

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE ENFERMERÍA



INFLUENCIA DEL AUTOCUIDADO DE LA SALUD EN LA RECUPERACIÓN DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR. MICRORED ALTO SELVALEGRE. AREQUIPA, 2012

Tesis presentada por las Bachilleres:

YESSICA JAQUELIN QUISPE MAMANI

KAREN LADY NUÑEZ ZUÑIGA

**Para optar el Título Profesional de:
LICENCIADAS EN ENFERMERÍA**

**AREQUIPA – PERÚ
2013**

PRESENTACIÓN

**SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE SANTA MARIA**

S.D.

De conformidad con lo establecido por la Facultad de Enfermería que Ud. tan acertadamente dirige, presentamos a su consideración y a la de los señores Miembros del Jurado el presente trabajo de investigación titulado: **INFLUENCIA DEL AUTO CUIDADO DE LA SALUD EN LA RECUPERACIÓN DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR. MICRORED ALTO SELVA ALEGRE. AREQUIPA, 2012**, requisito necesario para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

Esperamos que el presente trabajo de investigación sea de su conformidad y cumpla con los requisitos académicos y técnicos correspondientes.

Arequipa, Abril del 2013

Yessica Jaquelin Quispe Mamani

Karen Lady Núñez Zúñiga

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

DICTAMEN DE TESIS

A : Mgter. Ruth Romero de Rodríguez
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

De : Jurado Dictaminador

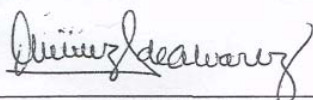
Asunto : Dictamen de Tesis:
**INFLUENCIA DEL AUTOCUIDADO DE LA SALUD EN LA
RECUPERACIÓN DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS
PULMONAR. MICRORED ALTO SELVA ALEGRE, AREQUIPA, 2012**

Bachilleres: YESSICA JAQUELIN QUISPE MAMANI
KAREN LADY NUÑEZ ZUÑIGA

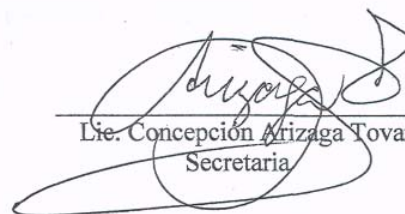
Fecha : Arequipa, 24 de Abril del 2013

Habiendo subsanado las observaciones dadas por el Jurado Dictaminador, el trabajo de investigación queda en condiciones de pasar a la fase de sustentación de tesis, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María.

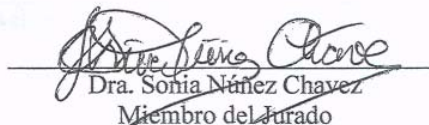
Atentamente,



Dra. Delia Núñez de Alvarez
Presidenta



Lic. Concepción Arizaga Tovar
Secretaria



Dra. Sonia Núñez Chavez
Miembro del Jurado

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

A : Mgter. Ruth Romero de Rodríguez
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

De : Jurado Dictaminador

Asunto : Dictamen de Borrador de Tesis:
**INFLUENCIA DEL AUTOCUIDADO DE LA SALUD EN LA
RECUPERACIÓN DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS
PULMONAR. MICRORED ALTO SELVA ALEGRE, AREQUIPA, 2012**

Bachilleres: YESSICA JAQUELIN QUISPE MAMANI
KAREN LADY NUÑEZ ZUÑIGA

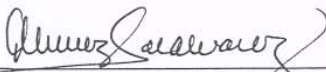
Fecha : Arequipa, 1 de Abril del 2013

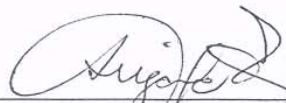
Reunidos el Jurado dictaminador hacen llegar las siguientes observaciones:

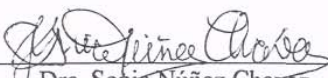
1. Resumen: Redactar según normas de la facultad.
2. Campo, Área y Línea: Modificar.
3. Muestra: Determinar el número, criterio de exclusión no corresponde.
4. Tabla N° 5: Revisar deducción, falta una tabla que demuestra la hipótesis.
5. Conclusiones: No coincide con resultados.
6. Adjuntar Oficio del Establecimiento de Salud.
7. Retirar cronograma.
8. Mejorar y revisar redacción y ortografía.

Luego de absolver las correcciones hechas, vuelva a presentar el trabajo al jurado dictaminador.

Atentamente,


Dra. Delia Núñez de Álvarez
Presidenta


Lic. Concepción Arizaga Tovar
Secretaría


Dra. Soñia Núñez Chávez
Miembro del Jurado

FACULTAD DE ENFERMERÍA
INFORME DE ASESORIA DE TESIS

A : **Mgter. Ruth Romero de Rodríguez**
Decana de la Facultad de Enfermería

DE : **Dra. Dominga Vargas de Flores**
Asesora del estudio de Investigación

ASUNTO : **Asesoría de Tesis Titulada:**

INFLUENCIA DEL AUTOCUIDADO DE LA SALUD EN LA
RECUPERACIÓN DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR.
MICRORED ALTO SELVA ALEGRE. AREQUIPA, 2012

AUTORAS : *YESSICA JAQUELIN QUISPE MAMANI*
KAREN NUÑEZ ZUÑIGA

FECHA : Arequipa, 27 de febrero del 2013

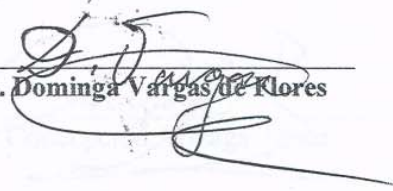
Antecedentes:

La asesoría del estudio de investigación se llevó a cabo durante los meses de Setiembre a Diciembre del 2012, tiempo en el que se revisó el Enunciado, los Objetivos, Variables, Justificación, Hipótesis, Marco Teórico y el Contenido Operacional; revisión que demandó la reestructuración tanto de la teoría como de la investigación propiamente dicha, en la que se ha considerado tablas estadísticas.

Apreciación Personal:

Los resultados de la investigación permitirán fortalecer el cuerpo de conocimientos de la profesión de Enfermería.

Atentamente,



Dra. Dominga Vargas de Flores

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

A : Mgter. Ruth Romero de Rodriguez
Decana de la Facultad de Enfermería

De : Dra. Delia Núñez de Alvarez
Lic. Concepción Arizaga Tovar
Miembros del Jurado Dictaminador

Asunto : Dictamen de Proyecto de Tesis titulado:

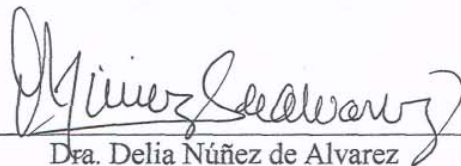
“INFLUENCIA DEL AUTOCUIDADO DE LA SALUD EN LA
RECUPERACIÓN DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS
PULMONAR CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE,
AREQUIPA, 2012”

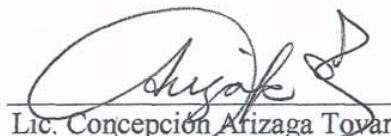
Alumnas : Yessica Jaquelin Quispe Mamani
Karen Lady Núñez Zúñiga

Fecha : 09 de enero del 2013

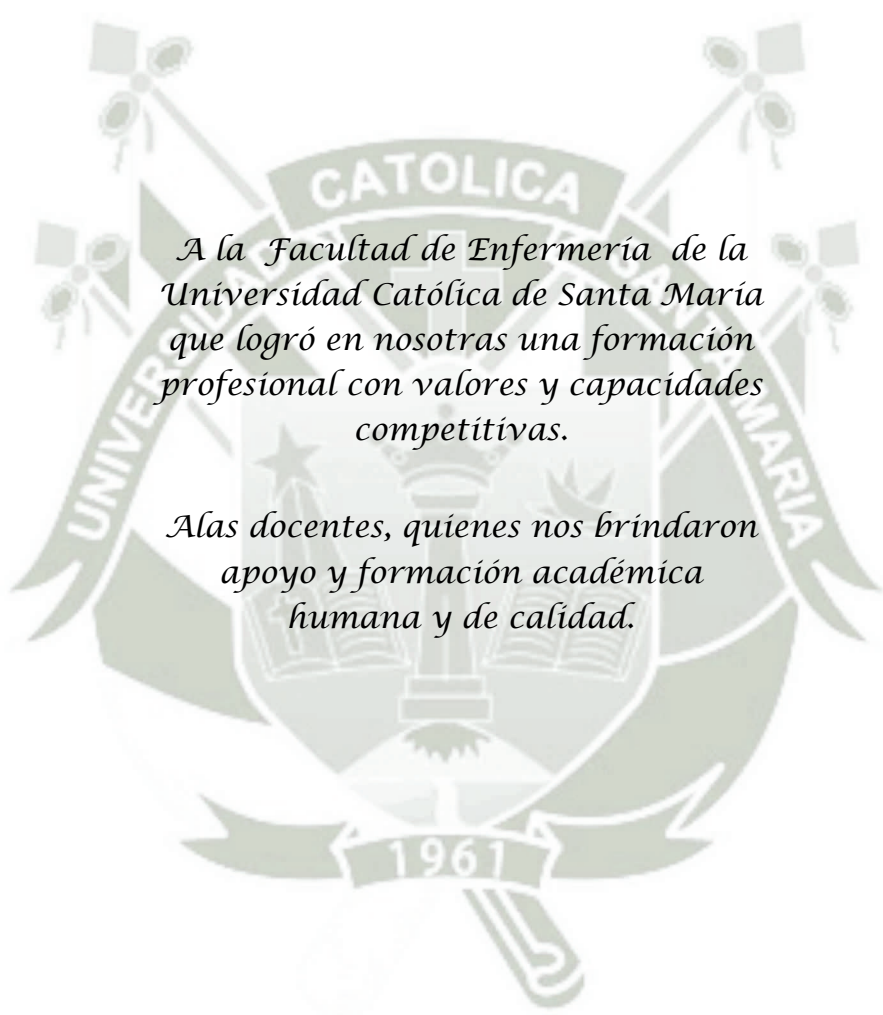
Reunido el Jurado Dictaminador resuelve dar el pase para la Ejecución de la presente
investigación.

Atentamente,


Dra. Delia Núñez de Alvarez


Lic. Concepción Arizaga Tovar

Agradecimiento



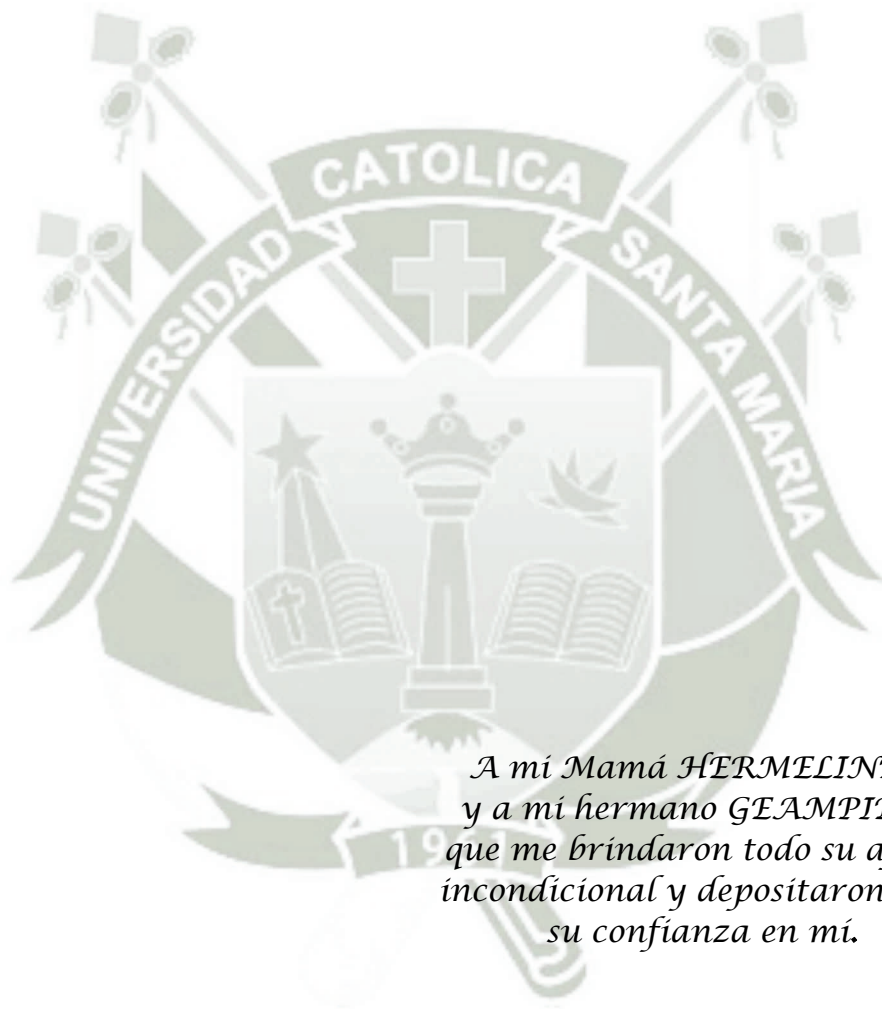
*A la Facultad de Enfermería de la
Universidad Católica de Santa María
que logró en nosotras una formación
profesional con valores y capacidades
competitivas.*

