



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

TESIS

**“MEDIDAS DE AUTOCUIDADO DE LOS PACIENTES EN EL PROGRAMA
DE CONTROL DE TUBERCULOSIS DEL PUESTO DE SALUD DE
HUAYARINGA, DISTRITO DE SANTA EULALIA HUAROCHIRI, LIMA-2016”**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERIA**

PRESENTADO POR:

PEREZ PACHECO ANA ELVIRA

ASESORA

MG. IDALIA MARIA CONDOR CRISOSTOMO

LIMA - PERU, 2018

**“MEDIDAS DE AUTOCUIDADO DE LOS PACIENTES EN EL PROGRAMA
DE CONTROL DE TUBERCULOSIS DEL PUESTO DE SALUD DE
HUAYARINGA, DISTRITO DE SANTA EULALIA HUAROCHIRI, LIMA-2016”**

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar las prácticas de Auto cuidado de los pacientes del programa de control de tuberculosis en el Puesto de Salud de Huayrainga, Distrito de Santa Eulalia, Provincia de Huarochiri, Lima-2016. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de 35 pacientes, para el recojo de la información se utilizó un cuestionario tipo Likert , la validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de 0,856; la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de 0,931, la prueba de hipótesis se realizó estadísticamente mediante el Chi Cuadrado con un valor de 12,9 y con un nivel de significancia de valor $p < 0,05$.

CONCLUSIONES:

Las Prácticas de auto cuidado de los pacientes del programa de control de tuberculosis en el puesto de salud de Huayrainga, distrito de Santa Eulalia, en mayor porcentaje es Inadecuada, seguido del nivel Regular y en menor porcentaje es de un nivel Adecuado.

PALABRAS CLAVES: *Prácticas de Auto cuidado, pacientes del programa de control de tuberculosis, higiene, control, ejercicio, alimentación.*

ABSTRACT

The present investigation had like Objective: To determine the practices of Self-care of the patients of the program of control of tuberculosis in the Health post of Huayrainga, District of Santa Eulalia, Province of Huarochiri, Lima-2016. It is a cross-sectional descriptive investigation, we worked with a sample of 35 patients, for the collection of the information a Likert-type questionnaire was used, the validity of the instrument was made by means of the test of concordance of the expert judgment obtaining a value of 0.856; the reliability was carried out using the Cronbach's alpha with a value of 0.931, the hypothesis test was performed statistically by the Chi square with a value of 12.9 and with a level of significance of p value <0.05.

CONCLUSIONS:

The self-care practices of the patients of the tuberculosis control program in the Huayrainga health post, Santa Eulalia district, in a higher percentage is Inadequate, followed by the Regular level and in a lower percentage it is of an Adequate level.

KEYWORDS: *Self-care practices, patients in the tuberculosis control program, hygiene, control, exercise, food.*

INDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	4
1.2.1. Problema General	4
1.3. Objetivos de la investigación	4
1.3.1. Objetivo general	4
1.3.2. Objetivos específicos	4
1.4. Justificación del estudio	5
1.5. Limitaciones de la investigación	6

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio	7
2.2. Base teórica	9
2.3. Definición de términos	37
2.4. Variables	38
2.4.1. Definición conceptual de la variable	38
2.4.2. Definición operacional de la variable	38
2.4.3. Operacionalización de la variable	39

CAPITULO III: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	41
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	42
3.3. Población y muestra	42
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	42
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	42
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	43
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	44
CAPÍTULO V: DISCUSION	52
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCION

El Autocuidado, es un concepto que claramente apunta al cuidado que debemos brindarnos nosotros mismos. Fue definido por Dorotea Orem (1993) como “una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”.

La presente investigación para fines de estudio contiene

Capítulo I: El problema de investigación, Planteamiento del problema, Formulación del problema, Objetivos de la investigación, Justificación del estudio, Limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes del estudio, Bases teóricas, Definición de términos, Variables su definición conceptual, operacional, y la operacionalización de la variable

Capítulo III: Metodología, Tipo y nivel de investigación, Descripción del ámbito de la investigación, Población y muestra, Técnicas e instrumentos para la recolección de datos, Validez y confiabilidad del instrumento y el Plan de recolección y procesamiento de datos.

Resultados, discusión, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, anexos.

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Organización Mundial de la Salud (OMS) informa .La tuberculosis es una enfermedad infecciosa y una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial. En 2014, 9,6 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,5 millones murieron por esta enfermedad.¹

Más del 95% de las muertes por tuberculosis ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos, y esta enfermedad es una de las cinco causas principales de muerte en las mujeres entre los 15 y los 44 años.

En 2014, se estima que un millón de niños enfermaron de tuberculosis y 140 000 niños murieron de tuberculosis, es la causa principal de muerte de las personas infectadas por el VIH; en 2015, fue la causa de una de cada tres defunciones en este grupo.¹

Se calcula que 480 000 personas desarrollaron tuberculosis multirresistente a nivel mundial en 2014.

La meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio que preveía detener y empezar a reducir la epidemia de tuberculosis para 2015 se ha cumplido a nivel mundial. La incidencia de esta enfermedad, que desde 2000 ha disminuido por término medio en un 1,5% anual, se sitúa ahora un 18% por debajo del nivel correspondiente a ese año.¹

La tasa de mortalidad por tuberculosis disminuyó un 47% entre 1990 y 2015 .Se calcula que entre 2000 y 2014 se salvaron 43 millones de vidas mediante el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis.y Guayana .(4)

Asi mismo la OPS,asevera que el Peru ,es el segundo país con mas carga de tuberculicen todas sus formas ,asi en el 2010 se notificaron 31.000 casos que representan el 12%de la carga total para las Americas y el 5to lugar en 4 incidencias mas alta (106 por 100.000 hab) después de Haiti,Surinam,Bolivia En cuanto a la situación de la TB Multidrogorresistente (MDR) en el 2010,Peru fue el país con mas carga estimada de casos (2.190 casos),que correspondía al 35% de toda la Región,

En la población de Huayrainga se ha visto que en el año 2014, se incremento los índices de casos de tuberculosis siendo en la población vulnerable a contagiarse de tuberculosis. Basada en los estudios de vigilancia de la resistencia del país ,surgiendo la preocupación por el aumento de nuevos casos de TB MDR que es una forma de tuberculosis para la cual el tratamiento es costoso.

Acabar para 2030 con la epidemia de tuberculosis es una de las metas relacionadas con la salud incluida en los objetivos de Desarrollo Sostenible adoptados en fecha reciente vigilancia de la resistencia del país,surgiendo la preocupación por el aumento de nuevos casos de TB MDR que es una forma de tuberculosis para la cual el tratamiento es costoso.

Acabar para 2030 con la epidemia de tuberculosis es una de las metas relacionadas es una de las metas relacionadas con la salud incluida en los objetivos de Desarrollo Sostenible adoptados en fecha reciente

Ministerio de Salud ,a través de la ESN-PCT garantiza que las personas afectadas accedan en forma gratuita en todo el territorio nacional a la detección ,diagnostico precoz y tratamiento oportuno.

La tuberculosis al ser una enfermedad infectocontagiosa requiere adecuados cuidados, tales como: alimentación balanceada, continuidad del tratamiento farmacológico, apoyo psicológico saneamiento ambiental adecuado en el hogar..El incumplimiento de estas medidas puede generar complicaciones como la resistencia a los medicamentos, diseminación de la enfermedad a otros órganos, contagio a los contactos, generando un círculo vicioso en la familia y comunidad.

La enfermedad juega un papel importante y cumple un rol ante esta realidad ,la atención del paciente con tuberculosis, pues es responsable de garantizar la administración y supervisión del cumplimiento del tratamiento farmacológico en la ESN-PCT, a efecto de minimizar y evitar la propagación de este bacilo lo cual permite mejorar la calidad de vida de los pacientes con TBC. El cuidado de enfermería de las personas afectadas con tuberculosis debe ser enfatizada en la educación sobre los aspectos relevantes de la enfermedad, control del tratamiento y seguimiento de la persona con tuberculosis y sus contactos, los cuidados a considerar durante el tratamiento realizando para ello actividades orientadas a favorecer el auto cuidado del paciente con tuberculosis en beneficio de si mismo y de su familia ,las cuales pueden ser brindadas al paciente durante la entrevista de enfermería, o la visita domiciliaria ,pues si paciente conoce lo referente a la TBC tendrá en cuenta las medidas de auto cuidado, ello permitirá evitar complicaciones de la enfermedad, y discapacidad en el paciente, lo cual genera un mayor gasto en la economía familiar y en la entidad de salud.

En el puesto de Huayaringa Alta según estadísticos van en aumento la población de pacientes con TB ,por lo que se busca mejorar el auto cuidado en pacientes y brindarles la calidad de vida.

Se observa también mucha deficiencia en conocimiento de autocuidado por lo que se busca mejorar las condiciones de vida de pacientes y una de las formas es investigar el nivel de conocimientos de autocuidado de pacientes de TB Sensible y MDR (multidrogo resistencia).

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

¿De qué manera practican los pacientes medidas de autocuidado, en el control de la Tuberculosis en el Puesto de Salud Huayaringa, Santa Eulalia ,Provincia de huarochiri-Lima-2016?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general:

Determinar las prácticas de Auto cuidado de los pacientes del programa de control de tuberculosis en el Puesto de Salud de Huayrainga, Distrito de Santa Eulalia, Provincia de Huarochiri, Lima-2016

1.3.2 Objetivos específicos

- Determinar las medidas de auto cuidado respecto a la alimentación de los pacientes con tuberculosis en el Puesto de Salud de Huayaringa ,Distrito de Santa Eulalia ,Provincia de Huarochiri, Lima -2106
- .
- Analizar las medidas de Auto cuidado respecto al descanso y sueño de los pacientes con tuberculosis. en el Puesto de Salud de Huayaringa ,Distrito de Santa Eulalia ,Provincia de Huarochiri, Lima -2106
-
- Evaluar las medidas de Auto cuidado respecto a medidas higiénicas de los pacientes con tuberculosis. en el Puesto de Salud de Huayaringa ,Distrito de Santa Eulalia ,Provincia de Huarochiri, Lima -2106
- Identificar las medidas de Auto cuidado respecto a hábitos nocivos de los pacientes con tuberculosis, en el Puesto de Salud de Huayainga ,Distrito de Santa Eulalia ,Provincia de Huarochiri, Lima -2106

- Identificar las medidas de Auto cuidado respecto al control y tratamiento de la enfermedad de los pacientes con tuberculosis. en el Puesto de Salud de Huayainga ,Distrito de Santa Eulalia ,Provincia de Huarochiri, Lima -2106
- Determinar las medidas de Auto cuidado respecto al ejercicio y recreación de los pacientes. en el Puesto de Salud de Huayaringa, Distrito de Santa Eulalia, Provincia de Huarochiri, Lima -2106.
- Identificar las medidas de auto cuidado respecto cuidado emocional, social y espiritual de los pacientes con tuberculosis. en el Puesto de Salud de Huayaringa ,Distrito de Santa Eulalia ,Provincia de Huarochiri, Lima -2106

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO:

La tuberculosis se ha convertido en la enfermedad mas amenazadora a la salud pública en todo el mundo, debido a su difícil control, por su mecanismo de transmisión (vía aérea), su comportamiento crónico, que hace a las personas contagiantes por un tiempo prolongado, la pobreza y discriminación que afecta a los pacientes y la alta capacidad de mutar del bacilo de Koch haciéndose resistencia y virulento.

Las formas altamente resistentes de tuberculosis desde la TB mono resistente a la nueva TB XDR amenazan cambiar el actual estado de la tuberculosis desde un gran reto de la salud pública a una enfermedad incurable y altamente letal ,sobre todo si se asocia al VIH /SIDA.

Esta preocupación internacional se ve reflejada en las permanentes sesiones del Comité Espacial de la OMS de declaraciones internacionales para impulsar la realización de ensayos clínicos para probar nuevas drogas. Sin embargo ,en el país amerita una mayor intervención por parte del Estado ya que no están cumpliendo si quiera los estándares que propone OMS para controlar esta epidemia ,como son:Fortalecimiento del

primer nivel de atención, el acceso universal al diagnóstico precoz de TB MDR, el tratamiento oportuno con esquemas individualizados, el soporte social y aislamiento consentido de los casos de TB XDR hasta que dejen de ser contagiantes; así como el desarrollo de un marco legal para lograr actividades de control más efectivas. Menos aún se desarrollan actividades de educación a la población general.²

1.5. LIMITACIONES Y ALCANCES DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio se trabajará con una población de pacientes que asisten a EST PCT, es decir se tomará una sola institución, por lo que los resultados de la presente no podrán generalizarse y solo serán de uso exclusivo para el paciente que asiste en el programa en el puesto de Salud Huayaringa.

Pacientes que asisten puntualmente.

