

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA

TÍTULO: Propuesta de Programa de Comunicación Educativa en Salud para prevenir la Tuberculosis en el Centro Penitenciario de Morón.

AUTOR: Dr. Oreste Jahasiel Lorenzo Álfaro.

2015

REPÚBLICA DE CUBA

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS

REPÚBLICA DE CUBA

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CIEGO DE ÁVILA

TÍTULO: Propuesta de Programa de Comunicación Educativa en Salud para prevenir la Tuberculosis en el Centro Penitenciario de Morón.

TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO DE: Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

AUTOR: Dr. Oreste Jahasiel Lorenzo Álfaro .

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Policlínico Universitario Docente Diego del Rosario.

TUTOR: MSc. Carlos Vladimir Morales Más.

Profesor Principal Auxiliar.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Centro Municipal de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Morón.

CIEGO DE ÁVILA, 2015

PENSAMIENTO

A los médicos, a los enfermeros, a los técnicos hay que pedirles que atiendan a cada paciente como si fuera su hijo, como si fuera su hermano, como si fuera su esposa, como si fueran sus padres. Es así, con ese sentimiento, con ese principio, debe trabajar un trabajador de la salud, porque no es cualquier trabajo. No hay nada tan sensible al ser humano como las cuestiones que se refieren a la salud.

Fidel Castro

AGRADECIMIENTOS

A mi tutor MSc. Carlos Vladimir Morales Más, mi auténtico camino así el éxito en esta investigación.

A mi madrina Lic. en enfermería Lizandra Morales Cepero por ayudarme en cada momento de consagración en la culminación de esta tesis.

A mi novia Yudit Acosta Bonilla por tantas horas de sacrificio y apoyo.

DEDICATORIA

A mis padres Orestes Lorenzo Ruíz y María Esther Alfaro Cepero por ser ejemplo en mi vida y motivos para sentirme satisfecho de vivir.

RESUMEN

Se realiza una investigación del tipo observacional, analítico, prospectivo y longitudinal a través de la cual se elaboró un programa de comunicación educativo en salud para prevenir la Tuberculosis en el Centro Penitenciario de Morón, se partió de un diagnóstico educativo de salud de partida relacionado con los conocimientos actitudes y prácticas (estudio CAP) que sobre la prevención de la tuberculosis tenían los penados, los resultados determinaron que los indicadores propuestos para el estudio se evaluaron de regular a mal por debajo todos del 90%, a partir de estos se elaboró un programa de comunicación educativa en salud dirigido a la prevención de la Tb en la prisión Morón, el que se evaluó por expertos en Comunicación social en salud (previa selección) según criterios de CITMATEL y por los sujetos de la muestra, se utilizó para ello la Prueba Previa para Programas Educativos de Salud de la OPS, como resultado el programa quedó acto para su aplicación al recibir por el 100% de los evaluadores la categoría de Muy Apropiado para su utilización.

ÍNDICE

	Pág.
1.- INTRODUCCIÓN.-----	2
2.- MARCO TEÓRICO. -----	7
3.- MATERIALES Y MÉTODOS. -----	20
4.- ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.-----	26
5.- CONCLUSIONES.-----	49
6.- RECOMENDACIONES. -----	50
7.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS. -----	51
8.- ANEXOS.	

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (Tb) es considerada una enfermedad reemergente, lo cual ha sido definido por la OMS como aquella cuya incidencia en humanos ha aumentado en las últimas dos décadas, aunque algunos especialistas la han renombrado como reemergente, es decir, aquella enfermedad conocida que reaparece, después de una disminución significativa de su incidencia (1).

La tuberculosis sigue siendo, en el inicio de este nuevo milenio, la infección humana más importante que existe en el mundo, a pesar de los esfuerzos que se han invertido para su control. Las pésimas cifras actuales de infectados, enfermos y muertos por esta vieja endemia obligan a realizar una profunda reflexión de lo que realmente está fallando en el control de una enfermedad (2).

La OMS puso en marcha la nueva estrategia “Alto a la tuberculosis”. La estrategia se aplicará a lo largo de los próximos 10 años, según lo previsto en el Plan Mundial para Detener la Tuberculosis en el período 2006- 2015 (3).

El control de la tuberculosis, de acuerdo con las recomendaciones internacionales para el control de las enfermedades infecciosas en el siglo XXI, deberá enfocarse a mejorar la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y las estrategias de control del padecimiento.

La nueva estrategia tiene como prioridad que mejore el funcionamiento de los programas y el fortalecimiento de las infraestructuras existentes (3-4).

La Tb es una de las enfermedades infectocontagiosas más prevalentes de la historia. Se transmite por vía aérea, al igual que el resfriado común. Sólo transmiten la infección las personas que padecen tuberculosis pulmonar, al toser, estornudar, hablar o escupir, expulsan al aire los gérmenes de la enfermedad, conocidos como bacilos tuberculosos.

Basta inhalar una pequeña cantidad de bacilos para contraer la infección (3,5-6).

Es considerada una de las enfermedades más antiguas que afectan a los seres humanos. Aunque se estima una antigüedad entre 15000 a 20000 años, se acepta más que esta especie evolucionó de otros microorganismos más primitivos dentro del propio género *Mycobacterium* (8).

La Tb manifiesta en dos formas principales: enfermedad activa e infección latente. La infección puede permanecer dormida o inactiva (latente) por años; sin embargo, en algunas personas se puede reactivar (3).

En la actualidad se estima que una tercera parte de la población mundial, cerca de 2000 millones de personas infectadas. La prevalencia aproximada es de 16 millones de enfermos, el 95% de estos se encuentran en los países del tercer mundo (7).

Esta situación tan precaria llevó a la OMS a declarar en 1993, a la tuberculosis como una emergencia de salud a nivel mundial, recomendando intensificar los esfuerzos para tratar de implantar una estrategia de lucha antituberculosa común, la denominada estrategia de Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (DOTS) (8).

En la región de las América existen factores y condiciones propicias para el agravamiento del problema. El aumento de la tuberculosis en diferentes países se asocia al incremento de las condiciones de pobreza que de hecho han acentuado la inequidades de acceso a los servicios de salud. Otras de las causas es el incremento de poblaciones marginales y migraciones en busca de mejor calidad de vida, así como el debilitamiento de los PNT (Programas Nacionales de Control de la Tuberculosis), al hacerse menos eficientes en sus acciones, lo que trae como consecuencia la posibilidad de una amenaza del control de la tuberculosis en el futuro, unido al surgimiento de la infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) (9).

La incidencia de Tb en Cuba en el 2012 fue de 509 casos del sexo masculino, y 175 del sexo femenino, para un total de 684 casos .En el 2013 estas cifras aumentaron,

para 532 del sexo masculino y 181 de sexo femenino, quedando un total de 713 casos, dando como resultado en el 2012 una tasa de 6,1 por 100000 habitantes, aumentando en el 2013 a 6,4 por 100000 habitantes. En el 2012 esta enfermedad dejó un saldo de 30 defunciones para una tasa de 0,3 por 100000 habitantes, aumentando también en el 2013 con 39 defunciones para una tasa de 0,3 por 100000 habitantes. (12)

En la provincia Ciego de Ávila el año 2008 la tasa fue de 13,3 por 100000 habitantes, con 56 casos nuevos; mientras que en el municipio Morón fue de 25,7 por 100000 habitantes, siendo uno de los municipios de mayor tasa en el país. En el 2013 en Ciego de Ávila la incidencia de esta enfermedad fue de 46 infestados, para una tasa de 10,8, y una prevalencia de 39 casos para una tasa de 9,2 por 100000 habitantes.

En el municipio Morón en el 2012 el total de infestados por Tb fue de 9 pacientes, aumentando en el 2013 a 15 pacientes. En lo que va de año la prevaecía es de 9 pacientes, siendo así este municipio uno de los de mayor tasa de este país.

En las prisiones de la provincia Ciego de Ávila en este año la prevalencia es de 5 casos, 4 pacientes en la prisión provincial, y 1 en la prisión Morón. Si observamos detenidamente las cifras anteriores nos daremos cuenta que la mayor cantidad de infestados es del sexo masculino, de esta cantidad una gran parte son exconvictos o han tenido relaciones con estos, convirtiendo a la población penal en la de mayor riesgo del país.

La tuberculosis en la provincia ha mantenido una tendencia ascendente por lo que constituye un grave problema de salud dentro de las enfermedades transmisibles, constituye requisito indispensable para librar una lucha exitosa contra estas enfermedades, en el caso específico de las prisiones es común que se presenten situaciones entre las que se encuentran; la actividad educativa de salud con respecto a la Tb no son sistemáticas, se mantiene el hacinamiento en determinadas galeras, se comparten objetos de uso personal como vasos y cubiertos durante las visitas y en la propia galera, la percepción del riesgo entre los reclusos es baja.

Por todo lo anteriormente expuesto se determina el siguiente problema a investigar:

Problema: ¿Cómo contribuir al cambio de comportamiento con respecto al autocuidado en la prevención de la Tb en la comunidad Penitenciaria de Morón?

Objeto de la investigación: El proceso de comunicación comunitaria.

Campo: La prevención de la Tb.

Novedad de la propuesta: se trabajó desde la promoción de salud y adelantándonos a supuestos problemas desde la perspectiva del autocuidado y empoderamiento de la población diana implicada, se utilizó para ello un programa integrado de comunicación educativa en salud de la que no se tienen referencias de otros realizados con estas características e intereses a partir de las búsquedas realizadas al efecto.

Viabilidad de la investigación: La investigación es viable porque se contó con los recursos humanos capacitados para el desarrollo de la investigación y con los recursos materiales necesarios.

Nos planteamos como hipótesis de la investigación la siguiente:

Con la elaboración de un programa de comunicación educativa de salud, centrado en el sujeto, utilizando métodos educativos que impliquen afectivamente a este y con una comunicación horizontal se contribuirá a lograr un comportamiento responsable dirigido a la prevención de la Tb en la comunidad penitenciaria de Morón.

Objetivo general:

Elaborar un programa de Comunicación comunitaria en salud dirigido a la prevención de la Tb en la comunidad penitenciaria de Morón.

Objetivos específicos:

- 1 Sistematizar las teorías relacionadas con la comunicación comunitaria en salud y la prevención de la Tb.
- 2 Realizar estudio CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas) que permita la elaboración de un programa de comunicación educativa en salud dirigido al autocuidado de la comunidad penitenciaria de Morón para prevenir la Tb.
- 3 Evaluar la factibilidad de aplicación del programa de comunicación educativa en salud a través de expertos en comunicación social en salud y la muestra objeto de estudio para la determinación de la veracidad de la hipótesis de la investigación.

MARCO TEÓRICO

La comunicación comunitaria en salud:

El vocablo “comunicación” se utiliza muchas veces para identificar el medio mediante el cual fluye el mensaje. Por ejemplo, el teléfono, la radio, la televisión son medios de comunicación y no abarca todos los elementos presentes en el acto mismo de comunicación (14).

En el proceso de comunicación la fuente de información selecciona a partir de un conjunto posible de mensajes el MENSAJE deseado. El TRANSMISOR transforma (CODIFICA) el mensaje en una señal que es enviada por el CANAL de comunicación al RECEPTOR. Este hace las veces de un transmisor invertido que cambia (DECODIFICA) la señal transmitida en un mensaje y lo pasa a su DESTINATARIO (14).

En realidad, si hoy el modelo EMISOR – MENSAJE – RECEPTOR, está siendo vigorosamente cuestionado, no es porque sea falso. Describe en forma correcta un hecho que se da permanentemente en el seno de una sociedad autoritaria y estratificada. Es así como suelen comunicarse; el jefe con sus subordinados; el empresario con sus trabajadores; el oficial con sus soldados; el profesor con sus alumnos; el padre de familia con sus hijos; la clase dominante con la dominada; las grandes potencias con los pueblos del tercer mundo. No es por falsa, pues, que esta concepción sea impugnada, lo que se cuestiona es que eso sea realmente comunicación(14).

