



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Efecto de la aplicación de un taller de Atención Integral en
las prácticas de Captación de Sintomáticos Respiratorios en
los Trabajadores del Centro de Salud Collique III Zona,
Comas, 2017

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestra en Gestión de los Servicios de La Salud

AUTORA:

Br. Guisela Yanet Díaz Cárdenas

ASESORA:

Dra. Teresa de Jesús Campana Añasco

SECCIÓN

Ciencias Médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Gestión de los Servicios de Salud

LIMA- PERÚ

2018

Jurado Calificador

Dr. Nancy Elena Cuenca Robles
Presidente del jurado

Dra. Karen Zevallos Delgado
Secretaria del jurado

Dra. Teresa de Jesús Campana Añasco
Vocal del jurado

Dedicatoria

A mí amada familia:

A mi hija por su comprensión y su amor incomparable.

A mi esposo por su apoyo permanente y por ser mi fuerza.

A mis padres por ser mi constante inspiración.

Agradecimiento

A la universidad Cesar Vallejo, al centro de salud Collique III zona, y a todos aquellos que contribuyeron a la realización de esta tesis pero sobre todo a los que le pusieron cariño y corazón Dra.Campana, Dr. Vertiz, Dr. Calderón, Dra.Altamirano, Dra. Dávila, Dr. Mata.

Declaratoria de Autenticidad

Yo Guisela Yanet Díaz Cárdenas estudiante del Programa de Gestión de Servicios de Salud de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, identificada con DNI 09963116 con la tesis titulada: “Efecto de la aplicación de un taller de Atención Integral en las prácticas de Captación de Sintomáticos Respiratorios en los Trabajadores del Centro de Salud Collique III Zona, Comas 2017”.

Declaro bajo juramento que:

- 1) La tesis es de mi autoría.
- 2) He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
- 3) La tesis no ha sido auto plagiado; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para tener algún grado académico previo o título profesional.
- 4) Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), auto plagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente la idea de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Lima, Enero del 2018

Br. Guisela Yanet Díaz Cárdenas
09963116

Presentación

Señores miembros del Jurado:

Presento ante ustedes la Tesis titulada “Efecto de la aplicación de un taller de Atención Integral en las prácticas de Captación de Sintomático Respiratorio en los Trabajadores del Centro de Salud Collique III Zona, Comas 2017”, en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo para obtener el Grado Académico de Maestro en Gestión de Servicios de Salud La presente investigación consta de los siguientes capítulos: El Primer capítulo, referido a los antecedentes, fundamentación científica, técnica y humanística, justificación, planteamiento y formulación del problema. Hipótesis y objetivos.

El Segundo Capítulo, marco metodológico, donde se presentan las variables, metodología, la población y la muestra, los instrumentos utilizados y el método de análisis de datos.

El Tercer Capítulo, Se presentan los resultados: descriptivos y contrastación de hipótesis. En el Cuarto Capítulo se presenta la Discusión, en el quinto las Conclusiones deducidas del análisis estadístico de los datos.

En el Sexto capítulo se señalan las recomendaciones de la presente investigación.

Finalmente en el Capítulo Séptimo las Referencias y los anexos.

Por lo expuesto, señores miembros del jurado, esperamos que esta investigación sea evaluada y merezca su aprobación.

La autora.

Índice

	Página.
Carátula	Página del jurado
Página del jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	vii
Lista de tablas	ix
Lista de figuras	xi
Resumen	xii
Abstract	xiii
I. Introducción	14
1.1. Realidad problemática	15
1.2. Trabajos previos	17
1.3. Teorías relacionadas al tema	27
1.4. Formulación del problema	51
1.5. Justificación del estudio	52
1.6. Hipótesis	53
1.7. Objetivos	54
II. Método	56
2.1. Diseño de investigación	57
2.2. Variable, operacionalización	58
2.3. Población y muestra	61
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, valides y confiabilidad	63
2.5. Métodos de análisis de datos	65
2.6. Aspectos éticos	66

III. Resultados	66
IV. Discusión	80
V. Conclusiones	87
VI. Recomendaciones	89
VII. Referencias	91

Anexos

Anexo 1	Matriz de consistencia
Anexo 2	Instrumentos
Anexo 3	Validez de los instrumentos
Anexo 4	Base de datos
Anexo 5	Acreditación de la institución
Anexo 6	Taller educativo
Anexo 7	Artículo científico

Índice de tablas

		Página.
Tabla 1	Organización de la Variable independiente taller de atención integral	59
Tabla 2	Operacionalización de la variable captación de sintomáticos	60
Tabla 3	Población de estudio	61
Tabla 4	Baremo -Escala de valoración (nivel de interpretación)	64
Tabla 5	Validez de instrumento, según expertos	65
Tabla 6	Frecuencias de los niveles de las prácticas para la captación de sintomáticos respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.	68
Tabla 7	Frecuencias de los niveles de la localización de casos de sintomáticos respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.	69
Tabla 8	Frecuencias de los niveles de registro de casos de sintomáticos respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.	70
Tabla 9	Frecuencias de los niveles de monitoreo de casos de sintomáticos respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.	71
Tabla 10	Frecuencias de los niveles de educación en la captación de casos de sintomáticos respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.	72
Tabla 11	Resumen de las mediciones de los rangos de las prácticas para la Captación de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.	74
Tabla 12	Prueba U Mann Whitney de las mediciones del Pre y Post checklist de las prácticas para la Captación de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.	75

Tabla 13	Resumen de las mediciones de los rangos de la dimensión Localización de casos de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.	75
Tabla 14	Prueba U Mann Whitney de las mediciones del Pre y Post checklist de localización de casos Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.	76
Tabla 15	Resumen de las mediciones de los rangos de la dimensión Registro de casos de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.	77
Tabla 16	Prueba U Mann Whitney de las mediciones del Pre y Post checklist de registro de casos Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.	77
Tabla 17	Resumen de las mediciones de los rangos de la dimensión Monitoreo de casos de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.	78
Tabla 18	Prueba U Mann Whitney de las mediciones del Pre y Post checklist de monitoreo de casos Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.	79
Tabla 19	Resumen de las mediciones de los rangos de la dimensión educación para la captación de casos de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.	79
Tabla 20	Prueba U Mann Whitney de las mediciones del Pre y Post checklist de educación para la captación de casos Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.	80

Índice de figuras

	Página.
Figura 1	Modelo de la utilidad de servicios. 27
Figura 2	Diseño de pre checklist-post checklist en grupo experimental. 58
Figura 3	Distribución de frecuencias de los niveles de las prácticas para la captación de sintomáticos respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017 69
Figura 4	Distribución de frecuencias de los niveles de localización de casos de sintomáticos respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017. 70
Figura 5	Distribución de frecuencias de los niveles de registro de casos de sintomáticos respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017. 71
Figura 6	Distribución de frecuencias de los niveles de monitoreo de casos de sintomáticos respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017. 72
Figura 7	Distribución de frecuencias de los niveles de educación en la captación de casos de sintomáticos respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017. 73

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo determinar el Efecto de la aplicación de un taller de atención integral en las prácticas de captación de sintomáticos respiratorios en los trabajadores del centro de salud Collique III Zona, Comas 2017.

Como metodología la investigación presentó un enfoque cuantitativo de tipo aplicada con método hipotético deductivo de un diseño pre-experimental de corte longitudinal, teniendo como variable independiente al taller de atención integral y variable dependiente a las prácticas en captación de sintomáticos respiratorios, cuyas dimensiones son: localización de casos, registros, monitoreo y educación. La población estuvo conformada por 54 trabajadores del área asistencial siendo la muestra de 40, no probalística por conveniencia. con enfoque cuantitativo y corresponde a una investigación aplicada, como instrumento se usó lista de cotejo el cual está conformado por 11 enunciados que contienen variables dicotómicas de medición (Si-No) validado por juicio de expertos, dicho instrumento se aplicó antes y al término de la ejecución del programa, la cual consto de 10 sesiones. Siendo la variable independiente Programa de Atención Integral y la variable dependiente prácticas en captación de sintomáticos respiratorios, cuyas dimensiones son: localización de casos, Registro, Monitoreo y Educación.

Se llegaron a los siguientes resultados:

El taller de atención integral tuvo en la medición pre checklist “prácticas inadecuadas” 70%(28) “prácticas en proceso 27%(11) y “prácticas adecuadas 2.5%(1) y en el post checklist se obtuvieron en “prácticas inadecuadas” 27.5%(11), “prácticas en proceso” 42.5%(17) y “prácticas adecuadas” subió a un 30% (12)

Por lo tanto, se llegó a la siguiente conclusión:

El taller de atención integral tiene efecto significativo en las prácticas de captación de sintomáticos en los trabajadores del centro de salud Collique III Zona.

Palabras claves: Sintomático respiratorio, atención integral, taller, captación, prácticas.

Abstract

The objective of the present investigation was to determine the effect of the application of a comprehensive care workshop on respiratory symptomatic recruitment practices in the workers of the Collique III Zona, Comas 2017 health center.

As a methodology, the research presented a quantitative approach of type applied with hypothetical deductive method of a pre-experimental design of longitudinal cut, having as independent variable to the workshop of integral and variable dependent attention to the recruitment of symptomatic respiratory, whose dimensions are: location of cases, records, monitoring and education. The population consisted of 54 workers from the health care area, being the sample of 40, not probalistic for convenience. with a quantitative approach and corresponds to an applied research, as an instrument, a checklist was used, which is made up of 11 statements that contain dichotomous variables of measurement (Yes-No) validated by expert judgment. This instrument was applied before and at the end of the execution of the program, which consisted of 10 sessions. Being the independent variable Program of Integral Attention and the variable dependent practices in catchment of symptomatic respiratory, whose dimensions are: location of cases, Registry, Monitoring and Education.

The following results were reached:

The integral care workshop had in the pretest measurement "inadequate practices" 70% (28) "practices in process 27% (11) and" adequate practices 2.5% (1) and in the Post checklist were obtained in "inappropriate practices" 27.5% (11), "practices in process" 42.5% (17) and "good practices" rose to 30% (12)

Therefore, the following conclusion was reached:

The integral care workshop has a significant effect on symptomatic recruitment practices in the workers of the Collique III Zona health center.

Key Words: Respiratory Symptomatic, integral attention, workshop, recruitment, practices.

I. Introducción

1.1 Realidad problemática

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) indicó: Que la tuberculosis representa una de las patologías que se encuentra dentro de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo. En el año 2016, 10.4 millones de individuos enfermaron de tuberculosis y 1.7 millones fallecieron de la misma causa, sabiendo que en promedio el 95% de fallecimientos se producen por esta patología sobre todo en países en vías de desarrollo siendo el Perú uno de ellos.

La incidencia anual de la tuberculosis a nivel mundial está disminuyendo paulatinamente, aproximadamente 1.5% desde el año 2000; sin embargo, el número absoluto de casos de tuberculosis se viene incrementando. Como respuesta a la epidemia, la OMS elaboró la estrategia “fin de la tuberculosis” cuyas aspiraciones al 2035 son varias rescatando que uno de los pilares son la prevención y la atención integral de la tuberculosis centrada en el paciente y su entorno.

En el Perú, la Ley 30287, Ley de Control y Prevención de la Tuberculosis y su Reglamento (Decreto Supremo 021-2016), declara de interés nacional la lucha contra esta enfermedad en todo el país, logrando, de esta forma, que su control sea una política de Estado (Tuberculosis en el Perú: situación epidemiológica, avances y desafíos para su control, 2017 vol. 34(2))

Por todo ello se observa que los casos de Tuberculosis Pulmonar siguen siendo un problema, y su control en parte está orientado al abordaje precoz y es ahí donde cobra una real importancia el Sintomático Respiratorio.

En los protocolos de salud según Minsa NTS (2013) en la que habla de Atención Integral de los individuos enfermos de Tuberculosis se describe que un Sintomático Respiratorio es todo individuo con Tos por 15 días a más.

El Ministerio de Salud en su afán de controlar la Tuberculosis Pulmonar propone que los Sintomáticos Respiratorios esperados están en relación al total de atenciones en mayores de 15 años, este valor se multiplica por 0.05, obteniéndose un 5%, que es el porcentaje al cual todos los establecimientos de salud deberían

llegar, en relación a su captación de Sintomáticos Respiratorios. (Norma Técnica Tuberculosis, 2013).

En ese sentido nuestros porcentajes de captación de Sintomáticos Respiratorios estuvieron por debajo de lo esperado.

En Lima, la Red de Salud Túpac Amaru (RSTA, 2016), que comprende los distritos de Comas, Independencia y Carabaylo, refiere que el porcentaje de Sintomáticos Respiratorios Identificados del año 2015 fueron de 2.7%, del 2016 fue de 2.2% y del 2017 fue de 2.8% muy lejos del 5% propuesto como promedio, observándose que aun la falta de compromiso, y conocimiento sobre captación de sintomáticos respiratorios en el personal de salud que dificultan las buenas prácticas de captación.

Esta realidad no es ajena al Centro de Salud Collique III Zona quienes tienen como promedio de captación de Sintomático Respiratorio 2014 2.2%, 2015 2.4%, 2016 2.5% y 2017 2.5% (Oficina de Estadística de la Red Túpac Amaru).

Una de las principales estrategias para incrementar la captación de Sintomático Respiratorio es la implantación Programas Educativos Integrales que refuercen conocimientos para mejorar actitudes que se traduzcan en buenas prácticas de captación, tratando de encontrar formas optimas de ejecución de un proceso, sistematizadas para el logro de objetivos.

Todos estos aspectos han motivado el desarrollo de esta investigación, pues la Tuberculosis Pulmonar sigue siendo un problema mundial y local y el diagnostico precoz está orientado de manera directamente proporcional al incremento de la captación de Sintomático Respiratorio. En ese contexto el desarrollo de instrumentos que faciliten la incorporación del enfoque integral de la salud a partir de conocimientos será beneficioso para el logro de objetivos.

1.2 Trabajos previos

1.2.1 Trabajos previos Internacionales

En Colombia, Daza, Cubides y Lozada (2016) en su publicación titulada *Prevalencia de sintomáticos respiratorios y factores relacionados en dos territorios vulnerables de Santiago de Cali*, estimaron que la prevalencia poblacional de sintomáticos respiratorios y las causas que se relacionan con los habitantes de dos sectores de alto riesgo de Santiago de Cali. Se trató de estudio descriptivo de corte transversal, analítico teniendo en cuenta tipo de casos y controles. Para ello, se hizo un análisis univariado, bivariado y múltiple a partir de regresión logística con análisis de muestras complejas donde se estimó las relaciones utilizando odds ratio con sus debidos intervalos de confianza, además de la prueba de χ^2 . Sus resultados evidenciaron que la prevalencia de S.R. global fue de 2,8% (IC 95%: 2,2-3,6). Por otro lado, la condición de riesgo ser hombre (OR 1,51, IC95%: 1,06-2,17), vivir en una casa con ventilación no adecuada (OR 1,97, IC95%: 1,27-3,06) y hogares con inadecuada alimentación, con hambre moderada (OR 1,63, IC95%: 1,15-2,31). Como factores a favor estuvo el aseguramiento (OR 0,41, IC95%: 0,19-0,89), ser lactante (OR 0,60, IC95%: 0,37-0,98), preescolar (OR 0,46, IC95%: 0,23-0,93), adulto maduro (OR 0,34, IC95%: 0,17-0,68) y mayor (OR 0,45, IC95%: 0,27-0,77), en relación a los adolescentes. Conclusiones: La prevalencia poblacional de sintomáticos respiratorios es directamente proporcional con las condiciones de fragilidad de la población, lo que acarrea establecer situaciones en la programación que mejoren dichos resultados.

En Ecuador, Saca (2015) en su investigación titulada *Caracterización de sintomáticos respiratoria en poblaciones de la frontera andina del norte de Ecuador*, caracterizó a los sintomáticos respiratorios de poblaciones de la frontera andina del norte de Ecuador. Se trató de un estudio descriptivo de corte transversal de tipo censal, aplicándose para ello la encuesta como instrumento a toda la población objetivo; para el análisis se empleó el software SPSS v.20. Sus resultados evidenciaron la prevalencia de sintomáticos respiratorios fue de 1,4%. Por otro lado,

las características sociodemográficas mostraron relación entre ser sintomático respiratorio con el sexo (OR 2,70, IC 95% 1,027-7, 135) y la edad (OR 3, 33, IC 95%, 1,11-10,01). El estudio concluyó que la caracterización de sintomáticos respiratorios en estas poblaciones fronterizas reflejan necesidades para incrementar la búsqueda y captación de los sintomáticos respiratorios mediante la sensibilización de los profesionales médicos y el fortalecimiento de la supervisión de los establecimientos de salud pública.

En Colombia, Muñoz, Puerto y Pedraza (2015) en el estudio denominado *Intervención educativa en trabajadores de salud sobre la captación de sintomáticos respiratorios en tuberculosis*, dio a conocer el nivel de conocimiento en relación a las actividades de búsqueda y detección de casos en el personal que laboraba en salud. Se trata de un trabajo descriptivo, transversal en la que incluyeron 471 individuos que laboraban para el sector público y privado en dos localidades de Bogotá, realizado entre setiembre 2012 a enero 2013. Se midieron conocimientos antes y después de ejecutar la actividad educativa. Antes de dicha aplicación se evidencia dificultades en los conocimientos para la identificación del sintomático respiratorio, así también como las pruebas que se realizan para el diagnóstico de la patología y las recomendaciones en cuanto a la toma de muestras de esputo. Al término de la actividad educativa, el conocimiento aumento entre el 8 y el 25%. El estudio concluyó, encontrando errores en conceptos básicos y en las actividades de búsqueda activa para detectar casos probables de tuberculosis, por eso es importante realizar actividades y sensibilización en los trabajadores de la salud, mejorar el grado de conocimientos en captación de sintomáticos respiratorios para contribuir al diagnóstico precoz de usuarios con tuberculosis pulmonar.

En Colombia, Gonzáles (2015) en el estudio *Modelo de atención integral en salud del hospital centro oriente en el territorio saludable de los mártires*, describió la implementación del modelo de la atención integral, planteado por el Hospital Centro Oriente en el territorio saludable de Los Mártires integrando las acciones individuales y colectivas para brindar respuestas a las necesidades identificadas de

los pacientes capitados del régimen subsidiado en el año 2015. Se realizó un estudio de caso bajo el enfoque de evaluación realista que utiliza métodos mixtos (Pawson y Tilley, 1997). Muestra: Profesionales que han venido trabajando en el proceso de implementación del modelo en el Hospital dirigida a 14 funcionarios. Conclusiones: El modelo de atención integral que se ha venido implementando en el hospital Centro Oriente de acuerdo a las dimensiones y categorías analizadas, debe desarrollarse bajo procesos que fortalezcan el mejoramiento de la integración que permitan dar respuesta a los problemas identificados en bajo el contexto de la normatividad vigente. En la dimensión de estructura se evidencia un porcentaje alto de favorabilidad con un 62%, sin embargo, al conocer más a profundidad las categorías que la componen se manejan 114 porcentajes por debajo del 50%, en categorías como disponibilidad y capacidades de atención integral del recurso humano, capacidades de gestión del recurso humano, y capacidades de articulación de la respuesta de los equipos, evidenciándose de esta forma que la mayor fortaleza en esta dimensión para tener un porcentaje alto fue la de contar con la integralidad del portafolio de servicios que es conocido por los funcionarios del hospital. Con relación a la dimensión de proceso, haciendo referencia a la identificación de necesidades, en el contexto de la normatividad vigente hace que no se pueda cumplir por la fragmentación de los servicios de salud, sin embargo, se deben fortalecer los procesos internos del modelo de atención para dar respuesta en salud a las necesidades identificadas en la población que se tiene a cargo. La normatividad vigente está planteada para que se realice una atención integral, y el hospital Centro Oriente ha generado un gran paso en la construcción del modelo, a pesar de las barreras que existen para brindar atención a toda la población de manera integral, siendo un desafío llegar a toda la población teniendo en cuenta el sistema de salud vigente.

En Colombia, Vivas (2015) en su estudio titulado *Conocimientos y prácticas sobre la tuberculosis pulmonar de estudiantes y profesionales de la salud, Ibagué, describió el nivel de conocimientos acerca de la tuberculosis pulmonar de alumnos de último ciclo de medicina de la Universidad del Tolima y de los profesionales de la salud de la ciudad de Ibagué en el 2014*. Se trató de una investigación cualitativa,

descriptiva de corte transversal; su población conformada por 29 participantes. En sus hallazgos se evidenciaron que el personal de salud y los alumnos de medicina reportaron que tenían conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y buen manejo de acuerdo a la normativa establecida. En efecto, se logró identificar actividades de riesgo que estaban en relación al hecho de cumplir las medidas de bioseguridad. El estudio concluyó que los conocimientos influyen en las prácticas del personal y alumnos de ciencias de la salud de la ciudad Ibagué, los mismos que se convierten en insumos de referencia cuando se trata de diseñar estrategias de intervención que permitan fortalecer el programa para el control de la tuberculosis en esta parte del país.

En Ecuador, Calderón (2015) en su estudio titulado *Reestructuración del modelo de gestión del programa de control de la tuberculosis del distrito de salud 12D03 de la Provincia de los Ríos*, diseñó un plan de reestructuración de la gestión del programa de control de la tuberculosis para mejorar los indicadores operacionales. Se trató de un estudio cuantitativo, descriptivo, explicativo, analítico e hipotético deductivo. Su población de estudio tuvo en cuenta a 37 participantes, coordinadores de las unidades operativas. Sus resultados fueron que el 64.70 % de los encuestados respondieron que no han tenido supervisión hace más de un año, que cuando recibieron supervisión eran de presión y no como dice la norma comunicación efectiva, la calidad de muestras de salivas 18% y mucosas el 60% solo por cumplir con la meta por presión y no obedeciendo la norma que deberían de ser mucopurulenta (flema). El estudio concluyó que una causa del problema es la escasa supervisión directa de la estrategia directa, la mayoría de unidades operativas no han supervisado en años y las unidades que supervisaron no informan los problemas encontrados, no refuerzan en aspectos técnicos y operativos además no les brindan alternativas de solución a estos problemas, por ende, no han realizado un trabajo para la búsqueda de sintomáticos respiratorios.

En Colombia, Pulido y Cifuentes (2014) en su disertación titulada *Análisis situacional del programa de tuberculosis en las IPS públicas de cuatro municipios de Cundimarca: estrategias de captación de sintomáticos respiratorios y detección*

de pacientes con tuberculosis, evaluó las actividades realizadas por el personal de salud en la búsqueda activa de personas sintomáticas respiratorias para la detección de tuberculosis en los hospitales estatales de Cundimarca: Girardot, Facatativá, Fusagasugá y Zipaquirá, en esta población colombiana. Se trató de una investigación mixta, donde se utilizó encuestas y entrevistas abiertas. Sus resultados evidenciaron que 17.08% de los médicos desconoce la sintomatología respiratoria del paciente con TB; el 41.46% piden mayor tiempo de consulta, el 29.26% necesitan capacitación, el 29.28% oportunidad en la atención y toma de muestras de laboratorio; para el 70.73% la mejor forma de captación de pacientes es búsqueda casa-casa realizada por promotores, para el 29.26% es la realizada por otros actores. Los médicos no se identificaron como actores principales. El 32.41% no ven prioritaria la articulación con los programas de VIH y crónicos; y el 21.96% no tienen en cuenta realizar seguimiento a población vulnerable como indígenas y población carcelaria. Estos resultados deben contribuir a mejorar las estrategias de control de la TB y optimizar el uso de los recursos financieros y humanos.

En Colombia, Burbano (2012) en su estudio titulado *Evaluación de las acciones de la estrategia de prevención y control de tuberculosis de la secretaría distrital de salud de Bogotá D.C. en el marco de la estrategia alto a la tuberculosis como parte de la atención integral al habitante de calle en el hogar uno día noche durante 2009-2010*, evaluó en dos años el programa, dirigido a pacientes de la calle, del distrito capitalino; identificando los logros de este programa, con la finalidad de retroalimentar políticas públicas del gobierno relacionados a esta enfermedad. El diseño de investigación fue descriptiva, basada en estudio de casos, retrospectivo de las acciones desarrolladas por el programa de tuberculosis de acuerdo a la propuesta de la OMS "Alto a la TB"; para lo cual incluyó revisión meticolosa documentaria, entrevistas semi estructuras y análisis de indicadores. Los hallazgos evidenciaron que el programa estableció una relación coordinada en el sector de integración social y el sector salud, demostrando su capacidad de operar en forma continua, atendiendo el 32% del total de casos de tuberculosis ocurridos en la población Habitante de calle. La acción del Programa permitió obtener un éxito de tratamiento de 39%, afectado principalmente por el abandono de la terapéutica. El estudio concluyó que el reconocimiento del derecho a la salud

de los habitantes de calle determinó que acciones intersectoriales favorecieran el acercamiento a los servicios de salud y facilitó acciones de educación, diagnóstico y seguimiento a los enfermos con TB.

En Honduras, Casco (2011) en su estudio titulado *Detección de pacientes BK positivos sintomático respiratorio, unidad de salud Alonso Suazo, Honduras* entre enero a marzo, evaluó las acciones de detección de los pacientes BK positivo, sintomático respiratorio, en el establecimiento de salud “Alonso Suazo”. Se trató de un estudio descriptivo de corte transversal sobre la detección de pacientes BK positivo en una población cuya muestra fue de 78 trabajadores de salud de dicho centro de salud. Se trató de una investigación descriptiva, de corte transversal; para lo cual se aplicó una encuesta estructurada dirigida a los empleados y guía de observación. Sus resultados evidenciaron que un 56.41% ocupó cargos de auxiliar de enfermería, 19,23% médicos y 24.36% técnicos de enfermería. De toda la población entrevistada, se evidenció que el 38.46% no tienen conocimientos sobre tuberculosis. El mayor grupo de edad de las personas participantes oscila entre 40 y 60 años representado por un 53.85%, el 60.26% tiene entre 11 a 21 años de servicio. El estudio concluyó que la unidad de salud posee la capacidad instalada, sin embargo, el personal no se encontró preparado para realizar la lectura y toma de muestra; por otro lado, los trabajadores no han recibido capacitaciones acerca de la tuberculosis lo que representa el 62.82% y el 38.46% del total de participantes no tienen conocimiento sobre tuberculosis.