Recibir tratamiento en el puesto de Salud Huayaringa

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.2 Antecedentes nacionales

Zafra, J.A; Méndez, JC; Failde, I. en España en el año 2006 realizaron un estudio titulado **“Nivel de conocimientos y autocuidados de los pacientes diabéticos atendidos en un centro de salud de El Puerto de Santa María (Cádiz)”** cuyo objetivo fue identificar el nivel de conocimientos y los mecanismos de cuidado y control entre los pacientes diabéticos atendidos en un centro de salud, así como estudiar su asociación con la frecuentación de las consultas de educación diabetológica de enfermería. El método utilizado fue el descriptivo. La población estuvo conformada por 526 pacientes diabéticos mayores de 12 años de ambos sexos, registrados en el Centro de Salud de El Puerto de Santa María-Norte (Cádiz). El instrumento fue el cuestionario donde se recogieron el nivel de conocimientos y los mecanismos de control y autocuidados de los pacientes. Los resultados fueron que la media de edad de la población fue de 62,7 (12,4) años, el 57,6% eran mujeres, y la ocupación más frecuente, la de amas de casa (54,6%). El 54% de los diabéticos había acudido alguna vez a las consultas programadas de

enfermería durante el último año. Los conocimientos básicos sobre la enfermedad eran escasos, el 64,3% desconocía la concentración normal de glucemia, el 89,4% no sabía cómo realizar intercambios de alimentos en la dieta, y el 44,9% ignoraba la importancia del cuidado de los pies. Sin embargo, entre los tratados con insulina (20%), la utilización de autoanalizador era frecuente (68,6%). La frecuentación de las consultas de enfermería era el factor más asociado a los conocimientos y autocuidados del enfermo. Las conclusiones fueron que los conocimientos sobre aspectos básicos y dietéticos de la diabetes eran deficitarios en la población, siendo necesario aumentarlos mediante la educación individualizada en las consultas de enfermería

2.2.1. Antecedentes Nacionales

B.-LOAYZA Adrian zen, Luis “Percepción de la calidad de vida en los pacientes con tuberculosis pulmonar en segunda fase de tratamiento antituberculoso en el centro de Salud El Agustino, noviembre, diciembre 2015.” Utilizando la metodología de descriptivo y prospectivo. Se incluyeron un total de 80 pacientes con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar en la segunda fase del tratamiento del Centro de Salud el Agustino. Se aplicó el cuestionario SF-36 y una ficha de recolección de datos. Puntuaciones superiores o inferiores a 50 indican mejor o peor estado de salud. Conclusiones

“La percepción de la calidad de vida en los pacientes con diagnóstico de tuberculosis Pulmonar que se encuentran en la segunda fase del tratamiento e bueno de manera global. 2. El puntaje global del componente físico de la calidad de vida en los pacientes con diagnóstico de tuberculosis Pulmonar que se encuentran en la segunda fase del tratamiento fue 63.61. 3. El puntaje global del componente mental de la calidad de vida en los pacientes con diagnóstico de tuberculosis Pulmonar que se encuentran en la segunda fase del tratamiento fue 69.4. 4. De

todas las dimensiones evaluadas con el cuestionario SF-36 sólo la percepción de salud general tuvo un puntaje negativo “23.05.7”⁵

AGUADO Munquia, Evelyn Graciela “Factores socio demográficos y estilos de vida en estudiantes de la escuela de Enfermería “Lima –Perú Padre Luis Tezza en el año 2013, utilizando la metodología de enfoque cuantitativo por que la medición numérica y el análisis estadísticos en las variables estudiadas. Conclusiones

“En cuanto a los factores socio demográficos: la mayor proporción de estudiantes se encuentran en la etapa de adulto joven, son del sexo femenino, solteras, procedentes de la costa y no tienen carga familiar”.

Todas las dimensiones evaluadas resultaron no saludables con excepción de actividad física.

Los estudiantes menores de 20 años tienen estilos de vida no saludable a diferencia de los que tienen entre 30-39 años quienes tienen estilos de vida saludable

Los estudiantes del IX y X ciclo, tienen estilos de vida saludables en mayor proporción que los estudiantes del ciclo al VIII ciclo que tienen estilos de vida no saludable “.6

2.2. BASES TEÓRICAS:

2.2.1 El paciente tuberculosis

En la mayoría de las personas que respiran las bacterias de la tuberculosis y se infectan, su cuerpo puede combatir las bacterias para impedir que se multipliquen. Las bacterias se vuelven inactivas, pero siguen estando vivas en el cuerpo y pueden activarse más adelante. Esto se denomina infección de tuberculosis latente. Las personas con infección de tuberculosis latente:

- No tienen ningún síntoma.
- No se sienten mal.

- No pueden transmitir las bacterias de la tuberculosis a otras personas.
- Por lo general tienen una reacción positiva a la prueba cutánea de la tuberculina o un resultado positivo en la prueba de sangre
- Pueden enfermarse de tuberculosis si no reciben tratamiento para la infección de tuberculosis latente (ver página 8). En muchas personas, la infección de tuberculosis latente nunca se convertirá en la enfermedad de tuberculosis. En estas personas, las bacterias de la tuberculosis permanecen inactivas durante toda la vida, sin provocar la enfermedad. Pero en otras personas, especialmente las que tienen sistemas inmunitarios débiles, las bacterias se vuelven activas, se multiplican y provocan la enfermedad de tuberculosis.
- En 2014, 9,6 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,5 millones murieron por esta enfermedad.
- Más del 95% de las muertes por tuberculosis ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos, y esta enfermedad es una de las cinco causas principales de muerte en las mujeres entre los 15 y los 44 años.
- En 2014, se estima que un millón de niños enfermaron de tuberculosis y 140 000 niños murieron de tuberculosis.
- La tuberculosis es la causa principal de muerte de las personas infectadas por el VIH; en 2015, fue la causa de una de cada tres defunciones en este grupo.
- Se calcula que 480 000 personas desarrollaron tuberculosis multirresistente a nivel mundial en 2014.
- La meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio que preveía detener y empezar a reducir la epidemia de tuberculosis para 2015 se ha cumplido a nivel mundial. La incidencia de esta enfermedad, que desde 2000 ha disminuido por término medio en un 1,5% anual, se sitúa ahora un 18% por debajo del nivel correspondiente a ese año.
- La tasa de mortalidad por tuberculosis disminuyó un 47% entre 1990 y 2015.

- Se calcula que entre 2000 y 2014 se salvaron 43 millones de vidas mediante el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis.
- Acabar para 2030 con la epidemia de tuberculosis es una de las metas relacionadas con la salud incluidas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible adoptados en fecha reciente.⁷

2.2.2 EL ADULTO

La incidencia se concentra en los adultos de edades comprendidas entre 15 y 54 años, los cuales constituyen la capa más productiva de la población. Del total de muertes que podrían evitarse, el 26 por ciento corresponde a la TB. Además, el fallecimiento o la discapacidad de un adulto inserto en el mundo laboral afecta también a su entorno familiar más inmediato, porque la TB golpea sobre todo a aquellas familias en las que más necesarios son los recursos económicos que podría aportar el afectado.

Cuya característica principal, es que el individuo debe comenzar a asumir roles sociales y familiares, es decir, hacerse responsable de su vida y de la de quienes le acompañan en la conformación de una familia.

2.2.3 EL AUTOCUIDADO:

Para el profesional de la salud, el auto cuidado es un reto, pues está llamado a promoverlo. El fomento del auto cuidado requiere un enfoque humanista, por lo tanto, es necesario partir del concepto de persona como ser integral, y del concepto de salud como “el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás; de la capacidad de tomar decisiones y 27 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. Colliere define el auto cuidado como el acto de mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables que crean hábitos de vida propios de cada grupo o persona, cuidar es un acto individual que cada

persona se da a sí mismo cuando adquiere autonomía, también es un acto de reciprocidad que tiende a brindarse a cualquier persona que temporal o definitivamente no está en capacidad de asumir sus necesidades vitales y requiere de ayuda.

Coppard , plantea que el auto cuidado comprende todas las acciones y decisiones que toma una persona para prevenir y tratar su enfermedad, todas las actividades individuales dirigidas a mantener y mejorar la salud, y las decisiones de utilizar tanto los sistemas de apoyo formales de salud como los informales en tal sentido, los integrantes del equipo de salud, en razón de su preparación y responsabilidad profesional, están llamados a convertirse en agentes facilitadores de ese proceso. Existen muchas teorías que explican el auto cuidado, dentro de las principales y de vital importancia para el desarrollo del presente estudio ha sido la Teoría de Dorotea Orem, la cual permite un abordaje integral, del individuo en función de los cuidados básicos como centro de ayuda a mejorar su calidad de vida.⁸

2.2.4 AUTOCUIDADO DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS

Para el profesional de la salud, el auto cuidado es un reto, pues está llamado a promoverlo. El fomento del auto cuidado requiere un enfoque humanista, por lo tanto, es necesario partir del concepto de persona como ser integral, y del concepto de salud como “el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás; de la capacidad de tomar decisiones y 27 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.

Colliere define el auto cuidado como el acto de mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables que crean hábitos de vida propios de cada grupo o persona, cuidar es un acto

individual que cada persona se da a sí mismo cuando adquiere autonomía, también es un acto de reciprocidad que tiende a brindarse a cualquier persona que temporal o definitivamente no está en capacidad de asumir sus necesidades vitales y requiere de ayuda. **9**

Coppard , plantea que el auto cuidado comprende todas las acciones y decisiones que toma una persona para prevenir y tratar su enfermedad, todas las actividades individuales dirigidas a mantener y mejorar la salud, y las decisiones de utilizar tanto los sistemas de apoyo formales de salud como los informales en tal sentido, los integrantes del equipo de salud, en razón de su preparación y responsabilidad profesional, están llamados a convertirse en agentes facilitadores de ese proceso.

Existen muchas teorías que explican el auto cuidado, dentro de las principales y de vital importancia para el desarrollo del presente estudio ha sido la Teoría de Dorotea Orem, la cual permite un abordaje integral, del Individuo en función de los cuidados básicos como centro de ayuda a mejorar su calidad de vida.

Para Orem la enfermería orienta sus acciones directamente al auto cuidado expresando que “el auto cuidado es indispensable porque cuando se ausenta el auto cuidado la enfermedad y la muerte se puede producir.”⁹

El auto cuidado entonces es un acto propio del individuo que sigue un patrón, una 28 secuencia y cuando se lleva a cabo eficazmente, contribuye en forma específica a la integridad estructural, al funcionamiento y al desarrollo del ser humano. El concepto de auto cuidado se explica, como una contribución constante del individuo a su propia existencia: “como un conjunto de acciones intencionadas que realiza o realizaría la persona para controlar los factores (internos o externos) que puedan comprometer su vida y su desarrollo posterior, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma”⁹

Según Orem, el auto cuidado no es innato, se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua, y dependen de las costumbres, creencias y prácticas habituales del grupo social al cual el individuo pertenece, por lo tanto requiere que se enseñen; esta actividad de enseñanza constituye una responsabilidad de todo profesional de la salud, uno de ellos el enfermero, donde la educación juega un papel importante, en la medida que permite a las personas hacer frente a los problemas de salud. El auto cuidado es una función inherente al ser humano e indispensable para la vida de todos los seres vivos con quienes interactúa; resulta del crecimiento de la persona en el diario vivir, en cada experiencia como cuidador de sí mismo y de quienes hacen parte de su entorno. Debido a su gran potencial para influir de manera positiva sobre la forma de vivir de las personas, el auto cuidado se constituye en una estrategia importante para la protección de la salud y la prevención de la enfermedad. Estos conceptos fueron propuestos en la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en Ottawa en 1986. 8 Considerando que Orem define al ser humano como un todo desde una visión holística en el que cada persona es una combinación única de factores físicos, cognitivos, emocionales y espirituales, en interrelación estrecha con su 29 entorno cambiante y concede mucha importancia a la adaptación de este ser humano al mundo en el que vive; de ahí que existen varios tipos de auto cuidado.9

2.3.6 TIPOS DE AUTOCUIDADO

Son considerados en la teoría de Dorothea Orem como los requisitos de auto cuidado:

Auto cuidado Universal: Llamado también necesidades de base, son común esa todos los seres humanos durante todos los estadios de la vida, dan como resultado la conservación y promoción de la salud y la prevención de enfermedades

específicas, son conocidos como demandas de auto cuidado para la prevención primaria, que comprenden: aporte suficiente de aire, agua y alimento. Suministro de cuidados asociados con los procesos de eliminación, mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el descanso, entre la soledad y la interacción social, evitar riesgos para la vida, funcionamiento y bienestar, promover el funcionamiento y desarrollo de los seres humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con las potencialidades, las limitaciones conocidas y el deseo de ser normal.

Auto cuidado del desarrollo: Promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

Auto cuidado en relación a la desviación de la salud: Cuando una persona a causa de su enfermedad o accidente se vuelve dependiente y pasa a la situación de receptor de cuidados, los cuales tienen como objetivos prevenir complicaciones y evitar la incapacidad prolongada después de una enfermedad.

Denominándoles demanda de auto cuidado para la prevención secundaria. Así tenemos los Sistemas de Cuidados de Enfermería; en el cual las enfermeras pueden atender a los individuos identificando tres tipos de sistemas:

Sistema de compensación total, el paciente no tiene papel activo en los auto cuidados (paciente grave o en estado de coma). El profesional de enfermería lleva a cabo el cuidado terapéutico del paciente. "Hacer por el otro".

Sistema de compensación parcial, el paciente participa en los cuidados de higiene, el personal de enfermería ejecuta algunas medidas de auto cuidado para el paciente, compensa las limitaciones para su auto cuidado. "Hacer con el otro"

Sistema de Apoyo Educativo, el paciente es capaz de llevar a cabo o aprender algunas medidas de auto cuidado terapéutico pero que puede ser ayudado o prestado por otra persona (familiar, apoyo, guía, enseñanza). “Dejar hacer al otro”

Las acciones que se realizan dirigidas a cuidarse son aprendidas, y en este aprendizaje influyen múltiples factores (creencias, hábitos, nivel de conocimientos, grupo social, etc.) que determinan tanto el tipo como la cantidad de auto cuidados que cada uno se aplica así mismo. La educación apacientes no es simplemente la repetición de información o la entrega de material impreso; se trata de un procedimiento que requiere por parte del profesional de salud el dominio de habilidades para obtener información de la persona, especificar el tipo de instrucción, seleccionar la metodología pertinente, evaluar el logro de las metas, y seguir la evolución de su conducta; es un proceso realizado con la persona, y para ella, con el propósito de ayudarla a aumentar su habilidad en la toma de decisiones sobre su cuidado,³¹ manejar apropiadamente la enfermedad y mejorar su comportamiento en relación con la salud.

La educación que brinda la enfermera consiste en ayudar a las personas, en forma individual o colectiva, a tomar decisiones informadas sobre aspectos que afectan su salud y la de otros. En ese sentido, el proceso educativo se convierte en el elemento básico e indispensable para el desarrollo de las potencialidades de las personas en términos de salud. Cualquiera que sea el modelo que seleccionen los miembros del equipo de salud para cumplir con su tarea, es preciso que consideren en primer término los aspectos relacionados con el sistema de valores, la cultura y la motivación que tengan los individuos respecto de la salud.

Para que el aprendizaje se asimile hay que integrar las acciones de auto cuidado entre las actividades cotidianas, y de esta forma el auto cuidado pasa a formar parte del estilo de vida personal, convirtiéndose en una acción automática que contribuye a elevar el auto-concepto y la estima personal.

El profesional de la salud busca estimular el cambio en las personas, de una actitud pasiva frente al cuidado de su salud a una más activa, lo cual implica que las personas tomen la iniciativa y actúen en busca del bienestar deseado; además se pretende lograr cambios de hábitos, costumbre y actitudes frente al cuidado de la propia vida; para que esto se dé, se requiere internalizar la importancia de la responsabilidad y el compromiso que se tiene consigo mismo.

