UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

"AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON TUBERCULOSIS DE LAS MICROREDES ZAMÁCOLA Y ALTO SELVA ALEGRE, AREQUIPA-2018"

Tesis presentada por las bachilleras:

ARELA VILCA, ROCÍO IRENE

TORRES RONDÓN, NICOL ASUNCIÓN

Para obtener el Título Profesional de

ENFERMERA

Asesora**:** Dra. Elizabeth Gonzales López

AREQUIPA - PERÚ

2019

ACEPTACIÓN DE LA ASESORA

La presente tesis, AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON TUBERCULOSIS DE LAS MICROREDES ZAMÁCOLA Y ALTO SELVA ALEGRE, AREQUIPA-2018, reúne las condiciones y tiene mi conformidad.

Dra. Elizabeth Gonzáles López
Asesora

MIEMBROS DEL JURADO

Dra. Clotilde Villena Pacheco	Presidenta
Dra. Mary Luz Gutiérrez Vásquez	Vocal
Dra. María Belén Núñez Vásquez	Secretaria

La presente tesis sustentada el 29 de Enero del 2019, APROBADA POR UNANIMIDAD, queda conforme para seguir con el trámite correspondiente.

Dra. María Belén Núñez Vásquez
Secretaria

ÍNDICE

Pág.

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I: EL PROBLEMA

A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 10

B. OBJETIVOS 14

C. HIPÓTESIS 14

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

A. ANTECEDENTES 15

B. BASE TEORICA 18

C. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES 62

D. ALCANCES Y LIMITACIONES 68

CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO

A. MÉTODO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN 69

B. PRODEDIMIENTO 70

C. POBLACIÓN DE ESTUDIO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA 70

D. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO 71

E. METODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS 71

CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A. PRESENTACIÓN ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS 75

B. DISCUSIÓN 91

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES 94

B. RECOMENDACIONES 95

BIBLIOGRAFIA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

TABLA N° 1:	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO. MICROREDES ZAMÁCOLA Y ALTO SELVA ALEGRE AREQUIPA 2018.	76
TABLA N° 2:	POBLACIÓN DE ESTUDIO POR DIMENSIONES DE VARIABLE AUTOCUIDADO. MICRORED ZAMÁCOLA Y ALTO SELVA ALEGRE AREQUIPA 2018.	78
TABLA N° 3:	POBLACIÓN DE ESTUDIO POR DIMENSIONES DE VARIABLE CALIDAD DE VIDA. MICRORED DE ZAMÁCOLA Y ALTO SELVA ALEGRE AREQUIPA 2018.	79
TABLA N° 4:	POBLACIÓN DE ESTUDIO POR AUTOCUIDADO SEGÚN CALIDAD DE VIDA: DIMENSIÓN FÍSICA. MICRORED ZAMÁCOLA Y ALTO SELVA ALEGRE AREQUIPA 2018.	81
TABLA N° 5:	POBLACIÓN DE ESTUDIO POR AUTOCUIDADO SEGÚN CALIDAD DE VIDA: DIMENSIÓN PSICOSOCIAL. MICRORED ZAMÁCOLA Y ALTO SELVA ALEGRE AREQUIPA 2018.	83
TABLA N° 6:	POBLACIÓN DE ESTUDIO POR AUTOCUIDADO SEGÚN CALIDAD DE VIDA: DIMENSIÓN RELACIONES SOCIALES. MICRORED ZAMÁCOLA Y ALTO SELVA ALEGRE AREQUIPA 2018.	85
TABLA N° 7:	POBLACIÓN DE ESTUDIO POR AUTOCUIDADO SEGÚN CALIDAD DE VIDA: DIMENSIÓN AMBIENTAL. MICRORED ZAMÁCOLA Y ALTO SELVA ALEGRE AREQUIPA 2018.	87

TABLA N° 8: POBLACIÓN DE ESTUDIO POR AUTOCUIDADO SEGÚN CALIDAD DE VIDA. MICRORED ZAMÁCOLA Y ALTO SELVA ALEGRE AREQUIPA 2018. 89

RESUMEN

La presente investigación titulada **"AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON TUBERCULOSIS DE LAS MICROREDES ZAMÁCOLA Y ALTO SELVA ALEGRE, AREQUIPA-2018"** tuvo como objetivo determinar la relación entre el autocuidado y calidad de vida de dicha población de estudio.

Fue de tipo descriptivo, de corte transversal y diseño correlacional. La población estuvo conformada por 72 personas de las cuales solo 63 cumplieron con los criterios de inclusión e ingresaron al estudio.

Para la recolección de datos se usó como método la encuesta y como técnica la entrevista. Los instrumentos: Ficha de datos, Escala Likert de Autocuidado y el Cuestionario de Calidad de Vida- WHOQOL-BREF.

De la población de estudio; predomina el sexo masculino con 61.9%, entre las edades de 26-40 años, con instrucción de secundaria completa, nacidos en Arequipa, con una ocupación independiente, convivientes/casados (44.5%), el 44.4% depende de sí mismo, el 69.8% no presenta patologías asociadas y el 92.1% de la población presenta tuberculosis pulmonar.

Del Autocuidado, en sus dimensiones: Cuidados, es inadecuado, sin embargo, en la dimensión Seguimiento es adecuado. Dando como resultado que el Autocuidado en estas personas es Adecuado con un 55.6%.

En la calidad de vida, sus dimensiones: física, psicológica, relaciones sociales y ambiental fueron de predominio regular. Dando como resultado global una Calidad de vida media con 50.8%.

Con la aplicación del estadístico no paramétrico del Chi Cuadrado, se encontró una relación significativa (0.014), por lo que se acepta la hipótesis que señala que existe relación entre las variables de autocuidado y calidad de vida.

Palabras claves: Autocuidado, Calidad de vida, personas con tuberculosis.

SUMMARY

The present investigation entitled **"SELF-CARE AND QUALITY OF LIFE IN PEOPLE WITH TUBERCULOSIS OF THE MICRO-PLANTS ZAMÁCOLA AND ALTO SELVA ALEGRE, AREQUIPA-2018"** aimed to determine the relationship between self-care and quality of life in the people mentioned.

It was of descriptive type, of cross section and correlational design. The population consisted of 72 people, of which only 63 met the inclusion criteria and entered the study.

For data collection, the survey was used as a method and the interview was used as a technique. The instruments: Data sheet, Likert Self-care Scale and the Quality of Life Questionnaire- WHOQOL-BREF.

Of the study population; male sex predominates with 61.9%, between the ages of 26-40 years (36.5%), with full secondary education (34.9%), born in Arequipa (65.1%), with an independent occupation (42.9%), cohabitants / married (44.5%), 44.4% depends on themselves, 69.8% have no associated pathologies and 92.1% of the population have pulmonary tuberculosis.

Self-care, in its dimensions: Care, is inadequate (54%), however, Follow-up is adequate (52.4%). Giving as a result that Self-care in these people is Adequate with 55.6%.

In the quality of life, its dimensions: physical (49.2%), psychological (65.1%), social (61.9%), environmental (65.1%) were predominantly regular. Giving as a global result an average life quality of 50.8%.

With the application of the non-parametric Chi square statistic, a significant relationship was found (0.014), so the hypothesis that there is a relationship between self-care and quality of life variables is accepted.

Keywords: Self-care, Quality of life, people with tuberculosis.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis actualmente es una de las enfermedades infectocontagiosas de mayor incidencia a nivel mundial y un problema de salud pública en los países en vías de desarrollo, afectando preponderadamente a las personas con bajos recursos, estimando que esta enfermedad es la novena causa de muerte en la población mundial. (OMS,2017)

En el Perú el desempleo y los bajos ingresos económicos son el origen de los múltiples factores que condicionan la permanencia de focos infecciosos de la tuberculosis, los cuales son: el déficit de saneamiento ambiental, hacinamiento, poca accesibilidad a los servicios de salud y la deficiente educación para la salud. (HUAYNATES,2006)

Se considera que muchas de las complicaciones de esta enfermedad como lo es la tuberculosis multidrogo resistente, la resistencia farmacológica, la diseminación a otros órganos, el contagio de la enfermedad a las personas de su entorno, el riesgo a ser hospitalizado y el aislamiento social pueden

prevenirse mediante un manejo eficaz del autocuidado que debe tener la persona con tuberculosis.

El autocuidado es una práctica que engloba elementos que contribuyen a mejorar la salud y la calidad de vida de la persona tales como, el reposo, la dieta balanceada, el manejo del estrés y el ejercicio y la medicación responsable. (MARSTELLER, 2010).

El presente estudio tiene como propósito, brindar información válida, actualizada y confiable a las autoridades y al equipo de salud de las Microredes de Zamácola y Alto Selva Alegre sobre la situación actual del autocuidado en relación a la calidad de vida en las personas con tuberculosis, y en lo posterior esta información les sirva para elaborar propuestas de mejora respecto a los estilos de vida. El personal de enfermería cumple un rol muy importante en la promoción y prevención de la salud, esta información servirá para que en lo posterior todo el equipo multidisciplinario de salud pueda implementar estrategias de mejora para aclarar sus dudas, fomentar en la adopción de prácticas de autocuidado positivas, prevenir complicaciones y así mejorar la calidad de vida de las personas con tuberculosis.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa provocada por el bacilo Mycobacterium Tuberculosis. Actualmente es la novena causa de muerte a nivel mundial y la primera por enfermedades infecciosas, se estima que en el mundo 10,4 millones de personas enfermaron con tuberculosis, de los cuales el 90% fueron adultos y el 65% del sexo masculino, el 10% eran personas infectadas por el VIH (74% en África) y el 56% vivían en 5 países: India, Indonesia, China, Filipinas y Pakistán, asimismo, 1,7 millones murieron por esta enfermedad, registrándose más del 95% de las muertes por tuberculosis en países de bajos y medianos ingresos. El logro de los avances está supeditado a la mejora de los servicios de prevención y tratamiento de la Tuberculosis en citados países. (OMS, 2017)

En América Latina la tuberculosis es un grave problema de salud pública, estimándose aproximadamente 270 000 casos y 23 000 muertos cada año por esta enfermedad, afectando preponderadamente a las poblaciones más vulnerables como lo son las personas con bajos recursos, migrantes y algunos individuos con otras condiciones de salud. (OPS, 2017)

Según el Plan de Intervención de Prevención y Control de Tuberculosis (PIPCT), el Perú ocupa el tercer lugar entre los países con más alta tasa de incidencia, luego de Haití y Bolivia; y el primer lugar en reportar casos de tuberculosis (TB) resistente a medicamentos, reportando el 30% de los casos de TB Multridrogo Resistente (MDR) y el 50% de los casos de Tuberculosis Extensamente Resistente (TB XDR) notificados. El PIPCT está orientado al control, tratamiento y seguimiento de la persona con tuberculosis y sus contactos, siendo una de sus funciones principales enfatizar la educación en el paciente y familia, incorporándose activamente en el cuidado y autocuidado de la persona con tuberculosis con el fin de generar conductas saludables. (MINSA,2018)

En Arequipa se han detectado 490 casos nuevos de tuberculosis, siendo las edades más afectadas:15-34 años con 197 casos y de 35-54 con 105 casos, siendo las provincias de Camaná y Caravelí las de mayor incidencia, debido a la migración de personas provenientes de la sierra. (GERESA, 2017). En la provincia de Arequipa para el año 2017 los distritos que han presentado más casos de Tuberculosis es el de Cerro Colorado con 68 pacientes, y el distrito de Alto Selva Alegre con 60 casos.

El autocuidado es una conducta aprendida que adopta cada individuo en situaciones concretas de la vida con el objetivo de regular los factores que afectan su desarrollo y funcionamiento en beneficio de su salud o bienestar. (OREM, 1994). La tuberculosis exige el cumplimiento de medidas de autocuidado como: una alimentación adecuada a las necesidades requeridas, higiene personal, un apropiado descanso, saneamiento ambiental en el hogar, cumplimiento estricto del tratamiento farmacológico, sin embargo, cuando la persona con tuberculosis no tiene el autocuidado

apropiado pueden surgir complicaciones como lo menciona la Organización Mundial de la Salud (OMS) que considera que en la farmacorresistencia del bacilo, aumenta tanto el costo, como la toxicidad de los medicamentos y la mortalidad de las personas que la desarrollan, por otra parte hay un mayor riesgo de contagio en la familia así como en el entorno, lo que genera en la persona, sentimientos de temor, vergüenza y limitación.

La calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. (OMS,2005) Este concepto se refiere al bienestar del ser humano en todas sus dimensiones: física, social, psicológica y emocional, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno, respondiendo a su propia satisfacción determinando que tenga una vida digna y placentera.

Sin embargo, cuando la persona que padece esta enfermedad no posee una buena calidad de vida corre el riesgo de un deterioro físico, psicológico, emocional y social, que va a interferir de manera decisiva en el desenvolvimiento de su vida diaria.

La mejora de la calidad de vida relacionada con la salud entonces, se ha convertido en la última década en el objetivo primordial de las intervenciones terapéuticas y sanitarias de las personas con Tuberculosis.

Frente a esto, el profesional de enfermería cumple un rol fundamental, con acciones preventivo promocionales, brindando un cuidado holístico, en su labor de educador y promotor de la salud, disminuyendo el riesgo a complicaciones, generando en la persona con tuberculosis la aceptación y adopción de acciones de autocuidado ante la enfermedad y consecuentemente mejorando su calidad de vida.

Por lo que la tuberculosis más que una estadística, es una realidad que afecta de manera importante en varios aspectos de la vida de estas personas (físico, social y psicológico), lo cual ha sido evidenciado en las prácticas pre-profesionales, por las razones antes mencionadas es que se

pretende responder la siguiente pregunta: **¿Cuál es la relación entre el autocuidado y la calidad de vida en personas con tuberculosis de las Microredes Zamácola y Alto Selva Alegre– Arequipa 2018?**

B. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre el autocuidado y la calidad de vida en personas con tuberculosis de las Microredes Zamácola y Alto Selva Alegre, Arequipa-2018.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Caracterizar la población de estudio por sexo, edad, estado civil, lugar de procedencia, grado de instrucción, ocupación, dependencia económica, tipo de tuberculosis, patologías asociadas.

b) Identificar el autocuidado en las personas con tuberculosis según sus dimensiones: cuidado y seguimiento en la población estudiada.

c) Conocer la calidad de vida de las personas sujetas de estudio en sus dimensiones: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente.

d) Relacionar el autocuidado y la calidad de vida en las personas con tuberculosis de las Microredes Zamácola y Alto Selva Alegre.

B. HIPOTESIS

HIPOTESIS PRINCIPAL

Existe relación entre el autocuidado y la Calidad de Vida en personas con tuberculosis de las Microredes Zamácola y Alto Selva Alegre, Arequipa-2018.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

A. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

PARRALES, A. Y SILVA, I. (2017) ECUADOR, realizó el estudio *Autocuidado en pacientes con Tuberculosis Pulmonar que reciben tratamiento antifímico en un centro de salud del norte de la ciudad de Guayaquil*. Explican la importancia de mantener buenas prácticas de autocuidado durante el tratamiento antituberculoso, enfatizando principalmente en el consumo de una alimentación balanceada y nutritiva, en el cumplimiento estricto de la medicación y el descanso de 8 horas diarias. Resalta que se puede modificar estas actitudes mediante la educación y el seguimiento constante.

GONZALEZ, R. Y OTROS. (2013) MEXICO, en su investigación *Calidad de vida relacionada con la salud y trabajo en pacientes con tuberculosis en Guadalajara*. Concluyeron que la enfermedad afecta a ambos géneros en proporciones similares, sin ocupación la mayoría de ellos. Siendo las dimensiones más afectadas la de rol físico y percepción de la función social, limitando su capacidad productiva, generando que la calidad de vida afecte a su ingreso económico, lo que conlleva a un impacto negativo en su desenvolvimiento personal y sobre todo laboral.

AREVALO, J. (2017) PERU, ejecuta el estudio *Conocimiento de tuberculosis y Practicas de Autocuidado en Pacientes adultos del Hospital Marino Molina* con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre tuberculosis y prácticas de autocuidado que presentan los pacientes adultos que reciben tratamiento. Estudio descriptivo correlacional de diseño no experimental y corte transversal, los resultados fueron que el 64% tienen prácticas de autocuidado inadecuadas y el 36% un nivel de conocimiento bajo.

HUAPAYA, C. (2017). PERÚ, realiza la investigación *Autocuidado en pacientes con tuberculosis pulmonar. Centro de Salud Jaime Zubieta, San Juan de Lurigancho*. Afirma que es fundamental fortalecer la capacidad de autocuidado de los pacientes con tuberculosis, mediante estrategias y programas educativos para así asegurar su pronta recuperación, priorizando los aspectos de la actividad laboral, el desarrollo personal, la conservación de la nutrición y el de mantener un adecuado sueño y reposo.

JORGE, E. (2017) PERÚ, ejecuta el estudio *Conocimiento de tuberculosis y Practicas de Autocuidado en Pacientes adultos del Hospital Marino Molina*. Argumentó sobre el efecto que genera en los pacientes estudiados el desconocimiento sobre el tratamiento y las generalidades de la enfermedad que padecen, ocasionando un inadecuado manejo del autocuidado. Además, resalta la vital importancia de la promoción de la salud para así poder evitar el riesgo del deterioro y de complicaciones en la salud.

SWAYNE, M. Y OTROS (2016). PERÚ, en su investigación *Calidad de vida asociada al grado de secuela Radiológica de Tuberculosis pulmonar en pacientes atendidos por el departamento de neumología del Hospital Nacional Hipólito Unánue*. Obtuvieron como resultado final una correlación negativa. Siendo las dimensiones más afectadas el rol físico en primer lugar, seguido de función social y dolor corporal, evidenciando una deteriorada calidad de vida en los pacientes con secuela radiológica grado III.

PLACIDO, M. Y ORE, N. (2014) PERÚ, en su estudio *Prácticas de autocuidado en personas afectadas de tuberculosis pulmonar en cuatro establecimientos de salud de la Microred Carabayllo,* concluyeron que el autocuidado general, personal y específico en el grupo estudiado se da de manera regular. Los autores recalcan que una buena alimentación, descanso y actividad recreativa tienen importancia en la lucha contra esta enfermedad. Así también el incumplimiento de estas medidas trae consecuencias severas como, resistencia a los medicamentos, contagio a los contactos, etc.