La comunicación dominadora constituye un monólogo, tiene una dirección vertical, unidireccional, monopolizada y concentrada en minorías. La comunicación democrática es un verdadero diálogo, es horizontal, de doble vía, participativa y al servicio de las mayorías, por tanto, definir que entendemos por comunicación equivale a decir en que tipo de sociedad queremos vivir(8).

La verdadera comunicación no está dada entonces, por un emisor que habla y un receptor que escucha, sino por dos o más seres o comunidades que intercambian y comparten experiencias, conocimientos, sentimientos. Es mediante este proceso de intercambio que los seres humanos establecen relaciones entre sí y pasan de la existencia individual aislada a la existencia social comunitaria (6).

Las habilidades comunicativas están relacionadas con los códigos a implementar. Un código lingüístico, sea éste oral o escrito; un código gestual corporal, un código visual o de imágenes. El uso adecuado de cada uno de estos lenguajes garantizará la efectividad del mensaje (7).

No se puede comunicar con el máximo de efectividad un mensaje si no están claros los propósitos, si la fuente no sabe que comunicar. Tampoco habrá efectividad en la comunicación si la fuente no adecua su saber al nivel de los receptores (8).

Nadie comunica asépticamente, siempre la fuente estará influenciada por la posición que ocupa en un determinado sistema sociocultural. Es importante que este factor sea estudiado para no acentuar las diferencias existentes (9).

Si se pone énfasis en la comunicación efectiva habrá que tener en cuenta todos los elementos que intervienen en el proceso de comunicación la producción del mensaje, los canales que aseguran su circulación, su recepción y los efectos que produce. Esto último permitirá retroalimentar el proceso de comunicación. Por ejemplo, cuando en una campaña de promoción de salud (canal) se plantea la necesidad de reducir el hábito de fumar (mensajes) en una determinada comunidad (destinatario), sólo se puede afirmar que ha existido una comunicación eficaz si al decursar el tiempo se logra una disminución importante en el número de fumadores. La respuesta de éstos y la medición (evaluación/retroalimentación), de la misma por parte de las instituciones de salud (fuente), permitirá la continuidad de la campaña iniciada o reorientarla si fuese necesario, a través de nuevas decisiones (11).

Funciones de la Comunicación

- Informativa: transmitir información
- Promotora: estimular la ejecución
- Evocadora: producir determinados sentimientos.

Modalidades:

- Verbal: con palabras o símbolos.
- Paraverbal: Características sonoras de la voz
- Extraverbal: Gestos o expresiones no verbales que acompañan a la palabra.

El comportamiento en el proceso de comunicación comunitaria en salud.

Con frecuencia se observa que el objetivo de la comunicación es modificar conductas, y para poder lograrlo se requiere que se produzca un aprendizaje (11).

El aprendizaje señala un cambio de calidad de lo que se ha experimentado a medida que se pasa de un estado de conocimiento a otro. Con frecuencia después de aprender se modifica en algún sentido, el comportamiento, se puede modificar la manera de pensar, sentir, actuar.

El aprendizaje ha sido definido por algunos teóricos como la “reorganización activa de una pauta existente de significados” y los significados resultan del esfuerzo que realizan los hombres por adecuar signos y sonidos arbitrarios a las experiencias vividas. Cada persona crea, descubre, pone a prueba y amplía significados a fin de comprender la naturaleza y la experiencia que surge de esa relación. (2)

Comprender los significados no es aprender. En el aprendizaje se reorganizan viejos significados con la ayuda de nuevos a fin de establecer una nueva pauta de relación. Los significados conforman los códigos que elegimos para comunicarnos, y el código por excelencia es el lingüístico. Dentro de la lingüística es la semántica la que se ocupa del significado.

Otro factor del comportamiento que interviene en el acto de comunicación se relaciona con la mayor o menor facilidad para percibir cómo piensa y siente otra persona; esta capacidad se conoce como empatía. La psicología la define como el proceso mediante el cual se anticipa a los estados emocionales del otro. Resulta un valioso enfoque para la efectividad de la comunicación ya que cuando los intentos empáticos al interactuar son recíprocos se logra la comunicación ideal (15).

El directivo o profesional de la salud que no sea capaz de percibir cómo piensa y siente la persona a la cual se está dirigiendo puede cometer graves errores en el orden administrativo, y profesional, que pueden ir desde la pérdida de su tiempo y de quienes les escuchan hasta la creación de conflictos más complejos, desde el punto de vista institucional. La empatía es tan importante en el proceso de dirección como lo es en la relación médico-paciente.

Hay que destacar que no todos los individuos perciben del mismo modo un fenómeno dado. Se entiende por percepción el modo de interpretar la realidad que lo circunda y esto está condicionado por el contexto sociocultural. Mientras más se analice cómo percibe el destinatario su entorno, mayores posibilidades habrá de encontrar un código común (16).

Requisitos necesarios para una comunicación efectiva (18).

Para evaluar la efectividad de la comunicación es preciso considerar tanto sus aspectos objetivos como subjetivos, características de la fuente y el destinatario y el contexto en el que se desarrolla. Por otra parte, la elección del contenido, el medio de comunicación y la habilidad de transmisión y recepción son elementos indispensables en la obtención de una comunicación efectiva. A tal efecto, deben considerarse algunas reglas que hacen posible que un sistema de comunicación cumpla sus objetivos con un mayor grado de efectividad:

a) El mensaje debe ser diseñado y transmitido de forma tal, que atraiga la atención del destinatario deseado. Una campaña contra el sedentarismo no tendría mayores implicaciones en una comunidad de atletas, sin embargo, podría ser de gran interés para funcionarios y empleados que pasan la mayor parte de su tiempo tras un escritorio (18).

b) El mensaje debe utilizar signos que se refieran a la experiencia común de fuente y destinatario, de manera que el significado pase de una a otro. Cuando un médico le argumenta a su paciente las causas y efectos de su enfermedad y lo hace en términos absolutamente técnicos, puede producir en éste un estado de gran preocupación sin que haya motivo para ello, o por otro lado, quizás no le preste atención y no cumpla con el tratamiento adecuado no obstante padecer de una enfermedad de cuidado (18).

c) Debe hacer surgir necesidades en la personalidad del destinatario y sugerir alguna forma de satisfacerlas. No se trata de convencer a los padres de que hay que vacunar a sus hijos, hay también que proporcionarles las vías para que lo hagan. Por supuesto que las formas y medios de satisfacción deben estar acordes a las condiciones propias del destinatario del mensaje, ya que una campaña de vacunación, por ejemplo, plantea diferentes alternativas cuando se trata de zonas urbanas o rurales, o entre familias acomodadas económicamente y otras que viven en extrema pobreza (18).

d) El mensaje debe ajustarse a los patrones de comprensión, actitudes, valores y metas del destinatario. Si cumple con este requisito es mucho más probable que tenga el efecto deseado. Sin embargo, no siempre es posible ajustarse a tales patrones, por ejemplo, el fumador vicioso trata de bloquearse ante cualquier mensaje que lo haga sentirse culpable y trata incesantemente, de justificarse ante sí y ante los demás. En tal caso, hay que buscar mecanismos que traten de ir modificando su conducta sin pretender cambios radicales y urgentes (18).

e) El mensaje debe ser asequible al destinatario y ajustarse a sus características e intereses. La persona o grupo a quien va dirigido el mensaje, no sólo debe entender su significado sino que también debe corresponder de alguna forma a sus intereses económicos, políticos y sociales (18).

f) La fuente debe considerar el momento psicológico. El mejor proyecto puede derrumbarse si se plantea en un momento inoportuno, ya sea por inmadurez, por inexperiencia o por falta de preparación del destino (18).

g) El individuo actúa siempre para satisfacer una necesidad. En la medida que el mensaje se relacione con necesidades de la personalidad y constituya un estímulo positivo, se obtendrá resultados satisfactorios (18).

h) La construcción de mensajes no es cosa fácil, ya sean éstos orales o escritos. Las deficiencias en la utilización de lenguajes especializados y los problemas de semántica deben ser consideradas. A esto debe añadirse las diferencias de personalidad y organizacionales (18).

El objetivo fundamental de la comunicación en las comunidades es facilitar el cumplimiento de la propia finalidad del sistema donde se desarrolla. En el logro de la misma juega un papel fundamental la toma de decisiones (17).

La comunicación permite dar a conocer la política y directivas a los distintos niveles de la organización y facilitar su cumplimiento y control. Para ello debe establecer, claramente, la autoridad y responsabilidad individual. La definición y delimitación de funciones adquieren aquí una singular importancia (18).

Otro objetivo de la comunicación es contribuir a evitar errores en la manipulación de los datos que reflejan hechos de la organización.

La comunicación proporciona la información necesaria al individuo para el adecuado funcionamiento de su trabajo, contribuyendo en el mejoramiento de la moral y estado de ánimo de los individuos aislados y de los grupos existentes en la organización.

Relación entre los sistemas organizacionales de la comunidad y la comunicación.

Las organizaciones sociales son sistemas informativos y cada organización debe recibir y utilizar la información de forma adecuada, podemos afirmar que la comunicación es un subsistema organizativo (15).

La comunicación es, por tanto, un subsistema de vital importancia en el funcionamiento de cualquier grupo, organismo o sociedad. Es un intercambio de información y transmisión de significación, sin cuya existencia el sistema dejaría de actuar (15).

Como en todo sistema, en la comunicación existe un proceso de interacción, en este caso, de interacción social, que se evidencia a través de los ejercicios de influencia, cooperación, contagio social y liderazgo. La comunicación puede revelar problemas al igual que puede eliminarlos, asimismo puede obscurecer o confundir de forma consciente o inconsciente, acerca de un problema o situación dada (15).

La comunicación en la organización es mucho más que un proceso que ocurre entre una fuente y un receptor potencial, su acción está en relación con el sistema social en que se desarrolla y la función particular que ejecuta en este sistema(17).

La comunicación en salud debe ser enfocada como un proceso continuo de planificación y perfeccionamiento, que requiere de la investigación científica para iniciar el proceso, seleccionar estrategias y validar los materiales que se elaboren y los canales que se seleccionen para su transmisión. Esta será efectiva en tanto sea considerada como arte y ciencia, ella permitirá definir, qué, cómo y cuándo puede ser utilizada (20).

Los estudios sobre este aspecto evidencian que los programas de comunicación en salud son efectivos para:

- Aumentar conocimientos sobre temas de salud, problemas derivados de ellos y sus soluciones.

- Influir sobre actitudes que sustentan comportamientos de salud y crear apoyo individual o colectivo para mantenerlos o modificarlos.
- Demostrar y ejemplificar habilidades para la formación, mantenimiento y modificación de conductas de salud.
- Incrementar la demanda de servicios de salud a partir de la creación de la necesidad en los usuarios.
- Y en general para reiterar o reforzar conocimientos actitudes y conductas.

Así mismo, los profesionales de la salud y sus organizaciones, deben asumir el reto de estimular la participación social que se necesita para afrontar la salud con un enfoque positivo, para ello se requiere que el ciudadano común participe en la planificación, aplicación y toma de decisiones. La comunicación se convierte entonces, en una herramienta esencial para el logro de ese objetivo (21).

La prevención de la tuberculosis.

La salud poblacional es un proceso determinado individual, histórica y socialmente. El reconocimiento de que los determinantes de la salud existen y actúan en distintos niveles de organización, desde el nivel microcelular hasta el nivel macroambiental, ha traído consigo la expansión del concepto de salud y, con ello, el replanteamiento de lo que debe ser la práctica racional de la salud pública.