La importancia del auto cuidado en la promoción de la vida y el bienestar implica cuidarse, cuidar y ser cuidado que son funciones naturales indispensables para la vida de las personas y de la sociedad. Las disciplinas que han estudiado e investigado sobre el auto cuidado están de acuerdo en que este depende de la situación y cultura de quienes la practican y está altamente influida por el nivel de conocimientos que la persona posee.

Son herramientas para el fomento del auto cuidado; la educación, la información y la comunicación social que propician el incremento de conocimientos acerca del fomento de la salud, a través de la educación participativa y la información (publicidad, campañas, etc.) se proporcionan elementos de tipo cognoscitivo, afectivo y psicomotor para que, tanto las personas como los colectivos 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 aprendan comportamientos de diversas formas. Entre estas teorías por su utilidad en la educación se resalta dos en particular.⁷

Aprendizaje por modelaje (ejemplo a seguir): En este aprendizaje se expone como la persona (o el grupo) aprende de otra persona que le es significativo por ejemplo un superior jerárquico o el profesional de la salud, que representan un modelo a seguir.

-Aprendizaje entre pares (aprendizaje entre iguales): Plantea que las personas o grupos aprenden de las experiencias de otras personas en relativa igualdad de condiciones entre las mismas, acerca de prácticas de riesgo o prácticas protectoras, según sea

el caso. Esta teoría se aplica para el auto cuidado, al propiciar encuentro entre personas que están viviendo circunstancias similares y han podido manejarlas de manera efectiva.

El fin último de las prácticas de auto cuidado en salud es promover, mantener, prevenir y curar, en busca de vivir más pero con calidad de vida; considerada ésta como la situación de vida que depende de las posibilidades que tenga la persona, la familia y la comunidad para satisfacer de manera adecuada las necesidades básicas culturalmente definidas, indispensables para el desarrollo del potencial humano y el ejercicio responsable de su capacidad.³³ Para que la recuperación sea efectiva es necesario considerar la educación al paciente el cual debe ser brindado por la enfermera con el fin de que el paciente adquiriera una actitud responsable frente a la enfermedad con lo cual le permitirá realizar medidas de auto cuidado adecuadas. Estas medidas de auto cuidado en el paciente con tuberculosis se relacionan con aspectos tales como

2.3.7 ALIMENTACIÓN DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS

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

El estado nutricional de los pacientes con tuberculosis es importante para el tratamiento de su enfermedad, por ello que la

complementación alimentaria en los pacientes con tuberculosis es considerada una actividad que acompaña al tratamiento.⁹

La tuberculosis hace que el organismo gaste más energía diaria y si el paciente no recibe la energía necesaria perderá peso, por lo cual el organismo no responderá adecuadamente al tratamiento.

La nutrición es alterada por varias razones pero normalmente está asociada con la fatiga y la frecuente tos, anorexia, condiciones sociales. La alteración nutricional es evidente ya que la mayoría de pacientes con esta patología tiene un peso inferior de 10 a 20 % del peso corporal ideal, además está comprobado que disminuye su apetito, tiene el sentido del gusto alterado y debilidad muscular, además es muy frecuente el vómito por reacciones adversas al tratamiento. Asimismo, en la tuberculosis hay una pérdida considerable de tejido, por ello es importante el aporte de alimentos con contenido proteico (carnes, huevo, leche). La desnutrición especialmente proteica, probablemente por su efecto depresivo sobre la inmunidad celular, es un factor de riesgo conocido, hay varios estudios que demuestran que la enfermedad es más frecuente en los individuos de peso inferior a lo normal, aunque no sean definitivamente desnutridos.

Es por ello que la alimentación constituye una base importante en el tratamiento de la tuberculosis y es conveniente que la dieta diaria contenga cantidades suficientes de proteínas para que favorezca la cicatrización debiéndose consumir entre 120 a 130 g. de proteínas, de las cuales no menos de la mitad deben ser de origen animal; así como de calorías suficientes para reponer la pérdida ponderal.

La alimentación debe cubrir el consumo elevado de energía, lo fundamental es que el menú sea variado y mixto comprendiendo productos de origen animal, sales, minerales y vitaminas, asegurándose con éstas últimas una mejor utilización de las proteínas, las grasas y los hidratos de carbono.¹⁰

Las frutas y las verduras aseguran no solo el suministro de una buena cantidad de vitaminas al organismo, sino también la

administración de sales minerales indispensables (potasio, calcio, fósforo). Las frutas y verduras, sobre todo las de color amarillo, ayudan a obtener la mayor parte de las vitaminas y minerales que se necesita para fortalecer el sistema inmunológico. El no consumir estos alimentos por lo menos tres veces por día es probable que no se obtenga las vitaminas y minerales que el cuerpo necesita. Las verduras deben ser consumidas entre 3 a 5 porciones diarias, mínimo 3 veces a la semana; las frutas entre 3 a 4 porciones diarias; estos permitirán utilizar todos los nutrientes de la alimentación. Así, la alimentación debe ser variada y no se necesita régimen dietético especial, exceptuando los casos que presenten complicaciones de hígado o digestivas.

Se debe proveer a los pacientes los requerimientos de energía y proteína según la edad en promedio (45 Kcal y 0.75 g. proteína /kg/día para adultos), seguido de un gradual incremento de 1.5 veces la energía y 3 a 4 veces los requerimientos de proteína por semana.

El paciente con tuberculosis debe alimentarse con una dieta balanceada rica en proteínas (carne de res, pollo, pescado), y leguminosas que deben ser consumidas de 2 a 3 porciones diarias; carbohidratos que se encuentran en los tubérculos (papa, camote, yuca), arroz, cereales (trigo, quinua y kiwicha), y menestras a las que se agregará grasas no saturadas (aceite de maíz o soya), vitaminas A, B y minerales. 9

La persona con tuberculosis que recibe tratamiento de Esquema I, deberá ingerir tres comidas principales (desayuno, almuerzo y cena) más dos refrigerios. Los pacientes con tuberculosis Multidrogoresistente consumirá 36 alimentos sólidos, no sopas, de seis a ocho veces al día, para cubrir sus requerimientos nutricionales.

El exceso de alimentación en los pacientes con Tuberculosis puede provocar un aumento de producción de CO₂, la sobrealimentación genera que la energía se almacene en forma de grasa y su conversión da como resultado mayor producción de

CO₂, esto a su vez aumenta el trabajo respiratorio y puede llevar a hipercapnea sobre todo en personas con reserva pulmonar limitada, es decir en los pacientes crónicos con tendencia a retener CO₂; por lo que es recomendable dar una dieta baja en carbohidratos. Hay que recordar que se debe dar suplemento de vitaminas (Piridoxina), para evitar los efectos adversos en todos aquellos casos necesarios (diabetes, pacientes con TB-MDR en retratamiento, desnutridos, gestantes, alcohólicos, adultos mayores de más de 65 años). 11

La dosis preventiva de Piridoxina es 50 mg. por día en neuropatía periférica por isoniazida. Para el tratamiento de la neuropatía la dosis de Piridoxina es 150 mg/día. En pacientes que se encuentran recibiendo cicloserina deben recibir 50 mg. de piridoxina por cada 250 mg. de cicloserina.

La dieta base es independiente para cada paciente de acuerdo a sus requerimientos nutricionales, pero se recomienda un promedio de 2700 KCAL.por día.

La cantidad de agua en la dieta influye significativamente en prolongar la salud, normalmente se aconseja el consumo de 2 litros de agua aparte de las que podamos consumir por los alimentos, con lo cual se garantiza una adecuada hidratación. 12

DESCANSO - SUEÑO

El descanso y el sueño son esenciales para la salud y básicos para la calidad de vida, sin sueño y descanso la capacidad de concentración, de enjuiciamiento y de participar en las actividades cotidianas disminuye, al tiempo que aumenta la irritabilidad. La vigilia prolongada va acompañada de un trastorno progresivo de la mente y comportamiento anormal del sistema nervioso, lentitud de pensamientos, irritabilidad y psicosis. El sueño restaura tanto los niveles normales de actividad como el equilibrio entre las diferentes partes del SNC, es decir, restaura el equilibrio natural entre los centros neuronales.

El Descanso.

El descanso es un estado de actividad mental y física reducido, que hace que el sujeto se sienta fresco, rejuvenecido y preparado para continuar con las actividades cotidianas. El descanso no es simplemente inactividad, requiere tranquilidad, relajación sin estrés emocional y liberación de la ansiedad. La persona que descansa se encuentra mentalmente relajada, libre de ansiedad y físicamente calmada.

El significado y la necesidad de descanso varía según los individuos, cada persona tiene hábitos personales para descansar tales como leer, realizar ejercicios de relajación o dar un paseo. Para valorar la necesidad de descanso y evaluar cómo se satisface ésta con eficacia, la enfermera necesita conocer las condiciones que fomentan el mismo. señala 6 características que la mayoría asociamos al descanso.

Las personas pueden descansar cuando:

- Sienten que las cosas están bajo control
- Se sienten aceptados.
- Sienten que entienden lo que está pasando.
- Están libres de molestias e irritaciones.
- Realizan un número satisfactorio de actividades concretas.
- Saben que recibirán ayuda cuando la necesiten.

Las situaciones que favorecen un descanso adecuado son:

- Comodidad física.
- Eliminación de preocupaciones.
- Sueño suficiente.

El sueño

Buckwork y Dishman (2002) señalan que el sueño es un estado reversible de inconsciencia caracterizado por una escasa movilidad y una reducción de las respuestas a estímulos externos. Es el estado de suspensión de las actividades mentales conscientes, la voluntad y la vida de relación que se produce normalmente de forma periódica y que permite el reposo de los músculos voluntarios y, en parte del sistema nervioso.

Según Morris explica las funciones del sueño distingue dos, la primera hace referencia que el dormir es una función adaptable y una función protectora; ya la segunda se orienta hacia una función reparadora o restauradora del sueño” ,ya que el sueño es importante para que el ser humano realice de manera optima sus actividades cotidianas pues con el sueño se consigue que el organismo recupere el desgaste producido por la actividad diaria.¹³

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

Las horas de sueño promedio que requiere un individuo varían según la edad, la complexión física y el nivel de actividad diaria para restaurar su desgaste físico y mental. En personas de 16 a 65 años se considera que necesitan un promedio de 6 a 8 horas de sueño.

Los pacientes con tuberculosis pueden tener problemas para conciliar el sueño debido a los signos y síntomas de su enfermedad como: dolor, tos persistente y temperaturas elevadas acompañadas de sudoración nocturna, lo cual impide la satisfacción de la necesidad de sueño del paciente con esta enfermedad.

Según la norma legal de la nación el descanso médico es un derecho de la persona con alguna enfermedad; y según la Norma Técnica de Prevención y Control de la Tuberculosis, se recomienda un reposo físico de por lo menos dos meses durante

la primera fase del tratamiento, en el cual el paciente recibe mayor cantidad de fármacos y aun persisten bacilos positivos que son capaces de contagiar a otra persona. Asimismo, durante este periodo se recomienda rehabilitación respiratoria en el curso del tratamiento en aquellos pacientes con lesión pulmonar importante.

14

MEDIDAS HIGIÉNICAS DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS

Para que la recuperación sea efectiva es necesario considerar la educación en salud que debe estar basado en el entendimiento exacto de las prácticas adecuadas de auto cuidado en el hogar. Cualquiera es susceptible de contraer la tuberculosis si inspira los bacilos que exhalan un enfermo o portador al hablar, estornudar, toser, expectorar; estas bacterias pueden permanecer suspendidas en el aire durante horas incluso años.¹⁵

Algunas medidas importantes son:

- Lavarse las manos con agua y jabón antes y después de consumir alimentos.
- El paciente debe poseer un cuarto privado, dormir solo.
- Utilizar papel higiénico cuando tose, cubrirse la nariz y la boca con pañuelos desechables al toser, estornudar, reír.
- Colocar los pañuelos desechables utilizados en una bolsa de papel y quemarlos, posteriormente lavarse las manos.
- Limpiar el polvo de los muebles con trapo húmedo y trapear el piso con desinfectante o simplemente agua.
- Ventilar el cuarto donde duerme el enfermo; abrir las ventanas para que ingrese los rayos solares que emiten radiaciones ultravioleta, lo cual destruye al mycobacterium tuberculosis. ¹⁵

HÁBITOS NOCIVOS

Llamamos hábitos nocivos a aquellos que provocan un daño constante a corto o largo plazo al paciente y en situaciones de riesgo de contraer una enfermedad grave. Los hábitos tóxicos son los producidos por el consumo de una sustancia nociva que

provocan un incremento de morbilidad y de mortalidad evitable y con gran repercusión social y económica. Entre tales hábitos se encuentran los relacionados con el consumo de todo tipo de drogas, siendo el tabaco y el alcohol, sustancias que por su gran extensión en la sociedad, los que más preocupan a las autoridades sanitarias.

Es un factor predisponente para la tuberculosis por las deficiencias gástricas y hepáticas que pueden acompañarlo ,además de ejercer un efecto paralizante sobre el sistema mucociliar los bronquios ,que limita la capacidad de los pulmones para atrapar y expeler los gérmenes inhalados.

Consumo de tabaco

Según el informe anual de la OMS de 1999 se ha demostrado que el fumar causa el 12% de todas las muertes por tuberculosis en China, los fumadores de más de 20 cigarrillos al día tienen el doble de tasa de mortalidad que los tuberculosos que no fuman y esto se podría explicar porque el daño pulmonar que produce el tabaco ofrecería una mayor predisposición para la infección tuberculosa.

El tabaco aumenta sustancialmente el riesgo de sufrir tuberculosis y de morir por esa causa.

Consumo de Alcohol

Los clínicos señalan con frecuencia una asociación entre el consumo de alcohol y la incidencia de la tuberculosis, debido a los mecanismos inmunitarios que son afectados por el alcohol entre los que se encuentran también aquellos que son esenciales para aumentar el riesgo de Tuberculosis. El paciente con tuberculosis durante todo el tratamiento no deberá de consumir alcohol, porque podría provocarle un daño hepático. El alcohol por su capacidad de inducción enzimática, puede hacer descender los niveles plasmáticos de Rifampicina e Isoniazida que son considerados el núcleo básico del tratamiento antituberculoso. 16

Drogadicción

El consumo de drogas es un fenómeno de naturaleza compleja de múltiples causas y que impacta de diversa manera a la población peruana, atentando contra la salud pública, el desarrollo social y familiar de las personas. El consumo de drogas en el Perú, evidencia una presencia importante en los grupos de adolescentes y jóvenes. Los diferentes estudios realizados a nivel nacional, han demostrado que el consumo de drogas legales como el alcohol y los cigarrillos reporta el más alto índice de uso en la población, a diferencia del caso de las drogas ilegales como la marihuana, cocaína e inhalantes que reportan un menor índice de consumo.

