

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE ENFERMERIA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON TRATAMIENTO
ANTITUBERCULOSO ASISTENTES AL SERVICIO DE
ENFERMERÍA, MICRORED SANTA ADRIANA JULIACA 2014**

TESIS

PRESENTADA POR:

YENY ROCIO CCAPA MAMANI

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PUNO – PERU

2014

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO
ASISTENTES AL SERVICIO DE ENFERMERIA, MICRORED SANTA ADRIANA
JULIACA 2014

TESIS

PRESENTADA A LA COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE
ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO - PUNO, COMO
REQUISITO PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERIA

APROBADO POR:

PRESIDENTE DE JURADO :


Dra. Rosenda Aza Tacca

PRIMER MIEMBRO :


MSc. Christian William Jara Zevallos

SEGUNDO MIEMBRO :


Mstro. Juan Moisés Sucapuca Araujo

DIRECTORA-ASESORA :


Dra. Frida Judith Málaga Yanqui

PUNO - PERU

2014

ÁREA : Salud comunitaria

TEMA : Tratamiento antituberculoso - autocuidado

DEDICATORIA

A Dios, quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar ante los problemas que se me presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mis queridos padres, con profundo amor por su comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles; además del apoyo moral y espiritual que han hecho posible la culminación de mis estudios.

A mis hermanas Lucy, Keyko, Cindhy y Leonel, por estar conmigo en los buenos y malos ratos, los quiero mucho. Y a todas mis amigas con quienes momentos inolvidables que siempre los llevaré en mi corazón.

“La dicha de la vida consiste en tener siempre algo que hacer, alguien a quien amar y alguna cosa que esperar”. (Thomas Chalmers)

Yeny Rocío

AGRADECIMIENTOS

A nuestra Alma Mater, Universidad Nacional del Altiplano – Puno, por darnos la oportunidad de realizarnos como profesionales.

A la Facultad de Enfermería, por habernos brindado los conocimientos teórico – práctico para desempeñarnos como futuras profesionales de Enfermería.

A mi Directora y Asesora de investigación Dra. Frida Judith Málaga Yanqui, con profundo cariño y estima, por sus constantes orientaciones, apoyo moral y ayuda incondicional, durante el desarrollo y culminación del presente trabajo de investigación.

A los miembros del jurado de la presente tesis: Dra. Rosenda aza tacca, MSc. Crhistian William jara Zevallos, Mstro. Juan Moisés Sucapuca Araujo, de López, por sus sugerencias y aportes al presente estudio

A la Microred Santa Adriana; en especial al personal de enfermería que laboran en todos los centros de salud a su cargo, por haberme brindado la confianza y las facilidades durante la ejecución del presente estudio

Yeny Rocío

ÍNDICE

RESUMEN.....	6
I. INTRODUCCIÓN.	1
1.2. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.	4
1.3. ENUNCIADO DE PROBLEMA.....	10
1.4. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO O JUSTIFICACIÓN.....	10
II. MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL.	11
III. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN.....	35
IV. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.	36
V. DISEÑO METODOLÓGICO.	36
5.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	36
5.2 AMBITO DE ESTUDIO	37
5.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	38
5.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	38
5.5 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:	40
5.6 PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS:	41
VI. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	42
VII. CONCLUSIONES.....	64
VIII. RECOMENDACIONES	66
IX. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	68
ANEXOS.....	75

RESUMEN

La presente investigación denominada “AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO ASISTENTES AL SERVICIO DE ENFERMERÍA, MICRORED SANTA ADRIANA JULIACA 2014”; tuvo como objetivo determinar el autocuidado que tienen los pacientes con tratamiento antituberculoso asistentes al servicio de enfermería, Microred Santa Adriana Juliaca 2014; corresponde al tipo de investigación descriptivo transversal, con diseño descriptivo simple; donde la población y muestra estuvo constituida por 23 pacientes con tratamiento antituberculoso; para la recolección de datos se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento un cuestionario; encontrando los siguientes resultados: Primero: El autocuidado en los pacientes con tratamiento antituberculoso asistentes al servicio de enfermería de la Microred Santa Adriana son mayoritariamente adecuados en cuanto al descanso y sueño, practica de conductas de riesgo, cuidado emocional, y cuidado social. Segundo: El autocuidado respecto a la alimentación, la mayoría son inadecuadas, pues los pacientes no consumen una alimentación balanceada, ya que, no consumen lácteos, menestras y frutas de una manera adecuada; además no toman una adecuada cantidad de líquidos. Tercero: El autocuidado respecto al sueño, la mayoría son adecuadas, pues duermen entre 6-8 horas diarias. Cuarto: El autocuidado respecto a las medidas higiénicas, la mayoría son inadecuadas, pues los pacientes no tienen el hábito de lavado de manos y no se cubre la boca y nariz de forma adecuada después de toser y estornudar. Quinto: El autocuidado respecto a conductas de riesgo, la mayoría son adecuadas, pues solo una minoría tiene conductas de riesgo como el consumo de alcohol y en lo que respecta al consumo de cigarrillos los pacientes no lo consumen. Sexto: El autocuidado respecto al ejercicio y recreación, la mayoría de pacientes realiza medidas de autocuidado inadecuadas, pues los pacientes en su mayoría no realizan actividad física así como actividades recreativas. Sétimo: El autocuidado respecto al apoyo emocional, la mayoría tiene medidas de autocuidado adecuadas, pues no sienten rechazo de su entorno; con respecto al apoyo social; la mayoría tiene un autocuidado adecuado, y en relación al apoyo espiritual la mayoría tiene un autocuidado inadecuado, pues los pacientes no asisten con regularidad a la iglesia, y no buscan la armonía con Dios y su persona.

PALABRAS CLAVE: Autocuidado, pacientes con tratamiento antituberculoso.

ABSTRACT

The present investigation called "SELF TREATMENT IN PATIENTS WITH TUBERCULOSIS IN THE SERVICE OF NURSING ASSISTANTS, MICRORED SANTA ADRIANA JULIACA 2014"; aimed to determine the self-care with patients with tuberculosis treatment to nursing assistants, Microred Holy Adriana Juliaca 2014; corresponds to the type of cross-sectional descriptive research, with simple descriptive design; where the population and sample consisted of 23 patients with tuberculosis treatment; for data collection technique used was the interview and a questionnaire as an instrument; They found the following results: First: Self-care in patients with tuberculosis treatment attending the nursing service of Santa Adriana Microred are mostly suitable in terms of rest and sleep, practicing risky behaviors, emotional care and social care. Second, the self-respect to food, most are inadequate because patients do not consume a balanced diet, since not eat dairy, beans and fruits in a suitable manner; also do not take adequate amounts of liquid. Third, the self respect to sleep, most are suitable, then sleep 6-8 hours a day. Fourth: The self-regarding hygiene measures, most are inadequate because patients do not have the habit of washing their hands and mouth and nose properly after coughing and sneezing are not covered. Fifth: The self-regarding risk behaviors, most are suitable, since only a minority have risky behaviors such as alcohol and with regard to cigarette smoking patients do not consume it. Sixth: The self regarding about exercise and recreation, most patients performed self-care inadequate measures because most patients do not exercise and do not have recreation. Seventh: The self respect to emotional support, most have adequate self-care measures, because they feel rejection of their environment; regarding social support; most have a proper self-care, and in relation to spiritual support most have inadequate self-care, as patients do not regularly attend church, and not seek harmony with God and their person.

Key words: Self, tuberculosis patients with treatment.

I. INTRODUCCIÓN.

1.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA:

La tuberculosis es una de las enfermedades infectocontagiosas de mayor incidencia en la población del mundo y un problema de salud pública, ya que ha traído consecuencias negativas, y recaído en las clases más reprimidas social y económicamente, trayendo como resultado el desempleo, bajos ingresos y extrema pobreza, las cuales son factores que permiten la permanencia del foco infeccioso de la enfermedad y su propagación, aunado a un déficit de saneamiento ambiental, hacinamiento, estrés social y deficiente alimentación.¹

A nivel mundial se atribuye que la tuberculosis es responsable de dos millones de defunciones anuales, de las cuales 120.000 ocurren en América Latina y el Caribe.² La Organización Mundial de Salud (OMS), estima que en el mundo existen 16,2 millones de casos de tuberculosis, y que anualmente aparecen 8 millones de casos nuevos, 95% de estos casos ocurre en países en vías de desarrollo. Todos los días más de 20.000 personas desarrollan la tuberculosis activa y de ellos mueren 5.000, y va aumentando en un 3% a nivel mundial.³ Por lo tanto en la realidad, la tuberculosis sigue siendo un tema de salud pública de importancia por la magnitud de los daños que se evidencia en la morbilidad y mortalidad.

El Perú no es ajeno a esta realidad; ya que es el segundo país en América del Sur con la mayor tasa de tuberculosis (TBC), después de Bolivia. Contemplando una incidencia de 106 casos por cada 100 mil habitantes. Tal es el caso que 1552 personas murieron en el 2013 a causa de la tuberculosis. La situación también es preocupante por el aumento de casos de tuberculosis multidrogo resistente (TBC MDR), la cual no responde a los medicamentos usados habitualmente, ya que se tratan de cepas que han perdido su sensibilidad y son más resistentes; estimando una carga de 2.190 casos.⁴ Situación que podría haber sido distinta si el paciente hubiera sido participe de su autocuidado.

A nivel local, la Dirección Regional de Salud (DIRESA), reporta que las cifras de casos de tuberculosis siguen siendo alarmantes, ya que durante el año 2013 se

detectaron más de 200 casos nuevos. Reporta además que la provincia de San Román (cuya capital es Juliaca), es la que obtiene el mayor número de pacientes afectados por este mal; seguidos por la provincia de Huancané y Yunguyo.⁵ En ese sentido actualmente la Microred Santa Adriana-Juliaca con sus nueve establecimientos de salud a cargo, es la que ocupa el primer lugar con más incidencia en casos de tuberculosis a nivel de todas las Micro redes, ya que según la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESN-PCT) del mismo son 32 casos que son tratados actualmente.⁶

Esta realidad sobre la carga de tuberculosis con indicadores alarmantes nos ubican en una situación desfavorable; frente a ello, el Ministerio de Salud dentro de sus políticas de atención incluye medidas de prevención y promoción que el profesional de la salud deberá realizar en sus actividades; ya que considera que la posibilidad de que los pacientes tengan la oportunidad de saber cómo mantener una salud adecuada que ayuden a disminuir el riesgo de contagio a sus familiares, dependen del fomento del autocuidado que realice la enfermera; ya que favorece a la adopción de mejores estilos de vida saludable.⁷

Frente a esta situación, el autocuidado es necesario para la búsqueda del bienestar integral en la vida cotidiana y el desarrollo humano. Siendo de vital importancia para el manejo de la tuberculosis pulmonar; ya que es una práctica que involucra líneas de crecimiento en las que toda persona debe trabajar cotidianamente para tener un desarrollo armónico y equilibrado en el control de su enfermedad.⁸ Pero si el paciente no sabe cómo manipular las secreciones que expectora, no sabe cómo toser o estornudar, no sabe cuándo lavarse las manos o si consume alcohol y vive en un habiente cerrado, representa un grave riesgo ya que el bacilo seguirá propagándose y cobrando más víctimas.

El empoderamiento del autocuidado en el paciente con tuberculosis repercute de manera positiva en su recuperación; aunado a una participación activa. Es por ello que para tener un adecuado autocuidado; deberá mejorar su calidad de vida en términos de:⁹ Una alimentación adecuada, evitar conductas de riesgo, horas de sueño adecuado, medidas higiénicas, ejercicios y recreación, apoyo emocional, social y espiritual. Teniendo en cuenta que el incumplimiento de estas medidas

puede generar complicaciones como resistencia a los medicamentos, diseminación de la enfermedad a otros órganos, contagio a los contactos, generando un círculo vicioso en la familia y comunidad.

La importancia del autocuidado en la promoción de la vida y el bienestar implica cuidarse, cuidar y ser cuidado; ya que estas son funciones naturales indispensables para la vida de las personas y de la sociedad. Considerando ello es que el cuidado de enfermería hacia las personas afectadas con tuberculosis debe enfatizar la educación sobre los aspectos relevantes de la enfermedad, seguimiento del paciente y sus contactos, realizando para ello actividades orientadas a favorecer el autocuidado en beneficio de sí mismo y de su familia, las cuales pueden ser brindadas al paciente durante la entrevista de enfermería, o la visita domiciliaria, pues si el paciente conoce lo referente a la TBC tendrá en cuenta las medidas de autocuidado, ello permitirá evitar complicaciones de la enfermedad, y discapacidad en el paciente.¹⁰

La educación que brinda la enfermera consiste en ayudar a las personas, en forma individual o colectiva, a tomar decisiones informadas sobre aspectos que afectan su salud y la de otros. En ese sentido, el proceso educativo se convierte en el elemento básico e indispensable para el desarrollo de las potencialidades de las personas en términos de salud.¹¹

Pero obliga a pensar que estas actividades educativas, se tornan insuficientes y muchas veces con pocos resultados; ya que se puede observar un sentimiento valorativo disminuido en el paciente, se muestra triste, con sentimientos de culpa, temor hacia el tratamiento, temor a la reducción de sus redes de soporte social y miedo a ser reconocido como “tuberculoso” y ser aislado de la sociedad; dando la impresión de que la enfermera no estaría realizando su labor educativa. Situaciones que conllevan a afirmar la existencia de un autocuidado inadecuado en el paciente con tuberculosis.

Así mismo realizando mis practicas pre-profesionales en los centros de salud de la Microred Santa Adriana, se pudo observar que algunos pacientes con tuberculosis no acudían a la hora indicada para la administración del tratamiento, al interactuar

con ellos, se mostraban apáticos al recibir el tratamiento, dando la impresión de estar cansados de su terapia y no querer recibirla, muchos de ellos asistían sin haber ingerido alimentos, muy adelgazados, muchos de ellos al entrevistarlos referían “ tengo que trabajar y no hay tiempo ni siquiera para comer”, asistiendo en condiciones de higiene desfavorables y realizando prácticas inadecuadas, como la del uso de un “pedazo de ropa” como pañuelo para poder estornudar y luego guardarlo en el bolsillo; así mismo en las visitas domiciliarias se pudo observar que la mayoría de pacientes no contaban con una adecuada ventilación e iluminación en sus viviendas; en otros casos, los pacientes compartían su habitación con más de dos personas; incluso, toda la familia compartía una sola habitación. Además expectoraban y escupían directamente al suelo. Algunos referían: “ ¿puedo realizar mis actividades como antes?”, “mi hermano y yo estamos con tuberculosis, por eso dormimos juntos”, “duermo pocas horas ya que trabajo de madrugada”, “tomo licor solo en las fiestas” “casi no como frutas”, “no me gustan las menestras”. Situaciones que evidencian una falta de autocuidado por ser completamente desfavorables para el tratamiento de la enfermedad.

Finalmente, toda esta situación y las evidencias observadas sobre la tuberculosis, son las que motivaron a realizar la presente investigación; permitiendo formular la siguiente pregunta: ¿Cómo es el autocuidado en pacientes con tratamiento antituberculoso asistentes al servicio de enfermería. Microred santa Adriana-Juliaca 2014?.

1.2. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

A NIVEL INTERNACIONAL

En una investigación titulada: “Autocuidado en pacientes con tuberculosis pulmonar en el área de Neumología de la Maternidad Mariana de Jesús, de mayo 2011 a abril 2012”, con el objetivo de determinar los factores que inciden en el autocuidado de los pacientes; se determinó como población de 63 pacientes que acuden a tomar su tratamiento. El tipo de estudio fue descriptivo analítico; utilizaron como instrumento una encuesta; los resultados fueron los siguientes: El 86% de los encuestados ingieren cinco comidas en el día, el 10% consume menos

de cinco comidas en un día y solo el 5% dos veces al día. El 50% de las personas encuestadas consideran tener una alimentación regular, mientras que en 32% piensa que es buena y el 10% que es realmente mala. El estilo de vida de los pacientes encuestados es bueno con 76%, el 19% tiene un nivel regular y solo el 5% mantiene un estilo de vida malo. El 65% de los encuestados manifiesta que el material utilizado para la construcción de sus hogares es el hormigón armado, mientras que el 35% indica tener viviendas de construcción mixta. El 25% se alimenta adecuadamente y el 12% ingiere drogas u otro tipo de sustancias para cuidar su salud. El 63% de los encuestados acude al médico cuando se siente enfermo, mientras que el 25% utiliza medicina natural y solo el 12% se automedica. El 62% de los encuestados dentro de su dieta ingieren frecuentemente verduras y frutas y el 38% ingieren comidas rápidas más frecuentemente en su dieta diaria, el 52% de los encuestados no sabe que es la tuberculosis pulmonar sus signos y síntomas y el 48% tiene conocimiento de lo que es la tuberculosis pulmonar. El 67% de las personas encuestadas no sabe cuál es el tratamiento para la tuberculosis pulmonar y solo el 33% tiene conocimiento sobre el tratamiento correcto para la tuberculosis pulmonar. El 71% de los encuestados tiene el hábito de bañarse una vez al día, el 15% se baña cada tres días y el 14% lo hace cada fin de semana, el 95% los encuestados no tienen conocimientos sobre que es autocuidado contra la tuberculosis pulmonar y el 5% conoce que es el autocuidado. El 86% de los encuestados cree que el autocuidado ayuda a prevenir enfermedades y el 14% considera que no ayuda a prevenir enfermedades. Al final se llegaron a las siguientes conclusiones: 1) Las personas encuestadas cuentan con el servicio de agua potable, y en su gran mayoría toman medidas preventivas al momento de consumir el agua, ingieren tres comidas al día y su dieta está compuesta en su mayoría de verduras y frutas cuando están enfermos acuden al médico y su visita es cada año y de esta forma controlan su estado de salud. 2) En su gran mayoría los pacientes encuestados desconocen que es el autocuidado contra la tuberculosis y creen que proteger a la familia y mantener limpios los hogares ayuda a mejorar su estado de salud. 3) Todavía existe un gran índice de personas que desconocen sobre lo que es la tuberculosis es por ello que es necesario seguir educando a las personas de las comunidades cercanas para que tengan un conocimiento básico acerca de la enfermedad y mucho mejor si va de la mano con el autocuidado, ya que es fundamental para evitar que se sigan propagando las enfermedades.¹²

-Otro estudio titulado: Conocimiento de las medidas preventivas y actitudes en el autocuidado de pacientes con tuberculosis pulmonar en el centro de salud La Nueva Granada. Colombia 2009. El estudio fue de tipo descriptivo prospectivo-correlacional de corte transversal; tuvo como objetivo de determinar si el conocimiento de las medidas preventivas se relaciona con las actitudes en el autocuidado de pacientes con tuberculosis pulmonar, la población sujeta de estudio estuvo constituida por 40 pacientes de 15 años a 75 años con Diagnóstico de tuberculosis pulmonar. La técnica que se utilizó fue la entrevista y cuestionario. Los resultados fueron los siguientes: En relación al nivel de conocimiento que tiene los pacientes sobre la Tuberculosis Pulmonar, el 80%(32) presenta un nivel de conocimiento sobre la enfermedad y un 20%(8) no conoce, En relación al Conocimiento de los Pacientes con Tuberculosis Pulmonar sobre los Cuidados Personales, se evidencia que un 73%(29) conocen sobre los cuidados personales y solo un 27%(11) no conocen, el 65%(26) conocen como prevenir el contagio al estornudar, tose, hablar de frente; el 35%(14) no tiene conocimiento, el 83.75%(34) conocen los cuidados en el hogar y el 16.25%(6) no conocen los cuidados. En relación a las actitudes en el autocuidado que tienen los pacientes, se evidencia que el 55%(20) presentan una actitud de indiferencia, un 39%(14) tienen una actitud de rechazo y solo el 6%(6) una actitud de aceptación en adoptar las medidas de autocuidado. Al final, se llegaron a las siguientes conclusiones: No existe relación entre conocimientos y actitudes que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar, el porcentaje de pacientes que no tienen conocimientos sobre los cuidados personales (27%) conllevan a propagar la infección en su familia, comunidad. Los pacientes con tuberculosis pulmonar 83.75% tienen conocimientos sobre los cuidados en el hogar, pero si no cuentan con una vivienda adecuada y medios económicos necesarios no podrán cuidar su salud.¹³

A NIVEL NACIONAL:

