y familia sobre el conocimiento de la TB MDR	Lograr la mejora sobre el conocimiento sobre la enfermedad TB MDR	Capacitar y asesorar al paciente y familia sobre conocimiento TB MDR	02-04-2019	04-05-2019	Jefe de Neumología Lic. Trabajadora Social	Oficios, Memorándum, cartas, convenios con laboratorios, etc.
Situación socio económica baja de los pacientes TBC MDR	Conocer la situación socio económica del paciente identificando, los determinantes sociales que	Insertarlos en la inclusión social, a paciente y familia según problemática priorizada	Aplicar instrumentos de trabajo social, para conocer su diagnóstico social	08-05-2019	08-08-2019	Lic. Trabajadora Social	Material: audiovisual, folletos, trípticos, ficha social, informe social

	afectan en relación a su enfermedad						
Comorbilidad y otras adicciones de los pacientes TBC MDR	Identificar las causas que provocan la comorbilidad y promover la adherencia al tratamiento	Disminución de la prevalencia de comorbilidad, para la adherencia al tratamiento	Aplicar instrumentos de trabajo social, para conocer sus antecedentes y problemática socio familiar.	09-08-2019	12-12-2019	Lic. Trabajadora Social	Material: audiovisual, folletos, trípticos, ficha social, informe social.
Deficiente Calidad del servicio del programa TBC	Identificar la problemática de la calidad del servicios del programa TBC MDR	Incrementar recursos humanos y materiales, para el mejor desarrollo de la estrategia TB MDR	Gestiones antes las instancias superiores, solicitando apoyo por la problemática presentada	02-02-2019	31-03-2019	Lic. Trabajadora Social Coordinador de la estrategia	Oficios, Memorándum, cartas,

CRONOGRAMA: DIAGRAMA DE GANTT

Tiempo de Ejecución	MESES – AÑO 2019													
	Ene-Mar		Abr-May		Jun-Jul		Ago-Sep		Octubre		Noviembre		Diciembre	
	del 03	al 30	del 02	al 04		al 30	del 15	al 15	del 01	al 15	del 02	al 15	del 01	al 15
Brindar conserjería al paciente y familia sobre la importancia del soporte familiar														
Brindar educación sanitaria al paciente y familia sobre conocimiento TB MDR														
Aplicar instrumentos de trabajo social, para conocer el diagnostico social y en especial situación socioeconómica														
Aplicar instrumentos de trabajo social, para conocer sus antecedentes de problemática de salud (comorbilidad)														
Gestiones ante las instancias superiores, la dotación de RR.HH. con mayor permanencia para mejorar la calidad del servicio TBC MDR														

III. IMPLEMENTACION Y SEGUIMIENTO

Para la implementación y desarrollo del siguiente plan de mejora se ejecutaron las siguientes acciones como:

En primer lugar, presentar la propuesta y coordinar con el responsable del Programa de control de Tuberculosis, del establecimiento C.S.M.I. Tahuantinsuyo Bajo. Previa aprobación.

Elaboración y presentación de Plan de Trabajo, a la instancia inmediata superior, jefatura del establecimiento. Y seguidamente esta lo eleva a la Dirís Lima Norte.

Los Talleres de Capacitación se plantearon de acuerdo a la problemática presentada: Como es un Inadecuado Soporte Familiar en el paciente de TBC-MDR Para esto se consideró capacitar a través de talleres a.

- Integrantes de Equipo Multidisciplinario, de Programa de TBC.
- Pacientes de con Tuberculosis MDR.
- Familias de Pacientes con Tuberculosis MDR.
- Y Finalmente un taller dirigido a los tres grupos.

Para todo esto se llevará un adecuado control y seguimiento, aplicando los Instrumentos propios de la Trabajadora Social.

Mejorar las relaciones en soporte familiar

- Entrevista al paciente en la 1ra semana de ingreso
- Identificar las conductas de riesgo

- Brindar atención integral
- Firma de acta de compromiso a participar en el proyecto.

Mejorar el conocimiento sobre la enfermedad en paciente MDR. Y familia.

- Realizar Talleres y sesiones educativas
- Reuniones familiares, dinámicas de motivación y empatía en casa por familia.
- Consejería y atención diferenciada, al miembro de la familia que presente mayor conflicto.