CCALLA, S. Y QUISPE, M. (2014). AREQUIPA, con el estudio *Apoyo Social percibido y calidad de vida en personas con tuberculosis en las Microredes Zamácola, Alto Selva Alegre y Ciudad Blanca*, concluyeron que el apoyo social influye mucho en la calidad de vida, solo la mitad de estas personas manifestó tener interacción social positiva y apoyo afectivo, afectando las dimensiones de vitalidad y salud mental. Los autores recomiendan fortalecer y fomentar la atención integral en el aspecto social y psicológico ya que ellos juegan un papel importante en la recuperación de esta enfermedad.

B. BASE TEORICA

1. TUBERCULOSIS

1.1 Definición

La Tuberculosis (TB) es una enfermedad infectocontagiosa de distribución mundial, causada por el complejo bacteriano Mycobacterium Tuberculosis, esta enfermedad puede afectar distintos órganos del cuerpo, pero se desarrolla en su gran mayoría en los pulmones, si se tiene un adecuado autocuidado, un tratamiento oportuno y continuo se logra curar en su totalidad.

1.2 Mecanismo de trasmisión

El contagio se produce usualmente por vía aérea a partir de pacientes reservorios de bacilos con lesiones pulmonares. Al toser, estornudar o escupir se generan aerosoles de pequeñas partículas líquidas (gotas de Flügge), en cuyo interior se encierran uno o dos bacilos. Al evaporarse el núcleo de bacilos permanecen flotando en el ambiente y se trasladan mediante corrientes de aire pudiendo ser inhaladas por otras personas. Las partículas de menor tamaño (entre 1 y 5 μm) tienen la capacidad de llegar a los alvéolos y desencadenan la primoinfección.

1.2 Tipos de Tuberculosis

a) Tuberculosis Pulmonar

Persona a quien se le diagnostica tuberculosis con compromiso del parénquima pulmonar con o sin confirmación bacteriológica.

Esta forma de tuberculosis suele ser la más frecuente y contagiosa.

b) Tuberculosis extra pulmonar

Se diagnostica cuando se activa en cualquier otro tejido o parte del organismo que no sean los pulmones. El diagnostico de este tipo de tuberculosis se realiza por medio de un cultivo, evidencia histopatológica

y/o demostración de las propias manifestaciones clínicas de la enfermedad extrapulmonar activa.

c) Tuberculosis en VIH

El VIH debilita y deteriora el sistema inmunitario de la persona que lo padece lo que conlleva a un incremento del riesgo de contraer tuberculosis; la infección del VIH y de tuberculosis a la vez se conoce como infección simultánea o coinfección.

1.4 Clasificación de la tuberculosis según sensibilidad a los medicamentos anti-tuberculosis por pruebas convencionales

a) Caso de Tuberculosis Pansimple

Caso en el que se demuestra sensibilidad a todos los medicamentos de primera línea por pruebas de sensibilidad convencional.

b) Caso de Tuberculosis Multidrogorresistente (TB MDR)

La persona presenta resistencia simultánea a isoniacida y rifampicina por pruebas convencionales.

c) Caso de Tuberculosis Extensamente Resistente (TB XDR)

Se produce resistencia simultánea a isoniacida, rifampicina, fluoroquinolona, y un inyectable de la segunda línea (amikacina, kanamicina o capreomicina) por prueba rápida molecular o convencionales.

1.5 Estrategia para la Tuberculosis según Norma Técnica del año 2018

a) Esquema para Tuberculosis Sensible

Es importante garantizar el cumplimiento total de las dosis programadas, si por cualquier circunstancia se ha dejado de tomar alguna dosis, estas deben administrarse al final de la fase correspondiente hasta alcanzar la dosis de tratamiento completo. (Norma Técnica-MINSA, 2018)

Dosis de medicamentos anti-tuberculosis de primera línea para personas adultas y niños.

-**Primera Fase:** Dos meses (Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida, Etambutol) diario (50 dosis).

-Segunda Fase: Cuatro meses (Isoniacida, Rifampicina) tres veces por semana (54 dosis).

El esquema de tratamiento para la tuberculosis extrapulmoar consta con compromiso del Sistema Nervioso Central u osteoarticular es:

-Primera Fase: Dos meses (Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida, Etambutol) diario (50 dosis).

-Segunda Fase: Diez meses (Isoniacida, Rifampicina) diario (250 dosis).

b) Medicamentos de primera línea en dosis fijas combinadas (DFC)

Indicado para el tratamiento en pacientes nuevos con tuberculosis sensible, estas presentaciones también pueden ser usadas en esquemas modificados por reacciones adversas a los medicamentos (RAM) y esquemas para tuberculosis resistente, siguiendo el siguiente régimen:

-Primera Fase: Dos meses-tableta de: Rifampicina (150mg), Isoniacida (75mg), Pirazinamida (400mg), Etambutol (275mg) diario (50 dosis).

-Segunda Fase: Cuatro meses- tableta de: Rifampicina (150mg), Isoniacida (150 mg) 3 veces por semana (54 dosis).

El esquema de tratamiento según Dosis Fijas Combinadas para personas con tuberculosis extrapulmonar con compromiso del Sistema Nervioso Central u osteoarticular:

-Primera Fase: Dos meses-tableta de: Rifampicina (150mg), Isoniacida (75mg), Pirazinamida (400mg), Etambutol (275mg) diario (50 dosis).

-Segunda Fase: Diez meses- tableta de: Rifampicina (150mg), Isoniacida (75mg) 3 veces por semana (259 dosis).

c) Esquema para Tuberculosis Resistente

La Organización Mundial de la Salud clasifica los medicamentos antituberculosis en grupos según su eficacia, propiedades y evaluación clínica de su efectividad antituberculosis.

GRUPO A	GRUPO B	GRUPO C	GRUPO D
FLUOROQUINOLONA	**INYECTABLES DE SEGUNDA LINEA**	**2º LINEA VÍA ORAL**	**OTROS AGENTES**
-Levofloxacina -Moxifloxacino	-Amikacina -Kanamicina -Capreomicina -Estreptomicina	-Etionamida -Cicloserina -Linezolid -Clofazimina	**D1** -Pirazinamida -Etambutol -Isoniacida altas dosis **D2** -Bedaquilina -Delamanid **D3** -PAS -Imipenem -Meropenem -Amoxicilina -Thioridazina

Un esquema estandarizado de tratamiento a utilizar en la población con factores de riesgo de TB MDR es:

-Primera Fase: De 6-8 meses (Etambutol, Pirazinamida, Levofloxacina, Kanamicina, Etionamida y Cicloserina) diario.

-Segunda Fase: De 12-16 meses (Etambutol, Pirazinamida, Levofloxacina, Etionamida y Cicloserina) diario.

La duración total de los tratamientos para tuberculosis resistente es guiada por la conversión de los cultivos. En cuanto a los regímenes acortados para TB MDR se deben incluir a los pacientes que se les confirmen la susceptibilidad o se presume la efectividad de las quinolonas e inyectables de segunda línea. (Norma Técnica-MINSA, 2018) El esquema terapéutico es el siguiente:

-**Primera Fase:** De 4-6 meses (Kanamicina, Moxifloxacino (altas dosis), Protionamida, Clofazimina, Pirazinamida, Isoniacida a altas dosis) diario.

-Segunda Fase: De 5 meses (Moxifloxacino (altas dosis), Clofazimina, Pirazinamida, Etambutol) diario.

En los casos de Tuberculosis Extensamente-resistente la duración del tratamiento será individualizada y se prescriben de acuerdo al resultado de la prueba de sensibilidad para medicamentos de primera y segunda línea, debiendo ser la duración del tratamiento de 18 a 24 meses y el esquema debe incluir no menos de seis medicamentos.(Norma Técnica-MINSA, 2018)

El esquema de tratamiento de TB XDR se debe diseñar considerando el núcleo básico que debe incluir 3 medicamentos a los que el pacientes nunca haya sido expuesto que incluyan: Linezolid, Bedaquiline, Delamanid, Thioridazina, Clofazimina o Carbapenem (Meropenem e Imipenem). Se debe utilizar los núcleos básicos:

-Núcleo básico vía oral: Linezolid, Bedaquiline o Delamanid, Clofazimina.

-Núcleo básico vía endovenoso: Linezolid, Carbapenem, Thioridazina.

La duración del tratamiento es de 8 a 12 meses en el esquema con núcleo básico endovenoso y 6 meses en esquema con núcleo básico oral (Fase Intensiva), luego pasa a la segunda fase con una duración de 12 a 18 meses, hasta completar el tratamiento (Fase Continuación).

d) Esquema de tratamiento para paciente con VIH/SIDA

Debe administrarse durante 9 meses: 50 dosis diarias en la primera fase (de lunes a sábado) y 175 dosis diarias en la segunda fase, (de lunes a sábado). Debe garantizarse el cumplimiento de las 225 dosis programadas.

En cuanto a las Dosis Fijas Combinadas el esquema terapéutico debe ser:

-Primera Fase: Dos meses-tableta de: Rifampicina (150mg), Isoniacida (75mg), Pirazinamida (400mg), Etambutol (275mg) diario (50 dosis).

-Segunda Fase: Siete meses- tableta de: Rifampicina (150mg), Isoniacida (75mg) diario (175 dosis).

2. AUTOCUIDADO

Dorothea Orem define el autocuidado 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 desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”, por lo que vendrían a hacer todas aquellas actividades, conductas y hábitos saludables aprendidas por cada persona a lo largo de su vida, las cuales son realizadas deliberadamente por iniciativa propia y reguladas como tendencia natural para mantener la salud y lograr cumplir con satisfacción cada necesidad, es decir adquirir el completo bienestar. Se necesita ejecutar y emprender de un modo más o menos consciente una serie de acciones ordenadas que sabemos que es necesario para protegernos para así preservar y prolongar

El autocuidado son las prácticas cotidianas propias del ser humano e indispensable para todos los seres vivos, estas prácticas son destrezas aprendidas durante toda la vida y realizadas por libre decisión con el propósito de emplearlas para mantener un funcionamiento vivo y sano, continuar con el desarrollo personal y fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad, ellas responden a la aptitud de supervivencia y a las prácticas habituales aprendidas de la cultura a la que se pertenece; el autocuidado se constituye como una estrategia importante para la protección de la salud y la prevención de la enfermedad

El autocuidado es el conjunto de prácticas y acciones que ayudarán a la persona con tuberculosis a enfrentar y superar esta enfermedad, logrando así el restablecimiento de su salud, dentro las acciones más importantes que se debe seguir son acudir al centro de salud para tomar sus medicamentos los días pactados con la enfermera a cargo del programa de tuberculosis, siendo esta terapia de observación directa por el personal de salud encargado, para así garantizar el cumplimiento del esquema del

tratamiento, en caso de no realizarlo de esta forma generará en la persona una resistencia bacteriana, considerando al individuo del alto riesgo en su entorno, por consecuencia se dificultará la recuperación de la salud de la persona.

Entre las principales prácticas para el autocuidado se encuentran: una alimentación adecuada para cubrir sus requerimientos nutricionales, realizar actividad física y de recreación en el tiempo libre, manejar adecuadamente el estrés, descansar y conciliar el sueño, mantener adecuadas medidas higiénicas y evitar hábitos nocivos; por eso es de vital importancia que la persona con esta enfermedad siga un patrón de conductas saludables para mantener su autocuidado y mejorar su calidad de vida.

2.1 Principios para el Autocuidado (Tobon, 2010)

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

-El autocuidado implica una responsabilidad individual y una filosofía de vida ligada a las experiencias en la vida cotidiana

-El autocuidado se apoya en un sistema formal como es el de salud e informal, con el apoyo social.

-El autocuidado tiene un carácter social, puesto que implica cierto grado de conocimiento y elaboración de un saber y da lugar a interrelaciones.

-Al realizar las prácticas de autocuidado, ya sea con fines protectores o preventivos, las personas siempre las desarrollan con la certeza de que mejorarán su nivel de salud.

-Para que haya autocuidado se requiere cierto grado de desarrollo personal, mediado por un permanente fortalecimiento del auto concepto, autocontrol, autoestima, auto aceptación, y la resiliencia.

Estos conceptos son entendidos como:

a. Autoconcepto

Son una serie de creencias, hipótesis e ideas que tienen las personas sobre sí mismos, estas creencias a medida que los individuos profundicen más en sus propias características más se asemejan a la realidad, este se denomina el primer paso para la auto aceptación. Existen dos aspectos relacionados con el auto concepto, los cuales son: la autoeficacia y la autoimagen. La autoeficacia es la capacidad de creer en nuestras aptitudes y habilidades para lograr nuestros objetivos propuestos; mientras que la autoimagen es la representación mental que no solo incluye lo que es visible es decir la imagen corporal sino también las características y elementos que se han aprendido acerca de sí, ya sea mediante las experiencias personales o por la percepción del juicio de los demás, ambas características se modifican a través de la comparación mensajes verbales y no verbales de las otras personas, y de los modelos de conducta aprendidos durante la infancia.

b. Autoestima o Autovaloración

Es la apreciación y valoración que posee una persona de sí misma y que expresa mediante un conjunto de percepciones, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento. La autoestima es considerada como la actitud básica y habitual que tiene una persona al momento de pensar, sentir, amar y comportarse consigo mismo; esta se origina a partir del autoconcepto que el individuo conserva de sí mismo, se moldea y se fortalece a partir de las opiniones que los demás expresan mediante mensajes verbales y/o no verbales sobre la persona.

En muchos de los casos la autoestima de los pacientes con tuberculosis se encuentra deteriorada debido a que esta enfermedad genera en las personas inestabilidad social, económica y psicológica, ya que muchos de los pacientes se aíslan, se siente avergonzados y rechazados tanto por sus familiares, amigos, vecinos y compañeros de trabajo, lo que en un inicio les

limita a estudiar, trabajar y realizar esfuerzos físicos por las propias manifestaciones clínicas de la enfermedad, lo que ocasiona disminución de la productividad y pérdida de la independencia; también se ve afectado su imagen personal ya que en la mayoría de las personas presentan pérdida de peso, por eso es importante identificar no solo las necesidades físicas relacionadas al proceso de enfermedad sino también las necesidades de salud mental ya que en diferentes situaciones se presentan crisis emocionales que conlleva a la depresión por la debilitación del autoestima y el aislamiento social.

c. Autoaceptación

Consiste en tener una actitud positiva hacia uno mismo, es decir reconocerse, aceptarse aprobarse a sí mismo y a cada una de las partes que nos forman o nos integran como persona, teniendo en cuenta nuestras cualidades, virtudes, defectos y limitaciones; aceptando y asumiendo constructivamente las peculiaridades y características que difícilmente pueden ser modificadas.

d. Autocontrol

Es la habilidad que tiene cada persona para ejercer dominio sobre sí mismo para poder controlar sus emociones, comportamientos, deseos y fundamentalmente sus decisiones. Respecto al autocuidado; es de vital importancia mantener el control interno, el cual está relacionado con las creencias que posee la persona y su capacidad de influir en el curso de su propia salud, asimismo el control externo se refiere a todo aquello que se encuentra en el entorno de la persona como lo son los amigos, la familia y los medios de comunicación.

e. Resiliencia

Se interpreta que la resiliencia no es una cualidad innata, sino es una condición que se aprende y se desarrolla a lo largo de la vida, donde los factores influyentes no solo son individuales sino también familiares, comunitarios y actualmente culturales, de este modo la resiliencia se

convierte en la capacidad humana de hacer frente y adaptarse positivamente a las adversidades, superándolas y saliendo de esas situaciones fortalecido y transformado. Respecto al autocuidado, la resiliencia es un factor importante, ya que facilita a las personas a actuar de la forma más sana y razonable ante los obstáculos y lograr mejorar la calidad de vida**.** Cuando la persona logre la aceptación de la propia individualidad, independencia y autonomía, se espera que haya asimilado el comportamiento de autocuidado.

Es necesario que la persona con tuberculosis aborde un tratamiento psicológico con el objetivo de lograr la adaptación a la enfermedad tanto a la persona afectada como a los miembros de su familia, es importante que el profesional considere y evalué el nivel de afrontamiento y de adaptación que tenga la persona para manejar las situaciones adversas o problemáticas. La meta del tratamiento psicológico es enseñarle a la persona con tuberculosis que esta enfermedad es un problema más de la vida cotidiana y que debe mantener una actitud optimista y activa para poder superarlo.

2.2 Dimensiones del Autocuidado

A. Cuidado

Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él. Según Watson, el cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona.

a) Nutrición

La nutrición es el proceso en el que nuestro organismo utiliza el alimento para mantenerse en buen funcionamiento y reparar zonas deterioradas.

Según la OMS, la nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición, entendida

como una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular, es un elemento fundamental en todas las edades para mantener una vida saludable lo que permite reforzar el sistema inmunitario, contraer menos enfermedades y en general, disfrutar de una buena salud.

Las personas que tienen tuberculosis requieren de una dieta adecuada que satisfaga sus requerimientos nutricionales, es bastante conocida la asociación entre la tuberculosis y la desnutrición ya que esta afecta la inmunidad celular incrementándose el riesgo de que la tuberculosis latente se convierta en activa.

Las necesidades nutricionales del paciente son muy variables, dependen de la edad, del proceso de la enfermedad y el estado nutricional previo, está comprobado que en la mayoría de pacientes disminuye su apetito, tienen el sentido del gusto alterado y padecen debilidad muscular. Para complementar el tratamiento médico es importante llevar una dieta rica en proteínas y carbohidratos complejos. El éxito del tratamiento debe estar acompañado de una dieta balanceada de proteínas como por ejemplo carne de res, pollo y pescado, además se deben incluir carbohidratos como papas, camote, olluco y cereales como el trigo, la quinua, la kiwicha, menestras, vitaminas A,B y minerales; así también se recomienda el consumo de grasas no saturadas como aceite de maíz o soya, más no el consumo de frituras ya que estas provocan dolor de estómago, náuseas y vómitos debido a los fármacos potentes que debe ingerir diariamente como parte de su tratamiento.

La persona con tuberculosis tiene que evitar ayunos prolongados y deberá ingerir siempre tres comidas principales desayuno, almuerzo, cena y dos refrigerios; uno a media mañana y otro a media tarde, además debe consumir suficientes verduras y frutas, sobre todo las de color amarillo que ayudan a mejorar su sistema inmunológico y evitar consumir pan blanco, azúcar blanca, cereales refinados, pasteles, alimentos enlatados y en conserva.