-En el estudio titulado: “Medidas de autocuidado que tienen los pacientes que asisten a la ESNPCT del centro de salud Conde De La Vega Baja Lima”; con el objetivo de determinar las medidas de autocuidado que tienen los pacientes que asisten a la ESN-PCT del Centro de Salud Conde de la Vega Baja. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, de corte transversal, nivel aplicativo. La

población de estudio estuvo conformada por 30 pacientes con diagnóstico de tuberculosis que reciben el tratamiento de Esquema I y 10 pacientes en tratamiento Multidrogo resistente (MDR). La técnica fue la entrevista, y el instrumento un cuestionario. Los resultados fueron los siguientes: Que 25 pacientes realiza medidas de autocuidado adecuadas (62.5%) y 15 pacientes tiene medidas de autocuidado inadecuadas (37.5%). Respecto a la alimentación, 14 pacientes (35%) consume 5 comidas durante el día; 9 pacientes (22.5%) ingiere una alimentación balanceada; 7 pacientes (17.5%) toma 5-7 vasos de agua diario; 33 pacientes (82.5%) come las principales comidas en el hogar. En relación al descanso y sueño, 28 pacientes (70%) duerme de 6 a 8 horas diarias; en cuanto a medidas higiénicas, 28 pacientes (70%) se baña diario; 18 pacientes (45%) tiene habitación privada; 34 pacientes (85%) tiene ventilación e iluminación en el hogar; 26 pacientes (65%) refiere tener ventanas en el dormitorio; 10 pacientes (25%) tiene el hábito de lavado de manos; 19 pacientes (47.5%) usa papel desechable cubriéndose la boca y nariz. En cuanto a la práctica de hábitos nocivos 15 pacientes (37.5%) toma alcohol; 9 pacientes (22.5%) consume cigarrillos; y 3 pacientes (7.5%) consume drogas; 11 pacientes (27.5%) asiste a reuniones sociales, fiestas; Respecto a control y tratamiento de la enfermedad, 34 pacientes (85%) asiste al tratamiento; 24 pacientes (60%) refiere que acude a la consulta con el médico. Llegando a la siguiente conclusión: La mayoría de los pacientes con tuberculosis realiza medidas de autocuidado adecuadas respecto a descanso y sueño, control y tratamiento de la enfermedad, hábitos nocivos, cuidado emocional, social, sin embargo un porcentaje significativo tiene medidas de autocuidado inadecuadas respecto a alimentación y medidas higiénicas.¹⁴

-Así mismo en un estudio titulado “Medidas de Autocuidado que tienen los adolescentes portadores del virus del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH-SIDA) en el Hogar San Camilo 2009”, tuvo como objetivo determinar las medidas de autocuidado que tienen los adolescentes portadores del virus del VIH-SIDA en el Hogar San Camilo. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo, prospectivo, de corte transversal. La población estuvo conformada por 40 adolescentes de ambos sexos portadores del virus del VIH-SIDA. La técnica fue la entrevista y el instrumento un formulario tipo cuestionario. Los resultados fueron que el 87.5% de los adolescentes tienen medidas adecuadas y

un porcentaje poco significativo de 12.5% inadecuadas. En cuanto a la alimentación, el 70% recibe una dieta balanceada, el 80% come tres veces al día, un 85% termina todos sus alimentos y el 60% ingiere algún tipo de suplemento vitamínico; el 60% realiza el baño diario, el 90% tiene el hábito de lavado de manos y el 92.5% hace uso personal del cepillo dental; en cuanto al descanso y sueño el 62.5% duerme de 8 a 12 horas diarias; el 55% cumple con actividades recreativas habituales en su proceso de desarrollo normal; el 35% cuenta con apoyo emocional brindado por sus pares, hermanos, padres y/o abuelos; en cuanto al control y tratamiento de la enfermedad que padecen, el 87.5% de los adolescentes acuden a sus consultas. Las conclusiones derivadas del estudio son que la mayoría de los adolescentes portadores del virus del VIH-SIDA tienen medidas de autocuidado adecuadas en cuanto a la alimentación, higiene corporal, descanso y sueño, actividad, interacción social, autoestima, control y tratamiento de la enfermedad.¹⁵

A NIVEL LOCAL

-En un trabajo de investigación denominado "Prácticas de autocuidado en pacientes que reciben tratamiento antituberculoso en el Hospital de Ilave 2009"; fue de tipo descriptivo longitudinal, con diseño descriptivo simple, donde la población y muestra estuvo constituido por 15 pacientes con tratamiento antituberculoso, para la recolección de datos se utilizó: Una guía de entrevista y de observación, la misma que se realizó en tres momentos diferentes en los hogares de los pacientes concluyendo en los siguientes: Los pacientes con tratamiento antituberculoso evidencian un autocuidado inadecuado mayoritariamente en cuanto a alimentación e higiene siendo el tratamiento farmacológico adecuado en un 73%, pero el 60% de los pacientes no comunican de las reacciones adversas al personal de salud, así mismo el autocuidado en la higiene es inadecuado en un 87%, ya que los pacientes no eliminan adecuadamente las secreciones ni ventilan ni iluminan su habitación en un 80%, el 73% no se lava las manos y 67% no se protege adecuadamente al toser. Por otro lado el autocuidado en la alimentación es inadecuado en un 53%, considerando que el 63% de los pacientes consumen proteínas, carbohidratos el 60% y solo el 40% consumen lípidos insaturados y vitaminas, esto demuestra un desequilibrio en la alimentación y nutrición, atribuidos al desconocimiento por parte del usuario para mejorar y mantener su salud.¹⁶

-Otro estudio realizado acerca de “Efecto educativo con la técnica Tándem sobre medidas preventivas a contactos directos de pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital Carlos Monge Medrano - Juliaca 2010”, el estudio fue descriptivo transversal; donde se utilizó como instrumento una guía de entrevista, en una muestra de 40 contactos, llegaron a los siguientes resultados: El 55% de los contactos de los pacientes con tuberculosis tenía conocimiento deficiente, el 42,55 regular, y tan solo el 2,5% un conocimiento bueno; dejándose ver que: en cuanto a la eliminación de secreciones el 65% tenía conocimiento deficiente, 35% regular, el 0.0% bueno; concerniente a conocimientos sobre lavado de manos, el 45% deficiente, 52% regular, 2.5% bueno; en relación a la iluminación y ventilación el 62.5% tenía conocimiento deficiente, el 37.5% regular y ninguno bueno. Concluyendo así que los pacientes no tienen conocimientos adecuados con respecto a medidas preventivas, puesto que no poseen un buen autocuidado. ¹⁷

-Así mismo en la investigación titulada: “Prácticas de autocuidado en mujeres menopáusicas del comedor popular 25 de junio de la urbanización Santa Mónica Juliaca 2011, que tuvo como objetivo: Identificar las prácticas de autocuidado en mujeres menopáusicas del comedor popular 25 de junio de la urbanización Santa Mónica. Siendo un estudio de tipo descriptivo, diseño transversal, para lo cual se contó con una muestra de 40 pacientes de 40 a 55 años de edad, que cumplían los criterios de selección, para la obtención de datos se utilizó la técnica de la entrevista, y como instrumento la guía de entrevista, para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva porcentual. Los resultados obtenidos fueron: El 50% de mujeres menopáusicas, practican el autocuidado moderadamente, 10% lo realizan ineficazmente. En la dimensión biológica, con respecto a la nutrición, la práctica de autocuidado es ineficaz en un 52.5% seguido de moderado con 45% y eficaz en un 2.5%, en relación a la realización de ejercicio, un 60% de madres tiene un autocuidado ineficaz y solo un 2.5% es eficaz; en relación al sueño, la práctica de autocuidado es ineficaz en el 57.5%, y eficaz solo un 5%, finalmente con respecto al examen médico, la práctica de autocuidado es ineficaz en el 52.5%, y solo un 5% es eficaz. En cuanto a la dimensión psicosocial; con respecto al auto concepto, la práctica de autocuidado es ineficaz en 55%, y solo un 2.5% eficaz, y finalmente, con respecto a relaciones interpersonales, la práctica de autocuidado es

ineficaz con un 67.5% y solo un 5% es eficaz. Concluyendo que la práctica de autocuidado en la mujeres es moderadamente ineficaz.¹⁸

1.3. ENUNCIADO DE PROBLEMA.

¿Cómo es el autocuidado en pacientes con tratamiento antituberculoso asistentes al Servicio de Enfermería, Microred Santa Adriana Juliaca 2014?

1.4. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO O JUSTIFICACIÓN.

La importancia de realizar la presente investigación radica en la repercusión que tiene la Tuberculosis Pulmonar sobre la población; ya que las estadísticas lo constituyen como la infección transmisible más importante en los seres humanos. Por ello es que la presente investigación se justifica por la importancia que tiene la práctica del autocuidado en los pacientes con tratamiento antituberculoso; ya que si éste se empodera de él y lo incorpora activamente en su vida, podrá generar conductas saludables y modificar su respuesta en el proceso salud- enfermedad, adquiriendo así relevancia social; ya que se podrá evitar las complicaciones como la resistencia al tratamiento, diseminación de la infección a otros órganos, contagio a personas susceptibles de enfermar e incluso a la familia; evitando además que la tuberculosis se siga propagando y cobrando más víctimas en la sociedad, así como contribuir a la disminución de casos de TBC MDR para los cuales el tratamiento es muy costoso; contribuyendo en la reducción del gasto para el estado en la adquisición de estos medicamentos.

En ese sentido la Norma Técnica de Salud para la Prevención y Control de la Tuberculosis establece que el profesional de enfermería es responsable de la ejecución de actividades de promoción de la salud, dirigidos a mejorar la salud y calidad de vida de las personas con tuberculosis, familia y comunidad mediante una atención integral e individualizada. Pero estas actividades no solamente engloban estrategias para prevenir que las personas sanas se enfermen o se expongan al riesgo de enfermar, sino que además la enfermera debe desarrollar acciones con el fin de promover a que el paciente sea capaz de cuidarse a sí mismo; es allí donde el autocuidado juega un papel fundamental.

Además la presente investigación se considera de gran relevancia práctica; ya que es necesario determinar cómo es el autocuidado que tiene el paciente con tratamiento antituberculoso que asiste al servicio de enfermería de los nueve establecimientos a cargo de la Microred Santa Adriana, para que en base a los resultados, las autoridades y la enfermera responsable de la ESNPCT pueda planificar y/o reforzar las estrategias de intervención intra y extramural; en el cual enfatice su rol educativo y pueda promover la importancia del autocuidado, favoreciendo así la adopción de estilos de vida saludables.

Así mismo los resultados servirán como referencia para futuras investigaciones, permitiendo ampliar más el contexto del autocuidado en la población y reforzando las intervenciones en el nivel de atención primaria.

II. MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL.

2.1 AUTOCUIDADO

2.1.1 DEFINICIÓN

TOBON (2010), afirma que el autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son “destrezas” aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece.¹⁹

Por su parte COPPARD (2008) establece que el fin último de las prácticas de autocuidado en salud es promover, mantener, prevenir y curar, en busca de vivir más pero con calidad de vida; considerada ésta como la situación de vida que depende de las posibilidades que tenga la persona, la familia y la comunidad para satisfacer de manera adecuada las necesidades básicas culturalmente definidas, indispensables para el desarrollo del potencial humano y el ejercicio responsable de su capacidad.²⁰

Las dos concepciones mencionadas sobre el autocuidado incluyen las actividades referidas a la promoción y el fomento de la salud, la modificación de estilos de vida

perjudiciales para la salud, disminución de factores de riesgo, la prevención específica de enfermedades, el mantenimiento y recuperación de la salud y la rehabilitación. Sin embargo para el presente estudio se tomó en cuenta lo planteado por TOBON, ya que es el que reúne todas las características para el estudio.

2.1.2 TIPOS DE AUTOCUIDADO

SEGÚN TOBON (2010) en el proceso de cuidar nuestra salud se da tres tipos de autocuidado:¹⁹

1) AUTOCUIDADO A OTROS: LOS CUIDAMOS

Esta forma de autocuidado corresponde a la atención primaria, que se presta a la persona enferma en una institución de salud; es el cuidado científico, sistemático y aprendido que se lleva a cabo mediante el empleo de prácticas curativas, que un profesional o un equipo de salud realizan al usuario con algún grado de discapacidad (temporal o permanente) física, psíquica o emocional, con el fin de ayudarlo a restablecer su salud y alcanzar mayores niveles de bienestar. Quien cuida se encarga del bienestar, de la protección o del mantenimiento de alguien que, por su condición de ser humano, tiene interés, valor y significado especial.

Por extensión, también se miran bajo este tipo de cuidados, las acciones que son realizadas por personas (cuidadores) de la familia, un vecino, una partera, y demás agentes informales de salud y de la comunidad.

2) AUTOCUIDADO ENTRE TODOS: NOS CUIDAMOS

El autocuidado entre todos es denominado también autocuidado colectivo y se refiere a las acciones que son planeadas y desarrolladas en cooperación, entre los miembros de una comunidad, familia o grupo, quienes se procuran un medio físico y social afectivo solidario; por ej. La disposición de basuras, el tratamiento colectivo de aguas, el uso racional de los servicios disponibles para la atención en salud, la consecución de celadores, entre otras, en procura del bienestar común.

3) AUTOCUIDADO DE SI: ME CUIDO

Corresponde al autocuidado individual y está conformado por todas aquellas medidas adoptadas por uno mismo, como gestor de su autocuidado. Dicho de otra manera, consiste en mirar uno por su salud y darse buena vida.

SEGÚN COPPARD (2008) los tipos de autocuidado también son tres y son los siguientes:²⁰

- A. **Autocuidado Universal:** Llamado también necesidades de base, son comunes a todos los seres humanos durante todos los estadios de la vida, dan como resultado la conservación y promoción de la salud y la prevención de enfermedades específicas, son conocidos como demandas de autocuidado para la prevención primaria, que comprenden: Aporte suficiente de aire, agua y alimento. Suministro de cuidados asociados con los procesos de eliminación, mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el descanso, entre la soledad y la interacción social, evitar riesgos para la vida, funcionamiento y bienestar, promover el funcionamiento y desarrollo de los seres humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con las potencialidades, las limitaciones conocidas y el deseo de ser normal.
- B. **Autocuidado del desarrollo:** Promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- C. **Autocuidado en relación a la desviación de la salud:** Cuando una persona a causa de su enfermedad o accidente se vuelve dependiente y pasa a la situación de receptor de cuidados, los cuales tienen como objetivos prevenir complicaciones y evitar la incapacidad prolongada después de una enfermedad denominándoles demanda de autocuidado para la prevención secundaria.

2.1.3 PRINCIPIOS PARA EL AUTOCUIDADO

SEGÚN TOBON (2010) son los siguientes:

- El autocuidado es un acto de vida que permite a las personas convertirse en sujetos de sus propias acciones. Por lo tanto, es un proceso voluntario de la persona para consigo misma.

- El autocuidado implica una responsabilidad individual y una filosofía de vida ligada a las experiencias en la vida cotidiana
- El autocuidado se apoya en un sistema formal como es el de salud e informal, con el apoyo social.
- El autocuidado tiene un carácter social, puesto que implica cierto grado de conocimiento y elaboración de un saber y da lugar a interrelaciones.
- Al realizar las prácticas de autocuidado, ya sea con fines protectores o preventivos, las personas siempre las desarrollan con la certeza de que mejorarán su nivel de salud.
- Para que haya autocuidado se requiere cierto grado de desarrollo personal, mediado por un permanente fortalecimiento del autoconcepto, el autocontrol, la autoestima, la autoaceptación, y la resiliencia.

COPPARD (2008) identifico y describió ocho principios que son esenciales para el logro del autocuidado.

- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
- Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
- Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
- Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano, y el bienestar humano.
- Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal (normalidad).

2.1.4 FACTORES QUE DETERMINAN EL AUTOCUIDADO

Según TOBON en el estilo de vida de las personas se presentan dos tipos de factores: Las positivas, adecuadas o favorecedoras de la salud (factores protectores) y las negativas (factores de riesgo). Entre los factores que influyen en la calidad de vida están:

a) FACTORES PROTECTORES

Son aquellos aspectos internos o externos a la persona, que posibilitan conservar e incrementar los niveles de salud. Las personas que desarrollan prácticas protectoras o favorecedoras de la salud entre ellas están: El cultivo de un arte, la práctica de un deporte, el desarrollo de un pasatiempo, la adopción de una dieta saludable, entre otras.

Las prácticas protectoras corresponden a la promoción de la salud y las prácticas preventivas son asunto de la prevención de la enfermedad.

b) FACTORES DE RIESGO:

Corresponden al “conjunto de fenómenos de naturaleza física, química, orgánica, psicológica o social que involucra la capacidad potencial de provocar daño”; es decir, son los eventos que aumentan o crean la posibilidad de enfermar.

Frente a los factores de riesgo la gente adopta prácticas de prevención como medidas para evitar enfermarse, por ejemplo: Saneamiento ambiental, higiene, vacunación, autoexamen de testículo.

2.1.5 FOMENTO DEL AUTOCUIDADO

ALIAGA (2012) menciona que el fomento del autocuidado requiere de un enfoque humanista y cuando se piensa en promover el autocuidado en el marco del desarrollo humano, se requiere que toda persona pueda ser, tener, hacer y estar; ella necesita la satisfacción y el desarrollo en condiciones de equidad que le permitan la subsistencia, el afecto, la protección, la participación, el entendimiento, el ocio, la creación, la libertad y la identidad.²¹

URIBE (2014) Plantea que el personal de salud es el responsable del fomento del autocuidado en las personas, tanto con su testimonio de vida sana como con la educación, como herramienta, para que las personas puedan optar por prácticas favorables a la salud. En tal sentido, los integrantes del equipo de salud, en razón de su preparación y responsabilidad profesional, están llamados a convertirse en agentes facilitadores de ese proceso. Por lo tanto el fomento del autocuidado por el profesional de la salud requiere:²²

- Internalizar que la salud es consecuencia de un proceso dinámico, complejo; un proceso que depende del cuerpo, de la mente, de las emociones, de la vida espiritual y de las relaciones con los demás y con el mundo que nos rodea.
- Asumir que el autocuidado es una vivencia cotidiana y así, el fomento del autocuidado sería el compartir de sus propias vivencias. En la medida que el personal de salud vive con bienestar, está en condiciones de promocionar la salud de los demás.
- Evitar que sus intervenciones sean “amenazantes” o “coercitivas” para la gente; por el contrario, partir del estímulo a la autoeficacia en las personas y fomentar en ellas niveles cada vez más altos de autoestima, puesto que el autocuidado es, en gran parte, un resultado del querer.
- Explorar y comprender las rupturas que existen entre conocimientos, actitudes y prácticas, para así plantear propuestas de acción, y capacitación que hagan viable una armonía entre cognición y comportamientos.
- Contextualizar el fomento del autocuidado de acuerdo con las características culturales, de género, y etapa del ciclo vital.
- Asumir que las personas realizan las prácticas de autocuidado con la certeza de que mejorarán sus niveles de salud, sin olvidar que no todas las prácticas para cuidarse redundan en mayores niveles de salud, bien porque en sí mismas no producen el efecto deseado, o porque resultan insuficiente pues no son practicadas con la frecuencia y la permanencia requeridas.
- Buscar espacios de reflexión y discusión acerca de lo que la gente sabe, vive y siente con respecto a las diferentes situaciones de la vida y la salud, con lo cual identificar las prácticas de autocuidado que llevan a cabo y así, promover en las personas mediante un proceso educativo de reflexión y acción.
- Incrementar la capacidad que tienen los colectivos para promocionar su salud, a través del empoderamiento, para influir sobre los determinantes de la salud.
- Trabajar en equipo interdisciplinario en permanente intercambio de conocimientos científico-técnicos, humanísticos, de experiencias y vivencias.

Así mismo TOBON (2010) refiere que el objetivo del profesional de salud es fomentar el autocuidado estimulando el cambio en las personas, de una actitud pasiva frente al cuidado de su salud a una actitud activa, lo cual implica que las personas tomen la iniciativa y actúen en busca de bienestar deseado; además, se pretende lograr

cambios de hábitos, costumbres y actitudes frente al cuidado de la propia vida y la del colectivo; para que esto se dé, se requiere internalizar la importancia de la responsabilidad y el compromiso que se tiene consigo mismo.¹⁹

Además plantea que existen herramientas para el fomento del autocuidado; las cuales ofrece a las personas y a los grupos las posibilidades para lograr una mejor calidad de vida. Entre ellas están:

- a) **Información, educación y comunicación social:** La información, la educación y la comunicación social propician el incremento de conocimientos acerca del fomento de la salud, los problemas de salud y sus soluciones, e influyen sobre las actitudes para apoyar la acción individual y colectiva.
- b) **Participación Social:** A través de la participación, las personas asumen como propio el cuidado de sí misma y del ambiente que la rodea; busca aumentar el grado de control y el compromiso mutuo sobre la salud de las personas.

