

**LA TUBERCULOSIS Y SU TRATAMIENTO EFECTIVO UN PROBLEMA
COMPLEJO**

**GINNA PAOLA CASAS PRIETO
ANA CATALINA MARENTES BARRANTES
FLOR YAMILE RICO FONSECA**

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
BOGOTA D.C
2016**

**LA TUBERCULOSIS Y SU TRATAMIENTO EFECTIVO UN PROBLEMA
COMPLEJO**

**GINNA PAOLA CASAS PRIETO
ANA CATALINA MARENTES BARRANTES
FLOR YAMILE RICO FONSECA**

JORGE SANDOVAL PARIS

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
BOGOTA D.C
2016**

(1)

Ana Catalina Marentes
Gynna Paola Casas
Flor Yamile Rico Fonseca
Maestría en Salud pública
Universidad El Bosque

La Tuberculosis y su tratamiento efectivo un problema complejo

1. Enfermedad prevenible una cadena perpetua del tercer mundo

“La enfermedad más grave es la indiferencia ante cualquier cosa”

Anónimo

La tuberculosis (TB) es una patología de origen bacteriano, la cual se presenta principalmente en países de bajos y de medianos ingresos (Maartens G, Wilkinson RJ. Tuberculosis. The Lancet. 2007; 370: 2030-43). Aun cuando es una enfermedad que se puede controlar y que su mortalidad es evitable, la (TB) ha sido una de las causas principales de muerte en todo el mundo según reporte de la OMS (Informe Tuberculosis 2014 Organización Mundial de la salud). (1)

El diagnóstico temprano y la adherencia al tratamiento son los factores más importantes para la prevención y control de la tuberculosis. De acuerdo con el informe de la OMS, /2014, (Informe Tuberculosis 2014 Organización Mundial de la salud) (2) , entre las causas que dificultan la adherencia a los medicamentos contra la tuberculosis se encuentran: condiciones estructurales, la complejidad del régimen, las creación de vínculos que faciliten el apoyo entre el prestador de servicios de salud y el paciente, el modelo de prestación de atención en salud y los factores relacionados con el usuario (paciente), para nombrar apenas algunos.

Entre los factores relacionados con el paciente se incluyen: el grupo étnico, el sexo y la edad (factores que han sido vinculados con la adherencia en diversos entornos), el conocimiento acerca de la tuberculosis, el confiar en la efectividad de la medicación (que influye en la decisión de un paciente para finalizar o no el tratamiento) y los sistemas de creencias culturales que pueden apoyar el uso de los curanderos. Algunos autores como Vinaccia Stefano, Quinceno Japcy Margarita, Fernández Hamilton en su estudio “Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar” 2011, (3) sugieren que la aceptación o rechazo del tratamiento anti-tuberculosis (anti-TB), tiene que ver con la imagen que el enfermo construye acerca

del padecimiento, pues el conocer los beneficios y la durabilidad del tratamiento son aspectos necesarios para poder terminarlo.

Es necesario mencionar que existe reemergencia mundial de la TB se debe a múltiples factores entre los que se encuentran la multidrogoresistencia a los medicamentos y la coinfección con VIH (4). Sin embargo, los aspectos socioculturales juegan un papel importante en todo el proceso salud – enfermedad, tal y como lo evidencia la literatura consultada.

2. Desinformación la condena del siglo XXI

“Tres clases hay de ignorancia: no saber lo que debiera saberse, saber mal lo que se sabe, y saber lo que no debiera saberse”

François de La Rochefoucauld (1613-1680)

En la revisión de literatura, relacionada con los conocimientos, creencias, prácticas, actitudes y demás aspectos socioculturales de la TB, la mayoría de los hallazgos coinciden en afirmar que el nivel de conocimiento es bajo, o medio, y que alrededor de la enfermedad hay diferentes concepciones y creencias erróneas. (5) Las creencias que las personas tienen acerca de la naturaleza y transmisión de la enfermedad, son diferentes en su mayoría de los casos del conocimiento biomédico y causan un retraso en el diagnóstico oportuno de la enfermedad. Además, estas creencias tienen una gran influencia sobre las personas y pueden llevar a la estigmatización y rechazo social, con las consecuencias sociales negativas para el paciente, su familia y para la sociedad en general (6) M. Tuberculosis Beliefs Among Recent Vietnamese Refugees in New York State. Public Health Reports.

Se conoce que las creencias, acerca de la tuberculosis, influyen en todo el proceso o ciclo de la enfermedad desde: la búsqueda de atención médica, el diagnóstico oportuno, la adherencia al tratamiento y curación. (3) Adicionalmente, se considera que las redes sociales que tienen los pacientes diagnosticados con tuberculosis han sido poco estudiadas. Ambos aspectos, las creencias y las redes sociales han sido poco abordados desde el enfoque investigativo cualitativo en nuestro país. Por lo tanto, se hace necesario indagar en nuestro contexto socio-cultural, cuáles son las creencias y prácticas que los pacientes diagnosticados con TB y sus familiares tienen con respecto a la enfermedad, ¿Qué piensan?, ¿Cómo entienden la enfermedad?, ¿Qué hacen ante la aparición de

los primeros síntomas?, ¿Cómo se cuidan?, ¿Qué hacen para prevenir su transmisión?, y así de esta manera, llegar a una mayor comprensión de la enfermedad.