1.2.2 Trabajos previos Nacionales

Gutiérrez, Roque, Romaní y Zagaceta (2017) realizaron un estudio titulado *Prevalencia de sintomáticos respiratorios en población peruana de 15 a más años: análisis secundario de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2013-2015*, se estimó la prevalencia de sintomáticos respiratorios (SR) en habitantes peruanos de 15 a más años entre los años 2013 y 2015. Se realizó un análisis secundario de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Endes). Los sujetos de estudio

fueron personas de 15 años a más que completaron las preguntas: ¿actualmente tiene usted tos con flema? y ¿hace cuánto tiempo tiene usted tos con flema? Se definió como SR a la persona con tos y flema de 15 o más días de duración. Los resultados fueron que la prevalencia de SR el año 2013 fue 3,3% (intervalo de confianza al 95% [IC 95%]: 2,8% a 3,9%), 3,8% el 2014 (IC95%: 3,5% a 4,1%) y 3,3% el 2015 (IC95% de 3,0 a 3,6%). La prevalencia de SR fue mayor al 5% en personas de 60 a más años, en población de los quintiles más pobres y en residentes de zonas rurales. El estudio concluyó que entre tres a cuatro de cada cien peruanos de 15 a más años se reporta tos con flema de ≥ 15 días. La proporción de SR varía según región del país. El estudio recomienda evaluar y ajustar la Meta de sintomáticos respiratorios esperados para los establecimientos de salud del Perú.

Romaní, Roque, Catacora y Hilasaca (2016) en su investigación denominada *Conocimientos, percepciones y prácticas de personal de salud en la detección de sintomáticos respiratorios en una región de muy alto riesgo de transmisión de tuberculosis en el Perú*, realizó estudios con diseño descriptivo, correlacional con corte transversal llevado a cabo en centros de salud de la Dirección Regional de Tacna cuyos integrantes fueron profesionales de salud como médicos y licenciadas de enfermería. Se intervino a través de un cuestionario anónimo, creado por los integrantes de la investigación, teniendo a la "Norma Técnica de Tuberculosis como apoyo bibliográfico. Dichos Resultados fueron que de 178 trabajadores profesionales de salud, el 89,9% sabían el concepto de Sintomático Respiratorio; 93,3% conocían que se debería solicitar dos muestras de esputo a los SR; 22,5% sabían del indicador que evalúa calidad de detección de SR, y 28,1%, el indicador que evalúa capacidad del personal para realizar la baciloscopia; se conocía también que la meta del indicador captación de sintomáticos respiratorios es 5 por 100 atenciones en mayores de 15 años y 60,8% indico haber leído la norma técnica actual. Las conclusiones fueron que se evidencio diferencia en el conocimiento de médicos y enfermeras en relación a la detección de sintomáticos respiratorios. La brecha fue más alta en el conocimiento sobre los indicadores que promueven la detección.

Acosta (2015) realizó una investigación denominada “*Nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar y la actitud frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios que se encuentran en el programa de tuberculosis de la Microred de Santa Ana Huancavelica 2014*”, cuyo objetivo fue hallar la relación entre tener conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar con las actitudes en cuanto a la prevención de los familiares de los pacientes afectados con esta patológica de la Microred de Santa Ana - Huancavelica - 2014. Se trató de una investigación no experimental – observacional, transversal y correlacional; cuyos métodos fueron el inductivo, deductivo, estadístico, analítico y bibliográfico; para lo cual se midió a través de un cuestionario en escala tipo Likert. La intervención se llevó a cabo en 47 personas de las cuales el 46.8% tenían un nivel de conocimiento bajo de tal modo que el 44.7% tenía una actitud negativa y el 2.1% actitud positiva. El 48.9%, tienen nivel de conocimiento regular y de estos el 31.9% tiene actitud positiva y el 17.0% actitud negativa y solo el 4.3% tienen nivel de conocimiento alto, los mismos que tenían una actitud positiva el mismo número. El resultado de dicha investigación fue que a menor conocimiento mayor porcentaje de actitudes negativas y los que tienen nivel de conocimiento regular a alto tienen actitud positiva en mayor porcentaje, por lo que se define la existencia de una relación significativa entre estas variables.

Chihuahua y Silva (2014) en su estudio titulado *Efectividad del programa cuidando la salud en el nivel de conocimiento sobre control y prevención de tuberculosis en licenciadas de enfermería la*, realizado en la Red Pacífico Norte de Chimbote. El estudio fue cuasi experimental, con la participación de 22 enfermeras PPR responsables del área de tuberculosis (ESNPYCTB) de 22 centros médicos en la provincia del Santa, con una temporalidad de mayo a diciembre del 2011. Para ello, utilizaron como instrumento un cuestionario de conocimientos acerca de temas relacionados con la enfermedad tuberculosa, aplicando un Pre checklist y un Pos test de la realización del Programa educativo, teniendo como tiempo 25 minutos por persona. Asimismo, realizaron un programa educativo, que duró 9 meses; además se realizaron supervisiones permanentes de la práctica diaria, evaluando también mejoras en los indicadores sanitarios de la estrategia que

permitía medir la actividad académica realizada de acuerdo al conocimiento adquirido. Antes de la intervención del programa las enfermeras obtuvieron un conocimiento deficiente (54%) y bueno (27,3 %), posterior a ello, fluctuó de excelente a bueno. Mejoró el indicador trazador de la estrategia sanitaria que ocasionó el aumento de la captación de sintomáticos respiratorios. El estudio concluyó que el programa dio como resultado una efectividad altamente significativa al mejorar el nivel de conocimiento del profesional de enfermería y por ende los indicadores de la estrategia se vieron favorecidos, aceptándose la hipótesis.

Montalvo (2014) realiza un estudio sobre la *“Relación entre el nivel de conocimiento y actitudes sobre Tuberculosis en el profesional de enfermería, Red Chiclayo 2013”*, determinó la concordancia entre el grado de conocimientos y las actitudes de las licenciadas de enfermería en el cuidado de la persona con tuberculosis de la Red Chiclayo en el periodo 2013. Se quería conocer si el alto grado de conocimiento sobre la tuberculosis se relacionaba con una buena actitud por parte de los profesionales en enfermería para con el paciente. Se trató de un estudio cuantitativo, transversal y correlacional, incluyo a 40 profesionales enfermeras, elegidas por conveniencia. EL estudio concluyo que no existe relación importante entre el grado de conocimientos y las actitudes de las enfermeras ya que el resultado de $p=-0.298$.

Paredes (2012) elaboro estudio sobre *“Efectividad de un programa educativo sobre el nivel de conocimiento en la prevención de la tuberculosis pulmonar en pacientes adultos mayores”*, que tenía como objetivo determinar qué tan efectivo es un programa educativo sobre el nivel de conocimiento en la prevención de la tuberculosis pulmonar con los pacientes adultos mayores del Policlínico Víctor Larco de Essalud, La Libertad 2012. El estudio fue de tipo cuantitativo, prospectivo, cuasi experimental y la muestra constituida por 68 pacientes mayores de 60 años que acudieron a la consulta ambulatoria, a quienes se aplicó un Pre checklist antes del programa luego se realizó el programa educativo que constó de tres sesiones

educativas y posteriormente se realizó un Post checklist, ambos midieron el nivel de conocimiento. Se obtuvieron los siguientes resultados: el 91,2% de los pacientes adultos mayores obtuvieron un nivel de conocimiento bueno en prevención de tuberculosis pulmonar en general en comparación al 7,3% obtenido antes del programa educativo (Pre checklist), esto se interpreta que 63 pacientes adultos mayores han mejorado su nivel de conocimiento (Rangos Positivos), ningún paciente adulto mayor ha disminuido el nivel de conocimiento (Rangos Negativos) y 5 pacientes adultos mayores mantienen el mismo nivel (Rangos iguales) antes y después de la actividad educativa —Prevención en Tuberculosis Pulmonar. Según los resultados de la prueba de rangos asignados de Wilcoxon para muestras relacionadas, se evidencia con el 95% de confiabilidad que existen diferencias estadísticas significativas ($p < 0,05$) en el nivel de conocimiento antes y después de la ejecución del programa educativo en pacientes adultos mayores que acuden al Policlínico Víctor Larco. Dicho estudio concluye que el programa educativo tuvo efectividad por que el 91.2% de los pacientes adultos mayores mejoró su grado de conocimiento general acerca de la enfermedad tuberculosa en relación a la prevención, con resultado bueno en el Post checklist comparado al 7,3% del Pre checklist; en el nivel de conocimiento regular en el Post checklist 8.8% comparado al 35,3% del pres test y deficiente 0% en el Post checklist comparado al 57,4% en el Pre checklist cumpliéndose la hipótesis propuesta H1 y aplicando la prueba de Wilcoxon demostrando significancia estadística $< 0,05$.

Barturen (2012) realizó una investigación titulada “*Nivel de cumplimiento de la Norma técnica de salud para control de tuberculosis con evaluación de sintomáticos respiratorios y control de contactos BK positivos del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque*”. Se realizó estudio con diseño de tipo descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal. La muestra constituida por 267 sintomáticos respiratorios. Los resultados fueron: en los pacientes BK positivos mayor incidencia el sexo femenino, las edades entre 25 y 29 años, con grado de instrucción de nivel secundario, el porcentaje de Sintomáticos Respiratorios examinados con dos muestras de esputo fue 52.1%, el porcentaje de visitas domiciliarias a pacientes con diagnóstico de BK positivo fue 39.1%, el número de

contactos examinados relacionados a los contactos censados fue 12.8% del total. En conclusión, un 61% de no cumplimiento de la Norma Técnica para la tuberculosis en relación a la evaluación de Sintomáticos Respiratorios y control de contactos de pacientes BK positivos.

1.3 Teorías relacionadas al tema

Modelo de la Utilidad de Servicios en salud

De acuerdo a Andersen (citado por Bernal, 2015, p. 15) su modelo de la utilidad de servicios es el más aceptado por su claridad y eficiencia en su capacidad explicativa:

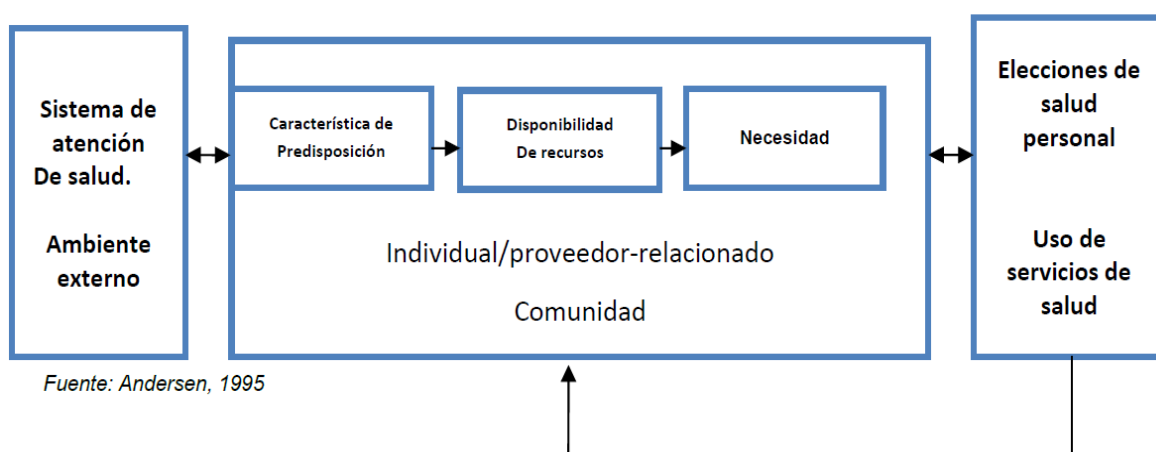


Figura 1. Modelo de la utilidad de servicios.

Para Andersen (1995) descubrir las condiciones o factores facilitarían o impedirían su utilización. De modo que el acceso potencial se define como presencia de recursos disponibles, estos condicionan los medios para acrecentar la probabilidad de que su utilización tenga un lugar.

En este sentido, Andersen (1995):

La utilización del flujo muestra una mejoría en el estado de salud o la satisfacción del consumidor relativo a la cantidad de servicios de atención que se presta en el mercado. Desde esta mirada el acceso a la atención médica es considerado como indicador social en el

desarrollo y actitud de la persona mediante este sistema de atención médica. (p.27).

El comportamiento de este modelo demuestra que el acceso a la atención, las características de desarrollo de sistema de salud (recursos propios y la organización) y la población en situación de riesgo, son indicadores de proceso, mientras que la utilización de servicios y satisfacción con la atención como indicador de resultado.

Para Andersen (1995) su modelo considera que el uso de los servicios de salud tiene diferentes funciones propiamente de:

- Necesidad propia de atención; cuyos factores se asocian al proceso de salud y enfermedad; desde esta perspectiva se contemplan dos aspectos fundamentales: La necesidad que percibe el usuario externo (que va en función de la cantidad de días de incapacidad o por el contrario de la anti percepción del sistema de salud; y lo otro es la necesidad medida del personal de salud en relación a sus conocimientos.
- Factores que predisponen: Comprende la variables sociales y demográficas relacionadas con las actitudes y creencias en relación a la salud y enfermedad, como, por ejemplo, la integración, la familia, la edad, el sexo, el estado civil, el estatus social, instrucción, etc.
- Factores de capacitación: comprende los elementos que se relacionan con el nivel socioeconómico, subdiviniéndose en recursos familiares, ingreso, ahorro, seguros, etc.

En efecto, la percepción de Andersen (1995) es fundamental para comprender que además de los factores administrativos, están los determinantes

de los servicios de salud, factores para tomarlos en cuenta al momento de recopilar la información en los resultados.

Teoría del Pluralismo estructurado para la atención integral

Londoño y Frenk (1997) Señalaron la importancia de la integración entre la población y las instituciones para reformar las regulaciones, el financiamiento y prestaciones de los servicios de salud tanto en su concepción como en hacerlos prácticos en los sistemas de salud.

Considerando la descentralización como también su financiamiento en los sistemas centralizados, así como la desigualdad entre los grupos sociales y ubicaciones geográficas de los mismos que juntando los problemas acumulados a los actuales y los nuevos que se caracterizan a las sociedades desarrolladas, asimismo el modelo segmentado presenta problemas; uno, que duplica funciones y pierde recursos como los de alta tecnología; dos, hay marcada diferencia de calidad de los servicios entre los segmentos, cuando debería ser reservado para los pobres por su falta de recursos; tres, implica que existen segmentos opuestos con desventajas uno del otro y sin los beneficios de una cobertura universal, de esta manera cada institución ejerce monopolio sobre sus clientes respectivamente.

Como consecuencia de la segmentación, existe un comportamiento diferente de los usuarios, un gran porcentaje de la seguridad social se atiende por el ministerio de salud, así como de los privados, esta decisión es del consumidor, quien no toma en cuenta que ya pagó una prima previamente ocasionando pagos repetitivos creando cargas financieras a los mismos usuarios y las empresas.

A manera de contexto, se debe anotar que la investigación se enmarca dentro del sistema de salud vigente en el Perú.

Teoría del bienestar colectivo en salud

Seligman (2014) reformuló sus ideas sobre psicología positiva y propuso una nueva, la teoría del Bienestar. Es una teoría cuya contribución se basa en “la elección sin coerción, ésta tiene tres propiedades: contribuye al bienestar, las personas lo buscan por sí mismo, y no solo para obtener cualquiera de los otros elementos y se define independientemente de los demás elementos” (p. 233).

En efecto, el bienestar es un constructo basado en el tiempo que comprenden asimismo cinco elementos mensurables que la constituye:

Emociones positivas se trata de experimentar más emociones positivas que negativas, éstas son: la felicidad, gratitud, amor y alegría.

Compromiso/involucramiento las experiencias optimas o flow son actividades que nos generan alta concentración donde pongan en juego nuestras habilidades en grandes retos.

Relaciones Positivas. Es el elemento que tiene mayor correlación con la felicidad, es la manera en cómo nos comportamos y nos relacionamos con otras personas; bondad, compasión, altruismo, empatía son algunos temas que aborda este elemento.

Sentido/Significado. Es el elemento más subjetivo y abstracto, la única manera de conocer el propósito y sentido de vida de las personas es preguntarle de manera directa. El propósito es una meta y el sentido es el significado del porqué tú quieres alcanzar esa meta.

Logros. Tener objetivos que perseguir da sentido y orientación a nuestras vidas, las personas con metas bien planteadas y a largo plazo tienden a ser más perseverantes y exitosas en sus vidas.

Ningún elemento define por sí solo el bienestar, pero cada uno de ellos contribuye a alcanzarlo. Algunos aspectos de estos cinco elementos se miden de manera subjetiva por medio de información dada por uno mismo pero otros aspectos se miden objetivamente.

En consecuencia, el bienestar no puede existir sólo en nuestra mente: el bienestar es una combinación de sentirse bien y de tener realmente sentido en alguna actividad que nos guste o apasione, además de mantener buenas relaciones interpersonales y contar con metas que nos sean retadora para que se puedan convertir en logros. La forma de experimentar el mayor bienestar en nuestras vidas es maximizando los cinco elementos en su totalidad.

Atención Integral de Salud

Para comprender este concepto, es necesario aludir en primera instancia al estudio de la salud pública y sus componentes; en efecto, para Barragán (2007), “la salud se comprende desde un todo, es integral, que no solo involucra el conocimiento del estado y/o binomio salud/enfermedad de una comunidad, sino que necesita siempre de recursos para asistirla” (p.305).

No obstante, el conocimiento adquirido con el pasar del tiempo de aquel estado: Salud/enfermedad exige una mirada más cercana al sujeto, a la persona y por ende a la población. A diferencia del clásico enfoque asistencial, cuyo sujeto protagónico es el enfermo permite evocar una sola perspectiva: lo biomédico; por el contrario, el enfoque sociodemográfico exige estar ante una comunidad organizada, estructurada, dinámica, y por ende su mirada es multidisciplinaria.

Por tanto, para este autor, la peculiaridad que tiene el enfoque multidisciplinario está relacionado con todo lo que tenga que ver con el bienestar general de las personas, el desarrollo humano, la atención médica especializada, el saneamiento del medio y la salud ocupacional; de algún modo, dimensiones estructurales de gestión de los servicios de salud pública (Barragán, 2007, p. 305).

No obstante, la mirada de Barragán (2007) se entiende, no solo por parte de la epidemiología, sino que parte del presupuesto más esencial: la dimensión humana.

Desde luego, Barragán (2007) aludió siempre:

La atención integral de la salud, parte de la naturaleza misma del ser humano y su prioridad es la atención médica individualizada:” Schaposnik enseñaba que la enfermedad representa para la patología, la reacción del organismo frente a una nota o estímulo anormal, mientras que para la medicina es algo más que eso; se trata de una experiencia que afecta esencialmente la vida entera, tanto en lo físico como en lo psíquico de un ser humano”. (p. 306).

En la propuesta de Barragán (2007) la atención integral de la salud viene a comprender un compendio de estrategias, normativas, procesos, herramientas y/o recursos que se logran complementar organizativamente con el sistema de salud, con la finalidad de responder no solo a las necesidades de la población, sino también al medio ambiente “el ser humano cronológica y ontológicamente proviene del medio ambiente y de la interacción social” (Barragán, 2007, p. 306).

Por otro lado, es de considerar que los especialistas de la Organización Mundial de la Salud han propuesto que, para la atención integral de salud, es importante focalizar la buena atención en torno a la persona desde el desempeño del personal de salud.

Las características propias que tiene la atención primaria de salud, para los especialistas de la OMS (2008): Son el abordaje de la persona con enfoque de integralidad y con continuidad en su asistencia, con un acercamiento sistemático al sistema sanitario, los mismos que puedan entablar relaciones verdaderas basada en la confianza (p.44).

Desde luego, se tiene como fundamento a la personal, y a partir de ella todo la integralidad e integración, siendo la salud un derecho que nace de su misma naturaleza, “un punto de acceso sistemático” a los sistemas de salud de cada país. En este sentido, se puede definir como atención primaria de salud a la asistencia sanitaria accesible a todas las personas, familias y comunidades mediante los medios aceptables que con plena participación y bajo costo en los servicios que pueda acceder para su bienestar de manera eficaz, eficiente y equitativo (OMS, 2008, p. 45).

La medicina general integral y su enfoque social y humanista

La medicina familiar nace con Hipócrates (460 AC) y Galeno (130 DC). El médico general del siglo XIX, hacia las funciones que hoy se le está dando al médico de familia, este era un consejero, líder y conocedor de su comunidad.

La medicina familiar se considera como la combinación de la tradición humanista, del antiguo médico general, con el desarrollo tecnológico de la segunda mitad del siglo XX, que tiene su origen social, en los principios que la rigen y la naturaleza misma de sus objetivos y actividades que persiguen la atención integral al ser humano, dentro de su entorno familiar y sus interrelaciones con el medio que lo rodea y de la comunidad de la cual es parte.

En ese sentido la medicina integral creadora de la atención integral en Cuba, debido a la filosofía y sus bases teóricas prácticas, desempeñan un papel preponderante en el alcance de un nivel de salud óptimo, las fortalezas de este modelo de medicina familiar han logrado mantener y mejorar permanentemente los

indicadores de salud y satisfacer las necesidades de la población, lo que constituye un pilar básico de la salud pública. (Segredo, Perdomo, 2012).

Dimensiones de la variable Atención Integral de Salud

Tanto como para Barragán (2007) como para los especialistas de la OMS (2008) y Hernández y Lazcano (2011) la atención integral de la salud tiene en cuenta tres dimensiones: Dimensión humana (OMS, 2008); dimensión política o de gestión (Hernández y Lazcano, 2011) y dimensión operativa llamada también tecnológica (Barragán, 2007).

Las tres dimensiones se complementan la una a la otra. Sin embargo, para los especialistas del Minsa (2013) con el Modelo de Atención Integral, conocido también como “MAIS” solo conservan dos de las tres dimensiones; no obstante, se hará hincapié en su debido momento.

Dimensión Humana

El binomio salud/enfermedad en su aparato epistemológico sea tal vez uno de los binomios más comunes en las ciencias médicas. Sin embargo, la atención médica tiene su repercusión en el trato directo con la misma persona. “(La atención) se interesa por el enfermo en su integridad, no como concepto, sino como esquema que lo sustituye” Schaposnik (citado por Barragán, 2007, p.305).

Por tal razón, el quehacer de la medicina humana es descubrir y aprender las causas que perturban la vida humana, no se queda solo en el diagnóstico, se proyecta al intento de eliminar, corregir, o atenuar el sufrimiento humano, alentando siempre y consolarlo fraternalmente (Juan Pablo II, Salvificis Doloris). Si bien es cierto, la enfermedad comulga directamente con el sufrimiento, la sanación trasciende al dolor y lo fortalece. Para Laín Entralgo (1963) la enfermedad es algo propio de la naturaleza humana, que no solo afecta al cuerpo, “sino al sentimiento que el hombre tiene de su propia existencia” (p.60); como tal ya sea una dolencia pasajera, casi inocente, que suele traducirse en anécdota.

Ese sentimiento desde luego, sumerge al ser humano en el aislamiento, en la soledad, en la incomunicación del propio padecimiento, llevando a la aflicción y amenaza. No obstante, la dimensión humana tiene que ver con la naturaleza misma de la enfermedad, y a partir de ella, ocupa un lugar primordial y reconocimiento por la salud pública. Por ello, es importante, que quienes la practiquen (salud pública) no solo se debe observar (el sufrimiento) mediante el diagnóstico tiene el sumo compromiso de atender humanamente a los pacientes (Barragán, 2007, p. 305).

Por otra parte, de acuerdo al informe de la OMS (2008), la atención primaria toma un nuevo enfoque, se hace más humano; lo biomédico no es suficiente, se concatena con la atención personalizada a la persona: Un servicio con estas características requiere un sistema de salud organizados además de contar, con equipos multidisciplinarios que estén cerca a los usuarios y se ocupen de un grupo determinado de la población, siempre teniendo en cuenta el apoyo y el trabajo coordinado con otros sectores. (p.18).

Dimensión política

Se trata de la dimensión de la gestión, la interacción entre la conducción del Estado como ente supervisor y la acción propia del Ministerio de Salud en sus diferentes niveles de operacionalidad.

Para los especialistas de la OMS (2008) esta dimensión mantiene relaciones con las políticas públicas dictaminadas por el Estado: Ante esto, es necesario tener elementos claves que de algún modo repercute de modo directo con las acciones de gestión pública:

- Políticas sistemáticas: son aquellas disposiciones adoptadas de los sistemas de salud para coadyuvar una cobertura para todos y la prestación eficiente de servicios.
- Políticas de salud pública: son aquellas acciones peculiares y necesarias que permiten enfrentar los inconvenientes sanitarios de

nuestro país, a través de acciones transversales de prevención y promoción.

- Políticas sectoriales: contribuyen a la salud y permiten acuerdos intersectoriales.

No obstante, en el Perú, los especialistas del Minsa (2011) argumentaron que la política si bien es cierto concierne a las instituciones de gobierno, la conducción de la misma compete expresamente al sector salud en todos los niveles de atención (p.47). Razón por la cual, para el año 2011 este modelo de atención integral repercutió en las esferas de la atención primaria a nivel nacional. Es decir, la atención primaria de salud, fue la primera estrategia sanitaria en implementarse; precisamente, ésta se definió como el conjunto de políticas, componentes, sistemas, procedimiento e instrumentos que operan coordinadamente, garantizando una atención basada en el individuo, la familia y la comunidad; satisfaciendo necesidades propias de la salud, que son a veces percibidas o a veces no por la población (p.17).

Por su parte, Hernández y Lazcano (2013) afirmaron: La práctica de la salud usualmente emplea acciones de gobierno en forma de políticas públicas, las mismas que se traducen en acciones en bienestar de la población, además de generar resultados que las personas no podrían crear de modo individual. No obstante, las políticas públicas son herramientas que permiten llevar a cabo cambios significativos en área que son de interés de la sociedad (p.11)

Bajo esa mirada, la salud es considerada un derecho y un bien público que se da, en el marco de la vida cotidiana. “El proceso salud enfermedad de los individuos, familia y comunidad es objeto y sujeto de los equipos de salud, cuyo afán principal es el de mejorar la calidad de vida.” (Minsa 2011, p 11).