Según Pedro Lorenzo Fernández los pacientes que consumen drogas y están infectados por *Micobacterium Tuberculosis* constituyen un grupo en el que puede ser difícil erradicar la tuberculosis sino se garantiza la continuidad del tratamiento. 17

Reichman y colaboradores postularon un riesgo de enfermedad tuberculosa consecutiva a una infección más elevada en drogadictos por vía endovenosa, en comparación con los no drogadictos, debido a la inmunodepresión secundaria que genera la cocaína y/o crack.

B.6. CONTROL Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD

El tratamiento farmacológico constituye la base para la curación de la tuberculosis, el tratamiento acortado ha demostrado ser la intervención 43 sanitaria más eficaz en el control de la tuberculosis, teniendo en consideración los siguientes fundamentos básicos:

- Tratamientos con asociación de medicamentos (terapia combinada) de alta eficacia que prevenga la selección de bacilos resistentes, evitando así los fracasos de tratamiento.
- Tiempo suficiente de tratamiento, con un número de tomas que asegure el mínimo porcentaje de recaídas.

- Reacciones adversas mínimas
- Administración de medicamentos en boca directamente observado por el personal de salud durante la ingesta del medicamento.

En todas las personas con tuberculosis es obligatorio observar la toma de medicamentos, con la finalidad de asegurar la curación y menos riesgo de resistencia y fracaso al tratamiento. En investigaciones médicas de años

anteriores demostraron que cuando se brinda tratamiento auto administrado (no observado por el personal de salud) las personas con tuberculosis no cumplen estrictamente la toma de todos los medicamentos y por tanto se incrementa el riesgo de fracaso y muerte, con transmisión de TB resistente.

El paciente debe tomar los medicamentos antituberculosos de acuerdo con la prescripción, los medicamentos deben tomarse siempre en combinaciones de dos o tres, y de manera ininterrumpida.

El paciente con tuberculosis deberá acudir al centro de salud, de forma diaria, excepto los días feriados y domingos. Los medicamentos de primera línea deberán administrarse en una sola toma, excepto las drogas de segunda línea que pueden ser fraccionadas, el tratamiento será supervisado por el personal de enfermería para garantizar el cumplimiento del tratamiento. El enfermo en tratamiento al tomar sus medicinas en forma regular, dejará de contagiar y podrá convivir con la familia.

La eficacia terapéutica se establece mediante el control mensual de muestra de esputo, hasta que se hacen negativas para lo cual es necesario instruir a los pacientes para obtener una buena muestra para evitar secreciones nasofaríngeas o saliva; la expectoración se recoge en un frasco limpio y seco en donde se coloca la fecha y nombre del paciente y la eficacia del estudio bacteriológico depende de una buena muestra.

El control de peso se realiza mensualmente en el paciente con tuberculosis pues la alimentación y el tratamiento farmacológico

constituyen la base para la curación de la enfermedad por ello es necesario asegurar una nutrición adecuada para aprovechar al máximo los beneficios del tratamiento con la finalidad de lograr un incremento de peso.²⁴

Durante el tratamiento, el paciente tendrá que acudir como mínimo a tres consultas médicas. Las consultas son gratuitas, de cumplimiento obligatorio y deberán ser realizadas por el médico tratante; la primera consulta, se realiza al inicio del tratamiento; el segundo control se realiza al cambio de fase, la tercera consulta se da durante el alta en el cual se verifica el cumplimiento del tratamiento completo y el resultado de BK directo y/o cultivo para determinar la condición de egreso de la persona con tuberculosis.

La eficacia terapéutica depende en gran medida de la voluntad y la capacidad del paciente para tomar los medicamentos de una forma regular, según lo prescrito. La toma esporádica de la medicación se asocia con fracaso terapéutico y desarrollo de cepas de *Micobacterium Tuberculosis* resistentes a los fármacos, por lo tanto esto exige que el personal de enfermería tenga un alto nivel de información sobre la enfermedad, tratamiento, y seguimiento a través de la educación continuada para responder a las demandas de estos pacientes.

B.7. EJERCICIO Y RECREACIÓN

La recreación es la realización o práctica de actividades durante el tiempo libre. El uso del tiempo libre es usado por muchas personas en actividades como la práctica de deportes que proporcionan descanso, diversión que favorece luchar contra la fatiga y la depresión, mejorar la resistencia, aumenta el estado cardiovascular, ayudar a reducir el estrés y estimular la fortaleza muscular. También favorece que el sistema inmunológico funcione mejor, también el tiempo libre es usado en mirar la televisión que nos enseña a ser pasivos y no activos, en lugar de estimular nuestra creatividad y nuestro deseo por hacer cosas de provecho tiene un efecto contrario y nos produce un letargo

intelectual, y físico en cambio el deporte nos produce lo contrario. Por ello es importante que el individuo encuentre espacios en su comunidad para la práctica de deportes que lo alejen de la drogadicción y alcoholismo. 18

La recreación es una forma de descanso. El equilibrio humano puede conseguirse a través de una buena recreación dirigida, pues esta no solo tiende a establecer el equilibrio psicológico alterado por las tensiones del día, sino que enriquece nuestra personalidad, permite el desarrollo de la personalidad y la capacidad creadora. Representa al mismo tiempo un verdadero derecho individual y social que debe ser respetado y protegido. Una recreación bien concebida influye positivamente en el desarrollo del individuo, la comunidad, y la nación. Asimismo, la actividad recreativa tiene importancia, porque acompaña al individuo a lo largo de la existencia. En la recreación encontramos valores terapéuticos, psicológicos y educativos.19

El valor educativo de la recreación nace, pues, del reconocimiento de la dignidad del ser humano y del incuestionable efecto sobre las relaciones humanas y la participación social.

El valor terapéutico de la recreación aporta significativamente sobre la salud mental de la persona, influye en la estabilidad emocional, constituyéndose en una verdadera fuerza para contrarrestar o prevenir las enfermedades mentales. La recreación restaura el balance orgánico y psíquico de las personas; ayuda a superar la timidez, la introversión y también ayuda a integrar la personalidad a través del desarrollo de actividades positivas.

Por otro lado, la recreación restaura el equilibrio psicofísico, es una oportunidad para crear, nos hace pensar y actuar creativamente, haciendo uso de nuestra propia iniciativa y libertad.

La actividad física en los pacientes con problemas respiratorios favorece el drenaje postural y la estimulación de la expectoración tiene beneficios a nivel de todos los sistemas del cuerpo humano,

fortalecimiento de los músculos, reduce las demandas de oxígeno de los miembros inferiores y del tórax.²⁰

La actividad física no necesita ser intensa para dar beneficios para la salud como contribuir a mejorar la salud mental, hacer frente al estrés, y mejorar la autoestima; así como la resistencia, la fuerza y la coordinación, los beneficios son tanto físicos como psicológicos, con significativa mejoría en la calidad de vida tal como lo afirma Juan Manuel Gonzales. ²¹

B .8. CUIDADO EMOCIONAL, SOCIAL Y ESPIRITUAL

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

CUIDADO EMOCIONAL

La situación emocional y psicológica que enfrenta un individuo al recibir y conocer el diagnóstico de una situación de salud desfavorable, es sin duda una de las mayores pruebas para el personal de salud que acompaña este proceso de adaptación al conocimiento del diagnóstico. Es de vital importancia la actitud de la persona que vive con la enfermedad, de sus familiares y de sus cuidadores, tanto si se toma de manera dramática o como una oportunidad para aportar en la calidad de vida de la persona que vive la situación en su propia vida y cuerpo. Por ello es importante la terapia psicológica durante el tratamiento pues muchos pacientes presentan depresión reactiva al conocer su diagnóstico, o en el curso de un tratamiento prolongado. Algunos medicamentos como Isomiarina, Ciprofloxacina, Etionamida y Cicloserina tienen efectos colaterales neuro-psiquiátricos.

Es muy importante que el personal de salud evite palabras y actitudes discriminatorias. Hay que dar información, ganarse la confianza y entender las circunstancias de vida del enfermo.²²

CUIDADO SOCIAL

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

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

Colliere señala que *“la familia es un elemento participante del cuidado en el hogar y son la mayor fuente de apoyo para el paciente por lo que es necesario conocer de quien recibe el apoyo social y psicológico para su tratamiento y así poder reforzar las relaciones familiares”*.²²

La adecuada participación de la familia favorece la salud y calidad de vida del paciente, pues los sentimientos y emociones pueden repercutir de modo positivo o negativo en el bienestar del individuo, *“el sentirnos amados y apoyados por otras personas adquiere un enorme valor cuando tenemos que afrontar situaciones estresantes”*²²

CUIDADO ESPIRITUAL

Según Watson, el mundo del espíritu se hace más importante a medida que las personas crecen y maduran de forma individual y evolucionan de manera colectiva como humanos. La salud se entiende en sus planteamientos⁴⁹ como la unidad y armonía del cuerpo, la mente y el espíritu y se relaciona, además, a la

actualización, al ser real que desarrolla su esencia espiritual y el sentido superior, para volverse más semejante a Dios. La meta de la enfermería es ayudar a que las personas ganen armonía entre su mente, cuerpo y espíritu, y que encuentren significado en su existencia y experiencias. 23

La enfermería considera al ser humano como un ser holístico para lo cual es necesario brindar a la persona un cuidado espiritual el cual consiste en propiciar a través del cuidado la satisfacción de las necesidades espirituales de la persona cuidada. El cuidado espiritual incluye ayudar a la gente a identificar y desarrollar su perspectiva espiritual y su conciencia personal de espiritualidad y de sus componentes así como ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades espirituales .23

La espiritualidad es aquel elemento dentro del individuo del cual se origina el significado, el propósito y plenitud en la vida, el deseo de vivir, las creencias y la fe en su ser, en otros y en Dios. Es aquello que inspira, motiva y genera esperanza, dirigiendo al individuo hacia valores de amor, verdad, belleza, confianza y creatividad. Es la parte que busca significado y propósito en la existencia. Es la relación de trascendencia más allá del acá y ahora, un componente esencial para alcanzar un nivel óptimo de salud, de bienestar o de calidad de vida. En ausencia de este significado se genera lo que se ha denominado un distrés espiritual, que resulta cuando el individuo es privado de satisfacer sus necesidades espirituales y se caracteriza por sentimientos de vacío y desespero. El mundo espiritual es el más complejo, porque en él se producen la integración e interpretación de las vivencias que acontecen en las otras esferas, con un resultado global consistente en una opinión sobre sí mismo y su 50 situación de enfermedad. Se debe valorar lo espiritual, pues comprende el mundo interior afectivo, deben integrarse los elementos culturales por su influencia en la escala de valores personales, las creencias y las consideraciones de la persona sobre la mejor ayuda. También están incluidas las motivaciones y

las consideraciones como necesidades del individuo. El aspecto religioso es una parte más del mundo espiritual.

C.- ROL DE LA ENFERMERA EN LA ESN –PCT

La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis ESN-PCT es el órgano técnico normativo dependiente de la Dirección General de Salud de las Personas, responsable de establecer la doctrina, normas y procedimientos para el control de la tuberculosis en el Perú; garantizando la detección, diagnóstico, tratamiento gratuito y supervisado a todos los enfermos con tuberculosis, con criterios de eficiencia, eficacia y efectividad. El Ministerio de Salud garantiza la gratuidad del tratamiento de la TB sensible, TB-MDR y TB-XDR con el objetivo de disminuir de forma progresiva la incidencia de tuberculosis.

En relación al rol del profesional de enfermería en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, la enfermera es responsable de la atención de los pacientes con tuberculosis, la cual debe ser integral e individualizada dirigida al paciente, su familia y la comunidad con énfasis en la educación, control y seguimiento del enfermo con tuberculosis y sus contactos, con la finalidad de contribuir a la disminución de la morbimortalidad por tuberculosis. Entre las actividades que la enfermera realiza para el seguimiento de casos están:

Entrevista de enfermería:

Es una de las actividades del cuidado integral e individualizado brindado a la persona afectada con TB; cuyos fines son educativos, de control, y seguimiento, funciones que deben realizarse con calidad y calidez hacia la persona enferma de tuberculosis y su familia. La finalidad de la función educativa está orientada a educar al paciente y su familia sobre la enfermedad, formas de contagio, importancia del tratamiento supervisado y la baciloscopía de control mensual, indagar sobre antecedentes de tratamiento, así como contribuir a la adhesión del paciente al tratamiento mediante una buena comunicación. También la

entrevista de enfermería busca contribuir a un adecuado seguimiento de casos y estudio de contactos e identificar en el paciente conductas de riesgo a fin de realizar un trabajo de consejería. Se debe realizar tres entrevistas: la primera al iniciar el tratamiento, la segunda al terminar la primera fase del tratamiento para controlar la evolución del paciente, los exámenes bacteriológicos y análisis de la tarjeta de tratamiento y la tercera se realizará al término del tratamiento con la finalidad de recomendar al paciente que al presentar sintomatología respiratoria acuda al establecimiento de salud y sobre los controles de baciloscopía después del alta. Se realizarán otras entrevistas si el paciente no acude al establecimiento de salud para recibir su tratamiento; en caso de reacciones adversas a los fármacos antituberculosos, para completar el estudio de contactos, o si el paciente va a cambiar de domicilio.

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 diagnóstico.²⁴

La visita domiciliaria tiene por objetivos identificar al paciente y familia, identificar problemas de salud y brindar alternativas de solución, optimizar el control de contactos, contribuir al éxito del tratamiento antituberculoso recuperando al paciente inasistente y optimizar el control de contactos, factores condicionantes, para brindar apoyo educativo en busca de su solución, contribuir al éxito del tratamiento antituberculoso recuperando a la persona inasistente.

Los motivos de la Visita domiciliaria son:

- Ubicar al sintomático respiratorio BK (+) que no acude al establecimiento de salud.

- Ubicación y verificación del domicilio de las personas 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).

Organización y administración del tratamiento

La enfermera del establecimiento de salud es responsable de garantizar la correcta administración del tratamiento antituberculoso, el cual es estrictamente supervisado y ambulatorio. 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 profesional de enfermería asegurará que la persona con tuberculosis, reciba la administración de los medicamentos en una sola toma al día (fármacos de primera línea), vigilar la aparición de reacciones adversas. Garantizar la administración de tratamiento supervisada en boca por el personal de enfermería en los servicios de salud, para lo cual es necesario que se cuente con lo siguiente:

- Un ambiente con luz y ventilación natural cruzada para la atención de las personas con tuberculosis.
- Disponer de los libros de registro y seguimiento de pacientes.
- Tarjetas de control y asistencia de medicamentos, solicitudes de baciloscopías.