3. Desaprender, un reto para las mentes maduras

“Somos un recipiente de conocimientos que otros pensaron por nosotros” (4)

Un cumulo de Conocimientos prestados

Desde la perspectiva de la ciencia cognitiva contemporánea las representaciones mentales y los procesos de cómputo (Paul Thagard) (8) configuran la mente humana. Pensamos de acuerdo con lo que se nos ha transmitido de generación en generación y tomamos decisiones basándonos en lo aprendido. La enfermedad, como parte de nuestra vida diaria, supone poseer un conjunto de creencias que modifican o delimitan el comportamiento frente a ella y su tratamiento. Conocer, o identificar, una representación implica determinar lo qué se conoce (información), cree, interpreta y las modalidades de acción que se derivan de ellas (actitud) (9) (Álvarez Gómez M, Correa M, Uribe Ríos M.) La forma de pensar y actuar, de un grupo social, durante el proceso salud-enfermedad-atención es variable. Esta diversidad cultural puede contribuir positiva o negativamente al logro de la eficacia de las acciones en Salud Pública, Epidemiología y Administración. Su influencia es importante en la prevención y control de las enfermedades respiratorias que incluyen a la tuberculosis porque ella se manifiesta inicialmente como una afección respiratoria. Además de estudiar los mecanismos biológicos, clínicos y epidemiológicos que producen una enfermedad, consideramos necesario conocer las representaciones mentales y las experiencias cotidianas de las personas que la padecen poniendo especial atención a los aspectos socioculturales.

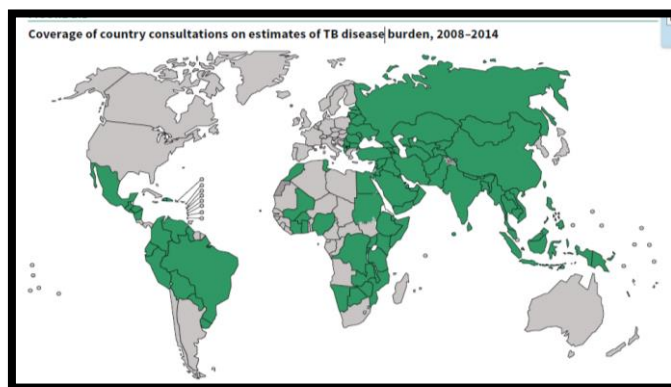
El documento expone los conocimientos, las creencias y las percepciones que socialmente se tejen alrededor de la Tuberculosis y manifiesta el grado de influencia que tiene el entorno social, en el tratamiento de esta enfermedad en el Municipio de Yacopí. Esta información permite una mayor comprensión de la enfermedad la cual puede beneficiar a pacientes, familiares y comunidad en general. La información obtenida, durante la elaboración del documento, puede orientar nuevos procesos educativos y direccionar protocolos de atención en salud que sean más coherentes con la realidad social y de mayor calidad.

4. Horizonte Global

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la tuberculosis como una enfermedad infecciosa que suele afectar los pulmones y es causada por una bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*). (4) Se transmite de una persona a otra a través de gotículas generadas en el aparato respiratorio de pacientes con enfermedad pulmonar activa. (10)

Según datos oficiales, después del VIH, la tuberculosis TB es la causa de muerte más frecuente a nivel global. (4) Esta patología, afecta a un tercio de la población a nivel mundial generalmente es padecida por adultos y jóvenes, quienes constituyen la población laboralmente activa, la cual incide en la productividad de los países en desarrollo y su índice de crecimiento. (1)

Figura 1: registro de países con carga en tuberculosis 2008-2014



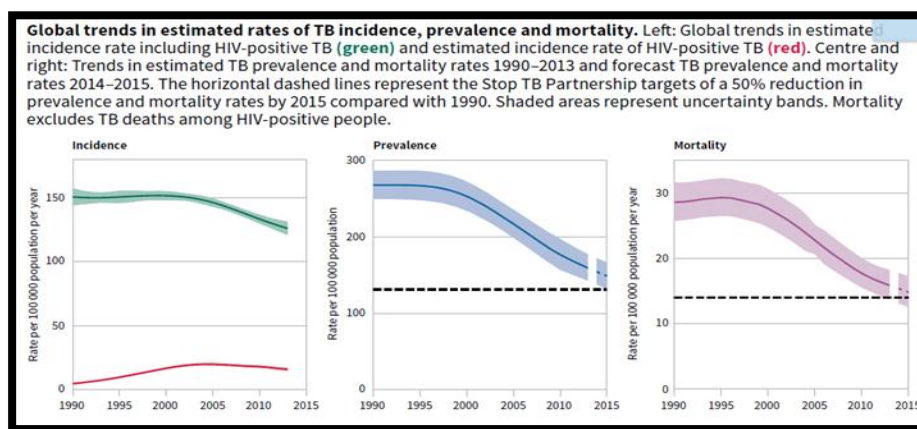
Reporte Global de tuberculosis 2014 OMS.

La mayoría de los casos de tuberculosis, en el 2013, se reportaron en Asia (56%), seguido por África (29%) y en menor medida, la región mediterránea (8%), Europa (4%) y el menor porcentaje en las Américas (3%). En cuanto a coinfección con VIH, el mayor % se presenta en África. (6)

Las menores tasas de incidencia son encontradas predominantemente en países de altos ingresos económicos (<10 casos x 100000 habitantes). La región de las Américas es la que presenta el menor

impacto promedio, con incidencias cercanas a 50 x 100000 habitantes. En este aspecto, Brasil es uno de los países con alto impacto que presenta menor incidencia. (4)

Figura 2



Tomado del Global tuberculosis Report 2014 OMS.

