



GENERANDO VOCES, ALREDEDOR DE LA TUBERCULOSIS

PROYECTO DE GRADO

CLAUDIA NATHALY ROJAS ZÚÑIGA

ASESOR

OMAR ALEJANDRO BRAVO

**UNIVERSIDAD ICESI
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
MAESTRÍA EN INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL
SANTIAGO DE CALI
2020**

Resumen

El presente trabajo corresponde a una propuesta de intervención psicosocial, enfocada en promover el agenciamiento comunitario alrededor de la tuberculosis (TB), reconociendo la enfermedad como un fenómeno de origen social, en el cual las condiciones de vulnerabilidad, entornos con factores de riesgo o en situaciones de emergencia; pueden tener consecuencia para la salud tanto individual, como colectiva.

La propuesta tiene como alcance poner en acento la gestión territorial como herramienta de intervención, para generar nuevas redes sociales y fortalecer las ya existentes, desde el agenciamiento y la construcción de mejores prácticas para la prevención, la mitigación del riesgo y el tratamiento de la TB.

Palabras claves: *Tuberculosis, Intervención Psicosocial, Agenciamiento*

Tabla de Contenidos

Introducción	4
Antecedentes.....	6
Justificación.....	9
Objetivos	17
Marco teórico	18
Propuesta de intervención.....	33
Resultados esperados	52
Conclusión	53
Referencias.....	55

Introducción

La tuberculosis (TB) es reconocida en la actualidad como un problema de salud pública que requiere de una mirada transectorial en la que se involucre la participación de diferentes actores tanto institucionales como sociales. Los esfuerzos, por tanto, deben encaminarse a intervenir los factores de vulnerabilidad social asociados a la enfermedad, así como a fortalecer capacidades para la identificación, el diagnóstico oportuno y el tratamiento exitoso. Para tal fin, surge la presente propuesta de intervención psicosocial, la cual, busca promover la participación comunitaria en las acciones de prevención y control de la enfermedad de TB.

La propuesta de intervención psicosocial contribuye a profundizar en la dinámica de la problemática, así como en la elección y construcción de mejores prácticas para la prevención, la mitigación del riesgo y el tratamiento de la TB. Para autores como Farga & Caminero (2011) la TB es: “Una lucha entre el organismo humano y el microorganismo invasor, que se afecta de acuerdo con circunstancias que aumentan o disminuyen el riesgo de contagio” (p.15).

Estas circunstancias tienen que ver con características objetivas y subjetivas, sociales y personales, biológicas y ambientales, históricas y biográficas.

En este sentido, el objetivo del presente se orientó en diseñar un plan de intervención psicosocial con énfasis en agenciamiento comunitario para la prevención de la tuberculosis en Santiago de Cali, teniendo en cuenta los actores y sus interrelaciones con el territorio.

Se tienen presentes las dimensiones psicosociales que encarna el conocimiento y reconocimiento del diagnóstico de TB en el sujeto afectado por la enfermedad, la familia y la comunidad, así como el sufrimiento humano y la carga socioeconómica a la que hacen frente el paciente y la familia una vez se recibe el diagnóstico; sin olvidar, la estigmatización y los comportamientos de discriminación, que aún se hacen evidentes.

Los diversos factores como la fácil propagación de la enfermedad, la relación con la pobreza, la marginalización, el desconocimiento de la enfermedad y las rutas de atención, la no adherencia al tratamiento por parte de los pacientes, y la ausencia de programas y abordajes intersectoriales e interdisciplinarios claros con enfoque diferencial y de derechos humanos, se convierten en elementos centrales que dan muestra de la necesidad de construir propuestas de intervención en el tema.

En el documento se describe el contexto actual de la tuberculosis en Santiago de Cali, teniendo en cuenta las condiciones sociales en las que nace y se entretiene la enfermedad, a la par se genera una alternativa de intervención y solución a lo descrito, en la que se fusionan los elementos teóricos y metodológicos de intervención psicosocial con lineamientos y marco normativos propuestos a nivel internacional, nacional y local para la lucha contra la tuberculosis.

Así mismo se contemplan los lineamientos del Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), que propone generar acciones fundamentadas en las necesidades en salud del territorio. Por lo tanto, se centra en las actividades del componente psicosocial que deben realizarse como complemento a los hitos biomédicos descritos en la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS), las cuales resultan esenciales para obtener los resultados de salud pública esperados (MinSalud, 2016).

Partiendo de lo expuesto se presenta una propuesta de intervención enfocada en la construcción de escenario de participación comunitaria en las acciones de control de TB, orientada a generar herramientas de agenciamiento para fortalecer el proceso salud-enfermedad.

Antecedentes

La TB es considerada un problema de salud pública a nivel global, al ser una de las enfermedades infecciosas con mayor carga. A pesar de los esfuerzos que realizan los gobiernos y diferentes entidades, continúan contagiándose, enfermando y muriendo millones de personas por esta causa.

Colombia, es uno de los países que más aporta casos a nivel de América Latina. Las estadísticas del Instituto Nacional de Salud (INS), anualmente presentan, en promedio, 14.000 casos (unos 38 al día). En 2019, se presentaron 14.684 casos a nivel Nacional, de los cuales aproximadamente el 10% pertenecían a la ciudad de Cali, siendo esta una de las urbes con más alta carga de la enfermedad.

En el año 2019, presentó una incidencia notificada de tuberculosis todas las formas (TBTF) de 53,18 casos por 100 mil habitantes, siendo dos veces mayor que la del país. Por esta razón, se clasifica como una zona de alto riesgo para enfermar y morir por TB. Cada año se notifican entre 1100 a 1200 casos de TB, mueren entre 70 a 100 personas por causa de esta enfermedad, se identifican entre 35 a 50 casos de Tuberculosis Resistente (TBMDR) y los casos de coinfección con VIH (TB/VIH) oscilan entre 12 y 15 %. El porcentaje de pérdida de seguimiento es aproximadamente el 13% (INS, 2019).

En la forma activa de la enfermedad la persona presenta síntomas tales como: tos, fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso, entre otros. Dichos síntomas pueden ser leves y persistir durante muchos meses. Como resultado de ello, se puede presentar consultas médicas tardías y transmisión de la bacteria a otras personas. A lo largo de un año, una persona con tuberculosis puede infectar de 10 a 15 personas por contacto estrecho y en caso de no recibir tratamiento adecuado, hasta dos terceras partes de la población infectada podría fallecer (OMS, 2016)

A nivel local, según cifras de la secretaría de salud de Santiago de Cali, las comunas con mayor número de casos son las 11, 14, 15 y 21, comunas correspondientes al área de influencia de la zona Centro y Oriente, caracterizadas por poseer grupos altamente vulnerables con condiciones de vida determinantes en la manifestación de la enfermedad.

El bacilo de Koch es necesario para que se produzca la tuberculosis, pero su presencia no es suficiente. Otras condiciones, como el déficit en la alimentación, pueden favorecer el desarrollo de la enfermedad, lo que puede explicar por qué ésta es más frecuente entre las personas que tienen malas condiciones de Vida (Morales, 1999, p.23).

Según la caracterización realizada para el año 2019, uno de los grupos con mayor afectación fue la población privada de la libertad con un 12.1% (183 casos), la población indígena con el 5.2% (78 casos), Habitantes de/en calle con el 9.8% (149 casos), Migrantes 1.9% (29 casos) y trabajadores de la salud con un 2.8% (42 casos). Referente al tipo de Régimen en salud, el 38.79% (498) reportaron pertenecer al régimen Subsidiado, el 33.88% (435) al Contributivo, el 14.49% (186) al especial y el 12.85% (165) no contaban con régimen de afiliación (Secretaría de Salud, Cali, 2019).

Estas condiciones representan retos enormes para el control de la TB en la ciudad. Por tal razón, es necesario construir y desarrollar estrategias ancladas en las particularidades de las poblaciones, atendiendo tanto al comportamiento epidemiológico de la enfermedad como a las condiciones de vida, entornos y hábitos de los pacientes. La ejecución de estrategias de tal índole busca focalizar actividades que respondan a las condiciones de los contextos, a la vez que se priorizan y coordinan esfuerzos desde las instituciones de control, prestadores de servicios y demás grupos de interés.

Al respecto Mora (2017) refiere que la TB no reconoce fronteras, pero sí reconoce pobreza y marginalidad. Está particularmente presente entre las poblaciones vulnerables que viven en condiciones de miseria, sobrepoblación, desnutrición y, como resultado, supresión inmunológica.

La población vulnerable como lo es la población sin hogar tiene un riesgo extremadamente alto de TB. Un estudio realizado en Colombia ha demostrado que esta población tenía tasas más altas de neumonía y tuberculosis que cualquier otra población. Los indicadores que ponen a esta población en mayor riesgo son la calidad de vida, los refugios superpoblados, el alcoholismo y la mala nutrición. También se ha demostrado que muchas personas sin hogar tienen una mayor prevalencia de trastornos mentales. Esto podría incluir depresión, abuso de alcohol y trastornos psicóticos. Existe un vínculo entre la depresión y una mayor incidencia de TB que puede atribuirse al desinterés por cuidar la salud y la negativa a reunirse con un proveedor de atención médica (Sarmiento et al., 2013).

En este sentido, las condiciones en que se desarrolla la enfermedad interpelan la necesidad de dar un giro en las intervenciones, cambiar la perspectiva de una intervención clínica a una intervención psicosocial con enfoque diferencial, en la que se involucre la participación de los pacientes, sus familias y comunidades, agentes activos para orientar la intervención como práctica de reconstrucción y resignificación de la enfermedad (Carballeda, 2012).

La presente propuesta encuentra justificación tanto en el nivel internacional como nacional y local, en la competencia y responsabilidad de prevenir y contribuir al control de los eventos prioritarios de salud pública, entre ellos la TB, partiendo de principios, de que la salud mundial sólo mejorará cuando los propios interesados participen en la planificación, aplicación y toma de decisiones acerca de su propia salud y atención (OMS, 1985).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud:

Un tercio de los casos de tuberculosis no son ni diagnosticados, ni tratados o no son notificados. Incluso en los pacientes identificados, la tuberculosis a menudo es diagnosticada y tratada tarde. Para identificar y tratar estos casos y para intervenir en una etapa temprana de la enfermedad, es necesario movilizar a un espectro amplio de actores que participan ya en actividades comunitarias (OMS, 2012, p.1).

Una de las principales recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la integración de actividades comunitarias de lucha contra la TB, a partir de ello, nacen propuestas como: “*cambio de paradigma*”, orientada a promover cambios trascendentales en las creencias de las personas acerca de lo que es posible, se compone de 8 áreas de acción: cambio de mentalidad, enfoque basado en género y derechos humanos para la TB, liderazgo más inclusivo, enfoque impulsado por la comunidad y el paciente, programas de TB innovadores, sistemas de salud integrados, enfoque innovador y optimizado para aumentar financiación e inversión en acciones socioeconómicas (Stop TB Partnership & UNOPS, 2015).