Para que haya participación se requiere del empoderamiento (poder con - poder sobre) el cual impulsa el autocuidado. El empoderamiento se define como “la capacidad que tienen las personas y los colectivos para hacerse cargo de sus problemas y hacer avanzar su causa, con el fin de revertir el sentimiento de impotencia, favorecer el sentido de control personal y desarrollar habilidades de movilización y así, cambiar las condiciones personales y sociales en pro de la salud”. Implica acción social, control de situaciones, transformaciones personales y colectivas; cuando es individual, la persona responde a sentimientos de autoeficacia para actuar y, cuando es comunitario, se genera en el colectivo una acción social aumentada, con redes sociales más fuertes, políticas públicas mejoradas, mayor equidad y transformación de condiciones en general.²³

2.2 AUTOCUIDADO DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS

COPPARD (2008) menciona que la importancia del autocuidado en la tuberculosis se basa en la promoción de la vida y el bienestar; el cual implica cuidarse, cuidar y ser cuidado ya que son funciones naturales indispensables para la vida de las personas y de la sociedad. Las disciplinas que han estudiado e investigado sobre el autocuidado

están de acuerdo en que este depende de la situación y cultura de quienes la practican y está altamente influida por el nivel de conocimientos que la persona posee.²⁰

URRUTIA (2011) afirma que al ser la tuberculosis una enfermedad infectocontagiosa requiere de un adecuado autocuidado en aspectos tales como: Una adecuada alimentación, apoyo psicológico, higiene personal y saneamiento ambiental adecuado en el hogar, así como adecuado descanso y sueño. El incumplimiento de estas medidas puede generar complicaciones, así como el contagio a los contactos, generando un círculo vicioso en la familia y comunidad.²⁴

2.2.1 AUTOCUIDADO RESPECTO A LA ALIMENTACIÓN

DEYNES (2008) afirma que la alimentación es el acto de consumir alimentos y ésta debe ser completa (tener todos los nutrientes), porque los nutrientes son sustancias que el organismo no sintetiza en cantidades suficientes por lo que han de ser aportados por la alimentación. Tener un buen autocuidado respecto a lo nutricional ayuda al cuerpo a combatir enfermedades y lo ayuda a sentirse mejor ya que el ser humano necesita nutrientes que le proporcionen energía (proteínas, grasas e hidratos de carbono), vitaminas, minerales y agua, en cantidad suficiente según las necesidades de la persona; debe ser equilibrada (solo lo necesario), variada y apetitosa, adecuada para cada tipo de persona, accesible, económica, ordenada (con horario y no comer a cada rato), lo que asegurará una buena salud y calidad de vida.²⁵

MATAIX (2012) menciona que la persona con tuberculosis que recibe tratamiento de Esquema I, deberá ingerir tres comidas principales (desayuno, almuerzo y cena) más dos refrigerios. El exceso de alimentación en los pacientes con Tuberculosis puede provocar un aumento de producción de CO₂, la sobrealimentación genera que la energía se almacene en forma de grasa y su conversión da como resultado mayor producción de CO₂, esto a su vez aumenta el trabajo respiratorio y puede llevar a hipercapnea sobre todo en personas con reserva pulmonar limitada, es decir en los pacientes crónicos con tendencia a retener CO₂; por lo que es recomendable dar una dieta baja en carbohidratos. La dieta base es independiente para cada paciente de acuerdo a sus requerimientos nutricionales, pero se recomienda un promedio de 2700 kcal. por día.²⁶

Por su parte KOOPER ETAL (2009) menciona que la salud y la vida de las personas dependen en gran medida de la calidad nutricional de alimentos que consumen diariamente; la cual a su vez depende de la calidad higiénica y sanitaria a que estos son sometidos en toda la cadena productiva. Si bien la falta de higiene y sanidad en el procesamiento y preparación de los alimentos es un problema que puede ocurrir en cualquier lugar; la incidencia de enfermedades causadas por los alimentos mal procesados o pobremente preparados es un problema crítico; en ese contexto se hace necesario recomendar la preparación de los alimentos en el hogar; ya que se podrá tener la seguridad sanitaria para consumirlos.²⁷

SLOBODIAIK D (2013) La nutrición en la tuberculosis es alterada por varias razones pero normalmente está asociada con la fatiga y la frecuente tos, anorexia además de las condiciones sociales. La alteración nutricional es evidente ya que la mayoría de pacientes con esta patología tiene un peso inferior de 10 a 20 % del peso corporal ideal, además está comprobado que disminuye su apetito, tiene el sentido del gusto alterado y debilidad muscular, además es muy frecuente el vómito por reacciones adversas al tratamiento. Asimismo, en la tuberculosis hay una pérdida considerable de tejido, por ello es importante el aporte de alimentos con contenido proteico (carnes, huevo, leche). Así mismo afirma que el paciente con tuberculosis debe alimentarse con una dieta balanceada rica en proteínas (carne de res, pollo, pescado), y leguminosas que deben ser consumidas de 2 a 3 porciones diarias; carbohidratos que se encuentran en los tubérculos (papa, camote, yuca), arroz, cereales (trigo, quinua y kiwicha), y menestras. La desnutrición especialmente proteica, probablemente por su efecto depresivo sobre la inmunidad celular, es un factor de riesgo conocido, ya que la enfermedad es más frecuente en los individuos de peso inferior a lo normal, aunque no sean definitivamente desnutridos.²⁸

MARKEE G, MARCHINI D (2012) refiere que es conveniente que la dieta diaria del paciente con tuberculosis contenga cantidades suficientes de proteínas para que favorezca la cicatrización; debiéndose consumir entre 120 a 130g. de proteínas, de las cuales no menos de la mitad deben ser de origen animal; así como de calorías suficientes para reponer la pérdida ponderal. Por ello que la complementación alimentaria en los pacientes con tuberculosis es considerada una actividad que

acompaña al tratamiento ya que lo fundamental es que el menú sea variado y mixto comprendiendo productos de origen animal, sales, minerales y vitaminas, asegurándose con éstas últimas una mejor utilización de las proteínas, las grasas y los hidratos de carbono.²⁹

Así mismo DEYNES (2008) menciona que las frutas y las verduras aseguran no solo el suministro de una buena cantidad de vitaminas al organismo, sino también la administración de sales minerales indispensables (potasio, calcio, fósforo). Estos ayudan a obtener la mayor parte de las vitaminas y minerales que se necesita para fortalecer el sistema inmunológico. El no consumir estos alimentos diariamente es probable que no se obtenga las vitaminas y minerales que el cuerpo necesita. Las frutas y verduras deben ser consumidas diariamente ya que estos permitirán utilizar todos los nutrientes de la alimentación. Así, la alimentación debe ser variada y no se necesita régimen dietético especial, exceptuando los casos que presenten complicaciones de hígado o digestivas.³⁰

HUMBERTO A, ANAYA R. (2007) menciona que la cantidad de agua en la dieta influye significativamente en prolongar la salud, normalmente se aconseja el consumo de 5 a 7 vasos de agua aparte de las que podamos consumir por los alimentos, con lo cual se garantiza una adecuada hidratación en el paciente.³¹

2.2.2 AUTOCUIDADO RESPECTO AL SUEÑO

De acuerdo con MASLOW (2007), el sueño es una necesidad básica del ser humano; es un proceso universal común a todas las personas. Históricamente se consideró que era un estado de inconsciencia, más recientemente se ha considerado que es un estado de conciencia en el cual la percepción y reacción del individuo al entorno está disminuido. Lo que parece que está claro es que el sueño se caracteriza por una actividad física mínima, unos niveles variables de conciencia, cambios en los procesos fisiológicos del organismo y disminución de la respuesta a los estímulos externos.³²

MORRIS (2008) afirma que las funciones del sueño son dos: La primera hace referencia que el dormir es una función adaptable y una función protectora; ya la segunda se orienta hacia una función reparadora o restauradora del sueño”, ya que el sueño es importante para que el ser humano realice de manera óptima sus

actividades cotidianas pues con el sueño se consigue que el organismo recupere el desgaste producido por la actividad diaria. Las horas de sueño promedio que requiere un individuo va en un promedio de 6 a 8 horas; sin embargo varían según la edad, la complexión física y el nivel de actividad diaria para restaurar su desgaste físico y mental.³³

CARBAJAL L, QUISPE M. (2011) menciona que el autocuidado respecto al sueño es esencial para la salud y básico para la calidad de vida; ya que el sueño restaura tanto los niveles normales de actividad como el equilibrio entre las diferentes partes del sistema nervioso central (SNC); es decir restaura el equilibrio natural entre los centros neuronales. Es por ello que sin un adecuado patrón de sueño la capacidad de concentración, de enjuiciamiento y de participar en las actividades cotidianas disminuye, al tiempo que aumenta la irritabilidad. Además la vigilia prolongada va acompañada de un trastorno progresivo de la mente y comportamiento anormal del sistema nervioso, lentitud de pensamientos, irritabilidad y psicosis.³⁴

Bandura A, Mishel A, Ellis YJ, Rotter F. (2012) menciona que los pacientes con tuberculosis pueden tener problemas para conciliar el sueño debido a los signos y síntomas de su enfermedad como: Dolor, tos persistente y temperaturas elevadas acompañadas de sudoración nocturna, lo cual impide la satisfacción de la necesidad de sueño del paciente con esta enfermedad. Por ello es indispensable que estos factores se identifiquen para poder solucionarlos.³⁵

2.2.3 AUTOCUIDADO RESPECTO A MEDIDAS HIGIÉNICAS

Cuando hablamos de tuberculosis pulmonar, no podemos dejar de mencionar que es una enfermedad transmisible, y la mejor prevención es evitar el contagio, de esta manera el autocuidado respecto a medidas higiénicas consiste en que el paciente aplique medidas de prevención en su vida cotidiana; teniendo en cuenta que cualquiera es susceptible de contraer la tuberculosis si inspira los bacilos que exhalan un enfermo o portador al hablar, estornudar, toser, expectorar; estas bacterias pueden permanecer suspendidas en el aire durante horas incluso años. Entonces el autocuidado del paciente con tuberculosis en cuanto a la higiene consiste en realizar medidas importantes como:³⁶

- **LAVADO DE MANOS:** Es una medida básica importante y a la vez más simple para prevenir infecciones. Es sabido que de lavado de manos causa una significativa reducción de microorganismos. La práctica adecuada de lavado minucioso de la manos comprende los momentos críticos: Después de utilizar los servicios higiénicos, antes de manipular los alimentos y antes de comer, en este casos se considera después de estornudar y eliminar las secreciones porque se expulsa miles de bacterias que habitan en la cavidad oral; por ello este procedimiento es muy importante porque tiene la finalidad de proteger al paciente y el entorno de la contaminación. El objetivo fundamental del lavado de manos es eliminar la flora transitoria y disminuir la flora microbiana normal y prevenir la diseminación de microorganismos por vía mano portadora, siempre se debe de utilizar el jabón ya que le da un valor adicional al tiempo que se usa para lavarse las manos, porque quita la grasa y remueve los gérmenes y la suciedad mediante el lavado y la frotación.³⁷
- **HIGIENE DIARIA (BAÑO):** ARROYAL ETAL (2013) menciona que es de gran importancia para los pacientes con tuberculosis, ya que el baño general lo ayuda emocionalmente, relaja sus músculos ya que activa el riego sanguíneo. El baño debe ser diario para protegerle la piel de infecciones y cambio de ropa personal y de cama.³⁸
ROMERO (2010) afirma que el baño tiene una serie de funciones como eliminar la secreción sebácea, la transpiración, células muertas y algunas bacterias que se han acumulado. También estimula la circulación, un baño caliente o templado dilata los vasos superficiales, trayendo más sangre y más nutrientes a la piel. El masaje vigoroso tiene el mismo efecto. Frotar con fricciones largas y suaves desde las partes distales a las proximales de las extremidades es particularmente eficaz para facilitar el flujo venoso. El baño también provoca un sentido de bienestar en las personas, es refrescante y relajante; ayuda frecuentemente a la moral, apariencia y autorespeto del individuo.³⁹
- **HABITACIÓN PRIVADA (AISLAMIENTO):** EL MINISTERIO DE SALUD refiere que es la separación de un individuo que padece una enfermedad transmisible del resto de las personas. Se le colocara en habitación y condiciones adecuadas con la finalidad de evitar el contagio. El

pacientes permanecerá aislado hasta que desaparezca la enfermedad; la curación ha de ser total, tanto clínica como microbiológica.⁴⁰

URRUTIA (2011) menciona que los aislamientos son barreras físicas que se interponen entre la fuente de infección (paciente con tuberculosis) y los sujetos susceptibles (contactos y/o familiares) para disminuir la posibilidad de transmisión de la enfermedad. Se considera la estrategia más importante en el éxito del control de la infección ya que se basa en la consideración de que todo paciente es potencialmente infeccioso.⁴¹

- VENTILACIÓN E ILUMINACIÓN DE LA HABITACIÓN DEL PACIENTE:

Esta debe cumplir con:⁴²

- La provisión del aire puro, mantener el aire de la habitación con una temperatura, un grado de humedad y movimiento conveniente al organismo, para lo cual se debe mantener las ventanas abiertas durante el día para que pueda permitir la entrada de luz solar, puesto que esta mata a los microbios causantes de la tuberculosis y al ventilar hace que estos microbios desaparezcan de la casa.
 - Debe renovarse el aire constantemente e impedir que la habitación ocupada por el paciente y su familia permanezca cerrada para que pueda alejar los gases, los olores, el polvo y otras sustancias que se formen en la atmosfera contaminada.
 - La tuberculosis pulmonar es ante todo una enfermedad de oscuridad y también de aire contaminado. La luz solar es uno de los enemigos de los microbios; el aire y la luz solar son desinfectantes al mismo tiempo una fuente poderosa de salud y vigor.
 - El paso de aire contribuye a la normalización de la respiración externa, es un excelente agente estimulante y un excitante nutritivo que ejerce una influencia favorable sobre el apetito, el sueño del paciente.
- PROTECCIÓN AL ESTORNUDAR Y TOSER: Esto debe ser una práctica de buena educación para cualquiera, aunque no tenga tuberculosis. Una disciplina importante es no escupir al suelo, debe cubrirse la boca y las fosas nasales con el antebrazo al toser así como para estornudar; evitando así, el efecto aerosol y la propagación de microorganismos.⁴²

2.2.4 AUTOCUIDADO RESPECTO A CONDUCTAS DE RIESGO

El MINISTERIO DEL INTERIOR (2012) refiere que las conductas de riesgo son aquellos que provocan un daño constante a corto o largo plazo al paciente en situaciones de riesgo de contraer una enfermedad grave. Estas conductas son los producidos por el consumo de una sustancia que provocan un incremento en la morbilidad y de mortalidad evitable y con gran repercusión social y económica. Entre tales conductas se encuentran los relacionados con el consumo de todo tipo de sustancias, siendo el tabaco y el alcohol, sustancias que por su gran extensión en la sociedad, los que más preocupan a las autoridades sanitarias; además de asistencia a fiestas por la búsqueda repetida del peligro en la que la persona pone en riesgo su vida.⁴³

➤ Consumo de tabaco y alcohol

MUÑOZ J, DIEZ J, (2012) mencionan que el tabaquismo es una enfermedad causada por la ingestión de nicotina en grandes cantidades: Ataca en primer lugar al sistema nervioso autónomo, y a continuación a todo el cuerpo. El tabaquismo agudo produce un aumento de la actividad cardiaca después de una a minoración inicial, el descenso de la tensión arterial tras una subida de esta, el aumento de la actividad intestinal después de una corta inhibición y el agotamiento de la secreción glandular tras un breve aumento. El daño pulmonar que produce el tabaco ofrece una mayor predisposición para la infección tuberculosa.⁴⁴

Por su parte FERNÁNDEZ (2009) afirma que existe una frecuente asociación entre el consumo de alcohol y la incidencia de la tuberculosis, debido a los mecanismos inmunitarios que son afectados por el alcohol entre los que se encuentran también aquellos que son esenciales para aumentar el riesgo de Tuberculosis. Por ello el paciente con tuberculosis durante todo el tratamiento no deberá de consumir alcohol, porque podría provocarle un daño hepático. El alcohol por su capacidad de inducción enzimática, puede hacer descender los niveles plasmáticos de Rifampicina e Isoniazida que son considerados el núcleo básico del tratamiento antituberculoso.⁴⁵

➤ **Asistencia a fiestas**

LARICO (2009) menciona que durante el tratamiento de la tuberculosis la enfermera desarrollara un método de ayuda que es la sucesión de acciones; que puedan resolver o compensar las limitaciones que tienen los pacientes en el ámbito de la salud para regular su funcionamiento y desarrollos propios o de otras personas dependientes de ellas. Por lo tanto está en su responsabilidad orientarlos para mantener un entorno que favorezca el desarrollo personal; el cual implicaría la imposibilidad de asistencia a fiestas; ya que pondría en riesgo su salud y la de las personas asistentes.⁴⁶ Así mismo el El MINISTERIO DE SALUD (2013) refiere que la exposición del paciente a reuniones sociales son un obstáculo serio al consumo de sustancias peligrosas, y peligro de contagio entre las personas asistentes.⁴⁷

2.2.5 AUTOCUIDADO RESPECTO A EJERCICIO Y RECREACIÓN

GONZALES (2009) afirma que la recreación es la realización o práctica de actividades durante el tiempo libre. El uso del tiempo libre es usado por muchas personas en actividades como la práctica de deportes que proporcionan descanso, diversión que favorece luchar contra la fatiga y la depresión, mejorar la resistencia, aumentar el estado cardiovascular, ayudar a reducir el estrés y estimular la fortaleza muscular. También favorece que el sistema inmunológico funcione mejor, también el tiempo libre es usado en mirar la televisión que nos enseña a ser pasivos y no activos, en lugar de estimular nuestra creatividad y nuestro deseo por hacer cosas de provecho tiene un efecto contrario y nos produce un letargo intelectual, y físico en cambio el deporte nos produce lo contrario. Por ello es importante que el individuo posea un buen autocuidado respecto a ello para que encuentre espacios en su comunidad y practique deportes que lo alejen del consumo de tabaco y alcoholismo.⁴⁸

MARQUEZ (2009) menciona que la recreación es una forma de descanso. El equilibrio humano puede conseguirse a través de una buena recreación dirigida, su autocuidado no solo tiende a establecer el equilibrio psicológico alterado por las tensiones del día, sino que enriquece nuestra personalidad, permite el desarrollo de la personalidad y la capacidad creadora. Representa al mismo tiempo un verdadero derecho individual y social que debe ser respetado y protegido. Una recreación bien

concebida influye positivamente en el desarrollo del individuo, la comunidad, y la nación. Asimismo, la actividad recreativa tiene importancia, porque acompaña al individuo a lo largo de la existencia. En la recreación encontramos valores terapéuticos, psicológicos y educativos.⁵¹ Así mismo CORRALES afirma que el valor educativo de la recreación nace pues, del reconocimiento de la dignidad del ser humano y del incuestionable efecto sobre las relaciones humanas y la participación social. El valor terapéutico de la recreación aporta significativamente sobre la salud mental de la persona, influye en la estabilidad emocional, constituyéndose en una verdadera fuerza para contrarrestar o prevenir las enfermedades mentales. La recreación restaura el balance orgánico y psíquico de las personas; ayuda a superar la timidez, la introversión y también ayuda a integrar la personalidad a través del desarrollo de actividades positivas.⁴⁹

Por otro lado REEVE (2010) refiere que la recreación restaura el equilibrio psicofísico, es una oportunidad para crear, nos hace pensar y actuar creativamente, haciendo uso de nuestra propia iniciativa y libertad. Así mismo la actividad física en los pacientes con problemas respiratorios favorece el drenaje postural y la estimulación de la expectoración tiene beneficios a nivel de todos los sistemas del cuerpo humano, fortalecimiento de los músculos, reduce las demandas de oxígeno de los miembros inferiores y del tórax. La actividad física no necesita ser intensa para dar beneficios para la salud como contribuir a mejorar la salud mental, hacer frente al estrés, y mejorar la autoestima; así como la resistencia, la fuerza y la coordinación, los beneficios son tanto físicos como psicológicos, con significativa mejora en la calidad de vida.⁵⁰

2.2.6 AUTOCUIDADO RESPECTO AL APOYO EMOCIONAL, SOCIAL Y ESPIRITUAL

El MINISTERIO DE SALUD (2013) afirma que la enfermedad de la tuberculosis genera un gran impacto en la persona que la padece ya que puede alterar las relaciones interpersonales, donde las creencias y valores individuales pierden la importancia que tiene para el enfermo. Por ello la enfermera debe aportar a estas personas apoyo y cuidado para conseguir una existencia más cómoda, eficaz y satisfactoria, en la que la autonomía y la dignidad humana estén presentes y lograr

el equilibrio emocional, social y espiritual para enfrentar las exigencias de la enfermedad.⁵¹

ARROYAL ETAL (2013) menciona que el autocuidado respecto al apoyo emocional, social y espiritual repercute en la situación que enfrenta un individuo al recibir y conocer el diagnóstico de una situación de salud desfavorable, es sin duda una de las mayores pruebas para el personal de salud que acompaña este proceso de adaptación al conocimiento del diagnóstico. Es de vital importancia la actitud de la persona que vive con la enfermedad, de sus familiares y de sus cuidadores, tanto si se toma de manera dramática o como una oportunidad para aportar en la calidad de vida de la persona que vive la situación en su propia vida y cuerpo. Por ello es importante la terapia psicológica durante el tratamiento pues muchos pacientes presentan depresión reactiva al conocer su diagnóstico, o en el curso de un tratamiento prolongado. Es muy importante que el personal de salud evite palabras y actitudes discriminatorias. Hay que dar información, ganarse la confianza y entender las circunstancias de vida del enfermo.⁵²

➤ APOYO EMOCIONAL

DUQUE H, YEPES R. (2007) menciona que el apoyo emocional es un estado afectivo que experimentamos, una reacción subjetiva al ambiente que viene acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos) de origen innato, influidos por la experiencia. Las emociones tienen una función adaptativa de nuestro organismo a lo que nos rodea.⁵³

Por su parte COLLIERE indica que es un estado que sobreviene súbita y bruscamente, en forma de crisis más o menos violentas y más o menos pasajeras.⁵⁴