La incidencia de Tuberculosis no se mide a nivel nacional porque para ello se requeriría la realización de estudios a largo plazo entre grandes grupos de cohorte. En Colombia se utilizan los reportes de TB como indicador de su incidencia y se llevan a cabo estudios de campo los cuales están dirigidos a cuantificar el nivel de sub-registro. (11)

La mayor afectación de TB se encuentra en el género masculino. La población femenina también muestra un porcentaje considerable: 510 000 mujeres, murieron como resultado de TB, más de un tercio de los cuales eran VIH-positivos. Se registraron 80 000 muertes infantiles por tuberculosis, entre los VIH negativos, en el año 2013, periodo en el cual se presentaron 9 millones de casos. (12)

En cuanto a desarrollo de alternativas se ha trabajado, desde hace más de dos décadas, en la generación de vacunas y medicamentos. La Estrategia (TB End), fue aprobada, por todos los Estados miembros en la Asamblea Mundial de la Salud 2014, (1) el objetivo general de la estrategia es poner fin a la TB mundial antes del 2035. En Latinoamérica, la presencia de tuberculosis se localiza en la zona amazónica. Brasil pertenece al grupo de países con mayor presencia de la enfermedad,

constituye uno de los países con prioridad en direccionamiento de recurso por parte de los benefactores que componen el grupo de apoyo a la estrategia stop TB. (4)

4.1. La situación Nacional

En Colombia se han notificado 7774 casos de tuberculosis en el año 2015. El 81,3 % (6327 casos) pertenecen a la modalidad pulmonar, el 18,4% (1435 casos) a formas extra-pulmonares. De estos se presentan 269 casos con localización meníngea. Se aclara que semanalmente el número de casos notificados se ajusta debido a la notificación tardía del evento. (13) (Reporte Instituto Nacional de Salud 2014)

a semana epidemiológica 32 de 2015					
Tipo de Caso	Tuberculosis Pulmonar	Tuberculosis extrapulmonar	Sin dato	Total	%
Confirmado por laboratorio	4956	817	8	5781	74,4
Confirmado por clínica	1261	593	3	1857	23,9
Confirmado por nexo epidemiológico	110	25	1	136	1,7
TOTAL	6327	1435	12	7774	100
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia					

A la fecha se reportan 506 casos, de mortalidad asociada a TB, la población más afectada es la clasificada como otros grupos poblacionales, seguido por: afrocolombianos 7.5% e indígenas con un 5.4%. (12)

Tabla 2. Casos de tuberculosis todas las formas por clasificación de caso, Colombia, a semana epidemiológica 32 de 2015

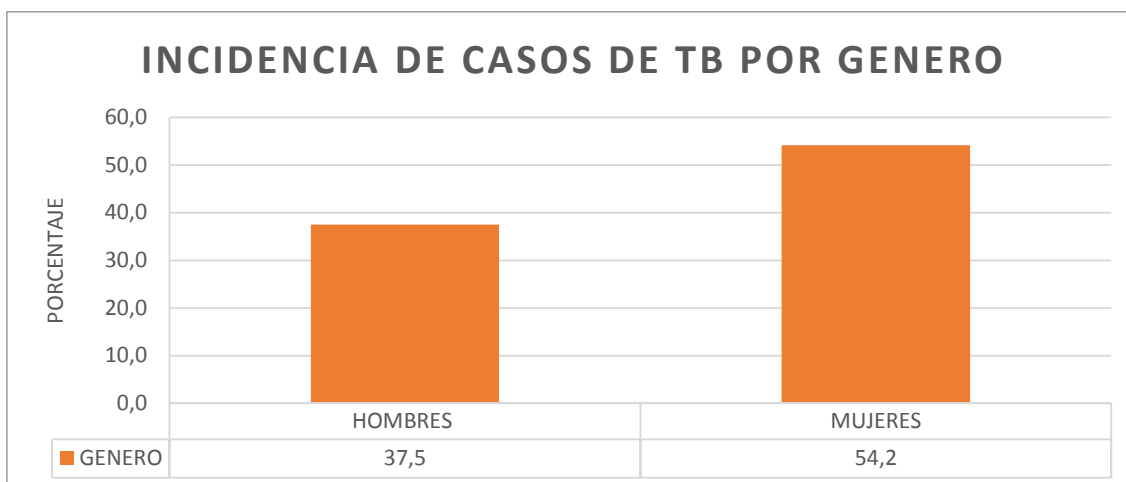
Clasificación del caso	Tuberculosis pulmonar	Tuberculosis extrapulmonar	Total	%
Nuevo	5607	1356	6963	89,6
Recalida	292	35	327	4,2
Fracaso	30	4	34	0,4
Paciente con tratamiento después de pérdida al seguimiento	244	21	265	3,4
Otros pacientes previamente tratados	154	19	173	2,2
Sin dato	0	0	12	0,2
TOTAL	6327	1435	7774	100,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

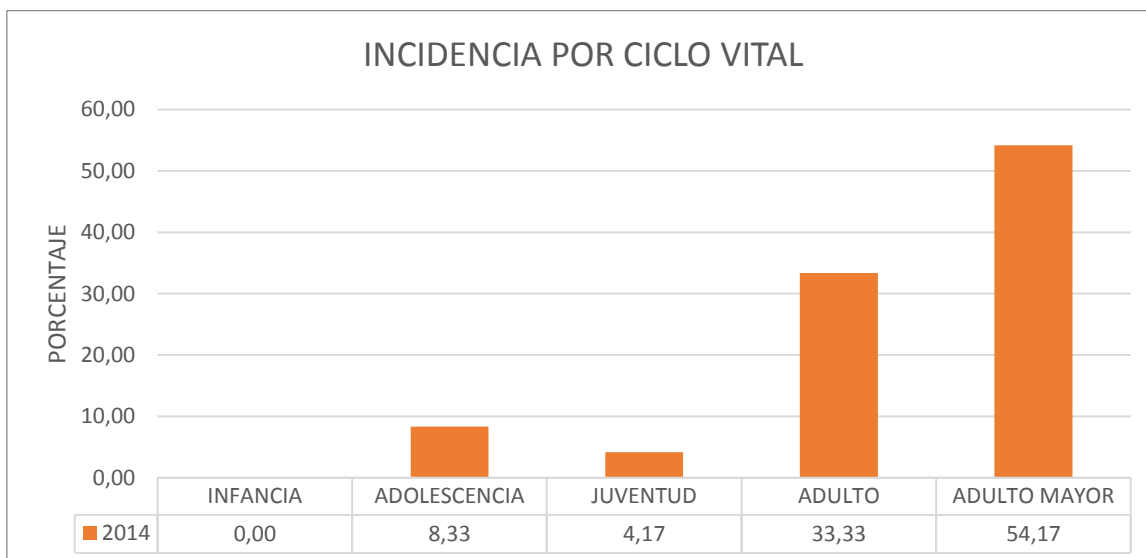
La mayor cantidad de casos, presentados a nivel nacional, corresponden a tuberculosis pleural, meníngea y ganglionar. El departamento del Amazonas, presenta la mayor incidencia (47,2 casos por 100.000 habitantes), seguido de Choco (28,4 casos por 100.000 habitantes). La incidencia para el país para esta semana epidemiológica es de 14,4 casos por 100.000 habitantes. (11)