- Capacitar al personal de salud (profesional y técnico) en la administración supervisada del tratamiento antituberculosis,
- Monitoreo y evaluación del desarrollo de las actividades de tratamiento.

Administración de la quimioprofilaxis

Consiste en la administración de Isoniacida a personas con riesgo a desarrollar Tuberculosis, es prioridad la administración en personas menores de 15 años que son contactos directos de un paciente con tuberculosis. Ello permite disminuir considerablemente el contagio de tuberculosis. La 54 organización y cumplimiento de la quimioprofilaxis estará a cargo del profesional de enfermería.

Se entregará las tabletas de Isoniacida en forma semanal, realizando el registro de la fecha de entrega en la tarjeta del caso índice. Se debe investigar sobre la presencia de alguna reacción adversa: pérdida de apetito, náuseas, vómitos, coluria, dolor abdominal, fiebre, rash cutáneo, insomnio y pérdida de la sensibilidad. La presencia de algunos de estos síntomas debe motivar la suspensión de la quimioprofilaxis y una evaluación médica.

El profesional de enfermería ha desempeñado siempre un papel importante proporcionando servicios de salud, dentro de los mas importante es la educación para la salud mediante el cual brinda enseñanza dándole un enfoque científico e integral tanto al paciente o individuo como la familia y comunidad de manera que les enseña a conservar la salud con autonomía .

Es responsabilidad del profesional de enfermería la educación al paciente con tuberculosis para lo cual la enfermera cuenta con conocimientos científicos, técnicos y humanísticos, para que el paciente reciba una atención óptima, segura, oportuna, apropiada y libre de riesgo, fundamentada en la condición de enfermedad del paciente para concientizarlo logrando que el paciente mismo

propicie su auto cuidado, pues la tuberculosis se presenta en la etapa de vida más productiva del individuo lo cual le va impedir velar por su familia.

Los aspectos teóricos presentados permitieron elaborar el instrumento de recolección de datos y posteriormente analizar los resultados obtenidos.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

AUTOCUIDADO

Es cualquier acción reguladora del funcionamiento del ser humano que se encuentra bajo el control del propio individuo, realizada de forma deliberada y por iniciativa propia, es un pilar fundamental de la salud y la asistencia social.

AUTOCUIDADO: es asumir voluntariamente el cuidado de la propia salud.

- Es una conducta que se aprende en sociedad.
- Es fundamental la autoestima en el auto cuidado, el valorarse positivamente.
- Importancia del auto cuidado: Es mantener una buena salud, prevenirla y reconocer tempranamente la enfermedad, participar activamente de su recuperación integral de la salud.
- El auto cuidado requiere que las personas asuman la responsabilidad en el cuidado de su salud y por las consecuencias de las acciones que realizan.
- Reconocer que una conducta (Ej. Fumar) es directamente responsable de la enfermedad (cuadro pulmonar crónico) puede llevarlas a reorientar el rol que asumen en la manutención de su salud.

La incorporación del concepto de auto cuidado enfatiza:

- Auto cuidado que promueve la salud; esta categoría promueve practicas que conllevan el bienestar físico, mental y espiritual. Ej. realizar ejercicios.

- Auto cuidado orientado a prevenir enfermedades y riesgos a la salud. Ej. vacunación Seleccionar alimentos bajos en grasa para prevenir problemas cardiovasculares.
- Detección temprana de signos y síntomas de enfermedades. Ej. Baja de peso involuntaria autoexamen de mamas.
- Auto cuidado en el manejo de enfermedades y cumplimiento del tratamiento, incluyendo el reconocimiento de los efectos farmacológicos indeseables.
- El auto cuidado se considera como parte del estilo de vida de la persona, entendido como patrones de conducta que reflejan la forma de interactuar de las personas con su medio social.
- El auto cuidado puede expresarse de tres formas dentro de los estilos de vida:
 - a) Como ciertos hábitos nocivos que afectan la salud Ej. Consumo de tabaco de bebidas alcohólicas y sedentarismo.
 - b) Como conductas que conscientemente buscan mantener la salud.
 - c) Como conductas que responden a los síntomas de la enfermedad.

¿Qué busca el auto cuidado?
- Adoptar cambios de vida saludable para prevenir la aparición de enfermedades.
- Independencia y funcionalidad de la persona adulta mayor.
- Defender el derecho y protección de la salud.
- Promover la mejora de calidad de vida de la persona adulta mayor.
- Entender que el envejecimiento es un proceso natural, que la persona se debe mantener activa y saludable. 24

Medidas de auto cuidado:

Son las respuestas expresadas por los pacientes que asisten a la ESN-PCT acerca de las actividades que realiza para controlar la enfermedad y disminuir el riesgo a complicaciones, mantener un mejor estado de salud, en relación a la alimentación, descanso y sueño, medidas higiénicas, hábitos nocivos, control y tratamiento de la enfermedad, ejercicio y recreación, cuidado emocional, social y espiritual.

2.5 VARIABLES

2.5.1 Definición de conceptual de la variable.

Medidas de auto cuidado:

Son las respuestas expresadas por los pacientes que asisten a la ESN- PCT acerca de las actividades que realiza para controlar la enfermedad y disminuir el riesgo a complicaciones, mantener un mejor estado de salud, en relación a la alimentación, descanso y sueño, medidas higiénicas, hábitos nocivos, control y tratamiento de la enfermedad, ejercicio y recreación, cuidado emocional, social y espiritual.

2.5.2 Definición operacional de la variable.

Hábitos alimenticios

Hábitos adquiridos a lo largo de la vida que influyen en nuestra alimentación. Llevar una dieta equilibrada ,variada y suficiente acompañada de la práctica de ejercicios físico es la fórmula perfecta para estar sanos.

Descanso y Sueño:

Es un estado de actividad mental y física reducido, que hace que el sujeto se sienta fresco, rejuvenecido y preparado para continuar con las actividades cotidianas.²⁵

Medidas Higienicas:

Es el conjunto de conocimientos y técnicas que aplican los individuos para el control de los factores que ejercen efectos nocivos sobre su salud. La higiene personal es el concepto básico del aseo, de la limpieza y del cuidado del cuerpo humano.

Consumo de hábitos nocivos:

Son aquellas conductas o agentes externos cuya práctica o interacción repetida nos provocan daños a corto o largo plazo o a situarnos en un mayor riesgo de contraer enfermedades graves.³¹

Ejercicios y Recreación:

La palabra recreación define a la acción y efecto de recrear .por lo tanto, puede hacer referencia a crear o producir de nuevo algo También se refiere a divertir, alegrar o deleitar, en una búsqueda de distracción en medio del trabajo y de las obligaciones cotidianas.

2.5.3 Operacionalización de variables.

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Auto cuidado de los pacientes de Pct en el Puesto de Salud Huayaringa.	Hábitos Alimenticios	Número y frecuencia del consumo de alimentos. Lugar del consumo (domicilio, restaurantes). Si el consumo es de origen animal, vegetal, mineral.
	Descanso –Sueño	Horario descanso diurno o nocturno El cuidado personal. El domicilio es propio o alquilado. El dormitorio si existen ventilación, iluminación del día.
	Medidas higiénicas	Conoce la forma adecuada de la eliminación de los desechos propios usados del mismo.
	Hábitos nocivos.	Consumo de drogas Consumo de alcohol Si asisten a reuniones.
	Asistencia en cuanto a su tratamiento.	Asistencia de tratamiento Cumple con lo indicado del personal. Peso, la entrega de esputo, para el examen mensual y con lo indicado.
	Ejercicio y Recreación.	Ejercicios es fundamental para el cuidado de una vida saludable, la recreación también significa alegrar, divertir que todo paciente debe de tener para mantener un auto cuidado. El apoyo de la sociedad es muy importante para ayudar a la pronta recuperación y la espiritualidad a la asistencia a la iglesia a no perder la fe e nuestro señor.
	Estado emocional, social y espiritual.	

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de tipo descriptivo pues se va a describir hechos tal y como presentan en la recuadro.

TIPO DE INVESTIGACION	ALCANCE
ENFOQUE Cuantitativo	<p>Hernandez Sampieri:Es secuencial y probatorio .Cada etapa precede a la siguiente y no podemos "brindar o eludir "pasos.</p> <p>Parte de la idea que va acotándose y una vez delimitada ,se derivan objetivos y preguntas de investigación ,se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teorica.De las preguntas se establecen hipótesis y determinan variables, se desarrolla un plan para probarlas (diseño);se miden las variables en un determinado contexto se analizan las mediciones obtenidas(con frecuencia utilizando métodos estadísticos),y se establece una serie de condiciones de las hipótesis.</p> <p>Para murillo ((2008),la investigación aplicada recibe el nombre de</p>
NIVEL APLICATIVO	<p>"investigación practica o empírica " que se caracteriza por que busca la aplicación o utilización de los conocimientos adquiridos ,a la vez que se adquieren otros, después de implementar yy sitematizarla practica basada en investigación .El uso de conocimiento y los resultados de investigación, que da como resultado en una forma rigurosa ,organizada y sistemática de conocer la realidad.</p> <p>De acuerdo con Sellriz (1980):28 la investigación descriptiva, consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de</p>
DISEÑO DESCRIPTIVO CORRELACIONAL	<p>establecer su estructura o comportamiento. Es correlacional este tipo de estudio descriptivo porque tiene como finalidad determinar el grado de relación o asociación no causal existente entre dos o más variables.</p>

3.2 DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo se realizara en el Puesto de Salud Huayaringa Alta Distrito de Santa Eulalia provincia de Huarochirí departamento de Lima, fue fundada en el año 2008.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.

La población de estudio estuvo conformada por 35 paciente diagnosticados de tuberculosis considerando del primer esquema y paciente multidrogoresistente (MDR) que asisten regularmente y reciben tratamiento en el Puesto de Salud Huayaringa. Considero en la población a los pacientes en tratamiento MDR debido a que no afectaba al desarrollo del estudio pues esta población cumple con los criterios de inclusión y cumple con diagnósticos de tuberculosis que asisten regularmente al tratamiento, paciente que sepan leer y escribir, y que permitan la aceptación a participar de la actividad a realizar y exclusión: a todos los que abandonaron el tratamiento y los que no desean participar.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica que se utilizara para la recolección de datos será la entrevista, acompañado del instrumento que se aplicara mediante un cuestionario el cual nos permitirá recolectar información acerca del auto cuidado de pacientes que asisten en el PCT. El cual el cuestionario consta de datos generales y 20 preguntas. Indicar también que después de evaluar el formulario debe responder el cuestionario de validación.

3.5 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

El cuestionario obtenido será validado por opinión de expertos, haciendo las correcciones pertinentes según las recomendaciones obtenidos, para la confiabilidad del instrumento se presentara la documentación de la carta de presentación donde constara sobre el titulo del estudio y objetivos y la población definida para el estudio.

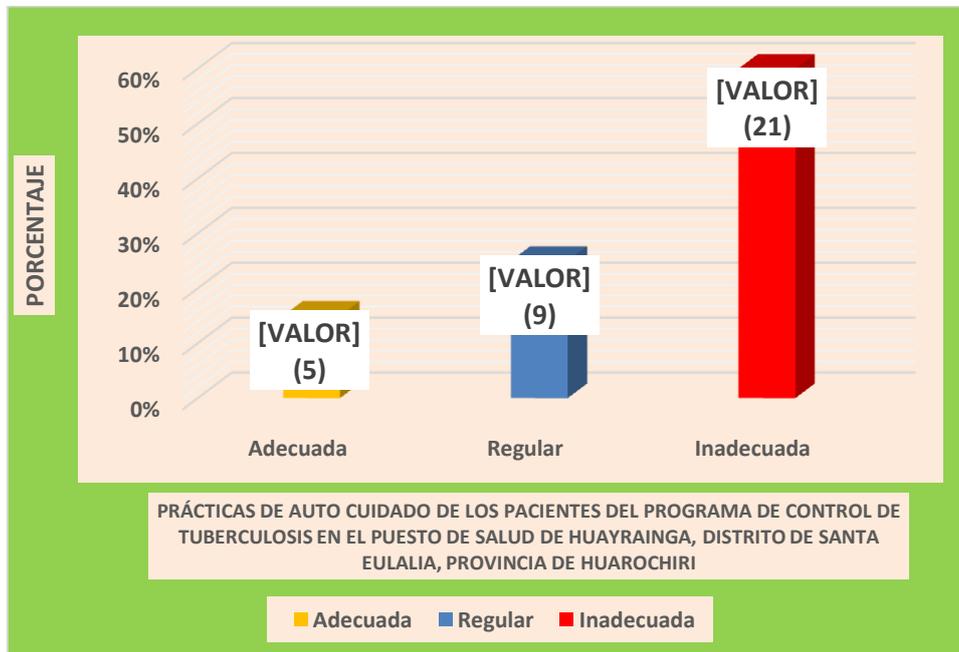
3.6 PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS.

Para la realización y aplicación de este proceso se realizara las coordinaciones Administrativas en la cual se enviara un oficio dirigido al Jefe del Establecimiento para la aprobación y autorización respectiva con la institución indicada y previa coordinación con la enfermera encargada de EST a fin de de obtener las facilidades y autorización para ejecutar la recolección de datos y mencionar sobre el tiempo que se aplicara este instrumento que consta de 30 a 40 minutos para su aplicación del cuestionario.