Un punto esencial en la alimentación para los pacientes con tuberculosis es la ingestión de calcio, como la leche y sus derivados. Se aconseja no tomar leche recién ordeñada, sino que sean lácteos con su proceso de pasteurización, ya que puede poseer bacterias peligrosas como Salmonella, E. coli y Listeria. Respecto a la ingesta de cítricos deben ser tomados tres horas posteriores al medicamento ya que pueden inactivar el tratamiento

En otro aspecto como la de las embarazadas o madres lactantes con tuberculosis activa, deben recibir suplementos de múltiples micronutrientes que contengan hierro, ácido fólico, otras vitaminas y minerales. La tuberculosis durante el embarazo aumenta el riesgo de parto prematuro, insuficiencia ponderal del recién nacido y mortalidad perinatal.

Se tiene que tener en cuenta que el paciente con tuberculosis simple y multidrogo resistente deberá tener una evaluación nutricional para descartar cuadros de anemia y/o desnutrición.

b) Hacinamiento

Es una situación en la que se produce una acumulación de personas u objetos en espacios pequeños o reducidos con consecuencias negativas. Cuando el apilamiento es demasiado grande el estrés es cada vez mayor, cuando esta tensión se acumula se va perdiendo la calma, y en la química del organismo se van produciendo sutiles cambios que traen como consecuencias la alteración del comportamiento y de la salud de todos los integrantes. Este va ligado de la mano con la pobreza, es decir cuando una familia numerosa no cuenta con los recursos económicos suficientes para vivir en una vivienda acorde a su cantidad de miembros van a desencadenar un deterioro de la salud emocional y física.

Un gran problema con la tuberculosis y el hacinamiento por ejemplo en los penales y/o albergues son lugares con más vulnerabilidad a que se generen reservorios del virus, que al diseminarse traspasan los muros convirtiéndose esta enfermedad en un problema de salud pública.

El hacinamiento también va adherido con las malas condiciones de higiene y la mala ventilación e iluminación de las construcciones, una persona con tuberculosis en estas condiciones y sin tratamiento contagia a los demás miembros de su familia con mayor facilidad puesto que una vivienda con estas características donde no hay una separación o espacio que les permita dormir, estudiar, comer entre otras, incluso hay espacios que fueron construidos para un determinado fin y lo adaptan a otros como por ejemplo una habitación con cuatro integrantes que además sirve de cocina, aumentando por consiguiente el estrés y disminuyendo las defensas naturales de las personas.

La tuberculosis en lugares cerrados, mal ventilados hace que las gotitas minúsculas se acumulen en el ambiente alcanzando una gran concentración y facilitando así la inhalación de las mismas, es por este motivo que en las regiones o zonas en las que se vive en condiciones de pobreza o hacinamiento es más probable el contagio de tuberculosis.

Es antagonista de los lugares espaciosos bien ventilados o al aire libre, el contagio es complicado y esto se debe a que las gotitas minúsculas pueden quedar suspendidas cierto tiempo en el aire y terminan por diseminarse y perder su capacidad infectiva.

c) Horas de sueño

El sueño restaura tanto los niveles normales de actividad como el equilibrio entre las diferentes partes del Sistema Nervioso Central, es decir, repara el equilibrio entre lo centros neuronales .El cuerpo necesita y se recupera de lo largo de una jornada mediante el descanso y el sueño, los cuales son esenciales para la salud y básicos para la calidad de vida, sin sueño y descanso la capacidad de realizar las actividades cotidianas de manera óptima disminuye y por ende 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. Las horas de sueño promedio que

requiere un individuo varían según la edad, la complexión física y el nivel de la actividad diaria para restaurar un 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 la enfermedad, como lo son la tos persistente e intensa, los escalofríos, el dolor en el pecho y la sudoración nocturna 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 si aún 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.

d) Horas de trabajo

El trabajo es básico y fundamental en la vida de una persona para su sustento, lo cual permite satisfacer óptimamente cada necesidad económica, mantenerse cada día y realizar diferentes actividades. En materia de descanso médico y facilidades para cumplir el tratamiento la ley señala que dicho descanso será determinado exclusivamente por el médico tratante, tanto para todas las formas clínicas de tuberculosis, como para los casos de farmacorresistencia y reacciones adversas a medicamentos anti tuberculosis. Una vez concluido el periodo de descanso médico del trabajador, éste tendrá derecho a ingresar una hora después o salir una hora antes, en los días que corresponda su tratamiento hasta su culminación. Esta facilidad está sujeta a compensación, según la ley; la tuberculosis debe ser considerada una enfermedad ocupacional, ligada al sector salud y otros subsectores de salud.

Los trabajadores de salud tendrán derecho a contar con condiciones de trabajo que les permitan disminuir los riesgos de infección enfermedad y muerte por tuberculosis.

Price Waterhouse Coopers precisó que “el trabajador que se encuentre recuperado de la enfermedad en cuestión y cuente con prescripción médica que estipule que no puede continuar ejerciendo el puesto para el cual fue originalmente contratado deberá de ser reasignado por el empleador en otras funciones que pueda realizar sin poner en riesgo su seguridad y salud”.

Las personas con tuberculosis a pesar de las leyes estipuladas en muchas ocasiones son retiradas de sus puestos de trabajo por el temor del contagio o los mismos pacientes son los que toman la decisión de alejarse y renunciar debido a las manifestaciones clínicas presentes el cual les impide realizar sus actividades con total normalidad.

e) Horas de ejercicio

El ejercicio puede ayudar al cuerpo a combatir la infección de la tuberculosis, genera grandes beneficios para el sistema inmune debido a que con ejercicio los anticuerpos o glóbulos rojos circulan más rápido por lo que combaten con mayor eficacia las enfermedades, acelera su recuperación, mejora su estado de ánimo ya que la actividad física disminuye la secreción de las hormonas del estrés, permite mantener una imagen saludable, ayuda a prevenir la pérdida muscular y estimula el apetito. Una persona con tuberculosis inactiva, puede continuar con sus actividades normales de ejercicio. Se recomienda realizar diferentes actividades como lo son: caminatas, aeróbicos, montar bicicleta, saltos, etc. Y respecto al hogar puede realizar: limpieza de los ambientes de la casa, jardinería, etc.

Una persona con tuberculosis puede hacer ejercicio en sesiones cortas, como caminar durante 20 minutos o paseos de 10 minutos. Una vez que la tuberculosis es inactiva ya no es contagiosa y si la persona se siente bien, con previa indicación del médico puede realizar ejercicios con continuidad y durante mayor tiempo.

f) Ventilación

La tuberculosis se propaga en espacios pequeños y cerrados donde no circula suficiente aire, es por esto necesario ventilar las habitaciones con frecuencia, también se puede colocar un ventilador en la ventana para poder extraer el aire que pueda contener gran cantidad de partículas con tuberculosis, esto reducirá las probabilidades de que las bacterias permanezcan en la habitación e infecten a las personas que respiren ese aire. Debido a que la tuberculosis se propaga por vía aerógena es necesario prevenir esta transmisión en ambientes de cuidados de salud, es decir, es recomendable que después que una persona con tuberculosis confirmada salga de la habitación o de aislamiento debe transcurrir un determinado tiempo para asegurar la renovación de más del 99% del aire contaminado con bacilos antes de permitir la entrada del personal de salud o de otro paciente, por este motivo se recomienda la ventilación del área en caso de no contar con sistemas integrados de filtración de aire, por lo mismo se deberá tener en cuenta el tiempo en que permanecen suspendidas las partículas en el ambiente, el cual pueden ser varios minutos u horas, las unidades infecciosas deben tener un diámetro menor a 5 µm para alcanzar la superficie alveolar.

Según el Programa de Enfermedades Transmisibles de la OMS, los núcleos de las gotitas infecciosas del Mycobacterium tuberculosis poseen un diámetro aproximado de 1 a 5 µm y estar en corrientes de aire normal para que puedan mantenerlos en suspensión y trasportarlas en el aire durante días, establece una serie de normas para maximizar la ventilación mecánica, es decir, ventiladores de ventana, sistemas de ventilación por extracción, entre otras, y que la condición mínima aceptable comprende aberturas en extremos opuestos de una habitación (ventanas o puertas) para que haya un flujo libre de aire hacia el exterior y utilizar ventiladores en los techos donde las ventanas deberán estar abiertas para que se diluyan e intercambien y no sólo se mezcle con el aire; así mismo no determina el tiempo de ventilación.

g) Limpieza del hogar

Para que la recuperación sea efectiva es necesario considerar la educación en la salud, que debe estar basada en el entendimiento exacto de las prácticas adecuadas de autocuidado del hogar.

Cualquiera es susceptible de contraer la tuberculosis si inhalan los bacilos que exhala un enfermo o portador al hablar, estornudar, toser, expectorar, estas bacterias pueden permanecer suspendidas en el iré durante horas incluso, años.

Algunas de las medidas más 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, o al reír, colocar los pañuelos desechables 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 ingresen los rayos solares, que emiten radiaciones ultravioleta, lo cual destruye al Mycobacterium Tuberculosis.

h) Uso de mascarillas

Las precauciones específicas de aislamiento por vía aérea para tuberculosis incluyen el uso de mascarilla N95; ésta se utiliza para proteger a los trabajadores, pacientes, familiares y visitantes.

Todo paciente con tuberculosis de localización pulmonar que expectore; tuberculosis laríngea; con resultado de baciloscopias o cultivos positivos, es un potencial riesgo de diseminar la infección, por lo que se debe usar la mascarilla N95 mientras se encuentren en la habitación del paciente con este diagnóstico.

El uso de mascarilla N95 cumple con las directrices de los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) para el control de la exposición a la tuberculosis: como un respirador de partículas desechable que está

destinado a ayudar a reducir la exposición del usuario a ciertas partículas en el aire; una máscara quirúrgica, está diseñada para ser resistente a las salpicaduras de fluido y las salpicaduras de sangre y otros materiales infecciosos.

Debe ponerse la mascarilla antes de entrar en el cuarto con la persona enferma y no se la debe quitar la mascarilla hasta que esté fuera del cuarto de la persona enferma y la puerta esté cerrada.

B. Seguimiento

a) Entrevista de enfermería

Es la atención directa que se le brinda a la persona con tuberculosis y familia, con fines de brindar educación y seguimiento.

La enfermera cuando identifica a una persona con la infección o enfermedad de tuberculosis es su responsabilidad directa y de todo el personal de salud que el tratamiento sea satisfactorio, por este motivo es función de la enfermera establecer una relación de confianza con el paciente y con su familia, educar a la persona acerca de la tuberculosis, de su tratamiento, de los cuidados necesarios y sobre las medidas preventivas que deben tener tanto la persona con tuberculosis como el entorno que lo rodea. Se debe realizar preguntas abiertas a la persona con tuberculosis para que puedan expresar sus sentimientos y conocimientos libremente. Algunos ejemplos de preguntas que se pueden realizar son: ¿Qué sabe acerca de la tuberculosis y su tratamiento?, ¿Cómo se sientes su familia o algunos amigos cercas en relación a su tuberculosis?, ¿Cuan grave cree usted que es esta enfermedad?, ¿Cómo considera usted que contrajo la tuberculosis?, ¿Qué medidas de higiene debe tener con respecto a su enfermedad?, ¿Qué problemas le ha provocado su enfermedad?, ¿Posee alguna dificultad respecto a los medicamentos que ingiere?, estas son algunas preguntas que se puede considerar utilizar en una entrevista para poder evaluar los conocimientos, creencias, actitudes y comportamientos de la persona con tuberculosis.

La entrevista de enfermería también contribuye a la búsqueda de un adecuado seguimiento de casos y estudio de contactos.

b) Baciloscopia

Esta técnica es la herramienta fundamental que utilizan en un programa de control de tuberculosis, ya que es económica, simple y eficiente; este método se basa en la observación directa de la muestra (la más examinada es la esputo debido a que es más frecuente la tuberculosis pulmonar) mediante la utilización del microscopio óptico. Previamente se debe realizar una tinción que permite visualizar con claridad los bacilos, generalmente se realiza la tinción de Ziehl-Neelsen.

Esta detección de casos está orientada a los llamados Sintomáticos Respiratorios. A todo sintomático respiratorio identificado debe solicitársele tres muestras de esputo y para dicho efecto se le debe entregar los frascos correctamente rotulados donde figure:

-Nombre y Apellido del paciente

-Nombre del servicio que lo atiende

-Tipo de muestra y fecha.

La primera muestra debe ser tomada en el mismo momento en el que se identifica al posible sintomático respiratorio, es decir en el establecimiento de salud, la segunda muestra debe ser recolectada en la casa del paciente por la mañana (antes de que se lave los dientes, preferible realizarlo apenas se levante) y la tercera puede ser tomada en el centro de salud, en el momento en que el paciente lleve su segunda muestra o también puede recolectada por el mismo paciente al despertar en su casa.

La calidad de la muestra debe ser espesa y mucopurulenta procedente del árbol bronquial y debe contener de 3 -5ml , para así poder asegurar la observación de los bacilos se por eso es importante enseñar el correcto procedimiento al paciente, el cual debe cumplir los siguientes pasos:

1. Inspirar profundamente para llenar de aire los pulmones y luego retenerlo por un momento.

2. Se debe expulsar el aire y realizar con un esfuerzo de tos la expectoración tratando de arrastrar las secreciones que tenga el pulmón.

3. Juntar el esputo producido dentro del frasco tratando de ingrese en su totalidad.

4. Se debe repetir este proceso otras dos veces, colocando y juntando todas las secreciones en el mismo frasco.

5. Realizar la limpieza del exterior del envase con un papel descartable y lavarse las manos con agua y jabón, finalmente se debe entregar a la persona encargada.

La baciloscopia resulta positiva cuando se encuentra entre 10 y 99 bacilos ácido alcohol resistentes (BAAR) en cien campos observados. Aquellos pacientes que tengan baciloscopia negativa, pero se tiene sospecha de tuberculosis deben ser examinados y evaluados por un médico para sugerir otros medios de diagnóstico o también se puede iniciar con un tratamiento de antibióticos por si los síntomas persisten.

c) Peso

La asociación entre la tuberculosis y la desnutrición es conocida; en desnutrición se afecta la inmunidad celular incrementándose el riesgo de que la tuberculosis latente se convierta en activa. Es muy difícil determinar el estado nutricional de las personas con tuberculosis antes de la enfermedad, por lo que es imposible determinar si la malnutrición llevó al avance de la enfermedad o si tuberculosis activa condujo a la desnutrición.

La alteración nutricional es evidente en estos pacientes, ya que suelen presentar un peso corporal del 10 a 20% menor que el peso ideal durante la enfermedad y se van también reservas de nutrientes importantes.

d) Censo de contactos

Se denomina contactos a las personas que conviven con el enfermo de tuberculosis. La actividad de control tiene por objetivo detectar casos de tuberculosis entre los contactos y prevenir el riesgo de enfermar.

Una forma fácil de esquematizar la selección de contactos es la aplicación de “círculos concéntricos” en cada uno de los ámbitos de relación del individuo (vivienda, trabajo y centros lúdicos). Se inicia el estudio por los contactos de alto riesgo (primer círculo) y se va ampliando hasta que la prevalencia de infección no supere la prevista para esa población.

El Primer círculo incluye a:

-Contactos convivientes.

-Contactos frecuentes no convivientes (contactos laborales estrechos, compañeros de la misma aula, círculo íntimo de amigos).

-Contactos estrechos en colectivos cerrados como residencias de ancianos, prisiones, conventos, cuarteles, etc.

Los contactos del segundo círculo serán aquellos que tengan un contacto frecuente diario de menos de 6 horas; mientras que los que formen parte del tercer círculo serán los que tengan contacto esporádico con el caso índice.

Cuando el caso índice sea un niño, el objetivo del estudio de contactos es, además de identificar a las posibles personas expuestas, encontrar aquel enfermo que le transmitió la tuberculosis.

e) Control radiológico

Con este procedimiento se determina el nivel de compromiso de los pulmones con la patología. Es necesario realizarse este examen para observar la gravedad de la enfermedad y tomar las medidas correspondientes. Mediante las manifestaciones radiológicas de la

tuberculosis se puede confirmar esta enfermedad en los pacientes, ya que se puede observar distintos patrones para sospechar de ella.

Con el aumento del número de pacientes diagnosticados con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y conjuntamente con el incremento de inmigrantes, la frecuencia de padecer este cuadro de tuberculosis en nuestro medio se ha incrementado, por lo que se vuelve de vital importancia que los médicos especialistas lo deben conocer las distintas presentaciones radiológicas y ser capaces de poder diferenciarlas de otras patologías broncopulmonares.

f) Visita domiciliaria

Es el conjunto de actividades de carácter social y sanitario que se presta en el domicilio de la persona afectada. Esta atención permite detectar, valorar, apoyar y controlar los problemas de salud del individuo y la familia, potenciando la autonomía, mejorando la calidad de vida y fortaleciendo medidas preventivas.

Las razones por la cual se realiza la visita domiciliaria son: Verificación de la ubicación del domicilio de las personas con tuberculosis para dar inicio a su respectivo tratamiento, brindar educación de salud a la familia sobre las medidas preventivas necesarias, solicitarles a los miembros de la familia a que colaboren en el cuidado de la persona con tuberculosis y explicarles sobre la importancia que tiene que su familiar mantenga su tratamiento bajo supervisión, preguntar y detectar el número de contactos en la familia para poder identificar nuevos casos de tuberculosis y se debe recolectar las respectivas muestras de esputo de cada miembro del grupo familiar en caso de encontrar sintomáticos respiratorios y citar a que vayan llevando su segunda muestra al establecimiento de salud , finalmente recuperar a la persona que se identificó con tuberculosis dentro de las primeras 24 horas si es que no acudió al establecimiento a tomar su tratamiento.

g) Interconsulta psicológica

Es importante evaluar constantemente a la persona con tuberculosis, primordialmente valorar como se encuentra su autoestima de estas personas puesto que cargar con esta enfermedad indica un aislamiento social, limitación en cuanto a realizar sus actividades cotidianas y recreativas e incluso discriminación por parte de su entono social más cercano, la cual si no se trata podría desencadenar complicaciones en la salud psicoemocional de la persona. En estas terapias es fundamental incluir a la familia para explicar el desarrollo de esta enfermedad y lograr que no excluyan a la persona enferma del dinamismo cotidiano que tenga el grupo familiar.

h) Interconsulta nutricional

Las personas con tuberculosis deben tener tanto un tratamiento farmacológico como un tratamiento nutricional, debido a que esta enfermedad hace que el organismo gaste más energía diaria y si la persona no recibe los nutrientes suficientes provocará la pérdida de peso.