4.1.2. Tuberculosis en el municipio de Yacopí

En el municipio de Yacopí, Cundinamarca, los servicios de salud están obligados a garantizar la atención individual integral a la población con dicha enfermedad. (14) Tienen la responsabilidad de promocionar la salud, prevenir la enfermedad y sus consecuencias mediante actividades: educativas, diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado, rehabilitación, evaluación, seguimiento a través de vigilancia epidemiológica y observar la evolución de los procedimientos médicos implementados en la población tratada.



La incidencia de la patología en el Municipio de Yacopí es mayor en mujeres que en hombres según reporte de casos para el año 2014. (14)



La población, con mayor número de casos nuevos, en el municipio de Yacopí, es el adulto mayor. Con el aumento de la edad se disminuye la capacidad de protección inmunológica tanto en la producción de anticuerpos de alta afinidad, como en la disminución de la memoria inmune en respuesta a la vacunación. (15)

Dentro de las intervenciones implementadas esta la estrategia recomendada por la OMS llamada: “Direct Observed Treatment Short” (DOTS) (1) que significa: tratamiento acortado directamente observado, se basa en 5 principios claves: en los cuales se encuentra:

- *Intervención organizada y sostenida:* que hace referencia al compromiso político y gubernamental para asegurar acciones contra la tuberculosis, Identificar.
- *Identificación de casos tempranos y precisos:* detección de casos mediante pruebas bacteriológicas (baciloscopia).
- *Quimioterapia eficaz y fácil para el paciente:* Tratamiento de corta duración normalizado con empleo de regímenes de 6 a 8 meses en todos los casos con baciloscopia positiva.
- *Manejo eficaz de los medicamentos:* Suministro regular e ininterrumpido, de todos los medicamentos antituberculosos.
- *Monitoreo basado en los resultados:* Un sistema de comunicación y registro normalizado que permita evaluar la estrategia

El compromiso gubernamental es un componente esencial del DOTS. La OMS ha destacado que la promoción de la estrategia y la movilización social son los medios más efectivos para alcanzar el objetivo. Para funcionar, el programa necesita de una logística y un apoyo administrativo que permita contar con un adecuado financiamiento económico para la adquisición de los implementos necesarios. (12)

En Colombia, en el año 2000, bajo la expedición de la resolución 412, el Ministerio de la Protección Social, estableció como obligatorio el cumplimiento de la estrategia “Tratamiento Acortado Supervisado con Calidad, DOTS-TAS” para el control de la tuberculosis. (12) El documento Conpes Social, No 91, de 2005, lanzó el Plan Estratégico: “Colombia libre de tuberculosis 2006-2015 para la expansión y fortalecimiento de la Estrategia DOTS-TAS”, (12) el cual fue incorporado al Plan Nacional de Salud Pública. En esta última norma, la prevención y control de la tuberculosis fue definida como una de las 10 prioridades en salud pública del cuatrienio 2007-2010.

Las líneas de acción del Plan incluyeron: el desarrollo y expansión de la Estrategia DOTS- TAS; el fortalecimiento del trabajo interprogramático para hacer frente a la confección TB/VIH-Sida y la

multirresistencia (MDR), (11) uno de los objetivos específicos del plan es Garantizar acceso a servicios de detección temprana, diagnóstico y tratamiento a toda persona con tuberculosis por medio de las siguientes metas:

- Coberturas DOTS/TAES del 85% de la población de Colombia al 2015.
- Tratamiento exitoso de más del 85% de los casos de tuberculosis pulmonar baciloscopia positiva (curados + tratamiento terminado) al 2015.

En el Plan se encuentran actividades orientadas a grupos poblacionales específicos, en donde se busca fortalecer el trabajo interprogramático para:

- Coordinar e implementar y coordinar interinstitucional e intersectorialmente acciones que se adapten a las necesidades específicas de algunos grupos de la población (pueblos indígenas, población afrodescendiente, en situación de desplazamiento, privada de la libertad, hogares geriátricos y poblaciones marginales de grandes ciudades, entre otras).
- Implementar estrategias con el fin de reducir las barreras que impiden el acceso de la población en general y grupos poblacionales específicos a servicios de diagnóstico y tratamiento de tuberculosis.