*Alas docentes, quienes nos brindaron
apoyo y formación académica
humana y de calidad.*

KAREN y JESSICA

Dedicatorias

*A Dios quien me ha guiado
y me ha dado la fortaleza
de seguir adelante.*

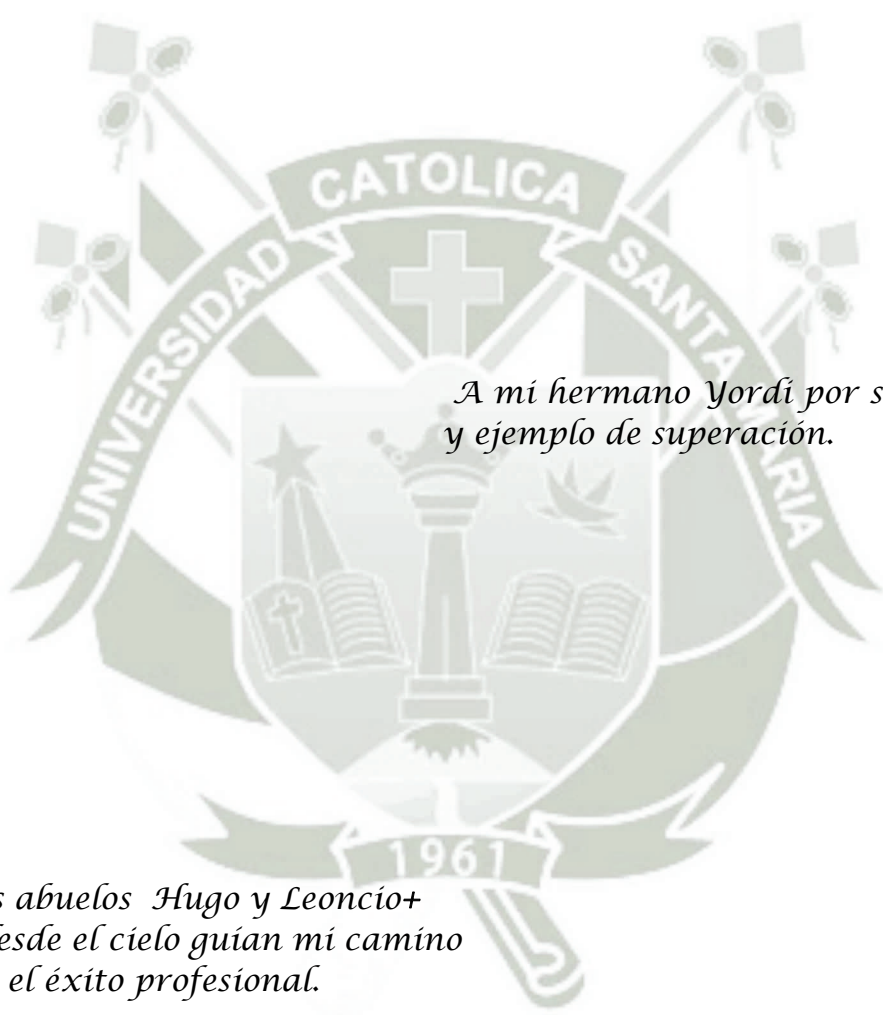


*A mi Mamá HERMELINDA
y a mi hermano GEAMPIERO
que me brindaron todo su apoyo
incondicional y depositaron toda
su confianza en mí.*

Yessica

Dedicatorias

*A mis queridos padres,
Reynaldo y Judith porque
gracias a ellos ha sido
posible mi formación profesional*



*A mi hermano Yordí por su apoyo
y ejemplo de superación.*

*A mis abuelos Hugo y Leoncio+
que desde el cielo guían mi camino
hacia el éxito profesional.*

Karen

ÍNDICE

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	07
RESUMEN	09
ABSTRACT	11
INTRODUCCIÓN	12

CAPITULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA	13
1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	13
1.2.1. Campo, Área y Línea	13
1.2.2. Análisis y Variables	13
1.2.3. Interrogantes Básicas	15
1.2.4. Tipo y Nivel del Problema	15
1.3. JUSTIFICACIÓN	15
2. OBJETIVOS	16
3. MARCO TEÓRICO	16
4. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	44
5. HIPÓTESIS	45

CAPITULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE VERIFICACIÓN	46
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	46
2.1. UBICACIÓN ESPACIAL	46
2.2. UBICACIÓN TEMPORAL	46
3. UNIDADES DE ESTUDIO	46
4. ESTRATEGIAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	47

CAPITULO III

RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	50
2. DATOS SOBRE EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD	56
CONCLUSIONES	66
RECOMENDACIONES	67
BIBLIOGRAFÍA	68
ANEXOS	71



ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

TABLA N°

1. PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR INVESTIGADOS SEGÚN EDAD. AREQUIPA, 2012	49
2. PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR INVESTIGADOS SEGÚN GÉNERO. AREQUIPA, 2012	50
3. PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR INVESTIGADOS SEGÚN INSTRUCCION. AREQUIPA, 2012	51
4. PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR INVESTIGADOS SEGÚN OCUPACIÓN. AREQUIPA, 2012	52
5. PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR INVESTIGADOS SEGÚN ESTADO MARITAL AREQUIPA, 2012	53
6. PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR INVESTIGADOS SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA. AREQUIPA, 2012	54
7. PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR INVESTIGADOS SEGÚN AUTOCUIDADO DE LA ALIMENTACIÓN. AREQUIPA, 2012	55
8. PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR INVESTIGADOS SEGÚN AUTOCUIDADO DE LA RESPIRACIÓN. AREQUIPA, 2012	57
9. PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR INVESTIGADOS SEGÚN AUTOCUIDADO DE LA HIGIENE. AREQUIPA, 2012	58
10. PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR INVESTIGADOS SEGÚN EL AUTOCUIDADO DESCANSO Y DE SUEÑO. AREQUIPA, 2012	60
11. PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR INVESTIGADOS SEGÚN CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO INTEGRADO. AREQUIPA, 2012	61

12. PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR INVESTIGADOS
SEGÚN REALIZAN ACTIVIDADES DE RECREACIÓN. AREQUIPA, 2012 62
13. PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR INVESTIGADOS
SEGÚN AUTOCUIDADO DE SU SALUD. AREQUIPA, 2012 63
14. PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR INVESTIGADOS
SEGÚN RECUPERACIÓN. AREQUIPA, 2012 64



RESUMEN

INFLUENCIA DEL AUTO CUIDADO DE LA SALUD EN LA RECUPERACIÓN DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR. MICRORED ALTO SELVA ALEGRE. AREQUIPA, 2012

Presentado por los Bachilleres en Enfermería. *YESSICA JAQUELIN QUISPE MAMANI* y *KAREN LADY NUÑEZ ZUÑIGA*, para la obtener el Título Profesional de Licenciadas en Enfermería en la Universidad Católica de Santa María, situada en la Urb. San José s/n Umacollo - Yanahuara, teléfono 251210, Arequipa- Perú.

El presente trabajo de investigación, tuvo como objetivos: Describir las características del autocuidado de la salud que realizan los pacientes con Tuberculosis Pulmonar, determinar el estado de salud de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar, precisar la influencia del autocuidado de la Salud en la Recuperación de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar atendidos en la Microred Alto Selva Alegre.

Se utilizó la siguiente metodología: técnica la Encuesta y como Instrumento la Cédula de Preguntas, el cual fue aplicado en una muestra de 20 pacientes con diagnóstico de TBC Pulmonar.

Teniendo como conclusiones: Que superando el 50.0% consumen alimentos ricos en proteínas e hidratos de carbono; que conllevan al paciente a un régimen dietético hipercalórico en un 40%; realizan actividades orientadas hacia el autocuidado de la función respiratoria; de la higiene personal y ambiental. En mayoría cumplen el tratamiento farmacológico, dietético e higiénico en forma continua, y dedican espacios de tiempo para la recreación. Su recuperación es positiva en razón a que presentan Baciloscopia negativa y radiografía con signos de cicatrización y buen estado de ánimo. La práctica del autocuidado de la salud realizada por los pacientes con tuberculosis Pulmonar de la Microred Alto Selva Alegre, en el 50% es favorable, por lo que concluimos que influye positivamente en su recuperación.

Se sugiere a las profesionales de Enfermería de la Microred Alto Selva Alegre que incluyan dentro del Plan de Atención, la aplicación del Modelo Conceptual del Autocuidado de la Salud, el que será dirigido a los pacientes con Enfermedad Crónica, previa enseñanza y orientación en cuanto a su aplicación. Asimismo, se sugiere se realice seguimiento a dichos pacientes a fin de evaluar el progreso en su recuperación. Y a las estudiantes de Enfermería

del X Semestre Académico tomen como tema de investigación la aplicación de Modelos de Atención de Enfermería.

AREQUIPA – PERÚ
2013



ABSTRACT

INFLUENCE OF HEALTH CARE AUTO RECOVERY IN PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS. JUNGLE ALTO ALEGRE MICROGRID Arequipa, 2012

Presented by the Bachelors in Nursing, *QUISPE JAQUELIN YESSICA MAMANI* and *LADY KAREN NUNEZ ZUÑIGA*, to obtain the Professional Title Lawyers in Nursing at the Catholic University of Santa Maria, located in Urb. San Jose s / n Umacollo - Yanahuara, telephone 251210, Arequipa-Perú.

This research work aimed to: describe the characteristics of self-care that perform pulmonary tuberculosis patients, to determine the health status of patients with pulmonary tuberculosis, clarify the influence of self-care Health Recovery pulmonary tuberculosis patients treated in the Microgrid Alto Selva Alegre.

We used the following methodology: Survey technique as the Cedula Instrument Questions, which was applied to a sample of 20 patients diagnosed with pulmonary TB.

Taking as conclusions: That surpassing 50.0%, carry a kilocalorie diet by eating foods high in protein and carbohydrates, perform self-oriented activities of the respiratory function of personal and environmental hygiene. In most adhered to drug therapy, dietary and hygienic continuously, and devote spaces recreation. Su time for recovery is positive because they exhibit negative Smear radiography signs of healing and practice good self-care ánimo. La health care by patients with Pulmonary tuberculosis Microred Alto Selva Alegre, 50% are in favor, we conclude that positively influences their recovery.

It is suggested that nursing professionals in the Microgrid Alto Selva Alegre to include in the care plan, implementation of the Conceptual Model Health Self-Care, which will be aimed at patients with chronic disease, previous teaching and guidance as to its aplicación. Asimismo, suggested for monitoring such patients perform to assess progress in his recovery. It is suggested that nursing students take the X Semester as a research topic implementing nursing care models.

AREQUIPA – PERÚ
2013

INTRODUCCIÓN

La Tuberculosis es una infección crónica producida por el *Mycobacterium tuberculosis*, llamado también Bacilo de Koch, infección que preferentemente se localiza en los pulmones y también puede afectar otras parte del cuerpo. Actualmente, se constituye como un problema de salud pública importante debido a su elevada incidencia y a su implicancia en la morbilidad, incapacidad y alto costo en cuanto a salud se refiere, afectando a los grupos vulnerables y en general a la población. Los factores y actitudes de riesgo determinan su aparición de allí la importancia de la prevención.

Con el presente estudio se busca caracterizar el autocuidado que realizan los pacientes con Tuberculosis Pulmonar y relacionarlo con su estado de salud y así medir su influencia, para ello se seleccionaron indicadores y subindicadores de acuerdo a las variables propuestas, como son: alimentación, respiración, eliminación, higiene, descanso y sueño, tratamiento farmacológico, recreación, sintomatología, baciloscopia y rayos x.

La muestra conformada por 20 pacientes atendidos en la Microred Alto Selva Alegre fue seleccionada intencionalmente y por conveniencia.

En los resultados encontrados se percibe el papel que juega el Autocuidado de la Salud aplicado por los pacientes en la recuperación de una enfermedad crónica como es la Tuberculosis Pulmonar.

El contenido del estudio se ha organizado por capítulos, el primero da referencia al Planteamiento Teórico; el segundo, al planteamiento operacional y el tercero, a los resultados, conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. ENUNCIADO

Influencia del Autocuidado de la Salud en la recuperación de Pacientes con Tuberculosis Pulmonar. Microred Alto Selva Alegre. Arequipa, 2012.

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Campo, Área y Línea

- a. Campo: Ciencias de la Salud
- b. Área: Enfermería en Salud Pública
- c. Línea: Enfermedades Transmisibles (TBC Pulmonar).