Debido a esto es necesario determinar una dieta saludable según sus necesidades nutricionales de la persona con tuberculosis, la mayoría de las personas con esta patología tienen el apetito disminuido, el sentido del gusto alterado y padecen debilidad muscular. Se recomienda ingerir las tres comidas principales (desayuno, almuerzo y cena) más dos refrigerios, beber de 500 a 750 ml al día de lácteos para lograr un nivel adecuada de calcio y vitamina D, en la tuberculosis multidrogo resistente, se debe consumir alimentos sólidos y no sopas de seis a ocho veces al día, para cubrir el requerimiento nutricional.

2.3 Factores determinantes del autocuidado

A. Factores Internos o Personales

Dependen directamente de la persona y determinan el autocuidado, corresponden a los conocimientos que permiten a una persona tomar o no decisiones de acuerdo a su salud.

a) El conocimiento:

Determinan adopciones de prácticas de autocuidado saludables, permiten a las personas optar por decisiones saludables o de riesgo; sin embargo, estas determinaciones no dependen exclusivamente de la educación y la información, debido a que intervienen factores internos y externos.

El profesional de la salud está encargado de promover y fomentar el autocuidado en el proceso de salud-enfermedad a partir del concepto de persona como un ser integral, debido a esto es de suma importancia que el trabajador de salud brinde toda la información necesaria a la persona con tuberculosis y a su familia, con respecto a la patología, síntomas, alimentación, tratamiento, medidas de higiene, entre otras y a la vez responder a todas sus interrogantes. El resultado de buenas prácticas de autocuidado que uno tiene consigo mismo y enseña a los demás depende de la capacidad de tomar buenas decisiones y controlar la vida propia. El personal debe asegurarse de que la persona comprendió la información precisa acerca de su patología y su tratamiento y corregir las concepciones erróneas, los pacientes también deben estar bien informados acerca de los medicamentos que deben tomar, cuál es la dosis, con qué frecuencia y cuándo y sobre las posibles reacciones adversas.

Se debe tener en cuenta buenas técnicas de información, como lo son: usar un lenguaje sencillo y apropiado, con términos simples, analizar los temas más importantes, limitar la cantidad de información, escuchar comentarios y contestar preguntas, interactuar con el paciente para que no se sienta en ningún momento amenazado y finalmente proporcionarle material educativo.

La atención concentrada en el paciente asegura resultados satisfactorios del tratamiento debido a que se pone mayor énfasis en terapias individualizadas y personalizadas para poder abordar todas las preocupaciones clínicas y sociales de la persona afectada con esta patología.

b) La voluntad:

Cada persona cuenta con valores, creencias, motivaciones y aprendizajes diferentes, depende de esto sus decisiones posteriores con respecto a los demás y sus hábitos.

Es indispensable que la persona con tuberculosis tenga el deseo o la intención de cumplir con las medidas de autocuidado respectivas (acudir al centro de salud los días pactados para su tratamiento, realizarse el control radiológico y tener los cuidados pertinentes) para mantener un apropiado funcionamiento de su organismo, disminuir cualquier riesgo o contagio a su entorno y continuar con el desarrollo personal, logrando así su bienestar mediante la conservación de una adecuada calidad de vida.

c) Las actitudes:

Es el resultado del convencimiento que lleva a una persona a actuar a favor o en contra ante una situación determinada. Aquí juega un papel fundamental la voluntad al cambio.

Es necesario tener en cuenta la educación en salud para que la recuperación de la persona con tuberculosis sea efectiva, el individuo con esta enfermedad debe mantener adecuadas prácticas con su familia, amigos, compañeros y con su entorno en general, ya que cualquiera es susceptible de inspirar estos bacilos que permanecen suspendidos en el aire durante mucho tiempo e incluso meses o años. Algunas medidas importantes son: Lavarse las manos antes y después de ingerir alimentos, se recomienda que la persona tenga su habitación privada. Se debe ventilar y limpiar el cuarto donde duerme y descansa la persona con tuberculosis, es necesario que ingresen los rayos solares a la habitación para que destruya estos bacilos, el paciente debe cubrirse la boca y la nariz con papel higiénico o pañuelos descartables cuando vaya a estornudar, toser y desechar estos pañuelos en una bolsa preferible de papel para que se pueda quemar.

d) Los hábitos:

Es la repetición de una conducta que internaliza la persona como respuesta a una situación determinada; es el establecimiento de patrones comportamentales por su repetición.

La persona con tuberculosis debe mantener estilos de vida saludables, en cuanto a la alimentación estas personas tienen el riesgo de padecer desnutrición por las mismas manifestaciones clínicas de la enfermedad, es por eso que debe de mantener una alimentación nutritiva y balanceada, realizar ejercicio y actividades de recreación debido a que fortalece el estado inmune y mejora el ánimo, debe de conciliar el sueño durante 8 horas, y es primordial que evite cualquier hábito nocivo porque provoca un daño a corto o a largo plazo. Entre los principales elementos nocivos que debe evitar la persona con tuberculosis son: el consumo de tabaco, va a producir daño pulmonar lo que va a dificultar el restablecimiento y recuperación de las funciones respiratorias; el alcohol va a producir en la persona un daño hepático y la debilitación del sistema inmunitario, el consumo de las bebidas alcohólicas va a provocar la interacción farmacológica de la rifampicina e isoniazida que son indispensables en el tratamiento antituberculoso; las personas que tienen tuberculosis y son drogodependientes previamente se tiene que concientizar para poder asegurar que la persona va a ser continua con su tratamiento antifímico, ya que en la mayoría de los casos se torna muy difícil erradicar la tuberculosis de este grupo de personas.

Para lograr la efectividad del tratamiento antifímico, el individuo tiene que aprender y poner en práctica una serie de actividades relacionadas al autocuidado con el fin de seguir viviendo, mantener su salud prolongarla.

B. Factores Externos o Ambientales

Son aspectos externos que hacen posible el autocuidado de una persona pero que no dependen de ellas, sino a determinantes de tipo cultural, ambiental, político, económico, familiar y social.

a) Cultural:

Es necesario considerar que los comportamientos, creencias y tradiciones de las personas muchas veces les dificultan la adquisición de nuevos conocimientos y la adopción de nuevas prácticas.

A veces las distintas creencias que tienen las personas como culturales, religiosas o personales puede afectar la atención y el tratamiento antituberculoso del paciente, por eso es fundamental respetar las creencias que tenga la persona acerca del modelo médico de tratamiento para lo cual se debe trabajar de una forma que no sea prejuiciosa. Si bien son importante las creencias que tenga la persona con tuberculosis, es igual de primordial que el personal de salud promueva y sustente con claridad los fundamentos para tomar los medicamentos recetados para seguir el tratamiento completo y combatir la tuberculosis; para que el resultado sea satisfactorio.

El personal de salud debe trabajar por ser culturalmente competentes, esto se refiere a la habilidad de desempañarse eficazmente como individuo en el contexto de las creencias culturales, conductas y necesidades que presentan los pacientes y sus comunidades.

b) Género:

Las prácticas de autocuidado en nuestra sociedad han tenido un sesgo de género, el cual ha generado formas diversas de autocuidado individual y colectivo en mujeres y hombres. Un claro ejemplo sería la preocupación de las mujeres por su apariencia física.

Según la OMS, en diferentes partes del mundo se les diagnostican tuberculosis a mayor cantidad de hombres que de mujeres, pero a lo que enfermedades infecciosas se refiere, la tuberculosis es considera una de las infecciosas que más mortalidad femenina ocasiona. Según los índices de notificación de tuberculosis reflejan que existe mayor porcentaje de casos en hombres afectados por esta enfermedad lo que puede estar ligado a una serie de diferencias epidemiológicas como lo son; tiempo de

exposición, riesgo de infección y progresión desde el estadio de infección al de enfermedad. Determinados estudios indican que en las mujeres pueden presentar mayores tasas de letalidad debido a la tuberculosis.

c) Científico y Tecnológico:

Descubrimientos en temas de salud, y en todo lo que se relaciona con la vida, tienen relación con la posibilidad de cuidar la propia salud puesto que compartimos un universo en constante interrelación.

Es fundamental que en el Perú se implementen y se cumplan una serie de estrategias como lo son la ejecución de jornadas científicas sobre la tuberculosis para intercambiar experiencias y resultados de investigaciones, se debe priorizar brindar el financiamiento ya sea por entidades públicas o privadas respectivo a investigaciones acerca de la tuberculosis y se debe promover la relación de investigaciones en los distintos niveles de atención para obtener mejores regímenes de tratamiento y optimizar las medidas preventivas, y así poder combatir y reducir los casos de tuberculosis, para esto es necesario que se refleje el compromiso del Estado.

d) Físico, económico, político y social:

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

La tuberculosis conocida también como “la enfermedad de los pobres” la padecen en mayor porcentaje los habitantes de los países en vías de desarrollo debido a que son estas personas las que más sufren de escasez de alimento, de malas condiciones higiénicas y de una limitada accesibilidad a los centros de salud. Debido a este es de suma importancia que las personas que padecen esta enfermedad tengan todo el respaldo por parte de las organizaciones del estado respecto al enfoque de gestión pública, el principal logro del Ministerio de la Salud es la implementación

del esquema con Dosis Fijas Combinadas (DFC) un tratamiento gratuito contra la tuberculosis sensible el cual está incorporado en la Norma Técnica de Salud, aprobado con la Resolución Ministerial Nº 579-2010, con esto se podrá mejorar la aceptación de los medicamentos por parte de la persona afectada por tuberculosis porque podrá ingerir 4 tabletas de fármacos en vez de 11 medicamentos diferentes para poder combatir la enfermedad.

El Perú como miembro de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), tiene como responsabilidad cumplir con los tres pilares de la "Estrategia Fin de la Tuberculosis" los cuales son: desafíos en la prevención y atención integral de la tuberculosis centrada en el paciente, políticas audaces y sistemas de soporte, investigación e innovación intensificada; con el fin de lograr la reducción de la incidencia de tuberculosis.

2.4 Tipos de autocuidado

Dorothea Orem distingue dos tipos de autocuidado:

a. El autocuidado Universal:

Se refiere a las actividades orientadas a satisfacer necesidades humanas básicas y necesarias del diario vivir.

b. El autocuidado en las desviaciones de salud:

Corresponde a las acciones indispensables sólo en situaciones o en casos de enfermedad, agresión o accidentes. Estas situaciones requieren ser modificadas según la forma de vida y necesitan ser ajustadas en diferentes grados por profesionales.

2.5 Factores básicos del autocuidado

Son todos aquellos factores internos o externos de las personas que influyen directamente en sus capacidades para ocuparse de su autocuidado, afectando al tipo, frecuencia y cantidad de autocuidados requeridos para lograr una calidad de vida plena.

Los factores son los siguientes:

-Edad.

-Sexo.

-Estado de desarrollo.

-Estado de salud.

-Autopercepción de la salud.

-Orientación sociocultural y religiosa.

-Factores del sistema familiar.

-Factores del sistema de cuidados de la salud.

-Patrón de vida, esto incluye las actividades que realiza regularmente.

-Recursos financieros.

-Factores ambientales.

2.6 Requisitos del autocuidado

Son un componente esencial en el individuo para que pueda mantener su salud, desarrollo y bienestar, constituyen un modelo importante para la valoración del paciente.

El término requisito se utiliza para indicar una determinada actividad que una persona debe ejecutar para cuidar de sí mismo.

Orem determina 3 tipos de requisitos:

2.6.1 Requisitos de Autocuidado Universal

Son los que necesitan todos los individuos para conservar y mantener su funcionamiento como persona en las diversas etapas del ciclo vital, fomentando positivamente la salud y el bienestar, estos requisitos se logran alcanzar mediante el autocuidado o cuidado dependiente, incluyen la preservación de los alimentos, del aire, del agua, la actividad, la eliminación, el descanso y la interacción humana. Estos requisitos son:

-Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

-Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua.

-Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

-Prevención de cuidados asociados con procesos de eliminación.

-Mantenimiento del equilibrio entre actividades y descanso.

-Mantenimiento del equilibrio entre soledad y la comunicación social.

-Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano.

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

Todos estos requisitos se encuentran interrelacionados, abarcando aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales siendo estos esenciales en la vida para lograr un buen funcionamiento de la persona.

2.6.2 Requisitos de Autocuidado del desarrollo

Aparecen como productos de los diferentes procesos que afectan al desarrollo humano a lo largo de la vida, estos se clasifican en dos etapas: específicas del desarrollo y características que afectan al desarrollo humano.

a. Etapa de los requisitos específicos del desarrollo:

Esta serie de desarrollos se generan en distintos ámbitos de la persona, como lo son a nivel social, psicológico, físico, intelectual, emocional, etc.

-Etapa prenatal: vida intrauterina y nacimiento.

-Etapa neonatal y de lactancia.

-Etapa de desarrollo de la infancia.

-Etapa adolescente.

-Etapa adulto joven.

-Etapas de desarrollo de la edad adulta.

-Embarazo, en la adolescencia o en la edad adulta.

-Etapa de la ancianidad.

b. Características que afectan el desarrollo humano:

-Privación educacional.

-Pérdida de familiares, amigos o compañeros.

-Problemas en la adaptación social.

-Cambio imprevisto en las condiciones de vida.

-Cambios de posición (social o económica).

-Malas condiciones de vida y de salud.

-Peligros ambientales.

-Enfermedad terminal o muerte esperada.

2.6.3 Requisitos de autocuidado en los trastornos de salud

Estos requisitos se producen cuando el individuo tiene alguna deficiencia, se encuentra enfermero, sufre algún accidente o lesión, lo cual implica introducir cambios en el estilo de vida de la persona y demanda a que el individuo busque orientación, apoyo y ayuda de otras personas

profesionales o competentes en el tema, debido a que por sí solo no es capaz de satisfacer todas las necesidades vitales que necesita.

2.7 Autocuidado de la persona con tuberculosis

El paciente con tuberculosis sufre un gran impacto en todas sus dimensiones: social, física, psicológica y emocional, impacta directamente sobre su grupo familiar y su entorno, por eso se plantea que el autocuidado engloba todas las acciones y decisiones que una persona debe realizar para prevenir y tratar su enfermedad, todas estas actividades van conducidas a preservar y mejorar el funcionamiento de su salud, el individuo a la vez debe hacer uso de los sistemas de apoyo de salud, los trabajadores de salud están totalmente capacitados para convertirse en facilitadores durante este proceso de salud-enfermedad.

Además de las medidas individuales que debe tomar el paciente con tuberculosis sobre sus propios cuidados, el autocuidado también implica la comunicación y la notificación a la autoridad local de salud: de esta manera las autoridades van a tener una base de datos de aquellas personas que ameritan un manejo efectivo.

Es importante que no se lleve a cabo el aislamiento de la persona afectada: sino que se tomen acciones de limpieza e higiene correspondiente. Es muy importante mencionar que las personas que viene tomando los antituberculosos por un periodo mayor a 15 días se disminuyen los riesgos de contagio, de igual modo puede retomar sus actividades cotidianas, y que debe seguir todas las indicaciones brindados por el personal de salud.

El autocuidado es indispensable en una persona y este debe estar presenta en todas las etapas y en todo momento de su vida, ya que es necesario para la prevención y detección temprano de cualquier enfermedad. Para poder acrecentar la capacidad de hacer frente a nuevas conductas se deben autogenerar nuevos hábitos saludables en la vida cotidiana como lo son: mantener una adecuada higiene personal, tener una alimentación de acuerdo a las necesidades nutricionales, conservar las viviendas

higiénicas, buscar condiciones de trabajo satisfactorias y con buen clima laboral, controlar el estrés, prevenir la fatiga, realizar ejercicios equilibrados, descansar, recrearse y poder conciliar el sueño con tranquilidad.

2.8 Rol del profesional de enfermería en el autocuidado

El profesional de salud tiene la capacidad de promover la salud y por ende impulsar el autocuidado con un enfoque humanista y holístico, se debe enseñar a la persona a tener la capacidad de tomar decisiones y controlar su propia vida para gozar de una calidad de vida plena y asegurarse que la sociedad en la que se vive goce de un buen estado de salud.

“Enfermería tiene una tarea importante de intervenir en mejorar la salud de los pacientes, fortalecer su autocuidado y adherencia al tratamiento mediante sesiones educativas, ayudarles a tomar mejores decisiones ante la enfermedad ya que al no cumplir con estos y otros parámetros que necesita esta enfermedad para ser curada, puede traer grandes consecuencias como hacer resistencia al tratamiento y prolongando más el tiempo. Ante este problema que es real en la actualidad, la enfermera tiene el compromiso y el rol que son muy importantes para la atención de la persona con tuberculosis, siendo ella y el equipo multidisciplinario los responsables de que esta enfermedad no se propague.” (ORÉ Y PLÁCIDO, 2016)

En la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, la enfermera es la responsable de la identificación, atención y seguimiento de los pacientes con tuberculosis, esta debe ser personalizada, integral e individualizada dirigida a la persona con la patología, su familia y la comunidad, con hincapié en la identifican, educación, monitoreo, control y seguimiento del enfermo con tuberculosis y sus contactos, con el objetivo de contribuir a la disminución el número de casos sintomáticos respiratorios positivos y de la morbimortalidad por tuberculosis.

3. CALIDAD DE VIDA

3.1 Definición

Según la OMS, “Calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno”. (OMS 1995)

La calidad de vida determina todas las condiciones en que vive una persona en el que se incluye el bienestar físico de la persona, su estabilidad y bienestar psicológico, lograr la satisfacción con su propia imagen, poseer la capacidad de tolerar, de ser y hacer feliz a los demás, controlar el estrés y manejar la angustia, este ajuste social e interpersonal mantiene la satisfacción de la persona en los diversos roles y esferas de la vida, incluyendo sus relaciones maritales y sexuales.

La calidad de vida designa las condiciones en que vive una persona que hacen que su permanencia en la tierra sea placentera y digna de ser vivida, o la llenen de aflicción. Es un concepto extremadamente subjetivo y vinculado a la realidad en que el individuo existe y se desarrolla. En un ambiente rural, sin adelantos técnicos, donde las personas viven una vida más de acuerdo con la naturaleza y alejados del progreso, sentirán satisfechas sus necesidades con menores recursos materiales. En las modernas sociedades urbanas, un individuo se sentirá insatisfecho y con poca calidad de vida si no puede acceder a las innovaciones tecnológicas que lo dejan relegado del mundo globalizado y competitivo.

