



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN PERSONAS AFECTADAS DE
TUBERCULOSIS PULMONAR EN CUATRO ESTABLECIMIENTOS DE
SALUD DE LA MICRORED CARABAYLLO, 2014**

PRESENTADO POR

**ORÉ HUANCA, NATALY
PLÁCIDO OSCCO, MARTÍN LUIS**

ASESOR

PÉREZ SIGUAS, ROSA EVA

Los Olivos, 2016



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN PERSONAS
AFECTADAS DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN
CUATRO ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA
MICRORED CARABAYLLO, 2014**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL
DE LICENCIADO(A) EN ENFERMERÍA**

PRESENTADO POR:

ORÉ HUANCA, NATALY

PLÁCIDO OSCOCO, MARTÍN LUIS

ASESOR:

PÉREZ SIGUAS, ROSA EVA

LIMA – PERÚ

2016

SUSTENTADA Y APROBADA ANTE EL SIGUIENTE JURADO:

Matta Solis, Hernán Hugo
Presidente

Quispe Rosales, Pedro Pablo
Secretario

Alvines Fernández, Doris Mellina
Vocal

Pérez Siguas, Rosa Eva
Asesor

**PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN PERSONAS
AFECTADAS DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN
CUATRO ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA
MICRORED CARABAYLLO, 2014**

Dedicatoria

El presente trabajo está dedicado a nuestros padres y familiares porque nos brindaron apoyo moral y económico para seguir estudiando y lograr el objetivo trazado para un futuro mejor y ser orgullo para ellos y de la familia.

De igual manera a mis queridos formadores en especial a la docente del curso de investigación y nuestra asesora, quienes siempre nos brindaron mucho de su tiempo para que este trabajo de investigación sea culminado con éxito.

Índice

Resumen

Abstract

Introducción

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	13
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.2 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	19
1.3 OBJETIVO.....	20
1.3.1 Objetivo general.....	20
1.3.2 Objetivos específicos.....	20
1.4 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	20
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	23
2.1 MARCO CONTEXTUAL HISTÓRICO SOCIAL DE LA REALIDAD.....	24
2.1.1 Reseña histórica del distrito de Carabayllo.....	24
2.1.2 Análisis de los determinantes y del estado de salud.....	24
2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	31
2.2.1 Internacionales.....	31
2.2.1 Nacionales.....	33
2.3 MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	36
2.3.1 Autocuidado.....	36
2.3.2 Prácticas de autocuidado.....	38
2.3.3 Teorías del autocuidado.....	38
2.3.4 Necesidades del autocuidado.....	40
2.3.5 Autocuidado en pacientes con tuberculosis.....	41
2.3.6 Tuberculosis.....	45
2.3.7 Estrategia sanitaria nacional de prevención y control de tuberculosis	48
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	49
3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	50
3.2 POBLACIÓN.....	50
3.2.1 Criterios de inclusión.....	50
3.2.2 Criterio de exclusión.....	50

3.3 VARIABLE.....	51
3.3.1 Definición conceptual.....	51
3.3.2 Definición operacional.....	51
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	51
3.4.1 Técnicas de recolección de datos.....	51
3.4.2 Instrumento de recolección de datos.....	51
3.4.3 Construcción y validación del instrumento.....	52
3.5 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	54
3.5.1 Fase previa: Validación del instrumento.....	55
3.5.2 Fase 1: Autorización para recolección de datos.....	55
3.5.3 Fase 2: Coordinaciones para recolección de datos.....	56
3.5.4 Fase 3: Aplicación del instrumento.....	56
3.6 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y METODOS DE ANÁLISIS DE DATOS.....	56
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	57
3.7.1 Principio de no maleficencia.....	57
3.7.2 Principio de beneficencia.....	57
3.7.3 Principio de justicia.....	57
3.7.4 Principio de autonomía.....	57
3.7.5 Consentimiento informado.....	58
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	59
4.1 RESULTADOS.....	60
4.1.1 Descripción de los datos sociodemográficos.....	60
4.1.2 Descripción de los resultados según dimensiones.....	60
4.2 DISCUSIÓN.....	66
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	71
5.1 CONCLUSIONES.....	72
5.2 RECOMENDACIONES.....	72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74
ANEXOS.....	78

Índice de Gráficos

Gráfica 1: Nivel de prácticas de autocuidado en personas afectadas de tuberculosis pulmonar en cuatro establecimientos de salud de la Microred Carabayllo, 2014.....	61
Gráfica 2: Nivel de prácticas de autocuidado general en personas afectadas de tuberculosis pulmonar en cuatro establecimientos de salud de la Microred Carabayllo, 2014.....	62
Gráfica 3: Nivel de prácticas de autocuidado en el desarrollo personal e interacción social en personas afectadas de tuberculosis pulmonar en cuatro establecimientos de salud de la Microred Carabayllo, 2014.....	64
Gráfica 4: Nivel de prácticas de autocuidado específicos de salud en personas afectadas de tuberculosis pulmonar en cuatro establecimientos de salud de la Microred Carabayllo, 2014.....	65

Índice de Anexos

Anexo A: Operacionalización de la variable	79
Anexo B: Instrumento.....	80
Anexo C: Proceso de construcción y validación del instrumento.	88
Anexo D: Formato de juicio de experto sobre la pertinencia del instrumento.....	89
Anexo E: Resultados de la validación	92
Anexo F: Carta de aceptación de la población de estudio.....	93
Anexo G: Consentimiento informado.....	94
Anexo H: Resultados complementarios	95

Resumen

Objetivo: Determinar el nivel de prácticas de autocuidado en personas afectadas de tuberculosis pulmonar en cuatro establecimientos de salud de la Microred Carabaylo, 2014. **Material y método:** El presente estudio es de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, de corte transversal, nivel aplicativo. Población: La población de estudio estuvo conformada por 58 pacientes con diagnóstico de tuberculosis que reciben el tratamiento. Técnica e instrumento: La técnica fue la entrevista, y el instrumento un cuestionario. **Resultados:** Los resultados fueron que 53 pacientes (91.4%) afirman que el nivel de prácticas de autocuidado es regular, 44 pacientes (75.9%) afirman que el nivel de prácticas de autocuidado general es regular, 33 pacientes (56.9%) afirman que el nivel de prácticas de autocuidado de desarrollo personal e interacción social es regular y 28 pacientes (48.3%) afirman que el nivel de prácticas de autocuidado específicos en salud es bueno. **Conclusiones:** El nivel de prácticas de autocuidado en personas afectadas de tuberculosis pulmonar en cuatro establecimientos de salud de la Microred Carabaylo, 2014 se concluye que, fueron regular en su práctica de autocuidado, general, e interacción social y un buen nivel en la dimensión de específicos en salud.

Palabras clave: Prácticas de autocuidado, tuberculosis pulmonar, autocuidado.

Abstract

Objective: To determine self-care practices level in pulmonary tuberculosis affected people in four health centers of Carabayllo Micro network 2014. **Material and method:** The present research is from quantitative approach, descriptive type, cross-sectional, applicative level. Population: The research population was formed by 58 patients with tuberculosis diagnosis that receive the treatment. Technique and instrument: The technique was the interview and the instrument a questionnaire. **Results:** The results were that 53 patients (91.4%) affirm that self-care practices level is regular, 44 patients (75.9%) affirm that general self-care practices level is regular, 33 patients (56.9%) affirm that social interaction and personal development self-care practices level is regular and 28 patients (48.3 %) affirm that specific in health self-care practices level is good. **Conclusions:** Self-care practices level in pulmonary tuberculosis affected people in four health centers of Carabayllo Micro network 2014, it is concluded that they were regular in their self-care practice, general, in social interaction and a good level in the dimension of specific in health.

Key words: Self-care practices, pulmonary tuberculosis, self-care.

Introducción

La tuberculosis es una de las enfermedades infectocontagiosa de mayor incidencia en la población del mundo y un problema de salud pública en los países en vías de desarrollo, lo que constituye el 80% de la población mundial. Este panorama es más crítico en el Perú donde el desempleo y los bajos ingresos económicos generan pobreza extrema, las cuales son el origen de los múltiples factores que condicionan la permanencia de focos infecciosos de la enfermedad, así como el hacinamiento en los hospitales, la poca credibilidad de los centros de salud para el tratamiento, hacen que los usuarios no asistan algún servicio que brindan, además el saneamiento ambiental que brindan las municipalidades respecto a la limpieza pública y la educación para la salud de algunas personas conllevan al desarrollo de esta enfermedad. El personal de enfermería tendrá la función principal de batallar con disminuir los índices morbilidad, mediante la adherencia al tratamiento, las visitas domiciliarias, sesiones educativas para concientizar al paciente, familia y comunidad.

El objetivo del proyecto de investigación será determinar el nivel de prácticas de autocuidado en personas afectadas de tuberculosis pulmonar en cuatro establecimientos de salud de la Microred Carabayllo, 2014.

En esta investigación sobre las prácticas de autocuidado en personas afectadas de tuberculosis pulmonar de cuatro centros de salud de la Microred de Carabayllo nos es útil saber todas las características de la población y los factores que puedan influir en su autocuidado de salud, sabemos que es responsabilidad de cada uno de las personas, así como de protegerse de cualquier factor de riesgo que amenace la integridad de la persona.

Por lo tanto, el nivel de prácticas de autocuidado de personas afectadas por tuberculosis sobre su autocuidado nos ayuda a medir y comprender la capacidad que cada uno, tienen para afrontar su propio cuidado de manera adecuada o inadecuada a las diversas dimensiones, el cual se subdivide en la comprensión de

su propio autocuidado general, personal e interacción social y su propia enfermedad.

Por lo que nos planteamos como objetivo determinar el nivel prácticas de autocuidado en personas afectadas de tuberculosis pulmonar en cuatro establecimientos de salud de la Microred Carabayllo, 2014

El estudio está estructurado en V capítulos; en el capítulo I: El Problema, donde se muestra el origen del problema, la formulación del problema a investigar y los objetivos del estudio. En el capítulo II; Marco Teórico, antecedentes de la investigación a nivel internacional y nacional. En el capítulo III; El tipo, diseño, y método de la investigación, área de estudio, población y/o muestra, técnica e instrumento de investigación, validación del instrumento, técnicas de procesamiento, métodos de análisis de datos y aspectos éticos. En el capítulo IV; Resultados y discusión, análisis e interpretación de datos y consideraciones éticas. En el capítulo V; las conclusiones y recomendación finalmente se presentan las bibliografías y Anexos.

Los autores

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infectocontagiosa provocada por una bacteria denominada *Mycobacterium Tuberculosis*, también llamado Bacilo de Koch, en honor a su descubridor. Se trata de una enfermedad de localización preferentemente pulmonar, pero que no solo afecta al pulmón propiamente dicho, sino que afecta también a los ganglios vecinos, a los bronquios y a la pleura. Además de ello, también existen formas de tuberculosis que afectan a otros órganos, así como cerebro y meninges, hueso, hígado, riñón, piel, etc. Esta enfermedad se transmite de persona a persona por la inhalación de aerosoles contaminados por el bacilo que han sido eliminados por personas enfermas al toser, hablar o estornudar⁽¹⁾.

La tuberculosis constituye un problema de salud pública que ha sido priorizado por el estado a fin de implementar nuevas intervenciones que mejoren los indicadores epidemiológicos y las tasas de éxito de los tratamientos de la enfermedad.

En 1993, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la declaró en emergencia global de salud pública. Según la Organización Mundial de la Salud, el número de personas infectadas mundialmente asciende a mil millones, lo que significa que más del 25% de la población se infectó en alguna etapa de su vida. Para el 2002 se estimó que existían 8.8 millones de nuevos casos de tuberculosis en el mundo, de los cuales 1,3 millones correspondían a niños entre 9 y 12 años, con una tasa de incidencia promedio de 141 por cada 100 000 habitante⁽²⁾.