La propuesta realizada por Stop TB Partnership y la Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos (UNOPS), contiene elementos centrales de la participación comunitaria para fomentar la conciencia de la enfermedad, la búsqueda activa de personas con TB, las

mejoras en el acceso, la atención, el fomento de la importancia de cumplir los tratamientos, el apoyo psicosocial y la reducción del estigma, el monitoreo de los programas y la participación de la comunidad en investigación y desarrollo. ¹⁰

A nivel internacional, se busca fortalecer sistemas comunitarios vinculados al sector salud, quienes actúen como aliados de programas de atención en TB; esta iniciativa de participación comunitaria es promovida por la Organización Mundial de Salud (OMS) bajo el enfoque Engage-TB, el cual busca desarrollar capacidades (conocimientos, habilidades y aptitudes) necesarias para la acción en TB.

El enfoque ENGATE TB, fue dado a conocer conceptualmente como una integración de las actividades comunitarias de lucha contra la TB en el trabajo de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y Organizaciones de Base Comunitaria (OBC) (OMS, 2012), tal enfoque comporta un programa de capacitación, que tiene por objeto facilitar la capacitación del personal de los programas nacionales contra la TB u órganos equivalentes, de las ONG y de las OBC para aumentar la capacidad de estos actores para apoyar las actividades comunitarias de lucha contra la TB integradas en sus trabajos de control y veeduría ciudadana en temas de salud.

Sin embargo, estudios en el tema (Curto et al., 2010), evidencian que son pocas las alianzas sociales y la participación comunitaria en el desarrollo de acciones de prevención de la enfermedad, pese a la existencia de actividades promovidas por instituciones del sector salud, como lo son la búsqueda de sintomáticos respiratorios en comunidad, es baja la receptividad para la participación en las mismas.

A nivel nacional, el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la adaptación 11
de la Estrategia Fin a la TB de la OMS, ha definido competencias entre diferentes actores para dar respuesta a un nuevo paradigma de atención de la enfermedad, desde un enfoque psicosocial.

Esto ha sido complementado con las acciones definidas en la nueva Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo Integral de Atención en las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) en las cuales se definen:

Las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención por parte de los agentes del Sistema de Salud (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores; ordenan la gestión intersectorial y sectorial como plataforma para la respuesta que da lugar a las atenciones/intervenciones en salud dirigidas a todas las personas, familias y comunidades, a partir de: i) Acciones intersectoriales y sectoriales orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de las personas, familias y comunidades, ii) Atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y iii) Acciones de cuidado que se esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de su salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, párr. 1).

El principal enfoque de la RIAS es el territorial, reconoce que el territorio es producto de una construcción social, que genera identidad y supone comprender las necesidades de la población en los espacios de su vida cotidiana, como sus potencialidades, recursos y la cultura construida, lo que incluye el simbolismo que su territorio tiene para ellos.

Por su parte, el Plan Estratégico Fin a la TB propone una línea de acción orientada a tratar la TB desde una perspectiva psicosocial, es decir, que vaya más allá de la atención brindada desde la parte biomédica y asistencial, para contemplar los entornos, hábitos y

condiciones de vida de los pacientes, sus familias, sus redes sociales y las comunidades donde residen. ¹²

Santiago de Cali es un territorio estratégico en el país para la implementación de planes y programas, como la estrategia hacia el fin de la tuberculosis, por ser una de las ciudades con mayor incidencia de TB por tener la mayor concentración de casos de Multi Drogo Resistencia (MDR) y presencia de Extremada Resistencia a Medicamentos (XDR), es por esto por lo que implementar estrategias para mejorar el control es una de las prioridades.

A nivel local, se identifica la participación en acciones para el control de la TB de múltiples actores tanto gubernamentales como no gubernamentales, pertenecientes a organizaciones del sector salud, académico, social y comunitario. Es evidente la influencia positiva de las actividades realizadas por cada uno de estos en especial dentro de sus territorios, sin embargo, también se identifica la necesidad de ampliar la cobertura de estas intervenciones y que las acciones para la identificación temprana y control de la enfermedad no sean exclusividad de ciertas zonas, sino que estas permeen otros territorios, en especial aquellos de mayor vulnerabilidad.

Durante los últimos años han surgido nuevos escenarios de la demanda, aumento de migraciones, consumo de sustancias psicoactivas, fenómeno de habitabilidad de/en calle, desempleo e informalidad; problemáticas sociales complejas, que interpelan la necesidad de pensar en otras formas de intervención o modificar las ya existentes.

Entre los escenarios con mayor vulnerabilidad social están las comunas 3,9,10, 13, 14, 16 y 20, estas en su proceso histórico demuestran la iniciativa de sus pobladores por impulsar el desarrollo social, aunque este es insuficiente, es evidente que entre la comunidad y las instituciones gubernamentales y no gubernamentales se han articulado proyectos de inversión.

Sin embargo, en muchas de estas zonas como lo es la comuna 20, se reconoce que sólo en los últimos años se ha observado inversión significativa en el sector luego de que los conflictos sociales y subversivos evidenciaron la grave situación de atraso social. 13

Estos actores comunitarios articulan sus proyectos con organismos gubernamentales y no gubernamentales como: Centros Educativos, Universidades, Centros y Puestos de Salud, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Fundación Carvajal, Fundación Sidoc, SENA, Alcaldía Municipal, a través de sus Secretarías Municipales de: Salud, Educación, Programas Especiales, Bienestar social, Policía Comunitaria, entre otros.

La ejecución de estos proyectos en su mayoría es de orden asistencialista, es decir, las comunidades están a la espera de que lleguen actores externos y den respuesta a una necesidad específica, por lo cual el proyecto finaliza y hasta allí llegan los procesos; lo que denota la necesidad de que la intervención se encamine a generar herramientas de carácter transformador para que sea la misma comunidad quien se movilice internamente en búsqueda de una solución (Montero, 2006).

En TB, las actividades comunitarias abarcan una amplia gama de acciones que contribuyen a la prevención, el diagnóstico, la adhesión al tratamiento y la atención de los pacientes, y repercuten positivamente en los resultados.

Las actividades también incluyen la movilización de la comunidad para promover la comunicación y participación eficaz de sus integrantes. Al respecto, durante un encuentro realizado con un agente comunitario, este expresó:

“Los pacientes todavía creen que la enfermedad los va a matar... y creen que, si se van y, no vuelven al puesto de salud, pues no mueren, entonces no acuden porque lo que te

digo, porque hace mucha falta información, nosotros nos quedamos cortos en la información sobre la tuberculosis” (Castro, comunicación personal, 4 febrero, 2020).

En este acercamiento, se comprobó que falta mucha información sobre la TB entre la comunidad. Incluso, afirma que hoy en día *“ha sido imposible desbaratar esos mitos”*. También declara la *“falta de unión”* entre la comunidad, lo cual puede ser indicador de la dificultad para consolidar procesos comunitarios.

Esto, conduce a priorizar intervenciones comunitarias basadas en desmitificar la enfermedad desde la construcción de conocimientos, con el fin de reducir sensaciones negativas asociadas al diagnóstico, evitando creencias erróneas que puedan influir en la forma de afrontar la enfermedad.

De igual manera, es importante reconocer las condiciones físicas, sociales, psicológicas, culturales y económicas en las que viven las personas, estas condiciones representan factores claves para el conocimiento, actitudes, creencias y acciones respecto a la salud y la vida.

En esta misma línea, la enfermedad conduce en un amplio porcentaje de casos a aumentar el sufrimiento humano y la carga socioeconómica. Reforzando lo anterior, se relaciona entrevista realizada a una persona con diagnóstico de tuberculosis farmacorresistente:

“La primera vez pues yo seguía trabajando, ahora fue que, como me dio ese derrame entonces pues yo ya no volví a trabajar, estuve 22 días hospitalizada, porque el sangrado no me lo podían parar, y eso eran tómenme exámenes, y eso pa donde no me mandaban, me llevaban de ahí del hospital en ambulancia a un poco de partes tomándome exámenes y, entonces ahí fue que ya deje el trabajo” (Torres, comunicación personal, 31 enero, 2020).

Lo expresado, evidencia el impacto de la enfermedad en todas las esferas de la vida de quien la padece, los pacientes con TB sufren privaciones físicas, sociales y económicas que

aumentan sus dificultades y, por ende, el riesgo de sufrir otras enfermedades que afectan su bienestar emocional, psíquico y social, llevándolos a experimentar sentimientos como miedo, desesperanza, frustración, impotencia, culpa, temor y vergüenza, entre otros. Algunos pacientes padecen trastornos mentales previos al diagnóstico de la tuberculosis, tales como depresión y ansiedad, y otros empiezan a desarrollar dichos trastornos especialmente en la fase intensiva del tratamiento anti-tb (MinSalud, OIM., 2017).

Así que, si direccionamos la intervención desde el campo de la salud comunitaria, se hablaría de abordar el síntoma, desde el entramado de lo social, el contexto donde se desarrolla y donde se posibilita al sujeto, esto significa que, se requiere un sustento para entender y desglosar el síntoma con que el paciente acude a la consulta, ya que en muchas oportunidades las meras combinaciones de síntomas ansiosos, depresivos, somáticos y las dificultades psicosociales tienden a presentarse conjuntamente en un mismo sujeto (Retolaza et al.,2011).

Esto significa que, en cierto sentido la atención involucra no solo las características individuales asociadas a la esfera del pensamiento, emoción, comportamiento e interacción, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales tales como la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad (Galende,1997). Por lo cual, en el campo de la intervención se requiere propiciar escenario multidisciplinarios destinados al abordaje integral.

Como alternativa de solución a la problemática identificada, se propone realizar intervenciones desde un sustento educativo, donde se involucre al paciente, su familia y su entorno, con el propósito de generar herramientas comunitarias en torno a la capacidad para responder a problemáticas particulares dentro del territorio como la tuberculosis; es decir, generar la capacidad de agenciarse.

Se propone, dar voz, reconocer los saberes propios de la comunidad para intervenir la realidad, despertar el pensamiento crítico y fomentar la apropiación de saberes desde la interacción, interiorización y apropiación del espacio para la transformación de sus realidades (Jaramillo et al., 2014). 16

Lo anterior se sustenta en lo planteado por Bourdieu (2006), el cual afirma: “Los agentes sociales se comprometen en la construcción de la realidad social, ella no debe ignorar las condiciones sociales de esas pre-construcciones y los agentes sociales que las producen” (p.90).

La estrategia de intervención psicosocial contenida en esta propuesta buscará realizar un acercamiento con los actores comunitarios y organizaciones sociales con el fin de generar alianzas y sensibilizarlos alrededor de la TB; también promover actividades que busquen la participación de los pacientes y ex pacientes en los procesos de adherencia y afrontamiento emocional de la enfermedad; y, sobre todo, brindar herramientas y conocimientos al personal de salud con el objetivo que puedan ofrecer un trato diferencial a la población habitante de/en calle, privada de la libertad, indígena, consumo de sustancias psicoactivas y con padecimiento mental, en miras a que la atención sea humanizada y se tengan claras las rutas y enlaces que permiten brindarles la atención adecuada.