Dimensión Operativa

El Modelo de Atención Integral de la salud es un conjunto de acciones con actividades organizadas bajo un enfoque biopsicosocial, que orienta su mirada a la

población sin, y con, problemas de salud, donde se le da un gran énfasis a la parte preventiva promocional, siempre de la mano con la participación comunitaria.

Este sistema basado en la Atención Primaria (APS) requiere de una organización que maximice la equidad y se base en el principio de la solidaridad. En este sentido, y para la implementación de la APS, los especialistas del Minsa han desarrollado el Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad con RM N° 464-2011/Minsa, que recoge los conceptos, enfoques valores y principios desarrollando una forma de trabajo donde se prioriza 4 componentes: Gestión, organización, prestación y financiamiento para el logro de la APS (Minsa, 2003).

Por su parte, Barragán (2007) fundamentó la importancia que tiene la dimensión operativa, definiéndola como aquella tecnológica que ejecutan los prestadores de servicios, ya sean estos privados o públicos, y/o de naturaleza mixta (p. 401).

No obstante, es importante para los especialistas del Minsa (2011), El modelo de atención integral no solo se basó en las necesidades mismas de la implementación del MAIS, sino también en los roles que la población solicita para satisfacer una necesidad fundamental, de este modo, existen tres ejes en los niveles de atención: los relacionados a la persona, los relacionados a la familia, y los que están estrechamente ligados a la comunidad. (p.12).

Las características principales de este modelo de atención, según el MAIS- BCF (Minsa, 2003), corresponden:

- Su atención principal está en relación al individuo, familia y comunidad.
- Es de vital importancia actividades de promoción y prevención.
- Los servicios médicos orientados hacia un servicio personalizado, digno y de calidad.
- Pone especial atención al recurso humano, implementando políticas de trabajo digno.
- Promueve gestionar la salud, con enfoque de territorio.

- Establece servicios en redes de salud y asegurando la integralidad de la atención.
- Promociona el abordaje de los determinantes sociales que apertura espacios para la participación ciudadana.
- Garantiza diferentes mecanismos de financiamiento necesarios para su implementación y sostenibilidad.
- Fortalece el rol rector del Ministerio de Salud.
- Promociona el enfoque de derecho, interculturalidad e igualdad de género.

Importancia del Modelo de Atención Integral.

Este modelo es de suma importancia porque tiene como objetivo principal las necesidades de salud de un país que velan no solo por las personas como individuos sino también a su familia y comunidad teniendo una visión multidimensional y biopsicosocial en donde la responsabilidad no solo está a cargo del sector salud sino también de la sociedad y otros sectores. Se pueden mencionar los siguientes aportes:

- Implementación de estrategias sanitarias, con manejo intersectorial.
- Se creó la oficina de Promoción de la Salud implementándose progresivamente los lineamientos de política.
- Se creó oficinas de gestión sanitaria, servicios de salud y de la calidad que fortalecen al ente rector.
- Se aprobaron documentos y normas que dio inicio a la atención integral por etapas de vida.

Principios y Valores orientadores del Modelo de Atención Integral de Salud.

Según el MAIS – BFC 2011, menciona principios y valores: Integralidad, Universalidad, Calidad, Corresponsabilidad, Equidad, Solidaridad y Eficiencia (p. 33-34).

Enfoques que influyen en la definición del Modelo de Atención Integral de Salud.

Según el MAIS – BFC 2011 refiere que existen 4 enfoques que contribuyen a la integralidad de la atención, el más importante es el Derecho Humano en donde el respeto a la dignidad de la persona es prioridad; esto implica que el Estado tiene la obligación de ofrecer garantías para la igualdad y la no discriminación. Con enfoque de equidad de Género donde las oportunidades deben ser iguales tanto para el hombre como para la mujer, con los mismos accesos y utilización de los servicios de salud que solucionen sus problemas. El enfoque de interculturalidad donde se promueve el respeto cultural de la persona acercándonos a ellos de manera respetuosa evitando brechas socioculturales entre el equipo sanitario y los usuarios y por último el enfoque de Territorialidad, donde debemos entender que el territorio no es solamente un espacio físico sino es un lugar que alberga diferentes actores, cada uno de ellos con tradiciones e identidades culturales distintas.

Taller educativo.

Maya (2007) refirió que: “es la forma pedagógica que promueve la complementariedad entre la teoría y la práctica que lleve al alumno al campo de acción y haga conocer su realidad objetiva, logrando que tanto docentes como alumnos interactúen logrando la resolución de problemas específicos” (p.12).

Definición conceptual.

Es un taller educativo de información, comunicación, orientación y que pretendió sensibilizar y aportar conocimientos al personal del Centro de Salud Collique III Zona, Comas, 2017 sobre la importancia de la captación de los sintomáticos respiratorios en el marco de la atención integral.

El taller de atención integral para captación de sintomáticos respiratorios se realizó en 10 sesiones de sensibilización y capacitación con la participación de los usuarios internos del Centro de salud Collique III Zona, a los cuales se le aplicó dicho taller para posteriormente determinar el efecto en la mejora de la captación de sintomáticos respiratorios. Las sesiones educativas tuvieron una duración de

180 minutos aproximadamente, 2 veces por semana, se apeló a la sensibilización del trabajador del Centro de salud Collique III Zona, utilizando para ello los recursos didácticos, como metodologías, las técnicas, estrategias y la utilización de las Tics.

Las sesiones educativas se encuentran sustentadas en la corriente pedagógica constructivista, la cual permite asimilar y procesar la información para aplicar a situaciones diferentes, en este caso poder darles la información necesaria en relación a la atención integral y su influencia en la captación de sintomáticos respiratorios.

Taller

Para Betancourt (2007) se define el concepto taller como un espacio donde se edifica o arregla algo, aplicando esta definición a la educación es “una actividad donde los individuos laboran de manera coordinada para realizar ciertas tareas con el objeto de aprender al lado de otros” (p.11).

Reyes, (2005) citado por Mora, (2013) conceptualizo que un taller “es una realidad que permite la integración, compleja, reflexiva, donde se entrelazan la parte teórica y la práctica como fuerza primordial del proceso de aprendizaje” (p.13).

Taller como alternativa educativa

Betancourt (2007) refiere que el taller es una opción para ejecutar un proceso de aprendizaje, porque permite adquirir conocimiento porque está relacionado con la realidad y se fundamenta en lo teórico que de todas maneras lleva a la práctica. El taller utiliza como paradigma pedagógico el constructivismo cuyos principios son: el aprender a ser, aprender a aprender y el aprender hacer. El taller permite una aproximación de los integrantes a la realidad, a través de una acción-reflexión.

Los cimientos pedagógicos del taller se sustentan en una construcción interna propia del individuo que se basa en sus anteriores experiencias, el conocimiento debe ser elaborado y se aprende por medio de la acción. “Lo que más influye en el aprendizaje es lo que el alumno ya conoce. Averígüese esto y enséñese en consecuencia” (Ausbel, 1968).

Variable Captación de Sintomáticos respiratorios

La cadena patológica que implica una de las enfermedades más mortales del planeta, como es la tuberculosis, sigue mutándose; de este modo, siendo esta enfermedad la más social de todas, “comprende ser un problema de la salud pública” (Fuentes-Tafur, 2009; p. 370).

Sin embargo, a partir de experiencias exitosas para determinar su control, los especialistas de la OMS (2017) recomendaron la “Estrategia DOTS, supervisión del tratamiento en boca; siendo ésta una estrategia que tuvo repercusión en países en vías de desarrollo, pero su implementación no ha logrado bajar la incidencia en estos últimos años” (p.5).

En efecto, aún falta mucho que alcanzar, los nuevos objetivos para el 2030, sea un punto de inicio para localizar, detectarlos y brindar el tratamiento debido. Para ello, es necesario recurrir a la propuesta de Farga y Caminero (2011), ambos autores esclarecen el tema, al indicar los supuestos epistemológicos de las últimas referencias académicas.

Sin embargo, bajo la propuesta de Farga y Caminero (2011),

La captación viene a hacer lo mismo que la localización de casos para tuberculosis pulmonar específicamente, ello no implica que se logre detectar casos extra pulmonares. Los casos de tuberculosis pulmonar dentro de la comunidad pueden identificarse a través de tres procesos: la localización de casos y la radiografía de tórax y la reacción a la tuberculina. (p.314).

En relación a la primera estrategia, se considera un método simple y cómodo para los países para aquellos países industrializados. El Mayor logro de esta práctica se basó en encontrar bacilos alcohol-ácido resistentes (BAAR) en la expectoración para hacer diagnóstico de la enfermedad (Farga y Caminero, 2011, p. 314).

En la radiografía, se emplea mucho el modo de evidencia mediante imágenes la sospecha de tuberculosis. La radiografía de tórax es el método más común para diagnosticar tuberculosis pulmonar principalmente.

La reacción a la tuberculina, en el Perú ese método ha dejado de emplearse hace algunos años.

Ahora bien, para definir el término de captación de sintomáticos respiratorios, se hace la referencia directa a los dos autores Farga y Caminero (2011), que indicaron:

Existen dos procedimientos básicos para identificar a personas afectadas por la tuberculosis mediante la bacteriología: la localización pasiva y la localización activa de casos. La definición de localizar casos, se diferencia del procedimiento común para diagnosticar, implica en cierto modo realizar un esfuerzo especial, dentro de un modelo de integralidad a fin de encontrar más personas afectadas por la tuberculosis con el propósito de no contagiar a las personas. En efecto, cuando se trata implementar nuevas estrategias y/o actividades programadas para encontrar mayor cantidad de pacientes dentro de la comunidad, se alude principalmente a la localización de casos, detección de casos o búsqueda de casos o pesquisas. (p.315).

En consecuencia, al ser la tuberculosis pulmonar la manera más frecuente de la manifestación de esta enfermedad, y desde luego la más contagiosa, la captación de nuevos casos se hace muy necesario en los sospechosos que la padecen.

En este sentido, para Farga y Caminero (2011): “La persona sospechosa, es aquel individuo que tiene tos y/o expectoración por más de dos a tres semanas de duración, acompañados o no de otros síntomas sugestivos de tuberculosis, se trata de los Sintomáticos respiratorios”. (p. 315).

Ahora bien, existe la posibilidad de que una persona sintomática respiratoria tenga o no tuberculosis depende siempre de la prevalencia que se tenga de la comunidad. Ante esta realidad es importante fortalecer los programas de localización de casos, es necesario realizar todos los esfuerzos posibles para que el personal de salud en todos los niveles, tomen en serio que es importante considerar la participación de los vecinos y/o organismos no gubernamentales en su implementación y cooperación de la sociedad civil.

El poco conocimiento de la sintomatología y las formas de contagio, por parte de los usuarios internos del sector salud, con injerencia en la prevención y el control de la TB puede disminuir la detección oportuna y ello ocasionaría la diseminación de la enfermedad. De la misma forma, las actitudes negativas en este personal, puede ocasionar dificultades con los pacientes y evitar que estos accedan a la atención, por el estigma y la discriminación que aún existen. A su vez, las prácticas inadecuadas de protección que se tiene en el abordaje de la TB (relacionadas con el uso de materiales de protección personal, la realización de exámenes médicos permanentes y el seguimiento de las normativas y procedimientos en la atención a las personas con esta enfermedad) influenciara o no al control de la misma (p. 41).

Este, es quizás uno de los problemas más identificados dentro del personal de salud para poder realizar una adecuada captación de sintomáticos respiratorios tanto en la consulta ambulatoria como en la comunidad.

Dimensiones de la Variable Captación de Sintomáticos respiratorios

De acuerdo, a lo propuesto Farga y Caminero (2011) se tiene dos dimensiones específicas:

Dimensión 1: Localización Pasiva de casos

Es la acción de captar a los pacientes que, de algún modo, van al establecimiento por atención médica. Una actividad donde el paciente casi siempre presenta síntomas. Curiosamente, las personas que presentan algún tipo de síntomas respiratorios persistentes, sobre todo tos y expectoración de esputo, desarrollados muchas veces por falta de una atención médica, llegan muchas veces en condiciones críticas.

Ante ello, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2008) ha llamado la atención, puesto que la desinformación de las instituciones y de los profesionales sobre los sistemas de creencias y valores de la población son factores determinantes en la presentación de la enfermedad. Las intervenciones educativas sostenidas en el tiempo y que contemplen particularidades, lograrán cambios importantes en el comportamiento con respecto a la prevención y control de estas

y otros problemas que afectan a las poblaciones. Por lo general, son las personas adultas las que más padecen de esta epidemia.

Dimensión 2: Localización activa de casos

Para Farga y Caminero (2011), la localización activa de casos es un método empleado no solo por el personal de salud, líderes de la comunidad o grupo voluntarios logra identificar a los sospechosos, tosedores que están dentro de poblaciones determinadas. (p. 318).

Una de las desventajas es su escaso impacto epidemiológico, ya que a excepción de los contactos de enfermos con tuberculosis y pacientes con VIH/SIDA, sobre el resto de la población, siendo muchos los grupos consiguen beneficios individuales. Dado que, es muy poco el número de pacientes que se encuentra.

En efecto, la localización activa de casos es aquella acción que parte de la actividad que realiza el personal de salud extramural para identificar nuevos casos. Ante ello es necesario hacer un tamizaje ambulatorio.

Según la norma técnica de tuberculosis se presenta las siguientes dimensiones.

Dimensión 1: Captación o localización

La detección de sintomáticos respiratorios (S.R) debe realizarse mediante la búsqueda permanente y sistemática de personas que presentan tos y flema por 15 días o más.

La detección de S.R debe realizarse en:

En el establecimiento de salud entre las personas que acuden al establecimiento de salud y la comunidad a través de estudios a los contactos y lugares que albergan posibles brotes.

Dimensión 2: Registro

La información generada en todos los establecimientos de salud públicos y privados que realizan actividades de prevención y control de la tuberculosis es consolidada por la ESN PCT en sus diferentes niveles.

- 1) Formato de solicitud de investigación bacteriológica.
- 2) Libro de registro de sintomáticos respiratorios.
- 3) Libro de registro de muestras para investigación bacteriológica en tuberculosis.
- 4) Libro de registro y seguimiento de pacientes que reciben medicamentos de primera línea.
- 5) Libro de registro y seguimiento de pacientes que reciben medicamentos de segunda línea.
- 6) Tarjetas de control de tratamiento con medicamentos de primera y segunda línea.
- 7) Formatos de derivación y transferencia de pacientes.
- 8) Formato de notificación de reacciones adversas de medicamentos antituberculosos.
- 9) Formato de notificación de pacientes fallecidos con tuberculosis.

Dimensión 3: Monitoreo

El monitoreo del tratamiento mediante evaluaciones clínicas, debe ser realizado al inicio, al primer mes, segundo mes y al término del tratamiento

La baciloscopía mensual es obligatoria en todos los casos: Toda muestra de esputo cuya baciloscopía resulte positiva durante la segunda fase de tratamiento debe ser remitida para cultivada y el caso debe ser evaluado por el médico consultor. Todo paciente al término de tratamiento debe tener una baciloscopía y cultivo de control.

A todo paciente que al analizar la primera fase de tratamiento segundo mes) y presenta baciloscopía positiva se debe:

- Solicitar prueba de sensibilidad rápida a isoniacida y rifampicina por métodos moleculares o fenotípicos. - Solicitar cultivo de esputo, si es positivo debe repetirse mensualmente.
- Prolongar la primera fase hasta que se disponga del resultado de la prueba de sensibilidad rápida.
- Referir al médico consultor con el resultado de la PS rápida para su evaluación respectiva.

Dimensión 4: Educación

Establecer alianzas estratégicas con otros sectores del Estado para la implementación de acciones de promoción de la salud promoviendo el abordaje de los determinantes sociales de la salud y estilos de vida saludables.

Programar recursos financieros para la elaboración, implementación y evaluación de estrategias, planes, programas y proyectos de promoción de la salud.

Conducir la implementación de planes de promoción de la salud, los cuales deben priorizar:

- Actividades educativas que permitan promover la importancia del autocuidado, el reconocimiento precoz de síntomas de tuberculosis, su mecanismo de transmisión y la búsqueda de atención en el EESS.
- Acciones educativas dirigidas a difundir las medidas de control de infecciones de TB en el domicilio del paciente y la comunidad: mejorar la ventilación natural, protección respiratoria y cubrir la nariz y boca cuando la persona estornuda o tose (etiqueta respiratoria).
- Informar sobre prevención de la tuberculosis en los centros laborales y promover la no discriminación laboral.
- Promover el voluntariado en TB (promotores comunitarios de salud) que sirva de nexo entre la implementación de las actividades de la ES PCT y el paciente, su entorno familiar, social, laboral y la comunidad.

Bacteriológico de la tuberculosis.

BK en esputo directo. Según la Norma de Tuberculosis 2013, la baciloscopia directa de la muestra de esputo y de otras muestras extra pulmonares debe ser procesada por el método de *Ziehl - Neelsen*, siguiendo el protocolo del INS (p. 41).

Cultivo de micobacterias. Según la Norma Técnica de Tuberculosis 2013, los métodos de cultivo para el aislamiento de micobacterias aceptados en el país son: los cultivos en medios sólidos *Löwenstein – Jensen*, *Ogawa* y agar 7H10. Disponibles en los laboratorios públicos según nivel de capacidad resolutive (p. 42).

Por otro lado, según la norma técnica de tuberculosis (2013) señala que la captación de sintomáticos respiratorios debe abordarse de manera integral a través de 4 dimensiones:

La captación propiamente dicha (localización de casos), el registro, el monitoreo, la educación.

La Tuberculosis.

El agente que causa la tuberculosis es el *Mycobacterium Tuberculosis*. Es un bacilo, inmóvil, no esporulado y positivo a la tinción Gram. Una de las formas de transmitir la enfermedad es a través de partículas pequeñas que escapan a las defensas de las vías respiratorias y llegan a los alveolos pulmonares multiplicándose estos al interior.

Es importante recalcar que el ser humano enfermo o infectado es el principal reservorio del bacilo y la fuente de contagio es casi exclusiva de la persona enferma de tuberculosis respiratoria (pulmonar, bronquial o laríngea). La transmisión de la Tuberculosis se da al toser, estornudar, reír, cantar o hablar ya que se eliminan partículas de secreciones respiratorias que contienen bacilos. Existen determinantes que aumentan el riesgo de contagio, una de las principales es la convivencia con un caso positivo, la edad de las personas y la comorbilidad.

Definiciones Operativas.

Según la NTS- MINSA (2013) sobre la Atención Integral del paciente con tuberculosis, define:

Caso Probable: Persona que presenta síntomas o signos sugestivos de TBC, incluye a los sintomáticos Respiratorios (p. 16).

Casos de Tuberculosis: Persona a quien se le diagnostica Tuberculosis y a la que se debe administrar tratamiento antituberculoso (p. 16).

Caso de Tuberculosis Pulmonar: Persona a quien se le diagnostica Tuberculosis con compromiso del parénquima pulmonar (p. 17).

Sintomático Respiratorio (SR): Individuo que tiene Tos con o sin Flema por 15 días o más (p. 22).

SR Esperado (SER): Número de SR que se espera identificar en un período determinado en un establecimiento de salud. Se espera identificar 5 SR por cada 100 atenciones prestadas en el establecimiento de salud en mayores de 15 años (p. 22).

SR Identificado (SRI): Es el SR debidamente registrado en el Libro de Registro de SR).

SR Examinado SREx: Es el SRI en el que se ha obtenido al menos un resultado de baciloscopia de diagnóstico (p. 22).

Detección de Sintomáticos Respiratorios.

Según la Norma menciona que la detección de Sintomáticos Respiratorios (SR) debe realizarse en todo momento, su búsqueda debe ser permanente y sistemática (p. 39).

Esta búsqueda debe realizarse en:

- El establecimiento de salud (EESS): Entre las personas que acuden a los diferentes servicios, sin tener en cuenta porque acudió a la consulta.
- La comunidad: sólo en ciertas situaciones:

Evaluación de contactos que tuvieron relación con personas con tuberculosis pulmonar o extra pulmonar.

Investigación de posibles brotes de tuberculosis en donde hay muchas personas como: hospitales, prisiones, centros de rehabilitación, etc...

No es recomendable hacer eventos masivos de búsqueda de la enfermedad tuberculosa mediante BK en esputo en personas que no tiene sintomatología respiratoria (p 39).

La programación en el Informe Operacional Trimestral de Sintomáticos Respiratorios Esperados, se realiza en función al total de Atenciones en mayores de 15 años, el cual que se multiplica por 0.05, el 5% de las atenciones en mayores de 15 años deberían ser Sintomáticos Respiratorios, a este porcentaje deberíamos identificar permanentemente (Norma Técnica de Tuberculosis 2013, Anexo Nro. 12).

Marco conceptual

Atención Primaria de Salud: Es la asistencia sanitaria básica que debe ser accesible a todos los individuos, sus familias y su comunidad por medio de acciones aceptables para ellos, con plena participación y a un costo idóneo para la comunidad y el país. (OMS).

Atención Integral de Salud: Conjunto de Estrategias, Normas, Procedimientos, Herramientas y Recursos que al complementarse organiza el Sistema de Salud para responder a las necesidades de las mismas. (MAIS BFC-2011).

Sintomático Respiratorio: Todo individuo que presenta tos por 15 días a más (OMS).

Tuberculosis: Enfermedad infecto contagiosa que mayormente afecta al sistema respiratorio bajo causada por el Mycobacterium tuberculosis. Cuya transmisiones de persona a persona transportado por las gotitas de saliva que son emitidas por el paciente con enfermedad pulmonar activa. (OMS).

Conocimiento: está definido por el grado de comprensión de determinado tópico (Minsa).

Actitud: es un tipo de posición ante ciertas situaciones que se adquieren a través de la propia experiencia, y que predispone a las personas a actuar de diferente manera (Minsa).

Prácticas: Son las acciones que realizan los individuos ante determinadas circunstancias o situaciones (Minsa).

Buenas Prácticas: Es todo accionar que se guía por principios, objetivos y procedimientos adecuados, que permiten adquirir experiencias con resultados positivos, demostrando su eficacia y utilidad en un contexto concreto.

Taller: Según Betancourt (2007) taller es un lugar donde se repara algo, utilizando este concepto a la educación es “un espacio donde un grupo de personas trabajan cooperando unos a otros para lograr un objetivo, así mismo aquí podemos aprender trabajando al lado de otros.” (p.11).

1.4 Formulación del Problema

1.4.1 Problema general.

¿Cuál es el efecto de la aplicación de un taller de Atención Integral en las prácticas de captación de Sintomáticos Respiratorios en los Trabajadores del Centro de Salud Collique III zona, Comas 2017?

1.4.2 Problemas específicos.

Problema específico 1.

¿Cuál es el Efecto de la aplicación de un taller de Atención Integral en las prácticas de localización de casos para sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del Centro de Salud Collique III Zona, Comas 2017?

Problema específico 2.

¿Cuál es el Efecto de la aplicación de un taller de Atención Integral en las prácticas del Registro para Captación de Sintomáticos Respiratorios en los Trabajadores del Centro de Salud Collique III zona, Comas 2017?

Problema específico 3.

¿Cuál es la Efecto de la aplicación de un taller de Atención Integral en las prácticas del monitoreo para captación de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del Centro de Salud Collique III zona, comas 2017?

Problema específico 4.

¿Cuál es el Efecto de la aplicación de un taller de Atención Integral en las prácticas de Educación para Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del Centro de Salud Collique III zona, comas 2017?

1.5 justificación

1.5.1 Justificación teórica

Esta investigación que pretende implementar un taller de atención integral que mejore las prácticas de captación de sintomáticos respiratorios, se justificó teóricamente en la necesidad y la importancia del captar sintomáticos respiratorios para diagnosticar precozmente la tuberculosis pulmonar, sabiendo que actualmente sigue siendo una de las estrategias más relevantes para tal fin, pues nos permitió darnos cuenta que nuestro Sistema de salud debe ser visto con un enfoque biopsicosocial, en el que debemos poner esfuerzos en temas de promoción y

prevención donde nos preocupemos de las necesidades de salud de los ciudadanos adelantándonos a los problemas sanitarios y así poder atenderlas en etapas tempranas para controlar el avance, evitando la propagación de las mismas.

Aplicar un taller de atención integral nos permitió agrupar actividades secuencialmente con el fin de cumplir un objetivo, por lo tanto, su implementación favoreció la organización del trabajo en equipo, ejecutando acciones de manera ordenada, para un óptimo desempeño.

Esto también fortaleció el compromiso del usuario externo (paciente) haciéndole partícipe del proceso y fomentando así su autocuidado.

1.5.2 Justificación práctica

El estudio a nivel práctico se justificó porque permitió que el personal del C.S. Collique III zona, reconozca que el modelo de atención integral disminuye riesgos y daños, pues consolida decisiones de promoción y prevención para la detección temprana y oportuna del problema de salud.

Además, la aplicación del taller de atención integral logro que los trabajadores de salud tengan conocimientos de la atención primaria, teniendo una visión integridad de la persona y la visión del individuo como un todo; además permitió que el personal de salud trabaje bajo un mismo enfoque todos con objetivos comunes, orientando los esfuerzos a la búsqueda del Sintomático Respiratorio para el descarte precoz de los casos de Tuberculosis.

Este taller permitió mejorar la calidad de atención de los diferentes servicios (asistenciales y administrativos) y generó un beneficio al ciudadano pues le dio mayor protagonismo y participación en el autocuidado de su salud.

No podemos dejar de mencionar el beneficio que el taller brindo a la Estrategia Nacional de Tuberculosis, pues al ejecutarlo se obtuvo un producto

secuencial orientado a captar sintomáticos respiratorios, beneficiándose el sistema de salud, el individuo y la comunidad.

1.5.3 Justificación metodológica

El presente estudio se encuentra justificado a nivel metodológico porque se diseñó un instrumento para medir el Efecto de la aplicación de un taller educativo en el marco de la atención integral para captar sintomático respiratorio. Este instrumento se pondrá a disposición de la comunidad académica, un instrumento válido y confiable que servirá de base para posteriores investigaciones relacionadas con el tema.

Este aporte sirvió para diseñar estrategias que sean trascendentes y favorezcan al incremento de la captación de sintomáticos respiratorios y de esta manera a la disminución de la morbilidad-mortalidad de la Tuberculosis.