La OMS advierte que la tuberculosis continúa siendo una importante causa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. En el 2008 se estimó a nivel mundial una incidencia, prevalencia, mortalidad por TB de 9,4 y 1.3 millones, respectivamente siendo las tasas correspondientes por cada 1000 000 individuos fue de 139, 164, 20, respectivamente. África y el Sudeste Asiático son las regiones que justifican entre el 62%, 69% de estos tres indicadores epidemiológicos a nivel mundial, las Américas solo contribuye con un 2-3% de

estos y donde el éxito en el tratamiento es mejor año con año desde el 2002. Cerca de 40 millones de personas se infectan todos los años con *Mycobacterium Tuberculosis* y una tercera parte de la población mundial está actualmente infectada por él, pero asintomática. A este último grupo se le considera portador latente o que tiene la tuberculosis latente. Por ello se ha documentado que tanto en países desarrollados como en países en desarrollo, la frecuencia de transmisión de *Mycobacterium Tuberculosis* se da con progresión rápida a enfermedad que se da entre el 28%, 40%, por lo que en un solo año ocurren más de 8 millones de casos nuevos de tuberculosis activa en el mundo⁽³⁾.

Según la OMS, en el 2011, 8.7 millones de personas se enfermaron de tuberculosis y 1.4 millones murieron por esta causa, y más del 95% de las muertes por tuberculosis ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos según el Informe Mundial contra la Tuberculosis 2012 que proporciona la última información y análisis sobre la tuberculosis (TB) epidemia y los progresos en la atención de la tuberculosis y el control en los planos mundial, regional y nacional. Se basa principalmente en los datos comunicados por los Estados Miembros de la OMS en las rondas anuales de recopilación de datos mundial de tuberculosis. En ese mismo año, 182 estados miembros y un total de 204 países y territorios, que en conjunto tienen más del 99% de los casos mundiales de tuberculosis⁽⁴⁾.

Asimismo, el mayor número de casos ocurrió en Asia, que correspondió el 60% de los casos nuevos en el mundo. No obstante, ese mismo año el África subsahariana tuvo la mayor tasa de incidencia: más de 255 casos por 100 000 habitantes, y alrededor del 80% de los casos de tuberculosis se presentaron en 22 países⁽⁵⁾.

La tuberculosis es la segunda causa mundial de mortalidad, después del SIDA, causada por un agente infeccioso. Además, 8,6 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,3 millones murieron por esta causa. Más del 95% de las muertes por tuberculosis ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos, y esta enfermedad es una de las tres causas principales de muerte

en las mujeres entre los 15 y los 44 años. Sin dejar de mencionar que en ese mismo año los casos notificados de tuberculosis pulmonar fueron de 450 000 casos de tuberculosis multiresistente. Casi el 50% de ellos correspondían a la India, China y Rusia. Se cree que aproximadamente un 9,6% de los casos de tuberculosis multiresistente presentaban tuberculosis ultrarresistente. Lo cual 320 000 personas murieron a causa de la tuberculosis asociada con la infección por el VIH. Casi un 25% de las muertes de las personas infectadas por el VIH son causadas por la tuberculosis. Según cálculos, para ese año había aproximadamente 1,1 millones de casos nuevos de esta infección mixta, y el 75% vivían en África, ya que un individuo infectado a la vez con el VIH, tiene más probabilidades de contraer tuberculosis activa donde aproximadamente medio millón de niños (de 0 a 14 años) enfermaron de tuberculosis, y una media de 74 000 niños seronegativos murieron por esta causa⁽⁵⁾.

La tuberculosis persiste como una preocupación sanitaria internacional principalmente debido a la falta de control por parte de los países, a los programas de control de tuberculosis mal administrados, a la pobreza, al crecimiento de la población y a la migración, el aumento significativo de casos en regiones con alta prevalencia del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV)⁽⁶⁾.

De esta manera la tuberculosis latente, activa, sigue siendo polémica en la actualidad a nivel mundial, ya que esta enfermedad no tiene diferencia sociales, raza, sexo y edad debido a diferentes factores que conlleven a caer en ello, por ende la tuberculosis está generando muertes en países desarrollados o en vías de desarrollo, especialmente los de bajo niveles económicos y como consecuencia ha aumentado el número de muertes de niños y personas infectadas con virus de inmunodeficiencia humana; por ello, existen también una alta tasa de muertes a nivel mundial por esta enfermedad. Dentro de las 10 causas de mortalidad mundial informada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) están las infecciones de las vías aéreas inferiores de las cuales la tuberculosis sigue siendo una amenaza importante para la salud pública en América Latina. De acuerdo con la OMS,

las Américas contribuyen con un 6% de la carga de tuberculosis. La mayoría de los países de América Latina exhiben tasas intermedias de tuberculosis (26 a 100 casos/100.000)⁽⁷⁾.

El reporte emitido por la OMS en el 2011 sobre el control mundial de tuberculosis, se estima que durante el año anterior se presentaron 1,45 millones de muertes por dicha infección y un total de 8,8 millones de casos nuevos (128 casos por cada 100 000 habitantes), de los cuales 264.000 tuvieron lugar en la Región de las Américas. En Colombia, la prevalencia reportada de tuberculosis en el 2010 fue de 48 casos por cada 100.000 habitantes, con una incidencia de 34 casos por cada 100.000 habitantes y durante el año 2011, el reporte global de casos de tuberculosis alcanzo un total de 11 699 casos⁽⁸⁾.

Por lo tanto, se hace preciso promover, evaluar más acciones sobre la investigación, con el fin de construir un conocimiento sobre los factores determinantes del control de la tuberculosis y a partir de este, poder dirigir adecuadamente las acciones en salud pública.

“Según la Organización Panamericana de Salud (OPS) el Perú es el segundo país con más carga de Tuberculosis, el 2010 notificó 31 000 casos que representa el 12% de la carga total para las Américas. El Perú fue el país con más carga estimada de casos tuberculosis multiresistente y que correspondía al 35% de toda la región, basado en estudios de vigilancia de la resistencia del país. Sin embargo se notificaron solo al 48% de los casos⁽⁹⁾.

En el 2012, mediante Resolución Ministerial del Ministerio de Salud fue declarada como una enfermedad sujeta a vigilancia epidemiológica y de notificación obligatoria, además se tiene en proceso la aprobación del documento Normativo para la implementación del sistema en el país. Así mismo en el Perú anualmente se notifican alrededor de 29 mil casos nuevos de enfermedad activa y 17 mil casos nuevos de tuberculosis pulmonar frotis positivo, siendo uno de los países con mayor número de casos de tuberculosis en las Américas, precedido solamente por Haití y Bolivia. En los

últimos 2 años en el país se han reportado más de 1500 pacientes con tuberculosis multidrogoresistente (MDR) por año y alrededor de 80 casos de tuberculosis extensamente resistente (XDR) por año⁽¹⁰⁾.

El Perú concentra el 25% de los casos de la región y comparte con Haití el primer lugar en tuberculosis multidrogoresistente, con altas tasas de incidencia y morbilidad, tal es así que en los últimos años hemos recibido la dolorosa carga de 35 000 casos nuevos por año, concentrándose en Lima y Callao el 58% de los casos MDR y 90% de los casos XDR⁽¹¹⁾.

Actualmente podemos decir que el Perú representa el segundo país en el mundo con más personas infectadas por esta bacteria tuberculosa, se dice también que el Perú es uno de los países con numerosos casos de tuberculosis multiresistente. Nos damos cuenta que la tuberculosis en el Perú se comporta de manera heterogénea dentro del país, porque depende de factores como: viviendas inadecuadas, pobreza, hacinamiento, el grado de urbanismo densidad poblacional, patrones de contacto de las personas, migración interna y dificultad para acceder a los servicios de salud y falta de conciencia sobre sus propios cuidados de su salud.

Este panorama es más crítico en el Perú por diversos factores que hace a esta enfermedad la permanencia de foco infeccioso considerada ya "enfermedad de emergencia" que afecta a todas las edades, razas, clases sociales y a ambos sexos por igual, vinculando a la persona, familia y a la misma comunidad, afectando a la persona de manera biológica, psicológica y espiritual que no solamente dependerá de las necesidades, los conocimientos del individuo, sino también de las condiciones de vida, trabajo y las malas prácticas del autocuidado en ellos mismo.

Según el libro de registro y seguimiento de los pacientes con TB de los cuatros centro de salud de Carabayllo para este presente año la cifra de los pacientes infectados por esta enfermedad fue de 75 personas de tuberculosis solo pulmonar sin contar los otros tipos, siendo una cifra alta para proseguir

con la investigación resaltando que no toda la población se hace partícipe del estudio.

La totalidad de pacientes nos permitirá trabajar con facilidad de tal manera este trabajo en el futuro sirva en la recuperación de los pacientes con tuberculosis, así como mejorar el cuidado de la salud de estas personas, e intervenir los aspectos educativos necesarios para acortar la cadena de transmisión e impedir la aparición de más casos en la población.

Durante nuestra visita a los centros de salud y comunidades aledañas logramos observar e interactuar con los pacientes sobre su enfermedad, hacinamiento, bioseguridad, adherencia al tratamiento, condiciones de salubridad, e ingesta de bebidas alcohólicas, condiciones de la persona, comunidad y el entorno.

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.

Siendo una enfermedad infectocontagiosa de gran importancia en la salud pública se decidió realizar la siguiente investigación.

1.2 FORMULACIÓN DE PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el nivel de prácticas de autocuidado en personas afectadas de tuberculosis pulmonar en los cuatro establecimientos de salud de la Microred Carabaylo, 2014?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general

- Determinar el nivel de Prácticas de autocuidado en personas afectadas de tuberculosis pulmonar en cuatro establecimientos de salud de la Microred Carabayllo, 2014.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar las prácticas de autocuidado general en personas afectadas de tuberculosis pulmonar en cuatro establecimientos de salud de la Microred Carabayllo, 2014.
- Identificar las prácticas de autocuidado en el desarrollo personal e interacción social en personas afectadas de tuberculosis pulmonar en cuatro establecimientos de salud de la Microred Carabayllo, 2014.
- Identificar las prácticas de autocuidado específicos de salud en personas afectadas de tuberculosis pulmonar en cuatro establecimientos de salud de la Microred Carabayllo, 2014.

1.4 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

A nivel mundial es preocupante la tuberculosis, ya que continúa siendo una importante causa de morbilidad y mortalidad en países en vías de desarrollo, y esto se evidencia en el aumento del número de casos por lo que nuestro país no es ajeno a esta realidad. Además, investigar acerca de la tuberculosis es relevante en la salud pública por ser la segunda causa de muertes a nivel mundial por diferentes determinantes sociales como la pobreza, inadecuados estilos de vida, desempleo y por la falta de los servicios básicos, hacinamiento, es ahí donde nos damos cuenta que el enfermero tiene mucho trabajo en este campo para poder ayudar con la Estrategias Sanitaria

Nacional de Programa de Control de tuberculosis, fomentando programas de ayuda con compromiso al autocuidado a la persona.

En la ciudad de Lima se sabe que por ser centralista tiene la mayor población y por ende existe la mayor cantidad de personas afectadas con tuberculosis.

En el distrito de Carabayllo, se toma como grupo de estudio a cuatro Centros de Salud; La Flor, El Progreso, Raúl Porras Barrenechea y Villa Esperanza los cuales la población de este distrito en las diferentes comunidades tienen características en común, donde las cualidades en que se encuentran sea preocupante por la cantidad de personas infectadas por esta enfermedad, lo cual sirvió para formular la pregunta de la investigación.