3.2 Características de la calidad de vida

a) Concepto Subjetivo:

Cada ser humano tiene un concepto propio sobre la vida, felicidad y su calidad de vida.

b) Concepto Universal:

Las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las distintas culturas de nuestro territorio.

c) Concepto Holístico:

La calidad de vida incluye todo aspecto de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida. El ser humano es un todo.

d) Concepto Dinámico:

Dentro de la persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo, algunas veces somos felices, otras veces no.

3.3 Dimensiones de la calidad de vida

a) Dimensión Física:

Es la percepción del estado de la salud, comprendido como ausencia de la enfermedad, síntomas producidos por la enfermedad y efectos del tratamiento. La salud es un elemento esencial para tener una vida con calidad.

La tuberculosis genera en las personas una serie de síntomas como lo son: la tos intensa, el dolor en el pecho, la falta de apetito, debilidad, fatiga, escalofríos suscitando la incomodad, disgusto, cansancio y enfado del individuo, ya que no puede realizar sus actividades cotidianas con normalidad, ni desempeñarse bien en trabajo o en los estudios, no realiza sus ejercicios o caminatas con frecuencia o continuidad como lo hacía antes, se limita a salir a divertirse o a realizar actividades de ocio porque no se siente augusto, por eso es vital que reciba su tratamiento oportunamente y con continuidad para poder disminuir todas estas manifestaciones que no lo dejan desarrollarse activamente. Cabe resaltar que los medicamentos incluidos en el tratamiento antituberculoso generan una serie de manifestaciones en la persona con tuberculosis, como vómitos, náuseas, adormecimiento, hormigueos, fiebres altas prolongas, moretones o hematomas sin causa alguna, cambios en la coloración de la orina

(tornándose naranja), dentro de los efectos más graves que puede ocasionar son insuficiencia renal y hepatotoxicidad,

b) Dimensión Psicológica:

Es la percepción del estado cognitivo y afectivo como el miedo, ansiedad, falta de autoestima, la incertidumbre sobre el futuro. Incluye también creencia espirituales, personales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

Cuando un individuo recibe la noticia de tener un diagnostico desfavorable, como lo es la tuberculosis; su situación sentimental, emocional y psicológica se ve afectada ocasionando en la persona una serie de frustraciones en la persona, primero se llenan de pensamientos negativos como: Me voy a morir, no me voy a curar o mi familia y mis amigos se van a alejar de mí, lo que genera ansiedad, luego manifiestan sentimientos de culpa por lo cual esto genera rechazo al tratamiento debido al temor de no saber si logrará curarse dando como resultado la depresión en estas personas volviéndolos susceptibles a ser irregulares o abandonar totalmente el tratamiento promoviendo a casos de tuberculosis multidrogo resistentes, afectando esto aún más su salud mostrándose con mayor intensidad las manifestaciones clínicas lo que va a limitar en gran magnitud realizar las actividades cotidianas como realizar ejercicio lo cual mejora el estado anímico, el descanso que reduce la irritabilidad, mantener una alimentación adecuada a pesar de la pérdida del apetito o constante tos que se produce ya que durante este proceso se necesita bastante energía y si no se consume la cantidad, frecuencia y volumen necesario de alimentos la persona perderá peso lo que conllevará a un cambio en la imagen corporal junto con el aislamiento social provocará el deterioro de la autoestima. Por ello es imperativo brindar una atención psicológica durante el tratamiento ya que muchos pacientes presentan depresión reactiva al ser conocedores de su diagnóstico y sobre todo se debe dar prioridad a los casos de recaída y de abandono porque ellos poseen trastornos psicológicos críticos, sin duda es una de las mayores pruebas para el

personal de salud que realiza el seguimiento durante este proceso. Para esto se debe fomentar que la persona mantenga una actitud positiva y optimista, también se debe orientar y aconsejar al grupo familiar que debe apoyar durante este proceso al miembro de su familia, evitando usar palabras discriminadoras y sin excluirlo de las actividades familiares.

Es necesario saber que algunos de los medicamentos incluidos en el tratamiento antifímico como la Isoniazida tiene efectos colaterales neuropsiquiátricos.

c) Dimensión Social:

Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social.

En el aspecto social las personas adoptan una actitud de aislamiento ante su familia, amigos y compañeros de trabajo, muchas de estas personas optan por seguir acudiendo a su centro laboral pero no pueden esconder, disimular y sobrellevar las distintas manifestaciones clínicas que la propia enfermedad genera lo que les impulsa a renunciar de su trabajo o en algunas casos a informar a sus superiores, y en estos muchas veces son cesados de su cargo en su centro laboral; afectándolos en su etapa productividad y en el aspecto económico; generando disgustos y preocupaciones en el grupo familiar; los individuos afectados por la tuberculosis se convierten dependientes de algún otro miembro de la familia provocando pensamientos de ser una persona inútil, ser un estorbo, es aquí donde se debe propiciar el apoyo familiar, siendo este el soporte vital y fundamental del sujeto enfermo.

En otros casos esta limitación del ingreso económico origina una inestabilidad en el núcleo familiar, afectando así a la calidad de vida de todos los miembros de la familia y especialmente de la persona enferma, ya que no hay una adecuada alimentación, debido al estrés generado no se puede descansar bien, no hay posibilidad de tener buenas medidas

preventivas por lo que puede contagiar a los integrantes más cercanos de sus familias.

d) Dimensión Ambiente:

Son todos aquellos factores del entorno y comunidad que pueden influenciar en la calidad de vida de las personas con tuberculosis, como lo son: la poca accesibilidad y/o falta de transporte para acudir al establecimiento de salud para recibir una atención médica oportuna lo que también puede ser un obstáculo para completar satisfactoriamente el tratamiento para la tuberculosis.

Cuando la persona enferma con tuberculosis, podría ser prejuzgada, discriminada y estigmatizada, tanto por la comunidad donde vive como por sus compañeros de trabajo lo que genera el alejamiento de su puesto de trabajo y traería como consecuencia la pérdida de ingresos económicos; lo que repercute en bienestar de los miembros de su familia.

El estado deberá promover la participación prioritaria de las personas afectadas con tuberculosis en los programas de inclusión social, como lo son los programas de promoción de empleo y de alimentación, acceso a bonos para construcción de su propia vivienda, acceso a educación gratuita y becas, logrando así contribuir a mejor su calidad de vida.

3.4 Factores determinantes de la calidad de vida

La calidad de vida se determina a partir de diversas variables: el aspecto económico, las relaciones con la sociedad y el hogar, el nivel educativo, la salud y las condiciones de vida en general. Según Polomba, los factores son:

3.4.1. Factores materiales:

Son los recursos que uno tiene: Ingresos disponibles, posición en el mercado de trabajo, salud, nivel de educación, etc. Muchos autores asumen una relación causa efecto entre los recursos y las condiciones de

vida mientras más y mejores recursos uno tenga mayor es la probabilidad de una buena calidad de vida.

3.4.2. Factores ambientales:

Son las características del vecindario o comunidad que pueden influir en la calidad de vida, tales como:

-Presencia y acceso a servicios, grado de seguridad y criminalidad, transporte y movilización, habilidad para servirse de las nuevas tecnologías que hacen la vida más simple.

-También, las características del hogar son relevantes en determinar la calidad en las condiciones de vida.

3.4.3. Factores de relacionamiento:

Incluyen las relaciones con la familia, los amigos y las redes sociales.

La integración a organizaciones sociales y religiosas, el tiempo libre y el rol social después del retiro de la actividad económica son factores que pueden afectar la calidad de vida en las edades avanzadas.

Cuando la familia juega un rol central en la vida de las personas adultas mayores, los amigos, vecinos y otras redes de apoyo pueden tener roles modestos.

3.4.4. Políticas gubernamentales

Calidad de vida no debe ser considerada solamente tomando en consideración la perspectiva de los individuos, sino también que hay que considerar la perspectiva social.

La calidad de vida y el bienestar de las personas dependientes dependen parcial o totalmente de las políticas existentes.

3.5 Impacto inmediato de la tuberculosis en la calidad de vida

La calidad de vida en las personas que padecen esta enfermedad se encuentra afectada; tanto con su trabajo, sus relaciones sociales y con sus

actividades esenciales como ser humano, ya que esta enfermedad es altamente contagiosa y genera mayor impacto en la población productiva, es decir, económicamente activa. Depende mucho de la actitud que tome la persona ante esta situación, según el proceso de adaptación y superación que tenga le va ayudar a enfrentar cualquier dificultad. Los pacientes que tengas mejores condiciones de adaptación no se les van a dificultar continuar con sus respectivas responsabilidades y seguirán participando en las actividades que son significativas para ellos y su familia mantendrá sus expectativas personales a; no sentirá sentimientos de angustia, ansiedad, tristeza, desolación ni tendrá pensamiento negativos, por lo cual generará una mejor adherencia al tratamiento , podrá mantener buenas prácticas de autocuidado lo que favorecerá a la su calidad de vida ,mientras que las personas que no se adapten bien probablemente se aislarán de su entorno social, laboral y familiar, sentirán temor, vergüenza o culpa, se retraerán de realizar sus actividades vitales, perderán la esperanza de poder recuperarse, rechazarán parcial o talmente el tratamiento

El apoyo percibido por parte de todos los miembros de la familia reduce el efecto del prejuicio ante la enfermedad y afecta positivamente a la calidad de vida del individuo.

3.6 Rol de la enfermera en la calidad de vida

La tuberculosis al generar una serie de alteraciones en más de una de las esferas de la vida cotidiana de la persona como en la familiar, social, psicológica, emocional, educativa y recreativa; el impacto de que todos estos factores van a producir en el individuo es el de interferir en la continuidad del tratamiento conllevándolo al abandono del mismo, ante esto se debe promover la lucha por el control de la tuberculosis que ampara, protege y se basa en el reconocimiento del valor, la dignidad y de los derechos universales de las personas, sustentándose en los principales principios de los derechos humanos que son la equidad , autonomía y

solidaridad, todos estos deben ser desarrollados y fomentados a través del campo de la salud, educativo y sociocultural.

Uno de los primordiales roles de una enfermera es entablar una relación de confianza con el paciente, sin manifestar alguna expresión verbal o no verbal de discriminación, logrando así una eficaz comunicación con la persona, la cual cobra un valor especial en los pacientes que padecen tuberculosis, siendo la mejor manera de conocer cómo se encuentra, que le inquieta, como está la relación con su entorno social, o cómo podemos ayudarle; muchas veces este proceso comunicativo se encuentra deteriorado por la falta de tiempo, sobrecarga de trabajo o deficiente capacitación por parte de los profesionales.

Ante esto el profesional de enfermería debe estar preparado, capacitado y dotado de estrategias y habilidades que favorezcan, beneficien y fomenten satisfactoriamente en la recuperación, rehabilitación y reincorporación en su entorno social del paciente, brindando independencia con el autocuidado y promoviendo el afrontamiento a los cambios que sugieren los problemas de salud. Este proceso de recuperación y afrontamiento del paciente con tuberculosis puede sobrellevarse de mejor manera con el apoyo del personal de salud, familia y amigos que ayudaran hacer de esta una experiencia vital de supervivencia.

El personal de enfermería de la Estratega Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis (ESN PCT) siempre ha sido encargado brindar una atención integral al individuo, familia y comunidad, teniendo como principales funciones: organizar la búsqueda de síntomas respiratorios, educar y brindar consejería al paciente antes de iniciar el tratamiento, organizar la administración del tratamiento de la tuberculosis sensible y resistente, promover la adherencia al tratamiento y prevenir la irregularidad al tratamiento, coordinar el seguimiento del tratamiento, organizar el estudio de contactos y la administración de terapia preventiva y organizar el sistema de registro e información y análisis de información.

Por tal motivo el personal de enfermería es el profesional competente y capacitado para promover la salud y limitar el deterioro de la calidad de vida que es causado por un ineficaz comportamiento y afrontamiento ante enfermedad de la tuberculosis en la población, para esto se debe aplicar estrategias de prevención y una atención directa a la persona que está siendo afectada con esta patología mediante la utilización del conocimiento científico, reflejado en el proceso de atención de enfermería.

4. RELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA.

La tuberculosis al ser una enfermedad altamente contagiosa y un problema de la salud pública, necesita de determinados cuidados como lo son: alimentación nutritiva conjuntamente con apoyo del nutricionista, continuidad y seguimiento durante el tratamiento antifímico, tratamiento psicológico, un buen mantenimiento de la higiene personal y saneamiento ambiental en el hogar, lograr conciliar el sueño y el adecuado descanso, al cumplir con todas estas medidas de autocuidado se evitará la resistencia farmacológica, el contagio a los contactos de la familia y de la comunidad.

Debido a que la tuberculosis origina diferentes variaciones y modificaciones en las distintas dimensiones que engloban a una persona estas impactan directamente a la calidad de vida del individuo , comenzando con la física (padece síntomas incomodos propios de la enfermedad, complicaciones y secuelas producidos por la patología y manifestaciones clínicas debido a efectos secundarios de los medicamentos incluidos en la terapia antifímica), familiar (separación física de sus padres, pareja y/o hijos), laboral (disminuye su desempeño, en varias ocasiones es despedido , deja de trabajar o cambia de trabajo), social (evita frecuentar con sus amigos, no acude a compromisos o salidas), educativa (reduce su rendimiento o deja de estudiar), psicológico (siente vergüenza, ansiedad, tristeza, frustración, desesperación y culpa); todas generadas usualmente por la estigmatización en los diferentes espacios de socialización de la persona afectada con tuberculosis. Mientras haya buenas prácticas de autocuidado no solo durante la enfermedad sino también cuando estamos

aparentemente sanos como medio de prevención de contraer alguna patología tendremos la oportunidad de gozar de una buena calidad de vida.

5. MODELO DE DOROTHEA OREM

5.1. Definición

Presentó su teoría de enfermería del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría del autocuidado; describe por qué y cómo las personas cuidan de si mismas; la teoría del déficit de autocuidado, explica como la enfermería puede ayudar a la gente y la teoría de sistemas de enfermería, que describe y explica las relaciones que debemos mantener.

5.2. Metaparadigmas según Dorothea Orem

a) Persona:

Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

b) Enfermería:

Servicio humano que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí mismo para mantener su salud, vida y bienestar, por tanto, es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado según requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

c) Salud:

Es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona, desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a

niveles de integración cada vez más altos. Por lo tanto, lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona.

d) Entorno:

Conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercicio.

C. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

1. AUTOCUIDADO:

Capacidad de las personas de asumir en forma voluntaria del cuidado y el mantenimiento de su salud, así como prevenir enfermedades mediante el conocimiento y prácticas que les permitan vivir activos y saludable (MINSA, 2008).

1.1 Autocuidado Global

a) ADECUADA (76- 125 puntos)

La persona siempre opta por conductas en beneficio de la vida, salud y bienestar. Medida en escala ordinal.

b) INADECUADA (25 -75 puntos)

La persona nunca o casi nunca adopta conductas en beneficio de la vida, salud y bienestar. Medida en escala ordinal.

1.2 Dimensiones del Autocuidado

a) Cuidados (10 ítems)

Compuesto por ingesta de nutrientes energéticos, ingesta de nutrientes constructores, ingesta de nutrientes protectores, hacinamiento, horas de sueño, horas de trabajo, horas de ejercicio, ventilación en el hogar, limpieza del hogar, uso de mascarilla.

-Adecuado (40- 65 puntos)

-Inadecuado (13- 39 puntos)

b) Seguimiento (8 ítems)

Determinado por la entrevista de enfermería, baciloscopia, peso, censo de contactos, control radiológico, visita domiciliaria, interconsulta psicológica, interconsulta nutricional.

-Adecuado (37-60 puntos)

-Inadecuado (12-36 puntos)

2. CALIDAD DE VIDA:

Percepción que un individuo tiene de su lugar de existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en las que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes, está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. (OMS, 2013).

2.1 Calidad de Vida Global

a) BAJA (0-69 puntos)

Percepción del carácter subjetivo que posee la persona acerca de su bienestar de salud el cual está acompañado de impedimentos en sus capacidades para desarrollarse plenamente en el diario vivir. Medida en Escala Ordinal.

b) MEDIA (70-99 puntos)

Percepción del carácter subjetivo que posee la persona donde su bienestar de salud se ve afectado por algunos impedimentos que interfieren en su diario vivir. Medida en Escala ordinal.

c) ALTA (100-130 puntos)

Percepción del carácter subjetivo que posee la persona donde su bienestar de salud carece de impedimentos que interfieren en su diario vivir. Medida en Escala Ordinal.

2.2 Dimensiones de la Calidad de Vida

a) Salud Física (7 ítems)

Determinado por la funcionalidad; energía y fatiga; dolor y malestar; necesidad de tratamientos médicos; capacidad de trabajo; dormir y descansar; actividades de la vida diaria; la dependencia de sustancias medicinales y ayudas médicas; movilidad y capacidad de trabajo.

-Baja (0-17 puntos)

La percepción de la persona respecto a su salud física, la cual se encuentra afectada y su independencia limitada.

-Media (18-26 puntos)

La percepción de la persona respecto a su salud física, la cual se encuentra moderadamente afectada y su independencia parcialmente limitada.

-Alta (27-35 puntos)

De acuerdo a la percepción de la persona respecto a su salud física no está afectada y mantiene su independencia.

b) Salud Psicológica (6 ítems)

Compuesto por la satisfacción de la vida y consigo mismo; capacidad de concentración; sentimientos positivos y negativos; imagen corporal y la apariencia; amor propio; y espiritualidad.

-Baja (0-14 puntos)

Caracterizado por un problema emocional, desorden de prioridades, ausencia de la búsqueda por controlar el enfrentamiento de algún suceso que amenaza la vida.

-Media (15-22 puntos)

Caracterizado por un problema emocional, desorden de prioridades de la vida, déficit de la búsqueda por controlar el enfrentamiento de algún suceso que amenaza la vida.

-Alta (23-30 puntos)

Caracterizado por una adecuada búsqueda de los factores útiles para el enfrentamiento ante sucesos que amenacen su vida.

c) Relaciones sociales (3 ítems)

Determinado por la satisfacción con las relaciones personales; soporte y apoyo social; y actividad sexual.