Objetivos

En este apartado se expondrán los objetivos de la propuesta de intervención psicosocial orientada al agenciamiento comunitario para la prevención de la tuberculosis, en Santiago de Cali.

General

Plantear una propuesta orientada al agenciamiento comunitario en las acciones de promoción, prevención y tratamiento de la tuberculosis en Santiago de Cali.

Específicos

- Elaborar un diagnóstico situacional sobre las dinámicas comunitarias presentes en la gestión del programa de tuberculosis.
- Promover la participación e implicación comunitaria en el desarrollo de acciones preventivas.
- Construir una red de apoyo comunitario que brinde acompañamiento a las acciones de prevención, mitigación del riesgo y el tratamiento de la TB.

Marco teórico

El presente apartado brinda una recopilación de elementos claves para la intervención psicosocial, orientada a construir estrategias comunitarias en salud, en los lugares donde los sujetos se desarrollan, constituyen su cotidianidad, establecen vínculos y relaciones.

En el marco teórico, se presentan los principales conceptos que se han utilizado para explicar la intervención psicosocial, el agenciamiento comunitario y la gestión territorial como sustento de la intervención, desglosando enfoques y contrastes que han planteado los principales expertos en estos temas.

Intervención psicosocial

Para este apartado (Bourdieu, 1994; Galende, 1998; Montero, 1984; Carballeda, 2012) ofrecen herramientas teóricas que posibilitan entender la sociedad como el conjunto de elementos que la constituyen, encontrando en lo social la base de la interacción y constitución de los individuos, siendo este escenario el lugar donde los sujetos se estructuran, establecen relaciones y posiciones, por lo cual, el campo social se convierte en el elemento central para acceder a un conocimiento del individuo, aun cuando, a su vez, a través de los individuos se puede conocer el escenario en que actúan.

Galende (1998) afirma “No existe una subjetividad que pueda aislarse de la cultura y la vida social, ni tampoco existe una cultura que pueda aislarse de la subjetividad que la sostiene...la subjetividad es cultura singularizada” (p.48). Es decir, existe una concepción en integralidad donde cada pieza del engranaje social forma parte de un todo, los lazos sociales y las

redes en el campo de la intervención, colocando de manifiesto la relación bidireccional entre el individuo y la sociedad. 19

En este sentido, la intervención es motivada por dinámicas de lo común, lo que para un grupo o colectivo es considerado como necesidad o problemática, los conceptos principales que orientan esta intervención incluyen la interacción entre lo social, lo cultural y el contexto; abordar los anteriores en forma integral permiten reconocer nuevas demandas, trabajar desde las contradicciones y construir con otros y para otros desde un abordaje psicosocial.

Para Montero (1984) la intervención en el campo comunitario es:

“Desarrollar, fomentar, mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social, para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social” (p.390).

En esa medida, intervenir implica la concepción del sujeto, como un sujeto del conocimiento, con habilidades de generar discurso para la construcción permanente de su realidad. Al respecto Carballada (2012) sobre la intervención como dispositivo comunitario soporta: “La Intervención da cuenta de una importante capacidad para articular y generar diálogos entre diferentes instancias, lógicas y actores institucionales” (p.5). Desde este punto, se construye a partir de la interacción y relación que se establece entre el interventor y la población participante de la misma.

En ese marco, para el diseño, desarrollo e implementación de propuestas de intervención, se deberá trabajar con los sujetos como agente activo de cambio, con la capacidad de producir y orientar nuevas formas de actuación social.

La intervención tiene como horizonte direccionar al sujeto en comunidad, En palabras de Montero (2004):

La comunidad, Es la noción clave, la noción centro, el ámbito y motor fundamental, 20 actor y receptor de transformaciones, sujeto y objeto de esta disciplina llamada psicología comunitaria y, a la vez, antecedente, presencia constante en la vida social. Como muchas de las palabras clave en el campo de lo social, "comunidad" (p.95).

Esta postura nos orienta hacia al punto al que deseemos llegar, entender al sujeto en su plano individual, pero además parte de una comunidad que lo alienta y motiva, reafirmando la necesidad de intervenir en contexto, ya que es allí en donde la persona se reconoce parte de una sociedad y constituye una relación de simpatía y aceptación con los miembros que conforman ese sector comunitario en el cual se desenvuelve.

En palabras de Montero (2004):

La psicología social comunitaria, (...) tiene como centro el desarrollo de comunidades autogestoras para la solución de sus problemas; estudia para ello las relaciones de poder y de control sobre las circunstancias de vida, su efecto sobre procesos psicosociales y, en el ámbito latinoamericano -como también en ciertos centros de docencia, investigación y práctica en otros lugares del mundo, se orienta hacia la intervención crítica para la transformación social, facilitando y fortaleciendo los procesos psicosociales que posibilitan el desarrollo de comunidades autogestoras para la solución de sus problemas.

(p 35)

En este aspecto, la psicología comunitaria propuesta por Montero, se convierte en el área del conocimiento psicosocial que permite abordar al ser humano, su actuar, pensar y sentir, en un marco cultural e histórico, poniendo en énfasis la participación, acción y generación de nuevos modos de hacer y crear desde los intereses de un colectivo.

El agenciamiento, es la capacidad que tiene un individuo de consolidar acciones de cambios en sí mismo y en su entorno, movidos por intereses ya sean de orden individual o colectivos, para la resolución de situaciones que para un grupo son consideradas fenómeno de intervención (Sen, 2000).

Este, se convierte en un recurso para el fortalecimiento comunitario, en la medida que conduce a la identificación y construcción de realidades deseables, abordadas dentro de un territorio en consonancia con el sentido de lo intervenido, mediante una revelación del discurso y la acción; es decir, gracias a la acción, los individuos muestran su identidad, revelan quienes son, exponen sus anhelos, sus gustos e interés (Arendt, 2005).

Ahora bien, esta identidad es producto de una construcción social, desde la postura de Carballada (2012): “La identidad del sujeto se constituye en un espacio-tiempo, donde lo singular, se encuentra con lo colectivo, con lo histórico, con los otros” (p.105). Lo comunitario remite a lo social, como eje central de la interacción y construcción subjetiva, que permite construir intercambios y reciprocidades para establecer códigos, símbolos e imaginarios.

La teoría de las representaciones sociales puede ser un aporte significativo en este sentido, al ser entendida como la construcción social que un sujeto (que puede ser individual o colectivo) se hace de un objeto (que puede ser ideal o material). Es construida a partir de informaciones, creencias, opiniones, datos, actitudes, discursos y prácticas.

De acuerdo con Abric (2001) la representación social es un fenómeno colectivo, es decir, que es ampliamente compartido por un grupo de individuos que tienen rasgos en común. Además, es eficaz en la medida que se torna en un marco para la acción, sin que se trate de

meros reflejos que se transfieren a la conciencia, sino que, por el contrario, los propios individuos pueden transformarla.

De igual manera, cabe resaltar que las representaciones cobran sentido a partir del contexto en el cual son producidas. Por una parte, alude a un contexto discursivo, el cual hace referencia a los elementos ideológicos, a las ideas, intereses y opiniones sobre las cuales se produce una determinada representación. Por otro lado, tiene que ver con el contexto social, es decir, con los lugares en los que individuos ocupan diferentes posiciones, atendiendo a condiciones económicas, culturales, demográficas, étnicas, políticas, entre otras.

Desde la visión de contexto social, Carballeda (2012) afirma:

Para una intervención que se orienta a una visión de lo social desde la perspectiva comunitaria, el acceso a la singularidad implica una mirada hacia los lazos sociales como elementos fundantes de esta (p.107)

Así las cosas, los lazos sociales y sociabilidad propuestos por Carballeda en el marco de la intervención social, toma como eje de interacción “*lo solidario*”, toda vez que para que una red social sea efectiva, no sólo es necesario que exista desde un punto de vista estructural, sino también que las personas que formen parte de la red, tengan la habilidad, conocimiento y motivación suficiente para proveer soporte, y que las personas que requieran el apoyo estén dispuestas a recibirlo.

Tönnies (1979) afirma: “comunidad es la vida en común, genuina y perdurable (“duradera y auténtica”); sociedad es sólo una vida en común transitoria y superficial” (p.29). Es decir, lo comunitario se direcciona al vínculo de lo “común”, lo compartido y el punto de encuentro con otro, que genera identidad.

23
Siguiendo esta línea, Desviat (2016) afirma: “hablamos de comunidad cuando hay un destino común, cuando un grupo de personas participa en un bien o en una necesidad” (p.25).

Desde esta postura, de lo común, para el accionar y la respuesta a un bien o necesidad, se podría argumentar que:

“Todo agenciamiento es en primer lugar territorial. La primera regla concreta de los agenciamientos es descubrir la territorialidad que engloban, pues siempre hay una. El territorio crea el agenciamiento. El territorio excede a la vez el organismo y el medio, y la relación entre ambos; por eso el agenciamiento va más allá también del simple, comportamiento” (Camargo & Castañeda, citando a Deleuze & Guattari, 2020, p.24)

Gestión Territorial

Según como Tobar (2010) la gestión territorial en el campo de la salud corresponde a un modelo de abordaje social que genera distintas acciones en distintos frentes en una determinada localidad (Tobar, 2010), con el fin de empoderar y transferir conocimientos y herramientas para sacar a una población de la vulnerabilidad y el letargo, para ofrecer bienestar y que, a futuro, ésta sea autónoma. En este sentido, la gestión territorial es conceptualizada como un modelo de intervención que considera enfoques del ordenamiento espacial y ambiental que se propone horizontal, a diferencia del tradicional enfoque de programas verticales.

Uno de los autores que ha abordado este tema es Santos (1996), quien plantea que el funcionamiento del territorio se expresa en horizontalidades y verticalidades, es decir:

Las primeras, referidas a los dominios de continuidad de los lugares vecinos reunidos por una continuidad territorial; las segundas, referidas a las relaciones entre lugares distantes que se ligan por las formas los procesos sociales a través de redes. El territorio hoy puede

formarse de lugares contiguos y lugares en red, y su acontecer puede ser homólogo, complementario y jerárquico (Santos, 1996, como se cito en Montañez, 2001, p. 128).

Países como Chile, Alemania, Argentina y Brasil, han incorporado el enfoque de gestión territorial para llevar a cabo sus programas de mejoramiento de la gestión. En la definición de políticas:

Se espera que los servicios públicos operen con procesos integrados territorialmente que promuevan e incorporen las necesidades regionales y sus soluciones en la entrega de sus productos. En palabras simples Gestión Territorial significa poner en sintonía las demandas de los habitantes de determinados territorios con una oferta pública diversa y articulada de productos, bienes y servicios (Agencia de Cooperación Internacional de Chile, s.f. párr. 4).

Sin embargo, es Brasil el país más avanzado el respecto, tanto en el campo conceptual como en sus aplicaciones prácticas, pues centra su enfoque en el mapeo de la inclusión dentro de las grandes ciudades, incorporando la perspectiva de que una ciudad son múltiples ciudades, lo cual puede adecuarse bastante bien a las realidades encontradas en la ciudad de Santiago de Cali.