Se pudo observar en las comunidades la falta de saneamiento básico en los domicilios, los aspectos de muchos pobladores que se encuentra dentro del grupo de estudio son de facies pálida, delgados desaliñados, etc. En ámbito laboral mucho de ellos trabajan o son ama de casa y estudiantes que viven en comunidades, jóvenes que están en desarrollo, donde el servicio de salud no cuenta con el equipo suficiente para una buena atención, es ahí donde se valoriza y se da la inquietud de saber de dónde o porque no existe una buena práctica de autocuidado siendo una enfermedad prevenible.

De ahí la importancia del rol de la enfermera en los cuidados de estas personas, puesto que está en mayor contacto con ellos, realiza las visitas y supervisa el cumplimiento del tratamiento, además de brindar orientación y consejería con respecto a los cuidados que deben tener los pacientes en su hogar, fortaleciendo así las prácticas de autocuidado.

Considerando que la tuberculosis aún sigue siendo un problema de emergencia en la salud pública, entonces es importante que la persona con esta enfermedad realice medidas de autocuidados adecuadas, lo cual es necesario que todo el equipo de salud logre concientizar a las personas mediante el desarrollo de estrategias y sesiones educativas, promoviendo a

cada persona a cuidarse asimismo dando un giro al cambio de estilo de vida que lleva, haciéndose responsable y consciente de su enfermedad.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO CONTEXTUAL HISTÓRICO SOCIAL DE LA REALIDAD

Conjuntamente los países de Perú y Haití tienen la más alta incidencia de casos de los tres tipos de tuberculosis, sensible, Multidrogoresistente (TB-MDR) y la Extremadamente Resistente (TB-XDR). INFOS dice que en Lima “cada año hay oficialmente 20 000 nuevos casos de tuberculosis (que representa el 50% de los casos en todo el país) y de los cuales 15 000 se encuentran en edad productiva (15 a 50 años)” y agrega que la mayoría de estas personas hacen uso del transporte público⁽¹²⁾.

2.1.1 Reseña histórica del distrito de Carabayllo

Carabayllo como ciudad, es obra de la historia, su existencia se sostiene en el tiempo desde épocas milenarias. Antiguamente el distrito actual de Carabayllo comprendía todo el valle bajo del río Chillón; limitaba por el Norte con Chancay y Canta, por el Este con Huarochirí, por el Sur con el río Rímac y por el Oeste con el Océano Pacífico. A comienzos de la república, el distrito se extendía desde la Portada de Guía (límite actual del Rímac, en la división blindada cuartel Hoyos Rubio por el sur) abarcando los territorios actuales de los distritos de San Martín de Porres, Independencia, Los Olivos, Comas, Puente Piedra, Santa Rosa, Ancón, Ventanilla y Santa Rosa de Quives. Actualmente se resalta la afirmación y el reconocimiento histórico del distrito de Carabayllo como la génesis de Lima Norte⁽¹³⁾.

2.1.2 Análisis de los determinantes y el estado de salud

A. Descripción territorial

El distrito de Carabayllo se ubica en la zona media baja del valle del río Chillón, a 11° 40' 09" y 11° 54' 22" de latitud sur y 76° 48' 11" y 77° 05' 29" de longitud oeste. Es uno de los distritos de Lima, capital del Perú, se ubica al noroeste de Lima y sus extremos marcan el límite con la provincia de Canta.

- **Relieve físico**

El distrito de Carabayllo presenta un relieve agreste que está comprendido desde los 200 y 530 msnm, en el límite con la provincia de Canta. Desde el límite con Canta hasta el poblado de Punchauca es un valle estrecho rocoso y desde Punchauca en dirección al mar, el valle se abre en forma de abanico o cono de eyección. Este espacio es plano hacia la margen izquierda del río y de plano a ondulado hacia la margen derecha. En la zona Este del distrito, presenta una cadena de levantamientos rocosos con quebradas marcadas, los cuales forman parte de los últimos contrafuertes de la cordillera de los Andes, que terminan en la costa.

- **Área territorial**

Actualmente, Carabayllo tiene un área territorial de 346,88 km o 34 688 hectáreas, sus límites Político-Administrativos del distrito de Carabayllo, actualmente limita con siete distritos:

Noroeste: con Ancón.

Norte: con Huamantanga (Prov. de Canta).

Noreste: con Santa Rosa de Quives (Prov. de Canta).

Este: con San Antonio de Chuclla (Prov. de Huarochirí).

Sureste: con San Juan de Lurigancho

Sur: con Comas.

Suroeste: con Puente Piedra.

- **Servicios y viviendas**

Según el Censo Nacional del 2005, el 65% de las familias de Carabayllo cuenta con uno de los servicios básicos de energía eléctrica intradomiciliario. Por otro lado, El 68% cuenta con el servicio de agua potable con red pública y cerca del 71% mediante camiones y aguateros. Finalmente, el 62% cuenta con el servicio de desagüe conectado a red pública y el 24.36% usan letrinas.

▪ **Características de la vivienda**

Dada las características mencionadas, la jurisdicción del centro de salud, está expuesta a desastres naturales como terremotos y desastres urbanos como incendios. Las zonas vulnerables son los asentamientos humanos ubicadas en las laderas de los cerros, donde se pueden presentar derrumbes y serían más afectadas por movimientos telúricos e incendios por ser viviendas improvisadas con esteras, cartón y triplay. Otro factor de riesgo es el incremento de la construcción sobre viviendas originales sin tomar en cuenta las medidas arquitectónicas respectivas, las cuales pueden colapsar en caso de presentar cualquier de los desastres antes mencionados.

B. Pobreza

Según el Mapa de la Pobreza elaborado por FONCODES el año 2007, Carabayllo se ubicaba en el puesto N° 4 del ranking de los 43 distritos de Lima Metropolitana (incluye el Cercado de Lima), compartiendo características de distritos cuya población se ubica en el Quintil 3 ponderado de la población del país.

Algunos indicadores que surgen como problemas para que sean solucionados, es la situación actual del 30% de nuestra población sin servicio de agua potable, 30% sin desagüe, 6% sin servicio eléctrico, el 4% de mujeres analfabetas, el 9% de niños en edad de 6 a 9 años con desnutrición; problema que afecta a la población de los asentamientos humanos ubicados en 4 zonas de la localidad.

Desde el inicio de la actual gestión municipal los indicadores han sido la principal preocupación y han merecido una atención personalizada de la alcaldía, con resultados que han permitido la reducción de algunos de ellos. Desde la inversión de recursos municipales así como la inversión producto de la gestión realizada ante instituciones públicas y privadas, se ha instalado redes de

electricidad en la mayoría de pueblos del distrito quedando pendiente sólo un 2% por solucionar.

Con relación a los servicios de agua y desagüe, se sabe que está avanzado en la solución de este problema con la ejecución de obras del programa Agua para todos en los esquemas de los sectores “El Progreso” y “Raúl Porras Barrenechea” que por 50 años carecieron de este elemental y vital servicio, y el presente año se estarán ejecutando las obras en las zonas de “San Pedro” y “Lomas de Carabaylo” donde se ubican la mayoría de pueblos actualmente carentes de los mismos.

C. Educación

▪ Asistencia al sistema educativo regular

Tomando la información del Censo más reciente del INEI 2007, para entonces Carabaylo poseía una población de 80 270 habitantes de 06 a 24 años, de los cuales 56 905 (70.9%) asistían al sistema educativo regular; es decir, que 23 365 no lo hacían. De acuerdo a los grupos de edades, la población de 6 a 11 años en que se cursa la educación primaria era de 25 197 niños, de los cuales 19 892 (96%), asistían a la escuela, y 5 305 (21%) no gozaban de este derecho y oportunidad importante para su formación estudiantil y desarrollo personal.

Respecto en educación secundaria, de los 21 664 alumnos son adolescentes entre 12 y a 16 años, solo 19 892 (91.8%) se encontraban estudiando en este nivel, mientras que 1 772 (8.2%) no accedían a la escuela.

En cuanto al grupo de 33 409 jóvenes cuyas edades están comprendidas entre los 17 y 24 años, que cursan los estudios superiores técnicos o universitarios, sólo 12 836 (38.4%) se

encontraban cursando alguna carrera superior, más no así 20 573 (61.6%) de ellos.

En los tres casos la situación es preocupante, en tanto se limita a un significativo sector de niños, adolescentes y jóvenes, a la vez que se les limita en cuanto a su formación para la vida y grado de competitividad para la misma, y en particular para el acceso al trabajo; agregándose a ello la formación de valores, autoestima e identidad local.

Encontramos en esta falta de oportunidad como uno de los factores que incide en la formación de la delincuencia juvenil, protagonista de asaltos, robos y participación en bandas o pandillas.

Otro indicador preocupante es que la población de Carabayllo, tiene básicamente formación de educación secundaria, y ocupa el penúltimo lugar antes de Ancón entre los distritos de Lima Norte, con sólo el 29.4%, de sus habitantes de 15 a más años, que cuentan con educación Superior.

La educación es una tarea que debe ser abordada desde los tres niveles de gobierno (Regional -Metropolitano – Distrital), desde la Municipalidad, como gobierno local esta ha sido y es una preocupación permanente, puesto que se va desplegando un conjunto de acciones para contribuir a solucionar este problema. Así, se han desarrollado dos campañas de alfabetización para todas las edades, con acciones de seguimiento y reforzamiento, tres actividades de actualización docente con la finalidad de innovar sus metodologías y así ampliar sus conocimientos para su aplicación en la mejora de los aprendizajes en los educandos; programa de Lectura “Del patio de Recreo a la Lectura en Parques” con intención de motivar la lectura libre y espontáneo en coordinación con el FONDED (Fondo Nacional para el

Desarrollo de la Educación) se realizó el primer concurso “Jugando Aprendo” a través del cual se incentiva la presentación de Proyectos Educativos de Innovación Pedagógica de las instituciones educativas de nivel inicial de Carabayllo, las ganadoras obtuvieron kits de materiales para sus proyectos innovadores, becas internacionales para las docentes así como implementación de bibliotecas durante 4 años.

Se están implementando una serie de proyectos para fortalecer las capacidades técnico-productivas para los jóvenes de ambos sexos, y mujeres en situación de pobreza y pobreza extrema (confecciones industriales, corte y confección, carpintería metálica y de madera, instalaciones eléctricas domiciliarias, ensamblaje de computadoras).

D. Salud

- **Problemática**

Proyectos de inversión pública aprobados para el año 2012 tuberculosis, la cantidad de casos tebecianos en el presente periodo es igual a los reportados a los anteriores años según el Ministerio de Salud en Carabayllo. Pero lo resaltante es el aumento de casos de pacientes catalogados como “multidrogoresistente”, es decir, que no sanan con el tratamiento contra TBC habitual, sino que requieren de hospitalización y hasta tratamiento quirúrgico en casos sumamente graves; de estos casos hay 3 en el distrito de los cuales uno se fue a su residencia habitual en Ancash, otro caso fue operado para tratar de sanar su enfermedad (lobectomizado, o sea, se le retiró una parte de uno de sus pulmones), el tercer caso todavía reside en el sector de “La Flor”. El tratamiento médico se está dando en forma adecuada, pero el tratamiento también se basa en el mejoramiento del aspecto social de estos pacientes y es lo que esta deficiente en el distrito (falta de empleo, falta de

mejora en la calidad de vida, pobre nutrición a partir de los antecedentes previamente mencionados).

Friaje: La cantidad de niños afectados por el friaje es similar en años anteriores. Más que neumonías reportadas, estas son enfermedades relacionadas con broncoespasmo (inflamación de las vías respiratorias que van en relación con la contaminación ambiental, infecciones respiratorias recurrentes, humedad ambiental incrementada por la época invernal). Falta llegar a las poblaciones que se ubican en cerros rodeados de este micro clima sumamente húmedo, para evitarlas enfermedades respiratorias propias de la estación.