-Baja (0-7 puntos)

La persona percibe que sus lazos establecidos con amigos, el apoyo social que recibe y su vida sexual se ven muy afectadas.

-**Media (8-11 puntos)**

La persona percibe que sus lazos establecidos con amigos, el apoyo social que recibe y su vida sexual se ven afectadas.

-Alta (12-15 puntos)

La persona percibe que sus lazos establecidos con amigos, el apoyo social que recibe y su vida sexual se ven ligeramente afectadas.

d) Ambiente (8 ítems)

Determinado por el ambiente físico; seguridad; recursos financieros; acceso a los servicios de salud; participación en actividades de ocio y recreación; transporte e información.

-Baja (0-20 puntos)

La persona percibe que su seguridad económica, social y familiar se ven muy afectadas

-Media (21-30 puntos)

La persona percibe su seguridad económica, social y familiar que se ven afectadas.

-Alta (31-40 puntos)

La persona percibe que su seguridad económica, social y familiar se ven ligeramente afectadas.

3. CARACTERISTICAS DE LAS PERSONAS DE ESTUDIO

a) SEXO

Se refiere al conjunto de características anatómicas y fisiológicas que distinguen a los seres humanos en dos grupos, ya se hombre o mujer. Variable cualitativa de Escala Nominal:

-Masculino

-Femenino

b) EDAD

Es el periodo transcurrido de un ser vivo desde su nacimiento hasta la actualidad variable cuantitativa discreta, medida en Escala de razón.

Se considera los siguientes rangos:

-De 18 a 25 años

-De 26 a 40 años

-De 41 a 55 años

-De 56 años a más

c) GRADO DE INSTRUCCIÓN

Grado de estudio en curso o realizado de la persona con tuberculosis. Variable Cualitativa medida en Escala Ordinal.

-Ninguno

-Inicial

-Primaria

-Secundaria

-Técnica

-Universitaria

d) LUGAR DE PROCEDENCIA

Lugar donde reside o procede, lugar actual donde vive la persona con tuberculosis. Variable Cualitativa medida en Escala Nominal.

-Arequipa

-Otros

e) OCUPACION

Actividades cotidianas en las que se desempeñan las personas con tuberculosis. Variable Cualitativa Nominal:

-Desocupado

-Independiente

-Dependiente

-Su Casa

-Jubilado

f) ESTADO CIVIL

Situación de la persona en base a vínculos con su pareja bajo las leyes de la constitución política del Perú. Variable Cualitativa Nominal.

-Soltero(a)

-Conviviente/Casado(a)

-Divorciado(a)/Separado(a)

-Viudo(a)

g) DEPENDENCIA ECONÓMICA

Estado económico del que depende la persona con tuberculosis. Variable Cualitativa medida en escala nominal.

-Su pareja

-Sus padres

-Hijos

-De sí mismo

-Jubilación

h) PATOLOGIAS ASOCIADAS

Enfermedades vinculadas a la persona con tuberculosis. Variable Cualitativa medida en escala nominal.

-Ninguno

-Diabetes

-Insuficiencia Renal

-VIH/SIDA

-Otros

i) TIPO DE TUBERCULOSIS

Localización y desarrollo de la tuberculosis. Variable Cualitativa medida en escala nominal.

-Pulmonar

-Extrapulmonar

D. ALCANCES Y LIMITACIONES

1. ALCANCES

Los resultados obtenidos podrán ser generalizados a la población de estudio.

2. LIMITACIONES

No se evidencian limitaciones.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

A. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

La presente investigación fue de tipo descriptivo, de corte transversal y diseño correlacional.

Es descriptivo porque se especifica las propiedades y características importantes del fenómeno utilizado (Hernández, 2003), para lo cual se entablo la relación entre el autocuidado y la calidad de vida en personas con tuberculosis. Es de corte transversal porque las variables se estudiaron en un determinado momento. (Hernández, 2003)

Su diseño fue correlacional porque evalúo cómo se relacionan o vinculan dos variables entre sí; autocuidado y calidad de vida. (Hernández, 2007)

B. PROCEDIMIENTO

El presente estudio de investigación se llevó a cabo entre los meses de Junio-Noviembre del año 2018, para lo cual se siguieron los siguientes pasos:

1. Determinación de las áreas de estudio: Microred Zamácola y Microred Alto Selva Alegre.

2. Solicitud de autorización al Dr. Luis Fernando Valencia Borda, Director Ejecutivo de la Gerencia Regional de Salud de la Red Arequipa-Caylloma, así como también el permiso por parte de cada director de las Microredes correspondientes a nuestras áreas de estudio.

3. Obtención del consentimiento informado.

4. Aplicación de instrumentos.

5. Elaboración del informe final.

C. POBLACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La Población de estudio estuvo conformada por 72 personas, de las cuales solo 63 cumplieron con los criterios de inclusión, entre las edades de 18 a 60 años, que participaron en el programa de tuberculosis de las Microredes de Zamácola y Alto Selva Alegre que reúnen los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

-Personas diagnosticadas que acuden al programa de Tuberculosis de las Microredes de Zamácola y Alto Selva Alegre.

-Individuos de ambos sexos.

-Personas que confirmen su consentimiento informado.

-Sujetos cuyas edades oscilen entre 18 a 70 años

2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

-Personas que no hablen el idioma castellano.

-Individuos con alteraciones mentales

-Sujetos con problemas limitantes para la toma de datos: sordera.

-Personas que no desean participar.

D. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

1. La Microred Zamácola está ubicada en el distrito de Cerro Colorado, constituida por el Centro de Salud Maritza Campos Díaz (Cabeza de Microred), ubicado en las calles Marañón y Yaraví 401, cuenta con local propio, tiene dos plantas físicas de material noble, la misma que tiene una antigüedad de 38 años y cuenta con 45 ambientes. Está categorizado como establecimiento, nivel de atención y complejidad I-4, con una atención de 24 horas al día, de lunes a domingo y feriados. Esta Microred está conformada por los Puestos de Salud: P.S. Terminal Aéreo, P.S. Ciudad Municipal, P.S. Nazareno y P.S. Perúarbo.

2. La Microred Alto Selva Alegre está ubicado en la Av. España 301 al lado de la comisaria Alto Selva Alegre, considerada dentro de la categoría I-3, con horario de atención de 7:30 am a 7:30 pm de lunes a domingos. Está integrada por 2 centros de salud: Centro de Salud Alto Selva Alegre y el Centro de Salud Independencia que brindan atención 12 horas al día, 4 Puestos de salud: Los Puestos de Salud Apurímac, Héroes del Cenepa y Leones del Misti que atienden 12 horas al día y el Puesto de Salud Juan Bautista que brinda atención 6 horas al día.

E. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para la recolección de datos se utilizó el método de la encuesta, como técnica la entrevista.

1. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.1 FICHA INDIVIDUAL. (Anexo 2)

Una guía de entrevista estructurada con 10 ítems: Datos generales: sexo, edad, grado de instrucción, lugar de procedencia, ocupación, estado civil, dependencia económica, otras enfermedades, tipo de tuberculosis, tiempo de tratamiento.

1.2 ESCALA LIKERT DE AUTOCUIDADO. (Anexo 3)

Autor: Desarrollado en Perú en la ciudad de Lima en el año 2017 por la Lic. Jorge Valera Erika Janet de la Universidad César Vallejo.

Para evaluar la variable de prácticas de autocuidado se utilizó la escala de Likert conformada por 25 preguntas divididas en 13 preguntas que evaluaron los cuidados y 12 evaluaron el seguimiento, donde los resultados se colocaron con un puntaje mínimo = 1 y puntaje máximo = 5.

Confiabilidad del Instrumento: Se analizó su consistencia interna del instrumento a través del coeficiente del Alfa de Cronbach.

Validez: Se alcanzó un coeficiente de 0 0.938 para autocuidado, a través de coeficiente del alfa de Cronbach.

1.3 CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL-BREF. (Anexo 4)

Autor: Desarrollado en España por la OMS y Alison Harper en nombre del Grupo WHOQOL en 1996, una versión reducida del WHOWOL-100 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que fue elaborado con un enfoque transcultural.

Este Cuestionario ha sido validado y traducido a 19 idiomas, para evaluar su fiabilidad se analizó su consistencia interna través del cálculo del coeficiente del alpha de Cronbach, que es una medida de

intercorrelación entre los ítems que conforman el instrumento. Un alpha de Cronbach superior a 0,7 que es aceptable.

Su validación en el idioma castellano solo se encuentran referencias del Trabajo de Carrasco (1998), en este estudio la consistencia interna (medida a través del alfa de Cronbach) fue de 0,69 para el dominio físico, 0,74 para el psicológico, 0,77 para el ambiental y un 0,70 para el dominio de las relaciones sociales.

Validación y Adaptación Lingüístical-cultural: El instrumento fue sometido a un proceso de adaptación lingüística-cultural, desarrollada por Bayarre y Colaboradores en la Habana-Cuba en el año 2013 y 2014, para la mujer de mediana edad, que incluyó a un grupo de expertos por siete profesionales de salud. Con un Universo de 7440 mujeres para el trabajo de validación del instrumento con un tamaño muestral de 300 mujeres residentes en la barriada de Párraga. Las modificaciones propuestas por los siete expertos para los ítems del instrumento en relación con el criterio de claridad son los ítems; 1, 3, 4, 7, 9, 10, 15, 19, 24 y 25 de las 26 facetas que componen el instrumento.

Confiabilidad de su Adaptación Lingüística-cultural: Se analizó su consistencia interna través del cálculo del coeficiente del alpha de Cronbach.

Validez: La consistencia interna alcanzó una cifra de 0,78 a través del coeficiente Alpha de Conbrach.

Interpretación: Contiene un total de 26 preguntas, una por cada una de las 24 facetas, 2 preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud, y 24 preguntas agrupadas en cuatro áreas o dominios: Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y Ambiente. Puntuaciones mayores indican mejor calidad de vida. Las escalas de respuesta son de tipo Likert, con 5 opciones de respuesta.

El número de ítems para cada dominio está constituido por:

-Salud Física formada por 7 ítems: 3, 4, 10, 15, 16,17 y 18.

-Salud Psicológica formada por 6 ítems: 5, 6, 7, 11,19 y 26.

-Relaciones Sociales formadas por 3 ítems: 20,21 y 22.

-Ambiente formado por 8 ítems: 8, 9, 12, 13, 14, 23,24 y 25.

La calificación general de este Cuestionario se realizará de la siguiente manera:

-Bajo: 0-69 puntos

-Media: 70-99 puntos

-Alta: 100-130 puntos

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A. PRESENTACIÓN ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el presente capítulo se dan a conocer los resultados de la investigación, los datos obtenidos se presentan en tablas ordenadas de la siguiente forma:

- Información general: Tabla 1
- Información específica: Tablas de la 2 a la 7
- Comprobación de la hipótesis: Tabla 8

TABLA N° 1

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO. MICROREDES ZAMÁCOLA Y ALTO SELVA ALEGRE AREQUIPA 2018

CARACTERÍSTICAS	N°	%
SEXO		
Masculino	**39**	**61.9**
Femenino	24	38.1
EDAD		
De 18 a 25 años	14	22.2
De 26 a 40 años	**23**	**36.5**
De 41 a 55 años	17	27.0
De 56 años a más	9	14.3
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Ninguno	3	4.8
Inicial	1	1.6
Primaria	8	12.7
Secundaria	**22**	**34.9**
Técnica	16	25.4
Universitaria	13	20.6
LUGAR DE PROCEDENCIA		
Arequipa	**41**	**65.1**
Otros	22	34.9
OCUPACIÓN		
Desocupado	21	33.3
Independiente	**27**	**42.9**
Dependiente	6	9.5
Su casa	8	12.7
Jubilado	1	1.6
Total	63	100.0

Fuente: Matriz de datos

CARACTERÍSTICAS	N°	%
ESTADO CIVIL		
Soltero	23	36.5
Conviviente/Casado	**28**	**44.5**
Divorciado/Separado	7	11.1
Viudo	5	7.9
DEPENDENCIA ECONÓMICA		
Su pareja	12	19.0
Sus padres	17	27.0
Hijos	5	7.9
Sí mismo	**28**	**44.4**
Jubilación	1	1.6
PATOLOGÍAS ASOCIADAS		
Ninguna	**44**	**69.8**
Diabetes	7	11.1
Insuficiencia Renal	2	3.2
VIH/SIDA	4	6.3
Otros	6	9.5
TIPO DE TBC		
Pulmonar	**58**	**92.1**
Extrapulmonar	5	7.9
Total	63	100.0

Fuente: Matriz de datos

De los resultados obtenidos, se puede observar que en la mayor parte de la población predomina el sexo masculino, en un rango de edad que oscila entre los 26 a 40 años; más del tercio con un grado de nivel de instrucción secundaria; en cuanto al lugar de procedencia se observa que más de la mitad son de Arequipa; más de un tercio de la población tiene un trabajo independiente; la mayoría económicamente depende de sí mismo; Así mismo más de la mitad no tiene una patología asociada a su enfermedad; conforme al tipo de tuberculosis se observa que casi en su totalidad la población de estudio presentó tuberculosis de tipo pulmonar.

TABLA N° 2

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN AUTOCUIDADO.

MICRORED ZAMÁCOLA Y ALTO SELVA ALEGRE AREQUIPA 2018.

AUTOCUIDADO	N°	%
CUIDADOS		
Inadecuado	**34**	**54.0**
Adecuado	29	46.0
SEGUIMIENTO		
Inadecuado	30	47.6
Adecuado	**33**	**52.4**
GLOBAL		
Inadecuado	28	44.4
Adecuado	**35**	**55.6**
Total	63	100.0

Fuente: Matriz de datos

Del Autocuidado se puede concluir que en la dimensión cuidados más de la mitad de la población presenta un autocuidado Inadecuado. En la dimensión seguimiento, de igual manera más de la mitad de a un autocuidado adecuado.

Se puede concluir que más de la mitad de la población presenta un Autocuidado Adecuado.

TABLA N° 3

POBLACIÓN DE ESTUDIO POR DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA. MICRORED DE ZAMÁCOLA Y ALTO SELVA ALEGRE AREQUIPA 2018.

CALIDAD DE VIDA	N°	%
DIMENSIÓN FÍSICA		
Baja	27	42.9
Media	**31**	**49.2**
Alta	5	7.9
DIMENSIÓN PSICOSOCIAL		
Baja	12	19.0
Media	**41**	**65.1**
Alta	10	15.9
RELACIONES SOCIALES		
Deficiente	13	20.6
Regular	**39**	**61.9**
Excelente	11	17.5
AMBIENTAL		
Deficiente	19	30.2
Regular	**41**	**65.1**
Excelente	3	4.8
GLOBAL		
Baja	30	47.6
Media	**32**	**50.8**
Alta	1	1.6
Total	63	100.0

Fuente: Matriz de datos

Respecto a la calidad de vida, en la dimensión física se observa que el 49.2% de personas tienen una calidad de vida media. Dimensión psicosocial podemos observar que el 65.1% tienen una calidad de vida regular. Dimensión Relaciones Sociales el 61.9% manifestó tener una regular calidad de vida. Dimensión Ambiental el 65.1% manifestó tener una calidad de vida también regular. A nivel Global se observa que más de la mitad de la población estudiada tiene una Calidad de Vida Media.

TABLA N°4

POBLACIÓN DE ESTUDIO POR AUTOCUIDADO SEGÚN CALIDAD DE VIDA: DIMENSIÓN FÍSICA. MICRORED ZAMÁCOLA Y ALTO SELVA ALEGRE AREQUIPA 2018.

Autocuidado	Dimensión Física						Total	
	Baja		Media		Alta			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
CUIDADOS								
Inadecuado	21	**61.8**	13	38.2	0	0.0	34	100.0
Adecuado	6	20.7	18	**62.1**	5	17.2	29	100.0
P	0.001 (P < 0.05) S.S.							
SEGUIMIENTO								
Inadecuado	16	**53.3**	11	36.7	3	10.0	30	100.0
Adecuado	11	33.3	20	**60.6**	2	6.1	33	100.0
P	0.165 (P ≥ 0.05) N.S.							
TOTAL								
Inadecuado	19	**67.9**	9	32.1	0	0.0	28	100.0
Adecuado	8	22.9	22	**62.9**	5	14.3	35	100.0
P	0.001 (P < 0.05) S.S.							
Total	27	42.9	31	49.2	5	7.9	63	100.0

Fuente: Matriz de datos

Se observa que la población de estudio en cuidados inadecuados relacionado con la Dimensión física tiene una calidad de vida baja con el 61.8%. se infiere que estas personas no cumplieron en algunos de los criterios como lo son una alimentación adecuada, acudir a recibir su tratamiento farmacológico continuamente, por lo que sus efectos negativos se plasman en su salud física.

En cuidados adecuados relacionado con la dimensión física tienen una calidad de vida regular con el 62.1%. Las diferencias encontradas son significativas.

Respecto a Seguimiento inadecuados relacionado con la Dimensión física tienen una calidad de vida baja con el 53.3%. Se infiere que estas personas no cumplieron en algunos criterios como son no asistir a sus controles médicos mensuales o no aplicar las medidas preventivas dadas por el Centro de Salud lo que terminó por repercutir en su salud física, todo lo contrario, a las personas que tienen un seguimiento adecuado obtuvieron una calidad de vida media del 60.6%. Las diferencias encontradas no son significativas.

Autocuidado en relación a la dimensión física, las personas con un inadecuado autocuidado, es decir, que no cumplieron con los criterios de las dimensiones cuidado y seguimiento, tienen una calidad de vida baja. Por otra parte, las personas con un autocuidado adecuado presentaron una calidad de vida alta.
Según la prueba estadística del Chi Cuadrado las diferencias encontradas son significativas.

TABLA N°5

POBLACIÓN DE ESTUDIO POR AUTOCUIDADO SEGÚN CALIDAD DE VIDA: DIMENSIÓN PSICOLOGICA. MICRORED ZAMÁCOLA Y ALTO SELVA ALEGRE AREQUIPA 2018.