A la necesidad por incorporar esta visión amplia de la salud en la **respuesta social** a los problemas de salud se suma también la urgencia por adaptar mejor tal respuesta en función de los cambios demográficos y epidemiológicos de las poblaciones, así como de las demandas impuestas por las transformaciones estructurales generadas por la globalización, entre ellas la modernización del Estado, la consolidación de la función rectora en salud, la descentralización técnica, administrativa y financiera, y el cambio tecnológico(19).

El concepto amplio de la salud no solamente enfatiza la característica multidimensional de la salud, sino también la existencia de *salud positiva* y, con ello, prioriza la promoción de la salud. La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud(16) en 1986 declara que, para alcanzar el completo estado de bienestar físico, mental y social, el individuo y la población deben estar en la capacidad de identificar y realizar aspiraciones, satisfacer necesidades y cambiar o adaptarse al ambiente. La salud es, por tanto, vista como un recurso para la vida cotidiana y no el objetivo de vivir. Así, la salud ofrece un significado para el bienestar y, con ello, para el *desarrollo humano*. Esta visión es consistente con la Renovación de Salud para Todos, que llama a movilizar esfuerzos para que todas las personas alcancen un nivel de salud que les permita llevar una vida económica y socialmente productiva. Las metas en salud, bajo esta perspectiva, se pueden resumir en las siguientes cuatro (12):

- Asegurar equidad en salud (salud para todos).
- Sumar vida a los años (mejorar la calidad de la vida).
- Sumar años a la vida (reducir la mortalidad).
- Sumar salud a la vida (reducir la morbilidad).

Inspirada en la naturaleza multidimensional de la salud y la visión de salud positiva, la Carta de Ottawa (16) orienta la **respuesta social** a las necesidades de salud de las poblaciones en función a la acción sobre cinco áreas:

- Formulación de políticas públicas saludables. Asegurar que las políticas sectoriales contribuyan al desarrollo de condiciones favorables para promover la salud, desde la elección de alimentos saludables, evitar el uso de alcohol y el tabaquismo, hasta el favorecer la distribución equitativa del ingreso económico, promover la equidad de género y aceptar la diversidad.

- Creación de entornos de apoyo social. físico, económico, cultural y espiritual. En estos tiempos de rápido cambio y adaptación sociales, tecnológicos y laborales, establecer las condiciones que produzcan un impacto positivo sobre la salud; por ejemplo, seguridad urbana, higiene ocupacional, acceso a agua potable, recreación; redes de apoyo social y autoayuda.
- Fortalecimiento de acciones comunitarias. Promover la participación de la industria, los medios de comunicación y los grupos comunitarios en el establecimiento de prioridades y toma de decisiones que afectan la salud colectiva; como ejemplo de estas acciones están las correspondientes al movimiento de municipios y escuelas saludables y la vigilancia en salud pública.
- Desarrollo de habilidades personales. Capacitar a las personas en conocimientos y habilidades para enfrentar los retos de la vida y establecer objetivos de contribución a la sociedad; por ejemplo, la educación del adulto, educación para la salud, manejo de alimentos, potabilización del agua.
- Reorientación de los servicios de salud. Redefinición de sistemas y servicios de salud que consideren a la persona en forma integral y no solamente como sujeto de riesgo; por ejemplo, establecer redes de colaboración entre los proveedores y los usuarios de los servicios de salud en la creación de sistemas de atención primaria a domicilio, hospitalización en casa y servicios de desarrollo infantil(12).

Al aceptar que la salud es un fenómeno multidimensional, debemos reconocer también que es posible alcanzar un grado de desarrollo o desempeño alto en algunas dimensiones de la salud y, simultáneamente, bajo en otras. Por lo tanto, desarrollar un índice de resumen único para catalogar el estado de salud de un

individuo o una población es difícil y posiblemente inapropiado aunque se intenta con frecuencia (4).

MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Es importante distinguir dos **enfoques estratégicos** básicos para la prevención y el control de enfermedades: el enfoque de nivel **individual** y el enfoque de nivel **poblacional**. Esta distinción fundamental en salud pública, originalmente propuesta por Rose (1981), cobra importancia bajo el modelo de determinantes de la salud, en el cual, como hemos visto, la enfermedad en la población es el producto de una compleja interacción de factores proximales y distales al individuo, en interdependencia con su contexto biológico, físico, social, económico, ambiental e histórico (3).

Como su nombre lo indica, el enfoque individual pone el énfasis de la prevención y el control de las causas de la enfermedad en las *personas*, en particular en aquellas con alto riesgo de enfermar; el enfoque poblacional lo pone en las causas de la enfermedad en la *población*. Esto implica reconocer que un factor que sea causa importante de enfermedad en las personas *no es necesariamente* el mismo factor que determina primariamente la tasa de enfermedad en la población. Rose distinguió así las "causas de los casos" y las "causas de la incidencia" de una enfermedad en la población (2).

En el enfoque individual, la intervención de control se dirige a ese grupo de alto riesgo y su éxito total implica el truncamiento de la distribución de riesgo en su extremo. La prevalencia de exposición y el riesgo de enfermar del resto de la población, que es la gran mayoría, no se modifican. En contraste, en el enfoque poblacional la intervención de control se dirige a toda la población y su éxito total implica un desplazamiento hacia la izquierda de la distribución en conjunto. La prevalencia de exposición y el riesgo de enfermar de toda la población disminuyen colectivamente (1-2).

En un sentido amplio, el quehacer de la salud pública parte de constatar una realidad y apunta a conseguir un cambio en la salud de la población. En esa misión, la epidemiología aporta un enfoque sistemático en el que observar, cuantificar, comparar y proponer son sus principios básicos como proceso institucional y como actitud profesional (2).

La salud poblacional es un proceso determinado individual, histórica y socialmente. El reconocimiento de que los determinantes de la salud existen y actúan en distintos niveles de organización, desde el nivel microcelular hasta el nivel macroambiental, ha traído consigo la expansión del concepto de salud y, con ello, el replanteamiento de lo que debe ser la práctica racional de la salud pública(2).

A la necesidad por incorporar esta visión amplia de la salud en la **respuesta social** a los problemas de salud se suma también la urgencia por adaptar mejor tal respuesta en función de los cambios demográficos y epidemiológicos de las poblaciones, así como de las demandas impuestas por las transformaciones estructurales generadas por la globalización, entre ellas la modernización del estado, la consolidación de la función rectora en salud, la descentralización técnica, administrativa y financiera, y el cambio tecnológico(5).

Para el caso específico de la tuberculosis se debe partir de que esta es una de las enfermedades más antiguas que afectan a los seres humanos. Aunque se estima una antigüedad entre 15.000 a 20.000 años, se acepta más que esta especie evolucionó de otros microorganismos más primitivos dentro del propio género *Mycobacterium*. Se puede pensar que en algún momento de la evolución, alguna especie de micobacterias traspasara la barrera biológica, por presión selectiva, y pasara a tener un reservorio en animales. Esto, posiblemente, dio lugar a un ancestro progenitor del *Mycobacterium bovis*, que es la aceptada por muchos como la más antigua de las especies que actualmente integran el denominado complejo *Mycobacterium tuberculosis*, que incluye *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum* y *M. microti*. El "escalón" siguiente sería el paso del *M. bovis* a la especie humana, coincidiendo con la domesticación de los animales por parte del hombre. Así,

posiblemente, pudo surgir como patógeno para el hombre. La tuberculosis es posiblemente la enfermedad infecciosa más prevalente en el mundo. Aunque la tuberculosis es una enfermedad predominantemente de los pulmones, puede también verse afectando el sistema nervioso central, el sistema linfático, circulatorio, genitourinario, gastrointestinal, los huesos, articulaciones y aun la piel (8).

Los signos y síntomas más frecuentes de la tuberculosis son: Tos con flema por más de 15 días, a veces con sangre en el esputo, fiebre, sudoración nocturna, mareos momentáneos, escalofríos y pérdida de peso. Si la infección afecta a otros órganos por volverse sistémica, aparecen otros síntomas. Por lo general, las personas que tienen contacto cercano con una persona diagnosticada con tuberculosis son sometidas a pruebas para descartar que estén infectados (3).

La resistencia microbiana a los antibióticos usados para el tratamiento de la tuberculosis se está volviendo un creciente problema en casos de tuberculosis extensamente resistente a multi-drogas. La prevención de la tuberculosis radica en programas de rastreo y vacunación, usualmente con BCG(6).

La tuberculosis se transmite por el aire, cuando el enfermo estornuda, tose o escupe, entre otras causas. La tendencia epidemiológica de la incidencia de TBC sigue aumentando en el mundo, pero la tasa de mortalidad y prevalencia a partir del 2003 tienen una tendencia a disminuir (7).

Para un eficaz prevención de la tuberculosis y la disminución en cuanto a su morbi-mortalidad se necesitan articular acciones de prevención a diferentes niveles comunitarios entre los que se encuentran los recintos penitenciarios que en el mundo y en Cuba se han visto afectados continuamente de ahí que con la presente investigación el punto de partida para dar cumplimiento al objetivo trazado lo constituya el diagnóstico educativo practicado a la comunidad objeto de estudio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de investigación: Observacional analítico, prospectivo y longitudinal.

Se realizó una investigación observacional analítico, prospectivo y longitudinal con el propósito de elaborar un programa de comunicación educativa en salud dirigido a la preparación para la prevención de la Tb en población penal. Se partió de la utilización de los métodos de estudio documental con la utilización de publicaciones seriadas, informes científicos y análisis de programas nacionales y otros programas de referencia internacional que permitió la sistematización de las teorías sobre el comportamiento humano y en específico el autocuidado de la salud (para cumplir con el objetivo específico # 1). Se aplicó el diagnóstico educativo de salud con respecto a los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP)(Anexo 1) sobre problemática de salud en la muestra a estudiar, lo que determinó la elaboración de un programa de comunicación educativa (para cumplir con el objetivo específico # 2), el que se aplicó a pequeña escala y se evaluó la factibilidad para su aplicación (para cumplir con el objetivo específico # 3).

Universo y muestra de estudio: El universo está constituido por los 514 reclusos que se encuentran en la penitenciaría y la muestra de investigación se seleccionó de forma estratificada intencional, no probabilística y quedó conformada por 45 reclusos de la galera 8.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Están incluidos todos los reclusos de la galera 8 desde el mes de marzo de 2014, al inicio del proyecto, esta galera es la de mayor número de reclusos, la más hacinada, la de mayor humedad y menos ventilación en la comunidad penitenciaria.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Todos los reclusos que se incorporaron a la galera 8 después del día de inicio del estudio.
- Todos los que tengan fecha de libertad durante el período en estudio.
- Principales variables de medición de respuesta su conceptualización y operacionalización y definición de las escalas. Precisando las variables que han de evaluarse para establecer definiciones.

Operacionalización de las variables.

Variable Independiente: Programa educativo: metodología compleja exigente y efectiva para lograr cambios de comportamiento específicos y sostenidos en sectores de la población debe estar centrado en el sujeto, implicándolo afectivamente, con una comunicación horizontal y con métodos educativos.

Variable Dependiente: Comportamiento

- Comportamiento humano: Grado de comprensión y motivación que sobre un fenómeno tiene el ser humano en el que están estrechamente ligado lo cognitivo y lo afectivo que hacen que el hombre asuma determinadas decisiones expresadas en su actuación.
- Responsabilidad: El nivel de compromiso que el ser humano asume ante determinadas circunstancias.
- Comportamiento Responsable ante la Tb: Está dado por el comportamiento responsable que asumen las personas ante el autocuidado con respecto a la Tb. (31)

Operacionalización de la variable dependiente.