Problemática socio económico

- Identificar los factores de riesgo social asociados al tratamiento y brindarles alternativas de solución
- Insertarlos en los programas sociales que requieran, según riesgo social
- Realizar visitas domiciliarias integrales para complementar su diagnóstico Y educar sobre Soporte Familiar y TBC-MDR

Comorbilidad, y situación problemática biopsicosocial

- Otros diagnósticos como VIH, Diabetes, se educa y orienta sobre el alto riesgo social y de salud, motivándolo y apoyando a que cumpla y sea responsable sobre ambos tratamientos.

- Si presenta adicciones como: Alcohol, drogas, se les sensibiliza y se coordinara con psiquiatría y casas de rehabilitación, Se brinda consejería social y acompañamiento.
- Apoyo con promotoras de salud, llevándoles la medicación a su domicilio y supervisando la toma de tratamiento.

Calidad de los servicios de salud

- Capacitar al personal integrante del equipo multidisciplinario. En Buen Trato, atención integral con calidad y calidez.
- Insuficiente recurso humanos profesional, Trabajadora Social
- Rotación de personal, de equipo, sin beneficios laborales; con recarga laboral y horarios limitados. Infraestructura Inadecuada etc.

IV. EVALUACIÓN

El proyecto sobre “El Plan de Mejora del Soporte Familiar”; a cargo de la oficina de Servicio Social, se realizó en coordinación con el Equipo multidisciplinario (nutrición, enfermería, psicología y otras especialidades). A quien se logró capacitar y sensibilizar, para el logro de los objetivos. Las cuales intervienen para la atención del paciente con tuberculosis MDR y también se realizó la consejería a la familia quienes nos ayudan a que el paciente asista a tomar su tratamiento.

Las intervenciones fueron realizadas en el 100%, se pudo lograr la educación al paciente y familia, diagnosticados con tuberculosis MDR.

Se logró, crearles el interés de continuar, capacitándose en acciones adecuadas para un tratamiento exitoso. Así también en estilos de vida saludable. Pero principalmente Soporte Familiar; ya que entendieron la importancia del mismo.

También con el apoyo del equipo multidisciplinario. Se logró un adecuado control de contactos y cada paciente. Implementando el nuevo estilo con Buen Trato, calidad y calidez. Así pues, se continúa con los pacientes hasta la fecha. Y por lo menos un familiar del paciente cumple un rol activo en el seguimiento de su tratamiento.

También, se presentaron algunos contratiempos, como los materiales, de escritorio para las capacitaciones. Pero gracias a las gestiones como Trabajo Social, se pudo solucionar y concretar. Lo planificado.

4. CONCLUSIONES

- a) Sensibilizar a la familia, sobre la importancia del adecuado soporte familiar, y logró un mejor Soporte Familiar del paciente MDR
- b) Capacitar al paciente y familia sobre el conocimiento de la TB MDR, se logró brindar educación sanitaria permanente al paciente y familia con la finalidad que el paciente tenga mejor adherencia al tratamiento de TBC
- c) Conocer la situación socio económica del paciente identificando, los determinantes sociales que afectan en relación a su enfermedad,
- d) Identificar las causas que provocan la comorbilidad y promover la adherencia al tratamiento
- e) Identificar la problemática de la calidad del servicio del programa TBC, Gracias a las gestiones realizada, y al proyecto que firmo el Minsa a través de Diris Lima Norte, con OPS., se contrató más recurso humano para la estrategia y entre ellos una Licenciada Trabajadora Social

5. RECOMENDACIONES

- a) El Trabajador Social, que continúe cumpliendo un rol importante dentro del programa TBC, porque educa al paciente y familia sobre un mejor soporte familiar
- b) Al paciente y familia continuar capacitándose sobre la enfermedad, para tomar una mejor decisión sobre su salud
- c) Se recomienda Insertarlos a los programas sociales, a paciente y familia para que mejore su situación económica
- d) Continuar trabajando con paciente y familia, para disminuir los factores causantes de comorbilidad.
- e) Incrementar personal especializado e implementar equipos e instrumentos necesarios .Así como infraestructura, para el adecuado desarrollo de la estrategia de Tuberculosis.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ríos, J. (2018). Situación de Tuberculosis en el Perú y la respuesta del Estado (Plan de Intervención, Plan de Acción). [Diapositivas de PowerPoint]. Recuperado 8 enero, 2020, de: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180605122521.pdf>
2. MINSA. Plan de Intervención de Prevención y Control de Tuberculosis en Lima Metropolitana y Regiones priorizadas de Callao, Ica, La Libertad y Loreto, 2018-2020. Resolución Ministerial N°247- 2018/MINSA. 2018. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180604164135.PDF>
3. Figueroa, S., Calderon C. y Marisaca J. (2019). Multidrogorresistencia de la tuberculosis en un paciente y proceso de atención de enfermería. (tesis). Universidad tecnológica de Machala, Machala – Ecuador. Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu/handle/48000/13442>
4. Carvajal, R., Tovar, L., Aristizábal, J. y Varela, M. (2017). Barreras asociadas a la adherencia al tratamiento de tuberculosis en Cali y Buenaventura, Colombia, 2012. Rev Gerenc Polít Salud. 16 (32): 68-84. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-32.baad>
5. Espinoza, L. (2018). Clima social familiar y autoestima de los pacientes con tuberculosis pulmonar que asisten al Centro de