Por lo anterior, se tendrá en cuenta que “hacer gestión territorial implica una forma de gestión social que no sea fragmentada, con el fin de satisfacer todas las necesidades humanas de la población de ese territorio” (Tobar, 2015, p. 21).

Tobar (2015) propone un modelo de gestión territorial en salud que debe satisfacer 4 condiciones básicas: “Primero, promover un abordaje poblacional; segundo, privilegiar un abordaje horizontal y descentralizado; tercero, avanzar hacia un abordaje integral; y cuarto, promover la regulación de la oferta” (p.19).

El abordaje poblacional según Tobar (2010), es necesario porque debe centrarse en el ²⁵ paciente y no en el combate de afecciones o enfermedades; el abordaje horizontal y descentralizado, pues recupera el abordaje territorial para fortalecer los servicios locales estables con el fin de asumir cuidados continuos y programados; “el abordaje integral es necesario porque desafía a trabajar tanto desde la promoción y prevención, como desde la incorporación en el equipo de salud, para definir los responsables primarios por los resultados de salud de la población residente ” (Tobar, 2010, p. 24); y finalmente, la promoción de la regulación de oferta es necesaria en tanto que requiere que las autoridades sanitarias operen con un mapa sanitario que autorice la oferta de servicios en función de las necesidades de la población y de la evaluación de su desempeño sanitario.

Construir gestión territorial en salud según Tobar (2010), requiere coordinar estrategias de territorio vertical (funcionamiento en redes e integración a redes temáticas) con acciones horizontales. En dicho contexto, si bien es un avance que un municipio se constituya como saludable, sin embargo, resulta insuficiente, pues para lograr dicho objetivo, es necesario que inicialmente, el espacio local sea concebido como la unidad territorial y el conjunto poblacional de referencia, para que sea posible el diseño de acciones de promoción y prevención en salud.

En complemento a lo anterior, según Tobar, & Anigstein, (2008) para la gestión territorial en salud se requieren tres condiciones esenciales:

- a) Posicionar a la promoción de salud en un lugar destacado dentro de la agenda de desarrollo local. Lo más importante que deben hacer los municipios en salud es promoción. La asistencia médica debe ser una función secundaria. La iniciativa de municipios saludables debe operar sobre los determinantes y condicionantes de la salud.

Por lo tanto, es necesario que despliegue acciones desde los servicios de salud. Pero en ²⁶ los casos que lo haga, estas deben apuntar a la transformación del modelo de atención.

- b) Establecer alianzas y pactos que promuevan un cambio viable y sostenible hacia condiciones de vida saludables. Aunque el fin es la salud, el camino es la política. La iniciativa no se restringe a la salud, ni mucho menos a sus aspectos más estrictamente técnicos. Insta una lógica de transformación que además de sanitaria y ambiental es social, política e incluso productiva. Para ello, el primer requisito es concretar la voluntad política de los tomadores de decisión y abrir espacios y dinámicas que permitan construir la viabilidad de la iniciativa sumando adhesiones. Los municipios saludables crecen sumando actores y voluntades en un pacto por la salud. Instauran así una lógica de un compromiso creciente por conquistar respuestas en salud a la población. Se trata de un pacto social que se hace sostenible en la medida que su transgresión pueda ocasionar costos políticos para los actores involucrados.
- c) Incorporar lógicas de acción participativas, pues la identidad de los municipios saludables tiene más que ver con cómo se hacen las cosas que con qué cosas se hacen, y en ese cómo, se destacan: el eje en la conducción local y su afinidad con el despliegue de la gestión territorial, la incorporación, la participación ciudadana en salud y un necesario avance hacia un enfoque multisectorial (Tobar, 2010).

Tobar (2010) plantea que es perentorio complementar tales acciones con otras de tipo horizontal, como el asumir la responsabilidad por satisfacer las necesidades de la población que habita un espacio determinado. Los municipios deben constituirse en responsables primarios por las protecciones de salud. Cuando los tienen, a partir de centros de atención primaria, cuando no,

a través de médicos de familia, pero en ambos casos, se debe asumir un rol activo con la población que tienen a su cargo.

En consecuencia, los servicios de Atención Primaria de la Salud (APS) no deben ser salas de primeros auxilios sino servicios con atención programada; deben desplegar acciones orientadas a buscar a la población para desplegar acciones y controles preventivos, y gestionar la derivación a los servicios provinciales cada vez que haga falta. El autor plantea que resulta más provechoso que los municipios se centren en acciones colectivas que en brindar prestaciones médicas de complejidad creciente.

De manera complementaria, Santos (2010) enfatiza que un modelo de gestión territorial de salud tiene también requisitos de funcionamiento en red, es decir, que tal modelo “requiere de la coordinación de servicios para articular las derivaciones hacia una complejidad mayor (referencia) y de retorno al servicio primario con responsabilidad nominada (contrarreferencia)” (Tobar, 2010, p. 26). Para ello, propone realizar un mapeo de los flujos de pacientes, con el fin de avanzar hacia la construcción de mapas que organicen la oferta y sirvan para priorizar la incorporación y habilitación de la oferta.

Desde este punto de vista: “el territorio debe funcionar como el gran organizador. Un punto de apoyo para planificar el funcionamiento del sistema de salud. No es sólo sobre la base del espacio sino del espacio vivido. Del espacio y su gente.” (Santos, citado en Tobar, 2010, p. 26).

Este modelo de intervención (gestión territorial), se puede enmarcar en la llamada *Nueva Salud Pública*, un enfoque que se orientaba a desarrollar los postulados de la promoción de la salud con estrategias novedosas, producto de las diferentes conferencias internacionales en esta área, la cual tiene como eje de acción, los determinantes sociales y las intervenciones estatales y

de la sociedad civil; el desarrollo y la participación comunitaria, superando así, el enfoque médico biológico y preventivista de la enfermedad y defendiendo el derecho a la vida.

Este enfoque integra cambios ambientales, medidas preventivas personales e intervenciones terapéuticas adecuadas, además de significar el renacer de las actividades de promoción de la salud; se interesa por la pobreza y los más vulnerables y por la reorientación de los servicios, pasando de la asistencia hospitalaria a la Atención Primaria en Salud con el fortalecimiento de la acción política (Universidad de Antioquia, AIS Suroeste, 2017).

Cabe mencionar que este enfoque presenta ajustes sistémicos, basa la APS en la evidencia, propende por reajustar los servicios de salud, reorientándolos hacia la promoción y la prevención, integrando los servicios individuales y colectivos, contando con un marco institucional fuerte, orientado a la calidad y a la justicia social, responsabilidad y rendición de cuentas, sostenibilidad y respuesta de las necesidades de salud de la población, asignación de funciones y responsabilidades por niveles de atención, niveles territoriales y niveles gubernamentales (Universidad de Antioquia, AIS Suroeste, 2017).

En este sentido, la intervención en TB se basa en el modelo de promoción de la salud de Nola Pender (como se citó en Aristizábal et al., 2011) el cual enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr, el modelo expone cómo las características y experiencias individuales, así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud.

Lo propuesto por el modelo de promoción de la salud, se soporta en lo planteado por Duschatzky (2005) quien hace referencia a la educación como una herramienta para interpelar, cuestionarse y construir expectativas, teniendo presente el contexto y las redes sociales que se

logran tejer en cada uno de estos, los sentidos con que se dote a la educación serán diferentes²⁹ según los contextos de que se trate, según las oportunidades sociales y culturales que rodee a cada grupo social. La valoración social de lo educativo es entonces una construcción parcial y situacional.

Brofman & Gleizer (1994) siguiendo esta línea argumental afirman:

El involucramiento de la comunidad en actividades de salud tiene su objetivo último no sólo en la solución del problema de salud específico, sino en el desarrollo de la comunidad como un todo, con énfasis en la autosuficiencia y asumiendo las respuestas a las necesidades tal como las articula la misma comunidad” (p.112).

Desde esta postura, las estrategias de salud comunitaria se basan en la prevención, intervención y promoción, reconociendo el compromiso ético y político de involucrar la comunidad como actor clave en la resolución de sus propias problemáticas, creando alternativas que fortalezcan el diálogo y la deliberación sobre aquellos asuntos que se tienen en común (Montero, 2006).

En esta misma línea, el planeamiento de Freire se relaciona con los postulados mencionados, ya que la participación de la comunidad en la intervención psicosocial es un proceso pedagógico, toda vez que genera las herramientas para crear desde los saberes propios del territorio. En palabras de Freire (2005), la pedagogía del oprimido “debe ser elaborada con él y no para él, en tanto hombres o pueblos en la lucha permanente por la recuperación de su humanidad” (p.26)

Teniendo en cuenta lo mencionado en la revisión teórica, la intervención psicosocial se motiva por todo el sistema que rodea al paciente, es decir su territorio, las dinámicas existentes de interacción social entre el paciente y su contexto. A partir de estas relaciones no sólo se pueden obtener

importantes recursos, información y ayuda, sino también se deriva un sentimiento de pertenencia³⁰ y de integración a la dinámica social del paciente para contribuir a su bienestar individual y colectivo.

Principios que orientan la propuesta de gestión territorial para TB

La propuesta para el área de gestión territorial acoge los principios del plan estratégico TB Post 2015, a saber:

- ***Protección de los derechos humanos*** en tanto que debe velar por garantizar a las personas afectadas por TB y sus familias, una vida digna (Minsalud; OPS; OMS, 2016,p.55);
- ***La salud como un derecho***, pues debe contribuir a que las personas afectadas por TB y sus familias, tengan acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y tratamiento paliativo para todas las personas (Minsalud; OPS; OMS, 2016, p.55);
- ***Equidad***, pues debe propender por ofrecer a cada persona que requiera, el apoyo correspondiente según sus necesidades, sin distingo de etnia, género, religión, factores económicos, sociales o culturales (Minsalud; OPS; OMS, 2016, p. 56);
- ***Enfoque diferencial***, pues reconoce que las intervenciones a realizar desde el área de gestión territorial se deben ejecutar teniendo en cuenta las particularidades y necesidades de las personas afectadas por TB y sus familias, que a su vez se encuentran atravesadas por factores individuales, sociales, económicos, políticos, religiosos y culturales, por lo cual, el tratamiento debe ser particularizado (Minsalud; OPS; OMS, 2016, p. 56);
- ***Participación social***, pues reconoce la necesidad de fortalecer la participación de los distintos actores involucrados, dependiendo de su conocimiento y nivel de gobernabilidad en el proceso de la toma de decisiones que permitan contribuir a un mejoramiento de la

calidad de vida de las personas afectadas por TB, y sus familias (Minsalud; OPS; OMS,³¹ 2016, p. 56);

- ***Rectoría y corresponsabilidad***, pues la propuesta de gestión territorial reconoce la necesidad de intervenir desde un marco de gobernanza, en el cual, cada uno de los actores involucrados debe contribuir al logro de un ambiente sano, a fortalecer y multiplicar prácticas de autocuidado, de cuidado de la salud de las familias y de la comunidad en general, utilizando de manera racional los recursos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud proporciona para tal fin (Minsalud; OPS; OMS, 2016 p. 56).