Autocuidado	Dimensión Psicológica						Total	
	Baja		Media		Alta			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
CUIDADOS								
Inadecuado	10	29.4	22	**64.7**	2	5.9	34	100.0
Adecuado	2	6.9	19	**65.5**	8	27.6	29	100.0
P	0.012 (P < 0.05) S.S.							
SEGUIMIENTO								
Inadecuado	9	30.0	18	**60.0**	3	10.0	30	100.0
Adecuado	3	9.1	23	**69.7**	7	21.2	33	100.0
P	0.079 (P ≥ 0.05) N.S.							
TOTAL								
Inadecuado	9	32.1	17	**60.7**	2	7.1	28	100.0
Adecuado	3	8.6	24	**68.6**	8	22.9	35	100.0
P	0.029 (P < 0.05) S.S.							
Total	12	19.0	41	65.1	10	15.9	63	100.0

Fuente: Matriz de datos

Se observa que la población de estudio en Cuidados inadecuados relacionado con la Dimensión Psicológica tiene una calidad de vida media que tiende a ser baja con el 64.7%. Se infiere que estas personas no cumplieron en algunos criterios como son no usar su mascarilla cuando sale a la calle o no dormir sus ocho horas diarias lo que terminó por influenciar en su salud psicológica, todo lo contrario, a las personas que tienen cuidados adecuados que obtuvieron una calidad de vida media que tiende a ser alta del 65.5%. Las diferencias encontradas son significativas.

Respecto a Seguimiento inadecuado relacionado con la Dimensión Relaciones Sociales tienen una calidad de vida media con el 60%. Se infiere que estas personas no cumplieron en algunos criterios como son no participar de apoyo psicológico o control de peso, lo que terminó por repercutir en su salud psicológica, de igual manera, las personas que tienen un seguimiento adecuado obtuvieron una calidad de vida media del 69.7%. Las diferencias encontradas no son significativas.

Autocuidado en relación a la dimensión Relaciones Sociales, las personas con un inadecuado autocuidado, es decir, que no cumplieron con los criterios de las dimensiones cuidado y seguimiento, tienen una calidad de vida media que tiende a ser baja. Por otra parte, las personas con un autocuidado adecuado presentaron una calidad de vida media que tiende a ser alta.
Según la prueba estadística del Chi Cuadrado las diferencias encontradas son significativas.

TABLA N°6

POBLACIÓN DE ESTUDIO POR AUTOCUIDADO SEGÚN CALIDAD DE VIDA: DIMENSIÓN RELACIONES SOCIALES. MICRORED ZAMÁCOLA Y ALTO SELVA ALEGRE AREQUIPA 2018.

Autocuidado	Relaciones Sociales						Total	
	Deficiente		Regular		Excelente			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
CUIDADOS								
Inadecuado	11	32.4	19	**55.9**	4	11.8	34	100.0
Adecuado	2	6.9	20	**69.0**	7	24.1	29	100.0
P	0.035 (P < 0.05) S.S.							
SEGUIMIENTO								
Inadecuado	7	23.3	17	**56.7**	6	20.0	30	100.0
Adecuado	6	18.2	22	**66.7**	5	15.2	33	100.0
P	0.716 (P ≥ 0.05) N.S.							
TOTAL								
Inadecuado	6	21.4	18	**64.3**	4	14.3	28	100.0
Adecuado	7	20.0	21	**60.0**	7	20.0	35	100.0
P	0.838 (P ≥ 0.05) N.S.							
Total	13	20.6	39	61.9	11	17.5	63	100.0

Fuente: Matriz de datos

Respecto a Cuidados inadecuados relacionado con la Dimensión Relaciones Sociales tiene una calidad de vida media que tiende a ser baja con el 55.9%. Se infiere que estas personas no cumplieron en algunos criterios como compartir su dormitorio con más de dos personas o salir a la calle sin mascarilla lo que terminó por repercutir en su salud física, de igual manera las personas que tienen Cuidados adecuados obtuvieron una calidad de vida media que tiende a ser alta del 69%. Las diferencias encontradas son significativas.

Respecto a Seguimiento inadecuados relacionado con la Dimensión Relaciones Sociales tiene una calidad de vida media con el 56.7%. Se infiere que estas personas no cumplieron en algunos criterios como participar en las visitas domiciliarias o evaluación de descarte de tuberculosis en los integrantes de su familia lo que terminó por repercutir en sus Relaciones Sociales, todo lo contrario, a las personas que tienen un seguimiento adecuado que obtuvieron una calidad de vida media del 66.7%. Las diferencias encontradas no son significativas.

Autocuidado relacionado con Dimensión Relaciones Sociales, las personas con un autocuidado inadecuado tienen una calidad de vida regular, de igual manera las personas que tienen un adecuado autocuidado tienen una calidad de vida regular.

Según la prueba estadística del Chi Cuadrado las diferencias encontradas no son significativas. Se infiere que el autocuidado que tenga una persona con tuberculosis sea adecuado o inadecuado no interviene de manera directa en el desarrollo de la dimensión de relaciones sociales.

TABLA N° 7

POBLACIÓN DE ESTUDIO POR AUTOCUIDADO SEGÚN CALIDAD DE VIDA: DIMENSIÓN AMBIENTAL. MICRORED ZAMÁCOLA Y ALTO SELVA ALEGRE AREQUIPA 2018.

Autocuidado	Ambiental						Total	
	Deficiente		Regular		Excelente			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
CUIDADOS								
Inadecuado	16	47.1	17	**50.0**	1	2.9	34	100.0
Adecuado	3	10.3	24	**82.8**	2	6.9	29	100.0
P	0.006 (P < 0.05) S.S.							
SEGUIMIENTO								
Inadecuado	15	**50.0**	15	**50.0**	0	0.0	30	100.0
Adecuado	4	12.1	26	**78.8**	3	9.1	33	100.0
P	0.002 (P < 0.05) S.S.							
TOTAL								
Inadecuado	13	46.4	14	**50.0**	1	3.6	28	100.0
Adecuado	6	17.1	27	**77.1**	2	5.7	35	100.0
P	0.042 (P < 0.05) S.S.							
Total	19	30.2	41	65.1	3	4.8	63	100.0

Fuente: Matriz de datos

Respecto a Cuidados inadecuados relacionado con la Dimensión Ambiente tiene una calidad de vida media que tiende a ser baja con el 50%. Se infiere que estas personas no cumplieron en algunos criterios como tomar una siesta luego de almorzar en el trabajo o compartir dormitorio con más de dos personas lo que terminó por repercutir en su Ambiente, de igual manera, las personas que tienen un Cuidados adecuados obtuvieron una calidad de vida media del 82.8%. Las diferencias encontradas son significativas.

Respecto a Seguimiento inadecuado relacionado con la Dimensión Ambiente tiene una calidad de vida media y baja de igual similitud con el 50%. Se infiere que estas personas no cumplieron en algunos criterios como asistir a las entrevistas para informarse sobre su enfermedad lo que terminó por repercutir en su Ambiente, de igual manera, las personas que tienen un Seguimiento adecuado obtuvieron una calidad de vida media del 78.8%. Las diferencias encontradas son significativas.

Autocuidado relacionado con Dimensión Ambiente, las personas que presentaron un autocuidado inadecuado, es decir, las personas que no cumplen con los criterios de las dimensiones cuidados y seguimiento tienen una regular que tienden a ser deficiente calidad de vida y las personas que tienen un autocuidado adecuado tienden a una regular calidad de vida. Según la prueba estadística del Chi Cuadrado las diferencias encontradas son significativas

TABLA N° 8

POBLACIÓN DE ESTUDIO POR AUTOCUIDADO SEGÚN CALIDAD DE VIDA. MICRORED ZAMÁCOLA Y ALTO SELVA ALEGRE AREQUIPA 2018.

Autocuidado	Calidad de Vida						Total	
	Baja		Media		Alta			
	N°		N°		N°		N°	
CUIDADOS								
Inadecuado	24	**70.6**	10	29.4	0	0.0	34	100.0
Adecuado	6	20.7	22	**75.9**	1	3.4	29	100.0
P	0.000 (P < 0.05) S.S.							
SEGUIMIENTO								
Inadecuado	18	**60.0**	12	40.0	0	0.0	30	100.0
Adecuado	12	36.4	20	**60.6**	1	3.0	33	100.0
P	0.131 (P ≥ 0.05) N.S.							
TOTAL								
Inadecuado	19	**67.9**	9	32.1	0	0.0	28	100.0
Adecuado	11	31.4	23	**65.7**	1	2.9	35	100.0
P	0.014 (P < 0.05) S.S.							
Total	30	47.6	32	50.8	1	1.6	63	100.0

Fuente: Matriz de datos

Respecto a Cuidados inadecuados relacionado con Calidad de Vida tiene una calidad de vida baja con el 70.6%. Se infiere que estas personas no cumplieron en algunos criterios de la dimensión cuidados, las personas que tienen Cuidados adecuados obtuvieron una calidad de vida media con 75.9%. Las diferencias encontradas son muy significativas.

Respecto a Seguimiento inadecuado relacionado con la Calidad de Vida tiene una calidad de vida baja con el 67.9%. Se infiere que estas personas no cumplieron en algunos criterios de la dimensión seguimiento, las personas que tienen un Seguimiento adecuado obtuvieron una calidad de

vida media del 60.6%. Las diferencias encontradas no son significativas.

Autocuidado relacionado con Calidad de Vida, las personas que presentaron un autocuidado inadecuado, es decir, las personas que no cumplen con los criterios de las dimensiones cuidados y seguimiento tienen una baja calidad de vida y las personas que tienen un autocuidado adecuado tienden a una regular calidad de vida.

Se infiere que la población mantiene un autocuidado adecuado aceptable en las dimensiones físicas, psicológica, relaciones sociales y ambiente pero que aún hay mucho por mejorar, la enfermera cumple un rol importante para reforzar estas prácticas y mejorar la calidad de vida de estas personas.

Según la prueba estadística del Chi Cuadrado establece que el autocuidado y calidad de vida presentaron una relación estadísticamente significativa, es decir a mayor autocuidado mejor es la calidad de vida.

B. DISCUSIÓN

La tuberculosis actualmente en el siglo XXI sigue siendo la enfermedad infecto-contagiosa más importante, que a pesar de los esfuerzos que se ha realizado para su erradicación, sigue siendo un problema global sobre todo en los países en vías de desarrollo. Al ser una enfermedad contagiosa, es de suma importancia que las personas que lo padecen cumplan con las medidas de autocuidado necesarias, como: alimentación adecuada, sueño, cumplimiento de tratamiento farmacológico, saneamiento ambiental, apoyo psicológico, etc.

Según los datos socio demográficos obtenidos se puede resaltar que el género masculino (61.9%) es el más afectado por esta enfermedad, sin embargo, esto discrepa con los datos encontrados por GONZALES, R. (2013), quién refiere que la enfermedad afecta a ambos géneros en proporciones similares.

Esto puede deberse a que el género masculino en su mayoría tiende a ser el soporte de su núcleo familiar, lo que lo impulsa en su mayoría a generar ingresos rápidos a costa de su salud.

Para una persona activa económicamente, es importante que cumpla son sus medidas de autocuidado, como el sueño y la alimentación, las ausencias de estas acciones disminuyen las defensas del cuerpo humano y son un factor de riesgo a padecer enfermedades infecto-contagiosas e incluso crónicas como la tuberculosis. La norma técnica de prevención y control de la Tuberculosis, recomienda reposo físico durante la primera fase del tratamiento, es aquí donde el paciente recibe mayor cantidad de fármacos y donde aún persisten bacilos positivos capaces de contagiar a otras personas.

Respecto a las medidas de autocuidado que tienen las personas con tuberculosis de las Microredes Zamácola y Alto Selva Alegre, se encontró un porcentaje mayoritario de 35 personas (55.6%) tienen medidas de autocuidado adecuadas. Estos resultados discrepan a los

encontrados por ARÉVALO, J. (2017), quién encontró que el (66%) de los pacientes con tuberculosis tienen medidas de autocuidado inadecuadas.

Se puede deducir que la mayoría de las personas con tuberculosis realiza medidas de autocuidado adecuadas, sin embargo, existe un porcentaje muy significativo 44.4% que no cumple con las medidas de autocuidado adecuadas lo cual puede llevar a la diseminación de la enfermedad y el compromiso de la salud de quienes lo rodean.

En cuanto a las dimensiones física y social, se obtuvo un resultado medio, 49.2% y 61.9% respectivamente, por otra parte, GONZALES, R. (2013), manifiesta que tanto la dimensión física como social son las más afectadas, limitando la capacidad productiva, afectando su ingreso económico, lo que conlleva a un impacto negativo en su desenvolvimiento personal y laboral.

De acuerdo a los datos obtenidos de una dimensión social media resaltante 61.9%, el hecho de padecer esta enfermedad no es un impedimento para crear una red social compuesta por amigos y familiares, se considera un recurso importante para afrontar de forma adecuada la tuberculosis.

PLACIDO, M. (2014) recalca que una buena alimentación, descanso y actividad recreativa tienen importancia en la lucha contra esta enfermedad. Así también el incumplimiento de estas medidas trae consecuencias severas como, resistencia a los medicamentos, contagio a los contactos, etc.

Es importante el rol educativo que realiza la enfermera en la atención del paciente con Tuberculosis pues es ella quien debe lograr la incorporación activamente del paciente y familia en el cuidado y autocuidado de la persona con tuberculosis con el fin de generar

conductas saludables, modificar la respuesta en el proceso salud – enfermedad y de esta manera mejorar las dimensiones de su calidad de vida.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

1. Según la caracterización de la población, la mayoría de las personas con tuberculosis son del sexo masculino, se encuentran entre las edades de 26 a 40 años, convivientes/casados, con educación secundaria completa, y además la mayor parte de la población son trabajadores independientes que dependen económicamente de sí mismos, presentan tuberculosis pulmonar, sin patologías asociadas.

2. La mayoría de la población estudiada tiene un adecuado nivel de autocuidado general en el 55.6%. En la dimensión de cuidados se encontró que más de la mitad de estas personas tienen un inadecuado autocuidado, al igual que en la dimensión seguimiento que más de la mitad presenta un adecuado autocuidado.

3. Respecto a la calidad se obtuvo que el mayor porcentaje de pacientes tienen una calidad de vida media con un 50.8%. En cuanto a sus dimensiones: física, psicológica, relaciones sociales y ambiente la calidad de vida es media.
4. En cuanto a la relación entre el autocuidado y la calidad de vida de las personas con tuberculosis sujetas de estudio, mediante la aplicación del estadístico no paramétrico del Chi Cuadrado ambas tienen una relación significativa 0.014 (P<0,05). Evidenciándose que a mayor autocuidado mejor es la calidad de vida en las personas con tuberculosis.

B. RECOMENDACIONES

a. Dado el significativo impacto que tiene esta enfermedad en las edades de 26 a 40 años (económicamente activa) se hace imprescindible la participación de todo el equipo multidisciplinario de salud en la aplicación de programas y talleres dirigidos tanto a la persona afectada como a su familia, donde se brinde educación de manera didáctica sobre la tuberculosis en cuanto a sus síntomas, formas de contagio, tratamiento y medidas de prevención para así ayudar a reducir el estigma sobre esta enfermedad.

b. Respecto al Autocuidado, considerando que en la dimensión cuidados se obtuvo un resultado inadecuado del 54%. Se sugiere a los profesionales de la salud, principalmente al personal de enfermería involucrarse con su participación para que ayuden a mejorar en las áreas de ingesta de nutrientes, horas de sueño, ejercicio, hacinamiento, ventilación y limpieza del hogar, así como la importancia del uso de mascarilla mediante una educación y consejería personalizada.

c. Se recomienda una coordinación estrecha y permanente con el equipo multidisciplinario incluyendo a los promotores de la salud para su intervención y desarrollo a cabalidad de su labor en mejorar la calidad

de vida de la persona con tuberculosis sobre todo en el aspecto físico y psicológico debido a las complicaciones que esta patología tiene en el paciente y la familia, lo que permitiría la aceptación y compromiso de la persona en su tratamiento en general.

d. Se debe considerar reuniones permanentes de todo el equipo multidisciplinario para exponer y evaluar la recuperación de cada uno de los pacientes considerando que la mayoría tiene un inicio corto de enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

-Canales, F. y Cols, (1994), “Metodología de la Investigación”, 2da edición, Ed Limusa, México

-Carrasco S, (2005), “Metodología de la Investigación Científica”, Ed San Marcos, Perú.

-Cavanagh S, (1993), “Modelo de Orem. Aplicación práctica. Barcelona: Masson-Salvat Enfermería”, España.

-Choque, C. y Col (2017), “Autocuidado y Calidad de vida la persona con cáncer. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (IREN-SUR)”. Tesis de licenciatura de Enfermería. Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa-Perú.

-Hernández, R. y Col, (2008), “Metodología de la Investigación”, 4ta edición, Ed. Mc Graw Hill Interamericana, México.

-Hernández, R. y Col, (2014), “Metodología de la Investigación”, 4ta edición, Ed. Mc Graw Hill Interamericana, México.

-Raile M.,Marriner A, (2011), “Modelos y Teorías en Enfermería”, 7ma edición, Ed. EdiDe, SL, España.

-Peralta R, (2018), “Investigación Científica” (Recopilación Bibliográfica), Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa-Perú.

-Polit D, Humgler B, (2002), “Investigación científica en ciencias de la salud”, 6ta edición, Ed. Mc Graw Hill Interamericana, México.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

-Arévalo, J. (2017), "Conocimiento de tuberculosis y Practicas de Autocuidado en Pacientes adultos del Hospital Marino Molina", Universidad César Vallejo, Lima-Perú.

-Bayarre, H. y Col. (2016), "Validación y adaptación lingüística-cultural del Instrumento World Health Organization Quality of Live Bref en mujeres de edad mediana", Revista Cubana de Enfermería, La Habana, Cuba.

-Ccalla, S. y Quispe, M. (2014), "Apoyo Social Percibido y Calidad de Vida en personas con Tuberculosis en las Microredes Zamácola, Alto Selva Alegre y Ciudad Blanca", Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa-Perú.

-Flores, I. y Col. (2014), "Capacidad de autocuidado y respuesta adaptativa en adultos con Diabetes Mellitus tipo II del programa de pacientes diabéticos Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza", Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa-Perú.

-García, C. y Otros. (2011), "Impacto de la tuberculosis pulmonar en la calidad de vida de los pacientes", Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosio Villegas, Revista de Investigación Clínica, México. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/pdf/inf/v22n3/0123-9392-inf-22-03-00124.pdf

-González, R. y Otros. (2013) "Calidad de vida relacionada con la salud y trabajo en pacientes con tuberculosis en Guadalajara", Grupo de investigación Instituto de Investigación en Salud Ocupacional de la Universidad de Guadalajara, México.