En el periodo objeto de estudio se implementó el “Plan estratégico Colombia libre de Tuberculosis 2010 - 2015” para el control de la enfermedad, que tiene como objetivo fortalecer la expansión de la estrategia “Alto a la Tuberculosis”. (12)

5. Ampliar la mirada

En los estudios revisados (16) (17) se percibe que la mayoría de las acciones han intervenido solamente los factores biológicos y administrativos de la problemática dejando de lado los aspectos: sociales, individuales, interpersonales de los pacientes que están generalmente asociados a sus redes sociales. Dimensiones que pueden estar jugando un papel fundamental como condicionantes de no adherencia y abandono a los tratamientos.

El abandono del tratamiento se considera uno de los principales obstáculos para el control de la tuberculosis. Factores asociados con la adherencia al tratamiento son: las características del paciente, la relación entre el prestador de servicios de salud y el paciente, el régimen de tratamiento y el entorno de atención en salud. (18)

Las acciones tradicionales, para el control de la tuberculosis en Colombia, han estado enmarcadas dentro de un paradigma científico moderno “donde se concibe a lo humano dividido en compartimientos (1)”. (19) Es decir, se considera que la tuberculosis es un fenómeno de naturaleza simple y lineal. Las instituciones y los profesionales de la salud no tienen las competencias, cognitivas y prácticas necesarias para lograr incorporar en el diseño de sus acciones de salud pública, las categorías básicas del pensamiento científico contemporáneo específicamente aquellas que provienen de las ciencias cognitivas y la teoría de redes.

En los diferentes estudios (16) revisados se logra percibir que ellos han abordado solamente los factores biológicos y administrativos, dejando de lado los aspectos sociales, individuales e interpersonales de los pacientes asociados y las redes sociales Dimensiones que pueden estar jugando un papel fundamental como condicionantes de no adherencia y abandono a los tratamientos.

5.1. REDES SOCIALES Y SISTEMAS COMPLEJOS ADAPTATIVOS

Las ciencias contemporáneas (Sistemas Complejo Adaptativos, Redes y Ciencias Cognitivas) posibilitan la comprensión de la condición compleja del ser humano tanto individual como colectivamente. Es una perspectiva teórica diferente que abandona el carácter reduccionista de la ciencia moderna que, por ejemplo, define lo colectivo como la simple sumatoria de individuos. Esta reducción de la complejidad, del individuo y la sociedad, no permite explicar adecuadamente fenómenos complejos como la Tuberculosis y la adherencia a su tratamiento.

La teoría contemporánea de redes, por ejemplo, como la describe Watts, sería: “es la ciencia del mundo real, del mundo en el que viven los seres humanos, de la amistad, los rumores, de la enfermedad”. (5) Esta teoría permite una aproximación más adecuada a las complejidades del mundo real. La importancia de la red “estriba sobre todo en que afecta tanto a su comportamiento individual como al comportamiento del sistema holístico”. (5) Las redes son variables, evolucionan

proporcionalmente a tiempo impulsadas las decisiones, de cada uno de los nodos que en estas interactúan.

Una red es definida como la conexión de varios agentes (nodos) a través de vínculos o flujos de información y comunicación. (5) Se pueden identificar diferentes tipos de redes: aleatorias, retícula ordenada, de mundo pequeño redundantes, de mundo pequeño no redundante y complejas. Las redes de mundo pequeño redundante minimizan las posibilidades de cambio porque en ellas no existen interacciones con otras redes limitando las opciones de cambio.

Desde una perspectiva científica contemporáneas, el organismo humano puede ser considerado como un Sistema Complejo Adaptativo SCA. (20) Los organismos vivos componen una red que está compuesta por diferentes elementos individuales, activos y diversos, que interactúan de múltiples formas. (Poner la referencia) Esto quiere decir que la persona, cualquier tipo de persona, es activa, diversa y esta interactuando constantemente con otros por medio de vínculos. Adicionalmente, los humanos somos, como lo describe John Holland, (20) agentes adaptativos, siempre cambiantes según el cumulo de experiencias adquiridas. Los organismos vivos, se “adaptan” de acuerdo con el medio ambiente, unas condiciones características y con la acumulación de experiencia.

5.2. LAS CIENCIAS COGNITIVAS (21)

Las ciencias cognitivas posibilitan la explicación y comprensión del pensamiento y la inteligencia humana. Desde este punto de vista la mente humana está compuesta por representaciones mentales y procesos de cómputo. (8) Estas categorías facilitan la comprensión de los procesos de decisión que realiza el individuo, en este caso aquel que se encuentra afectado por la Tuberculosis.

Los procesos computacionales son: resolución de problemas, tomar decisiones, uso del lenguaje. Las representaciones mentales básicas son: creencias, reglas, imágenes, analogías y conexiones. Las representaciones mentales y los procesos de cómputo son: convencionales, codependen y configuran la mente y la inteligencia humana. (21)

Las creencias (conceptos, conocimientos, categorizaciones, clasificaciones, etc.). Estas Permiten hallar un significado al mundo. Cada persona adquiere, en sus redes sociales, un conjunto de representaciones mentales y procesos de cómputo. (8) Es necesario identificar, explicar y comprender estos componentes de la mente en los individuos afectados por la TB y en los profesionales del Sistema de Salud para establecer si estos pueden acoplarse, construir vínculos y generar acciones en salud adecuadas.

5.3. Las Instituciones

Los discursos de los sujetos de enunciación institucionales coinciden en afirmar que la Tuberculosis es un problema de salud pública mundial. La OMS y las Instituciones de salud están de acuerdo en afirmar que existe una dimensión cuantitativa preocupante de la problemática y en la importancia de su intervención. Existe sincronía y acoplamiento, vinculación, en la información y comunicación, de las instituciones de salud Nacionales e Internacionales. Sin embargo, en el momento de diseñar las estrategias, para el control de la patología, se puede observar que están no tienen en cuenta las diversidades de los contextos. Son generales y no se acoplan a las múltiples diferencias políticas, sociales, económicas y culturales de los países y regiones donde van a ser implementadas:

“Con su estrategia Alto a la Tuberculosis y su apoyo al Plan Mundial para Detener la Tuberculosis, la OMS está tratando de lograr una disminución radical de la carga de la enfermedad y de reducir a la mitad su prevalencia y mortalidad para 2015”.