La presente propuesta se articula con el plan estratégico TB Post 2015 (Minsalud; OPS; OMS; 2016), en su línea estratégica 1, relacionada con la prevención y atención integral centrada en las personas afectadas por tuberculosis, y que identifica como una de sus necesidades caracterizar a las poblaciones más afectadas en una escala territorial, con el objetivo de conocer quiénes son, dónde viven y cuáles son los determinantes de sus condiciones de salud, con el fin de brindar una atención diferencial y focalizada (Minsalud; OPS; OMS; 2016).

En este sentido el área de gestión territorial debe contribuir a adecuar las atenciones en salud a las distintas poblaciones, como estrategia de la PAIS y el MIAS hoy MAITE (Modelo de Acción Integral Territorial), enfatizando en la implementación de rutas integrales de atención en salud basadas en un enfoque diferencial y específico a poblaciones con mayor vulnerabilidad y condiciones particulares (MinSalud, 2019).

De igual manera, se articula con la línea estratégica 2 “compromiso político, protección social y sistemas de apoyo”, en tanto que, si bien hay avances al respecto, para el cumplimiento de esta línea, se requiere que desde el área de gestión territorial se contribuya a que tanto los

pacientes, personas tratadas, como sus familias y la comunidad, identifiquen el rol que³² pueden cumplir en la “gestión, la administración y las acciones del programa y sobre los mecanismos para incentivar y organizar esta participación” (Minsalud; OPS; OMS; 2016, p 46) debido a su relevancia para garantizar los derechos del paciente y su familia, así como para identificar de barreras de acceso a los servicios, condiciones de riesgo y factores de vulnerabilidad (Minsalud; OPS; OMS;2016).

De igual manera, en esta línea estratégica se requiere tanto informar y educar a los actores involucrados, como fortalecer la gestión del trabajo colaborativo intersectorial.

Adicional a ello, es necesario, para lograr optimizar las acciones de protección social para personas afectadas por tuberculosis y sus familias, tener un diagnóstico que se aproxime a la cotidianidad de la población atendida, con el fin de ser más efectivos en la intervención, considerando variables como pobreza, capacidad de pago, afiliación al sistema de salud, tipo de régimen al que se encuentre afiliada, gastos catastróficos, tipo de ocupación, rol en el hogar, (Minsalud; OPS; OMS;, 2016) y situación de la familia antes de la enfermedad.

Otros dos factores muy relevantes, y en los cuales enfatiza el plan estratégico TB Post 2015, al analizar las brechas, tienen que ver con: la definición de protocolos que permitan identificar qué población requiere intervenciones de protección social y que permitan identificar las competencias de sectores distintos a salud, en el apoyo a las intervenciones orientadas a modificar los determinantes de la enfermedad (Minsalud; OPS; OMS, 2016).

Propuesta de intervención

La Tuberculosis, se considera una enfermedad social por el número enorme de personas afectadas (Molero, 1989), las causas que la originan tienen su raíz profunda en hechos y motivos sociales; entre ellas se pueden mencionar las condiciones asociadas a la pobreza, la inequidad, injusticia social, estigma, exclusión y discriminación social, argumentando la necesidad de centrar la atención en estas poblaciones. De esta manera, desde la intervención se busca establecer el rol que el entorno comunitario ocupa en la dinámica de detección oportuna y acompañamiento de personas afectadas por la enfermedad.

Desde esta postura, la presente propuesta de intervención, se concibe como una herramienta clave para abordar al sujeto en el marco de un contexto de políticas neoliberales; políticas que buscan responder a demandas generadas a partir de fenómenos que son representados como problemáticos para un individuo, un grupo social o una comunidad, elementos que dan base para el desarrollo e implementación de políticas y programas centrados en las capacidades, competencias y habilidades en lo humano y social del ser.

Al respecto del desarrollo e implementación de estas políticas y programas, Brofman & Gleizer(1994) afirman: “La participación comunitaria es una opción que garantiza mayor efectividad ya que el éxito de los programas depende de que la comunidad los sienta como algo propio, responsabilizándose por el problema y participando en su solución” (p.112).

En este marco que se toma la intervención psicosocial como un campo de apoyo con el propósito de hacer eficiente la implementación de políticas y programas sociales, traducidas en acciones efectivas para superar situaciones de índole social.

Paniagua y Gonzalez (2005), afirman que la intervención psicosocial es entendida como: 34

El conjunto de acciones encaminadas a mitigar y/o desaparecer los riesgos y procesos sociales problemáticos para un individuo y su grupo social, ya sea esté la familia, la comunidad, el grupo de trabajo, entre otros; a través de actividades de tipo preventivo y terapéutico que buscan mejorar la calidad de vida y el bienestar tanto individual como colectivo (p.2).

En este sentido, la intervención se encamina a resolver debilidades y demandas instauradas en sociedad, de temas que para un colectivo son concebidos como fenómeno sujeto de intervención como lo es la TB considerada como problema de salud pública, comprendida e incluida en la agenda gubernamental con el propósito de obtener de dichos entes la financiación de proyectos de inversión.

Para la elaboración de actividades se realizó previamente un diagnóstico, a través del cual se logró identificar:

Algunos actores realizan acciones puntuales desarticuladas relacionadas con TB, lo que genera que la participación de los miembros de las comunidades donde se tienen pacientes con TB es insuficiente para contribuir al control de la enfermedad, dentro de las principales causas generadoras de esta situación, se identifican:

1. No hay unificación de criterios para el abordaje comunitario en TB entre los actores del sistema, dado que persiste la mirada biológica en salud, la formación desde la academia está alejada de las realidades locales, los tipos de vinculación restringen la posibilidad de actualización permanente, no existen políticas institucionales de formación del recurso humano y esto lleva a la falta de actualización del personal. Los asuntos comunitarios están asignados a otras áreas de la

organización sin puentes entre ellas generando múltiples fuentes de trabajo donde se privilegia³⁵ la atención centrada en la enfermedad dado la ausencia de directrices de la autoridad sanitaria.

2. Diversos actores del sistema trabajan sobre los mismos actores comunitarios porque priman los intereses particulares sobre los colectivos con canales de comunicación entre los actores insuficientes e inadecuados.

3. No hay continuidad de acciones con actores comunitarios porque se rige por políticas de gobierno y no por políticas públicas lo que determina el tipo de vinculación de los involucrados institucionales, además, la dinámica de movilidad de la población hace que las dinámicas sociales de riesgo impidan permanencia de actores institucionales.

4. Los actores comunitarios desconocen las implicaciones de la problemática de TB dado que la información y capacitación son insuficientes, además los pacientes y expacientes no son incorporados en las agendas comunitarias.

Esta situación trae como consecuencias una mortalidad elevada por TB, altas tasas de resistencia y abandono, resultados restringidos en el control de la TB, mantener la cadena de transmisión con una elevada incidencia de la enfermedad y un aumento del gasto en salud; por tal razón se hace necesario generar una herramienta estrategias que permita realizar acciones de intervención directamente con la comunidad e involucrarla en el control de la TB con el fin de contribuir a cortar la cadena de transmisión de la TB directamente desde el trabajo comunitario.

Teniendo en cuenta lo anterior, donde se hace evidente la fragmentación de acciones participativas, se propone la construcción de un dispositivo de atención psicosocial en tuberculosis titulado “Generando voces”, el cual busca centrar esfuerzos en otorgar voz a algunos de los actores (pacientes, familiares, comunidad) a fin de reconocer los factores asociados a su enfermedad, su

dinámica familiar, entramado social, para así poder brindar una apuesta de intervención, a través³⁶ de la cual se visualice al paciente en todo su contexto, presentando una intervención ajustada a las necesidades propias del territorio.

“Generando voces”

Generando voces, es una apuesta por la construcción de espacio de diálogo, encuentros de saberes y prácticas, en los que se busca dar voz a la comunidad, para la presentación de problemáticas asociadas al proceso salud-enfermedad que pueden estar generando algún tipo de malestar, a partir del diálogo se busca posibilitar intervención como espacio terapéutico que dé respuesta a las necesidades de la población tanto de tipo emocional, como social.

Para el desarrollo de los espacios de encuentro se proponen los siguientes pasos:

Reconocimiento de actores y acercamiento territorial: Esta estrategia está dirigida a conocer y reconocer todos los actores que están involucrados (o pueden estarlo) de manera directa e indirecta con el control de la TB; esto implica caminar, interactuar, dialogar, hacer presencia y compartir con la comunidad y las organizaciones de interés. Se propone ubicar a actores y pacientes en un mapa (puede ser por comunas), con el fin de zonificar y priorizar acciones territoriales con miras a generar rutas de atención rápida y efectiva. Posteriormente y de forma paulatina, establecer alianzas con aquellos actores que se consideren agentes clave para el control de la TB en el territorio. Los actores a considerar pueden ser públicos o privados, legales o ilegales, formales o informales, y operar desde distintos frentes: empresas, iglesias, fundaciones, grupos organizados o asociaciones comunitarias (ej. jóvenes, mujeres, adultos mayores, sindicatos), organizaciones políticas (Juntas de Acción Local-JAL, Juntas de Acción Comunal-JAC, cabildos indígenas), asociaciones de usuarios, actores armados, expendedores de sustancias psicoactivas, trabajadores sexuales, propietarios de negocios, recicladores, entre

Caracterización de la población beneficiaria: Esta estrategia busca caracterizar los pacientes del programa de TB, para ello se hace necesario trascender los datos y formatos oficiales, con el fin de abordar la esfera socioeconómica del paciente y así direccionar las acciones de intervención que permitan un manejo adecuado en la administración del tratamiento. En ese sentido, se debe indagar por aspectos como: factores de riesgo social y psicosocial (habitante de calle, consumidor de SPA (sustancias psicoactivas), trabajador sexual, miembro de pandillas, casa por cárcel, trabajador informal, desplazado, víctima de la violencia, población étnica afro o indígena, entre otras); red familiar y pertenencia a grupos u organizaciones (posible red de apoyo). En esta caracterización es clave indagar por las prácticas y conocimientos que tienen los pacientes alrededor de su salud: de qué manera conciben la salud y el bienestar, cómo cuidan de su salud en el día a día, qué significa para ellos estar sano y saludable.

En soporte al desarrollo de esta se propone hacer uso de la aplicación del instrumento psicosocial para la identificación de factores de riesgo de no adherencia al tratamiento antituberculoso, el cual permite realizar una identificación de variables como: factores personales o relacionados con el paciente, factores familiares, factores socioeconómicos, aspectos relacionados con el tratamiento, aspectos relacionados con los servicios de salud y el personal de salud.