1.2.2. Análisis de Variables

El estudio de investigación tiene dos variables:

Independiente: Autocuidado de la Salud

Dependiente: Recuperación de pacientes con Tuberculosis Pulmonar

Variables	Indicadores	Subindicadores
Independiente Autocuidado de la salud	1. Alimentación 2. Respiración 3. Eliminación 4. Higiene 5. Descanso y sueño 6. Tratamiento farmacológico 7. Recreación	1.1.Régimen dietético 1.2.Alimentos 2.1.Forma de respiración 2.2.Ambiente 3.1.Secretión bronquial 3.2.Diaforesis 3.3.Cambio de ropa 4.1.Del cuerpo 4.2.Oral 4.3.Del ambiente 5.1.Descanso durante el día 5.2 .Sueño nocturno 6.1.Específico 7.1.Lectura 7.2.Televisión/radio 7.3.Deportes 7.4.Paseos 7.5.Artes manuales
Dependiente Recuperación de Pacientes con Tuberculosis Pulmonar	1. Sintomatología 2. Baciloscopía 3. Rayos X de pulmones	1.1.Tos 1.2.Hipertermia 1.3.Baja de peso 1.4.Estado general 2.1.Negativa 2.2.Positiva 3.1.Cicatrices 3.2.Lesiones

1.2.3. Interrogantes Básicas

- ¿Cuáles son las características del autocuidado de la salud que realizan los pacientes con Tuberculosis Pulmonar atendidos en la Microred Alto Selva Alegre?
- ¿Cuál es el estado de salud de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar atendidos en la Microred Alto Selva Alegre?
- ¿Cómo influye el autocuidado de la Salud en la Recuperación de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar atendidos en la Microred Alto Selva Alegre?

1.2.4. Tipo y Nivel del problema

Tipo: De campo

Nivel: Explicativo, de corte transversal

1.3.JUSTIFICACIÓN

El tema seleccionado en la presente investigación se le considera como enfermedad grave que a través de los años se viene incrementando. En nuestro país, alrededor de 150,000 personas tienen Tuberculosis Pulmonar, alcanzando el 39,5% de la población, cuyos estilos de vida en lo que se refiere a alimentación, higiene ambiental, eliminación, trabajo, recreación, etc., constituyen poderosos factores de riesgo que dificulta el tratamiento integrado y por consiguiente, su recuperación¹, si es que no se realizan a través del autocuidado.

Esta situación hace que el presente estudio sea relevante tanto humana como socialmente, en la medida en que dichas personas no llevan un estricto régimen terapéutico que complemente el tratamiento farmacológico, hecho que demanda de sus familias y de las instituciones de salud, tiempo y desnivel económico.

¹ MINSA. Of. De Estadística. Arequipa, 2009

Posee relevancia científica en razón a que permite una amplia revisión bibliográfica del tema a investigar; los conceptos y criterios obtenidos conjuntamente con los hallazgos que se descubrieron servirán de aporte en el quehacer profesional de enfermería.

El estudio no es original en razón a que le anteceden investigaciones similares. Es factible de realizarlo por contar con las facilidades institucionales pertinentes.

Asimismo, se le considera al estudio de significativa importancia por su enfoque preventivo y recuperativo, ya que estudia un componente importante del tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar.

Un importante motivo que nos impulsa a realizar la investigación es el obtener el Título Profesional de Licenciadas en Enfermería.

2. OBJETIVOS

- 2.1. Describir las características del autocuidado de la salud que realizan los pacientes con Tuberculosis Pulmonar atendidos en la Microred Alto Selva Alegre.
- 2.2. Determinar el estado de salud de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar atendidos en la Microred Alto Selva Alegre.
- 2.3. Precisar la influencia del autocuidado de la Salud en la Recuperación de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar atendidos en Microred Alto Selva Alegre.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. TUBERCULOSIS PULMONAR

3.1.1. Definición

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa que afecta principalmente al parénquima pulmonar. También puede transmitirse a otras partes del cuerpo, incluyendo meninges, riñones, huesos y ganglios linfáticos. El principal agente infeccioso, *Mycobacterium Tuberculosis*, también llamado Bacilo de Koch, es

un bacilo aeróbico acidorresistente que se desarrolla lentamente y es sensible al calor y luz ultravioleta.

Etiología

El Bacilo de Koch pertenece al grupo mycobacterias, es un bacilo ácido alcohol-resistente, aerobio estricto, no esporulado, inmóvil y no productor de toxinas, que se tiñe por la Fucsina básica de Ziehl y no se decolora con el lavado con ácido nítrico y alcohol (Método de Ziehl-Nielsen). Es de multiplicación lenta, por lo que la enfermedad puede llegar a la cronicidad. Tiene virulencia variable.

3.1.2. Fisiopatología de la Tuberculosis Pulmonar

La diseminación se produce mediante partículas de aerosol emitidas al hablar, al estornudar y sobre todo la toser, por lo que la vía principal de entrada y contagio del Mycobacterium Tuberculosis es la pulmonar (inhalatoria)

Una persona susceptible inhala mycobacterias y se infecta. Las bacterias se transmiten por las vías respiratorias a los alveolos, en especial de los lóbulos inferiores que son mejor ventilados, donde presenta una replicación lenta (de 14 a 21 días). El bacilo puede multiplicarse y diseminarse mediante los vasos linfáticos hacia los ganglios regionales, el bacilo alcanza la sangre diseminándose por vía hematógena; el sistema inmunitario del cuerpo inicia una reacción inflamatoria. Los fagocitos, neutrófilos y macrófagos engloban gran parte de las bacterias; los linfocitos específicos de la tuberculosis destruyen Mycobacterias y tejido normal. Esta reacción de los tejidos resulta en acumulación de exudado en los alveolos y provoca bronconeumonía.

Se forman nuevas masas de tejido, llamadas granulomas, que son racimos de bacilos vivos y muertos, rodeados de macrófagos que constituyen una pared protectora. Los granulomas se transforman en masas de tejido fibroso, cuya porción central se conoce como tubérculo de Ghon. El material (bacterias y macrófagos) se vuelve necrótico y forma una masa caseosa, que luego se calcifica. La curación de la lesión primaria se resuelve por fibrosis y

calcificación. Los complejos de Ghon calcificados son visibles en la Rx. de tórax.

Después de la exposición y la infección inicial, la persona puede desarrollar enfermedad activa por una respuesta inadecuada o deficiente del sistema inmunitario. También ocurre con reinfección y activación de las bacterias en estado de latencia. En este caso, el tubérculo de Ghon se ulcera y libera el material caseoso en los bronquios. Las bacterias se vuelven transmisibles por el aire y resulta en mayor diseminación de la enfermedad. El tubérculo ulcerado cicatriza. El pulmón infectado sigue inflamándose, lo que da como resultado en otra bronconeumonía y formación de más tubérculos.

A menos que pueda detenerse, el proceso se difunde lentamente hacia abajo, al hilio de los pulmones y posteriormente se extiende a los lóbulos adyacentes.

El primer contagio con afectación pulmonar lo conocemos como tuberculosis pulmonar primaria o primoinfección tuberculosa, con signos y síntomas tan ligeros que la mayoría de las veces pasa inadvertidas, descubriéndose de forma casual por un hallazgo radiológico o de la prueba de Mantoux. Denominamos tuberculosis postprimaria o secundaria a la reactivación endógena de una infección tuberculosa latente. A diferencia de la infección primaria, que suele localizarse en los campos pulmonares inferiores, la tuberculosis postprimaria suele localizarse en los lóbulos superiores.

3.1.3. Factores de riesgo

- Contacto cercano con alguien que tiene tuberculosis activa. La inhalación de partículas transmitidas por el aire expulsadas por una persona infectada es proporcional a la cantidad de tiempo pasada en el mismo espacio aéreo, la proximidad de la persona y el grado de ventilación.
- Habitar en viviendas de mala calidad y en condiciones de hacinamiento.
- Estado inmunocomprometido (VIH, cáncer, órganos trasplantados, tratamientos con corticoides, quimioterapia).
- Abuso de sustancias y bebidas alcohólicas.
- Enfermedades preexistentes o tratamientos especiales (diabetes, insuficiencia

renal crónica, desnutrición, neoplasias, hemodiálisis, órganos trasplantados).

- Institucionalización (instituciones psiquiátricas, prisiones).
- Ser un trabajador de atención a la salud.

3.1.4. Síntomas

Primoinfección tuberculosa: Las manifestaciones clínicas son muy variables, con frecuencia pasa desapercibida y en otras cursa con un síndrome tóxico y febrícula, en general la afectación suele quedar restringida al pulmón en forma de neumonía y/o pleuritis tuberculosa.

- **Neumonía tuberculosa:** Febrícula, malestar general, pérdida de peso, sudoración nocturna, tos persistente y expectoración, en ocasiones hemoptoica. Es muy contagiosa y requiere aislamiento inicial del enfermo (dos semanas desde el inicio del tratamiento, que es el tiempo necesario para lograr que las secreciones dejen de ser contagiosas).
- **Pleuritis tuberculosa:** Suele ser manifestación de la primoinfección. Ocasiona un cuadro de derrame pleural, de comienzo brusco y habitualmente es un exudado de predominio linfocitario.

Tuberculosis postprimaria: La propagación desde los pulmones puede ser por diseminación linfática, hematogena. El cuadro clínico es muy variable desde formas asintomáticas a cuadros muy graves, generalmente suele existir un síndrome tóxico más o menos acentuado, síndrome febril, dolor torácico, y tos, que puede ser seca o con expectoración, siendo frecuente los episodios hemoptoicos.

3.1.5. Pruebas y exámenes

Para llevar a cabo el diagnóstico de la tuberculosis es necesario realizar las siguientes acciones:

- Exploración física.
- Exploración radiológica: radiografía de tórax.
- Prueba de tuberculina.
- Aislamiento del bacilo: Baciloscopia y cultivo.

3.1.6. Tratamiento

El tratamiento se basa en diversos regímenes de terapia combinada (varios medicamentos) los medicamentos antituberculosos tiene capacidad bactericida, capacidad bacteriostática y capacidad de prevenir la resistencia, puede eliminar el bacilo de la tuberculosis en cualquier localización, a nivel intracelular y extracelular.

El tratamiento farmacológico considera dos fases:

- **Primera fase de inducción o bactericida:** La administración diaria, sirve para reducir rápidamente la población bacilar de crecimiento y multiplicación rápida y para prevenir la resistencia y con ello el fracaso del tratamiento.
- **Segunda fase de mantenimiento o bacteriostático:** La administración intermitente, incluye menor número de medicamentos, suficientes para conseguir la eliminación de los bacilos persistentes y evitar así las recaídas.

A. Medicamentos antituberculosis de primera línea:

Los medicamentos de primera línea se utilizan en personas con tuberculosis en condiciones de: nuevos, recaídas y abandonos, son altamente eficaces y de buena tolerancia.

- Rifampicina: Bactericida, de absorción retardada por los alimentos, metabolismo hepático, excreción riñones y heces.
- Isoniacida: Bactericida, mejor absorción en ayunas, metabolismo hepático, excreción renal.
- Pirazinamida: Bactericida, metabolismo hepático, excreción renal.
- Etambutol: Bacteriostático, metabolismo renal y hepático, excreción renal.
- Estreptomina: Bactericida, absorción parenteral, excreción renal y bilis.

B. Medicamentos antituberculosos de segunda línea:

Fase	Duración	Frecuencia	Medicamento y Dosis	Total por Paciente
1 ^{ra}	2 meses (50 dosis)	Diario excepto domingos y feriados	Rifampicina*300mg 2 capsulas Isoniacida*100mg 3 tabletas Pirazinamida*500mg 3 tabletas Etambutol*400mg 3 tabletas	R*300mg=164cap H*100mg=438tab Z*500mg=150tab E*400mg=150tab
2 ^{da}	4 meses (32 dosis)	2 veces por semana	Rifampicina *300mg 2 cápsulas Isoniacida*100mg 9 tabletas	

Los

medicamentos de segunda línea se utilizan generalmente en personas con tuberculosis resistentes a antibióticos, son menos eficaces y de menor tolerancia.