1.5.4 Justificación social

La presente investigación buscó beneficiar a la población en general por que el personal de salud que estuvo en contacto directo con posibles casos de Tuberculosis pueda reconocerlos oportunamente y captarlos asumiendo roles idóneos que benefician tanto a la institución como a la sociedad.

1.6 Hipótesis

1.6.1 Hipótesis General.

La aplicación del taller de Atención Integral tiene un efecto significativo en las prácticas de Captación de Sintomáticos Respiratorio en los trabajadores del Centro de Salud Collique III Zona, Comas 2017.

1.6.2 Hipótesis específicos.

Hipótesis Específica 1.

La aplicación del taller de Atención Integral tiene efecto significativo en las prácticas de localización de casos de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del Centro de Salud Collique III zona, Comas 2017.

Hipótesis Específica 2.

La aplicación del taller de Atención Integral tiene efecto significativo en las prácticas de los Registros para la Captación de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del Centro de Salud Collique III zona, Comas 2017.

Hipótesis Específica 3

La aplicación del taller de Atención Integral tiene efecto significativo en las prácticas del Monitoreo para la Captación de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del Centro de Salud Collique III zona, Comas 2017.

Hipótesis Específica 4

La aplicación de un taller de Atención Integral tiene efecto significativo en las prácticas de Educación para la Captación de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del Centro de Salud Collique III Zona, Comas 2017.

1.7 Objetivos

1.7.1 Objetivo General.

Determinar el efecto de la aplicación de un taller de Atención Integral en las prácticas de Captación de Sintomáticos Respiratorio en los trabajadores del Centro de Salud Collique III zona, Comas 2017.

1.7.2 Objetivos específicos.

Objetivo específico 1.

Determinar el Efecto de la aplicación de un taller de Atención Integral en las prácticas de localización de casos de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del Centro de Salud Collique III zona, Comas 2017.

Objetivo específico 2.

Determinar el Efecto de la aplicación de un taller de Atención Integral en las prácticas del Registro para la Captación de los Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del Centro de Salud Collique III zona, Comas 2017.

Objetivo específico 3.

Determinar el Efecto de la aplicación de un taller de Atención Integral en las prácticas del Monitoreo para la Captación de Sintomáticos Respiratorios en Tuberculosis Pulmonar de los trabajadores del Centro de Salud Collique III zona, Comas 2017.

Objetivo específico 4.

Determinar el efecto de la aplicación de un taller de Atención Integral en las prácticas de Educación para la Captación de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del Centro de Salud Collique III zona, Comas.

II. Método

2.1 Diseño de la investigación

Se utilizó como paradigma el Positivismo, la cual es una corriente o escuela filosófica que afirma que el “único conocimiento auténtico es el conocimiento científico, y que tal conocimiento solo puede surgir de la afirmación positiva de las teorías a través del método científico” (Comte,A, 1798).

Así mismo se utilizó un enfoque cuantitativo porque la recolección de información la usa para responder las preguntas en la investigación y poder comprobar hipótesis antes expuestas, utiliza el control numérico y frecuentemente usa la estadística para establecer el comportamiento de una población o muestra de estudio (Sampieri, 2003).

El tipo de estudio fue aplicado porque busca el aportar a la ciencia, incrementado los saberes teóricos, sin interesarse directamente en sus probables aplicaciones o resultados prácticos; es más formal y persigue las generalizaciones con miradas al desarrollo de una teoría basada en principios y leyes (Zorrilla, 1993).

El método utilizado fue el hipotético-deductivo porque nos permite probar la veracidad o falsedad de la hipótesis planteada, mediante un diseño bien estructurado buscando comprobar con objetividad la variable que se midió.

Soto (2015), menciona a Bernal (2006), quien indica que el método hipotético deductivo es un “proceso que parte de las afirmaciones en relación a la calidad de hipótesis y busca negar o aceptar dichas hipótesis sacando de ellas, conclusiones que deben confrontarse con los hechos” (p.50).

El diseño fue experimental, sub tipo pre – experimental de corte longitudinal. Se llaman diseños pre experimentales a las cuales el grado de control es mínimo y no cumple con los requisitos para ser considerado un experimento verdadero (Carrasco 2005) p. 63. En la presente investigación se utilizó la forma de diseño de pre y post lista de cotejo, con un grupo al cual se le brindo un programa de atención integral, midiendo antes y después del evento.

Se llama Longitudinal según Hernández (2010) porque, “recolectan información en distintos espacios de tiempo, para realizar aportes acerca de cómo va el problema en la investigación, así como también ver sus causas y sus efectos” (p. 159).

El diagrama pre - experimental de este diseño es el siguiente:

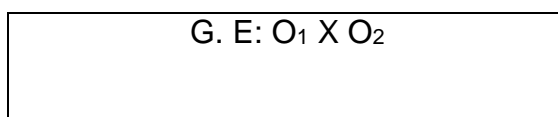


Figura 2 Diseño de prechecklist-poschecklist en grupo experimental.

Dónde:

G. E = Grupo Experimental

O₁ = Pre checklist

X = Tratamiento

O₂ = Post checklist

2.2 Variables, Operacionalización

2.2.1 Variable independiente: taller de atención integral

Definición Conceptual

Es una serie sistematizada de operaciones que son necesarias para llevar a cabo un proyecto, también son un conjunto de políticas, componentes, sistemas, procesos e instrumentos que, operando coherentemente, aseguran un proceso pedagógico organizado que combina la teoría y la práctica para sensibilizar a los usuarios internos sobre la importancia de la atención integral del individuo, su familia y la comunidad, satisfaciendo de esa manera sus necesidades de salud ,necesidades que son percibidas o no, por la población. (MAIS 2011, p. 16).

Según Barragán 2007, “la salud integral se entiende desde un todo, no solo involucra el conocimiento del estado y/o Binomio salud/enfermedad de una comunidad, sino que requiere siempre de recursos para asistirlos” (p.305).

Tabla 1

Organización de la Variable independiente taller de atención integral

Contenido del programa	Estrategias	Método	Tiempo
El objetivo del taller es mejorar la captación de sintomáticos respiratorios, a través de la atención integral.	Dinámicas grupales Expositivas.	Activo Demostrativo Juego de Roles Socrático	90 minutos por sesión de sensibilización 2 sesiones por semana.

2.2.2 Variable dependiente Prácticas en Captación de sintomático respiratoria.

Definición conceptual

Se refiere a las formas óptimas de ejecutar un proceso de identificación de los usuarios externos que acuden al Centro de salud Collique III Zona a través de parámetros establecidos (tos por 15 días a más), abordados por los trabajadores del área asistencial dentro del establecimiento de salud (Norma técnica de tuberculosis 2013).

Según Farga y Caminero (2011), refieren que existe dos procedimientos para identificar a las personas afectadas por tuberculosis: la localización pasiva y la localización activa, para localizar casos implica un esfuerzo especial dentro de un modelo de integralidad.

Definición operacional

En la presente investigación la variable que principalmente se operacionalizará, es la variable dependiente denominada prácticas en captación de sintomático

respiratorio, la que será medida a través de 4 dimensiones (a) localización de casos, con 4 ítems; (b) registro con 2 ítems; (c) monitoreo con 3 ítems; (d) educación con 2 ítems. El instrumento elaborado llamada lista de cotejo está estructurada bajo una escala de tipo Likert con 2 categorías: Si (1), No (0).

Tabla 2

Operacionalización de la variable captación de sintomáticos

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escalas y Valores	Niveles y Rangos
Captación	• Reconocimiento del sintomático respiratorio.	1	Si (1)	Practica adecuada (8-11)
	• Captación del sintomático respiratorio.	2	No(0)	
	• Envío del sintomático respiratorio.	4		Practica inadecuada (0-3)
	• Uso de fichas de referencia comunitaria.	11		
Registro	• Registro individual del sintomático respiratorio.	3		
	• Entrega del registro al programa de tuberculosis.	5		
Monitoreo	• Verificación de la muestra de esputo.	6		
	• Solicitud de lista de sintomáticos respiratorios que no dejaron muestra de esputo.	7		
Educación	• Visita domiciliaria	8		
	• Charlas en salas de espera	9		
	• Actividades extramurales	10		

2.3 Población y muestra

2.3.1 Población

Bernal (2006) refiere que la población es un grupo de elementos en los que se puede trabajar un grupo específico (p.39).

La población estuvo conformada por 58 trabajadores del área asistencial del centro de salud Collique III Zona, Comas.

Tabla 3

Población de estudio

Trabajadores según tipo de contrato	Nro.
Nombrados	37
CAS	14
Terceros	07
Total	58

Nómina del centro de salud Collique III Zona del área asistencial.

2.3.2 Muestra

Según (Tamayo Y Tamayo 1997) refiere que la muestra permite determinar la problemática porque es capaz de aportar datos que ayudan a identificar los errores dentro del proceso, además indica que la muestra es el grupo de personas que se coge de la población, para estudiar un fenómeno estadístico (p.38).

Se estableció con 40 trabajadores que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión

Muestreo

El muestreo fue no probabilístico intencional. Según (Mata, et al, 1997),” es el método que se utiliza para escoger a los componentes de la muestra del total de la, población, es decir consiste en una serie de reglas, procesos y criterios a través de los cuales seleccionamos algunos elementos de una población determinada quienes representan lo que sucede en toda esa población “.

Para (Parra, 2003), un muestreo no probabilístico corresponde a procesos de selección de muestras donde influyen factores distintos al azar, según lo define (Arias, 2006), el muestreo intencional u opinatico es aquel donde los elementos muestrales son escogidos en base a criterios o juicios preestablecidos por el investigador , o bien como lo describe Parra, “esta forma de muestreo se reconoce porque tiene un esfuerzo deliberado de adquirir muestras representativas o símbolo, incluyendo en la muestra a grupos aparentemente típicos”.

Criterios de selección

Criterios de Inclusión: Trabajador del Centro de Salud Collique III Zona del área asistencial.

Criterios de Exclusión: trabajadores del establecimiento que se encuentran de descanso por vacaciones, de permiso o que no desee participar de la investigación y personal contratado por servicios generales (service de limpieza y vigilancia).

2.4 Técnica e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad

La técnica usada en la presente investigación es la observación, entendiéndose como observación: Al tipo de investigación básica, en las que se sustentan las

demás, ya que permite la interrelación entre el sujeto que observa y el objeto que es observado, donde parte toda comprensión de la realidad. (Bunge, 1967 p.727).

2.4.1 Técnica e Instrumento de recolección de datos

Como instrumento se usó una lista de cotejo. Definiéndola como un proceso de evaluación de prácticas, versátil, tiene como característica ser dicotómica con solo dos posibilidades de evaluación. La evaluación se puede expresar en puntajes, el cual debe coincidir con los indicadores a revisar. La otra forma de evaluar es por medio de porcentajes (Tobón, 2013).

Ficha técnica del instrumento para medir la captación de sintomáticos respiratorios en el centro de salud Collique III zona, Comas.

- **Nombre:** Ficha de evaluación de prácticas en captación de sintomáticos respiratorios.
- **Autoría:** M.C Guisela Yanet Díaz Cárdenas.
- **Año:** 2017
- **Institución:** centro de salud Collique III zona, Comas.
- **Universo de estudio:** trabajadores del área asistencial del centro de salud Collique III zona, Comas.
- **Validado:** Dr. Juan Carlos Saravia Santisteban, Dra. Gloria Altamirano Carbajal, Dra. Connie Dávila, Dr. Eduardo Mata.
- **Tipo de instrumento:** lista de cotejo, consta de 11 enunciados.
- **Administración:** Individual.
- **Duración:** El recojo de información con la Lista de cotejo fue de 2 días.
- **Aplicación:** El ámbito para la ejecución fueron los trabajadores del área asistencial del Centro de Salud Collique III zona.
- **Fecha de aplicación:** Primera medición el 10 de noviembre y la segunda medición fue el 17 de diciembre.
- **Escala de medición:** prácticas adecuadas (8 a 11), prácticas en proceso (4 a 7) y prácticas inadecuadas (0 a 3).

- **Tiempo utilizado:** 2 días.
- **Objetivo:** Identificar las prácticas en captación de sintomáticos respiratorios a través de una serie de actividades enmarcados en la atención integral. La lista de cotejo para la captación de sintomático respiratorio fue elaborado bajo una escala tipo Likert con 2 categorías si(1), No (0) siendo medida a través de 4 dimensiones (a) localización de casos con 4 ítems; (b), registro con 2 ítems; (c) monitoreo con 3 ítems; (d) educación con 2 ítems.
- **Puntuación:** La escala de medición es a través de variables dicotómicas teniendo como puntaje de (1) para SI y puntaje de (0) para NO.

Procedimiento de puntuación: Niveles de prácticas en captación de sintomáticos respiratorio, (9 a 11); (5 a 8); inadecuada (0 a 4).

Tabla 4

Baremo -Escala de valoración (nivel de interpretación)

Categoría	Localización de casos	Registro	Monitoreo	Educación	Puntaje
Adecuada	4	3	2	2	8-11
En proceso	2-3	1-2	1	1	4-7
Inadecuada	0-1	0-1	0	0	0-3

Validación del instrumento

Según Hernández, et al (2003) la validación de un instrumento viene hacer “El nivel en el que esta evidencia un control específico de contenido de lo que se mide” (p.201).

Para poder determinar la validez del instrumento se buscó evaluar el contenido a través del juicio de expertos para ello se sometió a la revisión de 3 especialistas, los cuales concluyeron que el instrumento era adecuado y aplicable,

estos expertos doctores en neumología y medicina familiar concluyeron que el instrumento era además pertinente, relevante y claro.

Tabla 5

Validez de instrumento, según expertos

Experto	Compromiso organizacional				Condición final
	Pertinencia	Relevancia	Claridad	Suficiencia	
Dr. Juan Carlos Saravia Santisteban	si	si	si	si	Aplicable
Dra. Gloria Altamirano Carbajal	si	si	si	si	Aplicable
Dr. Eduardo Mata	si	si	si	si	Aplicable

2.5 Método de análisis de datos

Para la interpretación del resultado se identificaron las respuestas de la ficha de evaluación de prácticas en captación de sintomáticos respiratorios, se tabularon los resultados, se creó la base de datos y se evaluaron estadísticamente y descriptivamente.

Para procesar y realizar el análisis de la información, se utilizó una base de datos en el programa informático Excel, se identificó e ingreso las respuestas de la ficha de evaluación de prácticas en captación de sintomáticos respiratorios, las cuales se expresaron en tablas y gráficos de barras.

Se tabularon los resultados utilizando el software SPSS versión 22 y se expresaron en porcentajes estadística y descriptivamente, aplicando pruebas no paramétricas de Mann Whintney y prueba de Wald- Wolfowits.

2.6 Aspectos éticos:

Se pidió autorización a la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte, a través del Comité de Ética de la institución para la aplicación de la lista de cotejo, y del desarrollo del taller, además se solicitó la autorización del médico jefe del centro de salud Collique III Zona.

La autora del presente estudio declara fielmente que el interés es solo de tipo académico y, que guardó la reserva y confidencialidad absoluta en sus diferentes etapas (aplicación, tabulación, análisis y resultados) así Como el manipuleo arbitrario.

III. Resultados

3.1. Resultados descriptivos.

Captación de Sintomáticos Respiratorios.

Tabla 6

Frecuencias de los niveles de las prácticas para la captación de sintomáticos respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.

Prácticas para la Captación de Sintomáticos Respiratorios	Grupo de evaluación			
	Pre checklist		Post checklist	
	n	%	n	%
Prácticas inadecuadas	28	70,0	11	27,5
Prácticas en proceso	11	27,5	17	42,5
Prácticas adecuadas	1	2,5	12	30,0

De los 40 participantes, se observó que en la comparación entre la medición Pre checklist las 'Prácticas inadecuadas' tuvieron una frecuencia de 70%(28) y en la medición del Post checklist disminuyó a 27,5%(11). Las 'Prácticas en proceso' tuvieron un 27,5%(11) en el Pre checklist subiendo en el Post checklist a 42,5%(17). Finalmente, en las 'Prácticas adecuadas' hubo un 2,5%(1) en el Pre checklist subiendo a 30%(12) en el Post checklist, como también se observa en la siguiente figura.

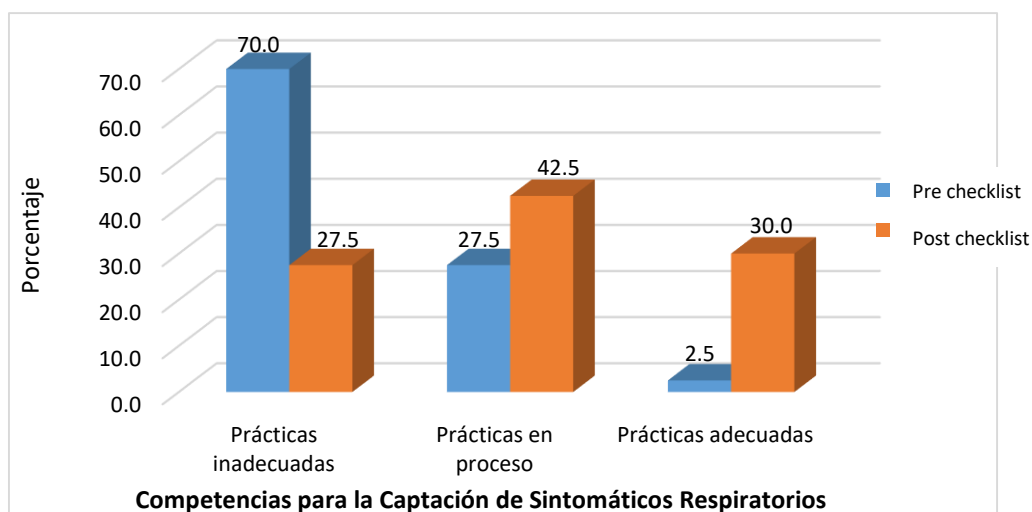


Figura 3. Distribución de frecuencias de los niveles de las prácticas para la captación de sintomáticos respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.

Dimensión 1: Localización de casos

Tabla 7

Frecuencias de los niveles de la localización de casos de sintomáticos respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.

D1: Localización de casos	Grupo de evaluación			
	Pre checklist		Post checklist	
	n	%	n	%
Prácticas inadecuadas	22	55,0	9	22,5
Prácticas en procesos	18	45,0	24	60,0
Prácticas adecuadas	0	0,0	7	17,5

De los 40 participantes, en esta dimensión se vio que en la comparación entre la medición Pre checklist las 'Prácticas inadecuadas' tuvieron una frecuencia de 55%(22) y en la medición del Post checklist disminuyó a 22,5%(9). Las 'Prácticas en proceso' tuvieron un 45%(18) en el Pre checklist subiendo en el Post checklist a 60%(24). Finalmente, en las 'Prácticas adecuadas' hubo un 0,0%(0) en el Pre

checklist subiendo a 17,5%(7) en el Post checklist, como también se observa en la siguiente figura.

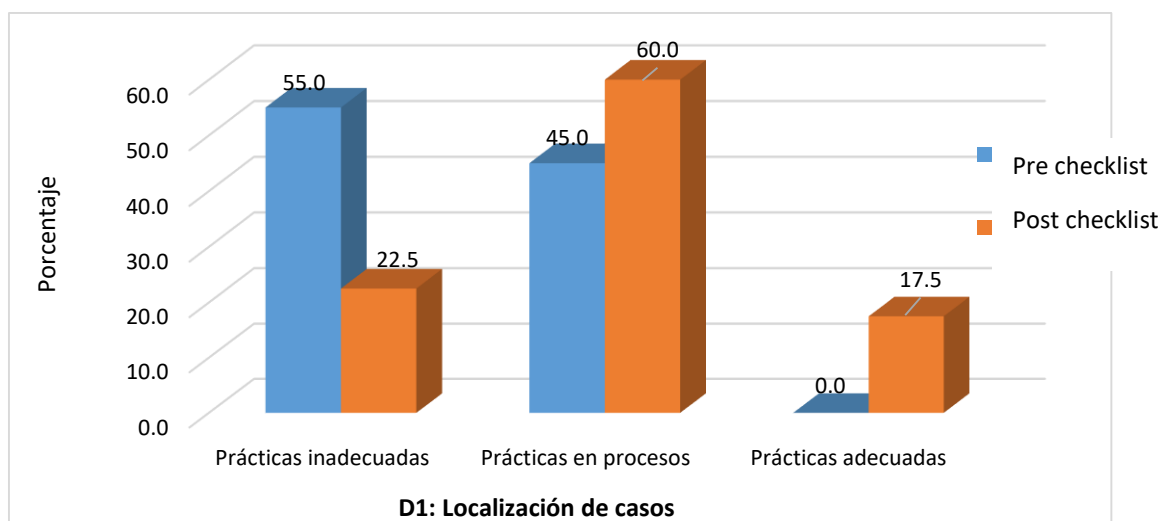


Figura 4. Distribución de frecuencias de los niveles de localización de casos de sintomáticos respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.

Dimensión 2: Registro.

Tabla 8

Frecuencias de los niveles de registro de casos de sintomáticos respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.

D2: Registro	Grupo de evaluación			
	Pre checklist		Post checklist	
	n	%	n	%
Prácticas inadecuadas	39	97,5	19	47,5
Prácticas en proceso	1	2,5	21	52,5
Prácticas adecuadas	0	0,0	0	0,0

De los 40 participantes, en la dimensión 2 se vio que en la comparación entre la medición Pre checklist las 'Prácticas inadecuadas' tuvieron una alta frecuencia con 97,5%(39) y en la medición del Post checklist disminuyó a 47,5%(19). Las 'Prácticas en proceso' tuvieron un 2,5%(1) en el Pre checklist subiendo considerablemente en el Post checklist a 52,5%(21). Finalmente, en las 'Prácticas

adecuadas' hubo un 0,0%(0) en el Pre checklist manteniéndose en el Post checklist, como también se observa en la siguiente figura.

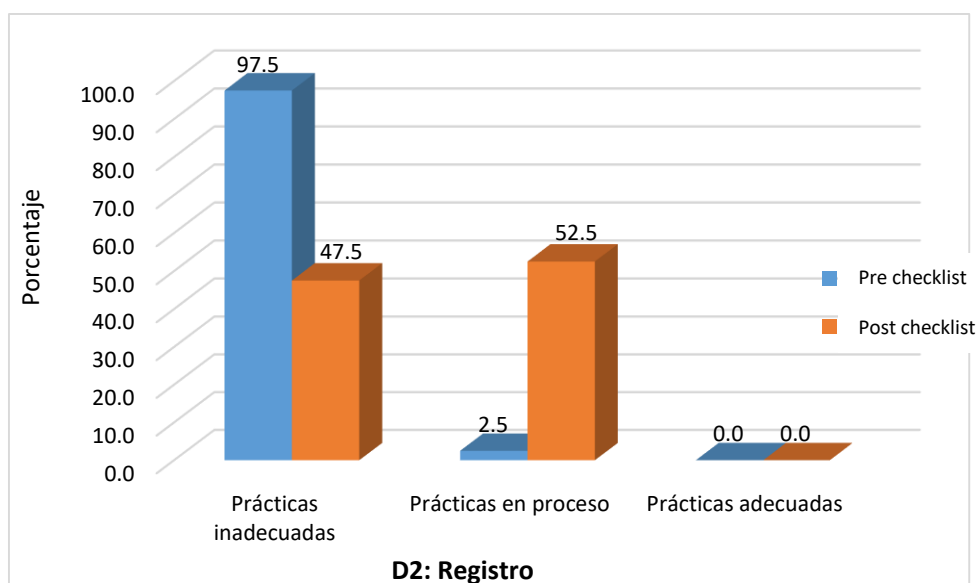


Figura 5. Distribución de frecuencias de los niveles de registro de casos de sintomáticos respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.

Dimensión 3: Monitoreo.

Tabla 9

Frecuencias de los niveles de monitoreo de casos de sintomáticos respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.

D3: Monitoreo	Grupo de evaluación			
	Pre checklist		Post checklist	
	n	%	n	%
Prácticas inadecuadas	40	100,0	35	87,5
Prácticas en proceso	0	0,0	5	12,5
Prácticas adecuadas	0	0,0	0	0,0

De los 40 participantes, en la dimensión 3 se vio que en la comparación entre la medición Pre checklist las 'Prácticas inadecuadas' tuvieron una frecuencia absoluta con 100%(40) y en la medición del Post checklist disminuyó a 87,5%(35).

Las 'Prácticas en proceso' tuvieron un 0,0%(0) en el Pre checklist subiendo en el Post checklist a 12,5%(5). Finalmente, en las 'Prácticas adecuadas' hubo un 0,0%(0) en el Pre checklist manteniéndose en el Post checklist, como también se observa en la siguiente figura.

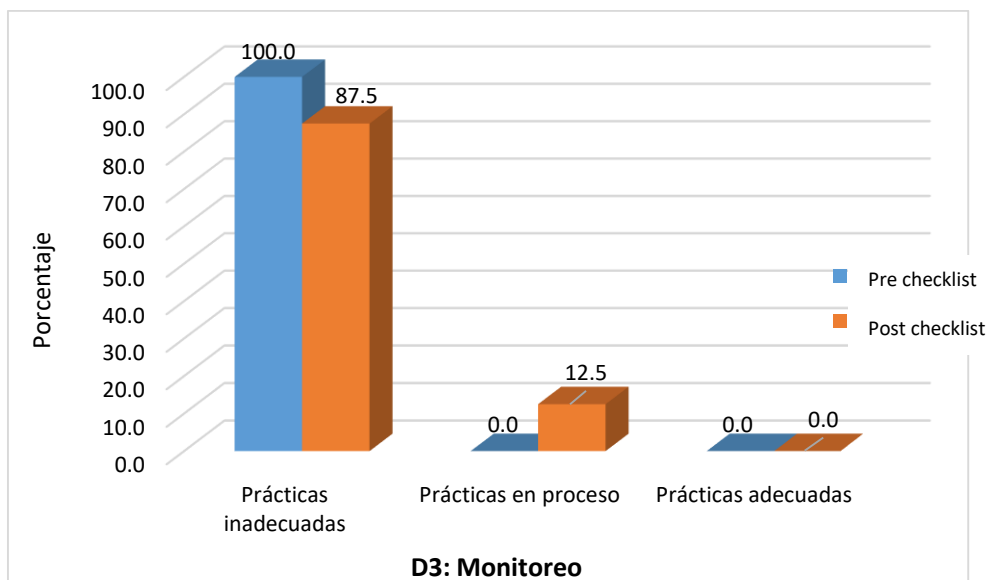


Figura 6. Distribución de frecuencias de los niveles de monitoreo de casos de sintomáticos respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.