Dimensión:	B	R	M
1.- Conocimientos.	+ 90%	75-90%	-75%
Indicadores:			
Beneficios de saber las medidas de prevención de la Tb.			
Conocimientos sobre la sintomatología de la Tb.			
Conocimiento de las relaciones con personas afectadas por Tb.			
Dimensión:	B	R	M
2.- Actitudes.	+ 90%	75-90%	-75%
Indicadores:			
Disposición a cumplir con las medidas de prevención de la Tb.			
Disposición para la ayuda y apoyo a los atados por la Tb.			
Disposición a acudir a actividades en grupos que ayuden al conocimiento de la prevención de la Tb en comunidad penitenciaria.			
Dimensión:	B	R	M
Prácticas:	+ 90%	75-90%	-75%
Indicadores:			
Cumplimiento de las medidas de prevención de la Tb.			
Transmisión de información a otros compañeros sobre la prevención.			
Atención afectiva correcta a los afectados por Tb.			

Métodos del nivel teórico:

Histórico Lógico: Se sigue una secuencia lógica en la que se implica la problemática objeto de estudio y se hace un recorrido desde diferentes momentos en que se trabaja la prevención de la Tb desde la comunicación comunitaria hasta lo individual y grupal, se comparan resultados obtenidos en otras investigaciones con lo aportado en los resultados de la presente.

Análisis- síntesis: Se trabaja en la descomposición del todo en sus partes y la integración de esta al analizar los diferentes datos que aportan la recogida de información.

Inducción –deducción: Durante el proceso investigativo se buscó la interpretación y llegar a conclusiones desde elementos simples a complejos y viceversa.

Métodos del nivel empírico para la obtención de la información: Encuesta individual (anexo 1), grupos focales (anexo 2) que responden al estudios de tipo CAP y la Revisión Documental, el criterio de experto permitió determinar los especialistas en comunicación social en salud que evaluaron la propuesta de programa a través del Instrumento y las pautas de evaluación previa de materiales educativos de la serie Paltex de la OPS(16-21).(anexo 3), para determinar su pertinencia y factibilidad de uso.

Para el trabajo con la muestra se pidió el consentimiento de los sujetos seleccionados para su participación en la investigación a través de una reunión previa con los implicados sin objeciones a la solicitud.

Métodos estadísticos para el de proceso de la información de los métodos del nivel empírico utilizados.

Estadística descriptiva e inferencial, se utilizaron el porcentaje, la media y la moda, los resultados se reflejan en tablas y gráficos para la interpretación y procesamiento de la información, las técnicas cualitativas se procesan a través del informe de grupo

focal.

Los instrumentos de la serie PALTEX se procesaron según puntajes con rangos de:

- Si el puntaje está entre 35 y 28, la actividad resultó muy apropiada.
- Si el puntaje está entre 27 y 20, la actividad resultó medianamente apropiada.
- Si el puntaje está entre 19 y 12, la actividad fue poco apropiada.
- Si el puntaje está por debajo de 11, la actividad no fue apropiada, se debe tratar de mejorar la próxima vez.

La selección de experto (CITMATEL) se realizó a partir de la información brindada por el departamento de promoción de salud y prevención de las enfermedades en el municipio de morón, se concilió con estos y se realizó el consentimiento, primero para ser valorados como experto después para la evaluación previa del programa de comunicación (trabajo llevado a cabo por el equipo directivo del proyecto de investigación al que se inserta la presente tesis) que propone la investigación, se procedió a seleccionar los expertos a partir de:

Criterio de experto: fórmula utilizada

$$K = 0.5 (Kc + Ka)$$

Donde:

K: Coeficiente de Competencia.

Kc: Coeficiente de conocimientos.

Ka: Coeficiente de argumentación.

Posteriormente obtenidos los resultados se valoran de la manera siguiente:

$0.8 < K < 1.0$ Coeficiente de competencia alto.

$0.5 < K < 0.8$ Coeficiente de competencia medio.

$K < 0.5$ Coeficiente de competencia bajo.

La evaluación permitió validar la hipótesis de la investigación

Análisis y discusión de los resultados

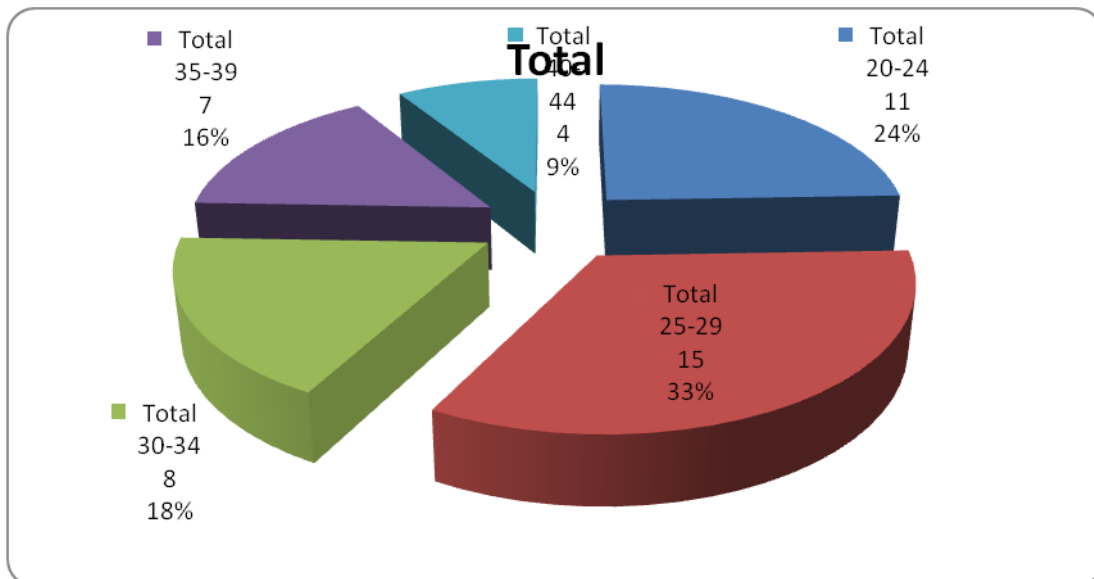
Para el diagnóstico educativo de salud se recopiló la información a partir de la aplicación de una encuesta y de la técnica de grupo focal las que se relacionaron para determinar las problemáticas y potencialidades de la comunidad con el propósito de la elaboración de un programa de comunicación comunitario de salud para la prevención de la Tb.

A continuación se presenta el análisis de los resultados del diagnóstico de partida:

Datos generales de la muestra.

Edad.

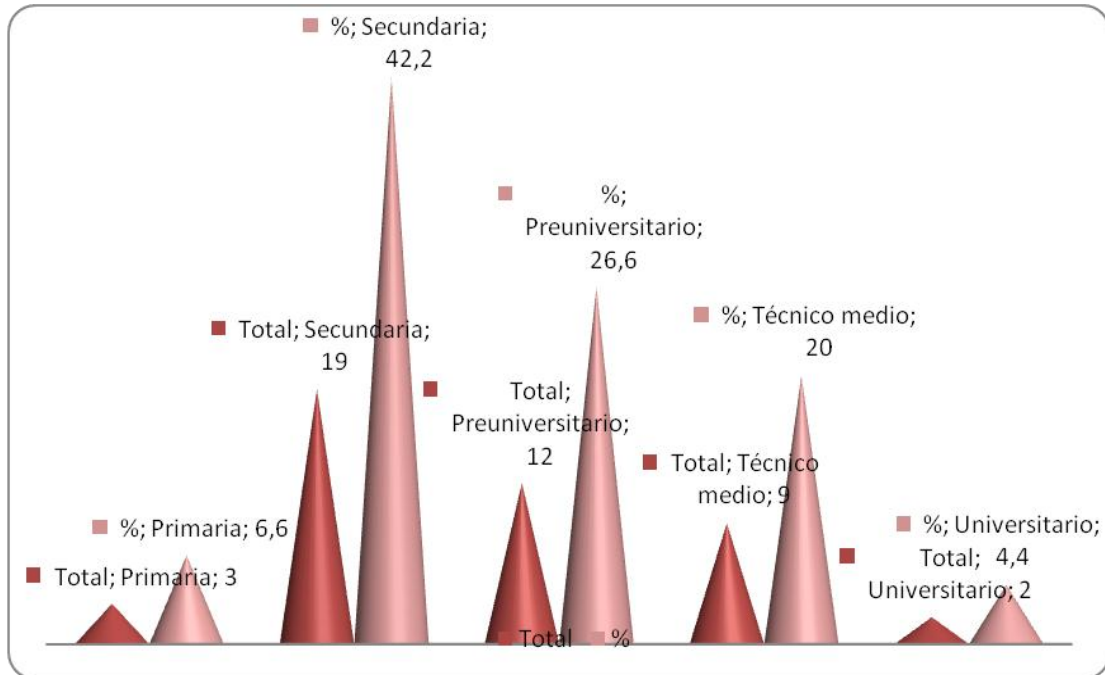
Gráfico # 1: Edad según grupos atareos.



La mayor representatividad de la muestra corresponde a los grupos etareos comprendidos entre los 25-29 años el 33% y el de 20-24 años con el 24%, el grupo menos representado es el de 40-44 años con el 9%.

Nivel de escolaridad de la muestra estudiada:

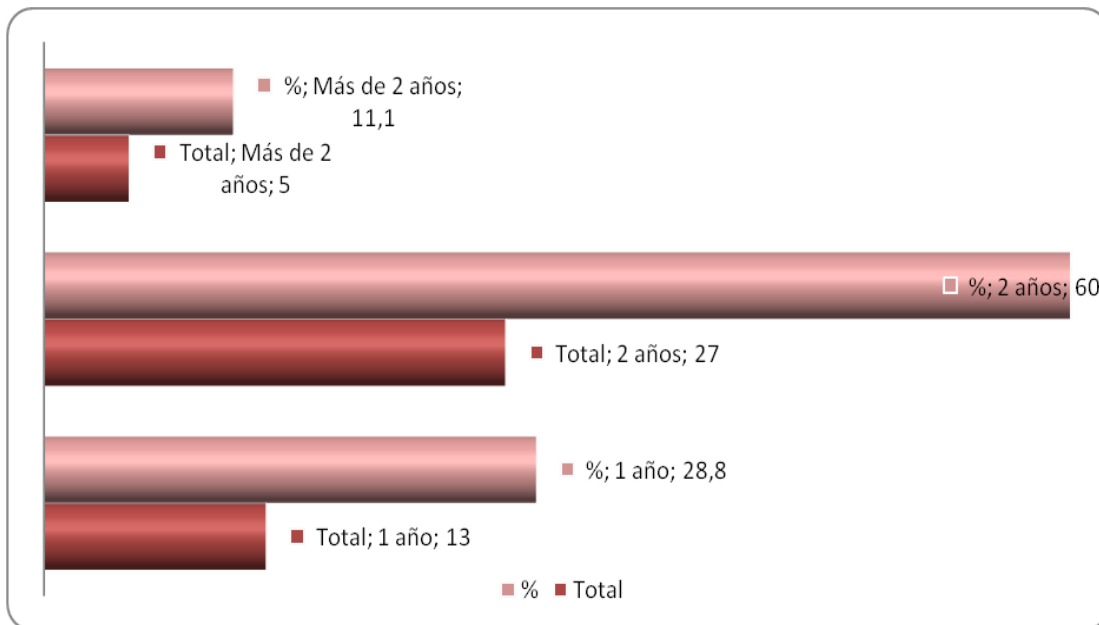
Gráfico # 2: Escolaridad.



Los de mayor escolaridad están comprendidos en los grupos de secundaria básica el 42,2% lo que representa casi la mitad de los encuestados, esto permite determinar el lenguaje y las posibilidades de conocimientos que se deben transmitir en el programa de comunicación además se puede apoyar con otros segmentos de la muestra que son los que tienen el preuniversitario (26,6%) y el técnico medio (20%), es importante resaltar que todos están acogidos a un programa de superación existente en el sistema penitenciario el cual permite que se implemente utilizando profesores incluso el programa que se propone en la investigación.

Estadía en el centro penitenciario:

Gráfico # 3: Años de estancia en el centro penitenciario.