- **GRUPO 1:** fármacos orales de primera línea, H, R, Z, E. Pueden utilizarse en el manejo de la TB-MDR. Si la prueba de sensibilidad indica que aún es sensible a Etambutol y/o Pirazinamida, deben ser considerados en el nuevo esquema, ya que son mejor tolerados que los medicamentos de segunda línea.
- **GRUPO 2:** medicamentos inyectables Animoglicosidos (Kanamicina, Amikacina, Estreptomina, Capreomicina); si el paciente es sensible se considera Estreptomina como primera opción. Si es resistente a la Estreptomina se recomienda Kanamicina, y si es resistente a la Capreomicina se hará uso de la Amikacina., autorizadas únicamente para la TB-MDR.
- **GRUPO 3:** Comprende a las Quinolonas (Moxifloxacino, Levofloxacino, Ciprofloxacino) que son fármacos de segunda línea orales y bactericidas. Se debe incluir una Quinolona en cada régimen de tratamiento MDR.
- **GRUPO 4:** Incluye a Ethionamida, Cicloserina. Son menos

tolerados que los medicamentos de otros grupos. Todos ellos pueden ser incluidos en el esquema de retratamiento

3.1.7. Posibles complicaciones

La tuberculosis pulmonar puede causar daño permanente a los pulmones si no se trata oportunamente. Los medicamentos usados para tratar la tuberculosis pueden causar reacciones adversas a los fármacos antituberculosos y efectos secundarios, incluyendo problemas hepáticos. Otros efectos secundarios abarcan:

- Cambios en la visión.
- Lágrimas y orina de color anaranjado o pardo.
- Salpullido.

3.1.8. Prevención

La prevención tiene como finalidad evitar la infección por tuberculosis y en caso que esta se produzca tomar medidas para evitar el paso de infección a enfermedad. Las medidas preventivas están dirigidas a evitar la diseminación del Bacilo de Koch.

Las principales medidas preventivas son:

- Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar: La medida preventiva más eficaz es evitar el contagio, eliminando las fuentes de infección presentes en la comunidad a través de la detección, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno y completo.

Vacunación BCG (Bacilo de Calmette-Guerin): contiene bacilos vivos y atenuados, obtenida del *Mycobacterium bovis*. Su aplicación tiene como objetivo provocar respuesta inmune útil. Su importancia radica en la protección que brinda contra las formas graves de tuberculosis: Meningoencefalitis tuberculosa, y tuberculosis miliar debiendo ser aplicada en todo recién nacido gratuitamente, y es responsabilidad de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones.

- Control de contactos: Se denomina contacto a las personas que conviven con la persona con tuberculosis, el control de contactos se define como la evaluación integral y seguimiento de estas personas. El objetivo es prevenir

la infección y el desarrollo de la enfermedad.

- Quimioprofilaxis: Es la administración de Isoniacida a personas en riesgo de ser infectadas o enfermar de tuberculosis con el objetivo de prevenir la enfermedad.
- Educación para la salud: La comunicación en el control de la tuberculosis es un proceso de interacción y diálogo entre el personal de los servicios de salud y los cuidados en diversos escenarios y espacios (individual familiar y comunitario), con la finalidad de influir y lograr estilos de vida saludables que disminuya la transmisión de la infección en la comunidad.

3.2. Atención de enfermería a la persona con tuberculosis

3.2.1 Entrevista de enfermería:

La entrevista debe realizarse al inicio, al cambio de fase y al término del tratamiento.

A. Primera entrevista:

- Establecer un ambiente de cordialidad y privacidad.
- Se realiza cuando la persona con tuberculosis ingresa al tratamiento, para informarle sobre su enfermedad y formas de contagio, importancia del tratamiento supervisado, la baciloscopía de control mensual.
- Identificar antecedentes de tratamiento y factores de riesgo para tuberculosis multidrogoresistente.
- Brindar educación sobre la enfermedad, el tratamiento que va a recibir en forma supervisada, los exámenes de control y las posibilidades de reacción a los medicamentos, con palabras sencillas y utilizando material audiovisual.
- Brindar orientación nutricional.
- Llenado correcto y completo de todos los registros que incluye la atención del paciente.
- Llenar la tarjeta de control de asistencia y administración de medicamentos.

- Realizar el censo de contactos y citarlos para el primer control, indagar si alguno de los contactos presenta síntomas respiratorios.
- Informar a la persona con tuberculosis sobre la visita domiciliaria.
- Verificar la firma del consentimiento informado.

B. Segunda Entrevista:

- Se realiza al terminar la primera fase de tratamiento, para controlar la evolución de la persona con tuberculosis, revisión y análisis de la tarjeta de tratamiento.
- Reforzar la importancia del cumplimiento del tratamiento en la fase intermitente y de las baciloscopías de seguimiento.
- Reforzar la educación sanitaria y aclarar posibles dudas.
- Explicar a cerca de la conversión bacteriológica al final de la primera fase y la importancia de continuar su tratamiento hasta su curación.
- Orientar sobre la posibilidad de reacciones adversas a los fármacos antituberculosos (prurito, dermatitis, ictericia, etc.).
- Coordinar y verificar la consulta médica de evaluación.

C. Tercera Entrevista:

- Se realiza al término del tratamiento.
- Verificar el cumplimiento y resultado del último control baciloscópico.
- Coordinar y verificar la consulta médica de alta.
- Registrar la condición de egreso, en el libro de registro y la tarjeta de tratamiento.
- Reforzar la autoestima de la persona que culmina el tratamiento satisfactoriamente y recomendarle que en caso de presentar sintomatología respiratoria, él o sus familiares acudan al establecimiento de salud.

3.2.2. Visita domiciliaria:

Esta actividad consiste en acudir al domicilio de la persona con tuberculosis con la finalidad de educar al paciente y familia. Deberá efectuarse dentro de las primeras 48 horas de realizado el diagnostico.

Motivos de la visita.

- Ubicar al sintomático respiratorio BK (+) que no acude al establecimiento de salud.
- Ubicación y verificación del domicilio de la persona con tuberculosis para su ingreso al tratamiento.
- Educación sanitaria al grupo familiar sobre: importancia del tratamiento supervisado, medidas preventivas y solicitar su participación en el cuidado de la persona con tuberculosis.
- Verificar número de contactos censados a fin de facilitar su control y detectar nuevos casos de tuberculosis.
- Recolectar muestras de esputo en caso de encontrar sintomáticos respiratorios entre los contactos.
- Obtener la segunda muestra del sintomático respiratorio que no retorna al establecimiento de salud.
- Recuperar a la persona con tuberculosis que no asiste al tratamiento (dentro de las 24 horas).

3.2.3. Organización y administración del tratamiento:

La enfermera del establecimiento de salud es responsable de garantizar la correcta administración del tratamiento antituberculoso.

La adherencia al tratamiento depende en gran parte de la relación establecida entre la persona con tuberculosis, el personal de enfermería que lo administra y el establecimiento de salud.

El tratamiento es estrictamente supervisado y ambulatorio. El personal de enfermería asegurara que la persona con tuberculosis, reciba la administración de los medicamentos en una sola toma al día (fármacos de primera línea) para lo cual se requiere lo siguiente:

- Disponer de un ambiente con luz y ventilación natural para la atención de las personas con tuberculosis.
- Disponer de los libros de registro y seguimientos de pacientes, tarjetas de control y asistencia de medicamentos.
- Garantizar la administración de tratamiento supervisada en la boca por el personal de enfermería en los servicios de salud.
- Establecer normas elementales de higiene en el personal de salud: lavado de manos y uso de mandil o uniforme.
- Disponer de esquemas de tratamiento completos, los mismos que deberán estar en porta envases para medicamentos (por cada persona con tuberculosis), debidamente rotulado con el nombre, número de caso, esquema y fecha de inicio de tratamiento.
- Utilizar la tarjeta de asistencia y administración de medicamentos correctamente.

3.3. EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD

El autocuidado tiene que ver con aquellos cuidados que se proporciona la persona para tener una mejor calidad de vida, autocuidado individual, o los que son brindados en grupo, familia, o comunidad, autocuidado colectivo El autocuidado está determinado por aspectos propios de la persona y aspectos externos que no dependen de ella; estos determinantes se relacionan con los factores protectores para la salud, tanto como con los factores de riesgo, que generan, según el caso, prácticas favorables o riesgo para la salud. 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.

3.3.1. La Promoción de la Salud - el Cuidado humano

La palabra cuidar proviene de la palabra coidar, discurrir, la que, a su vez, proviene del latín cogitare, pensar; su etimología también la relaciona con sentir una inclinación o preferencia”².

“Cuidar es una interacción humana de carácter interpersonal, intencional, única, que se sucede en un contexto sociocultural, tiene un fin determinado y que refuerza o reafirma la dignidad humana. Es decir; es un proceso intersubjetivo y simétrico, en el cual ambos, quien es cuidado y su cuidador, establecen una relación de doble vía que parte del reconocimiento del otro como ser humano pero diferente, e implica estar con la persona (s) a quien (es) se cuida. Es esto lo que hace del cuidado una experiencia energizante y de mutuo beneficio”³

Para cuidar la vida y la salud se requiere del desarrollo de habilidades personales, para optar por decisiones saludables, lo cual constituye uno de los cinco componentes de la promoción de la salud , establecidos en la Primera Conferencia Internacional en Ottawa Canadá, donde se dijo que: “La promoción favorece el desarrollo personal y social en la medida que aporte información sobre el cuidado, educación sanitaria para tomar decisiones informadas y se perfeccionen las aptitudes indispensables para la vida; de esta manera se aumentan las opciones disponibles para que la gente pueda ejercer un mayor control sobre su salud y el medio social y natural, y así opte por todo aquello que propicie la salud.”⁴Las estrategias y mecanismos para desarrollar dichas habilidades se relacionan con la autogestión, la educación e información y el autocuidado, mediados por la comunicación.

²PINZÓN, Lina. Hacia la renovación de la acreditación del Programa de Enfermería de la Universidad de Caldas: anexos seleccionados, numeral 3, Manizales: Programa de Enfermería U. de Caldas julio 2000, p.12

³WATSON Y LEININGER, citado por Pinzón M. Lina. En: Hacia la renovación de la acreditación del Programa de Enfermería de la Universidad de Caldas: Anexos seleccionados: reforma curricular, objeto de estudio. Numeral 3 Manizales: Facultad de Ciencias para la Salud Julio 2002, p. 11.

⁴CARTA DE OTTAWA. Primera conferencia internacional sobre promoción de la salud. Canadá, noviembre 1986.

Las habilidades personales para vivir determinan el estilo de vida de las personas y la manera como ellas se cuidan. El término ‘estilo de vida’ se refiere a la manera de vivir y a las pautas personales de conducta, que están determinadas por factores sociales, culturales y personales; equivale a las actitudes, hábitos y prácticas individuales o familiares, que pueden influir positiva o negativamente sobre nuestra salud.

3.3.2. Tipos de Cuidados

En el proceso de cuidar la vida y la salud se dan tres tipos de cuidados:

A. Cuidado o Asistencia a Otros: Los Cuidamos

Esta forma de cuidado corresponde a la atención sanitaria, 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, realiza 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 de la comunidad. Tienen como objetivo recuperar la salud.

La atención sanitaria es una actividad tanto para quien la presta como para el enfermo, puesto que produce resultados en ambos; puede decirse que, al favorecer el mantenimiento y conservación de la vida, al permitir que ella continúe, se reproduzca y termine dignamente, se generan altos niveles de satisfacción en el cuidador y en el usuario, se incrementan los niveles de autonomía, de salud y se mejora su calidad de vida.

B. Cuidado entre todos (nos cuidamos):

El cuidado entre todos es denominado 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 y solidario; por ejemplo., la disposición de basuras, el tratamiento colectivo de aguas, el uso racional de los servicios disponibles para la atención en salud, entre otras, en procura del bienestar común.

C. Cuidado de sí (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.

3.3.3. Principios para el Autocuidado

- 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
- 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.

Estos conceptos son entendidos como:

A. Autoconcepto

Una serie de creencias sobre sí mismo que se manifiestan en la conducta. Estas creencias se acercan más a la realidad en la medida que la persona profundice en el estudio de sus propias características. Un mayor autoconocimiento posibilita un conocimiento de sí mismo más objetivo, lo que constituye el primer paso para la autoaceptación. Existen dos aspectos relacionados con el autoconcepto: la autoimagen y la autoeficacia. La autoimagen es el esquema mental que tenemos de nuestra propia imagen corporal, mientras que la autoeficacia es la creencia en nuestras capacidades para obtener lo que nos proponemos; ambas características se configuran a través de la confrontación con los mensajes verbales y no verbales de las otras personas, y de los modelos de conducta aprendidos durante la infancia.

B. Autoestima o Autovaloración:

La valoración que toda persona tiene de sí misma y que expresa como un sentimiento a partir de hechos concretos. La autoestima nace del autoconcepto que una persona tiene de sí misma y se forma a partir de las opiniones de los demás, expresadas a través de mensajes verbales y no verbales, sobre la persona y de la manera como esta los recibe; además, pueden influir en ella factores internos, por ejemplo, una depresión endógena.

C. Autoaceptación:

El reconocerse a sí mismo como persona con cualidades y limitaciones; permite asumir y aceptar constructivamente las características que difícilmente pueden ser modificadas.

D. Autocontrol:

Es la capacidad que tiene una persona para controlar sus decisiones. El control tiene un papel fundamental sobre las decisiones en torno al autocuidado, es

así como el control interno está relacionado con las creencias que tienen las personas y la capacidad de influir en el medio y en el curso de la propia salud; aquí se incluyen los determinantes personales, es decir, los que significan bienestar para cada persona. A su vez, el control externo es todo aquello que viene del medio externo a la persona, por ejemplo, la influencia de la familia, los amigos y los medios de comunicación.