CAPITULO IV: RESULTADOS

GRAFICA 1

PRÁCTICAS DE AUTO CUIDADO DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE CONTROL DE TUBERCULOSIS EN EL PUESTO DE SALUD DE HUAYRAINGA, DISTRITO DE SANTA EULALIA, PROVINCIA DE HUAROCHIRI, LIMA-2016

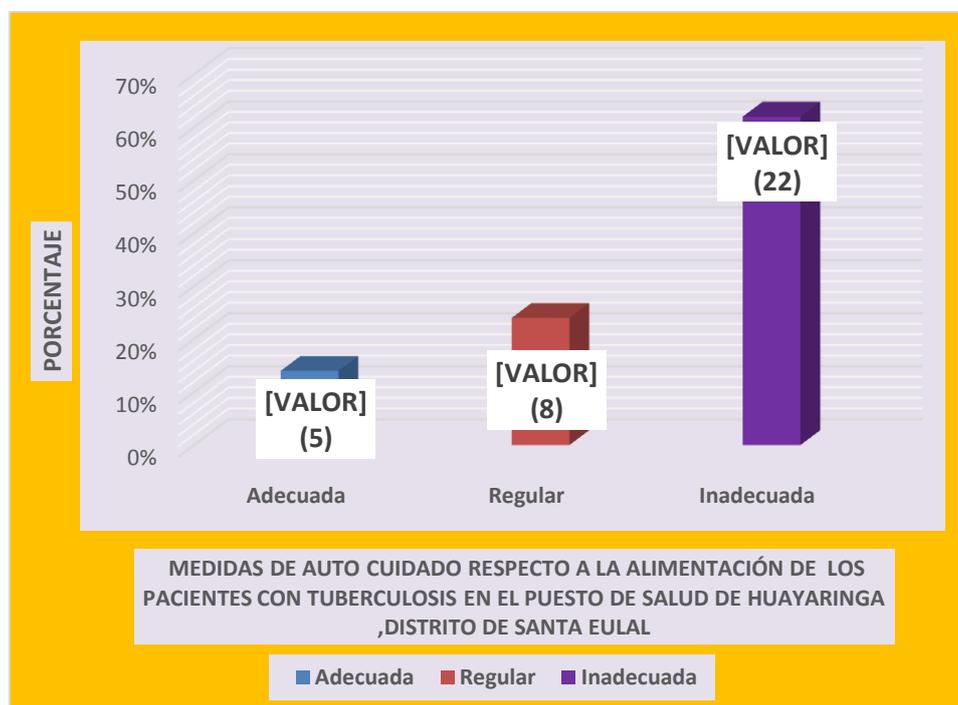


INTERPRETACIÓN DE LA GRAFICA 1

Las Prácticas de auto cuidado de los pacientes del programa de control de tuberculosis en el puesto de salud de Huayrainga, distrito de Santa Eulalia, es Inadecuada en un 60%(21), nivel Regular en un 25%(9) y nivel Adecuado en un 15%(5).

GRAFICA 2

MEDIDAS DE AUTO CUIDADO RESPECTO A LA ALIMENTACIÓN DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN EL PUESTO DE SALUD DE HUAYARINGA ,DISTRITO DE SANTA EULALIA ,PROVINCIA DE HUAROCHIRI,LIMA -2106

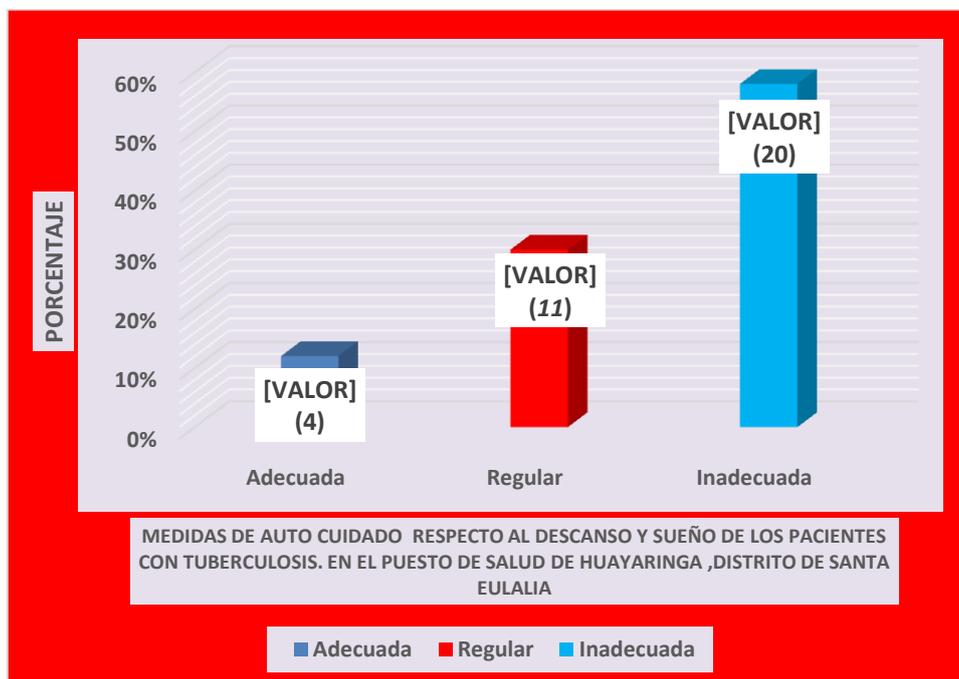


INTERPRETACIÓN DE LA GRAFICA 2

Las Prácticas de autocuidado respecto a la alimentación de los pacientes del programa de control de tuberculosis en el puesto de salud de Huayrainga, distrito de Santa Eulalia, es Inadecuada en un 62%(22), nivel Regular en un 24%(8) y nivel Adecuado en un 14%(5).

GRAFICA 3

MEDIDAS DE AUTO CUIDADO RESPECTO AL DESCANSO Y SUEÑO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS. EN EL PUESTO DE SALUD DE HUAYARINGA ,DISTRITO DE SANTA EULALIA ,PROVINCIA DE HUAROCHIRI,LIMA -2106

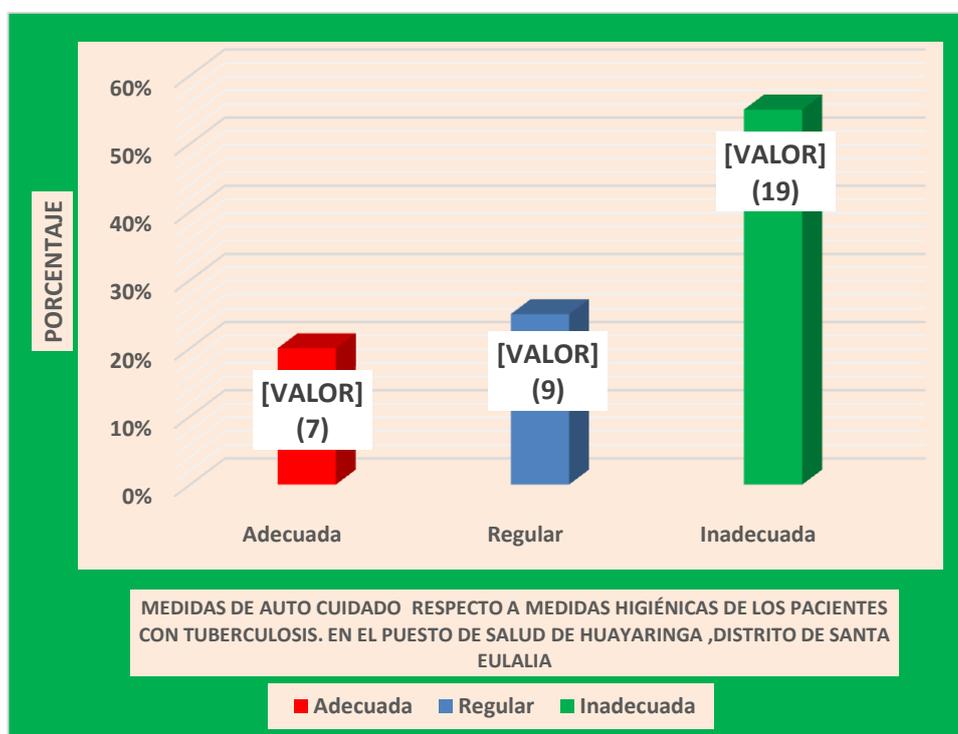


INTERPRETACIÓN DE LA GRAFICA 3

Las Prácticas de autocuidado respecto al descanso y sueño de los pacientes del programa de control de tuberculosis en el puesto de salud de Huayrainga, distrito de Santa Eulalia, es Inadecuada en un 58%(20), nivel Regular en un 30%(11) y nivel Adecuado en un 12%(4).

GRAFICA 4

MEDIDAS DE AUTO CUIDADO RESPECTO A MEDIDAS HIGIÉNICAS DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS. EN EL PUESTO DE SALUD DE HUAYARINGA ,DISTRITO DE SANTA EULALIA ,PROVINCIA DE HUAROCHIRI,LIMA -2106

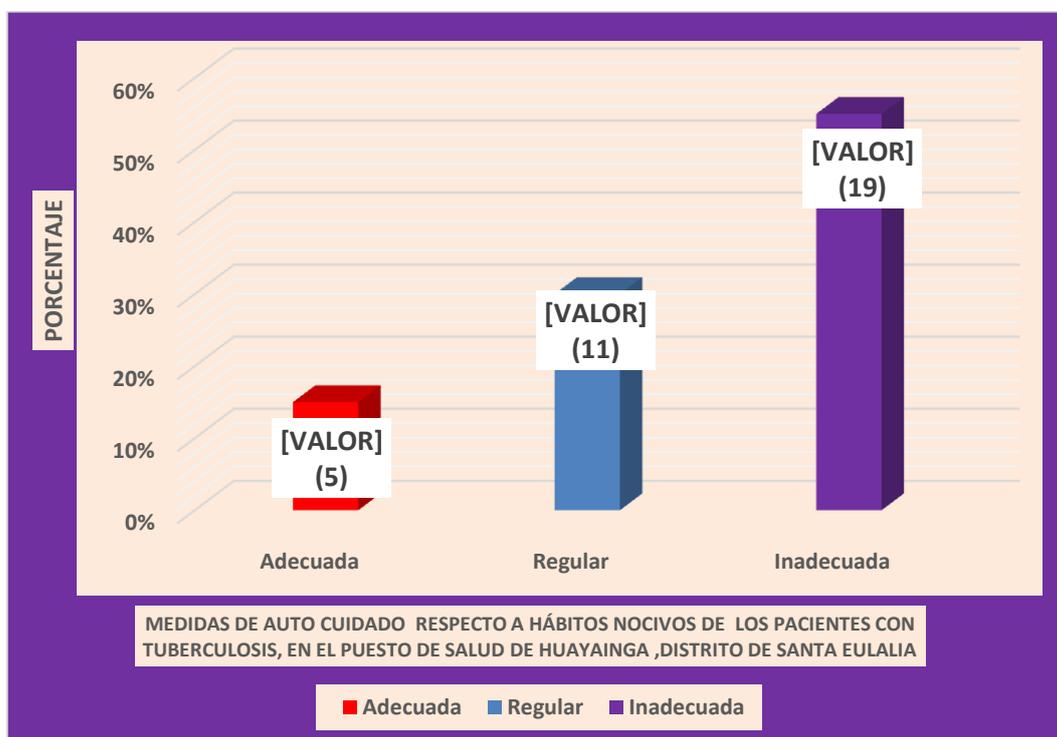


INTERPRETACIÓN DE LA GRAFICA 4

Las Prácticas de autocuidado respecto a medidas higiénicas de los pacientes del programa de control de tuberculosis en el puesto de salud de Huayrainga, distrito de Santa Eulalia, es Inadecuada en un 55%(19), nivel Regular en un 25%(9) y nivel Adecuado en un 20%(7).

GRAFICA 5

MEDIDAS DE AUTO CUIDADO RESPECTO A HÁBITOS NOCIVOS DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS, EN EL PUESTO DE SALUD DE HUAYAINGA ,DISTRITO DE SANTA EULALIA ,PROVINCIA DE HUAROCHIRI,LIMA -2106

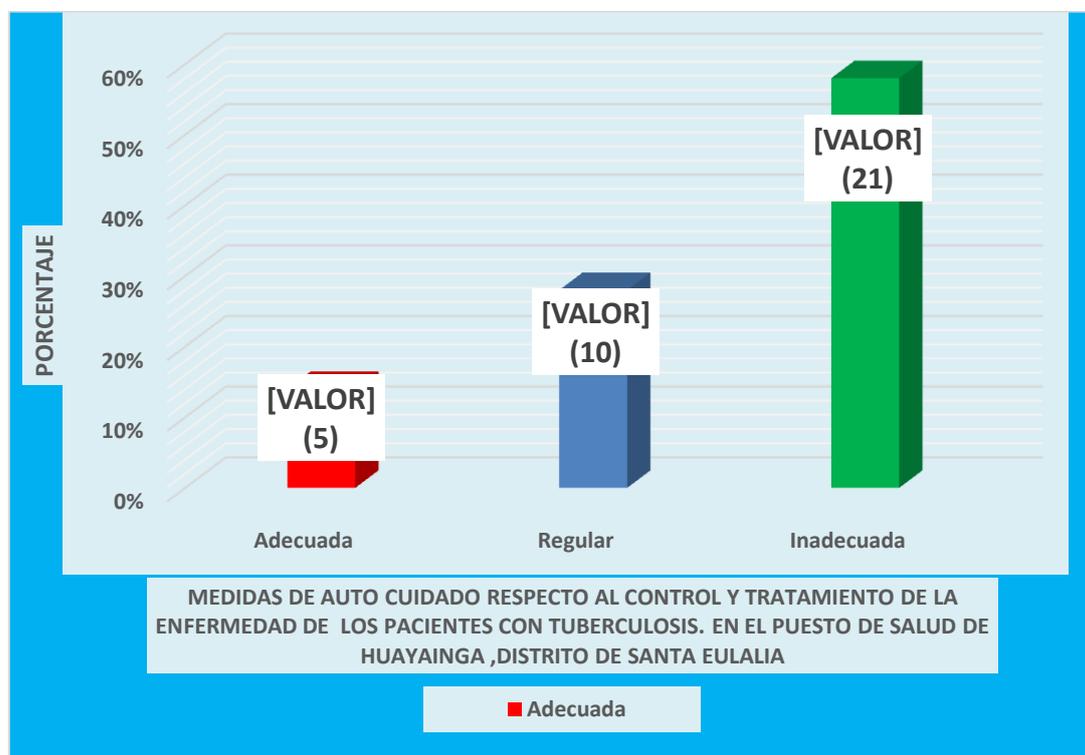


INTERPRETACIÓN DE LA GRAFICA 5

Las Prácticas de autocuidado respecto a hábitos nocivos de los pacientes del programa de control de tuberculosis en el puesto de salud de Huayrainga, distrito de Santa Eulalia, es Inadecuada en un 55%(19), nivel Regular en un 30%(11) y nivel Adecuado en un 15%(5).