Nutrición: los niveles de desnutrición en el distrito se van manteniendo, se están detectando o diagnosticando y se está dando el tratamiento respectivo (vitaminas y dieta especial), pero falta resolver el problema de fondo social que es el desempleo, pobre calidad de vida, pobreza y por consiguiente mala alimentación de las familias afectadas.

Embarazo adolescente: de alto porcentaje, sobre todo en la zona rural. El tratamiento es sobre todo “educacional” desde los padres de familia pasando por los colegios y en última instancia los servicios de salud.

Adultos mayores: El Ministerio de Salud (MINSA), reconoce que no cuentan con infraestructura adecuada para la evaluación, tratamiento y posterior seguimiento de los adultos mayores enfermos que buscan atención médica.

2.2 ANTECEDENTE DE LA INVESTIGACION

2.2.1 Internacionales

Chacón Celia, Granado María, Marcano Yusnelys, en Maturín – Venezuela en marzo 2006, realizaron un estudio sobre “Programa de autocuidado dirigido a los pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden al área de Neumología del Hospital Universitario Dr. “Manuel Núñez Tovar” de Maturín estado Monagas, con la finalidad de realizar un programa de autocuidado a pacientes con tuberculosis pulmonar. El método utilizado es del tipo no experimental. La población estuvo constituida con sesenta (60) pacientes con tratamiento en la Unidad Neumológica del Hospital ya mencionado. El instrumento utilizado para la recolección de los datos en el diagnóstico fue un cuestionario con alternativas dicotómicas con 19 ítems.

Concluyeron entre otros:

las condiciones de la vivienda del paciente presentan problemas de habitabilidad; debido a que carece de una buena iluminación, ventilación y adecuado espacio físico, existe hacinamiento, falta de educación inclusive en muchos casos pobreza crítica; la higiene personal es precaria debido a condiciones sociales y económicas del paciente, que en muchas oportunidades, no cuentan con los requisitos mínimos aceptables y carecen de estrategias preventivas para combatir esta enfermedad; los malos hábitos alimentarios aunados al consumo de tabacos, alcohol y drogas deterioran el aspecto físico del paciente y como consecuencia el deterioro de la personalidad; el desconocimiento de un buen soporte nutricional puede ocasionar desnutrición al paciente, el grado de desconocimiento, la poca información sobre la tuberculosis, unido a los factores culturales del medio influyen sobre la propagación de esta enfermedad. Por lo tanto el personal de enfermería tiene una misión importante en la prevención de esta enfermedad⁽¹⁴⁾.

Luz Elena Aponte Garzón, Ruth Fabiola Hernández Páez, en Villavicencio – Colombia, 2011, realizaron un estudio sobre “alteraciones de patrones funcionales en personas con tuberculosis pulmonar de Villavicencio-Colombia “con el objetivo de determinar las alteraciones de patrones funcionales de salud que más frecuentemente se presentan en personas con tuberculosis pulmonar en tratamiento. El método utilizado fue cualitativo descriptivo y utiliza la técnica de análisis de contenido.

Concluyeron entre otros:

El cuidado de las personas con tuberculosis pulmonar nos demanda una respuesta integral de los cuidadores formales e informales. La intervención integral del individuo que interactúa con su entorno social, ambiental, político, físico y afectivo obliga al profesional de enfermería al análisis de la complejidad de cada situación, a la toma de decisiones más allá de los límites de la institución, a la expresión del cuidado en los múltiples espacios en los que las personas viven, construyendo propuestas individualizadas de intervención a partir de una guía específica de cuidado para las personas con tuberculosis pulmonar, enfermedad que guarda características de cronicidad personas con tuberculosis pulmonar en tratamiento⁽¹⁵⁾.

Lenilde Duarte de Sá, Anna Luiza Castro Gomes, Jordana de Almeida Nogueira, Tereza Cristina Scatena Villa, Káren Mendes Jorge de Souza, Pedro Fredemir Palha, en el estado de Paraíba – Brasil, en el 2011, realizaron un estudio sobre “Acciones intersectoriales y vínculo en el control de la tuberculosis en la Salud de la Familia”, cuyo objetivo fue analizar el desempeño de los equipos de Salud de la Familia en el control de la tuberculosis. El método de estudio de abordaje cualitativo. Con una población de 37 profesionales de los equipos de Salud de la Familia.

Concluyeron entre otros:

Entre los problemas que impactan negativamente el control de la tuberculosis en el municipio fueron revelados la escasez de acciones dirigidas a la promoción de acciones intersectoriales, la poca participación de la comunidad para la prevención de la enfermedad, la falta de calificación técnica de los profesionales en relación a la temática de la tuberculosis y la condición social desfavorable de la gran mayoría de las personas acometidas por la enfermedad. Los resultados elucidaron contradicciones e incoherencias entre la práctica de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) y el discurso oficial de las políticas de salud, entretanto el estudio destaca el potencial de la Estrategia de Salud de la Familia para organizar las acciones de prevención, control, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis según el referencial de la APS. En la perspectiva de un concepto ampliado de la salud y considerando el cuidado integral, se puede decir que la escasez de acciones intersectoriales para el combate⁽¹⁶⁾.

2.2.2 Nacionales

Flor Ccoicca Almidón, en Lima-Perú, 2013 realizaron un estudio sobre “Medidas de autocuidado que tienen los pacientes que asisten a la ESN –PCT del centro de salud Conde de La Vega Baja” con el objetivo de determinar las medidas de autocuidado que tienen los pacientes que asisten a la ESN-PCT del mencionado centro de salud, el método utilizado en el presente estudio es de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, de corte transversal. La población de estudio estuvo conformada por 30 pacientes con diagnóstico de tuberculosis que reciben el tratamiento de Esquema I y 10 pacientes en tratamiento Multidrogoresistente.

Concluyó entre otros:

Las medidas de autocuidado respecto al descanso y sueño que tienen los pacientes que asisten a la ESN-PCT la mayoría son adecuadas, pues un mayor porcentaje de pacientes duerme entre

6-8 horas diarias. Con respecto a las medidas higiénicas la mayoría son inadecuadas, pues los pacientes comparten la habitación para dormir, una minoría tiene el hábito de lavado de manos y no se cubre la boca y nariz de forma adecuada después de toser y estornudar, con respecto a hábitos nocivos que tienen los pacientes la mayoría son adecuadas, pues solo una minoría tiene hábitos nocivos como el consumo de cigarrillos, drogas siendo el hábito nocivo con mayor porcentaje el consumo de alcohol y respecto al ejercicio y recreación, la mayor parte de pacientes realiza medidas de autocuidado inadecuadas, pues los pacientes en su mayoría no realizan actividad física así como actividades recreativas⁽¹⁷⁾.

Aliaga Rojas Gloria, en Lima – Perú, 2012, realizaron un estudio de “Conocimientos sobre prácticas de autocuidado y su asociación con las características sociodemográficas de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, CLAS San Martín de Porres - Los Olivos 2012”, el objetivo es determinar el nivel de conocimientos sobre prácticas de autocuidado y su relación con las variables sociodemográficas en pacientes con tuberculosis pulmonar registrados en la estrategia nacional de prevención y control de tuberculosis pulmonar en dicho centro. El tipo de estudio es descriptivo de corte transversal. La población fue conformada por 30 pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar pertenecientes al esquema de tratamiento, que se encuentran registrados en la Estrategia Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis Pulmonar del Centro de Salud CLAS «San Martín de Porres». Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario estructurado, elaborado por las investigadoras.

Concluyó entre otros:

Se concluye que la mayoría de los pacientes con tuberculosis presentan un nivel de conocimiento medio bajo con relación al autocuidado. Existe asociación significativa entre el nivel de conocimiento, nivel de instrucción y la ocupación del paciente. Sin

embargo sucede lo contrario para el conocimiento de prácticas de autocuidado con la edad y sexo. Existe asociación significativa entre el nivel de conocimientos de prácticas de autocuidado con el grado de instrucción y ocupación⁽¹⁸⁾.

Larico Cruz Cindy Marianela, en Lima-Perú en 2008, realizó un estudio sobre “Conocimientos de las Medidas Preventivas y Actitudes en el Autocuidado de pacientes con Tuberculosis Pulmonar en el Centro de Salud Los Libertadores en Noviembre – Diciembre 2008, con el objetivo de determinar si el conocimiento de las medidas preventivas se relacionan con las actitudes en el autocuidado de pacientes con tuberculosis pulmonar del mencionado centro de salud. El método que utilizó fue el Descriptivo Prospectivo Correlacional de corte transversal. La población estuvo constituida por 40 pacientes de 15 años a 75 años con Diagnóstico de tuberculosis pulmonar que viene recibiendo el tratamiento constituido por varones y mujeres correspondiente en la Estrategia Sanitaria de prevención y control de la Tuberculosis en el Centro de Salud “Los Libertadores” del distrito de San Martín de Porres durante los meses de noviembre y diciembre 2008. La técnica que se utilizó para el presente estudio fue la entrevista para establecer empatía y confianza del paciente con tuberculosis pulmonar; y como un cuestionario con el objetivo de medir los conocimientos sobre la tuberculosis pulmonar.

Concluyó entre otros:

Que en el Centro de Salud Los Libertadores se estaría cumpliendo con la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis ya que no existe relación entre conocimientos y actitudes que tiene los pacientes con la tuberculosis pulmonar el 80% tiene conocimientos sobre las medidas preventivas y respecto a las actitudes frente al autocuidado de los pacientes el 55% (20) muestran una actitud de indiferencia. Los pacientes con

Tuberculosis Pulmonar el 79% se encuentran concientizados sobre los conocimientos en el tratamiento por lo tanto se estaría cumpliendo con el DOTS (Tratamiento Observable de Corta Duración). En relación con los pacientes con tuberculosis pulmonar se deduce que el 73% tienen conocimientos sobre los cuidados personales dadas en la Estrategia Sanitaria de Control de Tuberculosis pero aún existe el 27% que no conocen estas medidas preventivas que conllevan a propagar la infección en su familia, comunidad por lo que sigue el incremento de los casos nuevos, lo cual limita a erradicar la tuberculosis pulmonar en el país. Los pacientes con tuberculosis pulmonar el 83.75% tiene conocimientos sobre los cuidados en el hogar pero si no cuentan con una vivienda adecuada y medios económicos necesarios no podrán cuidar su salud⁽¹⁹⁾.

2.3 MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.3.1 Autocuidado

Partiendo de la cultura griega, el auge de corrientes filosóficas, como el estoicismo, generaron desarrollos importantes en torno al autocuidado con la práctica, llamada por ellos, del cultivo de sí, la cual hace énfasis y valoriza la importancia de las relaciones del individuo consigo mismo, manejaron una visión integral de lo que debía ser el cuidado de sí, pues enfatizaban la necesidad de cuidar no sólo el cuerpo sino también el alma. Para ellos, el cuidado de sí incluía los cuidados del cuerpo, los regímenes de salud, los ejercicios físicos sin excesos y la satisfacción medida de las necesidades⁽²⁰⁾.

Con ello nos damos cuenta que las definiciones del autocuidado nos permite ver de manera amplia y sencilla viene desde nuestras antiguas culturas y épocas, es aquí donde manejaron una visión integral de lo que es el cuidado, de acuerdo a sus costumbres de época. “Por otro lado, los avances científicos y tecnológicos, especialmente los relacionados con la medicina, también influyeron en el concepto y formas de promocionar el cuidado. Esta

conceptualizó dos tipos de cuidado de naturaleza diferente, denominaron cuidados de costumbre aquellos relacionados con las funciones de conservación y de continuidad de la vida y cuidados de curación a los relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculizaba la vida. Los cuidados de costumbre representan los cuidados permanentes y cotidianos de tipo biopsicosocial necesarios para mantener la vida⁽²¹⁾.