Dimensión 4: Educación.

Tabla 10

Frecuencias de los niveles de educación en la captación de casos de sintomáticos respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.

D4: Educación	Grupo de evaluación			
	Pre checklist		Post checklist	
	n	%	n	%
Prácticas inadecuadas	29	72,5	27	67,5
Prácticas en proceso	11	27,5	13	32,5
Prácticas adecuadas	0	0,0	0	0,0

De los 40 participantes, en la dimensión 4 se observó que en la comparación entre la medición Pre checklist las 'Prácticas inadecuadas' tuvieron una frecuencia

alta con 72,5%(29) y en la medición del Post checklist disminuyó a 67,5%(27). Las 'Prácticas en proceso' tuvieron un 27,5%(11) en el Pre checklist subiendo ligeramente en el Post checklist a 32,5%(13). Finalmente, en las 'Prácticas adecuadas' hubo un 0,0%(0) en el Pre checklist manteniéndose en el Post checklist, como también se observa en la siguiente figura.

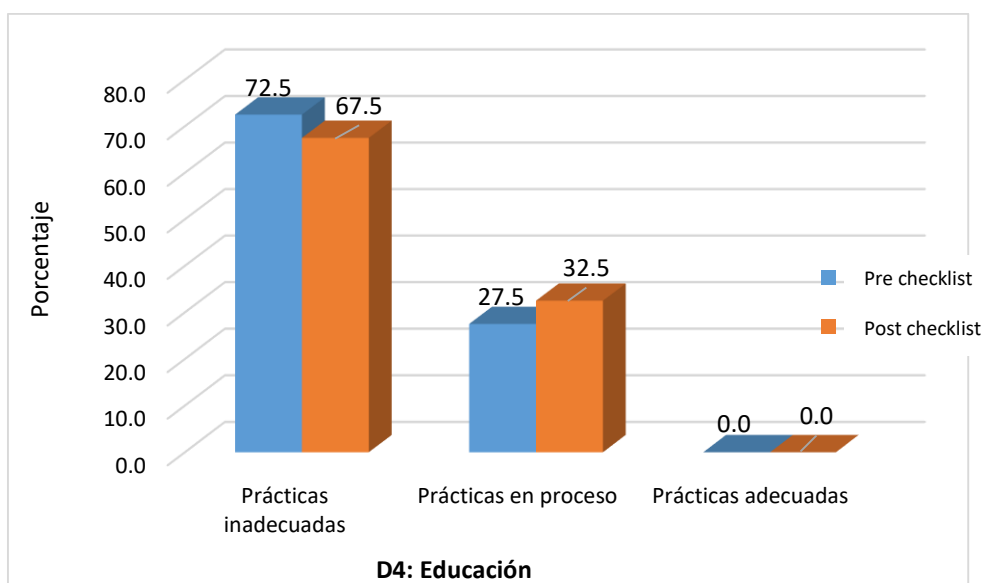


Figura 7. Distribución de frecuencias de los niveles de educación en la captación de casos de sintomáticos respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.

Contraste de hipótesis.

Hipótesis general:

Tabla 11

Resumen de las mediciones de los rangos de las prácticas para la Captación de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.

Rangos				
	Grupo de evaluación	N	Rango promedio	Suma de rangos
prácticas para la Captación de Sintomáticos Respiratorios	Pre checklist	40	30,56	1222,50
	Post checklist	40	50,44	2017,50
	Total	80		

Se observó que el mayor rango lo presentaron los participantes en el Post checklist. Con este resultado se realizó la prueba de comparación entre mediciones pre y Post checklist, proponiendo las siguientes hipótesis de contraste:

H₁: El taller de Atención Integral tiene efecto significativo en la Captación de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.

H₀: El taller de Atención Integral no tiene efecto significativo en la Captación de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.

Tabla 12

Prueba U Mann Whitney de las mediciones del Pre y Post checklist de las prácticas para la Captación de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.

	Prácticas para la Captación de Sintomáticos Respiratorios
U de Mann-Whitney	402,500
W de Wilcoxon	1222,500
Z	-4,181
Sig. asintót. (bilateral)	,000

a. Variable de agrupación: Grupo de evaluación

Se observó que el valor de la significancia fue menor que el nivel propuesto ($p=0,000<0,05$) por lo que hay convicción para descartar la hipótesis nula afirmando que el taller de Atención Integral tiene efecto significativo en la Captación de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017, observando que los mayores rangos se dieron en la medición posterior a la intervención de la investigación.

3.2.2. Hipótesis específica 1:

Tabla 13

Resumen de las mediciones de los rangos de la dimensión Localización de casos de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.

	Grupo de evaluación	N	Rango promedio	Suma de rangos
	Pre checklist	40	32,43	1297,00
D1: Localización de casos	Post checklist	40	48,58	1943,00
	Total	80		

Se observó que el mayor rango lo presentaron los participantes en el Post checklist. Con este resultado se realizó la prueba de comparación entre mediciones pre y Post checklist, proponiendo las siguientes hipótesis de contraste:

H₁: El taller de Atención Integral tiene efecto significativo en la localización de casos de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.

H₀: El taller de Atención Integral no tiene efecto significativo en la localización de casos de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, comas 2017.

Tabla 14

Prueba U Mann Whitney de las mediciones del Pre y Post checklist de localización de casos Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.

D1: Localización de casos	
U de Mann-Whitney	477,000
W de Wilcoxon	1297,000
Z	-3,482
Sig. asintót. (bilateral)	,000

a. Variable de agrupación: Grupo de evaluación

Se observó que el valor de la significancia fue menor que el nivel propuesto ($p=0,000<0,05$) por lo que hay evidencia para rechazar la hipótesis nula afirmando que el taller de Atención Integral tiene efecto significativo en la localización de casos de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017, observando que los mayores rangos se dieron en la medición posterior a la intervención de la investigación.

3.2.3. Hipótesis específica 2:

Tabla 15

Resumen de las mediciones de los rangos de la dimensión Registro de casos de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.

Grupo de evaluación	N	Rango promedio	Suma de rangos
Pre checklist	40	30,50	1220,00
D2: Registro Post checklist	40	50,50	2020,00
Total	80		

Se observó que el mayor rango lo presentaron los participantes en el Post checklist. Con este resultado se realizó la prueba de comparación entre mediciones pre y Post checklist, proponiendo las siguientes hipótesis de contraste:

H₁: El taller de Atención Integral tiene efecto significativo en el registro para la captación de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.

H₀: El Programa de Atención Integral no tiene efecto significativo en el registro para la captación de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.

Tabla 16

Prueba U Mann Whitney de las mediciones del Pre y Post checklist de registro de casos Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.

	D2: Registro
U de Mann-Whitney	400,000
W de Wilcoxon	1220,000
Z	-4,976
Sig. asintót. (bilateral)	,000

a. Variable de agrupación: Grupo de evaluación

Se observó que el valor de la significancia fue menor que el nivel propuesto ($p=0,000<0,05$) por lo que hay evidencia para descartar la hipótesis nula afirmando que el taller de Atención Integral tiene efecto significativo en el registro para la captación de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017, observando que los mayores rangos se dieron en la medición posterior a la intervención de la investigación.

Hipótesis específica 3:

Tabla 17

Resumen de las mediciones de los rangos de la dimensión Monitoreo de casos de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.

	Grupo de evaluación	N	Rango promedio	Suma de rangos
	Pre checklist	40	38,00	1520,00
D3: Monitoreo	Post checklist	40	43,00	1720,00
	Total	80		

Se observó que el mayor rango lo presentaron los participantes en el Post checklist. Con este resultado se realizó la prueba de comparación entre mediciones pre y Post checklist, proponiendo las siguientes hipótesis de contraste:

- H₁: El taller de Atención Integral tiene efecto significativo en el monitoreo para la Captación de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, comas 2017.
- H₀: El taller de Atención Integral no tiene efecto significativo en el monitoreo para la Captación de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, comas 2017.

Tabla 18

Prueba U Mann Whitney de las mediciones del Pre y Post checklist de monitoreo de casos Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.

	D3: Monitoreo
U de Mann-Whitney	700,000
W de Wilcoxon	1520,000
Z	-2,295
Sig. asintót. (bilateral)	,022

a. Variable de agrupación: Grupo de evaluación

Se observó que el valor de la significancia fue menor que el nivel propuesto ($p=0,022 < 0,05$) por lo que hay evidencia para rechazar la hipótesis nula afirmando que el taller de Atención Integral tiene efecto significativo en el monitoreo para la captación de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.

Hipótesis específica 4:

Tabla 19

Resumen de las mediciones de los rangos de la dimensión educación para la captación de casos de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.

	Grupo de evaluación	N	Rango promedio	Suma de rangos
	Pre checklist	40	39,50	1580,00
D4: Educación	Post checklist	40	41,50	1660,00
	Total	80		

Se vio que el mayor rango lo presentaron los participantes en el Post checklist. Aunque la diferencia no fue tan alta. Con este resultado se realizó la prueba de comparación entre mediciones pre y Post checklist, proponiendo las siguientes hipótesis de contraste:

H₁: El taller de Atención Integral tiene efecto significativo en la educación para la captación de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III Zona Comas 2017.

H₀: El taller de Atención Integral no tiene efecto significativo en la educación para la captación de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III Zona Comas 2017.

Tabla 20

Prueba U Mann Whitney de las mediciones del Pre y Post checklist de educación para la captación de casos Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.

	D4: Educación
U de Mann-Whitney	760,000
W de Wilcoxon	1580,000
Z	-,485
Sig. asintót. (bilateral)	,628

a. Variable de agrupación: Grupo de evaluación

El valor de la significancia fue mayor que el propuesto ($p=0,0628 > 0,05$). No hay evidencia para rechazar la hipótesis nula afirmando que el taller de Atención Integral no tiene efecto significativo en la educación para la captación de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.

IV Discusión

En la presente tesis se investigó la variable práctica en captación de sintomáticos respiratorios en el centro de salud Collique III zona, Comas 2017.

En relación al objetivo general: determinar el efecto de la aplicación de un taller de atención integral en las prácticas de captación de sintomáticos respiratorios en los trabajadores del centro de salud Collique III, zona, Comas 2017. Los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes: de los 40 participantes se observó que en la comparación entre el ítem “prácticas inadecuadas” a el Pre checklist se observó una frecuencia del 70% y en el Post checklist disminuyó a un 27.5% y en el ítem, “prácticas en proceso” el Pre checklist dio una frecuencia de 27.5% y el Post checklist subió a 45.5% y finalmente en las “prácticas adecuadas” hubo un 2.5% en el Pre checklist, incrementándose a 30% en el Post checklist.

Al respecto existe una similitud con los resultados que se obtuvieron de la investigación de Muños, Puerto y Pedraza (2015). Donde se midieron nivel de conocimiento en relación a las actividades de búsqueda y detección de casos en tuberculosis en los trabajadores de salud, donde se observó que después de la capacitación los conocimientos se incrementaron de 8 a 25% mejorando por ello la identificación del sintomático respiratorio, contribuyendo así al diagnóstico precoz de usuarios con tuberculosis pulmonar.

Además, el concepto de atención integral según Barragán. (2007). Apoya mi objetivo general porque refiere que la salud se comprende desde un todo, es integral y no solo involucra el conocimiento, sino que requiere de otros recursos para su buen desenvolvimiento. La propuesta de Barragán refiere que la atención integral es un conjunto de estrategias, normativas, procesos, herramientas y recursos que permitan complementar organizadamente un sistema de salud.

También es importante mencionar a la OPS (2008) que refiere que las intervenciones educativas que son sostenibles en el tiempo y que se elaboran con ciertas particularidades logran cambios considerables en el control de la tuberculosis. Por otro lado, es importante verificar a Gonzales (2015). Donde refiere que un modelo de atención integral debe desarrollarse bajo procesos que fortalecen la integración y estos permiten resolver las necesidades de salud

identificadas, todas ellas bajo una normatividad vigente; aunque las dimensiones de estructura son favorables (62%), sus subcategorías como disponibilidad y capacidades del recurso humano son menores del 50%; por otro lado sus dimensiones de proceso es difícil de cumplir por la fragmentación de servicios de salud sin embargo es posible mejorar los resultados de los problemas de salud si se fortalecen los procesos internos del modelo de atención integral.

El estudio de Chihuahua y Silva (2014), refiere en su estudio que un programa educativo da una efectividad altamente importante y considerable en el nivel de conocimiento sobre la forma de prevención y como debe ser el control de la enfermedad tuberculosa, con porcentajes antes del programa de: conocimiento deficiente 54% y bueno 27.3%, después de ello el conocimiento estuvo de excelente a bueno y con ello se favorecieron también los indicadores trazadores de la estrategia.

Así mismo en la contrastación con la hipótesis general se observó que el mayor rango lo presentaron los participantes del Post checklist, por ello se realiza la prueba de U de Mann Whitney donde se observa que el valor de la significancia fue menor al nivel propuesto, se nota la evidencia de rechazar la hipótesis nula y concluir que el taller de atención integral tiene efecto significativo en las prácticas de captación de sintomáticos respiratorios.

Por lo tanto el desarrollo de talleres educativos aporta en el conocimiento de la tuberculosis y por consecuencia mejora la captación de sintomáticos respiratorios, y teniendo en cuenta que: el estudio de Gutiérrez, Roque, Romaní y Zagaceta (2017), nos indica que la prevalencia del sintomático respiratorio tiene como promedio 3.5% durante los años 2013 al 2015 pero es mayor al 5% en adultos mayores, en población pobre y en población rural, refiriendo que tres a cuatro de cada cien peruanos cumple con el criterio de sintomático respiratorio por este motivo toda las actividades que favorezcan a mejorar la captación mejorara los indicadores en tuberculosis.

Concluimos que desde el punto de vista de la organización y de la epidemiología sabemos que la tuberculosis se ha convertido en una pandemia mundial por lo que cada estrategia que se adopte será beneficiosa y en el marco

de la atención integral existen teorías que nos permite entender mejor: el modelo de la utilidad de servicios de Anderson (citado por Bernal, 2015, p.15.) refiere que la presencia de recursos disponibles condicionan en gran medida los medios favorables para mejores resultados; en ese sentido la atención integral requiere de todos estos medios para poder funcionar.

Es por eso que la percepción de Anderson (1995) es fundamental para entender que no solo las acciones administrativas y de gestión influye sino también están los mismos servicios de salud, todos ellos entrelazados para mejorar los procesos a favor de la captación de sintomáticos respiratorios. Por otro lado tenemos a la teoría del pluralismo estructurado, donde Londoño y Frenk (1997), refieren que la segmentación en nuestro sistema de salud produce desventajas disminuyendo los beneficios por lo que el trabajo sistematizado de manera integral revierte ello. Y por último lo que se busca con la integralidad de la salud es el bienestar del individuo y esto está enmarcado en la teoría del bienestar colectivo que según Seligman (2014), no puede existir solo en la mente ya que el bienestar es una combinación de sentirse bien siempre.

En relación al objetivo 1: determinar el efecto de la aplicación de un taller de atención integral en las prácticas de localización de casos en los trabajadores del centro de salud Collique III zona, Comas, 2017. Los resultados que se obtuvieron fueron: de los 40 participantes en la comparación entre la medición del Pre checklist, las “prácticas inadecuadas”, en la localización de casos fue de 55% y la medición Post checklist disminuyó a 22.5%; las “prácticas en proceso” tubo un 45% en el Pre checklist, incrementándose en 60% en el Post checklist y las “prácticas adecuadas”, obtuvo un 0% en el Pre checklist subiendo a 17.5% en el Post checklist.

Al respecto el estudio de Saca (2015), refirió que hay necesidades para mejorar la búsqueda y captación de sintomático respiratorio y eso se puede lograr a través de la sensibilización y la supervisión, cabe mencionar también la propuesta de Farga y Caminero (2011), que nos refiere que los casos de tuberculosis pulmonar dentro de la población pueden identificarse a través de tres procesos: Localización de casos, Radiografías de tórax y la reacción a la tuberculina (p.314); para la localización de casos, esta puede ser activa y pasiva, sabiendo que esta

acción constituye un esfuerzo especial dentro de un modelo de atención integral con el único fin de encontrar más personas afectadas con tuberculosis.

Mencionaremos también a Carbajal, Varela, Hoyos, Angulo y Loarte (2014), que refirieron que el poco conocimiento de síntomas y desconocimiento del modo de transmisión por parte de los trabajadores pueden limitar la detección oportuna y así incrementar la diseminación de la enfermedad.

En relación a la contrastación de la hipótesis se observó que el mayor rango lo presentan los participantes en el Post checklist, con ello se comparó las mediciones pre y Post checklist con la prueba de U de Mann Whitney donde se evidencia que el valor de la significancia fue menor que el nivel propuesto por lo que hay evidencia de descartar la hipótesis nula afirmando que el taller de atención integral tiene efecto significativo en las prácticas de localización de casos.

En relación al objetivo 2: determinar el efecto de la aplicación de un taller de atención integral en las prácticas de registro para la captación de sintomáticos respiratorios en los trabajadores del centro de salud Collique III zona, Comas 2017. Los resultados que se obtuvieron fueron: De los 40 participantes, en la dimensión 2 se vio que en la comparación entre la medición Pre checklist las 'Prácticas inadecuadas' tuvieron una alta frecuencia con 97,5% y en la medición del Post checklist disminuyó a 47,5%. Las 'Prácticas en proceso' tuvieron un 2,5% en el Pre checklist subiendo considerablemente en el Post checklist a 52,5%. Finalmente, en las 'Prácticas adecuadas' hubo un 0,0% en el Pre checklist manteniéndose en el Post checklist.

En este objetivo no se encontró estudios que planteen que el registro para la captación de sintomáticos respiratorios pueden ser influenciadas por un taller de atención integral, sabiendo que según los resultados del presente estudio si son influenciados, esto nos permite tener un punto de partida para futuros estudios.

Así mismo cabe mencionar que la norma técnica de tuberculosis (2013) refiere que la captación de sintomáticos respiratorios debe abordarse en todo momento de forma integral a través de cuatro dimensiones siendo una de ellas el registro, Por lo tanto en la contrastación de la hipótesis se observó: que el valor de la significancia fue menor que el nivel propuesto, evidenciándose la posibilidad de

rechazar la hipótesis nula y concluyendo que el taller de atención integral tiene efecto significativo en el registro para la captación de sintomáticos respiratorios.

En relación al objetivo 3 determinar el efecto de la aplicación de un taller de atención integral en las prácticas de monitoreo para la captación de sintomáticos respiratorios en los trabajadores del centro de salud Collique III zona, Comas, 2017. Los resultados que se obtuvieron fueron: de los 40 participantes en la dimensión 3 se vio que en la comparación entre la medición Pre checklist las 'Prácticas inadecuadas' tuvieron una frecuencia absoluta con 100% y en la medición del Post checklist disminuyó a 87,5%. Las 'Prácticas en proceso' tuvieron un 0,0% en el Pre checklist subiendo en el Post checklist a 12,5%. Finalmente, en las 'Prácticas adecuadas' hubo un 0,0% en el Pre checklist manteniéndose en el Post checklist.

Al respecto Calderón (2015), indico que el 64.7% de los participantes de su estudio no tuvieron monitoreo hace más de un año y se concluyó que una de las causas del problema es la insuficiente supervisión directa a la estrategia para el monitoreo, refiriere además que esto afecta la búsqueda y captación del sintomático respiratorio; no olvidando que este es una de las dimensiones importantes para el abordaje (Norma técnica TBC, 2013.), Por lo tanto contrastando con la hipótesis se observó que el taller de atención integral tubo efecto significativo en el monitoreo.

En relación al objetivo 4 determinar el efecto de la aplicación de un taller de atención integral para las prácticas de educación en la captación de sintomáticos respiratorios en los trabajadores del centro de salud Collique III zona, Comas 2017, los resultados que se obtuvieron fueron:

De los 40 participantes, en la dimensión 4 se observó que en la comparación entre la medición Pre checklist las 'Prácticas inadecuadas' tuvieron una frecuencia alta con 72,5% y en la medición del Post checklist disminuyó a 67,5%. Las 'Prácticas en proceso' tuvieron un 27,5% en el Pre checklist subiendo ligeramente en el Post checklist a 32,5%. Finalmente, en las 'Prácticas adecuadas' hubo un 0,0% en el Pre checklist manteniéndose en el Post checklist.

El estudio de Casco (2011), determino que de sus entrevistados el 38.46% no tenía conocimiento sobre tuberculosis por lo que a pesar de que su establecimiento de salud tenía buenas instalaciones sus trabajadores no estaban

preparados debido a la falta de capacitación que estuvo representado con un 62.8%. Todo ello nos indica el insuficiente abordaje en temas de educación.

Por otro lado, acosta (2015), refirió en sus estudios que aquellos familiares de pacientes con tuberculosis que no recibieron educación y capacitación en tuberculosis tienen una predisposición negativa en mayor porcentaje a los que tienen conocimiento alto. Por ello dichos estudios nos ayudan a concluir que la capacitación y educación nos ofrecen mejores resultados, Pero en contraste con estos estudios tenemos a Pulido y Sifuentes (2014), quienes realizan un análisis situacional del programa concluyeron que el 17% de médicos no conoce los síntomas para descarte de tuberculosis el 70% refiere que la captación debe estar a cargo de promotores de salud, el 21% no prioriza el seguimiento a población vulnerable y solo el 29% refiere que necesita capacitación, esto indica que esta última no mejora necesariamente el cambio de actitud frente al abordaje del sintomático respiratorio.

Por lo tanto en nuestro estudio podemos concluir a través de las contrastación de hipótesis que no hay pruebas para rechazar la hipótesis nula ya que la significancia fue mayor que el propuesto, afirmando que el taller de atención integral no tiene efecto significativo en la educación para la captación de sintomáticos respiratorios.

V. Conclusiones

- Primera:** Se determinó que el taller de Atención Integral tiene efecto significativo ($p=0,000<0,05$) en las prácticas de Captación de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.
- Segunda:** Se determinó que el taller de Atención Integral tiene efecto significativo ($p=0,000<0,05$) en las prácticas de localización de casos de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.
- Tercera:** Se determinó que el taller de Atención Integral tiene efecto significativo ($p=0,000<0,05$) en las prácticas de registro para la captación de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.
- Cuarta:** Se determinó que el taller de Atención Integral tiene efecto significativo ($p=0,022<0,05$) en las prácticas de monitoreo para la captación de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.
- Quinta:** Se determinó que el taller de Atención Integral no tiene efecto significativo en las prácticas de educación para la captación de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.

IV. Recomendaciones

- Primera:** Se recomienda a los directivos y funcionarios del Centro de salud Collique III zona, la implementación de cursos y talleres enmarcados en el proceso de la atención integral, donde se fortalezcan conocimientos que se puedan traducir en prácticas para mejorar la captación de sintomáticos respiratorios; introduciéndolas como políticas institucionales y así lograr un abordaje precoz a los casos de tuberculosis y mejorar por consecuencia los indicadores sanitarios de la estrategia.
- Segunda:** Se recomienda a los trabajadores del Centro de salud Collique III zona, participar activamente en las capacitaciones donde se fomenta la aplicación del plan de atención integral para incrementar y fortalecer la localización de casos de sintomáticos respiratorios, realizando actividades permanentes para tal fin.
- Tercera:** Se recomienda a los gestores y autoridades del Centro de salud Collique III zona, la implementación de talleres, donde se socialicen y se pongan en práctica los sistemas de registro que en el marco de la atención integral se promueven para mejorar las pericias del trabajador y eso favorezca la captación de sintomáticos respiratorios.
- Cuarta:** Se recomienda a los directivos de la DIRIS Lima Norte y del Centro de salud Collique III zona que se incluyan en los planes de capacitación anual las actividades de monitoreo permanentes, sistemáticos, los cuales deben estar debidamente presupuestados, que permitan hacer un seguimiento intra y extramural a favor de la captación de sintomáticos respiratorios.
- Quinta:** Se recomienda a los gestores y autoridades del Centro de salud Collique III zona que las actividades de educación que se realizan rutinariamente, fomentando la captación de sintomáticos respiratorios en salas de espera y visitas domiciliarias sean abordadas de manera distinta ya que dicha actividad no está favoreciendo el proceso de captación, probablemente sean necesarias el uso de técnicas y herramientas distintas a las convencionalmente utilizadas.

VII. Referencias

Acosta, S. (2015). *Nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar y actitud frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis de la Microred de Santa Ana-Huancavelica* 2014. Recuperado en <http://181.65.181.124/handle/UNH/471>

Barragán, H. (2007). *Fundamentos de Salud Pública*. Buenos Aires: Universidad de la Plata, Argentina. Internet (consultado 23 de enero de 2018). Recuperado de: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/29128/Documento_completo_.pdf?sequence=4

Bernal, S. (2015). *Factores relacionados con bajas coberturas de vacunación en niños menores de dos años en el Municipio de Amatitlán del área de Salud Guatemala Sur*. (Tesis de maestría en Salud Pública). Universidad de San Carlos de Guatemala.

Betancourt, A. (2007). *El taller educativo ¿Qué es? fundamentos, cómo organizarlo y dirigirlo, como evaluarlo. (2ª ed.)*. Recuperado de https://books.google.com.pe/books?id=Bo7tWYH4xMMC&printsec=frontcover&dq=que+es+un+taller&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjf3_CFqPTQAhXOziYKHZLYCDsQ6AEIGDAA#v=onepage&q=que%20es%20un%20taller&f=false

Bunge, M. (1967). *La investigación científica*, México D.F., Siglo XXI, 2ª ed.

Calderón, L. (2015). *Reestructuración del modelo de gestión del programa de control de la tuberculosis del distrito de salud de la Provincia de los Ríos*. (Tesis para obtener el grado de maestra en gerencia de servicios de salud). Santo Domingo: Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador.