➤ APOYO SOCIAL

BANDURA (2012) menciona que el apoyo social incluye desde los aspectos económicos hasta la presencia de una red social de apoyo físico, emocional al paciente y a la familia. La presencia de esta red, se considera un recurso adecuado para enfrentarse a la situación de enfermedad y al duelo, otro aspecto que debe considerarse en el paciente y la familia es el laboral pues mientras el paciente cuente con un ingreso económico puede mejorar su autocuidado. Asimismo, se

debe propiciar el apoyo familiar; ya que ésta es el soporte fundamental del sujeto enfermo, pues se constituye en receptora del sufrimiento del enfermo y padecedora de su propio sufrimiento.⁵⁵

COLLIERE (2007) señala que la familia es un elemento participante del cuidado en el hogar y son la mayor fuente de apoyo para el paciente por lo que es necesario conocer de quien recibe el apoyo social y psicológico para su tratamiento y así poder reforzar las relaciones familiares. La adecuada participación de la familia favorece la salud y calidad de vida del paciente, pues los sentimientos y emociones pueden repercutir de modo positivo o negativo en el bienestar del individuo.⁵⁴

➤ APOYO ESPIRITUAL

FLORES (2014) afirma que el apoyo espiritual es aquel elemento dentro del individuo del cual se origina el significado, el propósito y plenitud en la vida, el deseo de vivir, las creencias y la fe en su ser, en otros y en Dios. Es aquello que inspira, motiva y genera esperanza, dirigiendo al individuo hacia valores de amor, verdad, belleza, confianza y creatividad. Es la parte que busca significado y propósito en la existencia. Es la relación de trascendencia más allá, del acá y ahora, un componente esencial para alcanzar un nivel óptimo de salud, de bienestar o de calidad de vida. En ausencia de este significado se genera lo que se ha denominado un distrés espiritual, que resulta cuando el individuo es privado de satisfacer sus necesidades espirituales y se caracteriza por sentimientos de vacío y desespero.⁵⁶

Así mismo LEVINSON (2011) menciona que el mundo espiritual es el más complejo, porque en él se producen la integración e interpretación de las vivencias que acontecen en las otras esferas, con un resultado global consistente en una opinión sobre sí mismo y su situación de enfermedad. Se debe valorar lo espiritual, pues comprende el mundo interior afectivo, deben integrarse los elementos culturales por su influencia en la escala de valores personales, las creencias y las consideraciones de la persona sobre la mejor ayuda. También están incluidas las motivaciones y las consideraciones como necesidades del individuo. El aspecto religioso es una parte más del mundo espiritual.⁵⁷

Por ello PIEROLA (2010) afirma que la meta de la enfermería es ayudar a que las personas ganen armonía entre su mente, cuerpo y espíritu, y que encuentren significado en su existencia y experiencias; para lo cual es necesario brindar a la persona un cuidado espiritual el cual consiste en propiciar a través del cuidado la

satisfacción de las necesidades espirituales de la persona cuidada. El cuidado espiritual incluye ayudar a la gente a identificar y desarrollar su perspectiva espiritual y su conciencia personal de espiritualidad y de sus componentes así como ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades espirituales.⁵⁸

2.3 TUBERCULOSIS

2.3.1 DEFINICIÓN

Según la OMS La tuberculosis es causada por *Mycobacterium tuberculosis*, una bacteria que casi siempre afecta a los pulmones. La afección es curable y se puede prevenir.⁵⁹

El MINISTERIO DE SALUD (2014) define a la tuberculosis como una enfermedad infecciosa, bacteriana, contagiosa que compromete principalmente los pulmones, pero puede propagarse a otros órganos o tejidos. La especie más importante y representativa causante de la tuberculosis es el *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch.⁶⁰

2.3.2 CARACTERÍSTICAS DEL BACILO TUBERCULOSO

FARGA (2008) describe que el *mycobacterium tuberculosis* es un bacilo delgado, ligeramente curvado, de 1 a 4 micrones de longitud media, que se tiñe en forma irregular, dando un aspecto en cuentas de rosario.⁶⁶ Tiene una serie de características estructurales que la hacen poco vulnerable a la mayoría de agentes químicos y lo protegen de los mecanismos de defensa naturales del huésped. En cambio, es muy susceptible a la luz solar, al calor y a la desecación. Tiene la pared celular más compleja de todas las bacterias conocidas, una membrana dos veces más gruesa y fuerte que la de los bacilos gram negativos, una verdadera coraza lipídica, difícil de vencer, de ella depende, entre otras muchas propiedades, la alcohol-ácido resistencia, que hace que una vez teñido sea capaz de resistir la decoloración con ácidos y alcohol; de ahí el nombre de bacilos alcohol-ácido resistentes (BAAR) con el cual se les denomina.⁶¹

MENDOZA (2011) refiere que el bacilo tuberculoso tiene las siguientes propiedades biológicas:⁶²

- 1) Su transmisión generalmente es directa, de persona a persona.
- 2) No tiene toxinas conocidas, así que puede persistir en la bacteriostasis por largos periodos en el interior de las células.
- 3) Es aerobio, lo que determina que tenga una capacidad de metabolización y de crecimiento muy diferentes según la tensión parcial de oxígeno del órgano o lesión que anida.
- 4) Es de multiplicación lenta, factor que condiciona su tendencia a la cronicidad.
- 5) Tiene una virulencia variable, que podría explicar algunas de sus características epidemiológicas.
- 6) Tiene numerosos antígenos, capaces de despertar una gran variedad de respuestas inmunológicas en el huésped, algunas de las cuales determinan el característico daño tisular que es capaz de producir.

2.3.3 MODO DE TRANSMISIÓN DE LA ENFERMEDAD

FARGA (2008) afirma que la transmisión de la enfermedad solo puede realizarse por personas que tengan activa la enfermedad. La tuberculosis se transmite a través de partículas expelidas por el paciente bacilífero (con tuberculosis activa) con la tos, estornudo, hablando, cantando, o al escupir. Las gotas infecciosas (flugger) son de un diámetro de 0,5 a 5 μ m, pudiéndose producir alrededor de 400.000 con un solo estornudo. Cada una de esas gotitas de un enfermo activo puede transmitir el microorganismo, la inhalación de una sola de las bacterias puede causar una infección.

Por su parte MARTIN (2012) refiere que la probabilidad de una transmisión eficaz aumenta con el número de partículas contaminadas expelidas por el enfermo; las personas con contactos frecuentes, prolongados o intensos tienen un riesgo alrededor del 25% mayor de ser infectados. Para que la infección ocurra es necesario que se produzca una exposición prolongada a un enfermo con tuberculosis sin tratamiento. Un paciente con TBC activa sin tratamiento puede infectar entre 10 a 15 personas por año. Otros riesgos incluyen aquellas donde la tuberculosis es frecuente, en pacientes inmunodeprimidos con condiciones como

malnutrición y sida, poblaciones étnicas en alto riesgo y trabajadores de la salud sirviendo en regiones de alto riesgo.⁶³

2.3.4 PATOGENIA DE LA TUBERCULOSIS

SOLERO (2009) explica que la infección por *Mycobacterium tuberculosis* se realiza por vía aérea. De esta manera, el bacilo es fagocitado por los macrófagos alveolares. En un 30% de los casos, estos macrófagos son incapaces de destruirlos; entonces se genera la infección, que se caracteriza por el crecimiento en el interior del fagosoma de los macrófagos infectados.⁶⁴

Así mismo MARTIN (2012) refiere que en el foco de infección se genera un granuloma, que se caracteriza por la presencia de un tejido necrótico intragranulomatoso y que se estructura finalmente con la adquisición de la inmunidad. Con la inmunidad los macrófagos infectados pueden activarse y destruir al bacilo, de manera que se controla la concentración de este. Entonces empieza la infección latente, caracterizada por la respuesta inmune específica, control de la concentración bacilar, pero con la presencia de bacilos latentes (en estado estacionario) en el tejido necrótico. A medida que los macrófagos van drenando este tejido, los bacilos latentes se confunden con esta necrosis y son drenados hacia el espacio alveolar, donde pueden reactivar su crecimiento de nuevo si el sistema inmune está débil. De esta manera se mantiene la infección durante años. Clínicamente, la infección tuberculosa latente no genera síntomas. Sin embargo, en un 10% de los casos, el control de la concentración bacilar se pierde, se reanuda el crecimiento y se puede generar una tuberculosis activa, o enfermedad tuberculosa. Es por ello que debe tratarse, sobre todo aquellos pacientes recientemente infectados.⁶³

2.3.5 SIGNOS Y SÍNTOMAS

El MINISTERIO DE SALUD (2012) contempla que la tuberculosis suele combinar una serie de manifestaciones sistémicas y respiratorias. Los síntomas generales o sistémicos son primeros en aparecer, en el paciente se observa astenia, decaimiento, fatigabilidad, pérdida del apetito, sensación febril, traspiraciones y malestar

general, el paciente con tuberculosis despierta descansado, pero va perdiendo su energía a lo largo del día hasta el extremo de necesitar ayuda para terminar sus labores habituales, pronto se agregaran síntomas más significativos como: Fiebre, sudoraciones nocturnas, pérdida progresiva de peso, irritabilidad, dificultad de concentrarse en el trabajo habitual, trastornos nerviosos, dispepsia y otras molestias digestivas.⁶⁵

Según la OMS (2014) afirma que cuando la forma activa de la enfermedad se presenta, los síntomas (tos, fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso, etcétera) pueden ser leves durante muchos meses. Como resultado de ello, en ocasiones los pacientes tardan en buscar atención médica y transmiten la bacteria a otras personas. A lo largo de un año, un enfermo tuberculoso puede infectar a unas 10 a 15 personas por contacto estrecho. Si no reciben el tratamiento adecuado, hasta dos terceras partes de los enfermos tuberculosos mueren.⁶⁶

2.3.6 FACTORES DE RIESGO

- Inmunidad suprimida.
- Pobreza, personas que viven en la calle y abuso de drogas.
- Condiciones de vida en hacinamiento.
- Malnutrición, puesto que debilita la inmunidad.
- Ser trabajador de salud y tener contacto con personas infectadas.
- Viajar constantemente a muchos lugares del mundo.
- Edad.

2.3.7 TRATAMIENTO

Según la OMS la tuberculosis es una enfermedad que se puede tratar y curar. La forma activa que es sensible a los antibióticos se trata con una combinación estándar de cuatro de estos medicamentos administrada durante seis meses junto con información, supervisión y apoyo del paciente por un agente sanitario o un voluntario capacitado. Si no se proporcionan supervisión y apoyo, el cumplimiento terapéutico puede ser difícil y, como consecuencia, la infección puede propagarse.

La gran mayoría de los enfermos pueden curarse a condición de que los medicamentos se tomen correctamente.

El MINISTERIO DE SALUD afirma que el tratamiento se basa en diversos regímenes de terapia combinada (varios medicamentos) de corta duración, tomándose en cuenta tres propiedades fundamentales de los medicamentos antituberculosos: Capacidad bactericida, capacidad esterilizante, capacidad de prevenir la resistencia. La Isoniacida y la rifampicina son consideradas como el núcleo básico del tratamiento antituberculosis a la que se agregó posteriormente la pirazinamida y el etambutol; todas ellas pueden eliminar el bacilo de la tuberculosis (*mycobacterium tuberculosis*) en cualquier localización, a nivel intracelular y extracelular.⁶⁷

2.3.8 COMPLICACIONES DE LA TUBERCULOSIS

FIGUEROA (2013) afirma que las complicaciones de la tuberculosis pueden ser torácicas o extratorácicas. Las primeras pueden afectar al parénquima pulmonar, a la pleura, a ambos conjuntamente o a órganos mediastinales, y la segunda corresponde a la amiloidosis (Silva). Las complicaciones torácicas incluyen las hemoptisis, atelectasia, enfisema, neumotórax, neumonocele, fístula broncopleurales, alteraciones gangliomediastinales, bronquiectasias, hipertensión pulmonar y corazón pulmonar crónico entre las más importantes.⁶⁸

Por su parte FARGA (2008) menciona que las complicaciones de la tuberculosis son las siguientes:

a) **Resistencia a múltiples medicamentos**

La enfermera vigila muy de cerca los signos vitales y los picos febriles o cambios en el estado clínico. La enfermera informa al individuo del riesgo de resistencia al tratamiento si no se cumple con este en forma estricta y continua.

b) **Diseminación de la infección tuberculosa**

La diseminación de la infección tuberculosa a partes del cuerpo fuera del pulmón se conoce como tuberculosis miliar, que resulta de la invasión del torrente sanguíneo por bacilos de la tuberculosis (tubérculo de Ghon). Los

microorganismos emigran desde focos hacia el torrente sanguíneo, recorren todo el cuerpo y se propagan en todos los tejidos, provocando el desarrollo de tubérculos miliares minúsculos en pulmones, bazo, hígado, riñones, meninges y otros órganos.

c) Efectos secundarios del régimen medicamentoso

Con frecuencia los efectos secundarios de los medicamentos son la causa por el cual el paciente abandona el tratamiento. La enfermera vigila los efectos colaterales de los medicamentos contra la tuberculosis, como hepatitis, cambios neurológicos, sordera, neuritis, e irritación de la piel, para orientar al paciente sobre estas reacciones adversas y las medidas a seguir según la evaluación médica, con el objetivo de que el paciente culmine satisfactoriamente su tratamiento.⁶⁹



III. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN.

3.1. La Variable de estudio:

- Autocuidado en el paciente con tratamiento antituberculoso.

3.2. Operacionalización de la variable:

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORIA
<p>AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO</p> <p>Son las destrezas aprendidas a través de toda la vida y de uso continuo que se emplean por libre decisión del paciente con tuberculosis para conseguir fortalecer o restablecer su salud evitando complicaciones.</p>	<p>Alimentación</p> <p>Sueño</p> <p>Medidas higiénicas.</p> <p>Conductas de riesgo.</p> <p>Ejercicio y Recreación</p> <p>Cuidado emocional, social y espiritual</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia del consumo de sus alimentos. • Lugar del consumo de alimentos. • Consumo de Líquidos. • Consumo de proteínas: carnes, menestras, lácteos. • Consumo de frutas y verduras. • Horas de sueño. • Cuidado personal: Lavado de manos, baño diario. • Cuenta con habitación propia. • Ventilación de su dormitorio. • Iluminación natural durante el día en su habitación. • Precauciones al toser o estornudar. • Consume alcohol, cigarrillos • Consume drogas • Asistencia a fiestas. • Practica ejercicios • Uso del tiempo libre • Apoyo de la red social. • Discriminación por la enfermedad. • Asistencia a la iglesia. • Espiritualidad. 	<p>Adecuado (13 – 24 puntos)</p> <p>Inadecuado (0 – 12 puntos)</p>

IV. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

4.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar el autocuidado que tienen los pacientes con tratamiento antituberculoso asistentes al servicio de enfermería, Microred Santa Adriana Juliaca 2014.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ Identificar el autocuidado de los pacientes con tratamiento antituberculoso respecto a la alimentación.
- ✓ Identificar el autocuidado de los pacientes con tratamiento antituberculoso respecto al sueño.
- ✓ Identificar el autocuidado de los pacientes con tratamiento antituberculoso respecto a la higiene.
- ✓ Identificar el autocuidado de los pacientes con tratamiento antituberculoso respecto a conductas de riesgo.
- ✓ Identificar el autocuidado de los pacientes con tratamiento antituberculoso respecto al ejercicio y recreación.
- ✓ Identificar el autocuidado de los pacientes con tratamiento antituberculoso respecto al apoyo social, emocional y espiritual.

V. DISEÑO METODOLÓGICO.

5.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

La presente investigación fue de tipo descriptivo-transversal.

- **DESCRIPTIVO:** Porque permitió describir como es el autocuidado del paciente con tratamiento antituberculoso.
- **TRANSVERSAL:** Porque se obtuvo la información en un determinado momento haciendo un corte de tiempo.⁷⁰

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se aplicó el diseño descriptivo simple, para conocer como es el autocuidado del paciente con tratamiento antituberculoso.

M-----O

DONDE:

M = Representa la muestra de pacientes con tratamiento antituberculoso

O = Representa la información sobre como es el autocuidado en el paciente con tratamiento antituberculoso.

5.2 AMBITO DE ESTUDIO

El presente estudio se realizó en los nueve establecimientos pertenecientes a la Microred Santa Adriana de la Ciudad de Juliaca provincia de San Román y departamento de Puno, los cuales son: C.S. Santa Adriana, P.S. Santa María, P.S. Choferes, P.S. Santa Catalina, P.S. Jorge Chávez, P.S. Unocolla, P.S. Rancho Pucachupa, P.S. Isla, P.S. Central Esquen.

La población a cargo de la Microred Santa Adriana es dinámica, variable y predispuesta a estaciones del año y épocas de educación escolar. Considerando la zona peri urbana y la zona rural que comprende su jurisdicción La distribución y la densidad poblacional no es homogénea. Existe una cultura costumbrista y como lengua materna el Quechua, el castellano, además de migrantes de aymara. La mayor parte de los pobladores de la jurisdicción de la Microred Santa Adriana son de sectores que cuentan con escasos recursos económicos. Por la necesidad social y de subsistencia la estructura productiva es esencialmente agropecuaria en zona rural como son: La papa, cebada, quinua, habas, quinua, maíz, forraje y otros, dedicándose en su mayoría al Comercio, Transporte de vehículo (Taxis, Micros, Mototaxis y Triciclos), ladrillería, artesanía, entre otros; tienen problemas sociales como hacinamiento y saneamiento básico deficiente, por lo que tienen un ingreso económico precario e inestable; no pudiendo satisfacer muchas veces sus necesidades básicas.⁷¹

5.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población y muestra de estudio estuvo conformada por 32 pacientes con tratamiento antituberculoso asistentes al servicio de enfermería de la Microred Santa Adriana, sin embargo considerando los criterios de inclusión y exclusión, este se redujo a 23 pacientes y la muestra de estudio fue de 23 pacientes; el cual se determinó utilizando el muestreo no probabilístico; considerando los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Pacientes registrados en la ESNPCT con el diagnóstico de tuberculosis pulmonar de cada uno de los 9 Establecimientos de salud a cargo de la Microred Santa Adriana, que reciben tratamiento antituberculoso en la primera o segunda fase del esquema uno.
- Pacientes que acepten voluntariamente ser parte del estudio.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con tuberculosis extrapulmonar.
- Pacientes con tuberculosis multidrogoresistente.
- Pacientes que no acepten ser incluidos en el estudio.
- Contactos de pacientes que reciben quimioprofilaxis.

5.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

5.4.1 TÉCNICA. Se utilizó la técnica de la entrevista, para establecer empatía y confianza del paciente con tuberculosis.

5.4.2 INSTRUMENTO. El instrumento fue un cuestionario; el cual tuvo como objetivo determinar cómo es el autocuidado en pacientes con tratamiento antituberculoso asistentes al servicio de enfermería, Microred Santa Adriana Juliaca 2014.

El instrumento consta de tres partes: **(Anexo 02)**

- La primera parte viene a ser la introducción, donde se menciona la presentación personal de la investigadora, los objetivos de la investigación, además del carácter anónimo y confidencial que posee.
- La segunda parte corresponde a los datos generales del informante entre las cuales se encuentran: La edad, sexo, grado de instrucción, religión, número de personas con quien vive en el hogar, estado civil y ocupación.
- La tercera parte consta de 24 preguntas cerradas entre dicotómicas y de opción múltiple.

MEDICIÓN DEL INSTRUMENTO

La medición se realizó mediante los siguientes criterios:

- Respuesta correcta : 1 punto
 - Respuesta incorrecta : 0 puntos
 - Puntaje máximo : 24 puntos
 - Puntaje mínimo : 0 puntos
 - Autocuidado Adecuado : De 13 a 24 puntos
 - Autocuidado Inadecuado : De 0 a 12 puntos
- ✓ La puntuación se estableció de acuerdo a la tabla de códigos (respuestas correctas) de cada ítem en las preguntas del cuestionario. (**Anexo 3**)

La validez y confiabilidad del instrumento se estableció en el estudio “Medidas de autocuidado que tienen los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de la tuberculosis del centro de salud conde de la vega baja”- Lima 2013 mediante juicio de expertos, posteriormente sometidos a una prueba binomial para establecer su concordancia y el coeficiente de kuder – Richardson con un puntaje obtenido de 0,657 respectivamente.

Al respecto; se realizó una prueba de ensayo para establecer la adecuación del instrumento; el cual se desarrolló en el establecimiento de salud “La revolución – Juliaca” con diez pacientes con las mismas características que establecen los criterios de inclusión. En el desarrollo del mismo los pacientes respondieron espontáneamente a cada una de las preguntas del cuestionario, por lo cual no fue necesario realizar ningún tipo de modificación en el contenido del instrumento.