E. Resiliencia:

Aquella “capacidad humana para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y salir de ellas fortalecido o incluso transformado”⁵. Permite focalizar los aspectos que protegen a las personas ante las adversidades y trabajar sobre sus recursos y fortalezas, promoviendo el desarrollo humano como posibilidad de aproximarse a sus condiciones de calidad de vida. El enfoque de la resiliencia muestra cómo es posible abordar las oportunidades de desarrollo humano, a pesar de la adversidad. De este modo, la resiliencia se convierte en un proceso de la persona en el que se involucran los aspectos internos como la autoestima, el buen humor, la seguridad, la empatía, entre otros, y condiciones del medio en lo económico, familiar, social, político, cultural⁶. La resiliencia es importante en el autocuidado porque facilita a las personas actuar de manera más sana frente a los obstáculos a la calidad de vida.

3.3.4. Factores Determinantes del Autocuidado

La toma de decisiones respecto al estilo de vida está determinada por los conocimientos, la voluntad y las condiciones requeridas para vivir. Los conocimientos y la voluntad son factores internos a la persona y las condiciones para lograr la calidad de vida, corresponden al medio externo. Cuando los factores internos y externos interactúan de manera favorable, se logra una buena

⁵GROTBERG, Edith. Guía de promoción de la resiliencia en los niños para fortalecer el espíritu humano. Washington: OPS/OMS, Fundación Bernard Van Leer. Agosto 1996 p. 3. 6

⁶NÚÑEZ, R. Ariel Cesar, et al. Compiladores. Promoción de la salud y jóvenes: experiencias universitarias. Manizales: Universidad de Manizales, Alcaldía de Manizales, Universidad de Caldas 2000 p.85.

calidad de vida; ellos son:

A. Factores Internos o Personales:

Los aspectos internos dependen directamente de la persona y determinan, de una manera personal, el autocuidado; corresponden a:

- **Los Conocimientos:** Determinan en gran medida la adopción de prácticas saludables, pues permiten a las personas tomar decisiones informadas y optar por prácticas saludables o de riesgo, frente al cuidado de su salud; sin embargo, estas determinaciones no dependen exclusivamente de la educación y la información, en vista de que hay variados factores internos y externos que intervienen.
- **La Voluntad:** Es importante entender que cada persona tiene una historia de vida con valores, creencias, aprendizajes y motivaciones diferentes, de aquí que cada una tenga una ‘clave para la acción’ diferente, con respecto a los demás y a cada uno de sus hábitos. En las teorías psicológicas sobre la conducta, se denomina ‘clave para la acción’ a aquel suceso que moviliza en la persona estructuras mentales y emocionales, que lo llevan a replantearse un hábito, una costumbre o una creencia. Estos cambios pueden darse por acontecimientos muy diversos, por ejemplo, una opinión, un comercial, una catástrofe, una enfermedad, o la muerte de alguien, pueden ‘disparar’ un cambio, lo cual indica por qué no todas las personas reaccionan igual a la educación masiva.
- **Las Actitudes:** Son el resultado del convencimiento íntimo que lleva a una persona a una actuación a favor o en contra, ante una situación determinada. Tiene que ver con los valores, los principios y la motivación. Aquí juega un importante papel la voluntad de cambio; ejemplos de actitud se observan en las formas como las personas responden ante una agresión verbal con una actitud desafiante, tolerante.

- **Los hábitos:** Son la repetición de una conducta que internaliza la persona como respuesta a una situación determinada; es el establecimiento de patrones comportamentales por su repetición, por ejemplo. el ejercicio rutinario.

B. Factores Externos o Ambientales

Son aquellos aspectos externos que hacen posible o no el autocuidado de las personas y sin embargo, no dependen de ellas; corresponden a los determinantes de tipo cultural, político, ambiental, económico, familiar y social. Entre los factores externos tenemos los de tipo:

- **Cultural:** Con respecto a la forma como la cultura determina el autocuidado, es necesario considerar que a las personas se les dificulta la adquisición de nuevos conocimientos y la adopción de nuevas prácticas, debido a que los comportamientos están arraigados en las creencias y las tradiciones. Los determinantes de los comportamientos son complejos porque, según de Roux, están mediados por los conocimientos acumulados a través de generaciones y por las representaciones sociales, donde tienen un papel importante los mitos y las supersticiones; es a través del mito que la gente da la explicación final a los fenómenos de la salud y la enfermedad. “La gente no reemplaza fácilmente creencias ancestrales por nuevos conocimientos y, por eso, es importante entender su racionalidad, sentido y significado, para poder erosionarlas y recomponer una visión esclarecida de la salud y de la enfermedad que se traduzca en comportamientos saludables”⁷.
- **Físico, económico, político y social:** Para optar por prácticas saludables hay que disponer de un mínimo de recursos físicos como la infraestructura sanitaria, por ejemplo; en teoría, estos asuntos son competencia de los gobernantes y los colectivos, trabajando juntos en pro del desarrollo, a

⁷DE ROUX, Gustavo. Prevención de riesgos y promoción de comportamientos saludables: componentes integrales de la formación médica. En: Memorias del Seminario Nacional de Currículo: educación en Crisis. Cali: Facultad de Salud Universidad del Valle, junio 1994, p.224 9

través de la participación social. No son patrimonio exclusivo de la persona, ni de un sector en particular, sino que requieren compromisos intersectoriales y sociales.

Para el autocuidado es necesario, tanto el respaldo político a las acciones gubernamentales y ciudadanas, como el establecimiento de políticas públicas saludables, con el fin de garantizar a personas y comunidades un marco legal que apoye los esfuerzos en pro del desarrollo y, por ende, del cuidado de su salud.

3.3.5. Fomento del Autocuidado

A. Objetivos

El profesional de salud busca estimular el cambio en las personas, de una actitud pasiva frente al cuidado de su salud a una activa, lo cual implica que las personas tomen la iniciativa y actúen en busca del 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.

B. Herramientas

Las herramientas para el fomento del autocuidado son las mismas herramientas de la promoción de la salud: información, educación y comunicación social; participación social y comunitaria; concertación y negociación de conflictos; establecimiento de alianzas estratégicas y mercadeo social. Ellas ofrecen a las personas y a los grupos las posibilidades para lograr una mejor calidad de vida:

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, e incrementan la demanda efectiva de servicios de salud.

Para el fomento del autocuidado, los profesionales de la salud aplican principios

de publicidad y psicología en la búsqueda de aprendizajes significativos, con el fin de promover estilos de vida más saludables. A través de la educación participativa y la información (publicidad, campañas) se proporcionan elementos de tipo cognoscitivo, afectivo y psicomotor para que, tanto las personas como los colectivos, de manera informada, puedan optar por el empleo de prácticas para cuidarse. Para lograrlo, se recurre a las teorías sobre la conducta, en las cuales se plantea que las personas aprenden comportamientos por diversas formas. Entre estas teorías, por su utilidad en educación, vale la pena resaltar dos en particular:

TEORÍA DEL MODELAJE (ejemplo a seguir): expone como la persona (o el grupo) aprende de otra que le es significativa, por ejemplo., un ídolo de la televisión, un superior jerárquico o el profesional de la salud, que representan un modelo a seguir.

TEORÍA DE PARES (aprendizaje entre iguales): plantea que la persona (o grupo) aprende de las experiencias de otras personas en relativa igualdad de condiciones que ella, acerca de prácticas de riesgo o protectoras, según el caso, para vivir. Esta teoría aplica para el autocuidado, al propiciar encuentros entre personas que están viviendo circunstancias similares y han podido manejarlas de manera saludable, lo cual es muy útil sobre todo en adolescentes, un club de personas con diabetes. Esta teoría se emplea en los grupos de autoayuda.

Participación Social: A través de la participación, la comunidad asume 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 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”⁸Implica acción social,

⁸Ibid; p. 245

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.

Así, las demás herramientas son útiles para apoyar los procesos tanto de autocuidado individual como colectivo.

3.3.6. Papel del Profesional de la Salud en el Fomento del Autocuidado

El tema del autocuidado ha sido abordado por diferentes profesiones, tanto del área de la salud como del área social, debido a que tiene un alto contenido sociológico, antropológico, político y económico, por lo tanto su estudio es de carácter interdisciplinario. Para el profesional de la salud, el autocuidado es un reto puesto que él es el llamado a promoverlo.

El fomento del autocuidado requiere de un enfoque humanista, por lo tanto, es necesario partir del concepto de persona como ser integral, y de salud como “el resultado de los cuidados que uno mismo se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud”⁹. 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.

Con respecto al fomento del autocuidado el profesional de la salud requiere¹⁰:

- 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

⁹Op cit. Primera conferencia internacional sobre promoción de la salud. Canadá, noviembre 1986, p.4.

¹⁰URIBE, J. Tulia María. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. Obtenido en la Red el 9 de febrero/03: <http://tone.udea.edu.co./revista/sep99/autocuidado.htm>.

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’ 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. Al fortalecer la autoestima se impulsan prácticas deliberadas de autoafirmación, autovaloración, autorreconocimiento, autoeficacia y autoexpresión de los aspectos que favorecen el desarrollo integral: “ más vale que el personal de salud animase a la gente a que vivieran unas vidas de un hedonismo controlado, para que fueran capaces de disfrutar plenamente la única vida que podrán vivir, probablemente”¹¹
- 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. Sin olvidar, según Shaw, que: “ni por un momento se me ocurriría sugerir que el personal de salud debería tener poder de cohesión sobre el paciente, aunque fuera por su bien”.¹²
- 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

¹¹PEARSALL, Paul. La salud por el placer. Madrid: EDAF 1998 p. 34 11

¹²SHAW, citado por MARSH, Peter En: Revista el Malpensante No. 37: En alabanza de los malos hábitos, marzo-abril 2002 p. 23 12

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, un 'regreso' a estas prácticas para que, transformen las que implican algún riesgo para la salud y refuercen aquellas protectoras que ya han sido asumidas (acciones reforzadoras)
- 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; puesto que en la promoción de la salud, se necesita el 'profesionalismo' de muchos y no el profesional de la promoción.

Es necesario ejercer el rol de profesional de la salud, como una persona productiva y eficiente, con responsabilidad social, comprometida con su entorno, respetuosa de la singularidad y la tolerancia, con necesidad de crecer a través de la búsqueda, la independencia, el encuentro, y la apertura a la expresión libre del otro.

3.4. TEORÍA GENERAL DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA ELIZABETH OREM

Dorothea Elizabeth Orem (Baltimore, Maryland, 1914 Savannah, Georgia, 22 de junio de 2007) fue una enfermera estadounidense que enfatiza que ningún autor en particular ha influenciado su modelo, pero manifiesta haberse sentido inspirada por varias teorizadoras de la enfermería

Las necesidades humanas se manifiestan a través de conductas, las cuales son la expresión de dichas necesidades. Estas necesidades se encuentran presente a lo largo de nuestra vida y van desde las necesidades fisiológicas básicas (para mantener la

homeostasis) hasta la autorrealización que representa a necesidades y deseos más elevados.

Para mantener estas necesidades en equilibrio y poder desarrollarnos nace el autocuidado.

El autocuidado es una forma propia de cuidarse así mismo por supuesto literalmente, el autocuidado es una forma de cuidado a sí mismo.

Dorothea Orem Logró conceptualizar la Teoría General de Enfermería la cual se constituye a su vez de 3 subteorías, estas son:

- Teoría del Autocuidado
- Teoría del Déficit de Autocuidado
- Teoría de los Sistemas de Enfermería

3.4.1 La Teoría del Autocuidado

Es una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo.

Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar.

El concepto básico desarrollado por Orem es que el autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma.

Uno de los supuestos que de aquí se desprenden es que todos tenemos la capacidad para cuidarnos y este autocuidado lo aprendemos a lo largo de nuestra vida; principalmente mediante las comunicaciones que ocurren en las relaciones interpersonales. Por esta razón no es extraño reconocer en nosotros mismos prácticas de autocuidado aprendidas en el seno de la familia, la escuela y las amistades.

Es así como las personas desarrollan prácticas de autocuidado que se transforman en hábitos, que contribuyen a la salud y el bienestar. Todas estas actividades son medidas por la voluntad, son actos deliberados y racionales que

realizamos muchas veces sin darnos cuenta siquiera, se han transformado en parte de nuestra rutina de vida. Los niños cuando aprenden estas prácticas se están transformando en personas que se proporcionan sus propios cuidados, en este caso ellos son sus propios agentes de autocuidado.