- salud Caquetá Rímac, 2017 (tesis de pregrado). Universidad Privada Norbert Wiener, Lima, Perú. Disponible en: <https://docplayer.es/174147006-Clima-social-familiar-y-autoestima-de-los-pacientes-con-tuberculosis-pulmonar-que-asisten-al-centro-de-salud-caqueta-rimac-2017.html>
6. Aulla, N. (2017) Actitud de la Familia de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Jicamarca 2017". (tesis de postgrado) Universidad Cesar Vallejos, Lima, Perú. Disponible en: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/6990/Aulla_GN.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 7. Espinoza, M. (2017). Estado de ansiedad y apoyo familiar en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Parcona Ica, octubre - 2016. (tesis de pregrado). Universidad Privada San Juan Bautista, Ica, Perú. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1404/T-TPLE-Marilia%20Karen%20Espinoza%20Zea.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 8. Cegielski, P. y Jaramillo, E. (2018) Tuberculosis multidrogo resistente en la era final de la tuberculosis. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 35(1):110-7. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342018000100017

9. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/PAHO-definiciones-marco-TB-2013-Spa-1.pdf>
10. MINSA. Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis. RM No.715-2013/MINSA. NTS No.104-MINSA/DGSP-V.01. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis -- Lima: Ministerio de Salud; 2013. Pg. 68-71. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180308083418.pdf>
11. MINSA. Modificatoria de la Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis. RM N° 752-2018/MINSA. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180926111143.pdf>
12. Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis: Farmacoresistencia a los antituberculosos. Disponible en: <https://www.who.int/tb/areas-of-work/drug-resistant-tb/es/>
13. García, P., García, R., Esnaola, M., Curieses, I., Álvarez, D., y Millán, R. (2015). El trabajo social en Mary Richmond. Fundamentación de su teoría. Trabajo Social Hoy, 74, 17-34. doi 10.12960/TSH.2015.0002.

14. Anduaga, A., Maticorena, J., Beas, R., Chanamé, D., Veramendi, M., Wiegering, A., Zevallos, E., Cabrera, R. y Suárez, L. (2016). Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un establecimiento de salud de atención primaria, Lima, Perú. *Acta Med Perú.* 33(1):21-8. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v33n1/a05v33n1.pdf>
15. Cornejo, L. (2017). Nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar en pacientes que acuden a consulta en el centro de salud las palmas - Tingo María 2017. [tesis de licenciatura]. Universidad de Huánuco, Tingo María, Perú Disponible en: <http://repositorio.udh.edu.pe/123456789/623>
16. Kozińska M, Napiórkowska A, Brzezińska S, Zabost A, Borkowska D, et al. (2017) Transmission of Drug-Resistant Tuberculosis between Household Contacts. *JSM Bioequiv Bioavailab* 1(1): 1004. Available from: <https://www.jscimedcentral.com/Bioavailability/bioavailability-1-1004.pdf>
17. Workicho, A., Kassahun, W y Alemseged, F. (2017) Factores de riesgo de tuberculosis multidrogo resistente en pacientes con tuberculosis: un estudio caso control. *Infecciones y resistencia a los medicamentos.* 10, 91–96. DOI: <https://doi.org/10.2147/IDR.S126274>