Comprender estas dimensiones alrededor de los significados de la salud, permitirá direccionar intervenciones aterrizadas y centradas en el paciente, a través de lo que ellos consideran como salud y bienestar.

los territorios: Esta estrategia está dirigida al empoderamiento y fortalecimiento de los actores y lazos comunitarios, a través de la generación de comunidades preocupadas por su salud. En esa medida, se deben realizar actividades que permitan identificar voluntarios y organizaciones de la comunidad con los cuales se pueda conformar un grupo de base comunitaria que apoye las distintas acciones de control de la TB en los barrios. Aquí se propone adaptar los lineamientos de la estrategia ENGAGE-TB de la OMS con el propósito de integrar las actividades comunitarias de lucha contra la tuberculosis.

El desconocimiento es uno de los factores que impide un mejor control de la TB en los territorios, por lo tanto, es indispensable generar espacios en los que se haga divulgación de la enfermedad, su tratamiento y de las formas de prevenirla en distintos lugares y a públicos diversos. Estos espacios no pueden quedar limitados a las instituciones de salud, ni a las jornadas de salud extramurales.

Se propone la construcción de canales de difusión, buscando que se logre entregar un mensaje claro y efectivo. Las instituciones educativas, los lugares de aglomeración de personas (parques, iglesias, coliseos, plazas, mercados), las empresas y los lugares de congregación de habitantes de/en calle (Samaritanos, Ser Gente) pueden ser espacios donde se distribuya información y se eduque a las personas sobre TB. De igual modo, se propone pensar en el papel que desempeñan actualmente las redes sociales digitales como forma de difusión de mensajes claves para todo tipo de población, que permitan la identificación temprana y el reconocimiento de la enfermedad. El objetivo de generar estos canales de comunicación es la sensibilización de la comunidad y de actores sociales clave, de modo que tengan la información adecuada sobre la TB, se desmitifiquen creencias y se difundan

prácticas para la prevención de la enfermedad.

39

La generación de información y transmisión de conocimientos en TB, desde la función social del mismo, promoviendo la sensibilización y movilización social hacia la reorientación de comportamientos, que posibiliten la interacción e involucramiento consciente de la población en el proceso salud-enfermedad (Parra, 1996).

Partiendo de lo anterior, se propone la formación de actores interesados en el tema de tuberculosis, mediante la conformación de diferentes grupos de saberes en los que se realizarán encuentros conformados por 15 actores comunitarios aproximadamente y dos profesionales. Se harán las invitaciones a los participantes y se les presentará el cronograma de sesiones. Se deberá gestionar los aspectos logísticos en cada uno los lugares en donde se van a llevar a cabo los encuentros. Estos aspectos son los siguientes:

- Espacio o lugar en el que se desarrollarán: Se debe contar con un espacio amplio, privado, iluminado, con buena ventilación, servicios higiénicos accesibles, (que no haya tránsito de personas y/o ruidos que interrumpan la sesión). También debe tener fácil acceso a vías de transporte público y estar de preferencia en el primer piso.
- Materiales y herramientas tecnológicas: es importante contar con lapiceros, hojas, crayolas, marcadores de colores, lápices, borradores, cámara fotográfica, fichas de preguntas y casos, video beam, portátil, parlantes, listados de asistencia técnica y formatos de evaluación.
- Frecuencia: se realizarán cada 15 días.
- Duración: cada encuentro tendrá una duración de aproximadamente 1 hora y 30 minutos, según la dinámica del grupo, de igual manera estará acompañado por un cierre

y reflexión final acerca de la experiencia compartida y como hacer practico dentro⁴⁰ de sus territorios lo aprendido.

Ejecución de cada uno de los encuentros: a continuación, se describirá el desarrollo:

Encuentro 1			
Objetivo	Tema	Proceso	Materiales
Propiciar un ambiente de confianza para la expresión de pensamientos y sentimientos acerca de sus vivencias personales relacionadas con la TB	Presentación y establecimiento de acuerdos	Presentación de los participantes: “Telaraña” Presentación del taller “conociendo la TB” Acuerdos de Valor: “CÓmodo e incÓmodo” por parejas Explicar a los participantes el motivo de la reunión (objetivo, alcance, retos y la invitación a hacer parte de un proceso que se inicia a partir de hoy)	Lana Agenda del taller Hojas Lápices
Conocer los conocimientos de los participantes	Construcción de saberes	A medida que ingresan al salón los participantes se entrega a cada uno una hoja con el pretest para ser diligenciado sin ninguna instrucción previa. En aras de conocer el nivel de cada uno de los participantes, se pide a cada persona que coloque en una parte de la página una figura o nombre que, al aplicar el pos-test, al final de la permita conocer comparar el nivel de avance de la misma persona.	Test impresos y lapiceros o lápices
Evaluar y afianzar a los participantes en los conceptos básicos de la TB	Verdades de la TB	Se conforman grupos, numerando a los asistentes del 1 al 5. Se entrega a los asistentes papel para papelógrafo y marcadores para que representen	Papel para papelógrafo, marcadores

		apoyados del dibujo: 1) qué es la tuberculosis y cómo se transmite; 2) cómo se diagnostica y en qué consiste el tratamiento; 3) cómo somos parte de la solución captación sintomáticos respiratorios; 4) formas de TB y tipos de tuberculosis	
Encuentro II			
Brindar conocimientos a los participantes en los ejes básicos para abordar la TB	Captación de sintomáticos respiratorios	Dinámica Murales: Se conforman tres grupos. Cada grupo debe discutir sobre las causas y consecuencias que existen en la comunidad para lograr la captación de sintomáticos respiratorios, la detección de las personas afectadas por TB y las barreras para lograr la adherencia al TAES con éxito. Temas para desarrollar: Grupo No. 1) La captación de sintomáticos respiratorios; Grupo No. 2) La detección de la tuberculosis en todas sus formas; Grupo No. 3) El tratamiento acertado estrictamente supervisado TAES para lograr la adherencia. Posterior a la discusión se explora con los-as participantes las posibles soluciones a fin de lograr un plan de acción comunitario que contenga: ¿Qué hacer?; ¿Cómo hacer la intervención?; ¿Cuándo hacerla?; ¿Con qué hacerlo? Posterior a cada grupo se hace la	

		presentación de su respectivo mural.	
Organizar grupos de trabajo	Grupos de trabajo	<p>Dinámica: buscando mi rebaño</p> <p>Se pide a un participante que represente mediante mímica a un animal y a los demás se les pregunta a quiénes les gusta el mismo animal. Esto para conformar grupos por afinidad.</p> <p>Luego a quienes se hayan identificado con el mismo animal se le entrega una figura de fruta para conformar el grupo de las frutas.</p> <p>Una vez divididos por grupos se hace entrega de ficha asociadas a cada una de las frutas donde se relaciona casos propios en comunidad asociados a la presencia de la enfermedad, estos casos son divididos por grupos poblacionales: Caso 1: Desnutrición y TB, Caso 2: Niños y TB, Caso 3: Habitantes de calle y TB, Caso 4. Adulto mayor y TB, Caso 5: Indígena y TB, Caso 6: Población clave LGTBI y TB.</p> <p>Posterior a la revisión de casos se empieza a indicar como sería la ruta para la captación de sintomáticos a nivel comunitario respiratorios según enfoque y grupo población.</p>	<p>30 figuras de frutas:</p> <p>5 bananos</p> <p>5 uvas</p> <p>5 fresas</p> <p>5 papayas</p> <p>5 naranjas</p> <p>5 aguacates</p>
Sensibilizar acerca de la presencia de la enfermedad en sus territorios.			

Contextualizar la realidad de la tuberculosis a nivel de ciudad y de comuna	Situación epidemiológica de la TB en Cali y en la comuna de influencia de los participantes	Se hace presentación en Power point de la situación epidemiológica de la TB en la ciudad de Cali y en la comuna donde habitan los participantes.	Computador, vídeo beam
Encuentro III			
Socializar y sensibilizar en la implicación del estigma hacia la TB y los comportamientos de discriminación que ello desencadena hacia las personas afectadas por TB.	Estigma y discriminación en TB	Hacer presentación en power point de estigma y discriminación en tb	Computador, vídeo beam.
Propiciar espacio de sensibilización de la implicación de la tuberculosis biológica, psicológica y socialmente	Dinámica de sensibilización del impacto biopsicosocial de la TB	Se divide a los-as participantes en grupos. Se entrega papel para papelógrafo, marcador, revistas, tijeras, pegante, para que presenten por grupo lo que ellos-as piensan que pueden ser las afectaciones a nivel biológica, psicológica y social de una persona afectada por tuberculosis. Al final exponen y el/la facilitadora hace las descripciones de cada esfera para recrear la realidad de la TB	Papel para papelógrafo, cinta de enmascarar, marcadores, revistas, tijeras, ega
Encuentro IV			
Fortalecer las habilidades en la elaboración del mapa comunal	Mapa comunal	Trabajo de grupos: mapeo comunal Se organiza a los participantes en grupos y se asigna una zona (manzana, cuadra o calle) de la	Cartulina u hojas de papel bond, lápiz, colores, marcadores, tijeras, goma, regla.

		<p>comunidad a la cual pertenecen para que en equipo hagan el trabajo de campo y elaboren su mapeo comunal teniendo en cuenta los siguientes pasos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de croquis comunitario • Identificación de las familias de riesgo TB si hay • Identificación de instituciones importantes • Sectorización <p>Al llegar nuevamente después de realizado el trabajo de campo, cada grupo debe dibujar en un pliego de papel el mapa de la zona, georreferenciando. Casas, negocios, número de personas (hombre, mujeres, familias y niños) y paciente de TB si hay en la zona visitada.</p>	
Fortalecer las habilidades en la elaboración del mapa comunal	Mapa comunal	<p>Dinámica: museo de arte Se pegan los mapas elaborados por los participantes a manera de galería de arte para que todos los puedan apreciar, uno de los participantes hará la presentación de su respectivo trabajo.</p>	Cinta de enmascarar
Encuentro V			
Conocer conocimientos que los participantes sobre tres ejes básicos para abordar la TB	<p>La captación de sintomáticos respiratorios.</p> <p>La detección de la</p>	<p>Dinámica: murales</p> <p>Luego de conformar tres grupos, cada uno deberá discutir sobre las causas y consecuencias que existen en la comunidad para lograr</p>	Pliegos de papel, marcadores y cinta de enmascarar.