Para lograr el propósito de mantener nuestro bienestar, salud y desarrollo, todos los seres humanos tenemos requisitos que son básicos y comunes a todos, según esta autora existen tres grandes grupos de requisitos:

- Los Requisitos Universales
- Los Requisitos del Desarrollo
- Y de Alteraciones o Desviaciones de Salud

A. Requisitos Universales

Requisitos universales del autocuidado son comunes a todos los seres humanos e incluyen la conservación del aire, agua, alimentos, eliminación, la actividad y el descanso, soledad e interacción social, la prevención de riesgos y promoción de la actividad humana.

Estos ocho requisitos representan los tipos de acciones humanas que proporcionan las condiciones internas y externas para mantener la estructura y la actividad, que a su vez apoyan el desarrollo y la maduración humana. Cuando se proporciona de forma eficaz, paciente el autocuidado o la asistencia dependiente organizada en torno a los requisitos universales, fomenta positivamente la salud y el bienestar.

Requisitos:

- Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire.
- Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua.
- Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos.
- Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal.
- Equilibrio entre actividades y descanso.
- Equilibrio entre soledad y la comunicación social.
- Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano.

- Promoción del funcionamiento humano, y el desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo al potencial humano.

Cada uno de estos requisitos están íntimamente relacionados entre sí, pero cada uno de ellos son logrados en diferentes grados de acuerdo a los factores condicionantes básicos que son determinantes e influyentes en el estado de salud de toda persona.

B. Requisitos del Desarrollo

Promueven procedimientos para la vida y para la maduración y previenen las circunstancias perjudiciales para esa maduración o mitigan sus efectos.

Son etapas específicas del desarrollo que representan soporte y promoción de procesos vitales, son las condiciones que afectan el desarrollo humano, en otras palabras, son los requisitos determinados por el ciclo vital. El otro grupo de requisitos de autocuidado son aquellos derivados del desarrollo, porque varían en períodos específicos del ciclo vital y pueden afectar positiva o negativamente. Por ejemplo, una alimentación adecuada, afectará el crecimiento del niño positivamente, teniendo repercusiones a edades avanzadas, en la etapa del adulto mayor. Etapas del desarrollo donde se presentan cambios en los requisitos:

- Vida intrauterina y nacimiento
- Neonato
- Lactancia
- Infancia, adolescencia, adulto joven
- Edad adulta
- Embarazo (adolescente o adulto)

C. Alteraciones o Desviaciones de la Salud

Orem definió los requisitos del autocuidado de las alteraciones de la salud como sigue:

La enfermedad o lesión no sólo afecta a las estructuras y/o mecanismos fisiológicos o psicológicos sino al funcionamiento humano integrado.

Cuando éste está seriamente afectado, la capacidad de acción desarrollada o en desarrollo dañada de forma permanente o temporal, también el malestar y la frustración que resultan de la asistencia médica originan los requisitos del autocuidado para proporcionar alivio.

3.4.2 La teoría del déficit de autocuidado

La teoría del déficit de autocuidado desarrolla las razones por las cuales una persona puede beneficiarse de la agencia de enfermería, mientras sus acciones están limitadas por problemas de salud o de cuidados sanitarios, lo que les hace total o parcialmente incapaces de descubrir sus requisitos actuales y emergentes que han de satisfacer en el cuidado de sí mismos o de quienes están a su cargo. Déficit de autocuidado es por tanto la falta o una capacidad no adecuada del individuo para realizar todas las actividades necesarias que garanticen un funcionamiento (pro) saludable. Con el fin de ayudar a definir la magnitud de la responsabilidad de enfermería, las funciones y acciones de pacientes y enfermeros, Orem diseñó la teoría de los sistemas de enfermería, la más general de sus teorías, que incluyen todos los términos esenciales, manejados en la teoría del autocuidado y del déficit del autocuidado.

3.4.3 Teoría de los Sistemas de Enfermería

A. Sistema Compensatorio

- Realiza el cuidado terapéutico del paciente.
- Compensa la incapacidad del paciente para realizar su autocuidado.
- Apoya y protege al paciente.

B. Sistema Parcialmente Compensatorio

- Realiza algunas de las medidas de autocuidado por el paciente.
- Compensa las limitaciones del paciente para realizar su autocuidado.
- Ayuda al en lo que necesite.
- Regula la acción de autocuidado.
- Realiza algunas de las medidas de autocuidado.
- Regula la acción del autocuidado.
- Acepta los cuidados y la asistencia de la enfermera.

C. Sistema de Apoyo Educativo

- Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.
- Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales.
- Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones.
- Prevención de la incapacidad o su compensación.
- Promoción del bienestar.
- Apoyo de los procesos físicos, psicológicos y sociales esenciales.
- Mantenimiento de la estructura y funcionamiento humano.
- Desarrollo pleno del potencial humano.
- Prevención de lesiones o enfermedades.
- Curar o regular la enfermedad (con ayuda apropiada).
- Curar o regular los efectos de la enfermedad (con ayuda apropiada).

4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

4.1. Peraltilla Lima, Rogelio Giancarlo. Arequipa (2011). **Factores de Riesgo y Desencadenantes de Tuberculosis Pulmonar Multidrogorresistente en la Red Camaná - Caraveli en el Período 2007 – 2010.** Concluyó que: No se consiguió diagnóstico oportuno en 35% de los casos con diagnóstico TBC MDR. Los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar multidrogo resistentes, presentaron en un 16% contacto de índole familiar factor desencadenante que se considera importante en nuestro estudio. El abandono a alguna esquema de tratamiento es un factor importante desencadenantes y de riesgo para desarrolla TBC / MDR. En un 96% de los pacientes con TBC multidrogo no se presentaron comorbilidad alguna por lo que no se le consideraría dentro de los factores desencadenantes. En el sexo masculino la anemia se presentó en la mitad de los casos demostrados, de 18 a 40 estudiantes. Aproximadamente, la mitad de los pacientes presentó dos o más lesiones radiológicas, dentro de los cuales las más importantes en orden decreciente y asociadas entre sí fueron el infiltrado alveolar,

tractos fibrosos y las cavernas. Fueron según su procedencia Iquipi (26%) y Cercado (21%), los distritos con mayor número de casos de Tuberculosis Multidrogo Resistente registrados. La evolución de los pacientes con TB MOR en su mayoría es la curación o la evolución favorable (88%)

- 4.2. Ramos Vargas, Judith Melani. Arequipa (2011). Comparación del Nivel de Conocimientos sobre Manejo de Tuberculosis Multidrogoresistente en los Profesionales de Salud en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza y el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo de Arequipa 2011. Concluyó: El nivel de conocimientos sobre manejo de la Tuberculosis multidrogoresistente en los trabajadores profesionales de salud en el Hospital Regional “Honorio Delgado Espinoza” de Arequipa fue deficiente en un 58,82% de trabajadores, regular 30% y bueno en un 9.41% debido a que tuvieron una capacitación más reciente. El nivel de conocimientos sobre manejo de la Tuberculosis multidrogoresistente en los trabajadores profesionales de salud en el Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguin Escobedo” de Arequipa fue deficiente en un 71,8%, regular 21.18% y bueno en un 6.47% los cuales en su mayoría tuvieron capacitación hacer más de 3 años o no la recibió.
- 4.3. Rodríguez Núñez, Luis Carlos. Moquegua (2009). Factores Asociados a Recaídas en Tuberculosis Pansensible y Resistente en el Hospital II EsSalud. Ilo 2005 – 2008. Entre los principales resultados, se encontró en cuanto a las características generales de los pacientes relacionados a la recaída con tuberculosis pansensible y resistente que los factores que más se asociaron a la recaída fueron la edad, el sexo, la ocupación, el grado de instrucción. Por otro lado, entre las características del ambiente relacionados a la recaída con tuberculosis pansensible y resistente se encontró el hacinamiento y el contacto con personas del entorno con Tuberculosis. Por último, se encontró relación entre las características clínicas y la irregularidad al tratamiento. Luego del análisis bivariado de chi cuadrado, se determinó que existía asociación con todos los factores evaluados a excepción de la edad y el grado de instrucción.

5. HIPÓTESIS

Dado que los pacientes con enfermedad crónica, requieren de cuidados en el hogar porque reciben tratamiento farmacológico, dietético e higiénico, el que debe ser cumplido estrictamente para evitar descompensaciones; asimismo, requieren de la práctica de estilos de vida saludables.

Es probable, que el Autocuidado de la Salud practicado por los pacientes con tuberculosis pulmonar en la Microred Alto Selva Alegre, influya positivamente en su recuperación.



CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA E INSTRUMENTO

1.1.TÉCNICA

La técnica usada fue la Encuesta.

1.2.INSTRUMENTOS

Como instrumento se usó la Cédula de Preguntas.

2. CAMPO DE VERIFICACION

2.1.UBICACIÓN ESPACIAL

El estudio se realizó en la Microred Alto Selva Alegre.

2.2.UBICACIÓN TEMPORAL

Se llevó a cabo en los meses de Noviembre del 2012 a Marzo del 2013.

2.3.UNIDADES DE ESTUDIO

Las unidades de estudio son los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar en la Microred Alto Selva Alegre.

2.4.UNIVERSO

Pacientes que en el año 2012 han sido diagnosticados de TBC en la Microred Alto Selva Alegre, 31 pacientes, de los que se tomó a pacientes con TBC Pulmonar.

2.5.MUESTRA

Para la selección de la muestra se han considerado los criterios de inclusión y exclusión.

- **Criterios de Inclusión**
 - Pacientes de 20 a 60 años de edad.
 - Pacientes de ambos géneros.
 - Pacientes con indicación de control médico.
 - Pacientes con posibilidades de brindar información.
- **Criterios de exclusión**
 - Pacientes que no acepten participar en la investigación.
 - Pacientes con TBC Extrapulmonar.

Aplicando los criterios antes mencionados la muestra quedo conformada por 20 pacientes.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

- Para efectos de la recolección de datos se solicitó inicialmente una carta de presentación emitida por la Decana de la Facultad de Enfermería dirigida al Médico Jefe de la Microred de Salud Alto Selva Alegre.
- Se formalizó la selección de las unidades de estudio.
- Se obtuvo los datos a partir de la aplicación del instrumento, previamente validado por el Dr. Valentín Salazar Escobedo-Gerente de la Microred Alto Selva Alegre.
- Los datos obtenidos se codificaron y registraron en una base de datos (Microsoft Office EXCEL).

Calificación

- Autocuidado de la Salud
- N° de ítems: 10
- Valor mx de ítem: 2 pts.
- Valor total: 20 pts.

Cuadro de Calificación

Categoría	Puntaje
Favorable	20 – 16
Medianamente favorable	15 – 11
Desfavorable	10 a menos





I. DATOS DEMOGRÁFICOS

TABLA N° 1

**PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR INVESTIGADOS SEGÚN
EDAD. MICRORED. ALTO SELVA ALEGRE. AREQUIPA, 2012**

Edad	N°	%
20 – 29 años	9	45.0
30 – 39 años	4	20.0
40 – 49 años	2	10.0
50 a más años	5	25.0
Total	20	100.0

Fuente: Sistema de gestión ambulatoria. Microred. Alto Selva Alegre. 2012.

El rango de edad de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar investigados es de 20 a más de 50 años, teniendo como mayor representación al grupo compuesto por pacientes de 20 a 29 años (45.0%), pacientes jóvenes. Un 30.0% acumulada de atendidos pertenecen al grupo etario mayor de 50 años de edad.

Los mayores porcentajes: 45.0% y 25.0 % corresponden a los extremos del rango de edad considerada en la investigación.

Se deduce que la Tuberculosis pulmonar se da tanto en adultos jóvenes como en adultos maduros.

TABLA N° 2

**PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR INVESTIGADOS SEGÚN
GÉNERO. MICRORED. ALTO SELVA ALEGRE.
AREQUIPA, 2012**

Género	N°	%
Masculino	13	65.0
Femenino	7	35.0
Total	20	100.0

Fuente: Sistema de gestión ambulatoria. Microred. Alto Selva Alegre. 2012.

En cuanto al género, los pacientes con Tuberculosis Pulmonar investigados, en mayoría pertenecen al género masculino (65.0%) en comparación con el género femenino que es representado por el 35.0% de dichos pacientes.

Estos resultados son coherentes con lo afirmado por Brunner, en su tratado de Enfermería, donde refiere que la TBC Pulmonar es más frecuente en el sexo masculino.

TABLA N° 3

**PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR INVESTIGADOS SEGÚN
INSTRUCCION. MICRORED. ALTO SELVA ALEGRE.**

AREQUIPA, 2012

Instrucción	N°	%
Primaria	5	25.0
Secundaria	11	55.0
Superior	4	20.0
Sin instrucción	0	0.0
Total	20	100.0

Fuente: Sistema de gestión ambulatoria. Microred. Alto Selva Alegre. 2012.

En la presente tabla se observa que el 75.0% acumulado que se presenta a los pacientes con Tuberculosis Pulmonar tienen instrucción secundaria y superior; la diferencia porcentual del 25.0% representa a los pacientes investigados que tienen solo estudios primarios. No se encuentran registro de analfabetismo.

Al análisis de los resultados, se deduce que el nivel de instrucción de los pacientes investigados es bueno.