18. Arce, F. (2017). Calidad de vida y funcionalidad familiar en pacientes con tuberculosis en las unidades de salud de los cantones Machala, Pasaje y Guabo. El Oro 2016. (Tesis para obtener segunda especialidad). Universidad Nacional de Loja, Loja, Ecuador. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/18250>
19. Rosado, U., Cedillo, R., Cabrera, D. y Vargas, A. (2014) Influence of Family System Characteristics on Adherence to Directly Observed Treatment, Short-Course (Dots) in Pulmonary Tuberculosis-A Cohort Study. *J Mycobac Dis* 4: 166. doi:10.4172/2161-1068.1000166
20. Quevedo, L., Sánchez, R., Villalba, F. y Velásquez, D. (2015). Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en centros de salud. *Rev. enferm Herediana*. 8(1):11-16. Disponible en: [file:///C:/Users/51976/Downloads/2536-Texto%20del%20art%C3%ADculo-5733-1-10-20150930%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/51976/Downloads/2536-Texto%20del%20art%C3%ADculo-5733-1-10-20150930%20(1).pdf)
21. Suarez, C. (2015). Adherencia al Tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis en un Centro de Salud. 2014. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Disponible en: <https://core.ac.uk/reader/299321290>.

22. Martínez, Y., Guzmán, F., Flores, J. y Vásquez V. (2014). Factores familiares que favorecen el apego al tratamiento en casos de tuberculosis pulmonar. *Aten Fam.* 21(2):47-49. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2014/af142e.pdf>
23. Guzmán, X. y Mejía, G. (2014). Percepciones y prácticas de los casos con tuberculosis y adhesión al tratamiento Microred de Salud Maritza Campos Díaz Zamácola Arequipa 2014. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, Perú. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/3203/ENguxpixv.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ANEXOS

FICHA DE CATEGORIZACION SOCIO ECONOMICA

Nombres y Apellidos del paciente	DNI	EDAD	HC
DIRECCION			
			Urbano () Urbano marginal () Urbano ()
Distrito	Provincia	Dpto.	

CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA

Nº de pers. / Dormitorio	Material de paredes	Material del Techo	Material del Piso	Tenencia
4 personas () 3 p 3 personas () 2 2 personas () 1 p	Mat..Rust. () 3 p Adobe () 2 p Ladrillo S/T () 1 p	Rustico () 3 p Calamina/mad. () 2 p Cemento () 1 p	Tierra () 3 p Cemento () 2 p Loseta /parquet () 1 p	Alojado. () 3p Alquilada () 2 propio () 1 Propia () 1 p

NIVEL EDUCATIVO

Niños en edad escolar que no asisten a la escuela		Personas iletradas en la familia	
Ninguna () 3 P Primaria () 2 p Secundaria () 1 p	Ninguno asiste () 3 p 2 No asisten () 2p 1 No asiste () 1p	3 () 3 p 2 () 2 p 1 () 1 p	

SITUACION ECONOMICA

Ocupación	Equipamiento del hogar	Ingresos familiares
4 personas () 3 p 3 personas () 2 2 personas () 1 p	No cuenta con artefactos () 3 p Solo tiene TV, DVD () 2 p Teléfono () 1 p	Menos de SMV () 3 p 750 – 1 500 () 2 p 1500- 2000 () 1 p

SITUACION DE SALUD

Tipo de Seguro	Del Solicitante	Familiar	Zona de riesgo
Ninguno () 3 p SIS () 2 p ESSALUD () 1 p	Enf. No trans. () 3 Discapacidad () 2 p Enf. Transm () 1 p	Enf. No Trans. () 3 Discapacidad () 2 Enf. Trans. () 1	Alto riesgo () 3 Mediano riesgo () 2 Bajo Riesgo () 1

TABLA DE CALIFICACION

0 - 15 punto	A	No pobre		No procede exoneración
16- 30 punto	B	Pobre		50 % exoneración
31 – 45 punt	C	Pobreza Extrema		100 % exoneración

VISITA DOMICILIARIA DE TRABAJO SOCIAL

1. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Nombre del paciente:

Edad:_____ HC _____ Dirección: _____

Teléfono ----
-----DNI : _____

2. OBJETIVO DE LA VISITA

3. SITUACION ENCONTRADA

4. ASPECTOS POSITIVOS IDENTIFICADOS:

5. ACCION(ES) REALIZADA(S) DURANTE LA VISITA

6. ACUERDOS TOMADOS CON LA FAMILIA O ENTREVISTADO

Fecha : _____

Firma del Declarante

T.S

HOJA DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO SOCIAL

Fecha:

____/____/____
—

Nombres y Apellidos: _____ **HC**
N° _____

Edad: _____

Dirección: _____

Referencia: _____

DNI N° _____

Teléfono: _____

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

EVALUACIÓN DE ATENCIÓN DE RIESGO SOCIAL DEL ADULTO

Fecha : / /

Declarante

I. IDENTIFICACION DEL PACIENTE		
Nombres y Apellidos: :		DNI
Sexo M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Edad <input type="text"/> F. Nac
Lugar de Nacimiento		Tipo de Seguro
Dirección Actual		HCLNº
GRADO DE INSTRUCCIÓN:		Ocupacion Estado Civil
TELEFONO		