Los modelos y teorías de enfermería derivan de conceptos y un concepto es una idea de un objeto o situación que puede ser concreto o abstracto. Los modelos de teorías conceptuales en enfermería están basados en el meta paradigma enfermero. Un meta paradigma de la enfermería agrupa cuatro conceptos como persona, entorno, salud y rol profesional de la enfermería⁽²²⁾.

Los diversos conceptos de autocuidado tiene por regla general responder las preocupaciones centrales de las disciplinas de las que emergen (Ganz, 1990). Levin, defensor temprano del autocuidado, lo define como un proceso en el que la propia persona actúa para promover la salud, identificar, prevenir la enfermedad y aplicar su tratamiento en un nivel primario de atención (Levin, Katz y Holst, 1976) poniendo el autocuidado fuera del dominio del sistema de cuidado de salud profesional⁽²²⁾.

Según Orem, el autocuidado no es innato, sino se aprende esta conducta a lo largo de la vida, a través de las relaciones interpersonales y la comunicación en la familia, la escuela y amigos. La enfermera debe ser capaz de lograr que el individuo participe de forma activa en la planificación e implementación de su propia atención de salud, teniendo en cuenta los factores básicos condicionantes del autocuidado, la edad y estado de salud y los conocimientos que poseen de ésta, la pertenencia al grupo social y

los hábitos del medio cultural, la falta de habilidades y hábitos, el concepto de sí mismo y la madurez de la persona⁽²⁵⁾.

2.3.2 Práctica de autocuidado

El papel que tiene la cultura en el comportamiento humano es un hecho importante en la forma de adoptar el autocuidado por parte de las personas. En la relación autocuidado-cultura, lo cual me indican que los comportamientos están arraigados en creencias y tradiciones culturales y la socialización estereotipada del cuidado de acuerdo con el sexo⁽²⁰⁾.

Tobón Correa Ofelia según la Carta de Ottawa define, el autocuidado, se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son 'destrezas' aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece. Entre las prácticas para el autocuidado se encuentran: alimentación adecuada a las necesidades, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física requeridas, habilidad para controlar y reducir el consumo de medicamentos, seguimiento para prescripciones de salud, comportamientos seguros, recreación y manejo del tiempo libre, diálogo, adaptaciones favorables a los cambios en el contexto y prácticas de autocuidado en los procesos mórbidos⁽²³⁾.

2.3.3 Teorías del autocuidado

La teoría general de enfermería representa una imagen completa de la enfermería y se expresa mediante tres teorías expuestas por Orem en 1958 que son la teoría del autocuidado que sirve de fundamento

para las demás y expresa el objetivo, los métodos y los resultados de cuidarse a uno mismo, teoría del déficit del autocuidado desarrolla la razón por la cual una persona se puede beneficiar de la enfermería y teoría de sistemas de enfermería esta es la unificadora⁽²⁴⁾.

Dorotea Orem define el concepto de autocuidado como, “la conducta aprendida por el individuo dirigida hacia sí mismo y el entorno para regular los factores que afectan su desarrollo en benéfico de la vida, salud y bienestar” los seres humanos por lo general tienen habilidades intelectuales y prácticas que desarrollan a través de la vida para satisfacer sus necesidades de salud, tienen habilidades para encontrar e internalizar la información necesarias por sí mismas y, cuando no es así, buscan ayuda en la familia o en profesionales de la salud esta están compuesta por tres requisitos⁽²⁵⁾.

Tipos de autocuidados “Son considerados en la teoría de Dorotea Orem como los requisitos de autocuidado⁽²⁵⁾.

- A.** Autocuidados universales, son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e integración social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- B.** Autocuidado del desarrollo, promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- C.** Autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

2.3.4 Necesidades del autocuidado

Los requisitos o necesidades del autocuidado, se derivan de una reflexión interior formulada expresamente que distingue las acciones que según se sabe o se cree, son necesarios para regular los distintos aspectos del funcionamiento humano y el desarrollo permanente en condiciones y circunstancias específicas. Por cada requisito del autocuidado formulado se fija el factor que se debe controlar u orientar para mantener el funcionamiento y desarrollo humano con arreglo a las normas compatibles a la vida, la salud y el bienestar personal, y la naturaleza de la acción necesaria. Los requisitos del autocuidado abiertamente constituyen el fin formal del mismo, son los objetivos que ponen en marcha la acción y expresa los resultados. La persona que realiza los autocuidados, cuando estos están dirigidos hacia sí mismos, es denominada agente de autocuidado. Estos motivos denominados por Orem requisitos de autocuidado se concretan en tres categorías⁽²²⁾.

A. Necesidades de autocuidado universales

Son comunes a todos los seres humanos, ya que se manifiestan durante la vida y se modifican cualitativa y cuantitativamente en relación con edad, sexo y situación-enfermedad. Estos requisitos son mantenimiento de aporte adecuado de aire, agua, alimentos, eliminación, de equilibrio entre actividad y descanso, equilibrio entre la soledad e interacción social; prevenir de los peligros que amenazan la vida, la salud y bienestar; promover la salud y el desarrollo humano.

B. Necesidades de autocuidado para el desarrollo personal

Relacionados con las acciones que se van realizar para promover el desarrollo en cada etapa del ciclo vital. Son dos formas especiales de autocuidado para los procesos de desarrollo en distintas etapas del ciclo vital, y nuevas necesidades derivadas de una situación o condición que puede afectar al desarrollo humano. Existen dos subtipos provisión de autocuidado para prevenir los

efectos negativos, y para mitigar los efectos provocados por estas situaciones.

C. Necesidades de autocuidado en situaciones de alteración de salud

Relacionados con los cuidados a realizar, y que son derivados de una enfermedad o lesión. Estas acciones de autocuidado son necesarias para prevenir la alteración, regular su extensión y controlarla, mitigar sus efectos, restablecer la normalidad y aprender a vivir con las secuelas.

Las alteraciones de salud pueden presentar formas distintas, bruscas o paulatinas y extenderse en el tiempo, ser agudo o crónico, lo cual se determinara el tipo de autocuidado que han de satisfacer las personas afectadas. Teniendo esto en cuenta, Orem sintetiza en seis tipos de autocuidado de alteración de la salud:

- Buscar y asegurar una asistencia adecuada.
- Ser conscientes y observar los efectos y resultados de los factores productores de enfermedad.
- Cumplir las prescripciones relativas al diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.
- Observar y actuar frente a los efectos adversos que pudieran derivarse de las medidas diagnósticas y terapéuticas.
- Aceptar los cambios en la imagen que puedan derivarse de su proceso patológico o accidente concreto y las necesidades de ayuda o cuidado profesional.
- Aprender a vivir con los efectos de su proceso diagnóstico y terapéutico para seguir llevando una vida que favorezca el desarrollo personal continuo⁽²⁵⁾.

2.3.5 Autocuidado en pacientes con tuberculosis

Autocuidado dirigido a los pacientes con tuberculosis que acuden la ENS-PCT son medidas para prevenir el contagio, por ello todo

personal de salud debe cumplir una norma legal para su debido cuidado de estas personas que se relaciona con los planteamientos teóricos. “Para el profesional de la salud, el autocuidado es un reto, pues está llamado a promoverlo. El fomento del autocuidado requiere un enfoque humanista, por lo tanto, es necesario partir del concepto de persona como ser integral, y del concepto de salud como “el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás; de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud⁽²⁵⁾.”

En nuestro trabajo de investigación hemos tomado como base las tres dimensiones antes descritas, es decir las prácticas del autocuidado en personas afectadas de tuberculosis pulmonar en cuatro establecimientos de salud de la Microred Carabayllo, 2014 estarán relacionada con las dimensiones Autocuidado General, Autocuidados relacionados con el desarrollo personal e interacción social, autocuidados específicos entre los indicadores de las dimensiones mencionamos:

A. Dieta

Los pacientes con tuberculosis deben abstenerse totalmente de consumir frituras y optar más bien por una dieta saludable rica en proteínas, las frituras provocan en los pacientes afectados por este mal dolor de estómago, náuseas, vómitos (gastritis) debido a los fármacos potentes que deben ingerir como parte del tratamiento.

B. Hidratación

Es de vital importancia, ya que se requiere la ingesta para la eliminación de los medicamentos por excreción renal, debido a que algunos medicamentos como los amino glucósidos pueden causar nefrotoxicidad y alteración en los electrolitos, por lo tanto se recomienda promover una hidratación adecuada.

C. Control de peso

Muchos pacientes con TB sufren de desnutrición. Esto se nota aún más en pacientes que han desarrollado una enfermedad fármaco resistente a través de años de tratamientos. El peso y el estado nutricional son marcadores importantes para el estado de la enfermedad. Atender estos factores es un aspecto importante del tratamiento⁽¹¹⁾.

D. Actividad física

El desarrollo de una enfermedad como la tuberculosis pulmonar altera la calidad de vida del paciente, lo cual se ve seriamente afectado cuando aparece una enfermedad crónica donde el paciente puede experimentar el empobrecimiento de las actividades diarias y recreativas y el progresivo o permanente acortamiento de las propias posibilidades, afectando asimismo al auto concepto, al sentido de la vida y provocando estados depresivos.

E. Sueño / descanso

Es una necesidad humana básica, que se caracteriza por un estado de conciencia en que la percepción y la reacción al ambiente del individuo están disminuidos, ejerciendo efectos fisiológicos tanto sobre el Sistema Nervioso como sobre otras estructuras corporales, restaurando la capacidad de actividad y favoreciendo la síntesis proteica.

F. Actividades recreativas

El paciente recibirá tratamiento según esquema acompañado de una alimentación orientada por nutricionista, lograra desarrollar actividades productivas en talleres, así como las actividades recreativas y de fortalecimiento de la respuesta psicológica, mejorando su autoestima y manejando su depresión según sea el caso.

G. Asesoramiento

Es el proceso de comunicación interpersonal que va enfocado al cuidado de los pacientes con tuberculosis para facilitar el éxito del tratamiento, basado principalmente en la información sobre la enfermedad, prevención, mecanismos de transmisión y tratamiento, así como en los factores que favorecen la curación y que están relacionados con los hábitos y costumbres dentro y fuera del hogar de los pacientes y convivientes.

H. Sentimiento y apoyo emocional

El apoyo emocional se da como intercambios que connotan una actitud emocional, positiva, clima de comprensión, simpatía, empatía, estímulo y apoyo; además es adecuado poder contar con buen estado emocional y la buena voluntad del otro para así poder concientizar al paciente sobre su tratamiento.

I. Apoyo familiar

Es de gran importancia debido a que será un pilar importante en el tratamiento del paciente, ya que será el encargado de brindar información, supervisar el cumplimiento de las recomendaciones que se dan al paciente.

J. Sexualidad

Algunos medicamentos pueden producir efectos no deseados en los organismos que alteran la sexualidad de las personas, por ejemplo, la rifampicina hace que los anticonceptivos de hormonas sean menos efectivos, o causen síntomas de abstinencia.

K. Asistencia al PCT

La asistencia al tratamiento es de vital importancia debido a que se podrá llevar un control del tratamiento supervisado así como actividades a realizar con el paciente tales como control de peso, entrevistas en cada cambio de fase, etc.