TABLA N° 4

**PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR INVESTIGADOS SEGÚN
OCUPACIÓN. MICRORED. ALTO SELVA ALEGRE.
AREQUIPA, 2012**

Ocupación	N°	%
Trabajo eventual	9	45.0
Independiente	3	15.0
Dependiente	2	10.0
Estudiante	2	10.0
Su casa	4	20.0
Total	20	100.0

Fuente: Elaboración propia. 2012.

Los porcentajes mayores del 45.0% y del 20.0% representan a los pacientes con Tuberculosis Pulmonar que tienen como ocupación trabajo eventual y su casa. El 15.0% representa a los pacientes con trabajo independiente. Solo el 10.0% representa a los pacientes estudiantes y con trabajo dependiente, respectivamente.

Predominan las ocupaciones: trabajo eventual y su casa.

TABLA N° 5

**PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR INVESTIGADOS SEGÚN
ESTADO MARITAL. MICRORED. ALTO SELVA ALEGRE.
AREQUIPA, 2012**

Estado Marital	N°	%
Casado(a)/Conviviente	12	60.0
Soltero(a)	8	40.0
Viudo(a)	0	0.0
Divorciado(a)/Separado(a)	0	0.0
Total	20	100.0

Fuente: Elaboración propia. 2012.

En la presente tabla se observa que los pacientes con Tuberculosis Pulmonar investigados, en mayoría tienen pareja porque su estado marital es de casado y/o conviviente con (60%).

La diferencia porcentual del 40.0% representa a los pacientes solteros.

Por lo general, los pacientes portadores de TBC pulmonar son casados y convivientes, situación preocupante por temor al contagio en el caso que presenten baciloscopía positiva.

TABLA N° 6

**PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR INVESTIGADOS SEGÚN
ZONA DE RESIDENCIA. MICRORED. ALTO SELVA ALEGRE.
AREQUIPA, 2012**

Zona de Residencia	N°	%
Urbana	14	70.0
Periurbana	6	30.0
Rural	0	0.0
Total	20	100.0

Fuente: Elaboración propia. 2012.

En la presente tabla se observa que los pacientes con Tuberculosis Pulmonar investigados en el 70.0% residen en zonas urbanas y la diferencia porcentual del 30.0%, en las zonas periurbanas; ningún paciente declara residir en zona rural.

En este caso, el conocimiento que se tenga sobre la residencia de los pacientes se relaciona con el tipo de alimentación e higiene ambiental, propia de cada zona, los que constituyen factores determinantes en la prevención de la TBC y/o recuperación de los pacientes.

II. DATOS SOBRE EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD

TABLA N° 7

PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR INVESTIGADOS SEGÚN
AUTOCUIDADO DE LA ALIMENTACIÓN. MICRORED. ALTO SELVA
ALEGRE. AREQUIPA, 2012

Régimen Dietético	N°	%
Hipercalórico	8	40.0
Kilo calórico	6	30.0
Hipocalórico	6	30.0
Total	20	100.0

Consumo de alimentos con mayor frecuencia	N°	%
Harinas	18	90.0
Menstras	18	90.0
Tubérculos	16	80.0
Carnes rojas	12	60.0
Carnes blancas	12	60.0
Verduras	14	70.0
Granos	9	45.0
Frutas	10	50.0
Vísceras	1	5.0
Chocolates	2	10.0
Leche	15	75.0
Queso	8	40.0
Media Aritmética	12	60.0

Fuente: Elaboración propia. 2012.

Los pacientes con Tuberculosis Pulmonar investigados en mayoría (60.0%) promedio llevan un régimen dietético aceptable ya que consumen alimentos con nutrientes que constituyen de 1,000 a 1,200 calorías.

El 40.0% promedio representa a los pacientes que llevan un régimen dietético de mayor cantidad de calorías; es decir hipercalórico (por encima de 1,200 calorías).

De ellos los más consumidos son las harinas y menestras con el 90.0% respectivamente; los tubérculos con el 80.0%; leche con el 75.0% y las verduras con el 70.0%

Por lo que se puede deducir, los pacientes con tuberculosis pulmonar de la Microred de Alto Selva Alegre, realizan un óptimo autocuidado de la alimentación lo cual es favorable para su recuperación.



TABLA N° 8

**PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR INVESTIGADOS SEGÚN
AUTOCUIDADO DE LA RESPIRACIÓN. MICRORED. ALTO SELVA
ALEGRE. AREQUIPA, 2012**

Permanencia en ambientes espaciosos con buena ventilación	N°	%
Si	8	40.0
No	12	60.0
Total	20	100.0

Práctica de ejercicios respiratorios	N°	%
Si	9	45.0
No	11	55.0
Total	20	100.0

Eliminación adecuada del esputo	N°	%
Si	12	60.0
No	8	40.0
Total	20	100.0

Fuente: Elaboración propia. 2012.

En relación al autocuidado de la respiración, los pacientes con Tuberculosis Pulmonar investigados, dentro de su entorno social, en un 40.0% permanecen la mayor parte del tiempo en ambientes adecuados; el 45.0%, realizan ejercicios respiratorios y el 60.0% al toser eliminan el esputo adecuadamente.

Resultados que permiten a las autoras afirmar que los pacientes cuidan la función respiratoria mediante las acciones correspondientes a la higiene de la respiración.

TABLA N° 9

**PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR INVESTIGADOS SEGÚN
AUTOCUIDADO DE LA HIGIENE. MICRORED. ALTO SELVA ALEGRE.**

AREQUIPA, 2012

Higiene Corporal Diaria	N°	%
Si	11	55.0
No	9	45.0
Total	20	100.0

Higiene Oral	N°	%
Si	10	50.0
No	10	50.0
Total	20	100.0

Higiene del Hogar	N°	%
Si	13	65.0
No	7	35.0
Total	20	100.0

Fuente: Elaboración propia. 2012.

En la atención del Autocuidado de la higiene, los pacientes con Tuberculosis Pulmonar investigados en un 55.0% sí realizan la higiene corporal diaria a través de la limpieza de la piel y cambio de ropa. En cuanto a la higiene oral, dichos pacientes, sólo en el 50.0% la realizan por las mañanas y antes de acostarse y posterior a la eliminación del esputo.

La higiene del hogar de los pacientes investigados se conserva a través de la limpieza de los ambientes, ventilación y exposición al sol de colchones, ropa de cama, por lo menos interdiariamente, así como la iluminación y ventilación de los ambientes.

El 65.0% de los pacientes cumplen con la higiene del hogar en forma completa.

Estos resultados permiten a las autoras deducir que los pacientes con Tuberculosis Pulmonar en más 50% cuidan su higiene corporal y ambiental, propias de la higiene personal y entorno familiar.



TABLA N° 10

**PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR INVESTIGADOS SEGÚN
EL AUTOCUIDADO SOBRE DESCANSO Y SUEÑO. MICRORED.
ALTO SELVA ALEGRE.AREQUIPA, 2012**

Autocuidado	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
- Dedicar tiempo de descanso durante el día	6	30.0	14	70.0	20	100.0
- Duerme ininterrumpidamente de 5 a 8 horas	7	35.0	13	65.0	20	100.0

Fuente: Elaboración propia. 2012.

En la tabla N° 10 se aprecia que los pacientes con Tuberculosis Pulmonar en su mayoría no dedican periodos de descanso al día dentro de las actividades diarias (70.0%) y no concilian el sueño continuo durante la noche. (65.0%)

En este aspecto, los pacientes investigados no cuidan su salud mediante el autocuidado.

TABLA N° 11

**PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR INVESTIGADOS SEGÚN
CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO INTEGRADO. MICRORED.
ALTO SELVA ALEGRE.AREQUIPA, 2012**

Cumplimiento	N°	%
Si	16	80.0
No	4	20.0
Total	20	100.0

Fuente: Elaboración propia. 2012.

Según los resultados de la presente tabla, se tiene que los pacientes investigados en un 80.0% si cumplen rigurosamente el tratamiento farmacológico, dietético e higiénico; la menor diferencia porcentual del 20.0% no lo cumplen a cabalidad en razón a que no siguen el horario indicado, por lo que requieren de mayor tiempo de tratamiento.

TABLA N° 12

**PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR INVESTIGADOS SEGÚN
REALIZAN ACTIVIDADES DE RECREACIÓN. MICRORED.
ALTO SELVA ALEGRE.AREQUIPA, 2012**

Actividades de recreación	N°	%
- Lectura de revistas, libros de su agrado, notas periodísticas	9	45.0
- Ve televisión: documentales, novelas, deportes, conciertos musicales	20	100.0
- Deportes: caminatas, aeróbicos, ejercicios físicos, futbol, vóley	1	5.0
- Va de paseo periódicamente	3	15.0
- Teje, pinta, borda.	2	10.0
Media Aritmética	7	35.0

Fuente: Elaboración propia. 2012.

En la presente tabla se observa que el 35.0% promedio de los pacientes investigados realizan actividades recreativas, de ellas las más realizadas son: televisión, y lectura con el 100.0% y 45% , respectivamente.

Las actividades recreativas son esencialmente fundamentales, las que van a influir en la recuperación del estado de animo de dichos pacientes.

TABLA N° 13

**PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR INVESTIGADOS SEGÚN
AUTOCUIDADO DE SU SALUD. MICRORED. ALTO SELVA
ALEGRE.AREQUIPA, 2012**

Autocuidado	N°	%
Favorable (20 – 16 pts.)	10	50.0
Medianamente favorable (15 – 11 pts.)	5	25.0
Desfavorable (10 a menos)	5	25.0
Total	20	100.0

Fuente: Elaboración propia. 2012.

En la tabla N° 13 se muestra la calificación del autocuidado de la salud realizado por los pacientes con Tuberculosis Pulmonar. En el 50.0% de ellos el autocuidado es favorable; el 50.0% restante representa en porcentajes iguales (25.0%) a los pacientes que cuyo autocuidado es medianamente favorable y desfavorable, respectivamente.

TABLA N° 14

**PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR INVESTIGADOS SEGÚN
RECUPERACIÓN MEDIATA. MICRORED. ALTO SELVA ALEGRE.
AREQUIPA, 2012**

Recuperación mediata	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
- Ausencia de síntomas	7	35.0	13	65.0	20	100.0
- Baciloscopia negativa	12	60.0	8	40.0	20	100.0
- Rayos x: cicatrizaciones	13	65.0	7	35.0	20	100.0
- Buen estado de ánimo	15	75.0	5	25.0	20	100.0

Fuente: Elaboración propia. 2012.

En la tabla N° 14 se observa que los mayores porcentajes: 60.0%, 65.0% y 75.0% representan a los pacientes con Tuberculosis Pulmonar que presentan Baciloscopia negativa, radiografía de pulmones con cicatrizaciones y buen estado de animo, respectivamente. Evaluación realizada en los tres meses posteriores al tratamiento.

Se deduce que la recuperación en los pacientes investigados es positiva.

CONCLUSIONES

- PRIMERA** : Los pacientes con Tuberculosis Pulmonar de la Microred Alto Selva Alegre, superando el 50.0% consumen alimentos ricos en proteínas e hidratos de carbono; que conllevan al paciente a un régimen dietético hipercalórico en un 40%; realizan actividades orientadas hacia el autocuidado de la función respiratoria; de la higiene personal y ambiental. En mayoría cumplen el tratamiento farmacológico, dietético e higiénico en forma continua, y dedican espacios de tiempo para la recreación.
- SEGUNDA** : En los pacientes con Tuberculosis Pulmonar de la Microred Alto Selva Alegre, su recuperación es positiva en razón a que presentan Baciloscopia negativa y radiografía con signos de cicatrización y buen estado de ánimo.
- TERCERA** : La práctica del autocuidado de la salud realizada por los pacientes con tuberculosis Pulmonar de la Microred Alto Selva Alegre en el 50% es favorable, por lo que concluimos que influye positivamente en su recuperación.