5.5 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

5.5.1 ACTIVIDADES DE COORDINACIÓN

- ✓ Se solicitó una carta de presentación por escrito a la decana de la Facultad de Enfermería dirigido al jefe de la Microred Santa Adriana Juliaca.
- ✓ Se presentó el documento al jefe de la Microred Santa Adriana a fin de obtener las facilidades y autorización para la ejecución del proyecto en sus diferentes Establecimientos de salud a cargo.
- ✓ Se realizó la presentación documental de autorización emitida por el jefe de la Microred santa Adriana a cada jefe de los nueve establecimientos de salud a cargo de la Microred santa Adriana.
- ✓ Se coordinó con cada enfermera responsable de la ESNPCT de la Microred Santa Adriana con el fin de dar a conocer los objetivos de la investigación; solicitando la colaboración en la ejecución del proyecto, así como para obtener la información que se requiera durante la ejecución.

5.5.2 ACTIVIDADES DE EJECUCIÓN

- ✓ Se identificó a todos los pacientes registrados en la ESNPCT que reciben tratamiento antituberculoso en cada uno de los nueve establecimientos de salud a cargo de la Microred Santa Adriana Juliaca.
- ✓ Se revisaron primero los registros de los pacientes para determinar la población exacta de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.
- ✓ Una vez identificados se procedió a crear un clima de confianza para facilitar el recojo de información; posterior a ello se procedió a informar sobre la realización del proyecto de investigación; explicándole sobre el propósito e importancia que tiene para la Estrategia de Prevención y Control de la Tuberculosis, así como para su persona, indicándole además que su participación es estrictamente confidencial y solo para fines del estudio.
- ✓ Se obtuvo el consentimiento informado en aquellos pacientes que aceptaron formar parte del estudio, el cual se garantiza con su firma y huella digital. **(Anexo 01)**
- ✓ Posterior a ello se procedió a la aplicación del instrumento (cuestionario); resolviendo cualquier duda que surja en el momento por parte del paciente, el cual tuvo una duración entre 15 a 20 minutos en promedio. **(Anexo 06)**

- ✓ Terminada la recolección de datos se agradeció a cada paciente por la disposición prestada.
- ✓ Una vez que todos los pacientes respondieron a todas las preguntas del cuestionario en todos los establecimientos de la Microred Santa Adriana, se dio por culminada la ejecución del proyecto de investigación.
- ✓ Finalmente se agradeció a cada una de las enfermeras responsables de la ESNPCT, así como al jefe de la Microred por su colaboración.

5.6 PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS:

Una vez aplicado el instrumento a todos los pacientes con tratamiento antituberculoso asistentes al servicio de enfermería, Microred Santa Adriana- Juliaca, los datos fueron procesados para su respectivo análisis e interpretación; para lo cual se realizaron las siguientes acciones:

- ✓ Verificación de respuestas de cada instrumento.
- ✓ Codificación de respuestas.
- ✓ Vaciado de respuestas a una tabla matriz. (**Anexo N° 4**)
- ✓ Elaboración de cuadros estadísticos y gráficos de información para proceder al análisis e interpretación de los datos.

Para el análisis de los datos se aplicó la estadística descriptiva a través de la frecuencia absoluta y porcentajes mediante la siguiente fórmula:

$$P = \frac{X}{N} (100)$$

Dónde:

P = Porcentaje.

N= Tamaño de muestra.

X = Información sobre el autocuidado del paciente con tratamiento antituberculoso, (adecuado o inadecuado)

VI. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CUADRO 1

AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO ASISTENTES AL SERVICIO DE ENFERMERIA, MICRORED SANTA ADRIANA JULIACA 2014

AUTOCUIDADO	PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO	
	N°	%
ADECUADO	15	65.2
INADECUADO	8	34.8
TOTAL	23	100

Fuente: Instrumento aplicado a pacientes con tuberculosis de la ESNPCT en la Microred Santa Adriana Juliaca 2014.

En el cuadro se puede observar el autocuidado en pacientes con tratamiento antituberculoso asistentes al servicio de enfermería, Microred Santa Adriana Juliaca; donde del 100% de pacientes, el 65.2% tienen un autocuidado adecuado; mientras que el 34.8% posee un autocuidado inadecuado.

Los resultados del presente estudio coinciden con el estudio realizado por COOICCA (2013) al concluir que en relación al autocuidado en pacientes con tratamiento antituberculoso, 25 pacientes realiza medidas de autocuidado adecuadas (62.5%) y 15 pacientes tiene medidas de autocuidado inadecuadas (37.5%).¹⁴

Por otro lado TINTAYA (2009) en su estudio concluyó que los pacientes con tratamiento antituberculoso evidencian un autocuidado inadecuado mayoritariamente en cuanto a alimentación e higiene; siendo el autocuidado en la alimentación inadecuado en un 53%, y el autocuidado en la higiene en un 87%.¹⁶ Estos resultados posiblemente se deban a la mayor cantidad de pacientes que acuden a dicho establecimiento para recibir atención; el cual dificultaría la labor educativa de la enfermera por la sobrecarga de responsabilidades que tenga a su cargo. Así mismo ARROYAL (2013) plantea que el

autocuidado es una práctica indispensable para el manejo de la tuberculosis pulmonar, que involucra líneas de crecimiento en las que toda persona debe trabajar cotidianamente para tener un desarrollo armónico y equilibrado en el control de su enfermedad.⁹ Frente a ello VINACCIAS (2008) afirma que la posibilidad de que los pacientes tengan la oportunidad de saber cómo mantener una salud adecuada que ayuden a disminuir el riesgo de contagio a sus familiares, dependen del fomento del autocuidado que realice la enfermera; ya que favorece a la adopción de mejores estilos de vida saludable.¹⁰ Así mismo URRUTIA (2011) confirma que la tuberculosis al ser una enfermedad infectocontagiosa requiere adecuados cuidados, tales como: Una adecuada alimentación, apoyo psicológico, higiene personal y saneamiento ambiental adecuado en el hogar, así como el adecuado descanso y sueño. El incumplimiento de estas medidas puede generar complicaciones, así como el contagio a los contactos, generando un círculo vicioso en la familia y comunidad.²⁴

TOBON (2010), afirma que el autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son “destrezas” aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad.¹⁹

Por los resultados encontrados podemos deducir que la mayoría de los pacientes con tratamiento antituberculoso tiene un autocuidado adecuado (65.2%) y estarían adoptando una actitud responsable en relación a la enfermedad y su autocuidado; atribuyéndolo al proceso educativo constante brindado por la enfermera acerca de las buenas prácticas y sobre todo de las medidas de prevención para prevenir el contagio; sin embargo preocupa que un tercio de la población (34.8%) tenga un autocuidado inadecuado; situación que representa un riesgo para la diseminación de la enfermedad y aumentar las tasas de multidrogoresistencia a medicamentos antituberculosos de primera línea; posiblemente se deba a que el paciente no estaría tomando conciencia sobre los cuidados que debe realizar en el hogar o aún no habría internalizado eficazmente la orientación y consejería que se le brindó por parte de la enfermera; situación que quizás se deba al grado de instrucción que tengan, ya que el 21.7% de pacientes tiene un grado de instrucción primario.

CUADRO 2

AUTOCUIDADO RESPECTO A LA ALIMENTACIÓN EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO ASISTENTES AL SERVICIO DE ENFERMERÍA, MICRORED SANTA ADRIANA JULIACA 2014

AUTOCUIDADO RESPECTO A LA ALIMENTACIÓN	PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO					
	ADECUADO (Si lo hacen)		INADECUADO (No lo hacen)		TOTAL	%
	Nº	%	Nº	%		
Frecuencia de consumo de alimentos (Comen 5 veces al día).	17	73.9	6	26.1	23	100
Lugar de consumo de alimentos (en el hogar)	20	87.0	3	13	23	100
Consumo diario de carnes	17	73.9	6	26.1	23	100
Consumo de lácteos (2 a 3 veces por semana)	12	52.2	11	47.8	23	100
Consumo de menestras (2 a 3 veces por semana)	15	65.2	8	34.8	23	100
Consumo diario de frutas y verduras.	5	21.7	18	78.3	23	100
Toma 5 a7 vasos de agua diario	8	34.8	15	65.2	23	100

Fuente: Instrumento aplicado a pacientes con tuberculosis de la ESNPCT en la Microred Santa Adriana Juliaca 2014.

En el cuadro observamos el autocuidado respecto a la alimentación que tienen los pacientes con tratamiento antituberculoso asistentes al servicio de enfermería, Microred Santa Adriana, donde: Del 100% de pacientes, el 73.9% tiene una frecuencia de consumo de alimentos adecuado, es decir consume cinco comidas durante el día mientras que el 26,1% lo hace en menor frecuencia, es decir inadecuadamente. En cuanto al lugar de consumo de alimentos, el 87% lo hace adecuadamente, es decir en el

hogar y el 13% lo hace en la calle lo cual es inadecuado. Respecto al consumo de proteínas; el 73.9% tiene consumo adecuado es decir consume carnes todos los días, mientras que el 26.1% no lo hace, el consumo de lácteos es adecuado en el 52.2% es decir consume 2 a 3 veces por semana, y el 47.8% no lo hace así. En cuanto al consumo de menestras: El 65.2% lo consume 2 a 3 veces por semana que es lo adecuado, mientras que el 34.8% no lo hace así. En relación al consumo de frutas y verduras: El 21.7% manifiestan que lo consumen a diario lo cual es adecuado y el 78.3% refiere que no lo consume a diario. En cuanto al consumo de líquidos, el 34,8% lo consume adecuadamente, es decir toma de 5 a 7 vasos al día y el 65,2% lo hace inadecuadamente es decir consume en menor cantidad.

Por lo tanto el presente estudio; es similar al que realizó, TINTAYA (2009) al encontrar que el autocuidado respecto a la alimentación es inadecuado en un 53%, considerando que el 63% de los pacientes consumen proteínas, carbohidratos el 60% y solo el 40% consumen lípidos insaturados y vitaminas, esto demuestra un desequilibrio en la alimentación y nutrición, atribuidos al desconocimiento por parte del usuario para mejorar y mantener su salud.¹⁶ Que coincide además con los resultados de SOLIS A, ARIAS A (2012) con respecto a la alimentación; donde el 86% de los encuestados ingieren cinco comidas en el día, el 10% consume menos de cinco comidas en un día y solo el 5% dos veces al día. El 50% de las personas encuestadas consideran tener una alimentación regular, mientras que en 32% piensa que es buena y el 10% que es realmente mala.¹²

Sin embargo no coinciden con CCOICCA (2012); quien encontró que respecto a la alimentación 14 pacientes (35%) consume 5 comidas durante el día; 9 pacientes (22.5%) ingiere una alimentación balanceada; 7 pacientes (17.5%) toma 5-7 vasos de agua diario; 33 pacientes (82.5%) come las principales comidas en el hogar.¹⁴

MARKEE G, MARCHINI D (2012) refiere que es conveniente que la dieta diaria del paciente con tuberculosis contenga cantidades suficientes de proteínas para que favorezca la cicatrización; debiéndose consumir entre 120 a 130g. de proteínas, de las cuales no menos de la mitad deben ser de origen animal; así como de calorías suficientes para reponer la pérdida ponderal. Por ello que la complementación alimentaria en los pacientes con tuberculosis es considerada una actividad que acompaña al tratamiento ya que lo fundamental es que el menú sea variado y mixto

comprendiendo productos de origen animal, sales, minerales y vitaminas, asegurándose con éstas últimas una mejor utilización de las proteínas, las grasas y los hidratos de carbono.²⁹

Así mismo SLOBODIAIK D, (2013) afirma que el paciente con tuberculosis debe alimentarse con una dieta balanceada rica en proteínas (carne de res, pollo, pescado), y leguminosas que deben ser consumidas de 2 a 3 porciones diarias; carbohidratos que se encuentran en los tubérculos (papa, camote, yuca), arroz, cereales (trigo, quinua y kiwicha), y menestras.²⁸ Frente a ello menciona que la desnutrición especialmente proteica, probablemente por su efecto depresivo sobre la inmunidad celular, es un factor de riesgo conocido, ya que la enfermedad es más frecuente en los individuos de peso inferior a lo normal, aunque no sean definitivamente desnutridos.

MATAIX (2012) menciona que la persona con tuberculosis que recibe tratamiento antituberculoso, deberá ingerir tres comidas principales (desayuno, almuerzo y cena) más dos refrigerios; además menciona que la alimentación debe cubrir el consumo elevado de energía, para ello es fundamental es que el menú sea variado y mixto comprendiendo productos de origen animal, sales, minerales y vitaminas, asegurándose con éstas últimas una mejor utilización de las proteínas, las grasas y los hidratos de carbono.²⁶

DEYNES (2008) menciona que las frutas y las verduras aseguran no solo el suministro de una buena cantidad de vitaminas al organismo, sino también la administración de sales minerales indispensables (potasio, calcio, fósforo). El no consumir estos alimentos diariamente es probable que no se obtenga las vitaminas y minerales que el cuerpo necesita. Las frutas y verduras deben ser consumidas diariamente ya que estos permitirán utilizar todos los nutrientes de la alimentación.³⁰

En cuanto al consumo de líquidos HUMBERTO A, ANAYA R (2013) refiere que la cantidad de agua en la dieta influye significativamente en prolongar la salud, por lo que se aconseja el consumo de 5 a 7 vasos de agua aparte de las que podamos consumir por los alimentos, con lo cual se garantiza una adecuada hidratación en el paciente.³¹

Por los resultados encontrados en el presente estudio podemos deducir que en cuanto a la frecuencia del consumo de alimentos; la mayoría de los pacientes si consume 5 comidas durante el día; resultado que se podría atribuir a que la mayoría de los

pacientes se encuentra en una edad que va de adulto y adulto joven; lo que reflejaría su toma de conciencia frente a la importancia de la alimentación; pero preocupa que más de la cuarta parte de pacientes, no lo realiza así; esto posiblemente se deba a la influencia de los factores socioeconómicos; teniendo en cuenta que muchos de los pacientes hasta antes de conocerse su enfermedad eran el sostén de sus familias; además según las características personales, el 52.2% de pacientes son desempleados; lo cual podría estar en consecuencia viéndose afectado su ingreso familiar, ya que sería inestable e inseguro; situación que les imposibilitaría o restringiría adquirir los alimentos suficientes y adecuados para su consumo.

Los pacientes que consumen sus alimentos en el hogar; están más seguros de no adquirir otras enfermedades relacionadas con la mala preparación de alimentos; sin embargo el 13% de pacientes que no lo realiza así, estarían en riesgo; ya que si bien es cierto la comida que ofrecen los restaurantes, expenden alimentos poco salubres y un aporte nutricional deficiente; así como también el excesivo uso de condimentos y colorantes aditivos; el cual influiría de manera negativa el estado nutricional del paciente; esta práctica negativa se atribuiría quizás al tipo de trabajo que tienen, ya que según las características personales de los pacientes, el 26.1% refieren que tienen una ocupación independiente, por ejemplo: Al comercio; en el cual tienen que pasar la mayor parte del día fuera de su hogar, y por lo tanto adquirir sus alimentos de ese medio.

Así mismo casi la cuarta parte de los pacientes no tienen una frecuencia de consumo de carne adecuada; el cual es un aspecto negativo; pues la alimentación constituye un aporte esencial en el éxito de curación de la enfermedad; además es importante propiciar y concientizar en el paciente y su familia la importancia de una alimentación adecuada ya que esto contribuye en el control de la enfermedad y es base fundamental para su pronta rehabilitación. Posiblemente este resultado nos invitaría de nuevo a analizar la influencia del aspecto socioeconómico que tiene cada paciente en su hogar; el cual estaría afectando en la adquisición de esta importante fuente de proteínas.

En cuanto al resultado del consumo de lácteos y menestras; este realmente llama la atención ya que casi el 50% no tiene el hábito de consumirlo de una manera adecuada. Si bien es cierto los lácteos y menestras son fuente importante de proteínas que favorecen a la reconstrucción celular, además de proporcionar la energía suficiente para

realizar sus actividades. Por el mismo hecho de que la tuberculosis hace que el organismo gaste más energía; y si el paciente no recibe la energía necesaria perderá peso; y en consecuencia el organismo no podrá responder adecuadamente al tratamiento. Esta situación se podría atribuir quizás a la sintomatología ocasionada luego de su consumo en determinados pacientes, a los cuales les produciría dispepsias y/o regurgitaciones que serían interpretadas de manera errónea por los pacientes, y ser generalizados en cuanto a su sintomatología.

En cuanto a los resultados obtenidos respecto al consumo de frutas, verduras, y líquidos, se puede deducir que más de la mitad de los pacientes no lo consumen adecuadamente; porcentajes que son muy preocupantes; si bien es cierto es fundamental que el menú del paciente con tuberculosis debe ser variado y mixto; pero el hecho de no consumir estos alimentos diariamente es probable que este no obtenga las vitaminas y minerales suficientes que su cuerpo necesita, además de una buena hidratación. Por todo ello se puede deducir que los pacientes no tienen una alimentación balanceada; situación que posiblemente se deba a la falta de concientización e información por parte del paciente y su familia en la práctica de estos hábitos, por otra parte quizás se deba a la poca accesibilidad económica que tengan las familias en adquirir estos alimentos; ya que como se vio el 52.2% son desempleados; además podría influir el grado de instrucción; ya que el 21.7% de pacientes tiene un grado de instrucción primario; y en donde le restarían importancia al consumo de estos. Quizás también se deba al hecho de que el 30.4% de pacientes tiene una edad de 51 años a más; posiblemente a que la mayoría de ellos vivirían solos o al lado de sus hijos y nietos que se desinteresarían por él; lo que al final los desmotivaría a llevar una adecuada alimentación.

CUADRO 3

AUTOCUIDADO RESPECTO AL SUEÑO EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO ASISTENTES AL SERVICIO DE ENFERMERÍA, MICRORED SANTA ADRIANA JULIACA 2014.

AUTOCUIDADO RESPECTO AL SUEÑO			
PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO		Nº	%
ADECUADO	Duerme 6 – 8 horas	15	65.2
INADECUADO	Duerme menos de 5 horas	3	13.1
	Duerme más de 10 horas	4	17.4
	No lo toma en cuenta	1	4.3
TOTAL		23	100

Fuente: Instrumento aplicado a pacientes con tuberculosis de la ESNPCT en la Microred Santa Adriana Juliaca 2014.

En el cuadro sobre autocuidado respecto al descanso y sueño que tienen los pacientes con tratamiento antituberculoso asistentes al servicio de enfermería, Microred Santa Adriana; observamos que del 100% de pacientes, el 65.2% duermen de 6 a 8 horas diarias, lo cual es adecuado; el 13,1% lo hace por menos de 5 horas, el 17,4% lo hace por más de 10 Horas y el 4.3% de los pacientes no toma en cuenta sus horas de sueño; siendo estas últimas tres inadecuadas.

De acuerdo con MASLOW (2000) el sueño es una necesidad básica del ser humano cuya función es restaurar la energía y bienestar que la persona pierde durante el día;³² tal como lo afirma MORRIS (2000), ya que el sueño es importante para que el ser humano realice de manera óptima sus actividades pues con el sueño se consigue que el organismo recupere el desgaste producido por la actividad diaria. Las horas de sueño promedio que requiere un individuo va en un promedio de 6 a 8 horas; sin embargo varían según la edad, la complejión física y el nivel de actividad diaria para restaurar su desgaste físico y mental.³³

BANDURA A, MISHEL A, ELLIS YJ, ROTTER F. (2012) menciona que los pacientes con tuberculosis pueden tener problemas para conciliar el sueño debido a los signos y síntomas de su enfermedad como: Dolor, tos persistente y temperaturas elevadas acompañadas de sudoración nocturna, lo cual impide la satisfacción de la necesidad de sueño del paciente con esta enfermedad. Por ello es indispensable que estos factores se identifiquen para poder solucionarlos.³⁵

Según los resultados un porcentaje mayoritario 65.2% duerme de 6 a 8 horas diarias; estos resultados coinciden a lo encontrado por CCOICCA (2012) respecto al sueño, ya que de una muestra de 40 pacientes, 28 pacientes duerme de 6 a 8 horas diarias.¹⁴ Por su parte MONSALVE (2009) encontró que los adolescentes infectados con VIH en el hogar San Camilo- Lima, 25 pacientes duerme de 8 a 12 horas diarias, concluyendo que estas medidas de autocuidado son adecuadas. Estos resultados encontrados por este autor posiblemente se deben al hecho de que los trastornos del sueño representan uno de los problemas más comunes entre los sujetos diagnosticados de SIDA, incluso desde las fases más tempranas de la enfermedad.¹⁵

Por lo expuesto podemos deducir que la mayoría de los pacientes con tratamiento antituberculoso tiene medidas de autocuidado adecuadas respecto a descanso y sueño (65.2%), lo cual contribuye en su recuperación; pero por otro lado es importante resaltar que existen pacientes donde su sueño es interrumpido y/o alterado; lo cual se podría atribuir quizás a la sintomatología aun persistente de la tuberculosis que les impediría tener un sueño tranquilo en horas de la noche; posiblemente también se deba al tipo de ocupación que tengan, ya que el 26.1% son independientes, lo cual les exigiría a continuar con sus actividades laborales hasta altas horas de la noche, que dicho sea de paso serían trabajos dedicados al contacto con el público como el comercio ambulatorio; lo cual además estaría aumentando la probabilidad de que exista más contagios por tuberculosis entre la población.