La estrategia global, ideal, “Alto a la Tuberculosis” excluye las representaciones mentales y procesos de cómputo convencionales que son particulares de cada cultura. Tampoco se consideran las dinámicas sociales que se entretajan en el interior de las redes sociales y que se constituyen en los grupos poblacionales locales.

La estrategia “Alto a la Tuberculosis”, de la OMS, presume la existencia de una interacción efectiva entre el paciente y las instituciones prestadoras de salud. Está sustentada en las categorías básicas del pensamiento científico Moderno de característica mecánica, lineal simple, causal y determinista que no tiene en cuenta, por ejemplo, el efecto de los eventos pequeños (como la toma del medicamento).

“Cuando se detectan pronto y reciben un tratamiento completo, los pacientes dejan rápidamente de ser contagiosos y acaban curándose. Los principales problemas son la TB multirresistente y ultrarresistente, la TB asociada a la infección por VIH y la debilidad de los sistemas de salud.”

La estrategia, “Alto a la Tuberculosis”, concibe la participación social como un escenario ideal en donde los individuos establecen con facilidad relaciones interpersonales. Sin embargo, desde la teoría de redes, se puede establecer que esta concepción de lo social no es adecuada y que las estrategias derivadas de ella tienden a ser fallidas debido a que las redes sociales no se imponen sino que emergen de las necesidades de cada individuo. (Acoplamiento y sincronía).

“Si se recopilan y analizan cuidadosamente, los datos notificados puede aportar información valiosa sobre la aparición y las características de la TB en diferentes grupos de casos (es decir, por localización de la TB, resultado de la baciloscopia, sexo y grupos de edad), que pueden tener implicaciones importantes en el control de esta enfermedad”.

Las instituciones de salud, en sus discursos, expresan la necesidad de buscar una interacción efectiva entre los pacientes y las instituciones, pero, en los diferentes discursos institucionales, no se puede identificar la necesidad de construir flujos de información que reduzcan la incertidumbre y que garanticen una comunicación efectiva. Como no existen vínculos (flujos de información y comunicación), entre las instituciones de salud y las personas de la comunidad, no se pueden propagar los mensajes de salud que logren involucrar a los enfermos y sus familias en el tratamiento de la tuberculosis. Las instituciones de salud desconocen esta situación de exclusión y continúan afirmando que la solución está en la vigilancia y control:

*“La vigilancia de los resultados del tratamiento de los pacientes tratados en el **Plan Estratégico “Colombia libre de tuberculosis 2006-2015** es uno de los componentes principales de la estrategia Alto a la Tuberculosis.*

El enfoque tradicional afirma que las acciones de intervención, que contienen las estrategias planteadas para eliminar la Tuberculosis, deben ser efectivas si su realización es mecánica y

obligatoria. Afirman que: si obligatoriamente se siguen todos los pasos, se puede predecir una disminución global de la tuberculosis:

“La sección correspondiente de este informe brinda una perspectiva general detallada de las tendencias de los resultados del tratamiento notificados en los casos nuevos de TB con baciloscopia positiva”.

“La prevención y control de la tuberculosis ha sido históricamente prioritaria en los programas de salud pública del país. El Ministerio de la Protección Social definió el obligatorio cumplimiento de la estrategia “Tratamiento Acortado Supervisado con Calidad, DOTS-TAS”.

De acuerdo con los discursos de las instituciones de salud, la participación de la comunidad se logra “a través de la acción efectiva de la comunidad en el establecimiento de prioridades”. (Poner la referencia) El incremento de la tuberculosis en el mundo, en Colombia y en Yacopí nos demuestra que no existen vínculos efectivos, fuertes o débiles, entre las instituciones de salud y las comunidades. Esta situación de exclusión mutua imposibilita el seguimiento de la enfermedad:

“Realizar seguimiento y monitoreo del cumplimiento de las responsabilidades de EPS-C, EPS-S y direcciones territoriales de salud”.

5.4. Los Individuos

En sus discursos, los pacientes con tuberculosis expresan que se sienten excluidos (desvinculados) de los servicios de salud. Esta problemática se manifiesta especialmente en la falta de estrategias que tengan en cuenta la distancia en la que se encuentran, su aislamiento. La mayoría de los enfermos entrevistados, viven en redes sociales de mundo pequeño redundante que esta aisladas de las instituciones de salud.

“En Llano Mateo en la vereda de cocosolo eso es muy lejos de aquí”.

“Pus eso es como a 3 horas en el carro de la línea y casi 2 caminando es que eso es pur alla lejos”.

“supiera lo difícil que es salir de allá”.

“es que casi no entienden que uno vive lejos”.

La construcción de estrategias, en el municipio de Yacopi, está orientada por las categorías básicas del paradigma científico moderno. Las estrategias están organizadas en jerarquías que sitúan al enfermo y su familia en la base de la pirámide. Desde esta perspectiva jerárquica, se crea un sistema centralizado, autoritario y poco permeable lo cual imposibilita la relación entre institución y los enfermos de tuberculosis.

La mayoría de los enfermos entrevistados, pertenecen a redes de mundo pequeño redundantes. Los enfermos interactúan solamente con sus familiares (vínculos fuertes). Esta situación está asociada al aislamiento económico, geográfico y social de la mayoría de familias. El aislamiento impide lograr la inclusión a otras redes, instituciones de salud, que permitan una adecuada adherencia al tratamiento.