GRAFICA 6

MEDIDAS DE AUTO CUIDADO RESPECTO AL CONTROL Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS. EN EL PUESTO DE SALUD DE HUAYAINGA ,DISTRITO DE SANTA EULALIA ,PROVINCIA DE HUAROCHIRI,LIMA -2106

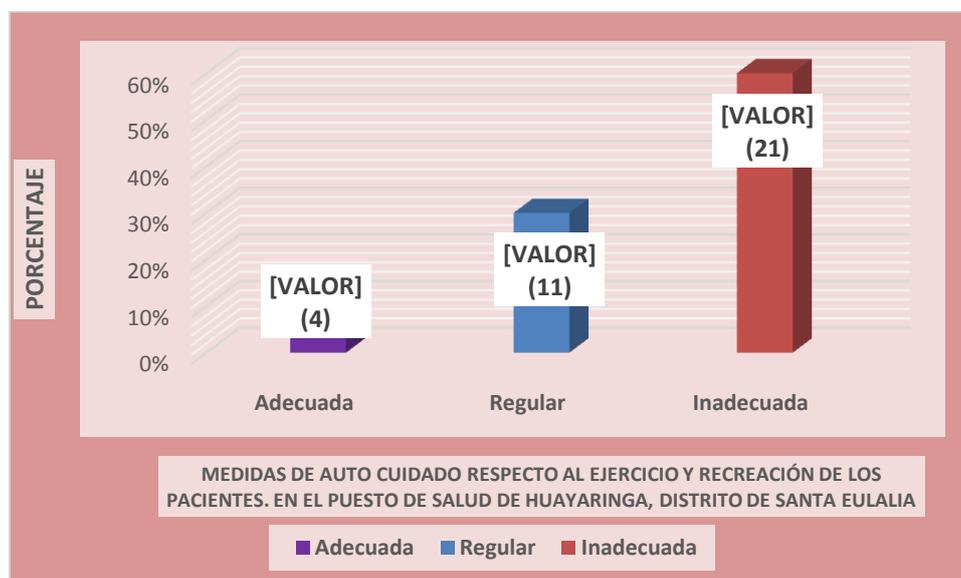


INTERPRETACIÓN DE LA GRAFICA 6

Las Prácticas de autocuidado respecto al control y tratamiento de los pacientes del programa de control de tuberculosis en el puesto de salud de Huayrainga, distrito de Santa Eulalia, es Inadecuada en un 55%(19), nivel Regular en un 30%(11) y nivel Adecuado en un 15%(5).

GRAFICA 7

MEDIDAS DE AUTO CUIDADO RESPECTO AL EJERCICIO Y RECREACIÓN DE LOS PACIENTES. EN EL PUESTO DE SALUD DE HUAYARINGA, DISTRITO DE SANTA EULALIA, PROVINCIA DE HUAROCHIRI, LIMA -2106.



INTERPRETACIÓN DE LA GRAFICA 7

Las Prácticas de autocuidado respecto al ejercicio y control de los pacientes del programa de control de tuberculosis en el puesto de salud de Huayrainga, distrito de Santa Eulalia, es Inadecuada en un 60%(21), nivel Regular en un 30%(11) y nivel Adecuado en un 10%(4).

PRUEBA DE HIPOTESIS

Prueba de la Hipótesis General:

Ha: Las prácticas de autocuidado de los pacientes del programa de control de tuberculosis en el puesto de salud de Huayrainga, distrito de Santa Eulalia, provincia de Huarochiri, Lima-2016, son inadecuadas.

Ho: Las prácticas de autocuidado de los pacientes del programa de control de tuberculosis en el puesto de salud de Huayrainga, distrito de Santa Eulalia, provincia de Huarochiri, Lima-2016, no son inadecuadas.

Ha ≠ Ho

$\alpha=0,05$ (5%)

Tabla 1: Prueba de la Hipótesis General mediante el Chi Cuadrado (X^2)

	ALTO	MEDIO	BAJO	TOTAL
Observadas	5	9	21	35
Esperadas	12	12	11	
$(O-E)^2$	49	9	100	
$(O-E)^2/E$	12,1	0,75	0,05	

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 1

El valor obtenido del Chi Cuadrado Calculado (X_C^2) es de 12,9; siendo el valor obtenido del Chi Cuadrado de Tabla (X_T^2) de 5,53; como el Chi Cuadrado de Tabla es menor que el Chi Cuadrado Calculado ($X_T^2 < X_C^2$), entonces se rechaza la Hipótesis Nula (Ho) y se acepta la Hipótesis Alterna (Ha), con un nivel de significancia de $p < 0,05$.

Siendo cierto que: Las prácticas de auto cuidado de los pacientes del programa de control de tuberculosis en el puesto de salud de Huayrainga, distrito de Santa Eulalia, provincia de Huarochiri, Lima-2016, es regular.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

OBJETIVO GENERAL

Las Prácticas de auto cuidado de los pacientes del programa de control de tuberculosis en el puesto de salud de Huayrainga, distrito de Santa Eulalia, es Inadecuada en un 60%(21), nivel Regular en un 25%(9) y nivel Adecuado en un 15%(5). Coincidiendo con Zafra, Méndez (2006) Los resultados fueron que la media de edad de la población fue de 62,7 (12,4) años, el 57,6% eran mujeres, y la ocupación más frecuente, la de amas de casa (54,6%). El 54% de los diabéticos había acudido alguna vez a las consultas programadas de enfermería durante el último año. Los conocimientos básicos sobre la enfermedad eran escasos, el 64,3% desconocía la concentración normal de glucemia, el 89,4% no sabía cómo realizar intercambios de alimentos en la dieta, y el 44,9% ignoraba la importancia del cuidado de los pies. Sin embargo, entre los tratados con insulina (20%), la utilización de autoanalizador era frecuente (68,6%). La frecuentación de las consultas de enfermería era el factor más asociado a los conocimientos y autocuidados del enfermo. Las conclusiones fueron que los conocimientos sobre aspectos básicos y dietéticos de la diabetes eran deficitarios en la población, siendo necesario aumentarlos mediante la educación individualizada en las consultas de enfermería.

OBJETIVO ESPECIFICO 1

Las Prácticas de autocuidado respecto a la alimentación de los pacientes del programa de control de tuberculosis en el puesto de salud de Huayrainga, distrito de Santa Eulalia, es Inadecuada en un 62%(22), nivel Regular en un 24%(8) y nivel Adecuado en un 14%(5). Coincidiendo con LOAYZA (2015) Conclusiones: “La percepción de la calidad de vida en los pacientes con diagnóstico de tuberculosis Pulmonar que se encuentran en la segunda fase del tratamiento e bueno de manera global. 2. El puntaje global del componente físico de la calidad de vida en los pacientes con diagnóstico de tuberculosis Pulmonar que se encuentran en la segunda fase del tratamiento fue 63.61. 3. El puntaje global del componente mental de la calidad de vida en los pacientes con diagnóstico de tuberculosis Pulmonar que se encuentran en la segunda fase del tratamiento fue 69.4. 4. De todas las dimensiones evaluadas con el

cuestionario SF-36 sólo la percepción de salud general tuvo un puntaje negativo “

OBJETIVO ESPECIFICO 2

Las Prácticas de autocuidado respecto al descanso y sueño de los pacientes del programa de control de tuberculosis en el puesto de salud de Huayrainga, distrito de Santa Eulalia, es Inadecuada en un 58%(20), nivel Regular en un 30%(11) y nivel Adecuado en un 12%(4). Coincidiendo con AGUADO (2013) Conclusiones: “En cuanto a los factores socio demográficos: la mayor proporción de estudiantes se encuentran en la etapa de adulto joven, son del sexo femenino, solteras, procedentes de la costa y no tienen carga familiar”. Todas las dimensiones evaluadas resultaron no saludables con excepción de actividad física. Los estudiantes menores de 20 años tienen estilos de vida no saludable a diferencia de los que tienen entre 30-39 años quienes tienen estilos de vida saludable Los estudiantes del IX y X ciclo, tienen estilos de vida saludables en mayor proporción que los estudiantes del ciclo al VIII ciclo que tienen estilos de vida no saludable “.

OBJETIVO ESPECIFICO 3

Las Prácticas de autocuidado respecto a medidas higiénicas de los pacientes del programa de control de tuberculosis en el puesto de salud de Huayrainga, distrito de Santa Eulalia, es Inadecuada en un 55%(19), nivel Regular en un 25%(9) y nivel Adecuado en un 20%(7).

OBJETIVO ESPECIFICO 4

Las Prácticas de autocuidado respecto a hábitos nocivos de los pacientes del programa de control de tuberculosis en el puesto de salud de Huayrainga, distrito de Santa Eulalia, es Inadecuada en un 55%(19), nivel Regular en un 30%(11) y nivel Adecuado en un 15%(5).

OBJETIVO ESPECIFICO 5

Las Prácticas de autocuidado respecto al control y tratamiento de los pacientes del programa de control de tuberculosis en el puesto de salud de Huayrainga, distrito de Santa Eulalia, es Inadecuada en un 55%(19), nivel Regular en un 30%(11) y nivel Adecuado en un 15%(5).

OBJETIVO ESPECIFICO 6

Las Prácticas de autocuidado respecto al ejercicio y control de los pacientes del programa de control de tuberculosis en el puesto de salud de Huayrainga, distrito de Santa Eulalia, es Inadecuada en un 60%(21), nivel Regular en un 30%(11) y nivel Adecuado en un 10%(4).

CONCLUSIONES

PRIMERO

Las Prácticas de auto cuidado de los pacientes del programa de control de tuberculosis en el puesto de salud de Huayrainga, distrito de Santa Eulalia, en mayor porcentaje es Inadecuada, seguido del nivel Regular y en menor porcentaje es de un nivel Adecuado. Comprobado estadísticamente mediante el Chi Cuadrado con un valor de 12,9 y con un nivel de significancia de valor $p < 0,05$.

SEGUNDO

Las Prácticas de autocuidado respecto a la alimentación de los pacientes del programa de control de tuberculosis en el puesto de salud de Huayrainga, distrito de Santa Eulalia, en mayor porcentaje es Inadecuada, seguido del nivel Regular y en menor porcentaje es de un nivel Adecuado.

TERCERO

Las Prácticas de autocuidado respecto al descanso y sueño de los pacientes del programa de control de tuberculosis en el puesto de salud de Huayrainga, distrito de Santa Eulalia, en mayor porcentaje es Inadecuada, seguido del nivel Regular y en menor porcentaje es de un nivel Adecuado.

CUARTO

Las Prácticas de autocuidado respecto a medidas higiénicas de los pacientes del programa de control de tuberculosis en el puesto de salud de Huayrainga, distrito de Santa Eulalia, en mayor porcentaje es Inadecuada, seguido del nivel Regular y en menor porcentaje es de un nivel Adecuado.

QUINTO

Las Prácticas de autocuidado respecto a hábitos nocivos de los pacientes del programa de control de tuberculosis en el puesto de salud de Huayrainga, distrito de Santa Eulalia, en mayor porcentaje es Inadecuada, seguido del nivel Regular y en menor porcentaje es de un nivel Adecuado.

SEXTO

Las Prácticas de autocuidado respecto al control y tratamiento de los pacientes del programa de control de tuberculosis en el puesto de salud de Huayrainga, distrito de Santa Eulalia, en mayor porcentaje es Inadecuada, seguido del nivel Regular y en menor porcentaje es de un nivel Adecuado.

SEPTIMO

Las Prácticas de autocuidado respecto al ejercicio y control de los pacientes del programa de control de tuberculosis en el puesto de salud de Huayrainga, distrito de Santa Eulalia, en mayor porcentaje es Inadecuada, seguido del nivel Regular y en menor porcentaje es de un nivel Adecuado.

RECOMENDACIONES

PRIMERO

Realizar intervenciones educativas sobre las prácticas de autocuidado de los pacientes del programa de control de tuberculosis en el puesto de salud de Huayrainga, distrito de Santa Eulalia, que les permita adquirir destrezas para evitar propagar esta enfermedad entre sus familiares y entorno más cercano.

SEGUNDO

Realizar un monitoreo y motivación por parte del personal de enfermería a los pacientes que no asisten de forma regular al tratamiento, con visitas domiciliarias. para que continúen sin abandonarlo y eviten propagar la enfermedad, mediante la práctica adecuada de autocuidado, reforzando el control y tratamiento,

TERCERO

Reforzar el autocuidado a través de la entrega de material educativo y la demostración de prácticas adecuadas sobre la forma de eliminación de las secreciones al toser o estornudar, mejorando las medidas higiénicas personal y de la vivienda.

CUARTO

Fomentar una alimentación balanceada, nutritiva y económica, que le permita a los pacientes, continuar con su proceso de recuperación que requiere esta enfermedad que se prolonga mediante un tiempo determinado y requiere de gastos de sustentación, mediante charlas, ferias nutritivas, guías, afiches, trípticos y otras formas que les permitan estar informados.

QUINTO

Promover actividades de recreación y deporte, que le permitan a los pacientes estar en actividad y movimiento, mediante caminatas cortas, juegos recreativos y la práctica del teatro, reforzando el autocuidado en la dimensión ejercicio y control.

SEXTO

Propiciar una vida saludable y practicas de autocuidado, evitando los hábitos nocivos, como el consumo de tabaco, alcohol y drogas, que desencadenan y propician la gravedad de la enfermedad, en perjuicio de su salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez, Magali, Castro, Manuel. "Calidad de vida en pacientes portadores de insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis". 2002. <<http://www2.udec.cl/~ssrevi/numero5/ion02b.htm>>, visitado el 18 de abril de 2007
2. Erikson, Eric. 2000. Ciclo vital completado. Edición única. Barcelona. Editorial Paidós Ibérica.
3. MARTÍNEZ, D. y SÁEZ, P. "Conductas de autocuidado en estudiantes universitarios residentes del complejo de hogares Huachocopihue de la UACH, 2006". Universidad Austral de Chile. Facultad de Medicina. Valdivia, Chile. 2007.
4. ESCOBAR, MP. y PICO, ME. (2013). "Autocuidado de la Salud en jóvenes universitarios, Manizales, 2010 - 2011". Universidad de Caldas, Colombia. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública. Vol. 31, N° 2. Pp. 178 – 186.
5. Arrivillaga, Marcela, Salazar, Isabel y Correa, Diego. "Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios". 2003. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?Isciscript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&n_extAction=lnk&exprSearch=422757&indexSearch=ID>, visitado el 30 de abril de 2007.
6. Ortiz, Manuel, Ortiz, Eugenia. "Health psychology: A key to understand therapeutic adherence." Rev. méd. Chile. 2007. <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000500014&lng=en&nrm=iso>, visitado el 22 de agosto de 2007.
7. BÁEZ, F., ZENTENO, M.A., FLORES, M. y RUGERIO, M. (2013). "Capacidades, acciones de autocuidado e indicadores de salud en adultos jóvenes universitarios de enfermería". Universidad Autónoma de Puebla, Facultad de Enfermería. Revista Cultura del Cuidado, Vol. 9, N°2. ISSN: 1794-5232
8. SALAZAR-TORRES, I., VARELA-ARÉVALO, M., LEMA-SOTO, L., TAMAYO-CARDONA, J., DUARTE-ALARCÓN, C. y Equipo de Investigación CEVJU Colombia. "Evaluación de las conductas de salud en Jóvenes universitarios". Universidad de granada, España y Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia. Revista de Salud Pública, Vol. 12, N°. 4. Pp 599-611. 2010.
9. ESCOBAR, MP. y PICO, ME. (2013). "Autocuidado de la Salud en jóvenes universitarios, Manizales, 2010 - 2011". Universidad de Caldas, Colombia. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública. Vol. 31, N° 2. Pp. 178 – 186.