La mayoría de los encuestados tienen 2 o más años en el centro penitenciario, esto permitió que dominaran mejor el sistema de atención de salud en la penitenciaría y que a su vez estén en mejores condiciones de asimilar las actividades educativas del programa que se propone.

A la pregunta de si ha padecido tuberculosis en alguna oportunidad las respuestas aparecen en la Tabla # 1.

Tabla # 1: Padecimiento de Tb

Ha padecido en alguna ocasión de tuberculosis	Total	%
Si	0	0
No	45	100

El 100% de la muestra respondió que no, lo que da la posibilidad de realizar un trabajo más adecuado en cuanto a evitar que personas sanas se infecten.

Tabla # 2: Identificación de síntomas más frecuentes de la Tb.

Síntomas más frecuentes de tuberculosis	Total	%
Expectoración	35	77,7
Tos	37	82,2
Escupir sangre	31	68,8
Pérdida de apetito	21	46,6
Fiebre	19	42,2
Pérdida de peso	22	48,8
dolor en el tórax	13	28,8

Como se apreciaba en la tabla solo los síntomas expectoración (77,7%), tos (82,2%) y escupir sangre (68,8%) lo identifican más del 50% por lo que el dominio sobre los síntomas puede calificarse de bajo, incluso en el grupo focal hubo varios que plantearon que identificaron los síntomas “al azar”, o simplemente, “por deducción o lógica”, lo que reafirma el bajo nivel de conocimientos sobre la enfermedad. Lo que se corresponden con estudios realizados por García (24) el que en estudios realizados plantea que siempre más del 70% identifica la Tb con tos y expectoración por ser los más comunes.

Tabla # 3: Conducta a seguir ante los síntomas característicos por más de 14 días.

Qué hacer con los síntomas de tos y expectoración por más de 14 días	Total	%
Acudir al médico	13	28,8
No hacer nada y esperar	12	26,6
No sé qué hacer	11	24,4

Con respecto a la exploración de prácticas a seguir ante determinados signos o señales de la enfermedad, las respuestas no rebasaron el 50% en ninguno de los casos el 28% respondió correctamente asistir al médico pero llama la atención, que el 26,6% dice no hacer nada y que el 24,4% no sabe lo que tiene que hacer, en el grupo focal explicó la mayoría, “nadie me ha dicho si tengo algo de catarro por más de 14 días que hacer, dos expresaron que marcaron la opción de ir al médico porque “si llevamos muchos días enfermo está claro que debemos ir” es decir que cuando marcaron la opción no estaban convencido lo que demuestra que limitaciones con el conocimiento de conductas a seguir le impiden estar en condiciones de hacerlo.

Tabla# 4: Conocimientos sobre personas en riesgo.

Conocimientos sobre personas en riesgo	Total	%
Defensas bajas	11	24,4
Alcohólicos	9	20
Reclusos	11	24,4
Relacionarse con enfermos	14	31,1
Albergados	19	42,2
Diabéticos	3	6,6
Adulto mayor	7	15,5
Niños pequeños	6	13,3
Fumadores activos	8	17,7
Enfermos psiquiátricos	11	24,4
Enfermos de SIDA	0	0

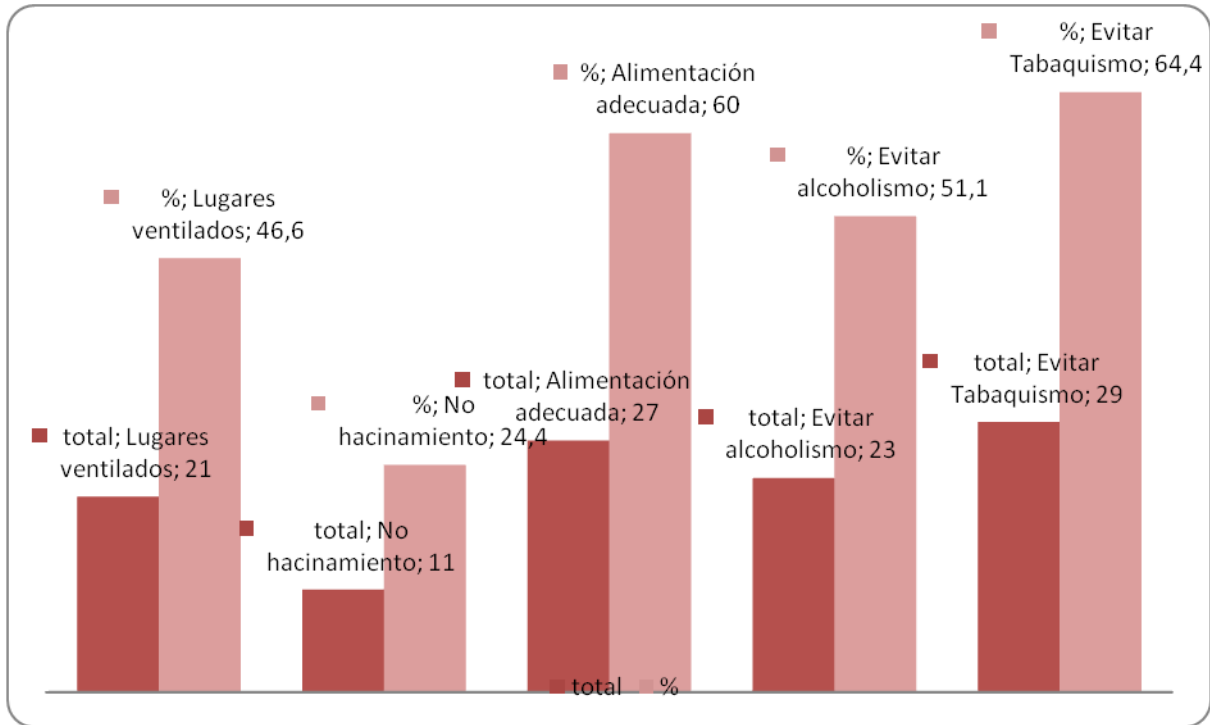
Otros elemento explorado lo constituyen la identificación del riesgo y en ninguna de las variantes ofrecidas se identificó más del 50%, resalta el desconocimiento de su condición ya que solo el 24,4% identifica a los reclusos, al indagar sobre el tema en el grupo focal la mayoría dice estar claro que los reclusos constituyen un grupo de riesgo pero que “les dio pena declararlo en la encuesta” también manifestaron “que les resultaba feo que ellos a pesar de estar presos lo reconozcan como posibles tuberculosos”. Coincide también con los estudios de García (24) en el que se observa que en estudios realizados en población abierta no rebasan más del 50% al identificar las personas en riesgo.

Tabla # 5: Vías más frecuentes de transmisión de la Tb.

Vías de transmisión	Total	%
Contacto de persona a persona	21	46,6
Convivir con enfermo en habitación poca ventilada	23	51,1
Compartir objetos de uso personal (vasos, cubiertos, entre otros).	11	24,4
Entrar en contacto con secreciones del enfermo.	11	24,4

Llamó la atención los niveles tan bajos de respuestas acertadas, solo convivir con un enfermo en la misma habitación (51,1%), lo que demuestra que es baja la percepción del riesgo para contraer la enfermedad, además en la entrevista grupal respondieron de forma equivocada con respecto a las vías más frecuentes de transmisión, incluyendo que el contacto con infectados lo identifican como relaciones de parejas.

Gráfica # 4: Medidas a tomar en la convivencia con un enfermo.



Este aspecto se exploró dada las características de la penitenciaría aunque los enfermos en muchas ocasiones se aísla en la enfermería, previa a esta conducta y antes del diagnóstico conviven con ellos, el conocimiento de las medidas que se adoptan solo en lo que respecta a la alimentación (60%) y a las adicciones (Alcoholismo 51,1%, y tabaquismo 64,4%) las demás no rebasan el 50%, en la entrevista de grupo expresaron que “no estaban claro de la conducta a seguir con un enfermo cercano”, “ que sí saben que ante cualquier enfermedad alimentarse adecuadamente es muy necesario y las adicciones son malas” esto muestra que las seleccionaron sin el conocimiento preciso sobre el tema.

Tabla# 6: Ante la sospecha de Tb qué hacer.

Cuando tiene un catarro que dura más de lo normal, ha sospechado tener Tb	Total	%
Siempre	1	2,2
A veces	11	24,4
Casi nunca	32	71,1
Nunca	1	2,2

Las respuestas emitidas ante el cuestionamiento refuerzan la baja percepción al riesgo ante la enfermedad ya mostrada en la tabla # 3, tal es el caso de sospechar solo algunas veces el 24,4% y la opción de casi nunca al 71,1%, los entrevistados plantearon que “es difícil pensar siempre en algo malo”, “yo de esas cosas no me preocupo” y “si pienso en eso todo el tiempo me vuelvo loco” estas respuestas ilustran los resultados que aparecen en las tablas 3 y 6.

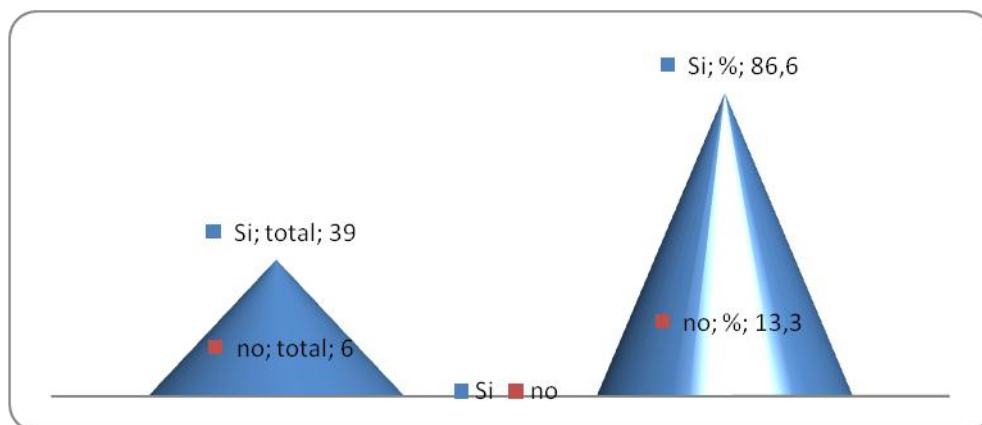
Con respecto a las prácticas saludables sobre la enfermedad en la tabla # 7 se muestran las medidas a tomar ante la enfermedad.

Tabla # 7: Medidas de prevención a tomar para prevenir la Tb

Enumere tres medidas que debe tomar en su celda si aparece un caso de Tb	Total	%
Tener los objetos personales separados	15	33,3
No hablar cerca del infestado	13	28,8
No dejarlo estornudar sin poner mano o pañuelo en la boca	11	24,4
Prohibir que se escupa en el piso	20	44,4

En la exploración de las medidas a cumplir solo mencionaron 4 y en ninguno de los casos se rebasó el 50%, lo que indica que no dominan estas y además no las ponen en práctica, al cuestionarse sobre el tema en el grupo focal la mayoría reconoce que domina muy poco de las medidas que solo sabe algunas que se dicen en la calle y que el médico o la enfermera a veces les han hablado.

Gráfico # 5: Información recibida sobre la enfermedad.



La mayoría refiere haber tenido al menos alguna información sobre el problema de salud 86,6% pero lo que afecta reforzar el conocimiento es la sistematicidad y el orden para hacerlo, aspectos estos planteados en el grupo focal.

Tabla # 8: A través de que vías has recibido la información de Tb.

Vías a través de las que ha recibido información	Total	%
Escuela	12	26,6
A través de medios de comunicación	29	64,4
instituciones de salud	8	17,7

Son los medios de comunicación con el 64,4% la vía de obtención más común de información, la escuela y las instituciones de salud a través de sus especialistas siguen quedando rezagadas con respecto al papel que deben desempeñar en la educación sanitaria de la población, esto se comprueba con la tabulación de la siguiente pregunta de la encuesta.

Tabla # 9: Que personal te ha transmitido la información cara a cara.