“Con la hermana menor (Oliva Pérez) y un sobrino Diego Tovar porque yo no tengo hijos y aquí en el pueblo esta Rosa”.

“Bien pus mi hermana ella siempre es la que cocina y Dios la acompaña pa conseguir la comida y el sobrino trabaja”.

“Eso yo ya no tenía tos y después me ahogue yo dije q me muria pero eso día mi sobrino me trajo y me echaron pa pacho”.

Las representaciones mentales y los procesos de cómputo, de la mayoría de enfermos y familiares entrevistados, nos demuestran que su pensamiento está arraigado a una concepción mítica, mágica y religiosa del mundo. Este tipo de pensamiento no se acopla con lo expuesto por las instituciones de salud, lo cual propicia una mayor exclusión e imposibilita la propagación efectiva de los mensajes de salud.

“jummm esa es un castigo de Dios”.

“como se mataron a tantos nos tocaba a nosotros”.

“nosotros eramus liberales y la familia se cogieron las armas y eso mataban hartos”.

Los enfermos han ido construyendo una serie de creencias, reglas, imágenes, analogías, conexiones y procesos para la resolución de problemas, toma de decisiones y uso del lenguaje que, en la mayoría de los casos, no se corresponde con las que proponen las instituciones de salud, para lograr un tratamiento efectivo.

“ella se murió pero era de tos y eso que los remedios se los tomaba”.

“después me dijeron que me tenía que tomar unos remedios por 6 meses”.

“15 días me tome eso y me jui la feje me dio para 20 días y después otros días no tome”.

“Me dio unos días los remedios pero ummm ya no quería eso”.

“ya volví pero es q a tomar esos remedios”.

Las ideas, conceptos, conocimientos y clasificaciones relacionados con la tuberculosis y su tratamiento que tienen los enfermos y sus familiares son diferentes a los que tienen los profesionales de los servicios de salud. Esto impide la sincronización y el acoplamiento entre ellos necesarios para la efectividad de los tratamientos.

“mi mama se murio de una tos muy dura”

“ella se murió pero era de tos”

(Información correspondiente a las entrevistas de los individuos).

5.5. Las Familias

Existen vínculos fuertes (flujos de información y comunicación) entre el enfermo y sus familiares. El enfermo y sus familiares, en la mayoría de los casos, generan redes de mundo pequeño redundante, que favorecen la detección de síntomas, el acompañamiento y apoyo en la adherencia al tratamiento.

“Pues a mí papa siempre lo hemos cuidado mucho”.

“Vive con mi mamá y yo estoy cerca pues soy quien ve del tratamiento de el para que todo salga bien”.

“La familia en general estuvo muy preocupada por él, mi hermana en Bogotá y yo aquí y los otros hermanos también colaboraron”.

También, se pudo observar que los vínculos fuertes, entre el enfermo y sus familiares, pueden afectar negativamente cuando no existe una comprensión adecuada del tratamiento:

“Está otra vez como deprimido yo espero que se le quite él dice que eso es por el medicamento pero yo creo que es porque le hace falta ir a la finca y eso.”

“Papa le dio un poco de depresión y por eso toco llevarlo a la psicóloga y por eso se mejoró”

Las representaciones mentales (creencias, reglas, imágenes, analogías y conexiones) de la mayoría de familiares entrevistados expresan una estigmatización de la Tuberculosis que se percibe como una enfermedad que solo la puede padecer población con pocos recursos económicos. Además, las representaciones, conducen a un aislamiento del enfermo del enfermo de sus redes sociales.

“Pues los amigos no se enteraron les decíamos que tenía una afección porque pues eso no es para contar”.

“Es feo decir que él tiene tuberculosis si la familia siempre ha sido muy sana”.

“Nos preocupamos además porque esa es una enfermedad de gente pobre”.

Los familiares reconocen que no existen adecuados flujos de comunicación entre de las instituciones, los enfermos y sus familiares. Esta situación de incomunicación desfavorece la detección oportuna de infección y la efectividad de su tratamiento.

“Lo llevamos al puesto de salud y le dijeron que era una gripa pero él siguió con mucha tos y se asfixio mucho entonces después eso se complicó y mejor lo llevamos a Bogotá”.

“Que el puesto de salud sea más de pronto no sé cómo decirlo amable si se puede decir porque nosotros no sabemos cuándo se pueda enfermar cualquier persona de eso y no es tan bien visto que una persona tenga eso”.

“Pues aquí en Yacopí fue más o menos pero en la clínica en Bogotá lo trataron bien aunque pues después que llego aquí la jefe le dio los medicamentos ella ha sido amable”.

(Información correspondiente a las entrevistas de familia de individuos).

6. En Busca De La Realidad

Indudablemente el incremento de la Tuberculosis y la no adherencia a su tratamiento es un problema de salud pública que ha superado los límites de control por parte las instituciones prestadoras de servicios de salud. Consideramos que la prestación de un servicio de salud debe ir más allá de la aplicación de los procesos y protocolos “ideales” tradicionales creados para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el control de la Tuberculosis.

La poca efectividad de las alternativas de solución, nos obliga a considerar la necesidad de construir un abordaje diferente que incorpore las categorías básicas de las ciencias contemporáneas que nos permiten la comprensión de la complejidad del fenómeno. La teoría de redes, por ejemplo, nos permitiría identificar, explicar y comprender los vínculos existentes entre los enfermos, su familia y las instituciones de salud. La teoría de ciencia cognitiva nos permite identificar, explicar y comprender las diferentes modalidades de pensamiento y acción que tienen los enfermos, sus familias y las personas que pertenecen a los servicios de salud.