Recuperado en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/831/1/TUAMGSS028-2015.pdf>

Chihuahua, R. & Silva, R. (2014). *Efectividad del programa "cuidando la salud" en el nivel de conocimiento sobre control y prevención de tuberculosis en enfermeras. In Crescendo Ciencias de la salud, 1(2)*. Recuperado en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832016000200005&script=sci_arttext&tIng=pt

Daza, A., Cubides, A., Lozada, H. (2016) *Prevalencia de sintomáticos respiratorios y factores relacionados en dos territorios vulnerables de Santiago de Cali;* 21(1): 63-76. DOI: 10.17151/hpsal.2016.21.1.5

Farga V y Caminero, J (2011) *Tuberculosis. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.*

Fuentes-Tafur, L. (2009) *Enfoque sociopolítico para el control de la tuberculosis en el Perú.* Revista Perú Med Exp Salud Pública 26 (3): 370-379.

Gutiérrez, C., Roque, J., Romani, F., & Zagaceta, J. (2017). *Prevalencia de sintomáticos respiratorios en población peruana de 15 a más años: análisis secundario de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2013-2015. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, 34(1), 98-104.* Recuperado en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342017000100014&script=sci_arttext&tIng=en

Hernández, M. y Lazcano L. (2013). *Salud Pública: teoría u práctica.* México: Instituto Nacional de Salud Pública: Editorial El Manual Moderno.

Londoño, J. y Frenk, J. (1997). *Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina.* Documento de Trabajo 353. México: Banco Interamericano de Desarrollo. Recuperado de <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6127/Pluralismo%20estructurado%3a%20Hacia%20un%20modelo%20innovador%20para%20la%20>

reforma%20de%20los%20sistemas%20de%20salud%20en%20Am%C3%A9rica%20Latina.pdf?sequence=1&isAllowed=y

MAIS, (2011). Modelo de atención integral de salud.

Mata, M; Macassi, S. (1997). *Cómo elaborar muestras para los sondeos de audiencias*. Cuadernos de investigación No 5. Aler, Quito.

Montalvo, Sh. (2013). *Relación entre el nivel de conocimientos y actitudes sobre la tuberculosis en el profesional de enfermería, red Chiclayo 2013*. 2014. Recuperado en: <http://tesis.usat.edu.pe/handle/usat/461>

Mora, S. (2013) *Influencia del taller keep your mind focused en el de rollo de la comprensión de textos (niveles, gerencial y critico) de los estudiantes del "a" del nivel secundaria de la 1.e. 0004 Túpac Amaru, tara po ro - 2013 (Tesis de Licenciatura)*. Recuperada de http://tesis.unsm.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/11458/895/Sherilyn%20Amanda%20Mora%20Mu%C3%B1oz_Sarita%20Yudit%20S%C3%A1nchez%20V%C3%A1squez.pdf?sequence=1&isAllowed=y

NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS, RM No. 715-2013/MINSA NTS No. 104-MINSA/DGSP-V.01.

Parra, J. (2003). *Guía de muestreo*. Colección XLV aniversario FCES.

Pulido, D y Cifuentes, L (2014). *Análisis situacional del programa de tuberculosis en las IPS públicas de cuatro municipios de Cundimarca: estrategias de captación de sintomáticos respiratorios y detección de pacientes con tuberculosis*. (Tesis para obtener el grado de maestría en Administración en Salud). Bogotá: Universidad del Rosario. Recuperado de: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/10491/52928619-2015.pdf;sequence=1>

Romaní, F., Roque, J., Catacora, F., & Hilasaca, G. (2016). *Conocimientos, percepciones y prácticas de personal de salud en la detección de sintomáticos respiratorios en una región de muy alto riesgo de trasmisión de tuberculosis en el Perú*. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 77, No. 2, pp. 123-127).

UNMSM. Facultad de Medicina. Recuperado en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832016000200005&script=sci_arttext&tlng=pt

Saca, L (2015). *Caracterización de sintomáticos respiratorios en poblaciones de la frontera andina del norte de Ecuador*. (Tesis de maestría en medicina familiar y comunitaria). Quito: Universidad Central del Ecuador, Instituto Superior de Posgrado. Recuperado de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/5076/1/T-UCE-0006-160.pdf>

Seligman, M. (2014) *Florecer, la nueva psicología positiva y la búsqueda del bienestar*. México, Ed. Océano.

Tobón, S. (2013). *Socioformación: hacia la gestión del talento humano acorde con la sociedad del conocimiento*. México: CIFE.

Victorino, F. y Caminero (2011) *Tuberculosis*, 3ra edición, Editorial Mediterráneo, Santiago y Buenos Aires. (2011). 483 páginas Recuperado en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000500019

Vivas M (2015) *Conocimientos y prácticas sobre la tuberculosis pulmonar de estudiantes y profesionales de la salud, Ibagué*. (Tesis de maestría en Salud Pública). Ibagué: Universidad Autónoma de Manizales, Colombia. Recuperado de: <http://repositorio.autonoma.edu.co/jspui/bitstream/11182/941/1/CONOCIMIENTOS%20Y%20PRACTICAS%20SOBRE%20LA%20TUBERCULOSIS.pdf>

Anexos

Anexo 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA						
TÍTULO: Influencia de un Programa de Atención Integral en la Captación de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S Collique III zona, Comas, 2017						
AUTOR: Guisela Yanet Díaz Cárdenas						
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES			
<p>Problema General:</p> <p>¿Cuál es la influencia de un Programa de Atención Integral en la Captación de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, comas 2017?</p> <p>Problemas específicos:</p> <p><i>Problema específico 1:</i> ¿Cuál es la influencia de un Programa de Atención Integral en la localización de casos de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, comas 2017?</p> <p><i>Problema específico 2:</i> ¿Cuál es la influencia de un Programa de Atención Integral en el registro para la Captación de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, comas 2017?</p> <p><i>Problema específico 3:</i> ¿Cuál es la influencia de un Programa de Atención Integral en el monitoreo para la Captación de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, comas 2017?</p> <p><i>Problema específico 4:</i> ¿Cuál es la influencia de un Programa de Atención Integral en la educación para la captación de sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S.Collique iii Zona, comas 2017?</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar la influencia de un Programa de Atención Integral en la Captación de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, comas 2017?</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p><i>Objetivo específico 1:</i> Determinar la influencia de un Programa de Atención Integral en la localización de casos de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, comas 2017?</p> <p><i>Objetivo específico 2:</i> Determinar la influencia de un Programa de Atención Integral en el registro para la Captación de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, comas 2017?</p> <p><i>Objetivo específico 3:</i> Determinar la influencia de un Programa de Atención Integral en el monitoreo para la Captación de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, comas 2017?</p> <p><i>Objetivo específico 4:</i> Determinar la influencia de un Programa de Atención Integral en la educación para la Captación de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S.Collique III Zona</p>	<p>Hipótesis general: El Programa de Atención Integral influye significativamente en la Captación de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, comas 2017?</p> <p>Hipótesis específicas:</p> <p><i>Hipótesis específicas 1:</i> El Programa de Atención Integral influye significativamente en la localización de casos de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, comas 2017?</p> <p><i>Hipótesis específicas 2:</i> El Programa de Atención Integral influye significativamente en el registro para la captación de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, comas 2017?</p> <p><i>Hipótesis específicas 3:</i> El Programa de Atención Integral influye significativamente en el monitoreo para la Captación de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, comas 2017?</p> <p><i>Hipótesis específica 4:</i> El Programa de Atención Integral influye significativamente en la educación para la captación de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S.Collique III Zona.</p>	Variable 1: Competencias para la Captación de Sintomáticos Respiratorios			
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles o rangos
			Localización de casos	-Reconocimiento del Sintomático Respiratorio -Captación del Sintomático Respiratorio -Envío del Sintomático Respiratorio. Uso de ficha de referencia comunitaria	1,2,4,11	Si = 1 No = 0
			Registro	-Registro individual de cada trabajador del Sintomático Respiratorio captado -Entrega del registro al Programa de Tuberculosis	3,5,6	Adecuadas practicas (8-11) Prácticas en proceso (4-7)
Monitoreo	-Verificación de la muestra de esputo - Solicitud de relación de Sintomáticos Respiratorios que no dejaron muestra de esputo. - Visita domiciliaria.	7,8	Inadecuadas practicas (0-3)			
Educación	-Charlas en sala de espera - Actividades extramurales de Promoción y prevención	9,10				

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	ESTADÍSTICA A UTILIZAR
<p>TIPO: Tipo Cuantitativo, Aplicada</p> <p>DISEÑO: experimental, pre - experimental, longitudinal</p> <p>MÉTODO: Hipotético Deductivo</p>	<p>POBLACIÓN: 58 Trabajadores de C.S. Collique III - Zona</p> <p>TIPO DE MUESTRA: No Probabilístico Intencional por Conveniencia</p> <p>TAMAÑO DE MUESTRA: 40</p>	<p>Variable 1: Captación de Sintomáticos Respiratorio</p> <p>Técnica: Observación</p> <p>Instrumento: Lista de Cotejo</p> <p>Autor: Guísela Díaz Cárdenas Año:2017 Monitoreo: Dra. Campana Ámbito de Aplicación: C.S.Collique III zona Forma de Administración: Aplicación de Lista de Cotejo</p>	<p>DESCRIPTIVA:</p> <p>INFERENCIAL:</p>

Anexo 2

FICHA DE EVALUACION DE PRÁCTICAS DE CAPTACION DE SINTOMATICOS RESPIRATORIOS

A.- Datos Generales:

Nombres y apellidos:.....

Tiempo de servicio: 1 año () 2 años () Mayor de 3 años ()

Servicio o área donde labora: Triage () consultorio externo de Medicina ()

Consultorio externo de obstetricia () consultorio externo de Dental () consultorio

Externo de Nutrición () Consultorio de Crecimiento y Desarrollo () Laboratorio ()

Condición Laboral: Nombrado () Contratado () Tercero ()

B.- Prácticas de Captación:

N°	ENUNCIADOS	SI (1)	NO (0)
1.-	Reconoce al Sintomático Respiratorio.		
2.-	Capta Sintomáticos Respiratorios		
3.-	Registra individualmente al Sintomático Respiratorio.		
4.-	Envía al Programa de Tuberculosis al Sintomático Respiratorio identificado para la muestra de esputo		
5.-	Entrega lo registrado, con la lista de los Sintomáticos Respiratorios identificados al Programa de Tuberculosis.		
6.-	Verifica que los Sintomáticos Respiratorios identificados hayan dejado su muestra de esputo en la Estrategia de Tuberculosis.		
7.-	Solicita la lista de Sintomáticos Respiratorios identificados que no dejaron muestra de esputo al personal de la Estrategia de Tuberculosis, para realizar visita domiciliaria.		
8.-	Realiza visita domiciliaria a los Sintomáticos Respiratorios identificados que no dejaron muestra de esputo.		
9.-	Realiza charlas en sala de espera sobre captación de Sintomáticos Respiratorios.		
10.-	Realiza actividades extramurales de Promoción y Prevención de Tuberculosis Pulmonar y captación de Sintomáticos Respiratorios en la comunidad (ONG, vaso de leche, comedores populares, Instituciones Educativas)		
11.-	En las salidas a campo utiliza la ficha de referencia comunitaria para la captación de Sintomáticos Respiratorios		

Anexo 3

Certificado de validación de instrumento a través de juicio de expertos.

N°	DIMENSIONES/ITEMS	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1							
1	Registra individualmente al Sintomático Respiratorio.	✓		✓		✓		
2	Capta Sintomáticos Respiratorios.	✓		✓		✓		
4	Envía al Programa de Tuberculosis al Sintomático Respiratorio	✓		✓		✓		
11	En las salidas a campo utiliza la ficha de referencia comunitaria para	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 2							
3	Registra individualmente al Sintomático Respiratorio.	✓		✓		✓		
5	Entrega lo registrado, con la lista de los Sintomáticos Respiratorios	✓		✓		✓		
6	Verifica que los Sintomáticos Respiratorios identificados hayan dejado su	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 3							
7	Solicita la lista de Sintomáticos Respiratorios identificados que no dejaron	✓		✓		✓		
8	Realiza visita domiciliaria a los Sintomáticos Respiratorios identificados	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 4							
9	Realiza charlas en sala de espera sobre captación de Sintomáticos	✓		✓		✓		
10	Realiza actividades extramurales de Promoción y Prevención de	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable []

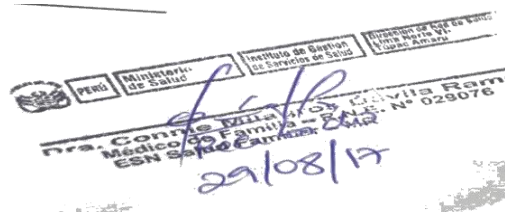
Aplicable después de corregir []

No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/Mg:Dávila Ramos Connie Milagros..... DNI: 40041113.....

Especialidad del Validador:Medicina Familiar y comunitaria.....

13 de Setiembre del 2017



PERU Ministerio de Salud Instituto de Gestión de Servicios de Salud Dirección de Gestión de Salud Bucal
Dra. Connie Milagros Dávila Ramos
 Médico de Familia - ESN N° 029076
 29/08/17

Certificado de validación de instrumento a través de juicio de expertos.

N°	DIMENSIONES/ITEMS	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1							
1	Registra individualmente al Sintomático Respiratorio.	✓		✓		✓		
2	Capta Sintomáticos Respiratorios.	✓		✓		✓		
4	Envía al Programa de Tuberculosis al Sintomático Respiratorio	✓		✓		✓		
11	En las salidas a campo utiliza la ficha de referencia comunitaria para	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 2							
3	Registra individualmente al Sintomático Respiratorio.	✓		✓		✓		
5	Entrega lo registrado, con la lista de los Sintomáticos Respiratorios identifica	✓		✓		✓		
6	Verifica que los Sintomáticos Respiratorios identificados hayan dejado su m	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 3							
7	Solicita la lista de Sintomáticos Respiratorios identificados que no dejaron n	✓		✓		✓		
8	omiciliaria a los Sintomáticos Respiratorios identificados que no dejaron mu	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 4							
9	Realiza charlas en sala de espera sobre captación de Sintomáticos	✓		✓		✓		
10	Realiza actividades extramurales de Promoción y Prevención de	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable []

Aplicable después de corregir []

No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/Mg:**Juan Carlos Saravia sebastian**..... DNI:06245607.....

Especialidad del Validador:**Medicina Familiar y comunitaria**.....

13 de Setiembre del 2017



PERÚ MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD TARMAS
CSMI TARMAS
JUAN CARLOS SARAVIA SEBASTIAN
MÉDICO NEUMÓLOGO
CMP 23317 RNE 28984

Certificado de validación de instrumento a través de juicio de expertos.

N°	DIMENSIONES/ITEMS	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1							
1	Registra individualmente al Sintomático Respiratorio.	✓		✓		✓		
2	Capta Sintomáticos Respiratorios.	✓		✓		✓		
4	Envía al Programa de Tuberculosis al Sintomático Respiratorio	✓		✓		✓		
11	En las salidas a campo utiliza la ficha de referencia comunitaria para	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 2							
3	Registra individualmente al Sintomático Respiratorio.	✓		✓		✓		
5	Entrega lo registrado, con la lista de los Sintomáticos Respiratorios identifica	✓		✓		✓		
6	Verifica que los Sintomáticos Respiratorios identificados hayan dejado su m	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 3							
7	Solicita la lista de Sintomáticos Respiratorios identificados que no dejaron n	✓		✓		✓		
8	omiciliaria a los Sintomáticos Respiratorios identificados que no dejaron mu	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 4							
9	Realiza charlas en sala de espera sobre captación de Sintomáticos	✓		✓		✓		
10	Realiza actividades extramurales de Promoción y Prevención de	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable []

Aplicable después de corregir []

No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/Mg:Eduardo Percy Matta Solis..... DNI:42248126.....

Especialidad del Validador:Medicina Familiar y comunitaria.....

13 de Setiembre del 2017



PERÚ MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
EDUARDO PERCY MATTA SOLIS
CMP 56415 RNE 29512
ESPECIALISTA MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Anexo 4

Base de datos

N°	GRUPO DE EVALUACION	D1 Localizacion de casos	D2 Registro de casos	D3 Monitoreo de casos	D4 Educacion	Competencias
1	Pre Test	2	1	1	2	2
2	Pre Test	2	1	1	1	2
3	Pre Test	2	2	1	2	3
4	Pre Test	1	1	1	1	1
5	Pre Test	1	1	1	1	1
6	Pre Test	2	1	1	2	2
7	Pre Test	2	1	1	2	2
8	Pre Test	1	1	1	1	1
9	Pre Test	2	1	1	1	1
10	Pre Test	2	1	1	1	2
11	Pre Test	2	1	1	1	1
12	Pre Test	1	1	1	1	1
13	Pre Test	1	1	1	1	1
14	Pre Test	1	1	1	1	1
15	Pre Test	2	1	1	2	2
16	Pre Test	1	1	1	2	1
17	Pre Test	2	1	1	2	2
18	Pre Test	1	1	1	1	1
19	Pre Test	1	1	1	1	1
20	Pre Test	1	1	1	1	1
21	Pre Test	1	1	1	1	1
22	Pre Test	1	1	1	1	1
23	Pre Test	2	1	1	1	1
24	Pre Test	2	1	1	2	2

25	Pre Test	1	1	1	1	1
26	Pre Test	2	1	1	1	2
27	Pre Test	2	1	1	1	1
28	Pre Test	1	1	1	1	1
29	Pre Test	1	1	1	1	1
30	Pre Test	2	1	1	2	2
31	Pre Test	1	1	1	1	1
32	Pre Test	1	1	1	1	1
33	Pre Test	2	1	1	1	1
34	Pre Test	1	1	1	1	1
35	Pre Test	1	1	1	1	1
36	Pre Test	2	1	1	2	2
37	Pre Test	1	1	1	1	1
38	Pre Test	1	1	1	2	1
39	Pre Test	2	1	1	1	1
40	Pre Test	1	1	1	1	1
41	Post Test	3	2	1	2	3
42	Post Test	3	2	1	2	3
43	Post Test	3	2	2	1	3
44	Post Test	2	1	1	1	2
45	Post Test	2	1	1	1	2
46	Post Test	3	2	2	2	3
47	Post Test	2	2	1	2	3
48	Post Test	2	2	1	1	2
49	Post Test	2	2	1	1	2
50	Post Test	3	2	2	2	3
51	Post Test	2	2	1	1	2

52	Post Test	2	2	1	1	2
53	Post Test	2	2	1	1	2
54	Post Test	2	2	1	1	2
55	Post Test	3	2	2	2	3
56	Post Test	2	2	1	2	3
57	Post Test	3	2	2	2	3
58	Post Test	2	1	1	1	2
59	Post Test	2	1	1	1	2
60	Post Test	2	1	1	1	1
61	Post Test	1	1	1	1	1
62	Post Test	1	1	1	1	1
63	Post Test	2	1	1	1	2
64	Post Test	2	2	1	2	3
65	Post Test	1	1	1	1	1
66	Post Test	2	2	1	1	2
67	Post Test	2	2	1	1	2
68	Post Test	1	1	1	1	1
69	Post Test	1	1	1	1	1
70	Post Test	2	2	1	2	3
71	Post Test	1	1	1	1	1
72	Post Test	2	2	1	1	2
73	Post Test	2	1	1	2	2
74	Post Test	2	1	1	1	1
75	Post Test	1	1	1	1	1
76	Post Test	2	2	1	2	3
77	Post Test	1	1	1	1	1
78	Post Test	2	1	1	2	2
79	Post Test	2	1	1	1	2
80	Post Test	1	1	1	1	1

Anexo 5

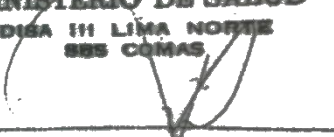
CONSTANCIA DE APROBACIÓN PARA REALIZACIÓN DE TALLER EDUCATIVO

El que suscribe medico jefe del centro de salud Collique III zona, Comas Acepta se realice en el establecimiento de salud a mi cargo **“el taller educativo de atención integral para mejorar las prácticas en captación de sintomáticos respiratorios”**.

Realizado por la médica cirujana Guisela Yanet Díaz Cárdenas en la fecha del 13 de noviembre al 15 de diciembre del 2017.

Atte.

MINISTERIO DE SALUD
DISEA III LÍNEA NOROCCIDENTAL
SBS COMAS



DR. JOHNNY CALDERON VARGAS
Médico Asistencial C.S. Collique III Zona
C.M.P. 31082

Anexo 6

Taller Educativo de Atención integral para mejorar las prácticas en captación de Sintomáticos Respiratorios en el personal del Centro de Salud Collique III Zona

I INTRODUCCION

Un taller es una forma pedagógica que promueve la complementariedad entre la teoría y la práctica que lleva al alumno al campo de acción y haga conocer su realidad objetiva, haciendo que tanto docentes como alumnos interactúen logrando la solución de problemas específicos (Maya 20007).

Betancourt (2007), manifestó que el taller educativo es una alternativa para desarrollar el aprendizaje, pues facilita el conocimiento al estar relacionado directamente con la realidad y fundamentarse en un contenido teórico que inevitablemente lleva a la práctica. El taller utiliza como paradigma pedagógico el constructivismo al priorizar el aprender a ser, aprender a aprender y el aprender a hacer, el taller aproxima a los estudiantes a la realidad, a través de una acción – reflexión.

Este taller educativo de información, comunicación y orientación pretendió sensibilizar y aportar conocimientos al personal asistencial del C.S.Collique III Zona, sobre la captación de sintomáticos respiratorios en el marco de la atención integral.

Debido a que la Tuberculosis sigue siendo un problema de Salud Pública y es considerada una prioridad sanitaria, el diagnóstico precoz es vital y debemos entender que está directamente relacionada a la captación de Sintomáticos Respiratorios, es por ello que todo esfuerzo para incrementarlo es válido.

Es importante recalcar que el ser humano enfermo o infectado es el principal reservorio del bacilo y la fuente de contagio es casi exclusiva de la persona enferma de Tuberculosis Pulmonar. La transmisión de la Tuberculosis se da al toser, estornudar reír, cantar o hablar ya que se eliminan partículas de secreciones respiratorias que contienen bacilos.

Como la Tuberculosis Pulmonar es la forma más frecuente de presentación y la más, contagiosa, la mayor parte de los esfuerzos deben dirigirse a captar a los sospechosos de padecerla. Se debe considerar sospechoso a todo individuo que tiene tos por más de 15 días.

Este taller pretendió fortalecer capacidades y habilidades en los equipos de salud que se traduzcan en prácticas que favorezcan dicha acción, enmarcado en la atención integral para mejorar las prácticas en el incremento de captación de Sintomáticos, Respiratorios, pues debemos darnos cuenta que nuestro sistema de salud debe ser visto con un enfoque Biopsicosocial, en donde la promoción y prevención son un pilar importante.

Implementar un taller educativo de atención integral nos va a permitir agrupar sesiones y estas en actividades secuencialmente con el fin de cumplir un objetivo, por lo que su implementación favorece la organización, fortaleciendo el trabajo en equipo, y haciendo participe del proceso al paciente (usuario externo).

II OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL:

Proporcionar información técnica y procedimental para fortalecer conocimientos que contribuyan a mejorar las buenas prácticas en captación de Sintomáticos Respiratorios en el marco de la integralidad de la atención en salud.

2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Sensibilizar a los trabajadores del Centro de salud. Collique III zona sobre la importancia del diagnóstico precoz de la Tuberculosis Pulmonar a través de la captación de Sintomáticos Respiratorios.
- Fortalecer los procesos de la atención integral para favorecer la localización de casos para la captación de sintomáticos respiratorios
- Fortalecer los procesos de la atención integral para favorecer el registro de captación de sintomáticos respiratorios.
- Fortalecer los procesos de la atención integral para favorecer el monitoreo en la captación de sintomáticos respiratorios.
- Fortalecer los procesos de la atención integral para favorecer la educación en la captación de sintomáticos respiratorios
- Fortalecer las buenas prácticas en captación de sintomáticos respiratorios.

III PERFIL DE LOS PARTICIPANTES

El taller Educativo está dirigido al personal que realiza labor asistencial en el Centro de Salud Collique III Zona.

Se detalla a los participantes:

- .- 06 Médicos
- .- 10 Licenciadas de Enfermería
- .- 05 Licenciadas de Obstetricia
- .- 03 Licenciados en Psicología
- .- 02 Nutricionistas
- .- 04 Cirujanos dentistas
- .- 08 Técnicas de Enfermería
- .- 02 Biólogos

IV COMPETENCIAS A FORTALECER

Fortalecer los conocimientos de los participantes con un enfoque integral, que favorezca la parte actitudinal, los cuales permitan mejorar las buenas prácticas en el proceso de captación de sintomáticos respiratorios. Permite Conocer y utilizar el conocimiento teórico y práctico de la salud integral, basado en el compromiso personal con el establecimiento de salud para participar en las actividades de promoción, prevención y asistencia en la problemática de la Tuberculosis Pulmonar.

V CAPACIDADES A FORTALECER

- Comprende y maneja el conocimiento de las nociones básicas y conceptuales del Modelo de atención integral en las actividades de captación de sintomáticos respiratorios.
- Conoce y aplica el conocimiento de la magnitud del problema de la Tuberculosis a nivel internacional, nacional y local.
- Conoce y aplica los conceptos de Tuberculosis, así como también sus diagnósticos diferenciales.
- Conoce y aplica los conceptos de promoción y prevención de la salud.
- Conoce la importancia de la organización y la gestión de los servicios de salud.
- Conoce y aplica las actividades de las intervenciones sanitarias intra y extramurales.
- Reconoce la importancia de los instrumentos de registro y los utiliza en sus actividades diarias.

VI PLANIFICACION

a) ORGANIZACIÓN

El Taller se organizó contando con el apoyo de la jefatura Medica del Centro de Salud Collique III Zona, y con la coordinación de la unidad de capacitación de la DIRIS Lima Norte

b) ALCANCE

A los trabajadores que realizan labor asistencial en el Centro de Salud Collique III Zona del turno mañana y tarde

c) FACILITADORES

Coordinación General del Programa. Dra. Guisela Díaz C.