Quienes te han brindado información	Total	%
Médicos y enfermeras	13	28,8
Maestros	11	24,4
Otro personal de salud	17	37,7

Aunque en niveles muy bajos son los médicos y enfermeras con el 28,8%, maestros 24,4% y otro personal de salud 37,7% los que le han transmitido la información

directa, en el grupo focal se comprobó que las actividades siempre han sido esporádicas y que ellos necesitan que sean sistemáticas por todas las personas que trabajan con ellos en este caso personal de salud y maestros ya que reciben clases de superación periódicas.

A partir del diagnóstico se determinaron las potencialidades y las problemáticas (la mayoría de los indicadores propuestos para el estudio se encuentran en los niveles de R y M al obtener -90%) de la población estudiada para ser tenidas en cuenta en la elaboración del programa de comunicación educativa de salud.

Problemáticas:

- 1.- Se desconocen las principales vías de transmisión de la Tb.
- 2.- Existen deficiencias en cuanto a las conductas a seguir cuando hay un caso sospechoso de Tb en las galeras.
- 3.- La mayoría reconoce que la información recibida es insuficiente, tanto por el personal como de las vías por el cual la obtienen.
- 4.- No se tiene una correcta percepción del riesgo ante posibles síntomas de la enfermedad.
- 5.- No identifican los grupos de riesgo, en el que ellos mismos tienen hasta temor de reconocerse como un grupo de ellos.

Potencialidades:

- 1.- Muestran interés por el conocimiento sobre el tema.
- 2.- Entienden como necesaria una constante preparación para prevenir la enfermedad.

3.- Reconocen que maestros y personal de salud que trabaja en la prisión deben ser las principales personas de las cuales deben recibir información.

4.- El nivel de escolaridad y la superación a la que tiene acceso constantemente les permite asimilar la implementación de programas de comunicación comunitaria en salud.

El diagnóstico educativo de salud de la comunidad permitió la elaboración del programa de comunicación educativa en salud (anexo 3).

A continuación se exponen los resultados de la evaluación de pertinencia y posible efectividad del programa de comunicación en salud, teniendo en cuenta los criterios de expertos y de la prueba previa realizada a la muestra objeto de estudio con lo que se dio respuesta al objetivo específico número 3 de la investigación.

El programa se validó con 13 expertos en comunicación social en salud entre los que se encuentran especialistas en promoción de salud en activo en el municipio y provincia (y especialistas de la salud con experiencia en el área de promoción de salud) a lo que se le aplicó el criterio de experto utilizándose la fórmula

$$K = 0.5 (Kc + Ka)$$

Dónde:

K: Coeficiente de competencia.

Kc: Coeficiente de conocimientos.

Ka: Coeficiente de argumentación.

Posteriormente obtenidos los resultados se valoran de la manera siguiente:

$0.8 < K < 1.0$ Coeficiente de competencia alto.

$0.5 < K < 0.8$ Coeficiente de competencia medio.

$K < 0.5$ Coeficiente de competencia bajo.

Tabla # 2: Análisis de expertos en comunicación social en salud.

Encuestado	Kc	Ka	K
1	0.4	0.9	0.7
2	0.8	0.6	0.7
3	0.7	0.9	0.8
4	0.4	0.6	0.5*
5	0.7	0.6	0.7
6	0.7	0.9	0.8
7	0.4	0.9	0.7
8	0.5	0.6	0.6
9	0.6	0.7	0.7
10	0.5	0.6	0.6
11	0.6	0.5	0.6
12	0.4	0.6	0.5*
13	0.6	0.9	0.7
14	0.9	0.8	0.9
15	0.8	0.9	0.9

De este modo se seleccionaron 13 expertos de los 15 comunicadores sociales en salud que se procesaron los que fueron eliminados están marcados con asterisco al no tener el coeficiente que demanda la investigación.

A los expertos en comunicación se les presentó para su análisis y estudio el programa y se les pidió que reflejaran los resultados en el documento criterio de evaluación de la serie PALTEX al igual que a los miembros de la muestra después que recibieron el programa obteniéndose los siguientes resultados, es necesario aclarar que en cada caso se expone el resultado en tablas y gráficos por la necesidad de que se entienda con más nitidez el presente informe de resultado de investigación

CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA EDUCATIVO DE SALUD.

Serie PALTEX.

En escala del 1a 5 califique de acuerdo con el grado de cumplimiento.

5 corresponde a un cumplimiento total y 1 indica incumplimiento.

	CRITERIOS	1	2	3	4	5
1.- Aceptación:	La actividad gustó a los participantes.					
2.- Participación:	Los participantes se involucraron con entusiasmo.					
3.- Comprensión del propósito:	Comprendieron el propósito y manejo de la actividad.					
4.- Comprensión del mensaje:	Demostraron que se comprendió el mensaje.					
5.- Utilización de lo aprendido:	Los participantes manifiestan poder utilizar lo aprendido.					
6.- Seguimiento y continuación:	Los participantes al final las sesiones solicitaron información complementaria u otra actividad similar.					
7.- Impacto en la Comunidad:	Después de aplicado se han recibido pedidos e interés por otros miembros de la comunidad para actividades afines.					

- Si el puntaje está entre 35 y 28, la actividad resultó muy apropiada.

- Si el puntaje está entre 27 y 20, la actividad resultó medianamente apropiada.

- Si el puntaje está entre 19 y 12, la actividad fue poco apropiada.

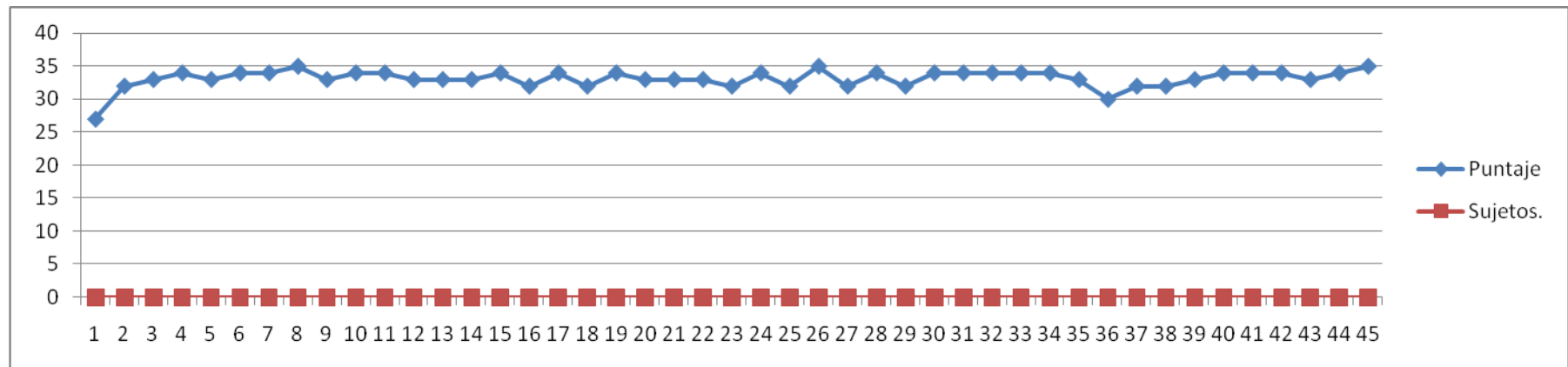
- Si el puntaje está por debajo de 11, la actividad no fue apropiada, se debe tratar de mejorar la próxima vez.

COMENTARIOS: (Anote aquí lo que crea que va ayudarle en el futuro).

a: _____ Evaluador: _____ Fecha

Esta técnica se puede aplicar entregándola a cada participante como evaluador o se puede realizar como entrevista a cada uno por separado, esta última forma fue la utilizada en la investigación. (35,36)

Gráfico de puntaje por sujetos en la evaluación del programa de comunicación educativo de salud propuesto



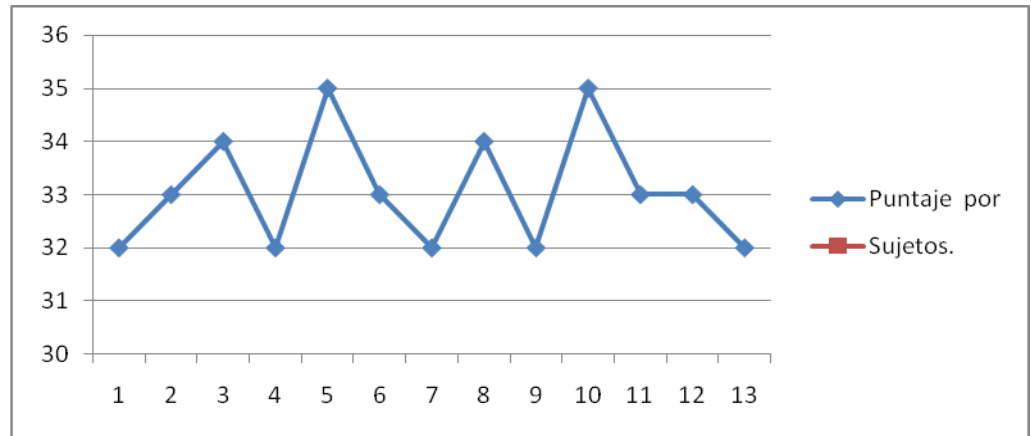
Observaciones realizadas por los sujetos de la muestra:

- La comprensión del mensaje representó un puntaje alto pero se necesita para la implementación mejorar el lenguaje, es decir, más sencillo.
- Reconocieron la importancia del programa y la utilidad de este, pidieron que se tuviera en cuenta en el programa a la familia que quisieran implicarlas en actividades de este tipo.
- Como miembros de la comunidad recomendaron hacer extensivo el programa a otros miembros de esta.
- Los puntajes más bajos fueron recibidos de reclusos que tienen problemas de adaptación a su nueva condición y que son más retraídos y a la vez con problemas de inserción grupal.

Resultado de la evaluación del programa por los expertos.

ITEMS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Aceptación	5	4	5	5	5	4	4	5	4	5	4	5	5
Participación	4	4	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5	4
Comprensión del propósito	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Comprensión del mensaje	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Utilización de Lo aprendido	4	5	5	4	5	5	4	4	5	5	4	4	4
Seguimiento y continuación	4	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5	4
Impacto en la comunidad	4	5	4	5	4	4	5	5	5	5	5	4	5
Puntaje por Sujetos.	32	33	34	32	35	33	32	34	32	35	33	33	32

Gráfico de puntaje por sujetos en la evaluación del programa de comunicación educativo de salud propuesto



Las observaciones realizadas por los expertos:

Los expertos en su totalidad aceptan la propuesta y mostraron conformidad lo que se refleja en la puntuación otorgada.

Resaltaron el posible impacto en la comunidad penitenciaria.

Reconocieron que el uso de programas de este tipo propician que las personas ante eventos de salud no estén totalmente desprotegidas sobretodo la población de las penitenciaría que por sus condiciones son tan especial en situaciones de enfermedades transmisibles.

Del 100% de los sujetos mostraron un resultado entre 28 a 35% por lo que este programa se considera apto para su ejecución.

CONCLUSIONES

1.-Con el análisis documental se logró sistematizar los fundamentos teóricos de la investigación desde el proceso de comunicación educativa en salud hasta la necesidad de esta para la práctica correcta del autocuidado con respecto a la prevención de la Tb.

2.-Con la aplicación del estudio CAP se determinó que la mayoría de los indicadores estudiados en la muestra están evaluados de R y M en término de media aritmética por debajo del 90%, entre las problemáticas detectadas se encuentran: se desconocen las principales vías de transmisión de la Tb, existen deficiencias en cuanto a las conductas a seguir cuando hay un caso sospechoso de Tb en las galeras, la mayoría reconoce que la información recibida es insuficiente, tanto por el personal como de las vías por el cual la obtienen, no se tiene una correcta percepción del riesgo ante posibles síntomas de la enfermedad, no identifican los grupos de riesgo, en el que ellos mismos tienen hasta temor de reconocerse como un grupo de ellos.