CUADRO 4

AUTOCAUIDADO RESPECTO A MEDIDAS HIGIÉNICAS EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO ASISTENTES AL SERVICIO DE ENFERMERÍA, MICRORED SANTA ADRIANA JULIACA 2014.

AUTOCAUIDADO RESPECTO A MEDIDAS HIGIENICAS	PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO					
	ADECUADO (Si lo hacen)		INADECUADO (Si lo hacen)		TOTAL	%
	Nº	%	Nº	%		
Lavado de manos adecuado	7	30.4	16	69.6	23	100
Higiene diaria (baño)	2	8.7	21	91.3	23	100
Habitación privada	18	78.3	5	21.7	23	100
Ventilación (abre las ventanas todos los días)	22	95.7	1	4.3	23	100
Iluminación (Entrada de luz solar)	21	91.3	2	8.7	23	100
Precauciones al tosar o estornudar (se cubre nariz y boca al toser)	12	52.2	11	47.8	23	100

Fuente: Instrumento aplicado a pacientes con tuberculosis de la ESNPCT en la Microred Santa Adriana Juliaca 2014.

En el cuadro observamos el autocuidado respecto a medidas higiénicas que tienen los pacientes con tratamiento antituberculoso asistentes al servicio de enfermería, Microred Santa Adriana, donde: Del 100% de pacientes, el 30.4% tiene un adecuado hábito del lavado de manos; mientras que el 69.6% no tiene este hábito, siendo inadecuado; en cuanto a la práctica de higiene diaria el 8.7% tiene este hábito, siendo adecuado;

mientras que el 91.3% refiere no bañarse a diario, lo cual es inadecuado. El 78.3% de los pacientes cuenta con habitación privada, lo cual es adecuado, mientras que el 21.7% refiere no tenerlo; es decir, lo comparte con otros. En cuanto a si el paciente tiene ventilación en el hogar donde habita; es decir abre las ventanas todos los días, se encontró que el 95.7% lo realiza, mientras que el 4.3% no lo hace. El 91.3% refieren que cuenta con iluminación en el hogar, es decir tiene una entrada de luz solar; mientras que el 8.7% dicen no tenerlo. Respecto a las precauciones que tiene el paciente al toser o estornudar; el 52.2% refieren que cuando tose o estornuda dobla el brazo cubriéndose la boca y nariz, lo cual es adecuado; en tanto el 47.8% no lo realiza así, siendo inadecuado, ya que optaron por otras alternativas.

En relación al autocuidado respecto a las medidas higiénicas que tienen los pacientes con tuberculosis, los resultados hallados son similares a la investigación realizada por LARICO (2009) ya que en relación al conocimiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar sobre los cuidados personales, se concluyó que un 73% conocen sobre los cuidados personales y solo un 27% no conocen, el 65% conocen como prevenir el contagio al estornudar, toser, hablar de frente; el 35% no tiene conocimiento, el 83.75% conocen los cuidados en el hogar y el 16.25% no conocen los cuidados.⁴⁹

Así mismo CARBAJAL L. QUISPE M. (2011) en su estudio encontró que en cuanto a la eliminación de secreciones el 65% tenía conocimiento deficiente, el 35% regular, y ninguno bueno; en cuanto a conocimientos sobre lavado de manos, el 45% era deficiente, el 52% regular, y solo el 2.5% bueno; y en relación a la iluminación y ventilación el 62.5% tenía conocimiento deficiente, el 37.5% regular y ninguno bueno²; mientras que TINTAYA (2009) en su estudio concluye que el autocuidado en la higiene es inadecuado en un 87%, ya que los pacientes no eliminan adecuadamente las secreciones ni ventilan ni iluminan su habitación en un 80%, el 73% no se lava las manos y 67% no se protege adecuadamente al toser; resultados que concuerdan con el presente estudio; y que indicaría la poca sensibilización de los pacientes en este aspecto.¹⁶ Por otro lado SOLIS A, ARIAS A (2012) encontró resultados diferentes en cuanto a medidas higiénicas mencionando que el 71% de los encuestados tiene el hábito de bañarse una vez al día, el 15% se baña cada tres días y el 14% lo hace cada fin de semana; estos resultados se pueden atribuir a los factores demográficos y/o climáticos

del contexto de estudio; ya que si bien es cierto en Lima la temperatura motiva a realizar un baño diario; convirtiéndose así en un hábito saludable.¹²

PIÉROLA GIL, HERRERA P (2010) afirma que la tuberculosis es una enfermedad transmisible, y la mejor prevención es evitar el contagio, de esta manera el paciente debe aplicar en su vida cotidiana las medidas de prevención teniendo en cuenta que cualquiera es susceptible de contraer la tuberculosis si inspira los bacilos que exhalan un enfermo o portador al hablar, estornudar, toser, expectorar; ya que estas bacterias pueden permanecer suspendidas en el aire durante horas incluso años. Entonces el autocuidado del paciente con tuberculosis en cuanto a la higiene consiste en realizar medidas importantes como: Lavado de manos, higiene diaria, habitación privada, ventilación e iluminación de la habitación del paciente y protección al toser o estornudar.³⁶

ESTRADA R, FRISANCHO C, ZIRENA D (2010) refiere que la ventilación e iluminación de la habitación del paciente con tuberculosis, debe cumplir con: La provisión del aire puro, mantener el aire de la habitación con una temperatura, un grado de humedad y movimiento conveniente al organismo, para lo cual se debe mantener las ventanas abiertas durante el día para que pueda permitir la entrada de luz solar, puesto que esta mata a los microbios causantes de la tuberculosis y al ventilar hace que estos microbios desaparezcan de la casa.⁴²

Los resultados obtenidos en cuanto al lavado de manos es algo sorprendente y alarmante que los pacientes con tratamiento antituberculoso no lo practiquen, puesto que son ellos los que tienen mayor concentración de bacterias en sus manos y en su habitación, si bien el lavado de manos forma una barrera de medio externo hacia la parte interna del organismo, según estos resultados los pacientes no estarían protegiéndose de los microorganismos, ya que por el contrario estarían expuestos a contraer más enfermedades por la vía mano y estarían cumpliendo un círculo vicioso de la bacteria lo que contribuiría al agravamiento de su enfermedad; esta situación negativa posiblemente se deba a que los pacientes aún no sean conscientes que su enfermedad es sumamente contagiosa y no adopten las medidas del caso; quizás también estaría influyendo el grado de instrucción que tengan, ya que el 21.7% posee un grado de instrucción primario.

Respecto al hecho de contar con una habitación privada; la mayoría de los pacientes si cuenta con ello (78.3%), sin embargo el 21.7% no cuenta con habitación privada; representando un riesgo para la diseminación de la enfermedad con su familia; esta situación posiblemente se deba a la influencia de los factores sociodemográficos en los que los pacientes se encuentran; ya que muchos de ellos tiene un grado de instrucción primaria y secundaria incompleta, son provenientes de zonas rurales y/o comunidades, comerciantes, obreros, amas de casa, y habitan en casas o habitaciones en alquiler, el cual los obliga a habitar en un solo ambiente, factor que no contribuiría a llevar a cabo un adecuado autocuidado en cuanto a medidas higiénicas.

En cuanto a los resultados respecto a la ventilación e iluminación que tienen los pacientes con tratamiento antituberculoso; estos evidencian que la mayoría si lo realiza; sin embargo aquellos pacientes que no cuentan con esta condición; estarían poniendo en riesgo de contagio y diseminación de la enfermedad; puesto que la ventilación es la medida más importante para prevenir la TBC, la habitación oscura permite que no haya una buena ventilación, ya que si no hay entrada de luz solar, el paciente no se libera de los microorganismos, no puede respirar aire puro; sino más bien aire concentrado, la poca iluminación y humedad del ambiente favorecen la proliferación de los microorganismos; el aire y la luz solar son fuentes de salud y vigor; los pacientes que no cuentan con una ventilación e iluminación en sus hogares se atribuiría nuevamente a la existencia de factores y condiciones socioeconómicos que limitan los adecuados hábitos de higiene, entre los cuales tenemos las precarias condiciones de saneamiento ambiental y por qué no mencionar el hecho de habitar en viviendas alquiladas donde no existan ventanas, y tengan que vivir en hacinamiento aunado a un ambiente oscuro.

CUADRO 5

AUTOCAUIDADO RESPECTO A CONDUCTAS DE RIESGO EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO ASISTENTES AL SERVICIO DE ENFERMERÍA, MICRORED SANTA ADRIANA JULIACA 2014.

PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO			N°	%
AUTOCAUIDADO RESPECTO A CONDUCTAS DE RIESGO	Consumo de Alcohol	ADECUADO (No lo hacen)	20	87
		INADECUADO (Si lo hacen)	3	13
	Consumo de cigarrillos	ADECUADO (No lo hacen)	23	100
		INADECUADO (Si lo hacen)	0	0
	Asiste a fiestas	ADECUADO (No lo hacen)	16	69.6
		INADECUADO (Si lo hacen)	7	30.4
TOTAL			23	100

Fuente: Instrumento aplicado a pacientes con tuberculosis de la ESNPCT en la Microred Santa Adriana Juliaca 2014.

En el cuadro observamos el autocuidado respecto a conductas de riesgo que tienen los pacientes con tratamiento antituberculoso asistentes al servicio de enfermería, Microred Santa Adriana, donde: Del 100% de pacientes, el 13% consumen alcohol, lo cual es inadecuado; mientras que el 87% no lo consumen, lo cual es adecuado; acerca del consumo de cigarrillos, el 100% refiere no consumen este producto; y finalmente el 30.4% refieren asistir a fiestas, lo cual es inadecuado, mientras que el 69.6% no lo realiza siendo adecuado.

Los resultados encontrados en la presente investigación son diferentes a lo encontrado por CCOICCA (2012) ya que en cuanto a la práctica de conductas de riesgo concluye

que de 40 pacientes; el 37.5% toma alcohol; el 22.5% consume cigarrillos; y el 7.5% consume drogas; además de que el 27.5% asiste a fiestas. ¹⁴Estos resultados quizás se deban al ámbito de estudio en el que fue aplicado, ya que no se puede negar que en Lima hay una mayor incidencia de delincuencia, que va de la mano con el consumo de drogas, además de tabaquismo y consumo de alcohol.

El MINISTERIO DEL INTERIOR (2012) refiere que las conductas de riesgo son aquellos que provocan un daño constante a corto o largo plazo al paciente en situaciones de riesgo de contraer una enfermedad grave. Estas conductas son los producidos por el consumo de una sustancia que provocan un incremento en la morbilidad y de mortalidad evitable y con gran repercusión social y económica. Entre tales conductas se encuentran los relacionados con el consumo de todo tipo de sustancias, siendo el tabaco y el alcohol, sustancias que por su gran extensión en la sociedad, los que más preocupan a las autoridades sanitarias; además de asistencia a fiestas por la búsqueda repetida del peligro en la que la persona pone en riesgo su vida.⁴³

MUÑOZ J, DIEZ J, (2012) mencionan que el tabaquismo es una enfermedad causada por la ingestión de nicotina en grandes cantidades: Ataca en primer lugar al sistema nervioso autónomo, y a continuación a todo el cuerpo. El tabaquismo agudo produce un aumento de la actividad cardiaca después de una a minoración inicial, el descenso de la tensión arterial tras una subida de esta, el aumento de la actividad intestinal después de una corta inhibición y el agotamiento de la secreción glandular tras un breve aumento. El daño pulmonar que produce el tabaco ofrece una mayor predisposición para la infección tuberculosa.⁴⁴

Por su parte FERNANDEZ (2009) afirma que existe una frecuente asociación entre el consumo de alcohol y la incidencia de la tuberculosis, debido a los mecanismos inmunitarios que son afectados por el alcohol entre los que se encuentran también aquellos que son esenciales para aumentar el riesgo de Tuberculosis. Por ello el paciente con tuberculosis durante todo el tratamiento no deberá de consumir alcohol, porque podría provocarle un daño hepático. El alcohol por su capacidad de inducción enzimática, puede hacer descender los niveles plasmáticos de Rifampicina e Isoniazida que son considerados el núcleo básico del tratamiento antituberculoso.⁴⁵ Así mismo LARICO (2009) menciona que durante el tratamiento de la tuberculosis la enfermera

desarrollará un método de ayuda que es la sucesión de acciones; que puedan resolver o compensar las limitaciones que tienen los pacientes en el ámbito de la salud para regular su funcionamiento y desarrollos propios o de otras personas dependientes de ellas. Por lo tanto está en su responsabilidad orientarlos para mantener un entorno que favorezca el desarrollo personal; el cual implicaría la imposibilidad de asistencia a fiestas; ya que pondría en riesgo su salud y la de las personas asistentes.⁴⁶ Así mismo el MINISTERIO DE SALUD (2013) refiere que la exposición del paciente a reuniones sociales son un obstáculo serio al consumo de sustancias peligrosas, y peligro de contagio entre las personas asistentes.⁴⁷

Los pacientes que practican estas conductas de riesgo en cuanto al consumo de alcohol (13%) puede interferir en su tratamiento pues es difícil lograr una adherencia al tratamiento y que los abandonos del mismo sean frecuentes; lo cual incrementa el índice de mortalidad, este resultado posiblemente se deba a que los pacientes todavía no habrían internalizado que así el consumo de estas sustancias sea mínima, o lo realice con menos frecuencia afecta en su recuperación; además posiblemente se deba a la condición de ser estudiantes; los cuales no medirían los riesgos a los cuales estarían exponiéndose.

Además es necesario resaltar que los pacientes que asisten a fiestas o reuniones sociales (30.4%), involucra un riesgo para la sociedad, pues en este tipo de eventos no se consideran medidas de prevención, además que bajo el efecto del alcohol, estos pacientes son más propensos al consumo de otras sustancias como las drogas que significan un riesgo para su salud; posiblemente sean pacientes jóvenes entre 18 a 28 años, los cuales no medirían los riesgos. Quizás también se deba a que el 69.6% de pacientes sean de sexo masculino, los cuales estarían siendo influenciados por su red social para el consumo de alcohol; además podría atribuirse que al sentir una posible mejoría en cuanto a su sintomatología, los pacientes pensarían erróneamente que como ya no tosen, ya están curados y por lo tanto pueden ir a fiestas. Por ello es primordial que la enfermera debe enseñar a los pacientes acerca de los riesgos que ocasionan estas conductas, teniendo en cuenta que no contribuye en su autocuidado.

CUADRO 6

**AUTOCAUIDADO RESPECTO A EJERCICIO Y RECREACION EN
PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO ASISTENTES AL
SERVICIO DE ENFERMERÍA, MICRORED SANTA ADRIANA JULIACA 2014**

AUTOCAUIDADO RESPECTO A EJERCICIO Y RECREACION	PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO					
	ADECUADO (Si lo hacen)		INADECUADO (No lo hacen)		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Practica ejercicios	6	26.1	17	73.9	23	100
Sale con la familia	6	26.1	17	73.9	23	100
Acude al internet	12	52.2	11	47.8	23	100

Fuente: Instrumento aplicado a pacientes con tuberculosis de la ESNPCT en la Microred Santa Adriana Juliaca 2014.

En el cuadro observamos el autocuidado respecto al ejercicio y recreación que tienen los pacientes con tratamiento antituberculoso asistentes al servicio de enfermería, Microred Santa Adriana, donde: Del 100% de pacientes, solo el 26.1% manifiesta practicar ejercicios, lo cual es adecuado; mientras que el 73.9% no lo realiza, siendo inadecuado. Respecto a las actividades de recreación; el 26.1% sale con la familia, lo cual es adecuado y el 73.9% no lo realiza, además el 52.2% acude al internet, mientras que el 47.8% no lo realiza.

Respecto a los resultados; estos son similares con lo encontrado por CCOICCA (2012) al encontrar que de una muestra de 40 pacientes; el 32.5% practica ejercicios; el 27.5% sale con su familia; el 22.5% acude al internet.¹⁴ Por otro lado en un estudio similar realizado por MONSALVE M. (2010) los resultados son diferentes a lo encontrado por al concluir que los adolescentes portadores del virus del VIH-SIDA en el Hogar San Camilo, el 55% cumple con actividades recreativas habituales en su proceso de desarrollo normal; resultados que posiblemente se deban a que el personal que se encuentra a cargo de ellos, no fortalezca e incentive esta práctica a los adolescentes; lo

cual es inadecuado ya que como se vio la recreación influye mucho en bienestar personal.¹⁵

Por otro lado REEVE (2010) refiere que la recreación restaura el equilibrio psicofísico, es una oportunidad para crear, nos hace pensar y actuar creativamente, haciendo uso de nuestra propia iniciativa y libertad. Así mismo la actividad física en los pacientes con problemas respiratorios favorece el drenaje postural y la estimulación de la expectoración tiene beneficios a nivel de todos los sistemas del cuerpo humano, fortalecimiento de los músculos, reduce las demandas de oxígeno de los miembros inferiores y del tórax. La actividad física no necesita ser intensa para dar beneficios para la salud como contribuir a mejorar la salud mental, hacer frente al estrés, y mejorar la autoestima; así como la resistencia, la fuerza y la coordinación, los beneficios son tanto físicos como psicológicos, con significativa mejora en la calidad de vida.⁵⁰ Así mismo GONZALES (2009) afirma que la recreación es la realización o práctica de actividades durante el tiempo libre. El uso del tiempo libre es usado por muchas personas en actividades como la práctica de deportes que proporcionan descanso, diversión que favorece luchar contra la fatiga y la depresión, mejorar la resistencia, aumentar el estado cardiovascular, ayudar a reducir el estrés y estimular la fortaleza muscular. También favorece que el sistema inmunológico funcione mejor, también el tiempo libre es usado en mirar la televisión que nos enseña a ser pasivos y no activos, en lugar de estimular nuestra creatividad y nuestro deseo por hacer cosas de provecho tiene un efecto contrario y nos produce un letargo intelectual, y físico en cambio el deporte nos produce lo contrario. Por ello es importante que el individuo posea un buen autocuidado respecto a ello para que encuentre espacios en su comunidad y practique deportes que lo alejen del consumo de tabaco y alcoholismo.⁴⁸

Por su parte MARQUEZ (2009) menciona que la recreación es una forma de descanso. El equilibrio humano puede conseguirse a través de una buena recreación dirigida, su autocuidado no solo tiende a establecer el equilibrio psicológico alterado por las tensiones del día, sino que enriquece nuestra personalidad, permite el desarrollo de la personalidad y la capacidad creadora. Representa al mismo tiempo un verdadero derecho individual y social que debe ser respetado y protegido. Una recreación bien concebida influye positivamente en el desarrollo del individuo, la comunidad, y la nación. Asimismo, la actividad recreativa tiene importancia, porque acompaña al

individuo a lo largo de la existencia. En la recreación encontramos valores terapéuticos, psicológicos y educativos.⁵¹

Por los resultados encontrados se puede deducir que la mayoría de los pacientes posee un autocuidado inadecuado en cuanto a ejercicios y recreación; ya que solo el 26.1% lo practica; lo cual preocupa pues la actividad física mejora la calidad de vida del paciente y brinda beneficios tanto físicos como psicológicos; por lo tanto se puede afirmar que si los pacientes no realizan ejercicios estaría influyendo en su proceso de socialización dentro de su entorno familiar, social y de pares. Estos resultados posiblemente se deban al pensamiento erróneo que tienen los pacientes al pensar de que la práctica de ejercicios les hará daño y que por su enfermedad les es imposible y prohibido realizarlo; es por ello la importancia de fomentar este hábito ya que como se vió en el marco teórico no necesita ser intenso para obtener beneficios.

En lo referente a la recreación, al igual que la práctica de ejercicios, solo el 26.1% sale con la familia; situación que es inadecuada; ya que toda persona y más aun con algún malestar y/o enfermedad debe de buscar actividades que permitan desenvolverse y distraerse logrando así su foco de atención, y si no lo realizaría estaría influyendo en su estado anímico y de estrés. Estos resultados se puede atribuir posiblemente a que los pacientes se sientan sin ánimos; más aún aquellos que viven solos y tienen una edad avanzada, ya que el 30.4% de los pacientes posee una edad de 51 años a mas.

CUADRO 7

AUTOCUIDADO RESPECTO AL APOYO SOCIAL, EMOCIONAL, Y ESPIRITUAL EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO ASISTENTES AL SERVICIO DE ENFERMERÍA, MICRORED SANTA ADRIANA JULIACA 2014

PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO		Nº	%	
AUTOCUIDADO RESPECTO AL APOYO SOCIAL EMOCIONAL, Y CULTURAL	Apoyo de la red social	ADECUADO (Si lo tienen)	18	78.3
		INADECUADO (No lo tienen)	5	21.7
	Rechazo de su entorno	ADECUADO (No lo tienen)	19	82.6
		INADECUADO (Si lo tienen)	4	17.4
	Asiste a la iglesia	ADECUADO (Si lo hacen)	8	34.8
		INADECUADO (No lo hacen)	15	65.2
	Busca la armonía con Dios y su persona.	ADECUADO (Si lo hacen)	6	26.1
		INADECUADO (No lo hacen)	17	73.9
TOTAL			23	100

Fuente: Instrumento aplicado a pacientes con tuberculosis de la ESNPCT en la Microred Santa Adriana Juliaca 2014.