Esta información múltiple, derivada de la utilización de las categorías básicas de las ciencias naturales, humanas y sociales contemporáneas, proporcionaría a las instituciones la posibilidad de generar nuevas soluciones las cuales se acoplen y sincronicen con las diferentes poblaciones. Aportaría elementos, teóricos y prácticos, indispensables para lograr un conocimiento más amplio, la discusión, adaptación y la capacidad de desarrollar nuevas metas y estrategias que generen impacto en la población.

Las instituciones tienen procesos rigurosos cuyo objetivo es la integración y vinculación de la población de zona rural y urbana. Pero, estos procedimientos no incorporan las múltiples variables (geográficas, sociales, económicas y culturales) que limitan la efectividad de las estrategias y la prestación de los servicios. Como se puede observar, las instituciones de salud no han generado los flujos de información y comunicación que las vinculen con las redes sociales.

La institución de salud desconoce las diferentes representaciones mentales que tienen los enfermos de tuberculosis y sus familiares. Cada modalidad de pensamiento, instituciones, enfermos y familiares, es independiente y apunta a un objetivo diferente. Esta situación de aislamiento influye negativamente en la formación de redes entre ellos que permita la solución efectiva de la problemática.

Los organismos de vigilancia y control en el ámbito nacional y regional rigen su seguimiento desde las instituciones de salud de los diferentes territorios, limitándose al simple hecho de tener información estadística de los casos de Tuberculosis dejando a un lado la búsqueda necesaria de alternativas de solución efectivas para las instituciones, enfermos sus familias.

Cada uno de los sujetos de enunciación, instituciones, enfermos y familiares configuran una red de mundo pequeño redundante. Los enfermos de tuberculosis no perciben al sistema de salud (al centro de salud) como un nodo importante de su red. Su primera opción son los “yerbateros” y el farmacéuta. La última opción es la asistencia a las entidades de salud. Esta forma de proceder nos demuestra la exclusión que están propiciando los servicios de salud que afecta la adherencia al tratamiento y la solución de la problemática.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. organización mundial de la salud. Informe Tuberculosis 2014 Organización Mundial de la salud. Ginebra Suiza: OMS; 2014.
2. V F. 2. Tuberculosis, presente y futuro. Chile. 2004. Rev. Med. 2004; 122: (1332-34.).
3. Vinaccia Stefano QJMFH. Estudio “Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar”. ; 2011.
4. Organización Mundial de la Salud. 3. OMS. La OMS declara a la TB como una emergencia global. En: Boletín mensual SIDA/ETS. México. 2009; 6: 2448-49. [Online].; 2009 [cited 2015 12 24. Available from: [http://bvs.sld.cu/revistas/qme/pub/vol.4.\(1\)_06/p6.html](http://bvs.sld.cu/revistas/qme/pub/vol.4.(1)_06/p6.html).
5. D. W. Seis grados de separación: La ciencia de las redes en la era del acceso. 2014th ed.: Paidó; 2006.
6. Peltzer K MNPGHkba pothiKNSAAC2, 18(6): 608-13- Carey JW OMNLHVMMJM. Tuberculosis Beliefs Among Recent Vietnamese Refugees in New York State. Public Health Reports.. 1997. paginas 112: 66-7.
7. Palahniuk CMC. El Club de la Pelea. 1996. frase celebre de la corriente nihilista.
8. P T. La Mente: Introducción a las ciencias cognitivas. 2008th ed. Katz: Cambbridge; 2008.
9. Álvarez Gómez M CMURM. Percepciones sociales frente a la comunicación del tratamiento y apoyo recibido por la población habitante de calle con Tuberculosis.). Medicina UPB. 2009 Jan; 28(22-32).
10. World Health Organization. Global Tuberculosis control. medico revista indexada virtual. Geneva: World Health Organization; 2013.
11. Instituto Nacional de Salud.. Tuberculosis pulmonar, reporte en Colombia de 2013.. informe anual. Bogotá: Ministerio de salud de Colombia , Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública.; 2013.
12. Ministerio de la Protección Social. Plan estratégico. Colombia libre de tuberculosis 2010 2015 para la expansión y fortalecimiento de la estrategia DOTs/TAs. Plan estratégico. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud, Instituto Nacional de Salud; 2009.
13. Instituto Nacional de Salud. Tuberculosis pulmonar, reporte en Colombia de 2013.. Reporte anual. Bogotá: Instituto Nacional de Salud, Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública; 2013.
14. Municipio de Yacopí. Análisis de Situación de Salud Municipio de Yacopí. Grandes causas de mortalidad. Yacopí: Alcaldía Municipal de Yacopí, Secretaría de Salud Pública ; 2013.

15. Science MR. The aging immune system: primer and prospectus: 273: 70-4. 1st ed.; 2013.
16. Inf. Ciencias Médicas. Tuberculosis: una reflexión necesaria. Inf. Ciencias Médicas. 2008; 11(4); 163-66.
17. S BG. Evaluación del programa de control de la TB en ”.. Rev. Cub. Salud Pública.. 2009 Jan; 25(39-43.): p.. Rev. Cub. Salud Pública. 25(1): 39-43.
18. German. SE. Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no adherencia.. In Acta Medica Colombia; 2005;. p. 30(4):269.
19. Colombiana Sm. Historia del tratamiento de la tuberculosis. [Online].; 2006 [cited (Consultado en 2015) 12 07. Available from: [Disponible en URL: http://www.aspb.es/uitb/docs/HISTRACHT.HTM](http://www.aspb.es/uitb/docs/HISTRACHT.HTM).
20. S. R. Redes Complejas, genoma d, editor. Cataluña: TusQuest editor. Cataluña; 2000.
21. J H. El Orden Oculto: De como la adaptación crea la complejidad España FdCEd, editor. Cataluña : Editor Cataluña; 2004.