3.-El programa elaborado de comunicación educativa en salud a partir del estudio CAP al ser evaluado por expertos y por la muestra objeto de estudio corroboró la veracidad de la hipótesis propuesta al considerar el 100% de los evaluadores al programa de comunicación educativa en salud de la prevención de la Tb en el penado de Morón.

RECOMENDACIONES

1.- El programa de comunicación educativa en salud para la prevención de la Tb dirigido a población de la penitenciaría de Morón está en condiciones de ser aplicado por lo que se le debe dar continuidad en trabajos de investigación para la culminación de estudios de especialistas en medicina general integral del municipio de Morón, y responder de esta forma al proyecto de promoción de salud y prevención de las enfermedades del centro municipal de higiene, epidemiología y microbiología en Morón.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Elson Concepción. Pobreza y Tuberculosis. RCh la cadena popular. Html. 3/6/14. Disponible en Radio Cadena Habana [http:// www.cadenahabana.cu](http://www.cadenahabana.cu) .
2. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Epidemiología. Programa Nacional de Control y Prevención de la Tuberculosis en Cuba. La Habana : MINSAP; 2008(p.1-15).
3. Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis. Centro de Prensa (Internet) OMS: 2010(citado 2 Abr. 2010) (aprox. 7 pantallas) Disponible en: [http// www. Who. Int./ mediacentre/factsheets/fs104/es/index.html](http://www.Who.Int./mediacentre/factsheets/fs104/es/index.html).
4. Llanes Cordero MJ. Programa Nacional de control de Tuberculosis. La Habana : MINSAP, 2008(p.11-19)
5. Tuberculosis pulmonar (internet) 2010. (citado 5 May. 2011) (aprox. 4 pantallas) Disponible en <http://www.nlm.nih.gov/medieplus/spanish/ency/article/00077.htm>.
6. Beltrán, Luis Romero. La Salud y la Comunicación en Latinoamérica: Política, Estrategias y Planes. Documento OPS UNESCO. Ecuador. 2013(p.21-37).
7. Denis Melton. Conceptos sobre promoción de la salud. Programa de Promoción de Salud. OPS/OMS. Wash. 2012 (p.2-11).
8. Fernández. C. y Dahnke, G. La comunicación humana: Ciencia Social. Editorial Mc Graw Hill, México, 2012(p.79-83).
9. Hernández, E.: Acerca de la comunicación del diagnóstico y pronóstico a pacientes y familiares. Capitulo V del libro: Intervención psicológica en las enfermedades cardiovasculares. En proceso de edición. Universidad de Guadalajara. Jalisco. México, 2011(p. 11-15-59).
10. OMS: Educación para la Salud. Manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud. Ginebra 2010(p.45-57).
11. OPS. Manual de Comunicación para Programas de Salud. Wash. 1992(p.31-56).
12. Pascuali, A.: Comprender la comunicación. Monte Avila. Caracas,2011(p.9-13).

13. Ruesh. On Communication models in the social sciences. Public opinion quarterly. USA. 2011.(p.23-33)
14. Shannon y Weaver. The Mathematical Theory of Communication. N.Y. 1939(p. 11-19)
15. Suárez, N, Fernández, E.: La comunicación en el Proceso de Dirección. Escuela Nacional de Salud Pública.2000 (p.55-67).
16. Organización Panamericana de la Salud. Lecturas de Comunicación Social en Salud: Introducción a Métodos Cualitativos de Investigación. División de Promoción y Protección de la Salud. Washington DC: OPS, 1995. Serie No. 11.
17. Organización Panamericana de la Salud. Lecturas de Comunicación en Salud. División de Promoción y Protección de la Salud. Washington DC: OPS, 1999. Serie No. 20(p. 56-102).
18. Organización Panamericana de la Salud. Manual de Comunicación Social para Programas de la Promoción de Salud de los Adolescentes. Washington DC: OPS, 2011(p. 11-31).
19. Organización Panamericana de la Salud. Modelos y Teorías de Comunicación en Salud, Promoción de Salud. División de Promoción y Protección de la Salud. Washington DC: OPS, 2010. Serie No. 19(p.12-17).
20. Organización Panamericana de la Salud. Programa Experimental para la Salud en Escuela. División de Promoción y Protección de la Salud. Washington DC: OPS, 2009. Serie No. 2 (p.32-89).
21. Organización Panamericana de la Salud. Serie PALTEX para Técnicos Medios y Auxiliares. Guía para el Diseño, Utilización y Evaluación de Materiales Educativos de Salud, Washington DC: OPS, 1984. No. 10.(p.21-35)
22. Organización Panamericana de la Salud. Taller Internacional de Comunicación Social en Salud. División de Promoción y Protección de la Salud. Washington DC: OPS, 1996. Serie No. 18.
23. Programa Nacional del Médico y la Enfermera de la Familia. Ministerio de Salud Pública. La Habana: MINSAP, 1982. Documento normativo metodológico.

24. García García JM. Programa de control de la tuberculosis en el área sanitaria de Aviles. Arch Bronconeumol. 2011;37(1):148-9.
25. Parras JP, Onrubia X, Seller J, Pertusa V, Barbera M. Tuberculosis extrapulmonar en paciente con shock séptico. Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2012;49:48-50.
26. Colebinders R, Bastron I. A review of diagnosis and treatment of smear negative pulmonary Tuberculosis. Int J Tuber Lung Dis. 2010;4(2):97-107.
27. Llaca Díaz JM, Flores Arechiga A, Martínez Guerra MG, Cantu Martínez DC. La baciloscopia y el cultivo en el diagnostico de la tuberculosis extrapulmonar. Rev Salud Pub Nutric. 2013;4(3):34-5.
28. Hopewell PC. Tuberculosis and Nontuberculous Mycobacterial Infections. En: Stein JH Daly WJ, Easton JD, Hation J, Kohler MO, Sande MA. Inter Med.2011.pp.1731-48.
29. Kwara A, Roahen-Harrison S, Prystowsky E. Frecuente asociación entre infección por HIV y tuberculosis extrapulmonar. Int J Tuber Lung Dis. 2005;9(5):485-93.
30. Sacarías F, González RS, Cuchi P, Llanes A, Peruga A, Mazín R, et al. El SIDA y su interacción con la tuberculosis en América Latina y el Caribe. Bol Of Sanit Panam 1994;116(3):250-62.
31. García García ML, Valdespín Gómez JL, García Sancho MC, Salcedo Álvarez RA, Sacarías F, Sepulveda Amor J. Epidemiología del SIDA y la tuberculosis. Bol Of Sanit Panam 1994;116(6):246-65.
32. Galbán García E, Quesada Ramírez E, Cádiz Lahens A. Programa de entrenamiento sobre el SIDA. La Habana: Editorial Ciencias Médicas;2012:9-10.

ANEXOS

Anexo 1

Encuesta.

A continuación te presentamos un grupo de preguntas sobre la tuberculosis con el fin de realizar una investigación que permita mejorar el conocimiento y la actuación de los reclusos para evitar la enfermedad por anticipado te damos las gracias esperando tu cooperación y la mayor sinceridad en las respuestas.

1.- Datos generales:

Edad_____

Escolaridad_____

Años de estancias en este centro penitenciario_____

2.- Ha padecido en alguna ocasión la tuberculosis:

Si___ No___

Para los que responden positivamente:

¿Dónde la adquirió?_____

¿Cuánto tiempo la padeció?_____

¿Cumplió con el tratamiento indicado? Si___ No_____

¿Transmitió la enfermedad a otra persona?_____

3.- Marque los síntomas más frecuentes que usted conozca que puede tener una persona afectada por tuberculosis:

- La expectoración____
- La tos _____
- Se escupe sangre____
- Pérdida de apetito_____
- Fiebre____
- Pérdida de peso_____
- Dolor en el tórax_____

4. Si tiene Tos y expectoración por más de 14 días ¿Qué usted debe hacer?_____

5.- de los siguientes grupos de personas cuales usted considera que pueden ser los más posibles a padecer una tuberculosis:

Por tener las defensas bajas_____

Alcohólicos severos_____

Reclusos _____

Familiares de enfermos de tuberculosis con quien mantienen relaciones frecuentes_____

Albergados_____

Diabéticos_____

Vecinos de enfermos de tuberculosis que visitan la casa refieren además Adultos mayores_____

Niños pequeños_____

Fumadores activos_____

Enfermos psiquiátricos _____

6.- de las siguientes vías diga cuales pueden ser las que permitan la transmisión de la Tuberculosis:

Contacto de persona a persona _____

Convivir con un enfermo en una habitación poco ventilada _____

Compartir cubiertos, vasos, cepillos de dientes u otros objetos personales _____

7.- Las personas deben convivir en:

Hogares ventilados _____

No hacinamiento _____

Alimentación adecuada _____

Evitar el alcoholismo _____

Evitar el tabaquismo _____

8.- Cuando usted tiene un catarro que puede durarle más tiempo de lo común ha sospechado tener una tuberculosis:

Siempre _____ A veces _____ Casi nunca _____ Nunca _____

9.- Enumere tres medidas que debe tomar en su celda si aparece un infectado por tuberculosis:

10.- Le han explicado sobre esta enfermedad

Si___ No___

¿Dónde?

¿Quiénes?

Con que frecuencia:

Nunca _____ Una Vez___ Varias veces_____ Constantemente_____

11.- Se preocupa usted por cumplir las medidas de prevención de la Tuberculosis:

Nunca_____ A veces_____ Siempre_____

12.- Le interesaría saber más aspectos sobre la tuberculosis.

Si___ No__

¿Quién le podría explicar?

13.- En la penitenciaría donde estás ubicado te explican sobre la Tuberculosis:

Si_____ No_____

De ser afirmativa la respuesta:

¿Quién?_____

14.- Existen en el consultorio de la prisión materiales, mural u otros documentos que explican sobre la tuberculosis:

Si_____ No_____

15.- 14.- Existen en otras áreas de la prisión materiales, mural u otros documentos que explican sobre la tuberculosis:

Si_____ No_____

ANEXO-2.

Técnica de grupo focal

Objetivo: Explorar aspectos de mayor intimidad con respecto a la prevención de la Tb.

Se trabaja con un grupo de 8 a 11 miembros de la muestra conocidos pero de los de menos relación entre ellos con el propósito de extraer la información lo más veraz posible y corroborar elementos y aspectos ya obtenidos de la encuesta.

Se utiliza un equipo de grabación para recoger las opiniones.

Se establece una conversación franca sobre la Tb y se van a introducir cuantos cuestionamientos sean necesarios en el transcurso de la actividad de grupo.

ANEXO-3

Programa General de Comunicación Educativa en Salud para Prevenir la Tb en la Penitenciaría de Morón.

Título: La Tb se puede prevenir.

Etapa #1: La planificación (Diagnostico de partida) recogido en el cuerpo de esta tesis.

Problemática seleccionada: ¿Cómo preparar a la población de la penitenciaría de Morón para prevenir la Tb.

Población diana: Penados de la Prisión Morón.

Objetivos:

General:

1. Promover en, un comportamiento responsable para la población de la penitenciaría de Morón en la prevención de la Tb a través de la puesta en práctica del presente programa.

Específicos:

1. Brindar los conocimientos necesarios que le permitan a los penados prevenir a través de su autocuidado la Tb.
2. Proporcionar alternativas para un comportamiento responsable que les permitan actuaciones coherentes en la prevención de la Tb.
3. Promover en el entorno social en que se desenvuelven los reclusos los elementos necesarios para una correcta comunicación en torno a la problemática.