<p>Elaborar el plan de acción comunitario</p>	<p>tuberculosis en todas sus formas.</p> <p>El tratamiento directamente observado (TDO).</p>	<p>la captación de sintomáticos respiratorios, la detección de personas con TB y las barreras para lograr adherencia al TDO con éxito.</p> <p>Los temas por desarrollar:</p> <p>Grupo N° 01: La captación de sintomáticos respiratorios</p> <p>Grupo N° 02: La detección de la tuberculosis en todas sus formas</p> <p>Grupo N° 03: El tratamiento directamente observado (TDO). para lograr adherencia.</p> <p>Posterior a la discusión se explora con los participantes las posibles soluciones a fin de lograr un plan de acción comunitario que contenga: <i>¿qué hacer?, ¿cómo hacer la intervención?, ¿cuándo hacerla? y ¿con quién hacerla?</i></p> <p>Posteriormente cada grupo hará una presentación de su respectivo mural.</p>	<p><u>Recurso humano:</u></p> <p>Facilitador</p> <p>Relator</p>
---	--	--	--

<p>Validar las prácticas propuestas</p> <p>Identificación de MITOS frente a las prácticas propuestas</p>	<p>Prácticas clave</p>	<p>Dinámica: lluvia de ideas</p> <p>A cada uno de los tres grupos conformados se les pide explorar los mitos que existen en la comunidad, frente a las prácticas claves, mensajes claves y de apoyo para realizar la captación, la detección y el tratamiento en la comunidad.</p> <p>Grupo N° 01: La captación de sintomáticos respiratorios</p> <p>Grupo N° 02: La detección de la tuberculosis en todas sus formas</p> <p>Grupo N° 03: El tratamiento directamente observado (TDO). para lograr adherencia.</p> <p>Posteriormente cada grupo hará una presentación de su respectivo mural.</p>	<p>Pliego de papel y marcadores.</p> <p><u>Recurso humano:</u></p> <p>Facilitador</p> <p>Relator</p>
Encuentro VI			
<p>Crear mensaje</p>		<p>Dinámica: sociodrama</p> <p>Se pide a los grupos que construyan un mensaje frente a una de las prácticas propuestas.</p> <p>Grupo N° 01: La captación de sintomáticos respiratorios</p>	<p><u>Recurso humano:</u></p> <p>Facilitador</p> <p>Relator</p>

		<p>Grupo N° 02: La detección de la tuberculosis en todas sus formas</p> <p>Grupo N° 03: El tratamiento directamente observado (TDO). para lograr adherencia.</p>	
Evaluar lo aprendido en el día	Pescando saberes	<p>Dinámica: pescando saberes</p> <p>Se dibuja un el borde de un lago en el piso, se ubica a los peces dentro del lago. Luego se explica a los participantes que todos saldrán de pesca, por ello es necesario que se ubiquen alrededor del lago teniendo cuidado de no pisar dentro de las líneas pues podrían caer al lago y ahogarse.</p> <p>Luego se pide que se pasen uno a otro la pelota de trapo, mientras se canta el tingo, tingo tango, se entrega la caña de pescar a la persona que se quedó con la pelota al momento que se dijo tango y se le pide pesque un pez del lago. Una vez que logre pescar uno, se le indica que lea y responda la pregunta, si no la responde correctamente o incompleta, pida que voluntariamente otro participante complemente la respuesta. Se sigue la secuencia hasta pescar todos los peces del lago.</p>	<p>6 figuras de peces, en la parte posterior escriba una pregunta relacionada a los temas desarrollados durante el día.</p> <p>Caña de pescar</p>

Conocer los conocimientos de los participantes antes... posterior al del taller	Pos- test	Se entrega cada uno una hoja con el pos-test para ser diligenciado después de haber finalizado la jornada. En aras de conocer el nivel final de cada uno de los participantes, se entrega a cada persona la misma hoja que diligencio al llegar como pretest, en la cual colocó una figura o nombre que lo identifica, esto a fin de poder comparar el nivel de avance de la misma persona.	Test impresos y lapiceros o lápices
Encuentro VII			
Clausura	Agradecimientos	Se agradece a las personas el trabajo realizado durante la jornada y se invita a dejar establecidos compromisos de encuentros con cada actor social que asistió y su grupo social.	
Conclusiones		Con una sola palabra invitamos a cada participante a calificar el trabajo realizado por ellos.	

Una vez finalizados los encuentro de formación, se proponen recorridos comunitarios que den cuenta de la puesta en práctica de los conocimientos adquiridos, se establece la entrega de libros de registro, tipo diario de campo donde la comunidad registre las vivencias a partir de lo aprendido, por ejemplo: la búsqueda de sintomáticos respiratorios en sus territorios, actividad que debe ser incentivada con la entrega de souvenirs que permitan al actor comunitario obtener una identidad con el programa y con las acciones que desarrolle a favor del mismo.

De otro lado, una vez identificado el territorio y definidos los actores claves interesados⁴⁹ en el tema, se propone la **Creación de Grupos de Apoyo Psico-social (GAP's)**, estos grupos se entienden como el conjunto de personas que se reúnen periódicamente para compartir sus vivencias y experiencias, aprender y apoyarse mutuamente para superar la situación que están viviendo, estos grupos serán conformados por personas afectadas por la enfermedad de TB. Carballada (2012) al respecto afirma:

“Los grupos de “autoayuda” funcionan como construcción “ortopédica” de espacios de encuentro, intercambios y reciprocidades, donde lo que convoca es simplemente un objeto común que apela a sí mismo y puede dejar de lado la mirada al todo social” (p.140).

Esta actividad tiene como objetivo, comprender y manejar más acertada y asertivamente los efectos colaterales y los sufrimientos inherentes a la enfermedad y al tratamiento, reducir el temor, ansiedad, sentimientos de culpa y otras emociones negativas asociadas a la enfermedad y al tratamiento, mejorar sus capacidades humanas para enfrentar con más eficacia estas y otras situaciones adversas, para finalmente, restablecer y mejorar sus redes de soporte familiar y social.

Al respecto de lo que se ententeje en comunidad Abello et al, (1997) afirma:

“Una de las principales características de las redes sociales la constituye el hecho de que estas se pueden convertir en sistemas de apoyo social que promueven la salud y que a la vez constituyen un elemento indispensable para amortiguar el estatus psicosocial” (p.121).

Entre los pasos propuestos para el desarrollo de esta actividad se encuentran: Captación y selección de la población para los GAPs, la selección y asignación a los grupos se hace tomando en cuenta los criterios clínico epidemiológico y psicoemocionales. Los GAPs, tendrán como

población objetivo pacientes, por lo cual para la participación en los mismos deben tener el resultado de cultivo negativo. Este requisito busca evitar el contagio entre pacientes y demás personas que participen en el grupo, si es un expaciente, debe contar con el anterior requisito y ser invitado por profesionales por su condición de ser motivadores para otros pacientes, a través de la ficha de caracterización y resultados de pruebas de tamizaje como el SRQ, se identificarán los pacientes que se encuentran con situación emocional significativa y serán invitados a los grupos. Además, se tomarán en cuenta las recomendaciones de los profesionales de la salud que están en contacto con los pacientes, así como las referencias que den los familiares. Cada grupo será conformado por 15 pacientes aproximadamente y dos profesionales.

Durante los encuentros, se propone propiciar un ambiente de confianza para la expresión de pensamientos y sentimientos acerca de sus vivencias personales relacionadas con la TB, plantear estrategias para el cumplimiento de los acuerdos pactados, asimilar los elementos conceptuales como los efectos colaterales y los sufrimientos inherentes a la enfermedad y al tratamiento y se motivara a los participantes para que continúen en el proceso asistiendo a las sesiones programadas.

De otro lado, Una de las estrategias identificadas para resolver las necesidades identificadas durante los encuentros es la: **Creación de mecanismos que permitan una coordinación territorial de carácter técnico y administrativo, con el fin de establecer alianzas multisectoriales.** La tuberculosis es principalmente una enfermedad social. Bajo esta premisa, la manera de lograr mayores y mejores resultados tendientes a combatir los determinantes sociales de la TB pasa por la articulación del sector salud con actores de otras áreas.

En esa medida, la responsabilidad del control de la TB no resulta ser competencia exclusiva del sector salud. Las instituciones educativas, la Secretaría de Bienestar Social, las fundaciones, los comedores comunitarios, las organizaciones religiosas, y otros grupos de interés deben articularse con las instituciones de salud para lograr mayores y mejores resultados en la lucha contra esta problemática. En esa medida, la consolidación de alianzas multisectoriales permitirá establecer una red de apoyo social a los pacientes de TB.

De esta manera, la presente propuesta reconoce la capacidad de agencia de los distintos actores involucrados en el proceso de tratamiento de la persona afectada por TB y en ese sentido, requiere emplear herramientas que permitan articulaciones no sólo entre entidades, sino también entre actores como la familia, los líderes comunitarios y las Empresas Sociales del Estado (ESEs) para trabajar en pro de la adherencia al tratamiento y evitar así la pérdida al seguimiento del mismo y por ende continuar con la cadena de transmisión de la enfermedad. Por lo anterior, será de carácter vinculante y participativa, con el fin de estimular las distintas acciones que propendan por el bienestar de las personas afectadas por TB y de sus familias.

De igual manera, es necesario que la gestión territorial considere el enfoque diferencial y territorial, es decir, que considere rutas integrales de acción según las necesidades propias del afectado, teniendo en cuenta que las alternativas de solución estén ubicadas en la zona de la ciudad en la cual se encuentra. En consecuencia, es muy posible que las rutas que se definan por zonas sean tan diferentes como diferentes son sus poblaciones, sus necesidades y las entidades con las que se puede realizar el enlace para contribuir a un mejoramiento de la calidad de vida de las personas afectadas con TB y de sus familias.

La propuesta de intervención psicosocial en tuberculosis, se considera clave para promover la participación de diferentes actores, entre los que se encuentran pacientes, expacientes y sus familias, como ejes centrales de los espacios de participación social, cambiando la concepción que se tiene de ellos como sujetos de beneficios y ayudas, para resaltar su voz y capacidad de agencia.

En términos estratégicos, se apunta por un abordaje integral de la TB en los territorios, considerando la participación activa de los afectados como insumo básico para analizar el comportamiento de la enfermedad, obtener información y orientar acciones articuladas con otros sectores de la administración municipal (educación, gobierno, infraestructura, desarrollo social y cultura), de organizaciones sociales o del sector privado y de esa forma trabajar sobre la enfermedad, sus síntomas y efectos, así como sobre los factores de riesgo y más aún, sobre las condiciones de vulnerabilidad de las poblaciones.

Lo anterior, refuerza la necesidad de adoptar una visión social de la enfermedad a partir de estrategias intersectoriales para el control de esta, así como la necesidad de realizar monitoreos y evaluación al cumplimiento y adaptación en los territorios de las estrategias contempladas en las que se asegure la participación de las personas y las comunidades afectadas.

Finalmente, se propone un construir colectivo, desde los encuentros comunitarios, reforzar la voz a voz, facilitar las herramientas para la identificación temprana de la enfermedad en los territorios, apoyar procesos de resignificación y apropiación de saberes. De otro lado, desde los grupos de apoyo para pacientes GAPs, se busca generar espacios de escucha, expresión y construcción de redes, en los que adicional se identifiquen necesidades dentro del proceso de enfermedad y se generen respuestas conjuntas para la solución de estas.

El diseño de una propuesta de intervención psicosocial en tuberculosis permite brindar herramientas para el abordaje integral de la enfermedad, la cual por contexto causal requiere de la participación de diferentes actores, en respuesta a las necesidades de cada territorio, con enfoque basado en los derechos humanos, para la inclusión de las personas y las comunidades más afectadas.

Durante el diagnóstico, se identificó la participación de múltiples actores tanto gubernamentales como no gubernamentales, pertenecientes a organizaciones del sector salud, académico, social y comunitario, son evidentes las acciones que cada uno de estos realiza, sin embargo, no se ve operativizada una estrategia integral que permita unir sectores para el trabajo conjunto desde la perspectiva de integralidad.