Expertos invitados:

- Dr. Jhony Calderón Vargas, Responsable de la Estrategia de Tuberculosis del C.S. Collique III Zona.
- Dr. Miguel Toranzo Reategui, Responsable de la Estrategia de Tuberculosis del Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo.
- Dra. Gloria Altamirano Carbajal, Coordinadora de la Estrategia de Salud Familiar de la DIRIS Lima Norte.
- Dr. Eduardo Matta Solis, Coordinador de la Estrategia de Salud Familiar del Centro Materno Infantil Progreso.
- Lic. Pamela Zavala Barrueto, Coordinadora de la Estrategia de Salud Mental del Centro de Salud La Flor.
- Lic. María Elena Canales Silva.- Responsable de la Estrategia de Tuberculosis del Centro Materno Infantil Laura Rodríguez.

d) MODALIDAD DEL EVENTO

El evento tiene carácter presencial

e) METODOLOGIA

El Taller contara de las siguientes partes:

- Expositiva – Participativa
- Sesiones de grupo
- Dialogo
- Acuerdos y compromisos

El taller se desarrolló con la participación dinámica de trabajadores de salud y expertos a través de sesiones teóricas estructuradas por la creadora del taller, siguiendo un método expositivo analítico –comparativo, motivando el análisis, induciendo al trabajador para que aplique su apreciación.

f.- PLANIFICACION

El Programa se desarrollara en coordinación con el área de capacitación de la DIRIS Lima Norte. Además del equipo multidisciplinario de la Estrategia de Tuberculosis del C.S. Collique III zona

1.-Duracion del curso : 05 semanas

2.-Fecha de inicio : 13 de noviembre 2017

3.-Fecha de término : 15 de diciembre 2017

4.-Número de participantes: 40 trabajadores de salud del área asistencial

5.-Horario : lunes de 11:00am a 2:00 pm

6.-Lugar : auditorio del C.S.Collique

VII PRESUPUESTO

Esta asumido por la investigadora, contando además con el apoyo logísticos informáticos del establecimiento de salud.

VIII CRONOGRAMA

Las actividades se desarrollaran durante los meses de noviembre y diciembre, con un total de 10 sesiones que inician el 13 de noviembre y culmina el 15 de diciembre. El tiempo de duración serán de 30 horas impartidas en 10 sesiones de 3 horas cada una (horas efectivas), que equivale a 22.5 horas académicas, 2 veces por semana haciendo un total de 05 semanas.

IX CONTENIDOS

SESIÓN 1: CONOZCAMOS LA MAGNITUD DEL PROBLEMA
Realidad problemática de la Tuberculosis Pulmonar a nivel internacional, nacional y local.
Análisis de coberturas de captación de sintomáticos respiratorios a nivel nacional y local.
Análisis de indicadores sanitarios según Norma Técnica de Tuberculosis
SESIÓN 2: ¿ESTOY MOTIVADO PARA CAPTAR SINTOMATICOS RESPIRATORIOS?
Conceptos de motivación.
Relación entre motivación y trabajo.

Identificando mis emociones.
Trabajo en equipo.
Liderazgo
Buenas prácticas en captación de Sintomáticos Respiratorios.
SESIÓN 3: DEFINIMOS OPERACIONALMENTE SEGÚN LA NORMA TÉCNICA DE TUBERCULOSIS
Definición de sintomático respiratorio (identificado, esperado, examinado)
Definición de captación activa del sintomático respiratorio
Definición de captación pasiva del sintomático respiratorio
Concepto de seguimiento diagnóstico.
Concepto de unidad recolectora de muestras.
SESIÓN 4: ¿QUE ES LA TUBERCULOSIS Y CUALES SON SUS DIGANOSTICOS DIFERENCIALES?
Concepto de Tuberculosis Pulmonar, definiciones operativas
Derechos y deberes de las personas afectadas por tuberculosis
Estratificación de acuerdo al riesgo de transmisión de la tuberculosis.
Cuadro clínico y diagnóstico de la Tuberculosis Pulmonar.
Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar.
Sintomáticos Respiratorios No Tuberculosis
Diagnóstico diferencial
SESIÓN 5: ¿ES IMPORTANTE LA ATENCION INTEGRAL? (PRIMERA PARTE)
Integralidad del ser humano, conceptos, diferencia entre salud comunitaria y salud pública.
Modelo de atención integral en salud (MAIS)
Análisis de problemas del porque no se captan sintomáticos respiratorios
Atención integral en la paciente Sintomáticos Respiratorios
Atención de salud inclusiva, salud integral individual, salud integral familiar.
¿Qué es una visita domiciliaria?
SESIÓN 6: ¿ES IMPORTANTE LA ATENCION INTEGRAL? (SEGUNDA PARTE)
Concepto de atención primaria de salud (APS)
Desarrollo de estrategias de buenas prácticas para brindar atención integral se salud, fomentando la captación de Sintomáticos Respiratorios.
Características, tipos, principios, importancia y dimensiones de la atención primaria de la salud.
Uso de la hoja de referencia comunitaria
Estrategias de buenas prácticas en captación de sintomáticos respiratorios
SESION 7: ¿ES BUENO PROMOCIONAR PARA PREVENIR?
Concepto de promoción de la salud.
Objetivos de la prevención y promoción de la tuberculosis a través de la captación de sintomáticos respiratorios
Campos de acción y la importancia de la promoción de la salud

Diferencias entre promoción y prevención
Estrategias y lineamientos de la promoción de la salud
SESION 8: ORGANIZACIÓN Y GESTION
Análisis de componentes y procesos de gestión que favorezcan la captación de Sintomáticos Respiratorios
Importancia de las relaciones intersectoriales e interinstitucionales
Diseño de intervenciones para mejora de la organización y gestión del servicio de Tuberculosis.
SESION 9: INTERVENCIONES SANITARIAS EN LA ATENCION INTEGRAL.
Prevención primaria y secundaria.
Control, seguimiento y monitoreo.
SESION 10: ¿SON IMPORTANTES LOS INSTRUMENTOS DE REGISTRO?
Importancia de los instrumentos de registro.
Formato de solicitud de investigación bacteriológica.
Libro de registro de Sintomáticos Respiratorios.
Libro de registro de muestras para investigación bacteriológica en tuberculosis.
Libro de registro de seguimiento de pacientes.
Tarjeta de control de tratamiento.

X EJECUCION DEL PROGRAMA

SESIÓN DE APRENDIZAJE I				
CONOSCAMOS LA MAGNITUD DEL PROBLEMA DE LA TUBERCULOSIS A NIVEL INTERNACIONAL, NACIONAL Y LOCAL.				
Capacidad: Conoce y utiliza como instrumentos los datos estadísticos de la incidencia de la tuberculosis.				
SEMANA	SESION Y FECHA	CONTENIDO	ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE	RESPONSABLES
1	1 13/11/2017	<p>De la realidad problemática conoce:</p> <ul style="list-style-type: none"> • estadísticas internacionales, nacionales y locales de la tuberculosis. • presentación del taller. • Información sobre la metodología enseñanza aprendizaje 	<ul style="list-style-type: none"> • Plantea el siguiente problema. ¿ Cuáles son las estadísticas de la tuberculosis? ¿ Cuáles son las coberturas de captación de sintomático respiratorio? • Participa en el dialogo. • Obtiene conclusiones con la participación del facilitador 	Dra. Guisela Díaz cárdenas

SESIÓN DE APRENDIZAJE II
ESTOY MOTIVADO PARA CAPTAR SINTOMÁTICO RESPIRATORIO.

Capacidad: Conoce los conceptos de motivación y trabajo en equipo

SEMANA	SESION Y FECHA	CONTENIDO	ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE	RESPONSABLES
1	2 17/11/2017	<p>De la motivación conoce:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concepto • Motivación y captación del sintomático respiratorio. • Las emociones. • Importancia de las emociones. • Tipo de emociones <p>Del trabajo en equipo conoce:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concepto. • Liderazgo 	<ul style="list-style-type: none"> • Plantea el siguiente problema. <p>¿Qué es la motivación? ¿Cuál es la importancia de las emociones? ¿Es importante la motivación en la captación de sintomático respiratorios? ¿el trabajo en equipo permite lograr metas? ¿Qué es liderazgo?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participa en el dialogo. <p>Obtiene conclusiones con la participación del facilitador</p>	Lic. Pamela Zavala Barrientos.

SESIÓN DE APRENDIZAJE III
DEFINICIONES OPERACIONALES SEGÚN LA NORMA TÉCNICA DE TUBERCULOSIS

Capacidad: Comprende y maneja los conceptos y definiciones operacionales de la norma técnica de tuberculosis.

SEMANA	SESION Y FECHA	CONTENIDO	ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE	RESPONSABLES
2	2 17/11/2017	<p>Del sintomático respiratorio se conoce:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concepto • Sintomático respiratorio identificado. • Sintomático respiratorio examinado. <p>De la captación de sintomático respiratorio conoce:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Captación activa. • Captación pasiva. <p>Del seguimiento diagnostico conoce:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento intramural. • Seguimiento extramural. • Unidad recolectora de muestra. 	<ul style="list-style-type: none"> • Plantea el siguiente problema. <p>¿Qué es un sintomático respiratorio? ¿Cuáles son los tipos de sintomáticos respiratorios? ¿Qué tipos de captación hay? ¿Cuál es el seguimiento diagnóstico de los sintomáticos respiratorios? ¿Qué características tiene la unidad recolectora de muestra?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participa en el dialogo. • Obtiene conclusiones con la participación del facilitador 	Dr. Jhony Calderón Vargas

SESIÓN DE APRENDIZAJE IV

¿QUÉ ES LA TUBERCULOSIS Y CUÁLES SON SUS DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES?

Capacidad: Conoce el concepto de tuberculosis pulmonar tipos, diagnósticos, epidemiología y tratamiento; conoce el diagnóstico diferencial de la tuberculosis pulmonar.

SEMANA	SESION Y FECHA	CONTENIDO	ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE	RESPONSA BLES
2	4 24/11/20 17	<p>De la tuberculosis conoce:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definiciones operativas. • Derechos y deberes afectados por tuberculosis. • Estratificación de acuerdo al riesgo de transmisión. • Diagnóstico de la tuberculosis. • Tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Plantea el siguiente problema. <p>¿Qué es la tuberculosis pulmonar? ¿Qué es la captación de sintomáticos respiratorios? ¿Qué dice la ley 29414 y la ley 26842? ¿Cuáles son los escenarios epidemiológicos? ¿Cuáles son los diagnósticos bacteriológicos de la tuberculosis? ¿Cuáles son los esquemas de tratamiento de la tuberculosis?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participa en el dialogo. <p>Obtiene conclusiones con la participación del facilitador</p>	Dr. Miguel Toranzo.

SESIÓN DE APRENDIZAJE V				
LA ATENCION INTEGRAL DE SALUD (PARTE I).				
Capacidad: Comprende y maneja el conocimiento de las nociones básicas y conceptuales de la salud familiar, proceso salud- enfermedad y el modelo integral de salud (MAIS).				
SEMANA	SESION Y FECHA	CONTENIDO	ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE	RESPONSABLES
3	5 27/11/2017	<p>De la salud integral conoce:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concepto general. • Diferencia entre salud comunitaria y salud pública. <p>Del modelo de atención integral de salud conoce:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definición de la atención integral de salud. • Los principios de la atención integral. • Los componentes de la atención integral <p>De los programas de atención integral conoce:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El programa de atención integral a las personas y familia. • Programa de atención integral comunitaria y entorno saludable 	<ul style="list-style-type: none"> • Plantea el siguiente problema. <p>¿Qué es la salud comunitaria?</p> <p>¿Cuáles es la diferencia entre salud comunitaria y salud pública? ¿En qué consiste el MAIS?</p> <p>¿Cuáles son los principios y componentes del MAIS?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participa en el dialogo. • Obtiene conclusiones con la participación del facilitador 	Dra. Gloria Altamirano

SESIÓN DE APRENDIZAJE VI
LA ATENCION INTEGRAL DE SALUD (PARTE II).

Capacidad: Comprende y maneja el conocimiento de las nociones básicas y conceptuales de la salud familiar, proceso salud- enfermedad y el modelo integral de salud (MAIS).

SEMANA	SESION Y FECHA	CONTENIDO	ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE	RESPONSABLES
3	6 01/12/2017	<p>De la salud integral (APS) conoce:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concepto general. • Características del APS. • Tipos de APS. • Principios de APS • Importancia del APS. • Dimensiones del APS. • Estrategias para buenas prácticas de captación de sintomáticos respiratorios. • hoja de referencia comunitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Plantea el siguiente problema. <p>¿En qué consiste el APS?</p> <p>¿Cuáles son las características, principios, importancia y dimensiones de las APS?</p> <p>¿Cuáles son las estrategias de la atención integral para aumentar la captación de sintomáticos respiratorios?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participa en el dialogo. • Obtiene conclusiones con la participación del facilitador 	Dra. Eduardo Matta.

SESIÓN DE APRENDIZAJE VII
ES BUENO PROMOCIONAR PARA PREVENIR.

Capacidad: Conoce y aplica las estrategias sanitarias para la prevención y promoción de la tuberculosis.

SEMANA	SESION Y FECHA	CONTENIDO	ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE	RESPONSABLES
4	7 04/12/2017	<p>De la promoción de salud conoce:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concepto general. • Los campos de acción y la importancia de la promoción de la salud. • Diferencia entre promoción y prevención. • Las estrategias y lineamientos de la promoción de la salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Plantea el siguiente problema. <p>¿En qué consiste la promoción de la salud? ¿Cuáles son los campos de la promoción de la salud? ¿Cuáles son las diferencias entre promoción y prevención?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participa en el dialogo. • Obtiene conclusiones con la participación del facilitador 	Dr. Eduardo Matta.

**SESIÓN DE APRENDIZAJE VIII
ORGANIZACIÓN Y GESTION.**

Capacidad: Conoce y aplica las actividades de gestión y promueve la organización en la estrategia de tuberculosis.

SEMANA	SESION Y FECHA	CONTENIDO	ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE	RESPONSABLES
4	7 08/12/2017	<p>De la gestión conoce:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Componente de gestión que favorece en la captación de sintomático respiratorios. • Proceso de gestión que favorece en la captación de sintomático respiratorios. • Importancia de las relaciones intersectoriales e instituciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Plantea el siguiente problema. <p>¿En qué consiste los componentes y gestión de sintomático respiratorio?</p> <p>¿Por qué es importante las relaciones intersectoriales e institucionales?</p> <p>¿Cuáles son las estrategias de la atención integral para aumentar la captación de sintomáticos respiratorios?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participa en el dialogo. • Obtiene conclusiones con la participación del facilitador 	Dra. Guisela Díaz Cárdenas

SESIÓN DE APRENDIZAJE IX
INTERVENCIONES SANITARIAS DE LA ATENCION INTEGRAL PARA
MEJORAR LA CAPTACION DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIO

Capacidad: Conoce y aplica los tipos de prevención para evitar la infección por el bacilo de la tuberculosis en la población expuesta.

SEMANA	SESION Y FECHA	CONTENIDO	ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE	RESPONSABLES
5	9 11/12/2017	<p>De la prevención primaria conoce:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Información y educación. • Uso de mascarilla. • Vacunación BCG • Bioseguridad • Plan de control de infecciones. <p>De la prevención secundaria conoce:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento. • Estudio de contactos. • Terapia preventiva con isoniacida (TPI). 	<ul style="list-style-type: none"> • Plantea el siguiente problema. ¿Qué es la prevención primaria y secundaria de en la tuberculosis? • Participa en el dialogo. • Obtiene conclusiones con la participación del facilitador 	Dra. Guísela Díaz Cárdenas

SESIÓN DE APRENDIZAJE X
INSTRUMENTOS DE REGISTRO

Capacidad: Conoce y utiliza los instrumentos de registro en sus actividades primarias

SEMANA	SESION Y FECHA	CONTENIDO	ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE	RESPONSABLES
5	10 15/12/2017	<p>De los instrumentos de registro conoce:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formato de solicitud de investigación bacteriológica. • Libro de registro de sintomático respiratorio. • Libro de registro de toma de muestra. • Tarjeta de control de tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Plantea el siguiente problema. ¿Cómo se utilizan los libros de registro de la estrategia de tuberculosis? • Participa en el dialogo. Obtiene conclusiones con la participación del facilitador 	Lic. Maria Elena Canales Silva

XI SECUENCIA DIDACTICA

Inicio: 30 minutos

- El facilitador da la introducción: ¿de qué vamos a hablar?
- Conceptos básicos A propósito de un caso
- Problemas en la captación de sintomático respiratorio.
- Retos y enfoques de la investigación de la tuberculosis pulmonar

Desarrollo: 120 minutos

- Explica los procedimientos, las teorías y los hechos que soportan el problema en estudio
- Expone la problemática. Estudio a nivel mundial y local.
-

Cierre: 30 minutos

- Reunir a los trabajadores en sesión plenaria y proponer la explicación de las conclusiones grupales; el grupo debe tratar de ponerse de acuerdo sobre la mejor solución.
- Proponer la creación de mesas de trabajo que promuevan la implementación en la captación de sintomáticos.
- Clausurar la sesión.



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ARTICULO CIENTÍFICO

Efecto de la aplicación de un taller de Atención Integral en las prácticas de Captación de Sintomáticos Respiratorios en los Trabajadores del Centro de Salud Collique III Zona,
Comas, 2017

AUTORA:

Br. Guisela Yanet Díaz Cárdenas

ASESORA:

Dra. Teresa de Jesús Campana Añasco

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo determinar el Efecto de la aplicación de un taller de atención integral en las prácticas de captación de sintomáticos respiratorios en los trabajadores del centro de salud Collique III Zona, Comas 2017.

Como metodología la investigación presentó un enfoque cuantitativo de tipo aplicada con método hipotético deductivo de un diseño pre-experimental de corte longitudinal, teniendo como variable independiente al taller de atención integral y variable dependiente a las prácticas en captación de sintomáticos respiratorios, cuyas dimensiones son: localización de casos, registros, monitoreo y educación. La población estuvo conformada por 54 trabajadores del área asistencial siendo la muestra de 40, no probalística por conveniencia. con enfoque cuantitativo y corresponde a una investigación aplicada, como instrumento se usó lista de cotejo el cual está conformado por 11 enunciados que contienen variables dicotómicas de medición (Si-No) validado por juicio de expertos, dicho instrumento se aplicó antes y al término de la ejecución del programa, la cual consto de 10 sesiones. Siendo la variable independiente Programa de Atención Integral y la variable dependiente prácticas en captación de sintomáticos respiratorios, cuyas dimensiones son: localización de casos, Registro, Monitoreo y Educación.

Se llegaron a los siguientes resultados:

El taller de atención integral tuvo en la medición pre checklist “prácticas inadecuadas” 70%(28) “prácticas en proceso 27%(11) y “prácticas adecuadas 2.5%(1) y en el post checklist se obtuvieron en “prácticas inadecuadas” 27.5%(11), “prácticas en proceso” 42.5%(17) y “prácticas adecuadas” subió a un 30% (12)

Por lo tanto, se llegó a la siguiente conclusión:

El taller de atención integral tiene efecto significativo en las prácticas de captación de sintomáticos en los trabajadores del centro de salud Collique III Zona.

Palabras claves: Sintomático respiratorio, atención integral, taller, captación, prácticas.

Abstract

The objective of the present investigation was to determine the effect of the application of a comprehensive care workshop on respiratory symptomatic recruitment practices in the workers of the Collique III Zona, Comas 2017 health center.

As a methodology, the research presented a quantitative approach of type applied with hypothetical deductive method of a pre-experimental design of longitudinal cut, having as independent variable to the workshop of integral and variable dependent attention to the recruitment of symptomatic respiratory, whose dimensions are: location of cases, records, monitoring and education. The population consisted of 54 workers from the health care area, being the sample of 40, not probalistic for convenience. with a quantitative approach and corresponds to an applied research, as an instrument, a checklist was used, which is made up of 11 statements that contain dichotomous variables of measurement (Yes-No) validated by expert judgment. This instrument was applied before and at the end of the execution of the program, which consisted of 10 sessions. Being the independent variable Program of Integral Attention and the variable dependent practices in catchment of symptomatic respiratory, whose dimensions are: location of cases, Registry, Monitoring and Education.

The following results were reached:

The integral care workshop had in the pretest measurement "inadequate practices" 70% (28) "practices in process 27% (11) and" adequate practices 2.5% (1) and in the post checklist were obtained in "inappropriate practices" 27.5% (11), "practices in process" 42.5% (17) and "good practices" rose to 30% (12)

Therefore, the following conclusion was reached:

The integral care workshop has a significant effect on symptomatic recruitment practices in the workers of the Collique III Zona health center.

Key Words: Respiratory Symptomatic, integral attention, workshop, recruitment, practices.

INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) indico: Que la tuberculosis representa una de las patologías que se encuentra dentro de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo. En el año 2016, 10.4 millones de individuos enfermaron de tuberculosis y 1.7 millones fallecieron de la misma causa, sabiendo que en promedio el 95% de fallecimientos se producen por esta patología sobre todo en países en vías de desarrollo siendo el Perú es uno de ellos.

La incidencia anual de la tuberculosis a nivel mundial está disminuyendo paulatinamente, aproximadamente 1.5% desde el año 2000; sin embargo, el número absoluto de casos de tuberculosis se viene incrementando. Como respuesta a la epidemia, la OMS elaboro la estrategia “fin de la tuberculosis” cuyas aspiraciones al 2035 son varias rescatando que uno de los pilares son la prevención y la atención integral de la tuberculosis centrada en el paciente y su entorno.

En el Perú, la Ley 30287, Ley de Control y Prevención de la Tuberculosis y su Reglamento (Decreto Supremo 021-2016), declara de interés nacional la lucha contra esta enfermedad en todo el país, logrando, de esta forma, que su control sea una política de Estado (Tuberculosis en el Perú: situación epidemiológica, avances y desafíos para su control, 2017 vol 34(2))

Por todo ello se observa que los casos de Tuberculosis Pulmonar siguen siendo un problema, y su control en parte está orientado al abordaje precoz. y es ahí donde cobra una real importancia el Sintomático Respiratorio.

En los protocolos de salud según Minsa NTS (2013) en la que habla de Atención Integral de los individuos enfermos de Tuberculosis se describe que un Sintomático Respiratorio es todo individuo con Tos por 15 días a más.

El Ministerio de Salud en su afán de controlar la Tuberculosis Pulmonar propone que los Sintomáticos Respiratorios esperados están en relación al total de atenciones en mayores de 15 años, este valor se multiplica por 0.05, obteniéndose un 5%, que es el porcentaje al cual todos los establecimientos de salud deberían llegar, en relación a su captación de Sintomáticos Respiratorios. (Norma Técnica Tuberculosis, 2013).

En ese sentido nuestros porcentajes de captación de Sintomáticos Respiratorios estuvieron por debajo de lo esperado.

En Lima, la Red de Salud Túpac Amaru (RSTA, 2016), que comprende los distritos de Comas, Independencia y Carabaylo, refiere que el porcentaje de Sintomáticos Respiratorios Identificados del año 2015 fueron de 2.7%, del 2016 fue de 2.2% y del 2017 fue de 2.8% muy lejos del 5% propuesto como promedio, observándose que aun la falta de compromiso, y conocimiento sobre captación de sintomáticos respiratorios en el personal de salud que dificultan las buenas prácticas de captación.

Esta realidad no es ajena al Centro de Salud Collique III Zona quienes tienen como promedio de captación de Sintomático Respiratorio 2014 2.2%, 2015 2.4%, 2016 2.5% y 2017 2.5% (Oficina de Estadística de la Red Túpac Amaru).

Una de las principales estrategias para incrementar la captación de Sintomático Respiratorio es la implantación Programas Educativos Integrales que refuercen conocimientos para mejorar actitudes que se traduzcan en buenas prácticas de captación, tratando de encontrar formas óptimas de ejecución de un proceso, sistematizadas para el logro de objetivos.

Todos estos aspectos han motivado el desarrollo de esta investigación, pues la Tuberculosis Pulmonar sigue siendo un problema mundial y local y el diagnóstico precoz está orientado de manera directamente proporcional al incremento de la captación de Sintomático Respiratorio. En ese contexto el desarrollo de instrumentos que faciliten la incorporación del enfoque integral de la salud a partir de conocimientos será beneficioso para el logro de objetivos.

METODO

Se utilizó como paradigma el Positivismo, la cual es una corriente o escuela filosófica que afirma que el “único conocimiento autentico es el conocimiento científico, y que tal conocimiento solo puede surgir de la afirmación positiva de la teorías a través del método científico” (Comte,A, 1798)

Así mismo se utilizó un enfoque cuantitativo porque la recolección de información la usa para responder las preguntas en la investigación y poder comprobar hipótesis antes expuestas, utiliza el control numérico y frecuentemente usa la estadística para establecer el comportamiento de una población o muestra de estudio (Sampieri, 2003).

El tipo de estudio fue aplicado porque busca el aportar a la ciencia, incrementado los saberes teóricos, sin interesarse directamente en sus probables aplicaciones o resultados prácticos; es más formal y persigue las generalizaciones con miradas al desarrollo de una teoría basada en principios y leyes (Zorrilla, 1993)

El método utilizado fue el hipotético-deductivo porque nos permite probar la veracidad o falsedad de la hipótesis planteada, mediante un diseño bien estructurado buscando comprobar con objetividad la variable que se midió.

Soto (2015), menciona a Bernal (2006), quien indica que el método hipotético deductivo es un “proceso que parte de las afirmaciones en relación a la calidad de hipótesis y busca negar o aceptar dichas hipótesis sacando de ellas, conclusiones que deben confrontarse con los hechos” (p.50).

El diseño fue experimental, sub tipo pre – experimental de corte longitudinal. Se llaman diseños pre experimentales a las cuales el grado de control es mínimo y no cumple con los requisitos para ser considerado un experimento verdadero (Carrasco 2005) p. 63. En la presente investigación se utilizó la forma de diseño de pre y post lista de cotejo, con un grupo al cual se le brindo un programa de atención integral, midiendo antes y después del evento.

Se llama Longitudinal según Hernández (2010) porque, “recolectan información en distintos espacios de tiempo, para realizar aportes acerca de cómo

va el problema en la investigación, así como también ver sus causas y sus efectos” (p. 159).

La población estuvo conformada por 58 trabajadores del área asistencial del centro de salud Collique III Zona, Comas.

Se estableció con 40 trabajadores que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión.