4. Implicar a los demás miembros de la comunidad penitenciaria que les permita la adquisición de conocimientos sobre la temática que no solo regule en ellos su comportamiento sino que transmitan las experiencias positivas.
5. Audiencia Seleccionada Primaria: Reclusos
6. Audiencia Secundaria: Trabajadores de la prisión
7. Audiencia Terciaria: Familia
8. Límite: 3 años

Beneficios: Disminuir los Índices actuales de Tb en centros penitenciarios

Beneficios Percibidos: comportamiento responsable para la prevención de la Tb.

Beneficios Brindados: materiales educativos elaborados. Sistematización de las acciones educativas propuestas.

Etapa #2: Selección de canales y Materiales.

➤ Canales a utilizar:

1. Contexto Penado.
2. Actividades en el recinto penal.
3. Recursos informáticos.
4. Locales para la Consejería y la orientación.
5. Comunicación cara-cara.
6. instituciones y áreas colectivas de la comunidad penitenciaria.
7. Enfermería de la prisión.

➤ Materiales:

1. Programa con dinámicas grupales elaborado para proporcionar conocimientos Plegables.
2. Consejería

3. Carteles, plegables y sueltos.

4. Videocasetes.

Etapa #3 Presentación de Materiales elaborados y Pruebas preliminares (corroboración).

- **Plegables, carteles, videocasetes** existen y están corroborados por expertos y probados con audiencias similares, de ahí que se consideren que estén en condiciones de ser utilizados por este programa.(en depósito en el Dpto. Municipal de Promoción de Salud y Prevención de las enfermedades).
- **Consejería**, será el nombre que recibirán los lugares que se destinen a la ayuda y entrega de materiales, de folletos informativos que se harán de forma sistemática. Se organizan en la enfermería de la Prisión.

Programa educativo con técnicas participativas.

Introducción:

Objetivos generales:

1.-Analizar a partir de la reflexión grupal la significación que tiene el prevenir enfermedades infecto-contagiosas.

2.-Caracterizar los elementos que distinguen la importancia de la prevención de enfermedades en instituciones con características como la prisión Morón.

3.-Analizar las vías de transmisión, la prevención y la atención a compañeros infectados en el recinto penal.

5.-Fomentar un sistema de valores que les permita asumir con responsabilidad la prevención de la Tb.

Temas seleccionados para cada sesión o reunión.

1.-Inicio o Encuadre.

Para la presentación.

HOLA –hola

Los participantes se ponen de pie y forman un círculo. Una persona camina alrededor del círculo, por la parte exterior y toca a alguien en el hombro .Esa persona camina alrededor del círculo en la dirección contraria hasta que las dos personas se encuentren frente a frente. Se saludan mutuamente tres veces por su nombre. Luego las dos personas corren en direcciones opuestas alrededor del círculo, hasta tomar el lugar vacío. La persona que pierde, camina alrededor del círculo otra vez y el juego continúa hasta que todos hayan tenido un turno.

Para buscar la empatía entre los participantes se utilizará la técnica:

Tres verdades una mentira

Todos escriben sus nombres y tres cosas verdaderas y una falsa acerca de si mismos en una hoja grande de papel.

Por ejemplo, a Alfonso le gusta cantar, le encanta el futbol, tiene cinco esposas y le encanta la ópera.

Luego los participantes caminan con sus hojas de papel. Se unen en pareja, se enseñan sus papeles a cada uno y tratan de adivinar cual información es mentira.

Espacio a mi derecha

Los participantes se sientan formando un círculo. El facilitador se asegura que el espacio a su derecha se mantenga vacío .Luego le pide a un miembro del grupo que venga a sentarse en el espacio vacío; por ejemplo, ``Me gustaría que menciona el

nombre de algún compañero venga y se sienta a la derecha ``.este se mueve se mueve y ahora hay un espacio a la derecha del otro participante .El participante que está sentado justo al espacio vacío dice el nombre de otra persona para que venga a sentarse a su lado derecho . Continúe hasta que todo el grupo se haya movido a su vez.

2.- ¿Por qué de la prevención?.

HABLEMOS DE PREVENCIÓN

Objetivos: Obtener información sobre posibles formas para la prevención de enfermedades.

Materiales: Pizarrón, tiza, papelógrafo y plumones.

Tiempo: 15 min.

Pautas para el facilitador

1-Se les pedirá a los participantes una lluvia de ideas sobre todas las maneras posibles que tendrían en cuenta para protegerse de las diferentes enfermedades.

2-Las ideas se expresaran verbalmente y serán escritas por el facilitador en el pizarrón

3-Luego, cada una de las expresiones se discuten en plenario, escogiendo aquellas que resuman la opinión de la mayoría, este proceso de síntesis se realiza a través de la eliminación y rescate de ideas, el cual nos permiten llegar al concepto común del grupo sobre las medidas de prevención.

4- Posteriormente, se procede a explicar cada una de las medidas de prevención adicionando aquellas que han sido omitidas. Aquellas ideas que hayan quedado como definitiva se van colocando en el papelógrafo.

5-Después se coloca el papelógrafo en un lugar visible del aula y la técnica se complementa con la siguiente:

DINAMICA: Las frutas respondonas.

Objetivo: Brindar información básica sobre las ITS-VIH-SIDA.

Materiales: tarjetas de preguntas sobre prevención de las enfermedades.

Tiempo: 15 minutos.

Pautas para el facilitador:

1-Debe formar 4 grupos mediante la dinámica "Las frutas". A cada grupo se le dará una tarjeta con preguntas sobre conductas de riesgo.

2-Cada grupo formado escogerá una fruta que por sus características lo represente .Ejemplo: escogemos el plátano por ser dulce, suave y del agrado de todos.

3-Luego de un determinado tiempo de discusión grupal, un representante de cada grupo o fruta ira respondiendo las preguntas en forma alternada o secuencial. Los demás alumnos escucharan y preguntaran, si lo creen necesario.

3.- La Tb una infección contagiosa.

CASERIA DE FIRMAS:

OBJETIVO: Analizar con cuanta celeridad puede propagarse la Tb.

MATERIALES: fichas preparadas en número suficiente para todos los integrantes del grupo.

TIEMPO: 30 minutos.

DESARROLLO:

Se preparan 3 tipos de fichas: 1."C"(minúscula) con el mensaje "sigan todas mis instrucciones "; 2."No participar en la actividad y no salir las instrucciones hasta que volvamos a nuestros asientos", 3. "x" (minúscula) también con el mensaje : "sigan todas mis instrucciones".

1-Se le entregara una ficha a cada participante. Se les dirá a todos que por unos minutos deben mantener en secreto las instrucciones de la ficha, y seguir sus instrucciones, le pedirá al grupo que se paren y que soliciten tres personas que firmen su ficha.

2-Cuando todos los participantes hayan recogido tres firmas, se les hará volver a sus asientos.

3-Se le dirá a la persona con la "x" en su ficha que se pare.

4-Se les pedirá a todos los que tienen la firma de esa persona o que firmaron la ficha de esa persona que se paren.

5--Se les pedirá a todos los que tienen la firma de esas personas que se paren, y así sucesivamente, hasta que todos estén de pie, excepto los que fueron designados a no participar.

6-Se les dirá ahora al grupo que se imagine que la persona con la ficha marcada con una "x" esta infectada con el VIH o una ITS, y que en lugar de firmar las fichas, han tenido relaciones sin ninguna protección con las tres personas que les firmaron las fichas. Se les recordara a los participantes que están fingiendo, que las infecciones no se propagan de esta manera, y que estos estudiantes no tienen realmente una infección.

7- Finalmente se le pedirá al grupo que sigan fingiendo y se les dirá a los participantes que se fijen si tienen una "C" marcada en sus fichas. Estas personas han tomado medidas de prevención y no correrán mucho riesgo.

8-Se comentaran los puntos de discusión.

Puntos de discusión:

1-¿Cómo se sintió la persona "x"? ¿Cómo se sienten hacia la persona "x"? ¿Cómo cambiaron esos sentimientos durante el curso del ejercicio? ¿Qué sentía el grupo hacia ellos inicialmente? ¿Y más tarde?

2-¿Por qué es difícil no participar en una actividad en la que todos los demás participan?

3-¿Cómo se sintieron los que descubrieron que habían tomado las medidas de prevención correctas?

4-¿Qué sintieron cuando descubrieron que podían haber sido infectados? ¿Les hubiera molestado firmar la ficha de alguien que realmente tenía una Tb?

5-La persona "x" no sabía que estaba infectada. ¿Cómo podríamos haber sabido esto por anticipado?

Al finalizar, pregúntele:

¿Cómo se sintieron? ¿Qué podemos sacar como conclusión?

4.- ¡Cómo me protejo de la Tb?

PENSANDO RAZONES:

Objetivos: encontrar razones importantes para prevenir la Tb.

Materiales: pizarra, tizas, plumones, tiras de papel, papelógrafo. Lectura del párrafo pasión sin control''.

Tiempo: 30 min.

Desarrollo:

Luego de leer el párrafo que narra la situación en que se contagió un paciente con Tb, se permitirá a los participantes que, a manera de lluvia de ideas, respondan a la pregunta:

¿Cuáles creen que son las condiciones ideales para que una persona no se contagie con la Tb?

1.-A medida que van respondiendo se van colocando las ideas en el papelógrafo.

2.-Luego se dibuja una balanza en la pizarra y se dirá a los participantes que:

La balanza significa imaginariamente la elección entre tener contacto con un infectado de forma inmediata o postergada, las cuales estarán representadas en cada uno de los platillos de la misma (derecho e izquierdo, respectivamente).

3.-Se les entregarán a los participantes tiras de papel en las cuales escribirán razones, una razón por cada tira, que reflejen porque no hay que renunciar a estar en contacto con un infectado a través de las medidas de prevención.

4.- Las tiras de papel ya escritas se van pegando o colocando en uno de los platillos de la balanza.

5.- Seguidamente se les pide que anoten, en otras tiras, razones por las que se debe tener precaución.

6 Se les pedirá analizar una a una las razones dadas en la balanza, para tener relaciones de amistad o no con un infectado, a fin de confrontarlas con las ideas expresadas en el papelógrafo, sobre condiciones ideales

7.- A cada respuesta validada se le otorgara un kilo de peso, las cuales provocaran paulatinamente un descenso en el platillo que corresponde a las relaciones correctas y a las medidas de prevención.

Al finalizar, debe concluirse que las opciones para prevenir y a la vez no abandonar al enfermo se les propone como tema para el próximo encuentro el cómo tratar y relacionarse con los afectados por Tb.

5.- Demuéstrales afecto.

6.- Actividad de cierre.

5.- Actividad de Cierre.

MAR ADENTRO, MAR AFUERA.

Se traza una línea en el piso. Se explica que esa línea significa la orilla del mar. Se sitúan los participantes en uno de los lados que significa mar afuera. De manera dinámica y rápida se dan las ordenes de mar adentro o mar fuera, los participantes se moverán de uno a otro lado de la línea, el que se equivoque a la orden sale del juego.

El rey ha muerto, para recordar y explicar los síntomas de la Tb.

Sentados en círculo, el primer jugador se da vuelta hacia su vecino y le dice: "El rey a muerto", el vecino le pregunta :¿Cómo murió?" y el primer jugador responde : "Murió de esto" y empieza a hacer un gesto o movimiento simple que semeje los síntomas de la Tb solo explicará uno . Todos los participantes repiten este gesto continuamente. Hasta que se reinicia el juego cuando uno dice pero pudo no morir

¿cómo? Y se repite lo mismo. Así se repite el juego entre todos los participantes hasta que haya la cantidad suficientes de síntomas y medidas de prevención de la Tb que recordar.

Etapa 4: Corroboración de materiales educativos por expertos y población diana. Aparece en el cuerpo de la tesis.

Etapa 5: Ejecución y Evaluación del programa general con indicadores que se definen en otro trabajo de investigación que le debe dar continuidad al que se expone en esta tesis.

Etapa 6: Retroalimentación y refinado del programa a partir de la evaluación que se propone para darle continuidad a esta investigación