En este sentido, partiendo de lo recogido durante el documento, desde la postura de Bourdieu. , (2006); Carballada (2012); Montero, 2006; Galende, 1998) se invita a construir escenarios de intervención en los lugares donde los sujetos se desarrollan, constituyen su cotidianidad, establecen vínculos y relaciones con la vida social, en donde se produce una intensa y continua interacción y transformación entre ellos y su contexto, poniendo en el acento, la constitución de dispositivos de socialización que incluyan tanto al paciente como a su contexto, evidenciando dos cuestiones a resolver: por un lado, la que se refiere a crear espacios de sociabilidad que permitan una integración efectiva, y por otro lado, la necesidad de un seguimiento que acompañen el proceso de tratamiento y posterior reinserción, habida cuenta de la fragilidad de los vínculos y la situación de vulnerabilidad social que debe enfrentarse al volver a generar o fortalecer lazos sociales.

Finalmente, en la propuesta se permite identificar que para el control de la tuberculosis se⁵⁴ requiere un cambio de perspectiva, donde se direccionen intervenciones que posibiliten el desarrollo de habilidades comunitarias como herramienta clave de la movilización y agenciamiento, desde una apuesta por acompañar procesos en los que sea la misma comunidad quien identifique situaciones, tome conciencia y oriente esfuerzos en la búsqueda de soluciones.

Referencias

- Abello Llanos, R. y. (1997). Redes sociales como mecanismo de supervivencia: un estudio de casos en sectores de extrema pobreza. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 29 (1), 115-137.
- Abric, J. C. (2001). “*Las representaciones sociales: aspectos teóricos*”, en *Prácticas sociales y representaciones*. . México: Presses Universitaires de France y Ediciones Coyoacan, S.A de C.V.
- Agencia de Cooperación Internacional de Chile. (s.f.). *¿Qué es gestión territorial?*
- Arendt, H. (2005). *La condición humana* . Barcelona: Paidós.
- Aristizábal Hoyos, G. P. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería universitaria*, 8(4), 16-23., Recuperado en 24 de octubre de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003&lng=es&tlng=es.
- Bauman, Z. (1999). *Modernidad líquida*. Buenos aires, Argentina: Fondo de Cultura.
- Bourdieu, P. (1994). El campo científico. *Redes: revista de estudios sociales de la ciencia*, 129-160.

- Bourdieu, Pierre. (2006). *"La objetivación participante"*. Apuntes de investigación del CECYP, n°10, pp. 87-101.
- Brofman, M., & Gleizer, M. . (1994). Participación comunitaria: ¿Necesidad, excusa o estrategia?. O ¿de qué hablamos cuando hablamos de participación comunitaria? Cad Saúde Pública,.
- Calatayud, F. M. (1999). *Introducción a la psicología de la salud*. Buenos Aires, Argentina: Paidós SAICF.
- Carballeda, A. J. (2012). *La intervención en lo social, exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*. Buenos Aires Argentina: Editorial Paidós SAICF y Tatanka S.A.
- Carmago, K. & Castañeda, N. (2020). EL AGENCIAMIENTO DE LO COMUNITARIO EN LA CONFIGURACIÓN DELAS SUBJETIVIDADES POLÍTICAS DE GUANACAS, INZÁ CAUCA: UNARECONSTRUCCIÓN COLECTIVA DE LA HISTORIA. *RECONSTRUCCIÓN COLECTIVA DE LA HISTORIA*, 23-40.
- Castro, M. A. (4 de febrero de 2020). Lider Comunitaria. (C. R. Zúñiga, Entrevistador)
- Curto M, Scatena LM, Andrade RL, Palha PF, Assis EG, Scatolin BE, et al. (2010). *Control de la tuberculosis: percepción de los enfermos sobre orientación a la comunidad y participación comunitaria*. SP, Brasil: Rev Latino-Am Enferm.
- Desviat, M. (2016). *La acción terapéutica: de lo singular a lo colectivo (Notas para otra salud mental)*, en *En Bravo, O* . Cali, Colombia: Pensar la salud mental: aspectos epistemológicos, culturales y politicos (pp 14-45).

Duschatzky, S. (2005). *La escuela como frontera. Capítulo 4: La escuela como frontera.*

57

Buenos Aires: Paidós. .

Farga, V & Caminero, J. (2011). *Tuberculosis. 3era Edición.* Santiago de Chile: Mediterraneo.

FREIRE, P. “. (1971). *La Educación como Práctica de la Libertad”.* (Prólogo de Julio Barreiro)

. . Montevideo - Uruguay: Tierra Nueva. 3ª edición.

Freire, P. (2005). *Pedagogía del Oprimido.* México: Siglo XXI editores.

Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual.*

. Buenos Aires: Paidós.

Galende, E. (1998). *De un horizonte incierto.* Paidó: Bueno Aires.

INS. (31 de Agosto de 2019). *Instituto Nacional de Salud.* Obtenido de Informe Evento

Tuberculosis. Periodo epidemiológico XIII Colombia.: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/TUBERCULOSIS%20PE%20XIII%202019.pdf>

Jaramillo, A., Mora, D., y Sánchez, G. (2014). *Agencia, política y cultura en la comunidad*

afrocolombiana en la 19 del barrio Oasis de Altos de Cazucá. Sistemas de organización

y visibilización social. . Obtenido de (Tesis de maestría). Universidad Pedagógica

Nacional, Bogotá, Colombia. :

[http://repositorio.pedagogica.edu.co/bitstream/handle/20.500.12209/741/TO-](http://repositorio.pedagogica.edu.co/bitstream/handle/20.500.12209/741/TO-17297.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

[17297.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.pedagogica.edu.co/bitstream/handle/20.500.12209/741/TO-17297.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Ministerio de Salud. (2010). *Plan estrategico Colombia Libre de Tuberculosis. 2010-2015.*

IMPLEMENTACIÓN DE LAS RIAS. Obtenido de Rutas integrales de atención en salud - RIAS: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Rutas-integrales-de-atencion-en-salud-RIAS.aspx>

MinSalud. (2019). *Resolución 2626 de 2019 adopta el Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE*. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf

MinSalud, OIM. (2017). *Plan de Monitoreo y evaluación. Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis*. Bogotá D.C: Procesos Digitales S.A.S.

Minsalud; OPS; OMS;. (2016). *Plan Estratégico “Hacia el fin de la Tuberculosis”*. Colombia 2016-2025.

Molero, J. (1989). La tuberculosis como enfermedad social en estudios epidemiológicos españoles anteriores a la guerra civil. *Acta hispanica ad medicccinae Scientiarumoe Historiam Illustrandam, Vol.9*, 185-223.

Montañez, G. (2001). *Razón y Pasión del Espacio y el Territorio. Espacios y Territorios: Razón, Pasión e Imaginarios*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Montero, M. (1984). LA PSICOLOGIA COMUNITARIA: ORIGENES, PRINCIPIOS y FUNDAMENTOS TEORICOS. *REVISTA LATINOAMERICANA DE PSICOLOGIA*, 387-400.

Montero, M. (2004). *Introducción a la Psicología Comunitaria. Desarrollo, Conceptos y*

Procesos. . Buenos Aires: Paidós.

Montero, M. (2006). *Hacer para transformar.* Buenos Aires, Argentina: Paidós SAICF.

Mora, K. (15 de 10 de (2017)). *Cómo las poblaciones vulnerables abordan la tuberculosis en*

Colombia. Obtenido de Agencia de las Naciones Unidas para la Migración:

<https://colombia.iomdev.org/news/c%C3%B3mo-las-poblaciones-vulnerables-est%C3%A1n-enfrentando-la-tuberculosis-en-colombia>

OMS. (1985). La Educación para la Salud. *Organización Mundial de la Salud en colaboración con el John J. Sparkman Center*, vii.

OMS. (2012). *ENGATE TB: Integración de las actividades comunitarias de lucha contra la tuberculosis en el trabajo de las organizaciones no gubernamentales y otras organizaciones de la sociedad civil: Manual de Capacitación.* Ginebra.

OMS. (Octubre de 2016). *Organización Mundial de la Salud.* Obtenido de ¿Qué es la tuberculosis y cómo se trata?: <https://www.who.int/features/qa/08/es/>

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2015). *Objetivos de desarrollo del milenio. Informe.* . New York: ONU.

Paniagua, E y Gonzalez M. (2005). *Sistematización de las experiencias actuales de intervención psicosocial en seis zonas del municipio de Medellín por parte de las entidades y organizaciones de carácter público y privado.* Medellín.: Propuesta de investigación. Grupo de salud Mental. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia.

Parra, R . (1996). *ESCUELA Y MODERNIDAD EN COLOMBIA. Tomo I. Alumnos y maestros.* . Bogotá: Tercer mundo. Editores.

60

Retolaza, A. (2013). *Salud Mental y atención primaria. Entender el malestar.* Madrid: Grupo 5.

Salud, O. M. (s.f.). *Integración de las actividades comunitarias de lucha contra la TB en el trabajo de las ONG y otras OSC.* Obtenido de <http://www.who.int/tb/areas-of-work/community-engagement/faqs/>

Sarmiento, J. C. (2013). *Tuberculosis entre población sin hogar de Medellín, Colombia: Asociado.* Obtenido de Diario de inmigrante. *Minority Health*, 15 (4), 693-699. doi: 10.1007 / s10903-013-9776-x.

Secretaria de Salud, Cali. (2019). *Informe epidemiologico Evento Tuberculosis.* Alcaldía De Santiago de Cali.

Sen, A. (2000). Social exclusion: concept application and scrutiny. *Social Development Paper*, 9(1), 1-54.

Stop TB Partnership & UNOPS. (2015). *Cambio de Paradigma.* Obtenido de Obtenido de Plan Global Hacia el Fin de la Tuberculosis.2016-2020 : [/www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/plan2/GPRSpanish_2016-2020_WEB.pdf](http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/plan2/GPRSpanish_2016-2020_WEB.pdf)

Tobar. (2015). *Gestión territorial integrada para el sector salud. Módulo 1. Salud y Cuestión Social.compilado por Magdalena Chiara.* . Buenos Aires, Argentina.: ed. - Los Polvorines :Universidad Nacional de General Sarmiento.

Tobar, F. (2010). Gestión territorial en salud. En Chiara, Magdalena & Moro, Javier (Comps),⁶¹

Pensando la agenda de la política. Capacidades, problemas y desafíos. (págs. 15-44).

Universidad Nacional General Sarmiento. Instituto del Conurbano.

Tönnies, F. (1979). *Comunidad y asociación.* . Madrid, España: Península.

Torres, I. (31 de Enero de 2020). Personas afectada por Tuberculosis. (C. R. Zúñiga,

Entrevistador)

Universidad de Antioquia, AIS Suroeste. (2017). *Gestión territorial de la salud: perspectivas,*

aprendizajes y aportes a la práctica. Antioquia: Universidad de Antioquia.