1. RIESGO EN LA SITUACIÓN FAMILIAR	SI	NO
Alojado en vivienda familiar		
Vive solo		
Jefe de Familia con carga familiar (mas de 05 miembros)		
2. RIESGO EN LAS RELACIONES FAMILIARES		
Relaciones familiares inestables y conflictivas		
No sale del domicilio y no recibe visitas		
3. RIESGO EN LA SITUACION DE LA VIVIENDA		
Sin vivienda en condición de alojado		
Hacinamiento / Sin servicios basicos		
4. RIESGO EN LA SITUACION LABORAL		
Empleo Eventual		
Sin empleo / sin ingreso		
5. SITUACION DE RIESGO EN SALUD		
Con enfermedad transmisible (ITS/VIH/SIDA)		
Con enfermedad no transmisible		
Con Enfermedad Tuberculosis		
Con enfermedad neoplasia		
Con problemas de salud mental		
Con discapacidad		
6. ESTILOS DE VIDA DE RIESGO		
Consumo frecuente de alcohol/tabaco / drogas		
Ludopata		
Parejas Múltiples		

TABLA DE CALIFICACIÓN	
0 - 3 puntos	BR
4 - 9 puntos	MR
10 a mas	AR

Observación: _____

Firma y sello del
profesional

FICHA SOCIAL N° _____

Fecha : _____

Declarante _____

N° de Teléfono _____

I. IDENTIFICACION DEL PACIENTE			
Nombres y Apellidos:		F. Nacimiento:	DNI:
Procedencia: Distrito	Provincia	Dpto	HC
Dirección Actual			
TELF			

II. COMPOSICION FAMILIAR

N°	Nombres y Apellidos	Edad Sexo		G° Inst.	E. Civil	DNI	Parentesco	Ocupación	Tipo de Seguro	Observaciones
		M	F							

GENOGRAMA :

DINAMICA

FAMILIAR: _____

REDES DE SOPORTE

_____.

III. SITUACION ECONOMICA

3.1. Actividad Principal: a) Dependiente () b) Independiente () Jubilado ()
Eventual () Sin empleo ()

3.2. Ingresos personales: _____ **Ing. Familiares** _____
Ingreso Total _____

3.3. Egresos: Vivienda _____ **Alimento** _____ **Educación** _____
Servicios _____ **Otros** _____

3.4. Equipamiento del hogar: Lavadora () Computadora () H. Micro
hondas () Cable () Internet ()

Observación _____

IV. SITUACION DE VIVIENDA

Tenencia de la vivienda: Propia () Alquilada () Alojado ()
Guardianía () Sin vivienda ()

Nº de personas por dormitorio: más de 3 () 2 () 1 ()

Material predominante en las paredes: Ladrillo () Adobe () Madera ()
Otros ()

Material del Techo: Concreto armado () Madera () Calamina () Mixto ()
Lata-Plástico () Otro ()

Material del Piso: Parquet/Vinílico () Cemento pulido () Falso
piso () Tierra () Otro

Abastecimiento de Agua: Red pública () Red pública Fuera de Vivienda () Compra
por cisterna () Pilón () Pozo() Otros

Alumbrado eléctrico: Si tiene () No tiene ()

Servicios Higiénicos: Dentro de la vivienda () Fuera de la vivienda ()
silo () campo abierto ()

Observación _____

V. SITUACION DE SALUD:

Antecedentes

Diagnóstico médico:

VI. DIAGNOSTICO SOCIAL:

CIE 10:

VII. PLAN DE TRATAMIENTO SOCIAL

T.S _____

C.M.I. TAHUANTINSUYO BAJO



EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO TBC



VISITA DOMICILIARIA A PACIENTE TBC MDR



ENTREVISTA PACIENTE TBC MDR



CAPACITACION A FAMILIAS DE PACIENTE TBC MDR



PROMOTORAS DE SALUD QUE APOYAN PROGRAMA TBC MDR



CAPACITAN A TRABAJADORES DE PROGRAMA TBC MDR



REUNION MULTISECTORIAL POR PROGRAMA TBC MDR



CAPACITACION A PACIENTES DE TBC MDR