L. Adherencia al tratamiento

El apego o adherencia al tratamiento es un fenómeno complejo que comprende desde el inicio, seguimiento, verificación de reacciones adversas y orientación hasta alcanzar el término del tratamiento y por ende la curación. La adherencia al tratamiento, se relaciona de manera importante con la calidad y calidez que recibe el paciente por el personal de salud, así como el apoyo otorgado por la familia. Además del número de fármacos, reacciones adversas y el acceso a los servicios de salud.

M. Consulta al neumólogo

Será para el control de rigor que existe en el tratamiento con el fin de ir evaluando la adherencia del tratamiento, disminución de los síntomas y las posibles reacciones que pueda haber por los medicamentos y la sensibilidad de los mismos.

N. Contacto de riesgo

Son las actividades realizadas por el personal de salud entre los convivientes del paciente (familiares, amigos y compañeros del área laboral), dirigidos a descartar o identificar la presencia de sintomáticos respiratorios para determinar la administración de tratamiento quimio profiláctico.

2.3.6 Tuberculosis

La tuberculosis pulmonar es una infección bacteriana causada por *Mycobacterium tuberculosis*, también llamado Bacilo de Koch, que es un bastoncito de 2 a 4 micras de longitud y 3 micras de espesor, esta bacteria suele atacar a los pulmones pero puede también atacar a otras partes del cuerpo(26).

A. Tipos de tuberculosis

▪ **Tuberculosis Sensible**

En el Perú se logra curar a casi el 98% de los pacientes con el esquema de tratamiento proporcionado íntegramente de manera gratuita a nivel nacional. Este dura seis meses y se compone en promedio, de 11 tabletas diarias.

Es indispensable la colaboración del paciente para cumplir con la asistencia al tratamiento de manera regular. Si se abandona, los microbios desarrollan resistencia a las medicinas.

▪ **Tuberculosis Multidrogo Resistente**

La Tuberculosis Multidrogoresistente o TB MDR es una forma grave y compleja de esta enfermedad que requiere de un tratamiento prolongado y más costoso. En este caso, la cura se puede alcanzar en un 70% de todos los pacientes, debido a que el microbio ya no puede ser eliminado fácilmente⁽²⁷⁾.

▪ **Tuberculosis Extremadamente Resistente**

La Tuberculosis Extremadamente Resistente (TB XDR) no es tratable por la mayoría de los medicamentos utilizados para combatir los otros tipos de TB. El tratamiento dura, a veces, más de 24 meses y utiliza muchos medicamentos que se ingieren de forma oral o son administrados a través de inyectables. El Perú actualmente cuenta con los recursos suficientes para el diagnóstico de este tipo de tuberculosis y tiene más de 300 casos detectados desde 1999. Esto nos permite reportar una prevalencia real de la enfermedad⁽²⁷⁾.

B. Forma de contagio

Su transmisión es mediante los microorganismos que se eliminan en gotitas por el aire de 1 a 5 metros, la vía principal de entrada es la vía aérea, a través de la inhalación, la cual se produce

cuando el enfermo bacilífero tose, conversa, estornuda o ríe y lanza al exterior aerosoles que contienen la bacteria penetrando hasta los bronquios y alvéolos donde pueden ocasionar la enfermedad dependiendo de las defensas del huésped, el tamaño del inocuo y su virulencia⁽²⁸⁾.

C. Síntomas

El síntoma principal es la tos persistente por más de 15 días y se puede presentar junto a otros síntomas iniciales tales como el cansancio, dolor torácico, anorexia, fiebre, tos y pérdida de peso conforme progresa la enfermedad presenta sudoración nocturna, hemoptisis, disnea y fiebre⁽²⁹⁾.

D. Tratamiento

El esquema de tratamiento primario se debe administrar durante 6 meses, hasta completar 82 dosis, dividido en dos etapas:

- **Primera Fase**

Consiste en 50 dosis (diario de lunes a sábado). Esta primera fase es de inducción o bactericida de administración diaria, sirve para reducir rápidamente la población bacilar del crecimiento y multiplicación rápida para prevenir la resistencia y el fracaso al tratamiento.

- **Segunda Fase**

Consiste en 32 dosis (intermitente, 3 veces por semana, con RH) esta segunda fase es de mantenimiento o esterilizante de administración intermitente, en este momento la población bacteriana se multiplica una vez por semana o menos frecuente, de manera que ya no requiere tratamiento diario. Incluyendo el menor número de medicamentos suficiente para conseguir la eliminación de los bacilos persistentes y evitar las recaídas.

2.3.7 Estrategia sanitaria nacional de prevención y control de la Tuberculosis

La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESN-PCT) es el órgano técnico normativo dependiente de la Dirección General de Salud de las Personas, responsable de establecer la doctrina, normas y procedimientos para el control de la tuberculosis en el Perú; garantizando la detección, diagnóstico, tratamiento gratuito y supervisado a todos los enfermos con tuberculosis, con criterios de eficiencia, eficacia y efectividad. Está integrado a los servicios generales de salud a nivel nacional, se operativiza desde el nivel local y su cobertura alcanza a todos los establecimientos del Ministerio de Salud y otras instituciones (Seguro Social de Salud- Essalud, Sanidad de la Policía Nacional del Perú, Sanidades de las Fuerzas Armadas, Centros Médicos Universidades, Sanidad del Instituto Nacional Penitenciario INPE, Municipalidades, Centros Médicos de la Iglesia, Sector Privado y otros). El control de la Tuberculosis en el Perú se sustenta en el documento Norma Técnica de Salud para Control de la Tuberculosis que incorpora y aplica la estrategia DOTS y DOTS Plus recomendada por la OMS/OPS⁽³⁰⁾.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación es de enfoque cuantitativo y de carácter no experimental cuyo diseño de investigación es transversal y descriptivo. Es cuantitativa porque nos permite examinar y medir datos de manera numérica. También es descriptivo porque permitirá describir las prácticas de autocuidado en las personas afectadas de tuberculosis pulmonar sin establecer causalidad y de corte transversal, porque se da en un solo corte del tiempo y espacio.

3.2 POBLACIÓN

La población estuvo conformada por 58 pacientes de cuatro establecimientos de salud de la Microred de Carabayllo; La Flor, El Progreso, Raúl Porras Barrenechea, Villa Esperanza; que acuden diariamente al Programa Nacional de Control de Tuberculosis, reciben tratamiento de Esquema I y asisten regularmente a su tratamiento completo.

3.2.1 Criterios de inclusión

- Personas con diagnóstico de tuberculosis pulmonar latente y activa.
- A todos los pacientes afectados por la tuberculosis pulmonar de esquema uno.
- Pacientes que acuden diariamente al programa de control de tuberculosis.

3.2.2 Criterios de exclusión

- Mujeres gestantes.
- Personas afectadas con tuberculosis MDR- XDR.
- Personas coinfectadas con VIH y otra patología.
- Los que no deseen participar en el estudio.
- Pacientes que han abandonado el tratamiento, y aún están con diagnóstico de tuberculosis.

3.3 VARIABLE

Nivel de prácticas de autocuidado en personas afectadas de tuberculosis pulmonar.

3.3.1 Definición conceptual

Nivel que tiene la persona, familia o grupo para aplicar destrezas y habilidades aprendidas durante todo el proceso de su vida, donde le da el uso continuó que se emplea por libre decisión, con el fin de fortalecer o restablecer la salud y prevenir las enfermedades. Respondiendo a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece.

3.3.2 Definición operacional

Nivel de habilidad que tiene la persona afectada por la tuberculosis, para aplicar prácticas habituales, de desarrollo personal y especializadas que favorecen el cuidado de su propia salud (ANEXO A).

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1 Técnicas de recolección de datos

La técnica de recolección de datos en este estudio de investigación fue la encuesta, procedimiento de interrogación, que nos permitió obtener valores cuantitativos de características de la población.

3.4.2 Instrumento de recolección datos

El instrumento fue un cuestionario denominado PRAUT-DI2, el cual fue creado por el grupo de investigación. Cuenta con un total de 44 preguntas que se basan en la variable “Prácticas de Autocuidado en Personas Afectadas de Diabetes tipo 2”, dividido en 3 dimensiones, Autocuidado general, Autocuidados relacionados con el desarrollo personal e interacción social, Autocuidados relacionados con los autocuidados específicos; en donde cada una de ellas consta de 26,

08 y 10 preguntas respectivamente a las que se le asigno los valores de 4 (excelente) y 1 (deficiente) (ANEXO B).

3.4.3 Construcción y validación del instrumento.

Esta etapa considera, antecedentes, definición de dimensiones, selección de las preguntas y la realización del constructo, además el proceso de la validación del constructo (ANEXO C).

A. Antecedentes del instrumento

Este instrumento ha sido creado y validado por los siguientes autores:

- Investigadora Hilario Huapaya, Nélica en su trabajo de tesis de “Prácticas de Autocuidado en Personas Afectadas de Diabetes tipo 2”.
- Licenciada en Enfermería, Flor Ccoicca Almidón que fue extraída de su tesis con el titulado “Medidas de autocuidado que tienen los pacientes que asisten a la ESN-PCT del centro de salud Conde De La Vega Baja”.

B. Definición de dimensiones del instrumento.

Para redactar el instrumento se revisaron bibliografías que posteriormente fueron vinculados según el nivel de prácticas de autocuidado de personas afectadas de tuberculosis. Se obtuvo información de la Norma Técnica del Programa de Control de Tuberculosis(11), de la tesis de “Prácticas de Autocuidado en Personas Afectadas de Diabetes tipo 2” (11), y de la tesis “Medidas de autocuidado que tienen los pacientes que asisten a la ESN-PCT del centro de salud Conde De La Vega Baja” (11).

C. Selección de preguntas y confección del cuestionario

En función al constructo teórico se obtuvieron un conjunto de preguntas y se clasificaron en función de las dimensiones de

Autocuidado General, Desarrollo Personal y la Interacción Social, Autocuidado Específico de Salud.

D. Proceso de validación

Esta etapa considera validar el contenido y la confiabilidad del instrumento.

- **Validez del contenido:**

Se realizó la prueba de jueces con un grupo de 5 expertos en la elaboración del cuestionario en el ámbito de, nutrición, investigación en enfermería, licenciados que trabajan en el Programa de Control de Tuberculosis (ANEXO D).

En la prueba de jueces evaluada con Kendall se obtuvo un nivel de significancia menor de 0,001; lo que significa que se rechaza la hipótesis nula concluyendo que existe concordancia entre los jueces (ANEXO E).

- **Prueba piloto**

Para realizarla se planteó seleccionar a una muestra del 10 % de la población planificada, sin embargo, se llevó a cabo la encuesta a 8 usuarios con características similares a la población de investigación, para luego evaluar la confiabilidad del constructo.

En la prueba piloto se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,80 lo que significa que el instrumento es bueno por estar en el rango superior a 0,80 (ANEXO E).

E. Versión final del instrumento validado

El cuestionario "PRAUT-TUP" en versión final, consta de 44 preguntas cerradas y está estructurado en 3 dimensiones, autocuidado general, de desarrollo personal e interacción social y de autocuidado específicos de salud. La escala de valoración es tipo Likert para las 3 dimensiones.

La dimensión de autocuidado general tiene 25 preguntas que involucran dieta, hidratación, control de peso, actividad física, sueño/ descanso actividades recreativas.

La dimensión de autocuidado de desarrollo personal e interacción social tiene 7 preguntas relacionado con apoyo familiar asesoramiento, sentimiento y apoyo emocional.

La dimensión de conocimiento de autocuidado específico de salud tiene 11 preguntas que involucran contactos de riesgo asistencia al tratamiento, hacinamiento, consulta al neumólogo, ventilación y transmisión del bacilo.

El nivel de autocuidado global se obtiene según las siguientes categorías: Excelente (4), Bueno (3), Regular (2), Deficiente (1) para cada pregunta del cuestionario. Finalmente se repitieron la fiabilidad y validez del constructo del cuestionario definitivo subiendo su alfa de cronbach superior a 0.8 con un total 44 elementos siendo aplicado en la población determinada.