En el cuadro observamos el autocuidado respecto al apoyo social, emocional y cultural que tienen los pacientes con tratamiento antituberculoso asistentes al servicio de enfermería, Microred Santa Adriana, donde: Del 100% de pacientes, el 78.3% cuenta con el apoyo de la red social; lo cual es adecuado, en tanto el 21.7% refiere no contar con este apoyo, lo cual es inadecuado. En relación al apoyo emocional; el 17.4% dicen sentir rechazo de su entorno, lo cual es inadecuado, mientras que el 82.6% dicen no

sentirse rechazados, lo cual es adecuado. En cuanto al apoyo espiritual: El 34.8% refieren asistir a la iglesia, lo cual es adecuado, mientras que el 65.2% dicen no hacerlo; en relación a que el paciente busca armonía con Dios y su persona, el 26.1% refieren que si lo hacen, lo cual es adecuado, mientras que el 73.9% de los pacientes refieren no hacerlo; lo cual es inadecuado.

En relación a los resultados encontrados; estos son similares a los que encontró CCOICCA (2012) al concluir que respecto al apoyo emocional, social y espiritual; el 80% cuenta con una red social, el 7.5% siente rechazo de las personas; y el 32.5% asiste a la iglesia.¹⁴ Por otro lado MONSALVE (2010) encontró que la mayoría de los adolescentes con VIH consideran que son importantes y no sienten rechazo de su entorno, ya que la mayoría; es decir 92.5% refiere no sentirse rechazados; el 35% cuenta con apoyo emocional brindado por sus pares, hermanos, padres y/o abuelos;¹⁵ resultados que son similares con el estudio.

El MINISTERIO DE SALUD (2013) afirma que la enfermedad de la tuberculosis genera un gran impacto en la persona que la padece ya que puede alterar las relaciones interpersonales, donde las creencias y valores individuales pierden la importancia que tiene para el enfermo. Por ello la enfermera debe aportar a estas personas apoyo y cuidado para conseguir una existencia más cómoda, eficaz y satisfactoria, en la que la autonomía y la dignidad humana estén presentes y lograr el equilibrio emocional, social y espiritual para enfrentar las exigencias de la enfermedad.⁵¹

BANDURA A, MISHAL A, ELLIS YJ, ROTTER F. (2012) mencionan que los aspectos sociales incluyen desde los aspectos económicos hasta la presencia de una red social de apoyo físico, emocional al paciente y a la familia. La presencia de esta red, se considera un recurso adecuado para enfrentarse a la situación de enfermedad y al duelo, otro aspecto que debe considerarse en el paciente y la familia es el laboral; pues mientras el paciente cuente con un ingreso económico puede mejorar su autocuidado. Asimismo, se debe propiciar el apoyo familiar; ya que ésta es el soporte fundamental del sujeto enfermo, pues se constituye en receptora del sufrimiento del enfermo y padecedora de su propio sufrimiento.⁵⁵

FLORES (2013) define la espiritualidad como aquel elemento dentro del individuo del cual se origina el significado, el propósito y plenitud en la vida, el deseo de vivir, las creencias y la fe en su ser, en otros y en Dios. Es aquello que inspira, motiva y genera esperanza, dirigiendo al individuo hacia valores de amor, verdad, belleza, confianza y creatividad.⁵⁶ Es por ello que el MINISTERIO DE SALUD afirma que la meta de la enfermería es ayudar a que las personas ganen armonía entre su mente, cuerpo y espíritu, y que encuentren significado en su existencia y experiencias ; para lo cual es necesario brindar a la persona un cuidado espiritual el cual consiste en propiciar a través del cuidado la satisfacción de las necesidades espirituales de la persona cuidada.⁵¹

En cuanto al apoyo social y emocional se puede deducir que la mayoría de pacientes tiene un adecuado autocuidado; lo cual permite afrontar de manera positiva a la enfermedad y favorecer en la aceptación social por parte del paciente que lo estimula a continuar con su tratamiento, pues muchas veces por temor al rechazo los pacientes optan por no comunicar de la enfermedad a amigos y familiares, mientras que otros pacientes deciden discontinuar el tratamiento; lo cual afecta en su recuperación, poniendo en riesgo a su vez el contagio a familiares. Estos resultados se atribuirían al compromiso que logro la enfermera por parte de la familia de cada paciente en brindarle apoyo constante; ya que si este el paciente al verse solo caería en depresión. Sin embargo al evidenciarse que el 17.4% de los pacientes no cuentan con un apoyo emocional, quizás este se deba al hecho de que posiblemente vivan solos en el caso de personas adultas mayores, ya que el 30.4% de los pacientes posee una edad de 51 años a más; los cuales solo se tendrían a ellos mismos para hacerle frente a la enfermedad. Y en relación al cuidado espiritual, podemos deducir que la mayoría de los pacientes tiene un autocuidado inadecuado; ya que solo el 34.8% asiste a la iglesia y el 34.8% busca la armonía con Dios y su persona; sin embargo de acuerdo a las características personales el 78.3% de pacientes refieren que son de religión católica; estos resultados se atribuirían a que paciente habría descuidado su creencia en lo divino, lo sagrado; y en donde las creencias y valores individuales para el paciente habrían perdido su importancia. Además, quizás se deba a que la enfermera descuida este aspecto en su plan de consejería integral; ahundando mas en las medidas de prevención del contagio, pero estaría olvidando que el aspecto espiritual suministra una fuente de soporte social y de motivación importante para los pacientes.

VII. CONCLUSIONES

PRIMERA: El autocuidado en los pacientes con tratamiento antituberculoso asistentes al servicio de enfermería de la Microred Santa Adriana son mayoritariamente adecuados en cuanto al descanso y sueño, practica de conductas de riesgo, cuidado emocional, y cuidado social.

SEGUNDA: El autocuidado respecto a la alimentación que tienen los pacientes con tratamiento antituberculoso asistentes al servicio de Enfermería Microred Santa Adriana, la mayoría son inadecuadas, pues los pacientes no consumen una alimentación balanceada, ya que, no consumen lácteos, menestras y frutas de una manera adecuada; además no toman una adecuada cantidad de líquidos.

TERCERA: El autocuidado respecto al sueño que tienen los pacientes con tratamiento antituberculoso asistentes al servicio de enfermería, Microred Santa Adriana; la mayoría son adecuadas, pues el 65.2% de pacientes duerme entre 6-8 horas diarias.

CUARTA: El autocuidado respecto a las medidas higiénicas que tienen los pacientes con tratamiento antituberculoso asistentes al servicio de enfermería, Microred Santa Adriana; la mayoría son inadecuadas, pues los pacientes no tienen el hábito de lavado de manos y no se cubre la boca y nariz de forma adecuada después de toser y estornudar.

QUINTA: El autocuidado respecto a conductas de riesgo que tienen los pacientes con tratamiento antituberculoso asistentes al servicio de enfermería, Microred Santa Adriana; la mayoría son adecuadas, pues solo una minoría tiene conductas de riesgo como el consumo de alcohol y en lo que respecta al consumo de cigarrillos; los pacientes no lo consumen.

SEXTA: El autocuidado respecto al ejercicio y recreación que tienen los pacientes con tratamiento antituberculoso asistentes al servicio de enfermería, Microred Santa Adriana; la mayoría de pacientes realiza medidas de autocuidado inadecuadas, pues los pacientes en su mayoría no realizan actividad física así como actividades recreativas.

SETIMA: El autocuidado respecto al apoyo emocional que tienen los pacientes con tratamiento antituberculoso asistentes al servicio de enfermería, Microred Santa Adriana; la mayoría tiene medidas de autocuidado adecuadas, pues no sienten rechazo de su entorno. Con respecto al apoyo social; la mayoría tiene un autocuidado adecuado, ya que el paciente cuenta con el apoyo de una red social la cual generalmente es su familia y amigos; y en relación al apoyo espiritual, la mayoría tiene un autocuidado inadecuado, pues los pacientes no asisten con regularidad a la iglesia, y no buscan la armonía con Dios y su persona.



VIII. RECOMENDACIONES

A LOS RESPONSABLES DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DE LA RED DE SALUD SAN ROMAN.

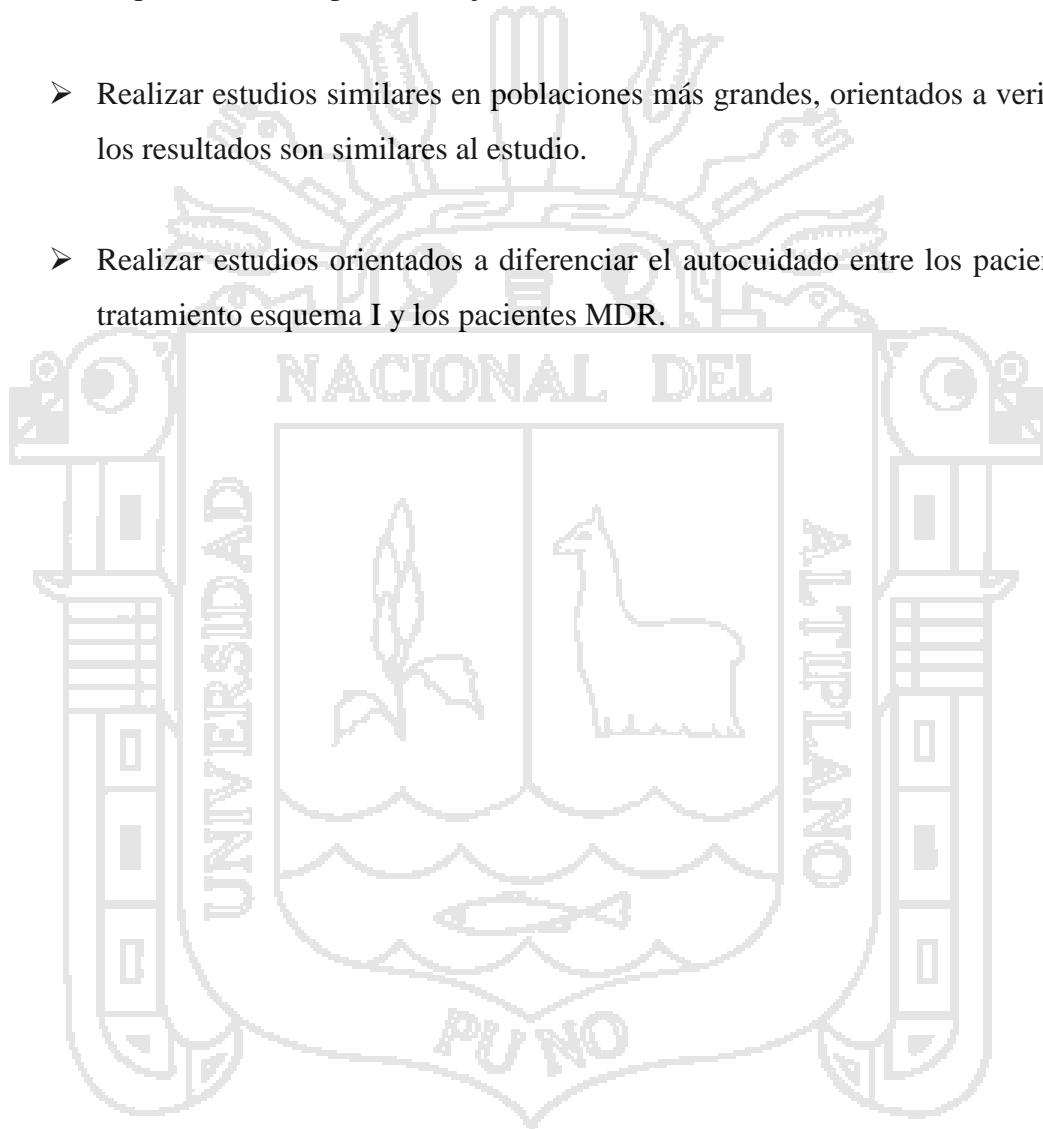
- Evaluar el cumplimiento de la norma técnica de salud para pacientes con tuberculosis, priorizando aspectos importantes como el apoyo por parte del programa de alimentación y nutrición, y el alcance de este a la población susceptible.
- Gestionar el requerimiento de más personal de salud, para que se cumplan las acciones de intervención establecidas en la norma técnica de salud para personas con tuberculosis, ya que se evidenció la necesidad de contar con más recursos humanos.

A LOS RESPONSABLES DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DE LA MICRORED SANTA ADRIANA

- Innovar las estrategias educativas que se imparten al paciente con tuberculosis, utilizando e implementando nuevas formas de educación (sociodramas, técnicas participativas, medios audiovisuales) afín de que ellos puedan internalizar mejor acerca de la enfermedad y sus complicaciones; de tal manera que motive su participación activa durante todo el tratamiento; repercutiendo así en la mejoría de su autocuidado.
- Programar y ejecutar periódicamente visitas domiciliarias de seguimiento a los pacientes con tuberculosis a fin de verificar y evaluar su entorno; así de ser necesario poder reformular o reajustar estrategias que mejoren su estilo de vida, así como su autocuidado.
- Fomentar la creación de grupos de apoyo entre los pacientes de la ESNPCT a fin de que puedan socializar sus experiencias con otros de reciente ingreso, y logren sensibilizarlos sobre la importancia de su autocuidado.

A LOS ESTUDIANTES Y EGRESADOS DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

- Seguir trabajando en la educación del paciente; realizando sesiones educativas dirigidas a su concientización y sensibilización; en especial con los pacientes con tuberculosis; para que de esa forma se informen, motiven y les permita adquirir destrezas para un mejor autocuidado.
- Realizar estudios similares en poblaciones más grandes, orientados a verificar si los resultados son similares al estudio.
- Realizar estudios orientados a diferenciar el autocuidado entre los pacientes en tratamiento esquema I y los pacientes MDR.



IX. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- 1) Chalco K, Guerra D, Llaro, K. Análisis de la tuberculosis. México. [En línea] 2011. [Consultado el 19 de junio del 2014], Disponible en:
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216_WorldAIDSday_report_2011_es.pdf
- 2) Carbajal L, Quispe M. Efecto educativo con la técnica del tándem sobre medidas preventivas a contactos directos de pacientes con TBC pulmonar del HRMNB Puno. [Tesis]. Facultad de enfermería: Universidad Nacional del Altiplano. Puno; 2011.
- 3) Organización panamericana de la salud/Organización mundial de la salud OPS/OMS. Atención primaria de salud. [En línea]. 2009. [Consultado el 15 de setiembre 2013], Disponible en: <http://www.ops.org.gt/APS/APS.htm>.
- 4) Diario la República. La tuberculosis en el Perú. Lima. [En línea]. 2014 [Consultado el 19 de junio 2014], Disponible en: <http://www.larepublica.pe/25-03-2013/peru-segundo-pais-de-sudamerica-con-mas-casos-de-tbc>
- 5) Ministerio de salud. Dirección Regional de Salud Puno. Estrategia sanitaria nacional de prevención y control de la tuberculosis. Informe epidemiológico de la tuberculosis; 2014.
- 6) Ministerio de salud. Red de salud San Román. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. Informe estadístico. Juliaca; 2014.
- 7) Huaynates A. Relación entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes registrados en la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de la tuberculosis del centro de salud San Luis. [Tesis] Lima. Universidad nacional mayor de san marcos. 2008. [En línea]. [Consultado el 25 de junio 2014]. Disponible en:
http://www.cibertesis.edu.pe/sisbid/2008/huaynates_ca/pdf/huaynates_ca-TH.back.2.pdf
- 8) Tobón O. El autocuidado una habilidad para vivir. Manizales - Colombia: Editorial universidad de caldas; 2004. [En línea] [Consultado el 01 de agosto 2014], Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf
- 9) Arroyal M, Reynado M, Angulo S, Stevens A, Sanchez M, Figueroa H. Etal. Educación para la salud al enfermo con tuberculosis. Piura. [En línea]. Junio 2013. [Consultado el 25 de junio 2014], Disponible en:
http://www.neumosurenfermeria.org/AAA/almeria/textos/educacion_salud_tb.htm
- 10) Vinaccias C, Quiceño J, Fernández H, Pérez B. Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar de la

- Ciudad de Medellín. Colombia. [Revista en línea]. 2008 [Consultado el 24 de octubre 2013], Disponible en: <http://revistas.um.es/analesps/article/view/722341/21621>.
- 11) Machaca SM. Actividades preventivo promocionales que realiza la enfermera en la estrategia de crecimiento y desarrollo y la estrategia de prevención y control de la tuberculosis. [Tesis]. [En Línea]. Lima; 2005. [Consultado el 24 de junio 2014]. Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1027/1/machaca_cs.pdf
 - 12) Solis A, Arias A. Autocuidado en pacientes con tuberculosis pulmonar en el área de neumología de la maternidad mariana de Jesús, de Mayo 2011 a Abril 2012. Ecuador [Tesis]. Universidad estatal de milagro. Carrera de enfermería [En línea]. [Consultado el 24 de junio 2014]. Disponible en: <http://repositorio.unemi.edu.ec/handle/123456789/1507>
 - 13) Larico CM, Conocimiento de las medidas preventivas y actitudes en el autocuidado de pacientes con tuberculosis pulmonar en el centro de salud La Nueva Granada. Colombia [Tesis]. [En línea]. Universidad colegio mayor de Cundinamarca; 2009. [Consultado el 24 de junio 2014], Disponible en:
http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/260/1/Larico_cm.pdf
 - 14) Ccoicca F. Medidas de autocuidado que tienen los pacientes que asisten a la ESN –PCT del centro de salud conde de la vega baja. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de enfermería; 2013[Tesis]. [En línea]. [Consultado el 24 de junio 2014]. Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1043/1/ccoicca_af.pdf
 - 15) Monsalve M. “Medidas de Autocuidado que tienen los adolescentes portadores del virus del VIH-SIDA en el Hogar San Camilo 2009”. [Tesis]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima 2010. [En línea]. [Consultado el 20 de junio 2014]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/cybertesis/480/monsalve_dm.pdf?sequence=1/www.repositorio.upse.edu.ec:8080/bitstream/123456789/701/1/TESIS%20PERLA%20MU%C3%91OZ%20VILLALTA.pdf
 - 16) Tintaya Y. "Prácticas de autocuidado en pacientes que reciben tratamiento antituberculoso en el Hospital de Ilave 2009. [Tesis]. Facultad de enfermería. Universidad Nacional del Altiplano. Puno; 2009.
 - 17) Carbajal L, Quispe M. Efecto educativo con la técnica del tándem sobre medidas preventivas a contactos directos de pacientes con TBC pulmonar del H.C.M.M. Juliaca. [Tesis]. Facultad de enfermería: Universidad Nacional del Altiplano. Puno; 2011.