RECOMENDACIONES

1. Se sugiere a las profesionales de Enfermería de la Microred Alto Selva Alegre que incluyan dentro del Plan de Atención, la aplicación del Modelo Conceptual del Autocuidado de la Salud, el que será dirigido a los pacientes con Enfermedad Crónica, previa enseñanza y orientación en cuanto a su aplicación.
2. Asimismo, se sugiere a las profesionales de Enfermería, se realice seguimiento a dichos pacientes a fin de evaluar el progreso en su recuperación. Esto con la finalidad de reorientarlos y/o hacer los reajustes respectivos.
3. Se sugiere a las estudiantes de Enfermería del X Semestre Académico tomen como tema de investigación la aplicación de Modelos de Atención de Enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

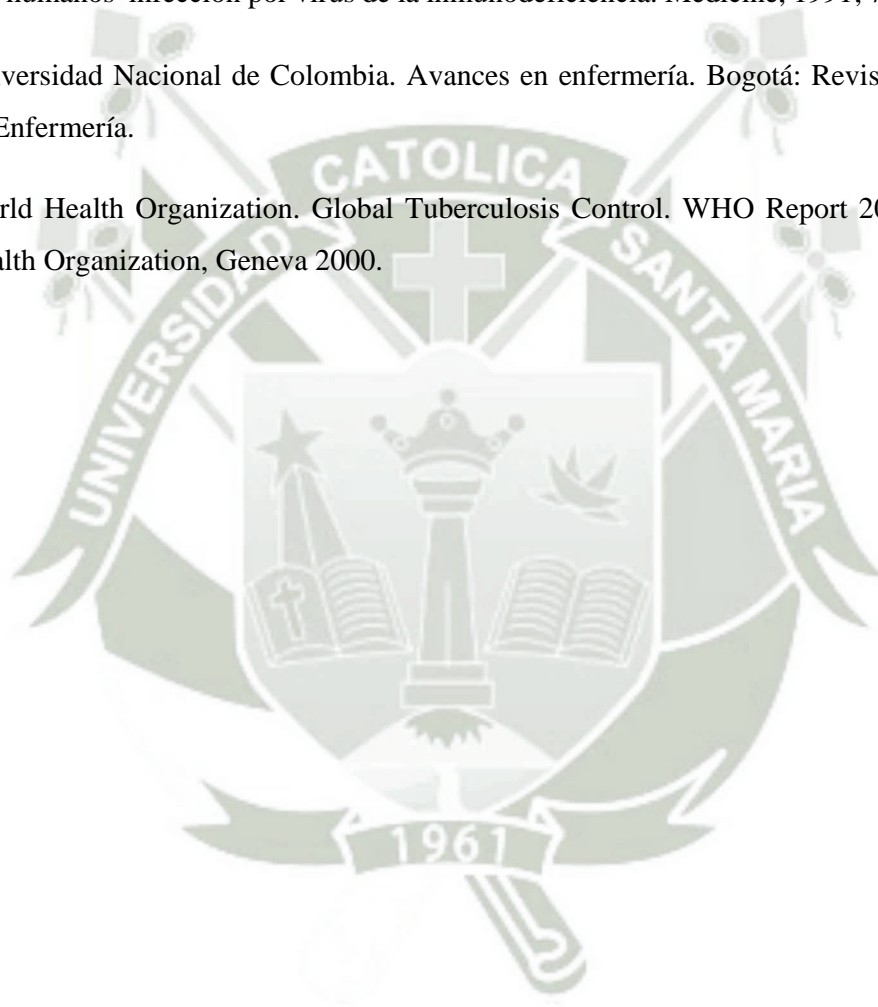
1. Abdul any HM, Glass Roth J. Tuberculosis. Dheceus abril, 2002.
2. Alvarez S, McCabe WR. La Tuberculosis Extrapulmonar Revisada. Una revisión de la experiencia en el Boston City y otros hospitales. Medicina 1984; 63:25-55.
3. Barnes PF, Susan A. Tuberculosis en el 2000. Anales de Medicina Interna. Setiembre México, 2003
4. Brunner y Suddarth. Enfermería Medico quirúrgica. 2 vols. McGraw Hill. 10ª, España, 2005.
5. Carta de Ottawa. Primera conferencia internacional sobre promoción de la salud. Canadá, November 1986.
6. Chopra, Deepak. Como crear salud: más allá de la prevención y hacia la perfección. Boston: Grijalbo. 1987.
7. Colombia. Ministerio de Salud. Lineamientos de promoción de la salud y educación para el comportamiento humano. Santa fé de Bogotá: El Ministerio. 1996.
8. Documento de Consenso sobre el Estudio de Contactos en los Pacientes Tuberculosos. Grupo de Estudio de Contactos de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona (UITB). MedClin (Barc) 2003.
9. Fadiman, James y Frager, Robert. Teorías de la personalidad. México: Harla. 1979.
10. Franco, AS; Ochoa, JD; Hernández, AM. La promoción de la salud y la seguridad social en salud. Santa fé de Bogotá: Corporación Salud y Desarrollo. 1995.
11. Franco, Saúl. Proceso vital humano. Proceso salud/enfermedad: una nueva perspectiva. Bogotá: Universidad nacional de Colombia. Ministerio de Salud. 1993.
12. Franz M. Resurgimiento de la Tuberculosis activa. Edit. Humanista. Colombia, 2004.
13. García, Judith; POSADA, José. Políticas para una cultura de la salud. Bogotá: Ministerio

de Salud. 1997.

14. Isselbacher KJ, Braundwald E, Wilson JD. Harrison. Principios de Medicina Interna. 13ª Edición. Editorial Interamericana. McGraw-Hill. 2008
15. James T. La Tuberculosis en asociación con la pobreza. Ed. Amita, Barcelona-España, 2006.
16. La Tuberculosis: Un Problema de Salud Pública. 3ª Edición. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Comunidad de Madrid. 2010
17. Lincoln, Ivonna. Conexiones 'simpáticas' entre los métodos cualitativos y la investigación en salud. Traducido por Carmen de la Cuesta. Lectura 2 Módulo de Investigación Cualitativa. Universidad de Antioquia.
18. Mandell G L, Bennett JE, Dolin R. Enfermedades Infecciosas. Principios y Práctica. Cuarta Edición. Editorial Médica Panamericana. 2005
19. Marriner A. Modelos de Teorías de Enfermería. 6ta Ed. Elsevier. España, 2007.
20. Moreno S, Guerrero C y Ramírez C. Tuberculosis. En: Soriano V, González-Lahoz J, eds. Manual del SIDA. Madrid: IDEPSA, 2007
21. OMS. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ontario: Organización Mundial de la Salud. 1986.
22. OPS. Boletín epidemiológico de la OPS. Washington : OPS/OMS. 1986.
23. OPS. La promoción de la salud: una antología. Publicación Científica # 557. Washington: Organización Panamericana de la Salud. 1996.
24. OPS/OMS, UNICEF, Ministerio de Salud de Colombia. Participación de la comunidad. Bogotá: 1987.
25. Organización Mundial de la Salud. Tratamiento de la Tuberculosis: Directrices para los Programas Nacionales. Segunda Edición 2007.
26. Rey C. y Calvo F. Como cuidar la salud: su educación y promoción. Madrid: 1998.
27. Rice, Marilyn. Educación en salud: cambio de comportamiento, tecnologías de

comunicación y materiales educativos. Washington: OPS/OMS 1985.

28. Rodrigo T, Caylá JA. Evaluación de los Programas de Control de Tuberculosis de las Comunidades Autónomas de España. MedClin (Barc) 2001.
29. Seguro Social. Actitudes positivas para el autocuidado de la salud. Bogotá: Seguro Social, - Protección Laboral. 1996.
30. Shaffer RW, Kim DS, JP Weis, Quale JM. La Tuberculosis Extrapulmonar en pacientes con humanos infección por virus de la inmunodeficiencia. Medicine, 1991; 70:384-397.
31. Universidad Nacional de Colombia. Avances en enfermería. Bogotá: Revista Facultad de Enfermería.
32. World Health Organization. Global Tuberculosis Control. WHO Report 2000. World Health Organization, Geneva 2000.





ANEXO

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Enfermería

Sr. Sra, Srta.

Tenga Ud., a bien responder las siguientes preguntas cuyas respuestas serán un valioso aporte al estudio de investigación sobre el Autocuidado de la Salud en Pacientes con Tuberculosis Pulmonar.

Solicitamos a Ud. responder con veracidad a fin de contar con información confiable en el presente estudio. Marque con “X”

I. DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS

1. Edad
20 – 29 años ()
30 – 39 años ()
40 – 49 años ()
50 a más ()
2. Genero
Masculino ()
Femenino ()
3. Grado de instrucción
Primaria ()
Secundaria ()
Superior ()
Sin instrucción ()
4. Ocupación
Trabajo eventual ()
Independiente ()
Dependiente ()
Estudiante ()
Su casa ()
5. Estado Marital
Casado(a)/Conviviente ()
Soltero(a) ()
Viudo(a) ()
Divorciado(a)/Separado ()
6. Zona de Residencia
Urbana ()
Periurbana ()
Rural ()

II. AUTOCUIDADO DE LA SALUD

1. Régimen Dietético indicado
 - Hipercalórico ()
 - Kilocalórico ()
 - Hipocalórico ()

2. Los alimentos que con mayor frecuencia consume son: (Marque los que consumen)
 - Harinas ()
 - Menstras ()
 - Tubérculos ()
 - Carnes rojas ()
 - Carnes blancas ()
 - Verduras ()
 - Granos ()
 - Frutas ()
 - Vísceras ()
 - Chocolates ()
 - Leche ()
 - Queso ()

3. Los ambientes donde Ud. permanece el mayor tiempo son:
 - a. Espaciosos con buena ventilación ()
 - b. Pequeños con mala ventilación ()

4. Cuando tose, donde elimina el esputo
 - a. En el piso de la vivienda ()
 - b. En la vía pública ()
 - c. En su recipiente ()
 - d. En pañuelo descartables para luego eliminarlos ()

5. Realiza higiene de la boca
 - a. Por las mañanas ()
 - b. Después de cada acceso de tos ()
 - c. Por las noches antes de acostarse ()

6. Realiza ejercicios respiratorios (Tos e inspiración y expiración prolongadas)
 - a. Si ()
 - b. No ()

7. Realiza Ud. Diariamente:
 - a. Higiene de la piel ()
 - b. Cambio de ropa ()

8. Los ambientes de su casa tienen:
 - a. Iluminación a través del sol durante el día ()
 - b. Ventilación a través de ventanas ()
 - c. No iluminación y ventilación ()

9. La ropa de cama (colchones, frazadas y sábanas) son expuestas al sol inter diariamente
 - a. Si ()
 - b. No ()
10. Dedicar espacios durante el día para el descanso
 - a. Si ()
 - b. No ()
11. Duerme Ud. Ininterrumpidamente entre 5 a 8 horas diarias
 - a. Si ()
 - b. No ()
12. Cumple Ud. su tratamiento farmacológico, específico, en dosis y horario indicado por el médico
 - a. Si ()
 - b. No ()
13. Si su respuesta es “no”, especifique la causa o motivo

14. Realiza Ud. actividades de recreación como:
 - a. Lectura de revistas, libros de su agrado, notas periodísticas ()
 - b. Ve televisión: documentales, novelas, deportes, conciertos musicales ()
 - c. Deportes: caminatas, aeróbicos, ejercicios físicos, fútbol, vóley ()
 - d. Va de paseo periódicamente ()
 - e. Teje, pinta, borda, etc. ()

III. RECUPERACIÓN:

1. En las últimas cuatro semanas ha presentado:
 - a. Tos con expectoración amarillenta y viscosa ()
 - b. Tos con expectoración manchada de sangre ()
 - c. Ausencia de toz ()
2. En las últimas cuatro semanas ha presentado fiebre
 - a. Si ()
 - b. No ()
3. En las últimas cuatro semanas ha notado que ha bajado de peso
 - a. Si ()
 - b. No ()
4. ¿Cómo se siente Ud. físicamente?
 - a. Bien (con ánimo de trabajar y realizar actividades) ()
 - b. Regular (con ánimo disminuido) ()
 - c. Mal (sin ánimo) ()
5. Estado de la Baciloscopía: Observación Hria. Clínica. La última Baciloscopía de control es:
 - a. Negativa ()
 - b. Positiva ()
6. Estado de Rayos X de pulmones: Observación Hria. Clínica La última radiografía de pulmones de control presenta:
 - a. Presenta lesiones ()
 - b. Presenta cicatrización ()



**"AÑO INTERNACIONAL DE LA INVERSIÓN DEL DESARROLLO RURAL Y
ALIMENTARIAS"**



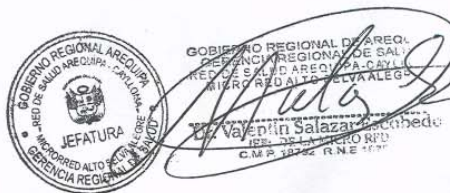
CONSTANCIA

El que suscribe **MEDICO JEFE DE LA MICRO RED DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE**, perteneciente a **LA RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA**, hace constar que:

Las Srtas. **YESSICA JAQUELIN QUISPE MAMANI** Y **KAREN LADY NUÑEZ ZUÑIGA**, Bachilleres de enfermería, han aplicado instrumento de tesis (encuestas) "Influencia del autocuidado de la salud en la recuperación de pacientes con tuberculosis pulmonar" a los pacientes del programa de tuberculosis de la **MICRORED ALTO SELVA ALEGRE**.

Se expide la presente constancia a solicitud de las interesadas, para los fines que estime por conveniente.

Arequipa, 02 de Abril del 2013.



MICRO RED DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE
Av. España N° 301 Alto Selva Alegre
Telfs. 054-266042 - E-mail secretaria_microredasa@hotmail.com
mrselvaalegre@saludarequipa.gob.pe