3.5 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó las visitas los cuatro de centros de salud de la Microred de Carabayllo, con el objetivo de recabar información acerca de los pacientes que están en tratamiento y pertenecen a la jurisdicción (ANEXO F).

Contando con la lista de pacientes que acuden a recibir su tratamiento de los cuatro establecimientos de salud del PCT de la Microred Carabayllo, se procedió a realizar la selección de acuerdo a nuestros criterios de exclusión.

Se realizó la visita a los cuatro centros de salud ya mencionados, procediendo con las entrevistas a los directores, con previa autorización nos presentó ante el personal de cada centro de salud con la finalidad de informar el motivo de nuestra presencia.

Se entregó la información necesaria para la aprobación del estudio en los centros de salud por parte de la universidad con la aprobación de la Microred de Carabaylo (asesor general de investigación) y así obtener la carta de presentación.

3.5.1 Fase Previa: Validación del instrumento

A. Prueba de jueces

Se invitó de forma verbal y a través de correo electrónico a 9 expertos de la cual solo respondieron a nuestra solicitud 5 evaluadores. Se les entregó el formato de validación de expertos el cual en un periodo de 20 días devolvieron para su tabulación en el programa estadísticos.

B. Prueba piloto

Se solicitó autorización a un centro de salud con población de características similares al estudio mediante la entrega de una carta emitida por la Escuela Profesional de Enfermería. Se coordinó con el director y el responsable del servicio del programa Control tuberculosis, para la recolección de datos del piloto. En el mes de mayo del 2014 se realizó la recolección de datos para el piloto.

3.5.2 Fase 1: Autorización para recolección de datos

Se emitió una carta de presentación al director de la Red Túpac Amaru, solicitando la obtención de la autorización para que nos permita realizar el trabajo de investigación en los cuatros establecimientos de salud. El cual fue autorizado el 21 de agosto del 2014 según Memorándum circular N° 297-MJ-MRC-2014.

3.5.3 Fase 2: Coordinaciones para recolección de datos

Se coordinó con los diferentes directores de los centros de salud para realizar la aplicación del instrumento. Donde se nos otorgó las facilidades de poder aplicar en el horario de atención del paciente.

3.5.4 Fase 3: Aplicación del instrumento

Se coordinó con las diferentes jefas de servicios del programa de control de tuberculosis de cada centro de salud para la aplicación de nuestro cuestionario, se pidió los mapeos de las zonas de riesgo de las personas infectadas con tuberculosis, se informó a los pacientes sobre el fin y objetivo de la investigación, que fue libre elección, se concientizo a la población. La duración de la encuesta demoro un lapso de unas 3 semanas por que los pacientes no asistían al servicio o se llevan sus medicamentos.

Se terminó de aplicar la encuesta en la vivienda de algunos pacientes por lo que se tuvo que ir de casa en casa para terminar las encuestas de cada paciente que se encuentran dentro de los criterios de inclusión, donde aun 4 de los usuarios no participaron de dicha investigación.

3.6 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS

La información recolectada fue insertada en una base de datos del programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

Para el proceso de validación por jueces de expertos se hizo uso de la prueba no paramétrica de muestras no relacionadas del coeficiente de correlación de Kendall, el cual permitió identificar la correlación entre la evaluación realizada por los jueces.

Para evaluar la fiabilidad del instrumento de la prueba piloto, se hizo uso del estadístico alfa de Crombach, en el que se valoró estadísticos descriptivos para la escala si se elimina el elemento y coeficiente de

correlación clase Alfa puede disminuir o aumentar los resultados del cuestionario si eliminamos algún elemento, el coeficiente de correlación intra clase nos da a conocer la correlación entre las preguntas es por ello que tendría que informar él porque de la eliminación del elemento y si es de suma importancia para la encuesta (ANEXO E).

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Los principios éticos básicos se refieren a los criterios generales que sirven de base, para justificar muchos de los preceptos éticos y valoraciones particulares de las acciones humanas⁽³¹⁾.

3.7.1 Principio de no maleficencia

Es nuestra principal responsabilidad la protección del grupo de personas para el estudio de investigación, siendo esto más importante que la búsqueda de nuevos conocimientos, el interés personal, profesional. De manera que las personas que participé no se vean afectadas con preguntas directas o la susceptibilidad en temas de salud durante la aplicación.

3.7.2 Principio de beneficencia

Siendo nuestra principal responsabilidad de no hacer daño a las personas que acuden al PCT. Actuando con justicia, bondad y humanístico ante todo proceso que se realiza dentro de la investigación.

3.7.3 Principio de justicia

Como investigadores vamos a ser justos al distribuir recursos o beneficios teniendo en cuenta la equidad, considerando los aportes de cada cual, al bien común, cuidando especialmente que se satisfagan por lo menos las necesidades mínimas de los más postergados.

3.7.4 Principio de autonomía

Respetaremos a los pacientes que acuden al programa mediante el reconocimiento de sus derechos como pacientes y valorando sus

creencias, valores e ideas durante la investigación y se tendrá en cuenta en la ejecución del instrumento, siempre que con ello no perjudique a otros.

3.7.5 Consentimiento informado

El objetivo del consentimiento informado, es que el paciente sometido a ensayo tiene que haber sido informado, sobre la importancia, el alcance y los riesgos del ensayo a través del equipo de investigación que lleva a cabo dicho trabajo. El equipo tiene que asegurarse de que esta sea entendida por los participantes del estudio de investigación (ANEXO G).

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

Los datos que se presentan a continuación están prioridad a los objetivos planteados en el estudio.

4.1.1 Descripción de los datos sociodemográficos

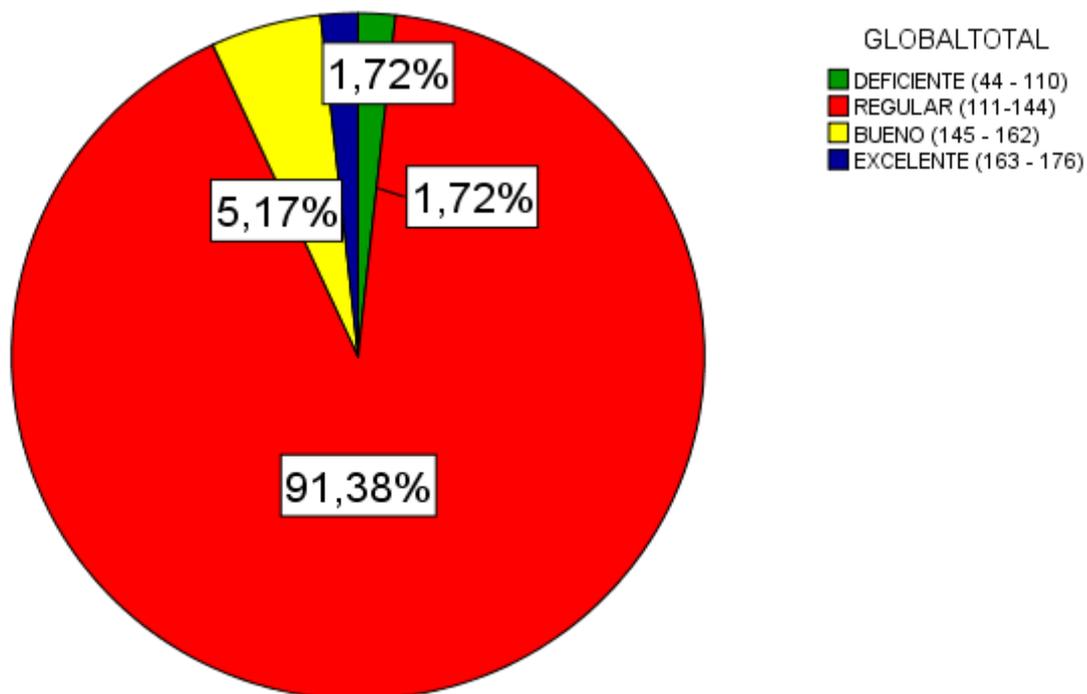
Se evaluó a 58 pacientes, los datos sociodemográficos muestran que el promedio de edad fue de 30 años con una desviación estándar de 13,2 años. El 44,8 % de los participantes tuvieron entre 30 y 59 años, los pacientes varones representan un 53,4%, los contactos de estos pacientes son 263 personas y 62 (23,6%) de ellos son menores de edad.

En relación al nivel de estudios de los pacientes predominó el nivel secundario en un 74,1%, seguido de superior 13,8% y nivel primario en un 12.1% (ANEXO H).

4.1.2 Descripción de los resultados según dimensiones

A continuación, presentamos los resultados de las dimensiones de acuerdo a nuestros objetivos.

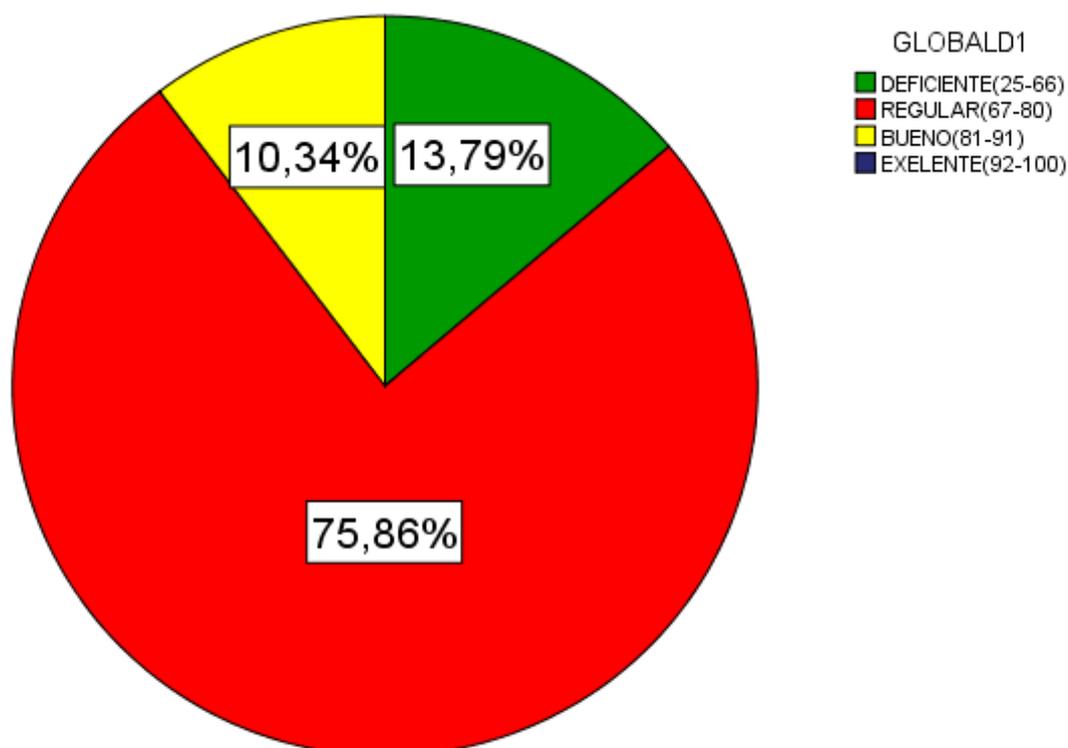
Gráfico 1: Nivel de prácticas de autocuidado en personas afectadas de tuberculosis pulmonar en cuatro establecimientos de salud de la Microred Carabaylo, 2014.



Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EAPE.UCH

Se ha identificado que el nivel de autocuidado en personas afectadas de tuberculosis pulmonar tiene un nivel regular de prácticas de autocuidado con un 91,3%, nivel deficiente en 1,7% y el nivel bueno en 5,1% de los pacientes.