- 18) Ramos L. Prácticas de autocuidado en mujeres menopáusicas del comedor popular 25 de Junio de la urbanización Santa Mónica Juliaca. [Tesis]. Universidad Nacional del Altiplano. Facultad de enfermería. Puno; 2011.
- 19) Tobón O. El autocuidado una habilidad para vivir. Manizales - Colombia: Editorial universidad de caldas; 2010. [En línea] [Consultado el 01 de agosto 2014], Disponible en:http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf
- 20) Coppard M, Salinas M. Atención primaria. España: Editorial Springer; 2008.
- 21) Aliaga G, Alvarado M, Alva A, Carranza D. Conocimientos sobre prácticas de autocuidado y su asociación con las características sociodemográficas de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, CLAS San Martín de Porres- Los Olivos. [En línea]. 2012. [Consultado el 03 de julio 2014]. Disponible en:
www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/.../
- 22) Uribe TM. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. Colombia. [En Línea]. Septiembre 1999. [Consultado el 9 de junio del 2014]. Disponible en:
<http://tone.udea.edu.co./revista/sep99/autocuidado.htm>.
- 23) Basaes C, Gallardo V, Trujillo A, Autocuidado en el equipo de salud. [En línea]. Marzo 2003. [Consultado el 17 de setiembre 2014], disponible en:
http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Vi%F1a%20del%20Mar%202003/Ensayo_Autocuidado_en_el_equipo_de_salud.pdf
- 24) Urrutia M, Autocuidado cuidar de uno mismo cuidar de otros. Universidad católica de Chile. [En Línea] 2011. [Consultado el 18 de junio 2014] Disponible en:
http://www.insp.mx/ciss/autocuidado_cuidar/urrutia_m.html
- 25) Deynes R. Alimentación saludable. 3ra ed. España: Editorial Mosby; 2008.
- 26) Mataix J. “Hidratos de carbono”. [En línea]. 2012 [Consultado el 20 de junio 2014], Disponible en :
http://www.uco.es/master_nutricion/nb/Mataix/hidratos%20de%20carbono.pdf
- 27) Kopper G, Calderón G, Schneider S, Dominguez W, Gutierrez G, Rosell C, Etal. Informe técnico sobre ingeniería agrícola y alimentaria. Enfermedades transmitidas por alimentos y su impacto socioeconómico. <http://www.fao.org/3/a-i0480s.pdf>
- 28) Slobodiaik D. La malnutrición aumenta el riesgo de enfermar de tuberculosis. [En línea]. Mayo 2013. [Consultado el 5 de junio 2014], Disponible en:
<http://cirutips.com/2011/08/10/mala-nutricion-aumenta-el-riesgo-de-enfermar-de-tuberculosis-cirualertas/>

- 29) Markee G, Marchini D. El papel de la nutrición en la tuberculosis. [En línea] 2012. [Consultado el 18 de junio 2014], Disponible en: http://www.ehowenespanol.com/papel-nutricion-tuberculosis-pulmonar-hechos_43856/
- 30) Deynes R. Alimentación saludable. 3ra ed. España: Editorial Mosby; 2008.
- 31) Humberto A, Anaya R. Nutrición básica. 2da Ed. México: Editorial McGraw-Hill Interamericana; 2007.
- 32) Maslow H. El sueño. 2da Ed. Estados Unidos: Editorial de la Universidad de Puerto Rico; 2000.
- 33) Morris JL. Psicopatología del sueño. España: Universidad de la laguna; 2000.
- 34) Carbajal L, Quispe M. Efecto educativo con la técnica del tándem sobre medidas preventivas a contactos directos de pacientes con TBC pulmonar del HRMNB Puno. [Tesis]. Facultad de enfermería: Universidad Nacional del Altiplano. Puno; 2011.
- 35) Bandura A, Mishel A, Ellis YJ, Rotter F. Psicología Evolutiva. España: Editorial Mosby; 2012.
- 36) Piérola Gil, Herrera P. Medicina preventiva y salud pública. Barcelona-España. [En línea]. 2010 [Consultado el 15 de junio 2014] Disponible en: www.elsevier.es/sites/default/files/.../PRIM_PAGS_9788445819135.PDF.
- 37) Ministerio de salud; Estrategia sanitaria nacional de prevención y control de la tuberculosis. Lima 2013. [En Línea]. [Consultado el 03 de julio 2014], Disponible en: http://WWW.minsa.gob.pe/file/ESNTBC_tbc.pdf
- 38) Arroyal M, Reynado M, Angulo S, Stevens A, Sanchez M, Figueroa H. Etal. Obcit
- 39) Romero R. Estilos de vida saludable. 3ra ed. España: Editorial Mosby; 2010.
- 40) Ministerio de salud; Estrategia sanitaria nacional de prevención y control de la tuberculosis. Lima 2013. [En Línea]. [Consultado el 03 de julio 2014], Disponible en: http://WWW.minsa.gob.pe/file/ESNTBC_tbc.pdf
- 41) Urrutia M, Autocuidado cuidar de uno mismo cuidar de otros. Universidad católica de Chile. [En Línea] 2011. [Consultado el 18 de junio 2014] Disponible en: http://www.insp.mx/ciss/autocuidado_cuidar/urrutia_m.html
- 42) Estrada R, Frisancho C, Zirena D. Medidas de control ambiental en la Tuberculosis. España. [En línea]. 2010. [Consultado el 16 de junio 2014], Disponible en <http://www.socune.sld.cu/biblio/normas.pdf>
- 43) Ministerio del interior. Estrategia Nacional de lucha contra las drogas 2012-2016. [En línea]. [Consultado el 20 de junio 2014], Disponible en: http://www.peru.gob.pe/docs/PLANES/11793/PLAN_11793.pdf

- 44) Muñoz J, Diez J. conductas de riesgo en los adolescentes. Lima 2013. [En Línea]. [Consultado el 03 de julio 2014], Disponible en:
file:///C:/Users/TM/Downloads/869_INFORME%20final_1.0.0.pdf
- 45) Fernández L. Drogodependencias: Farmacología, patología psicología. 3ra Edición. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2009.
- 46) Larico CM, Conocimiento de las medidas preventivas y actitudes en el autocuidado de pacientes con tuberculosis pulmonar en el centro de salud La Nueva Granada. Colombia [Tesis]. [En línea]. Universidad colegio mayor de Cundinamarca; 2009. [Consultado el 24 de junio 2014], Disponible en:
http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/260/1/Larico_cm.pdf
- 47) Ministerio de salud; Estrategia sanitaria nacional de prevención y control de la tuberculosis. Lima 2013. [En Línea]. [Consultado el 03 de julio 2014], Disponible en:
http://WWW.minsa.gob.pe/file/ESNTBC_tbc.pdf
- 48) Gonzales J. Actividad física, deporte y vida. España: Editorial Grafo Vasco; 2009.
- 49) Márquez RS. Actividad física y salud. 2da Edición. Madrid-España: Editorial Díaz de Santos; 2009.
- 50) Reeve J. Motivación y emoción. Madrid: Mc Graw Hill; 2010.
- 51) Ministerio de salud. Tuberculosis: Guía para el equipo de salud. Lima. [En línea]. Septiembre 2013. [Consultado el 25 de junio 2014]. Disponible en:
http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000049cnt-01-guia_tuberculosis.pdf
- 52) Arroyal M, Reynado M, Etal. Educación para la salud al enfermo con tuberculosis. [En línea]. [Consultado el 25 de junio 2014] Disponible en:
http://www.neumosurenfermeria.org/AAA/almeria/textos/educacion_salud_tb.htm
- 53) Duque H, Yepes R. Como alcanzar la superación personal. 7ma Ed. Colombia: Editorial San Pablo; 2007.
- 54) Colliere M. Promover la Vida. España: Editorial Mc Graw Hill: 2007.
- 55) Bandura A, Mishel A, Ellis YJ, Rotter F. Psicología Evolutiva. España: Editorial Mosby; 2012.
- 56) Flores LF, Pai N, Hubbard A, Riley LW, Colford JM. La psicología del espíritu. [En línea]. [Consultado el 18 de junio 2014], Disponible en:
<http://sntc.medicine.ufl.edu/files/products/DrugInfo/druginfobook.pdf>
- 57) Levinson G, Rogles F. ¿existe realmente el mundo espiritual? [En línea]. 2011. [Consultado el 03 de julio 2014]. Disponible en:

- <http://www.ucg.org/files/espanol/bn/bn07ja.pdf>
- 58) Piérola Gil, Herrera P. Medicina preventiva y salud pública. Barcelona-España. [En línea]. 2010 [Consultado el 15 de junio 2014] Disponible en:
www.elsevier.es/sites/default/files/.../PRIM_PAGS_9788445819135.PDF.
- 59) Organización mundial de la salud OMS. ¿Qué es la tuberculosis y como se trata? [En línea]. 2014. [Consultado el 25 de octubre 2013], Disponible en:
<http://www.who.int/features/qa/08/es/>
- 60) Ministerio de salud. La tuberculosis si se previene. [En Línea]. 2013. [Consultado el 31 de julio 2014], Disponible en:
<http://www.respiravida.pe/wp-content/uploads/2012/05/CartillaPrevencion.pdf>.
- 61) Farga V, Tuberculosis. 2da Edición. España: Editorial Mediterráneo; 2008.
- 62) Mendoza A. La Tuberculosis Pulmonar. Buenos aires – Argentina. [En línea]. 2011. [Consultado el 03 de julio 2014]. Disponible en:
<http://escuela.med.puc.cl/publ/AparatoRespiratorio/31Tuberculosis.html>
- 63) Martin J. La Tuberculosis. [En Línea] 2012. [Consultado el 23 de junio 2014] Disponible en: <http://www.aeped.es/protocolos/infectologia/37-tuberculosispulmonar.pdf>
- 64) Solero R. Patogenia e inmunidad. [En línea]. 2009 [Consultado el 17 de junio 2014] Disponible en:
http://www.fcq.uach.mx/phocadownload/Academico/Material_de_Estudio/micobacterias/patologia/patologia.html Consultado el 16-06-14
- 65) Ministerio de salud. Guía de Práctica Clínica sobre el Diagnóstico, el Tratamiento y la Prevención de la Tuberculosis. [En Línea]. 2012 [Consultado el 20 de junio 2014]. Disponible en:
<http://www.guiasalud.es/egpc/tuberculosis/completa/apartado05/tratamiento.html>
- 66) Organización mundial de la salud OMS. ¿Qué es la tuberculosis y como se trata? [En línea]. 2014. [Consultado el 25 de octubre 2013], Disponible en:
<http://www.who.int/features/qa/08/es/>
- 67) Ministerio de salud; Estrategia sanitaria nacional de prevención y control de la tuberculosis. Lima 2013. [En Línea]. [Consultado el 03 de julio 2014], Disponible en:
http://WWW.minsa.gob.pe/file/ESNTBC_tbc.pdf
- 68) FIGUEROA C. complicaciones de la tuberculosis. Lima. [En línea]. Junio 2013. [Consultado el 16 de junio 2014], Disponible en:
<http://www.socune.sld.cu/biblio/normas.pdf>
- 69) Farga V, Tuberculosis. 2da Edición. España: Editorial Mediterráneo; 2008.

- 70) Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 3ª Ed. México: McGraw-Hill; 2003.
- 71) Ministerio de salud. Red de salud San Román. Microred Santa Adriana Juliaca. Manual de Organización y Funciones. 2012.





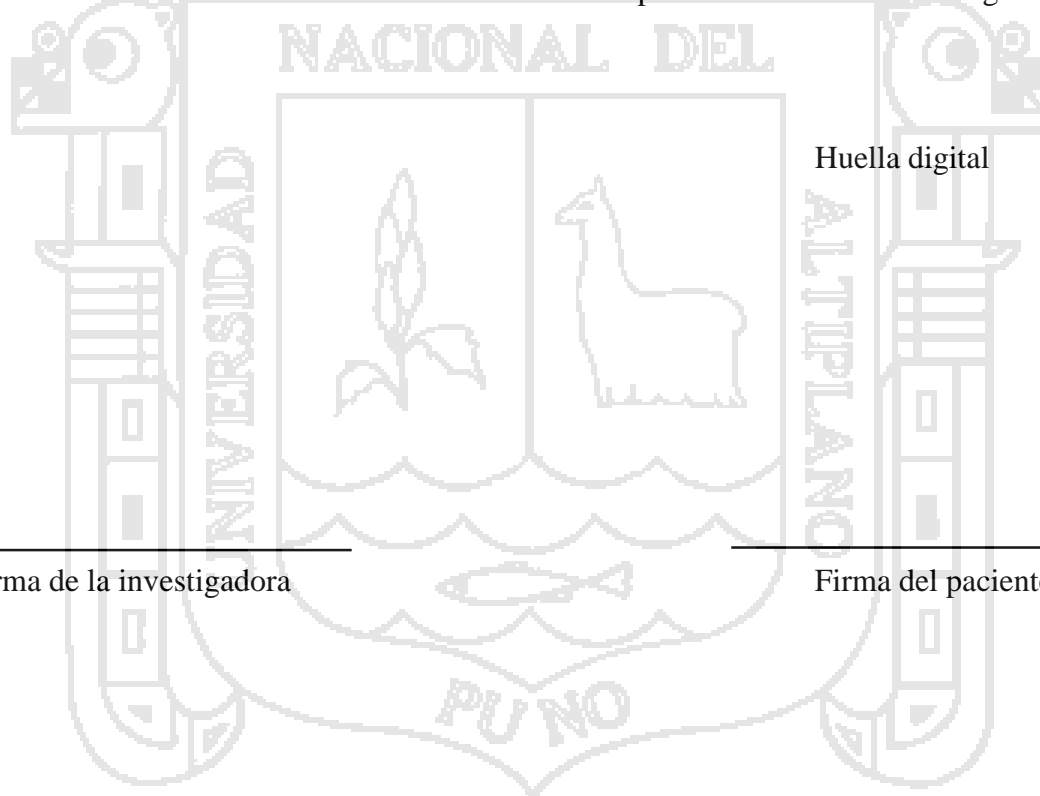
ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Don, Doña.....identificado
con nro de DNI domiciliado en el
.....

declaro voluntariamente mi aceptación para participar en el estudio titulado “ autocuidado en pacientes con tratamiento antituberculoso asistentes al servicio de enfermería, Microred Santa Adriana Juliaca 2014”; así mismo declaro haber sido informado debidamente informado sobre la naturaleza y beneficios de la investigación a la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de la tuberculosis, así como para mi persona; habiendo tenido ocasión de aclarar mis dudas, manifiesto que he entendido y estoy satisfecho e todas las explicaciones y aclaraciones sobre el proceso de mi participación en la investigación, donde se me asegura una máxima confidencialidad, ya que este instrumento será solo para fines exclusivos de investigación.

YO OTORGO MI CONSENTIMIENTO voluntario para este estudio de investigación.



Huella digital

Firma de la investigadora

Firma del paciente.

ANEXO 2

CUESTIONARIO

Buenos días Sr(a) (ita): Mi nombre es Yeny Rocío Ccapa Mamani soy egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano- Puno, estoy realizando un trabajo de investigación con el objetivo de obtener información acerca de cómo es el autocuidado (cuidado de sí mismo) en pacientes con tratamiento antituberculoso asistentes al servicio de enfermería de la Microred Santa Adriana Juliaca. Para lo cual solicito su colaboración a través de sus respuestas sinceras y veraces; expresándoles que es de carácter **anónimo y confidencial**.

Agradezco anticipadamente su colaboración.

I. DATOS GENERALES:

1. Edad: años
2. Sexo: a) Masculino b) Femenino
3. Grado de instrucción: a) Primaria b) Secundaria c) Superior
4. Religión:
5. ¿Cuántas personas vive actualmente en su hogar?:
6. Estado civil:
 - a) Soltero d) casado
 - b) Viudo e) separado
 - c) Casado
7. Ocupación:
 - a) Independiente (especifique)..... d) Estudiante
 - b) Empleado (especifique) e) Desempleado
 - c) Ama de casa

II. INSTRUCCIONES

Lea atentamente cada pregunta y marque con un aspa (X), la respuesta que considere correcta (en algunas preguntas hay más de dos respuestas):

1. Marque usted. Cuáles son las comidas que consume durante el día.

- a) Desayuno, almuerzo y cena.
- b) Desayuno, almuerzo, cena y refrigerios.
- c) Solo desayuno y almuerzo.
- d) Otros especifique:

2. ¿Dónde consume con mayor frecuencia sus comidas?:

- a) En la calle

- b) En el comedor popular
c) En la casa
d) Otros (especificar)
- 3. ¿Cuántas veces por semana consume carne (res, pollo, pescado, menudencias, vísceras)?**
- a) Una vez por semana.
b) 2 a 3 veces por semana.
c) 4 a 5 veces por semana.
d) Todos los días.
- 4. ¿Cuántas veces por semana consume leche, huevos, ?**
- a) Una vez por semana.
b) 2 a 3 veces por semana.
c) 4 a 5 veces por semana.
d) Todos los días.
- 5. Cuántas veces por semana consume menestras (lentejas, frejol, pallares)?**
- e) Una vez por semana.
f) 2 a 3 veces por semana.
g) 4 a 5 veces por semana.
h) Todos los días.
- 6. ¿Cuántas veces por semana consume frutas y verduras?**
- a) Una vez por semana.
b) 2 a 3 veces por semana.
c) 4 a 5 veces por semana.
d) Todos los días.
- 7. ¿Cuántos vasos de agua toma al día?**
- a) 1 – 2 vasos.
b) 3 – 4 vasos.
c) 5 – 7 vasos.
d) 8 vasos a más.
- 8. ¿Cuántas horas duerme en la noche?**
- a) Menos de 5 horas
b) Entre 6 a 8 horas
c) Más de 10 horas
d) No lo tomo en cuenta

9. ¿En qué momentos realiza usted el lavado de manos?:

- a) Antes de comer y después de salir del baño.
- b) Después de estornudar y antes de tomar las pastillas.
- c) Después de toser y después de comer.
- d) Después de manipular la basura, antes y después de cocinar.

10. ¿Con qué frecuencia usted se baña?

- a) Diariamente
- b) Interdiario
- c) Una vez por semana
- d) Cada 15 días

11. ¿Usted comparte su habitación con otros familiares?

- a) Si
- b) No

Si su respuesta es SÍ, ¿Con quien comparte su habitación?

- a) Con su pareja
- b) Con sus hijos menores
- c) Con sus hermanos (as)
- d) Con un familiar

12. ¿Su dormitorio tiene ventanas?

- a) Si
- b) No

Si su respuesta es SI ¿Con qué frecuencia abre las ventanas de su dormitorio?

- a) Todos los días
- b) Cada semana
- c) Una vez al mes
- d) No abro las ventanas

13. ¿Su casa tiene ventanas que permitan una ventilación y entrada de luz solar en el día?

- a) Si
- b) No

14. Marque con una X lo que hace usted cuando tose, o estornuda:

- a) Escupe la flema al piso y no se cubre la boca y nariz.
- b) Se cubre con un pañuelo de tela y gira la cabeza a un costado.
- c) Se cubre la boca y nariz con papel higiénico.
- d) Se cubre la boca y nariz con el antebrazo.

15. ¿Con qué frecuencia consume usted alcohol?

- a) Diario.
- b) Quincenal.
- c) Mensualmente.
- d) No consumo.

16. Con qué frecuencia consume cigarrillos?

- e) Diario.
- f) Quincenal.
- g) Mensualmente.
- h) No consumo.

17. ¿Usted asiste a reuniones sociales, fiestas o eventos familiares?

- a) Si
- b) No

En caso de que su respuesta sea SI. Marque con una X lo que normalmente hace:

- a) Consume alcohol y comparte los vasos.
- b) Permanece hasta la amanecida y consume drogas.
- c) Se retira temprano y no comparte los cubiertos .
- d) Consume frituras y fuma.

18. ¿Usted realiza ejercicio?

- a) Si
- b) No

Si su respuesta es SI, ¿Qué tipo de ejercicio realiza usted?

- a) Caminata
- b) Corre
- c) Trota
- d) Otros

19. ¿Qué hace usted en su tiempo libre?

- a) Va a internet, va a fiestas.
- b) Ve televisión, lee .
- c) Realiza ejercicios, sale a pasear con sus familiares.
- d) Camina, duerme.

20. ¿Usted recibe el apoyo de su familia para su tratamiento?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) A veces
- d) Nunca

21. ¿Qué hace cuando necesita apoyo para sentirse bien o resolver algún problema?

- a) Busca apoyo en amigos o familiares diciéndoles lo que le pasa o preocupa.
- b) Busca su fuerza interior para resolver sus problemas.
- c) Trata de que sus amigos o familiares se den cuenta de lo que le preocupa.
- d) No comunica a nadie y se pone triste.

22. ¿Siente usted que las personas de la calle lo rechazan o lo miran mal?

- a) Si
- b) No

Si su respuesta es SÍ, ¿Qué hace usted?

- a) Se siente mal y triste
- b) No lo toma en cuenta
- c) Enfrenta a la persona
- d) Otro

23. ¿Usted asiste a la iglesia?

- a) Si
- b) No

Si su respuesta es SÍ. ¿Cada cuánto tiempo va a la iglesia?

- a) Semanal.
- b) Quincenal.
- c) Mensual.
- d) Anual.

24. ¿Qué hace usted para sentirse motivado y tener esperanza en recuperarse de la enfermedad?

- a) Escucha música
- b) No lo toma en cuenta.
- c) Sale con sus amigos y familiares.
- d) Busca la armonía con Dios y su persona.

MUCHAS GRACIAS...

ANEXO 3

TABLA DE CODIGOS (RESPUESTAS) DEL AUTOCUIDADO

ITEM	CODIGO	CODIGO
1	B	1
2	C	1
3	D	1
4	B	1
5	B	1
6	D	1
7	C	1
8	B	1
9	A+B+C+D	1
10	A	1
11	B	1
12	A	1
13	A	1
14	D	1
15	D	1
16	D	1
17	C	1
18	A	1
19	C	1
20	A	1
21	A	1
22	B	1
23	A	1
24	D	1



ANEXO 4

TABLA MATRIZ

PREGUNTA PCTE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	PUNTAJE TOTAL
1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	15
2	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	13
3	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	12
4	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	15
5	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	11
6	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	13
7	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	15
8	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	10
9	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	11
10	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	11
11	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	15
12	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	13
13	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	16
14	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	13
15	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	12
16	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	16
17	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	14
18	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	11
19	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	15
20	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	13
21	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	11
22	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	14
23	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	14

Dónde: De 0 A 12 : Autocuidado Inadecuado

De 13 A 24 Puntos : Autocuidado Adecuado

ANEXO 5

CARACTERISTICAS PERSONALES DE LOS PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO ASISTENTES AL SERVICIO DE ENFERMERIA, MICRORED SANTA ADRIANA JULIACA 2014

CARACTERISTICAS PERSONALES		Nº	%
EDAD	18 – 28 años	8	34.8
	29 – 39 años	7	30.4
	40 – 50 años	1	4.4
	51 a mas	7	30.4
SEXO	Masculino	16	69.6
	Femenino	7	30.4
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Primaria	5	21.7
	Secundaria	11	41.9
	Superior	7	30.4
RELIGION	Católico	18	78.3
	Otros	5	21.7
NRO DE PERSONAS EN EL HOGAR	De 1 – 3	5	21.7
	De 4 – 6	14	61.6
	De 7 a mas	4	16.7
ESTADO CIVIL	Soltero	8	34.8
	Viudo	2	8.7
	Separado	1	4.3
	Casado	6	26.1
	Conviviente	6	26.1
OCUPACION	Independiente	6	26.1
	Empleado	2	8.7
	Estudiante	2	8.7
	Ama de casa	1	4.3
	Desempleado	12	52.2

ANEXO 6