10. RUEDA, Y. y GÁLVEZ, N. "Estilos de Autocuidado de estudiantes de enfermería en el contexto Universitario: Un análisis desde la Teoría de Dorotea Orem, Chiclayo, 2013". Chiclayo, Perú. Revista Tzhoecoen. Vol. 6, N° 1. ISSN 1997-3985. 2014
11. Carta de OUawa para la Promoción de la Salud. Una conferencia internacional sobre la promoción de la salud. Ottawa, noviembre de 1986.
12. Coppard L. La autoatención de las- lud y los ancianos. En: Hacia el bienestar de los ancianos. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1985. (Publicación científica 492).
13. Falvo D. Effective Patient Education: A Guide to Increased Compliance. Maryland: Aspen Publication; 1985.
14. Glanz M, Glanz R, eds. Health Behaviors and Health Education. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1990.
15. Redman B. The Process of Patient Education. 6th ed. St. Louis: Mosby; 1988.
16. MARTÍNEZ, D. y SÁEZ, P. "Conductas de autocuidado en estudiantes universitarios residentes del complejo de hogares Huachocopihue de la UACH, 2006". Universidad Austral de Chile. Facultad de Medicina. Valdivia, Chile. 2007.
17. MARKS D, MURRAY M, EVANS B, WILLIG C, WOODALL C, SYKES C. "Psicología de la Salud. Teoría, investigación y práctica". México: Manual Moderno. 2008
18. LLUCH, M., SABATER, M., BOIX, M. y CORRIONERO, J. "La enseñanza del autocuidado de la Salud (Física y Mental) desde la enfermería Psicosocial". Universidad de Barcelona, Escuela de enfermería. Ponencia presentada a II Congreso Internacional Virtual de Educación, abril 2002. *CiberEduca.com, Psicólogos y pedagogos al servicio de la educación.*
19. MINSA. "Cuidado y Autocuidado de la Salud de las Personas Mayores". Ministerio de Salud. Perú. Depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2009-05508. 2009.
20. RUEDA, Y. y GÁLVEZ, N. "Estilos de Autocuidado de estudiantes de enfermería en el contexto Universitario: Un análisis desde la Teoría de Dorotea Orem, Chiclayo, 2013". Chiclayo, Perú. Revista Tzhoecoen. Vol. 6, N° 1. ISSN 1997-3985. 2014.
21. MANUAL DE ORIENTACIÓN (s.f.). "Manual de Orientación para la Reflexividad y el Autocuidado: Dirigido a coordinadores de equipos psicosociales de los programas del Sistema de protección Social Chile Solidario". Gobierno de Chile. Registro de propiedad Intelectual N° 183289. ISBN: 978-956-326-024-3

22. LEXUS. "LEXUS, Diccionario Enciclopédico, Color". Lexus Editores. ISBN: 9972-625-01-3. 1996
23. CORTESE, E. y CORTESE, R. (2004). "Personalidad". Argentina. Psicología Médica de la Salud Mental. Pp 77 - ISBN 987-1135-54-8
24. MORENO, A. "El sueño Regula su salud mental e inmunológica". Revista Enespera. Edición 58. 2013
25. SIERRA, J., JIMÉNEZ, C., MARTÍN, J. "Calidad del sueño en estudiantes universitarios: importancia de la higiene del sueño". Instituto nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Distrito Federal. México. Salud Mental. Vol. 25, N° 6. Pp 35 – 43. 2002
26. MARTÍN, I. "Estrés académico en estudiantes universitarios". Universidad de Sevilla. Apuntes de psicología, Vol. 25, N° 1. pp 87 – 99. ISSN. 0213-3334. 2007
27. PASTOR, J. "Autopercepción, Conducta e Intervención". Universidad de Alcalá. Revista Wanceulen E.F. Digital, N° 3. 2007.
28. SALAZAR-TORRES, I., VARELA-ARÉVALO, M., LEMA-SOTO, L., TAMAYO-CARDONA, J., DUARTE-ALARCÓN, C. y Equipo de Investigación CEVJU Colombia. "Evaluación de las conductas de salud en Jóvenes universitarios". Universidad de granada, España y Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia. Revista de Salud Pública, Vol. 12, N°. 4. Pp 599-611. 2010.
29. PORTILLO, W. y PAREDES, R. "Conducta Sexual". Universidad nacional Autónoma de México. Dirección General de Divulgación de la Ciencia, UNAM. Primera edición. ISBN: 978-607-02-1258-1. 2010.
30. CHÁVEZ, M., PETRZELOVÁ, J Y ZAPATA, J. (2009) "Actitudes respecto a la sexualidad en estudiantes universitarios". Universidad Autónoma de Coahuila. Xalapa, México. Enseñanza e Investigación en psicología. Vol. 14, N° 1, pp 137 – 151. ISSN: 0185 - 1594
31. SALUD SEXUAL. "Salud Sexual para el Milenio: Declaración y documento técnico". Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Biblioteca sede OPS. Washington, D.C. ISBN: 978-92-75-33078-4. 2009.
32. WIRZ, W., FERNÁNDEZ, A. y WIRZ, F. "Autoexamen de mamas: influencia de las educación universitaria en la realización del autoexamen de mamas". Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 159. 2006. Disponible en http://med.unne.edu.ar/revista/revista159/1_159.pdf
33. SARDIÑAS, R. "Autoexamen de mama: un importante instrumento de prevención del cáncer de mama en atención primaria de salud". Policlínico Universitario Rampa. Ciudad de la Habana. Revista Habanera de Ciencias Médicas. Vol. 8, N° 3. ISSN 1729-519X. 2009.

34. ACS (2015). "Autoexamen Testicular". American Cancer Society. Internet. Disponible en <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdetesticulo/recursosadicionales/tengo-cancer-testicular-self-exam>

Anexos

TITULO: MEDIDAS DE AUTOCUIDADO DE LOS PACIENTES EN EL PROGRAMA DE CONTROL DE TUBERCULOSIS DEL PUESTO DE SALUD DE HUAYARINGA ,DISTRITO DE SANTA EULALIA HUAROCHIRI,LIMA -2016.
FORMULACION INTERROGATIVA DEL PROBLEMA: ¿De qué manera practican los pacientes medidas de autocuidado, en el control de la Tuberculosis en el Puesto de Salud Huayaringa,Santa Eulalia ,Provincia de huarochiri-Lima-2016?
OBJETIVO GENERAL: Determinar las prácticas de Auto cuidado de los pacientes del programa de control de tuberculosis en el Puesto de Salud de Huayrainga, Distrito de Santa Eulalia, Provincia de Huarochiri, Lima-2016 1.3.2 Objetivos específicos <ul style="list-style-type: none">○ Determinar las medidas de auto cuidado respecto a la alimentación de los pacientes con tuberculosis en el Puesto de Salud de Huayaringa ,Distrito de Santa Eulalia ,Provincia de Huarochiri,Lima -2106○ Analizar las medidas de Auto cuidado respecto al descanso y sueño de los pacientes con tuberculosis. en el Puesto de Salud de Huayaringa ,Distrito de Santa Eulalia ,Provincia de Huarochiri,Lima -2106○ Evaluar las medidas de Auto cuidado respecto a medidas higiénicas de los pacientes con tuberculosis. en el Puesto de Salud de Huayaringa ,Distrito de Santa Eulalia ,Provincia de Huarochiri,Lima -2106○ Identificar las medidas de Auto cuidado respecto a hábitos nocivos de los pacientes con tuberculosis, en el Puesto de Salud de Huayainga

<p>,Distrito de Santa Eulalia ,Provincia de Huarochiri,Lima -2106</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Identificar las medidas de Auto cuidado respecto al control y tratamiento de la enfermedad de los pacientes con tuberculosis. en el Puesto de Salud de Huayaringa ,Distrito de Santa Eulalia ,Provincia de Huarochiri,Lima -2106 ○ Determinar las medidas de Auto cuidado respecto al ejercicio y recreación de los pacientes. en el Puesto de Salud de Huayaringa, Distrito de Santa Eulalia, Provincia de Huarochiri,Lima -2106. ○ Identificar las medidas de auto cuidado respecto cuidado emocional, social y espiritual de los pacientes con tuberculosis. en el Puesto de Salud de Huayaringa ,Distrito de Santa Eulalia ,Provincia de Huarochiri,Lima -2106
<p>HIPOTESIS: Las medidas de auto cuidado son inadecuadas de los pacientes con TB en el puesto de salud Huayaringa</p>
<p>VARIABLES: Auto cuidado</p>
<p>DISEÑO: Descriptivo, METODO: Cuantitativo</p>
<p>POBLACION: En este proyecto la población corresponde a 120 pacientes que han sido diagnosticados con tuberculosis. En el Puesto de Salud Huayaringa.</p>
<p>TAMAÑO DE LA MUESTRA Se determina la muestra que constituye a 40 Pacientes con Diagnostico Positivo de tuberculosis (muestra no aleatoria).</p>
<p>INSTRUMENTO: CUESTIONARIO</p>
<p>TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS: La técnica a utilizar será la observación y la entrevista y la aplicación del cuestionario.</p>

CUESTIONARIO

MEDIDAS DE AUTOCUIDADO QUE TIENEN LOS PACIENTES QUE ASISTEN A LA EST PCT DEL PUESTO DE SALUD DE HUAYARINGA EN EL AÑO 2016.

INTRODUCCION

De este cuestionario tiene por objeto obtener información acerca de los Auto cuidado (cuidado de si mismo) que tiene los pacientes que asisten al programa de tuberculosis que asisten al puesto de salud de Huayaringa .Con su apoyo y respuestas sinceras y así decirle que expresándolos que es esta información es confidencial y anónimo.

DATOS GENERALES:

- 1.- Edad _____
- 2.- Sexo: (F) (M)
- 3.- Grado de Instrucción: Primaria () Secundaria () Superior ()
- 4.- Religión: _____
- 5.- Con quienes vives _____
- 6.- Estado Civil: Casado () conviviente () separado () viudo ()
- 6.- idioma _____
- 7- Ocupación:

I Instrucciones

Lea y responda solo una respuesta por cada pregunta marcar solo una respuesta con claridad.

DIMENSION ALIMENTACIÓN

1. Marque con una x las veces de consumo de su alimentación.

Desayuno () media mañana () almuerzo media tarde () lonche ()

Otros _____

2.- El lugar de consumo de estos alimentos son lugar:

Casa () Mercado () Pensión () Comedor popular ()

Otros especificar _____

3.-. Cuantas veces al día consume agua

1.2 vasos () 3-4 vasos () 5-8 vasos () o mas especificar _____

4.- Que alimentos consume marcar con una (x) los que consumes

Alimento de consume	Frecuencia			
	Diario	Interdiario	Semanal	Raras veces
Pescado				
Pollo				
Carne de res				
Menudencia				
Frutas				
Verduras				
Leche , yogur, queso				
Menestras				

5.- Usted trabaja

Si () No ()

6.- ¿Cuántas horas duerme al día?

10 horas () 8 horas () 6 horas () especificar otros _____

7.- ¿Cuántas horas descansas durante el día?

2 horas () 1 hora () 1/2 hora () no descanso ()

¿Durante la semana tomas tu descanso en casa?

Si 1 día por semana (), Si 2 días por semana () Si pocas veces () no ()

DIMENSION HIGIENE

7.- Realiza el lavado de manos.

Antes de comer los alimentos ()

Antes de tomar las pastillas ()

Antes y después de cocinar ()

Después de salir del baño ()

Después de manipular la basura ()

8.-La higiene personal lo realiza (baño)

Diariamente () Interdiario () Una vez por semana () especificar _____

9. Su habitación con cuántas personas comparte: _____

Familias () amigos ()

10- El dormitorio esta ventilado

Si () No ()

11- En que tiempo abre las ventanas

Todos los días () Al mes ()

Interdiario () No abre ()

12.- Cuenta con iluminación en su dormitorio

Si () No ()

13.- Marcar con una (x) la frecuencia con que consume lo mencionado.

Sustancia	Diario	Interdiario	Semanal	Mensual	Solo en fiestas	Nunca
Alcohol						
Cigarrios						
Drogas						

Usted asiste a reuniones sociales, fiestas o eventos familiares.

a) Si () b) No ()

En caso que su respuesta sea afirmativa. Marque con una X lo que usualmente hace:

a) Consume alcohol ()

Comparte los vasos ()

b) Permanece hasta la amanecida ()

Consume Drogas ()

c) Se retira temprano ()

No comparte los cubiertos ()

d) Consume frituras ()

Fuma

15.-¿ Con qué frecuencia asistes a tus controles en el Establecimiento de Salud?

Mensual () Cada 6 meses () Quincenal () Diariamente ()

16- Asistes a tus tratamientos

Si ()

No ()

17- ¿Alguna vez has dejado de ir y cuantas veces?

Una vez () una semana () Quince días ()

Y por que _____

18.- Realiza ejercicios

Si () No()

19- que tipo de ejercicios practica

Caminata ()

Corre ()

Trota ()

Otros _____

20.- Recibe apoyo de la familia para su tratamiento

Siempre ()

Casi siempre ()

Aveces ()

Nunca ()

21.-Cuando se siente mal busca apoyo de :

Familia ()

Vecinos ()

Amigos ()

22- Cuando se siente mal de sentimientos (tristeza)

Escucha música ()

No lo toma en cuenta ()

Sale con sus Amigos ()

Busca a Dios ()