RESULTADOS

De los 40 participantes, se observó que en la comparación entre la medición Pre checklist las 'Prácticas inadecuadas' tuvieron una frecuencia de 70%(28) y en la medición del Post checklist disminuyó a 27,5%(11). Las 'Prácticas en proceso' tuvieron un 27,5%(11) en el Pre checklist subiendo en el Post checklist a 42,5%(17). Finalmente, en las 'Prácticas adecuadas' hubo un 2,5%(1) en el Pre checklist subiendo a 30%(12) en el Post checklist.

De los 40 participantes, en esta dimensión se vio que en la comparación entre la medición Pre checklist las 'Prácticas inadecuadas' tuvieron una frecuencia de 55%(22) y en la medición del Post checklist disminuyó a 22,5%(9). Las 'Prácticas en proceso' tuvieron un 45%(18) en el Pre checklist subiendo en el Post checklist a 60%(24). Finalmente, en las 'Prácticas adecuadas' hubo un 0,0%(0) en el Pre checklist subiendo a 17,5%(7) en el Post checklist

De los 40 participantes, en la dimensión 2 se vio que en la comparación entre la medición Pre checklist las 'Prácticas inadecuadas' tuvieron una alta frecuencia con 97,5%(39) y en la medición del Post checklist disminuyó a 47,5%(19). Las 'Prácticas en proceso' tuvieron un 2,5%(1) en el Pre checklist subiendo considerablemente en el Post checklist a 52,5%(21). Finalmente, en las 'Prácticas adecuadas' hubo un 0,0%(0) en el Pre checklist manteniéndose en el Post checklist

De los 40 participantes, en la dimensión 3 se vio que en la comparación entre la medición Pre checklist las 'Prácticas inadecuadas' tuvieron una frecuencia absoluta con 100%(40) y en la medición del Post checklist disminuyó a 87,5%(35). Las 'Prácticas en proceso' tuvieron un 0,0%(0) en el Pre checklist subiendo en el Post checklist a 12,5%(5). Finalmente, en las 'Prácticas adecuadas' hubo un 0,0%(0) en el Pre checklist manteniéndose en el Post checklist,

De los 40 participantes, en la dimensión 4 se observó que en la comparación entre la medición Pre checklist las 'Prácticas inadecuadas' tuvieron una frecuencia alta con 72,5%(29) y en la medición del Post checklist disminuyó a 67,5%(27). Las 'Prácticas en proceso' tuvieron un 27,5%(11) en el Pre checklist subiendo ligeramente en el Post checklist a 32,5%(13). Finalmente, en las 'Prácticas adecuadas' hubo un 0,0%(0) en el Pre checklist manteniéndose en el Post checklist.

DISCUSIÓN

En la presente tesis se investigó la variable práctica en captación de sintomáticos respiratorios en el centro de salud Collique III zona, Comas 2017.

En relación al objetivo general: determinar el efecto de la aplicación de un taller de atención integral en las prácticas de captación de sintomáticos respiratorios en los trabajadores del centro de salud Collique III, zona, Comas 2017. Los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes: de los 40 participantes se observó que en la comparación entre el ítem “prácticas inadecuadas” a el pre checklist se observó una frecuencia del 70% y en el post checklist disminuyó a un 27.5% y en el ítem, “prácticas en proceso” el pre checklist dio una frecuencia de 27.5% y el post checklist subió a 45.5% y finalmente en las “prácticas adecuadas” hubo un 2.5% en el pre checklist, incrementándose a 30% en el post checklist.

Al respecto existe una similitud con los resultados que se obtuvieron de la investigación de Muños, Puerto y Pedraza (2015). Donde se midieron nivel de conocimiento en relación a las actividades de búsqueda y detección de casos en tuberculosis en los trabajadores de salud, donde se observó que después de la capacitación los conocimientos se incrementaron de 8 a 25% mejorando por ello la identificación del sintomático respiratorio, contribuyendo así al diagnóstico precoz de usuarios con tuberculosis pulmonar.

Además, el concepto de atención integral según Barragán. (2007). Apoya mi objetivo general porque refiere que la salud se comprende desde un todo, es integral y no solo involucra el conocimiento, sino que requiere de otros recursos para su buen desenvolvimiento. La propuesta de Barragán refiere que la atención integral es un conjunto de estrategias, normativas, procesos, herramientas y recursos que permitan complementar organizadamente un sistema de salud.

También es importante mencionar a la OPS (2008) que refiere que las intervenciones educativas que son sostenibles en el tiempo y que se elaboran con ciertas particularidades logran cambios considerables en el control de la tuberculosis. Por otro lado, es importante verificar a Gonzales (2015). Donde refiere que un modelo de atención integral debe desarrollarse bajo procesos que

fortalecen la integración y estos permiten resolver las necesidades de salud identificadas, todas ellas bajo una normatividad vigente; aunque las dimensiones de estructura son favorables (62%), sus subcategorías como disponibilidad y capacidades del recurso humano son menores del 50%; por otro lado sus dimensiones de proceso es difícil de cumplir por la fragmentación de servicios de salud sin embargo es posible mejorar los resultados de los problemas de salud si se fortalecen los procesos internos del modelo de atención integral.

El estudio de Chihuala y Silva (2014), refiere en sus estudio que un programa educativo da una efectividad altamente importante y considerable en el nivel de conocimiento sobre la forma de prevención y como debe ser el control de la enfermedad tuberculosa, con porcentajes antes del programa de: conocimiento deficiente 54% y bueno 27.3%, después de ello el conocimiento estuvo de excelente a bueno y con ello se favorecieron también los indicadores trazadores de la estrategia.

Así mismo en la contrastación con la hipótesis general se observó que el mayor rango lo presentaron los participantes del post checklist, por ello se realiza la prueba de U de Mann Whitney donde se observa que el valor de la significancia fue menor al nivel propuesto, se nota la evidencia de rechazar la hipótesis nula y concluir que el taller de atención integral tiene efecto significativo en las prácticas de captación de sintomáticos respiratorios.

Por lo tanto el desarrollo de talleres educativos aporta en el conocimiento de la tuberculosis y por consecuencia mejora la captación de sintomáticos respiratorios, y teniendo en cuenta que: el estudio de Gutiérrez, Roque, Romaní y Zagaceta (2017), nos indica que la prevalencia del sintomático respiratorio tiene como promedio 3.5% durante los años 2013 al 2015 pero es mayor al 5% en adultos mayores, en población pobre y en población rural, refiriendo que tres a cuatro de cada cien peruanos cumple con el criterio de sintomático respiratorio por este motivo toda las actividades que favorezcan a mejorar la captación mejorara los indicadores en tuberculosis.

Concluimos que desde el punto de vista de la organización y de la epidemiología sabemos que la tuberculosis se ha convertido en una pandemia

mundial por lo que cada estrategia que se adopte será beneficiosa y en el marco de la atención integral existen teorías que nos permite entender mejor: el modelo de la utilidad de servicios de Anderson (citado por Bernal, 2015, p.15.) refiere que la presencia de recursos disponibles condicionan en gran medida los medios favorables para mejores resultados; en ese sentido la atención integral requiere de todos estos medios para poder funcionar.

Es por eso que la percepción de Anderson (1995) es fundamental para entender que no solo las acciones administrativas y de gestión influye sino también están los mismos servicios de salud, todos ellos entrelazados para mejorar los procesos a favor de la captación de sintomáticos respiratorios. Por otro lado, tenemos a la teoría del pluralismo estructurado, donde Londoño y Frenk (1997), refieren que la segmentación en nuestro sistema de salud produce desventajas disminuyendo los beneficios por lo que el trabajo sistematizado de manera integral revierte ello. Y por último lo que se busca con la integralidad de la salud es el bienestar del individuo y esto está enmarcado en la teoría del bienestar colectivo que según Seligman (2014), no puede existir solo en la mente ya que el bienestar es una combinación de sentirse bien siempre.

En relación al objetivo 1: determinar el efecto de la aplicación de un taller de atención integral en las prácticas de localización de casos en los trabajadores del centro de salud Collique III zona, Comas, 2017. Los resultados que se obtuvieron fueron: de los 40 participantes en la comparación entre la medición del pre checklist, las “prácticas inadecuadas”, en la localización de casos fue de 55% y la medición post checklist disminuyó a 22.5%; las “prácticas en proceso” tubo un 45% en el pre checklist, incrementándose en 60% en el post checklist y las “prácticas adecuadas”, obtuvo un 0% en el pre checklist subiendo a 17.5% en el post checklist.

Al respecto el estudio de Saca (2015), refirió que hay necesidades para mejorar la búsqueda y captación de sintomático respiratorio y eso se puede lograr a través de la sensibilización y la supervisión, cabe mencionar también la propuesta de Farga y Caminero (2011), que nos refiere que los casos de tuberculosis pulmonar dentro de la población pueden identificarse a través de tres procesos: Localización de casos, Radiografías de tórax y la reacción a la tuberculina (p.314); para la localización de casos, esta puede ser activa y pasiva, sabiendo que esta

acción constituye un esfuerzo especial dentro de un modelo de atención integral con el único fin de encontrar más personas afectadas con tuberculosis.

Mencionaremos también a Carbajal, Varela, Hoyos, Angulo y Loarte (2014), que refirieron que el poco conocimiento de síntomas y desconocimiento del modo de transmisión por parte de los trabajadores pueden limitar la detección oportuna y así incrementar la diseminación de la enfermedad.

En relación a la contrastación de la hipótesis se observó que el mayor rango lo presentan los participantes en el post checklist, con ello se comparó las mediciones pre y post checklist con la prueba de U de Mann Whitney donde se evidencia que el valor de la significancia fue menor que el nivel propuesto por lo que hay evidencia de descartar la hipótesis nula afirmando que el taller de atención integral tiene efecto significativo en las prácticas de localización de casos.

En relación al objetivo 2: determinar el efecto de la aplicación un taller de atención integral en las prácticas de registro para la captación de sintomáticos respiratorios en los trabajadores del centro de salud Collique III zona, Comas 2017. Los resultados que se obtuvieron fueron: De los 40 participantes, en la dimensión 2 se vio que en la comparación entre la medición Pre checklist las 'Prácticas inadecuadas' tuvieron una alta frecuencia con 97,5% y en la medición del Post checklist disminuyó a 47,5%. Las 'Prácticas en proceso' tuvieron un 2,5% en el Pre checklist subiendo considerablemente en el Post checklist a 52,5%. Finalmente, en las 'Prácticas adecuadas' hubo un 0,0% en el Pre checklist manteniéndose en el Post checklist.

En este objetivo no se encontró estudios que planteen que el registro para la captación de sintomáticos respiratorios pueden ser influenciadas por un taller de atención integral, sabiendo que según los resultados del presente estudio si son influenciados, esto nos permite tener un punto de partida para futuros estudios.

Así mismo cabe mencionar que la norma técnica de tuberculosis (2013) refiere que la captación de sintomáticos respiratorios debe abordarse en todo momento de forma integral a través de cuatro dimensiones siendo una de ellas el registro, Por lo tanto en la contrastación de la hipótesis se observó: que el valor de la significancia fue menor que el nivel propuesto, evidenciándose la posibilidad de

rechazar la hipótesis nula y concluyendo que el taller de atención integral tiene efecto significativo en el registro para la captación de sintomáticos respiratorios.

En relación al objetivo 3 determinar el efecto de la aplicación de un taller de atención integral en las prácticas de monitoreo para la captación de sintomáticos respiratorios en los trabajadores del centro de salud Collique III zona, Comas, 2017. Los resultados que se obtuvieron fueron: de los 40 participantes en la dimensión 3 se vio que en la comparación entre la medición Pre checklist las 'Prácticas inadecuadas' tuvieron una frecuencia absoluta con 100% y en la medición del Post checklist disminuyó a 87,5%. Las 'Prácticas en proceso' tuvieron un 0,0% en el Pre checklist subiendo en el Post checklist a 12,5%. Finalmente en las 'Prácticas adecuadas' hubo un 0,0% en el Pre checklist manteniéndose en el Post checklist.

Al respecto Calderón (2015), indico que el 64.7% de los participantes de su estudio no tuvieron monitoreo hace más de un año y se concluyó que una de las causas del problema es la insuficiente supervisión directa a la estrategia para el monitoreo, refiriere además que esto afecta la búsqueda y captación del sintomático respiratorio; no olvidando que este es una de las dimensiones importantes para el abordaje (Norma técnica TBC, 2013.), Por lo tanto contrastando con la hipótesis se observó que el taller de atención integral tubo efecto significativo en el monitoreo.

En relación al objetivo 4 determinar el efecto de la aplicación de un taller de atención integral para las prácticas de educación en la captación de sintomáticos respiratorios en los trabajadores del centro de salud Collique III zona, Comas 2017, los resultados que se obtuvieron fueron:

De los 40 participantes, en la dimensión 4 se observó que en la comparación entre la medición Pre checklist las 'Prácticas inadecuadas' tuvieron una frecuencia alta con 72,5% y en la medición del Post checklist disminuyó a 67,5%. Las 'Prácticas en proceso' tuvieron un 27,5% en el Pre checklist subiendo ligeramente en el Post checklist a 32,5%. Finalmente, en las 'Prácticas adecuadas' hubo un 0,0% en el Pre checklist manteniéndose en el Post checklist.

El estudio de Casco (2011), determino que de sus entrevistados el 38.46% no tenía conocimiento sobre tuberculosis por lo que a pesar de que su establecimiento de salud tenía buenas instalaciones sus trabajadores no estaban

preparados debido a la falta de capacitación que estuvo representado con un 62.8%. Todo ello nos indica el insuficiente abordaje en temas de educación.

Por otro lado, acosta (2015), refirió en sus estudios que aquellos familiares de pacientes con tuberculosis que no recibieron educación y capacitación en tuberculosis tienen una predisposición negativa en mayor porcentaje a los que tienen conocimiento alto. Por ello dichos estudios nos ayudan a concluir que la capacitación y educación nos ofrecen mejores resultados, Pero en contraste con estos estudios tenemos a Pulido y Sifuentes (2014), quienes realizan un análisis situacional del programa concluyeron que el 17% de médicos no conoce los síntomas para descartar de tuberculosis el 70% refiere que la captación debe estar a cargo de promotores de salud, el 21% no prioriza el seguimiento a población vulnerable y solo el 29% refiere que necesita capacitación, esto indica que esta última no mejora necesariamente el cambio de actitud frente al abordaje del sintomático respiratorio.

Por lo tanto, en nuestro estudio podemos concluir a través de las contrastación de hipótesis que no hay pruebas para rechazar la hipótesis nula ya que la significancia fue mayor que el propuesto, afirmando que el taller de atención integral no tiene efecto significativo en la educación para la captación de sintomáticos respiratorios

CONCLUSIONES

- Primera:** Se determinó que el taller de Atención Integral tiene efecto significativo ($p=0,000<0,05$) en las prácticas de Captación de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.
- Segunda:** Se determinó que el taller de Atención Integral tiene efecto significativo ($p=0,000<0,05$) en las prácticas de localización de casos de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.
- Tercera:** Se determinó que el taller de Atención Integral tiene efecto significativo ($p=0,000<0,05$) en las prácticas de registro para la captación de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.
- Cuarta:** Se determinó que el taller de Atención Integral tiene efecto significativo ($p=0,022<0,05$) en las prácticas de monitoreo para la captación de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.
- Quinta:** Se determinó que el taller de Atención Integral no tiene efecto significativo en las prácticas de educación para la captación de Sintomáticos Respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III zona, Comas 2017.

REFERENCIAS

- Acosta Huiza, S. (2015). *Nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar y actitud frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis de la microred de santa ana-huancavelica 2014*. <http://181.65.181.124/handle/UNH/471>
- Barragán H. (2007). *Fundamentos de Salud Pública*. 1era edición. Buenos Aires: Universidad de la Plata, Argentina. Internet (consultado 23 de enero de 2018). Recuperado de:
http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/29128/Documento_completo____.pdf?sequence=4
- Bernal, S. (2015). *Factores relacionados con bajas coberturas de vacunación en niños menores de dos años en el Municipio de Amatitlán del área de Salud Guatemala Sur*. Tesis de maestría en salud pública. Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Betancourt, A. (2007). *El taller educativo ¿Qué es? fundamentos, cómo organizarlo y dirigirlo, como evaluarlo.*(2ª ed.). Recuperado de https://books.google.com.pe/books?id=Bo7tWYH4xMMC&printsec=frontcover&dq=que+es+un+taller&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjf3_CFqPTQAhXOziYKHZLYCDsQ6AEIGDAA#v=onepage&q=que%20es%20un%20taller&f=false
- Bunge, Mario: (1967). *La investigación científica, México D.F., Siglo XXI, 2ª ed.*
- Calderón L (2015). *Reestructuración del modelo de gestión del programa de control de la tuberculosis del distrito de salud 12D03 de la Provincia de los Ríos*. Tesis para obtener el grado de maestra en gerencia de servicios de salud. Santo Domingo: Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador. Recuperado de: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/831/1/TUAMGSS028-2015.pdf>
- Chihuahua, R. J. M., & Silva, R. M. M. (2014). *Efectividad del programa “cuidando la salud” en el nivel de conocimiento sobre control y prevención de tuberculosis en enfermeras*. In *Crescendo Ciencias de la salud*, 1(2).

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832016000200005&script=sci_arttext&tlng=pt

Daza Arana J, Cubides Munevar A, Lozada Ramos H. (2016) *Prevalencia de sintomáticos respiratorios y factores relacionados en dos territorios vulnerables de Santiago de Cali. Hacia promoc. Salud; 21(1): 63-76. DOI: 10.17151/hpsal.2016.21.1.5*

Farga V y Caminero, J (2011) *Tuberculosis. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.*

Fuentes-Tafur L. (2009) *Enfoque sociopolítico para el control de la tuberculosis en el Perú. Revista Perú Med Exp Salud Pública 26 (3): 370-379.*

Gutiérrez, C., Roque, J., Romani, F., & Zagaceta, J. (2017). *Prevalencia de sintomáticos respiratorios en población peruana de 15 a más años: análisis secundario de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2013-2015. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 34(1), 98-104.*http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342017000100014&script=sci_arttext&tlng=en

Hernandez M. y Lazcano L. (eds) (2013) *Salud Pública: teoría u práctica. México: Instituto Nacional de Salud Pública: Editorial El Manual Moderno.*

Horacio Luis Barragán *FUNDAMENTOS DE SALUD PÚBLICA AUTORES Adriana Moiso María de los Ángeles Mestorino Oscar Alfredo Ojea Invitados y colaboradores La Plata 2007 PRIMERA PARTE.*

http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/29128/Documento_completo__.pdf?sequence=4

La medicina general integral y su enfoque social y humanista. In artículo de revisión (Vol. 26.Nº 2,)

Londoño J. y Frenk J. (1997) Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina.

Documento de Trabajo 353. México: Banco Interamericano de Desarrollo. Recuperado de

<https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6127/Pluralismo%20estructurado%3a%20Hacia%20un%20modelo%20innovador%20para%20la%20reforma%20de%20los%20sistemas%20de%20salud%20en%20Am%C3%A9rica%20Latina.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

MAIS, (2011).

MATA, María Cristina; MACASSI, Sandro;1997 Cómo elaborar muestras para los sondeos de audiencias. Cuadernos de investigación No 5. ALER, Quito.

Tobón, S. (2013). *Socioformación: hacia la gestión del talento humano acorde con la sociedad del conocimiento*. México: CIFE.

Montalvo Mera, Sharon Catherine. Relación entre el nivel de conocimientos y actitudes sobre la tuberculosis en el profesional de enfermería, red Chiclayo 2013. 2014. <http://tesis.usat.edu.pe/handle/usat/461>

Mora, S. (2013) *Influencia del taller keep your mind focused en el de rollo de la comprensión de textos (niveles, rencial y crítico) de los estudiantes del "a" del nivel secundaria de la 1.e. 0004 tupac amaru, tara po ro - 2013 (Tesis de Licenciatura)*. Recuperada de http://tesis.unsm.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/11458/895/Sherilyn%20Amanda%20Mora%20Mu%C3%B1oz_Sarita%20Yudit%20S%C3%A1nchez%20V%C3%A1squez.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Parra, J. (2003). Guía de muestreo. Colección XLV aniversario FCES.

Pulido D y Cifuentes L (2014) Análisis situacional del programa de tuberculosis en las IPS públicas de cuatro municipios de Cundimarca: estrategias de captación de sintomáticos respiratorios y detección de pacientes con tuberculosis. Tesis para obtener el grado de maestría en administración en salud. Bogotá: Universidad del Rosario. Recuperado de: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/10491/52928619-2015.pdf;sequence=1>

Romaní Romaní, F. R., Roque Henríquez, J., Catacora López, F., & Hilasaca Yngas, G. (2016, April). Conocimientos, percepciones y prácticas de personal de salud en la detección de sintomáticos respiratorios en una región de muy alto riesgo de transmisión de tuberculosis en el Perú. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 77, No. 2, pp. 123-127). UNMSM. Facultad de Medicina. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832016000200005&script=sci_arttext&tlng=pt

Saca Vélez, L (2015) Caracterización de sintomáticos respiratorios en poblaciones de la frontera andina del norte de Ecuador. Tesis de maestría en medicina familiar y comunitaria. Quito: Universidad Central del Ecuador, Instituto superior de posgrado. Recuperado de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/5076/1/T-UCE-0006-160.pdf>

Seligman, M. (2014) Florecer, la nueva psicología positiva y la búsqueda del bienestar. México, Ed. Océano.

Segredo Perez, A.M.,Perdomo Victoria,C.I.(2012).

Victorino Farga y José Antonio Caminero Tuberculosis, 3ra edición, Editorial Mediterráneo, Santiago y Buenos Aires. (2011). 483 páginas https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000500019

Vivas M (2015) *Conocimientos y prácticas sobre la tuberculosis pulmonar de estudiantes y profesionales de la salud, Ibagué. Tesis de maestría en salud pública. Ibagué: Universidad Autónoma de Manizales, Colombia. Recuperado de: <http://repositorio.autonoma.edu.co/jspui/bitstream/11182/941/1/CONOCIMIENTOS%20Y%20PRÁCTICAS%20SOBRE%20LA%20TUBERCULOSIS.pdf>*

DECLARACIÓN JURADA

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA Y AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DEL ARTÍCULO CIENTÍFICO

Yo, GUISELA YANET DIAZ CARDENAS, estudiante (x), egresado (), docente (), del Programa..... de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, identificado(a) con DNI....., con el artículo titulado

“.....
.....
.....”

declaro bajo juramento que:

- 1) El artículo pertenece a mi autoría compartida con los coautores
.....
.....
- 2) El artículo no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
- 3) El artículo no ha sido autoplagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para alguna revista.
- 4) De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), autoplagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.
- 5) Si, el artículo fuese aprobado para su publicación en la Revista u otro documento de difusión, cedo mis derechos patrimoniales y autorizo a la Escuela de Postgrado, de la Universidad César Vallejo, la publicación y divulgación del documento en las condiciones, procedimientos y medios que disponga la Universidad.

Lugar y fecha

Nombres y apellidos

Acta de Aprobación de originalidad de Tesis

Yo, Teresa Campana Añasco, docente de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo filial Lima Norte, revisor de la tesis titulada "Efecto de la aplicación de un taller de atención integral en las prácticas de captación de sintomáticos respiratorios en los trabajadores del C.S. Collique III Zona, comas 2017 "" de la estudiante **Guisela Yanet Díaz Cardenas**, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 25% verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

La suscrita analizo dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituye plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Lima, 30 de marzo del 2017



Teresa Campana Añasco



**Efecto de la aplicación de un taller de Atención Integral
en las prácticas de Captación de Sintomáticos
Respiratorios en los Trabajadores del Centro de Salud
Collique III Zona, Comas, 2017**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Br. Gisela Yanet Díaz Cárdenas

ASESORA:

964-18
Luis Pineda



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FORMATO DE SOLICITUD

SOLICITA:

Visto bueno de
empastado de tesis

ESCUELA DE POSGRADO

Coirela Yanet Diaz Cardenas con DNI N° 09963116
(Nombres y apellidos del solicitante) (Número de DNI)

domiciliado (a) en Calle Arco Iris 278. Urb. La Oroya - Los Olivos
(Calle / Lotía / Mz. / Urb. / Distrito / Provincia / Región)

ante Ud. con el debido respeto expongo lo siguiente:

Que en mi condición de alumno de la promoción: de Servicios de Salud del programa: Maestría en Gestión
(Promoción) (Nombre del programa)
de Servicios de Salud... identificado con el código de matrícula N°
(Código de alumno)

de la Escuela de Posgrado, recorro a su honorable despacho para solicitarle lo siguiente:
Visto Bueno de empastado de tesis

Por lo expuesto, agradeceré ordenar a quien corresponde se me atienda mi petición por ser de justicia.

Lima, 7 de agosto de 2018

[Firma]
Firma del solicitante



- Documentos que adjunto:
- a. Fotocopia de la cédula de identidad
 - b. Copia de DNI
 - c. Copia de constancia de inscripción
 - d. Copia de acta de inscripción
- aprobada en el 2017 y
pantallazo de la misma.
et - tesis congreso

Cualquier consulta por favor comunicarse conmigo al:
Teléfono: 97594490
Email:

ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO
CAMPUS LIMA NORTE
OFICINA DE INVESTIGACIÓN
14 AGO. 2018
RECIBIDO
Hora: 11:45 AM Firma: *[Firma]*



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI)
"César Acuña Peralta"

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: (solo los datos del que autoriza)

Díaz Cardenas Guisela Yanet

D.N.I. : 09963116

Domicilio : Calle Arco Iris 278. Urb. Sol de Oro Los Olivos.

Teléfono : Fijo 016779476 Móvil 937594490

E-mail : mantyfg@yahoo.es

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:

Tesis de Pregrado

Facultad :

Escuela :

Carrera :

Título :

Tesis de Posgrado

Maestría

Grado : Maestra en Gestión de Servicios de Salud

Mención :

Doctorado

3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:

Díaz Cardenas Guisela Yanet

Título de la tesis:

Efecto de la aplicación de un Taller de Atención Integral en las prácticas de Captación de Síntomas Respiratorios en los trabajadoras del Centro de Salud Collique III - Zona, Comas, 2017.

Año de publicación : 2018

4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE LA TESIS EN VERSIÓN ELECTRÓNICA:

A través del presente documento,

Si autorizo a publicar en texto completo mi tesis.

No autorizo a publicar en texto completo mi tesis.

Firma :

Fecha : 02/octubre/2018