-Huansi, L. (2017), "Cuidados de enfermería en pacientes con tuberculosis pulmonar", Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Lima-Perú. Disponible en:

http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2011/nn111g.pdf

-Giraldo, N. (2017), “Calidad de vida relacionada con la salud en tuberculosis: Revisión sistemática y metanálisis”, Medellín-Colombia. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/pdf/inf/v22n3/0123-9392-inf-22-03-00124.pdf

-Guzmán, X. y Mejía, G. (2014), “Percepciones y Prácticas de los casos con Tuberculosis y Adhesión al tratamiento Microred de Salud Maritza Campos Díaz Zamácola”, Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa-Perú.

-Juárez, K. y Lerma, M. (2013), “Relación familiar y apoyo social relacionado con la calidad de vida en adultos mayores, clubs de las Microredes del distrito de Mariano Melgar”, Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa-Perú.

-Mendoza, A. y Col. (2015), “Tuberculosis en el Perú: Situación Epidemiológica, Avances y Desafíos para su control”, Revista Perú Med. Exp. Salud Pública, vol. 1, n° 1, p, 301-309, Perú.

-Miranda, G. y Cols. (2004), “Manifestaciones radiográficas de la tuberculosis pulmonar” Revista Chilena de Radiología, vol. 10 nº 4, Chile. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082004000400006

-Musayón, F y Cols. (2010), “El rol de la enfermería en el control de la tuberculosis: una discussión desde la perspectiva de la equidad”, Rev. Latino-Am, Lima-Perú. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/es_20.pdf

-Parrales, A. y Silva, I. (2017),” Autocuidado en pacientes con Tuberculosis Pulmonar que reciben tratamiento antifímico en un centro de salud del norte de la ciudad de Guayaquil”, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ecuador.

-Plácido, M. y Oré, N. (2014), “Prácticas de autocuidado en personas afectadas de tuberculosis pulmonar en cuatro establecimientos de salud de la Microred Caraballo”, Universidad de Ciencias y Humanidades, Lima-Perú.

-Rodríguez, D. y Otros. (2002), “Efectos adversos de consecuencia fatal por tratamiento con fármacos antituberculosos”, Universidad Cayetano Heredia, Lima-Perú. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2002000400007

-Swayne, M. y Otros. (2016), “Calidad de vida asociada al grado de secuela Radiológica de Tuberculosis pulmonar en pacientes atendidos por el departamento de neumología del Hospital Nacional Hipólito Unánue”, Universidad Ricardo Palma, Lima-Perú.

ANEXOS

ANEXO Nº 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ con DNI_____ por la presente declaro: haber recibido la información suficiente respecto a la investigación "AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON TUBERCULOSIS DE LAS MICROREDES ZAMÁCOLA Y ALTO SELVA ALEGRE, AREQUIPA-2018" conducida por Arela Vilca, Rocío Irene y Torres Rondón, Nicol Asunción; bachilleras de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de San Agustín para lo cual se pide mi participación.

De la información recibida he comprendido que:

- La investigación realizada será útil para determinar si existe relación entre el autocuidado y calidad de vida en pacientes con tuberculosis.
- Mi participación consiste en brindar información sobre datos referidos al cuidado de mi salud.
- La información que proporcione será confidencial y manejada con fines académicos.
- Mi participación es totalmente voluntaria.
- En caso de negarme, esto no repercutirá en mi persona, familia o atención.
- En caso que viera conveniente podré retirarme del estudio en el momento que desee.

Por lo dicho, es que ACEPTO VOLUNTARIAMENTE ser parte de dicha investigación.

Para que conste firmo al pie del presente documento:

Arequipa___de_____ del 2018

_____

Firma del Participante

ANEXO Nº 2

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

FICHA INDIVIDUAL

Estimado Sr (a) para realizar la investigación “Autocuidado y Calidad de vida en personas con tuberculosis de las Microredes Zamácola y Alto Selva Alegre, Arequipa-2018” requerimos de ciertos datos suyos, información que no será revelada por ningún motivo, respetando de esta forma su privacidad. Pedimos su colaboración, rogándole la mayor sinceridad posible. Agradecemos su participación.

DATOS GENERALES:

1. **SEXO**

   MASCULINO ( ) FEMENINO ( )

2. **EDAD**

   18-39 ( )
   26-40 ( )
   61-80 ( )

3. **GRADO DE INSTRUCCIÓN**

   NINGUNO ( )
   INICIAL ( )
   PRIMARIA ( )
   SECUNDARIA ( )
   SUPERIOR NO UNIVERSITARIA ( )
   SUPERIOR UNIVERSITARIA ( )

4. **LUGAR DE PROCEDECIA:**

   AREQUIPA ( )
   OTRO ( )

5. OCUPACIÓN

DESOCUPADO ( )
TRABAJADOR INDEPENDIENTE ( )
TRABAJADOR DEPENDIENTE ( )
SU CASA ( )
JUBILADO ( )

6. ESTADO CIVIL

SOLTERO ( )
CONVIVIENTE/CASADO ( )
DIVORCIADO/SEPARADO ( )
VIUDO (A) ( )

7. DEPENDENCIA ECONÓMICA

SU PAREJA ( )
SUS PADRES ( )
HIJOS ( )
DE SI MISMO ( )
JUBILACIÓN ( )

8. PATOLOGÍAS ASOCIADAS

NINGUNA ( )
DIABETES ( )
INS. RENAL ( )
HEPATITIS ( )
VIH/SIDA ( )
OTRA _____

9. TIPO DE TB

PULMONAR ( )
EXTRAPULMONAR ( ) Especificar _____

ANEXO 3

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCALA LIKERT DE AUTOCUIDADO

INSTRUCCIONES:

El presente cuestionario que se le va a aplicar sirve para conocer su práctica e interés de su autocuidado general de las personas con tuberculosis Por favor, conteste a todas las preguntas que se realice con honestidad, teniendo en cuenta que no existe respuesta buena o mala.

A continuación, se presentan una serie de enunciados con sus respectivas alternativas, marque con aspa (X) en el recuadro de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta. Gracias por su colaboración.

ITEMS	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYORIA DE VECES	SIEMPRE
CUIDADOS: Ingesta de nutrientes energéticos					
1. Ingiero alimentos 3 veces al día.					
2. Consumo avena diariamente en el desayuno.					
Ingesta de nutrientes					
3. Consumo leche en el desayuno.					
4. Ingiero yogurt diariamente.					
Ingesta de nutrientes protectores					
5. Consumo de frutas diariamente.					

6. Acompaño mis alimentos con ensaladas.					
Hacinamiento					
7. El dormitorio donde duermo lo comparto con dos o más personas de mi familia.					
Horas de sueño.					
8. Duermo 8 horas diarias.					
Horas de trabajo.					
9. Mis funciones labores ponen en riesgo mi salud.					
Horas de ejercicio.					
10. Realizo una camina de 30 minutos al día.					
Ventilación en el hogar					
11. Mi casa cuenta con ventanas para tener mejor ventilación y entrada de la luz solar.					
Limpieza del hogar					
12. Barro y desinfecto todos los días mi casa.					
Uso de mascarillas					

13. Siempre que salgo a la calle uso mi mascarilla.					
SEGUIMIENTO: Entrevista de enfermería					
14. Asisto a las entrevistas para infórmame sobre mi enfermedad.					
15. Aplico las medidas preventivas dadas por el Establecimiento de salud.					
Baciloscopia					
16. Me realizo todos los análisis de las pruebas de esputo.					
17. Recolecto mis muestras de esputo según lo indicado por la enfermera del establecimiento de salud.					
Peso					
18. Me controlo mi peso mensualmente.					
Censo de Contactos					
19. Realizo una evaluación de descarte de la tuberculosis a los integrantes de mi familia.					

Control radiológico					
20. Me tomo una radiografía de tórax.					
Visita domiciliaria					
21. Participo en las visitas domiciliarias.					
Interconsulta psicológica					
22. Recibo y participo de apoyo psicológico.					
Interconsulta nutricional					
23. Asisto al tratamiento con el nutricionista.					
24. Recibo ayuda de la asistenta social.					
25. Asisto a mi control médico mensualmente.					

INSTRUCTIVO DEL INSTRUMENTO

ESCALA LIKERT DE AUTOCUIDADO

INSTRUCTIVO

Esta escala es una de las más completas, para evaluar las prácticas de autocuidado en personas con tuberculosis, es ordinal y mide el autocuidado en todas sus dimensiones. Las escalas de respuesta son de tipo Likert, con 4 opciones de respuesta.

Consta de 2 dimensiones con los siguientes indicadores:

a) Cuidados conformada por 13 ítems.

- Ingesta de nutrientes Energéticos conformada por 2 ítems: 1,2
- Ingesta de nutrientes Constructores conformada por 2 ítems: 3,4
- Ingesta de nutrientes Protectores conformada por 2 ítems: 5,6
- Hacinamiento conformado por 1 ítem: 7
- Horas de sueño conformada por 1 ítem: 8
- Horas de trabajo conformada por 1 ítem: 9
- Horas de ejercicio conformada por 1 ítem: 10
- Ventilación en el hogar conformada por 1 ítem: 11
- Limpieza del hogar conformada por 1 ítem: 12
- Uso de mascarilla conformada por 1 ítem: 13

Valores para evaluar la dimensión de cuidados:

-Adecuado (40- 65 puntos)

-Inadecuado (13- 39 puntos)

b) Seguimiento conformado por 12 ítems.

- Entrevista de enfermería conformada por 1 ítem: 14, 15
- Baciloscopia conformada por 2 ítems: 16, 17
- Peso conformado por 1 ítem: 18
- Censo de contactos conformada por 1 ítem: 19
- Control radiológico conformada por 1 ítem: 20

- Visita domiciliaria conformada por 1 ítem: 21
- Interconsulta a psicología conformada por 1 ítem: 22
- Interconsulta a nutrición conformada por 1 ítem: 23, 24, 25

Valores para evaluar la dimensión de cuidados:

-Adecuado (37-60 puntos)

-Inadecuado (12-36 puntos)

Valores finales para la evaluación de la Escala de Autocuidado

a) **ADECUADA** (76- 125 puntos)

b) **INADECUADA** (25 -75 puntos)

ANEXO 4

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA

WHOQOL- BREF CON ADAPTACIÓN Y VALIDACIÒN LINGÜÍSTICA-CULTURAL.

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud, y otras áreas de su vida. Por favor, conteste todas las preguntas. Si no está seguro sobre qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca la más apropiada. A veces, esta puede ser su primera respuesta. Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones y marque con aspa (X) en el recuadro de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas.

1: Nada 2: Un poco 3: Moderado 4: Bastante 5: Totalmente

¿Obtiene de otros el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Por favor, lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga una X en la casilla de la escala para cada pregunta que sea su mejor respuesta.

1: Muy mal 2: Poco 3: Lo normal 4: Bastante bien 5: Muy bien

1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

1: Muy insatisfecho 2: Poco 3: Lo normal 4: Bastante satisfecho 5: Muy satisfecho

2	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuanto ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

1: Nada 2: Un poco 3: Lo normal 4: Bastante 5: Extremadamente

3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuán totalmente usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas.

1: Nada 2: Un poco 3: Moderado 4: Bastante 5: Totalmente

10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué disponible tiene la información que	1	2	3	4	5

	necesita en su vida diaria?					
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuán satisfecho o bien feliz se ha sentido en varios aspectos de su vida en las dos últimas semanas.

1: Muy insatisfecho 2: Poco 3: Lo normal 4: Bastante satisfecho 5: Muy satisfecho

16	¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho está son su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5

24	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
26	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

1: Nunca 2: Raramente 3: Medianamente 4: Frecuentemente 5: Siempre

27	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad y depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ha ayudado alguien a llenar este cuestionario?

_____

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

_____

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

_____

(*)*Tomado del Grupo WHOQOL de la OMS, con validación y adaptación lingüística-cultural, Desarrollada por Bayarre y Colaboradores en la Habana-Cuba,2014*

Valores finales: Baja 0-69 puntos, media 70-99 puntos, alta 100-130 puntos.

DESCRIPTIVO Y VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

CALIDAD DE VIDA WHOQOL- BREF CON ADAPTACIÓN Y VALIDACIÒN LINGÜÍSTICA- CULTURAL.

DESCRIPTIVO

El WHOQOL-100 y el WHOQOL-BREF es una propiedad de la OMS y Alison Harper en nombre del Grupo WHOQOL en 1996. El WHOQOL-BREF, una versión abreviada del WHOQOL-100. También incluye una versión genérica en inglés del WHOQOL-BREF, instrucciones para administrar y puntuar, y usos propuestos para esta forma corta del WHOQOL.

El WHOQOL-100 permite una evaluación detallada de cada faceta individual relacionada con la calidad de vida. El WHOQOL-BREF por lo tanto, la versión de prueba de campo se ha desarrollado para proporcionar una evaluación breve de la calidad de vida que examina los perfiles de nivel de dominio, 20 centros de campo situados dentro de dieciocho los países han incluido datos para estos fines. El WHOQOL-BREF contiene un total de 26 preguntas. Para proporcionar una evaluación amplia y completa, un elemento de cada una de las 24 facetas contenido en el WHOQOL-100 ha sido incluido. Además, dos cuestiones generales.

En el ámbito psicométrico fue seleccionada entonces la pregunta que más se correlaciona altamente con la puntuación total, calculada por el promedio de todas las facetas. Después de este paso, los elementos seleccionados fueron examinados por un panel de expertos para determinar si cada dominio representado conceptualmente en las facetas se formó. De los 24 artículos seleccionados, seis fueron reemplazados por las preguntas que mejor definen la faceta correspondiente. Tres elementos del dominio de medio ambiente fueron reemplazados porque están altamente correlacionadas con el dominio psicológico. Los otros tres fueron reemplazados por otros elementos que explican mejor el lado en cuestión quedando en cuatro áreas: salud física, salud psicológica, relaciones

sociales y ambiente. Es así que el WHOQOL-BREF consta de cuatro ámbitos:

-Dominio físico. Determinado por la funcionalidad; energía y fatiga; dolor y malestar; necesidad de tratamientos médicos; capacidad de trabajo; dormir y descansar; actividades de la vida diaria; la dependencia de sustancias medicinales y ayudas médicas; movilidad y capacidad de trabajo.

-Dominio psicológico. Compuesto por la satisfacción de la vida y consigo mismo; capacidad de concentración; sentimientos positivos y negativos; imagen corporal y la apariencia; amor propio; y espiritualidad.

-Dominio de relaciones sociales. Determinado por la satisfacción con las relaciones personales; soporte y apoyo social; y actividad sexual. Calidad de vida y depresión

-Dominio del ambiente. Compuesto por el ambiente físico; seguridad; recursos financieros; acceso a los servicios de salud; participación en actividades de ocio y recreación; transporte e información.

VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD

Este cuestionario ha sido validado y traducido en 19 idiomas, su aplicación posee una fiabilidad según el coeficiente de Cronbach de 0.969.

VALIDACIÓN Y ADAPTACIÓN LINGÜÍSTICAL-CULTURAL

El instrumento fue sometido a un proceso de adaptación lingüística-cultural, desarrollada por Bayarre y Colaboradores en la Habana-Cuba en el año 2014, para la mujer de mediana edad, que incluyó a un grupo de expertos por siete profesionales de salud. Con un Universo de 7440 mujeres para el trabajo de validación del instrumento con un tamaño maestral de 300 mujeres residentes en la barriada de Párraga. Las modificaciones propuestas por los siete expertos para los ítems del instrumento en relación con el criterio de claridad son los ítems; 1, 3, 4, 7, 9, 10, 15, 19, 24 y 25 de las 26 facetas que componen el instrumento.La Validez de Contenido se

efectuó a través de expertos; para su selección se tuvo en cuenta, que fueran profesionales, psicólogos, médicos, licenciados que tuviesen título de Máster o de Doctor en Ciencias, que se desempeñaran en la profesión y que tuviesen conocimientoo en relación al tema abordado, se les solicitó que emitieran su valoración sobre los criterios de validez de contenido por juicios de expertos, propuestos por Escobar Pérez y Cuervo-Martínez.

INSTRUCTIVO

Las escalas de respuesta son de tipo Likert, es ordinal y mide la en todas sus dimensiones, con 5 opciones de respuesta. El número de ítems para cada dominio está constituido por:

- Salud Física formada por 7 ítems: 3, 4, 10, 15, 16,17 y 18.
- Salud Psicológica formada por 6 ítems: 5, 6, 7, 11,19 y 26.
- Relaciones Sociales formadas por 3 ítems: 20,21 y 22.
- Ambiente formado por 8 ítems: 8, 9, 12, 13, 14, 23,24 y 25.

Valores finales para la evaluación de la Calidad de Vida.

Calidad de vida	Baja	Si al responder los ítems del instrumento suman hasta 69 puntos
	Media	Si las respuestas de los ítems suman 70 a 99 puntos.
	Alta	Si las respuestas de los ítems suman 100 a 130 puntos.
Dimensiones de la calidad de vida		
Salud física	Baja	Si al responder los ítems del instrumento que exploran esta dimensión suman hasta 17 puntos.
	Media	Si al responder los ítems del instrumento que exploran esta dimensión suman de 18 a 26 puntos.
	Alta	Si al responder los ítems del instrumento que exploran esta dimensión suman de 27 a 35 puntos.
Salud Psicológica	Baja	Si al responder los ítems del instrumento que exploran esta dimensión suman hasta 14 puntos

	Media	Si al responder los ítems del instrumento que exploran esta dimensión suman de 15 a 22 puntos.
	Alta	Si al responder los ítems del instrumento que exploran esta dimensión suman de 23 a 30 puntos.
Relaciones sociales	Deficientes	Si al responder los ítems del instrumento que exploran esta dimensión suman hasta 7 puntos.
	Regulares	Si al responder los ítems del instrumento que exploran esta dimensión suman de 8 a 11 puntos.
	Excelentes	Si al responder los ítems del instrumento que exploran esta dimensión suman de 12 a 15 puntos.
Ambiente	Deficiente	Si al responder los ítems del instrumento que exploran esta dimensión suman hasta 20 puntos.
	Regular	Si al responder los ítems del instrumento que exploran esta dimensión suman de 21 a 30 puntos
	Excelente	Si al responder los ítems del instrumento que exploran esta dimensión suman de 31 a 40 puntos.