Gráfico 2: Nivel de prácticas de autocuidado general en personas afectadas de tuberculosis pulmonar en cuatro establecimientos de salud de la Microred Carabayllo, 2014.



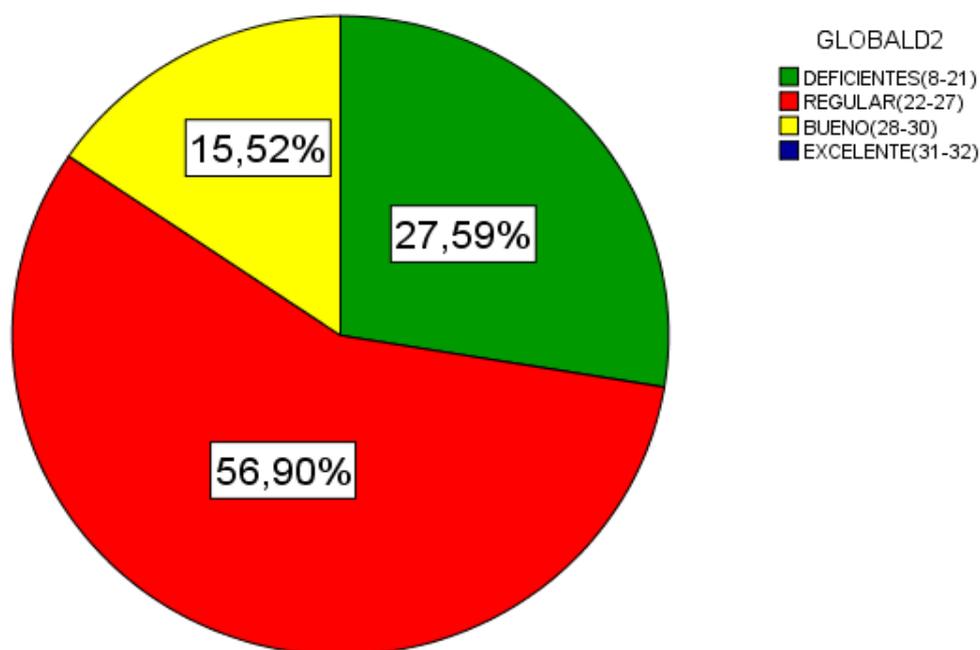
Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EAPE.UCH

Los resultados obtenidos de la población de estudio según el nivel de prácticas de autocuidado general se identificó que el 75,9% presenta regular nivel, el 13,8% restante tuvo deficiente y el 10,3% restante tuvo un buen nivel de prácticas de autocuidado.

Dentro de las prácticas de autocuidado general la frecuencia del consumo de verduras lo realiza de 1-2 día/semana con un porcentaje de 37,9%, de harinas o derivados el consumo es todos los días con un porcentaje de 32,8%, cereales refinados el 43,1 % consume de 5-6 días/semana, menestras el 41,4% consume de 5-6 días/semana, tubérculos el 32,8% consume un día/semana, aceitunas o coles verdes y brócoli es de 32,8% no consume estos alimentos, pescado sancochado el 41,4% lo realiza 1-2 días/semana,

pollo 67el,2% consume de 3 a 4dias/semana, res el 43,1% consume res de 2 días/semana, viseras el 41,4% lo realiza 1dia/semana, frutas frescas el 48,3% lo realiza 1-7 días/semana, alimentos a base de frituras el 41,4% lo realiza 1 día/semana, bebidas heladas 58,6% nunca lo realizan, productos enlatados el 37,9% realiza de 1 a 2 días/semana, productos lácteos el43,5% lo realiza de 3-4dias/semana, agua el 32,8% consumen3 vasos/día, el 43,1% controla su peso mensual, el 53,4% realiza deposiciones todos los días, 51,7% realiza actividad física frecuentemente. El 36,2% frecuentemente un horario de sueño ajustado a sus necesidades, el 50 % a veces realiza actividades recreativas el 93,1% no fuma, el 81.0 % nunca realiza el consume bebidas alcohólicas, el 41,4% realiza el consumo de comidas de 3 veces/día, el 98,3% nunca hace el uso del consumo.

Gráfico 3: Nivel de prácticas de autocuidado en el desarrollo personal e interacción social en personas afectadas de tuberculosis pulmonar en cuatro establecimientos de salud de la Microrred Carabayllo, 2014.

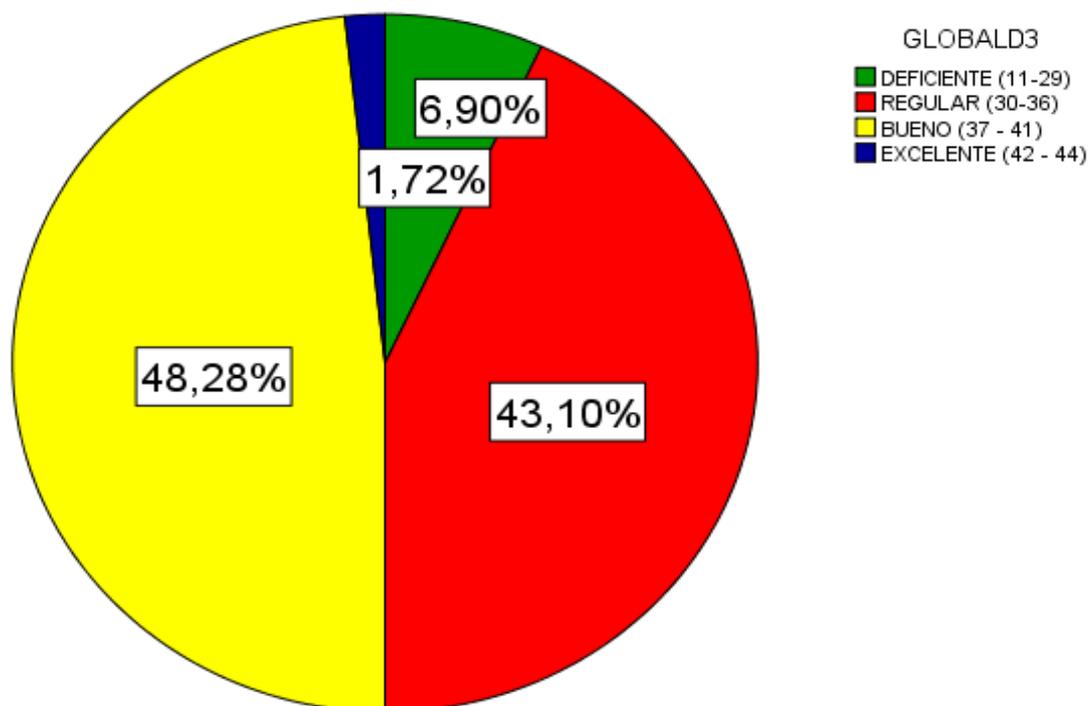


Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EAPE.UCH

Los resultados obtenidos de la población de estudio se ha identificado que el nivel de prácticas de autocuidado en el desarrollo personal e interacción social de las personas afectadas de tuberculosis obtuvo el 56,90%, de autocuidado de nivel regular, en el nivel deficiente se obtuvo el 27,59 % y el bueno obtuvo 15,52%.

Dentro de los indicadores de la dimensión desarrollo personal e interacción el 44,8% a veces asiste a charlas o ver programas de salud, el 67,2% nunca ha sido miembro de reuniones con grupos con personas de la misma enfermedad tuberculosis, el 44,8% siempre comparte su tiempo con su familia, el 72,4% siempre se siente satisfecho con su familia, el 81,3%, siempre ha sentido el apoyo de entorno familiar, el 81,0% siempre se siente positivo sobre su futuro, el 29,3% siempre dialoga con su familia o amigos cuando se siente afligido, el 62,1% nunca se siente rechazado por su enfermedad.

Gráfico 4: Nivel de prácticas de autocuidado específicos en salud en personas afectadas de tuberculosis pulmonar en cuatro establecimientos de salud de la Microred Carabaylo, 2014.



Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EAPE.UCH

Los resultados obtenidos de la dimensión autocuidado específicos en salud se ha identificado las prácticas de autocuidado de las personas afectadas de tuberculosis alcanzando a un nivel bueno en 48,3%, un nivel regular en 43,10%, y un deficiente nivel de autocuidado en 6,9%.

Entre las prácticas de autocuidado específicos en Salud el 50,0% a veces recibe la visita domiciliaria del personal de salud, el 82,8% acude siempre a recibir su tratamiento, el 56,9% no comparte la habitación de dormir, el 81,0% siempre reconoce que el cumpliendo el tratamiento lograra sanarse, el 51,7% siempre informa cuando presenta algún tipo de reacción al medicamento, el 77,6% toma siempre mucha importancia de las indicaciones del personal de salud, el 86,2% señala que la enfermera siempre supervisa que el paciente haya ingerido sus pastillas, el 79,3% siempre evita la transmisión del bacilo, el 50% cuenta con 4 ventanas en casa para su ventilación, el 37,9% a veces realiza consultas al médico, el 56,9% siempre recibe información sobre su enfermedad.

4.2 DISCUSIÓN

La tuberculosis es una enfermedad que aún no se logra controlar a pesar de los avances tecnológicos que existe y más aún en países en desarrollo y en vía de desarrollo donde la condición económica es uno de los factores influyente pese que es una enfermedad 100% curable, prevenible y que es totalmente gratuito a nivel mundial sin embargo se ha convertido en la infección transmisible más importante en los seres humanos⁽³²⁾.

La tuberculosis al ser una enfermedad infectocontagiosa requiere adecuados cuidados, continuidad del tratamiento farmacológico, adecuada alimentación, apoyo psicológico, higiene personal y saneamiento ambiental adecuado en el hogar, adecuado descanso y sueño.

El incumplimiento de estas medidas puede generar complicaciones como la resistencia a los medicamentos, contagio a los contactos, generando un círculo vicioso de familia y comunidad. Las características sociales y demográficas de nuestra población de estudio nos muestra que la edad predominante de nuestra dicha población oscila entre 30-59 año de edad deduciendo que esta población es más vulnerable por los diferentes factores en la que se encuentra las personas, por la que podríamos afirmar que el tipo de trabajo seria el factor predominante en este grupo etario con un 39,7%, donde coincide con el estudio de Gloria Aliaga y María Alvarado en su estudio prácticas de autocuidado y su asociación con las características sociodemográficas de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar; donde su población de estudio de esta investigación predomino entre 24 a 44 años de edad donde este grupo estaría afectado por unas de las características sociodemográficas como trabajo con un 66,7%; por ende a este, se le está otorgando prioridad ya que estaría generando un ingreso socioeconómico donde lamentablemente estaría afectada las prácticas de autocuidado de estas personas enfermas de tuberculosis⁽¹⁷⁾. Sin embargo en el estudio de investigación de “Medidas de autocuidado que tienen los pacientes que asisten a la ESN– PCT del centro de salud Conde De La Vega Baja” por la autora Flor Coicca Almidon en su estudio el grupo etario oscila entre 16 a 26 años con un 45%, donde difiere

en nuestra investigación ya que estos jóvenes se encuentra en la etapa de maduración, así mismo coincide de que el trabajo es uno de sus factores que contribuyen al descuido de sus prácticas de autocuidado dejando de lado una buena alimentación para su salud y bienestar; con respecto al grado de instrucción, si bien es cierto ello no me garantiza el nivel de prácticas que tiene cada persona por sí misma, en estos resultados predomina el nivel secundaria con 85.0%, lo cual se sumaría un factor más para no realizar prácticas de autocuidado sobre su salud y enfermedad⁽¹⁶⁾.

En el estudio de investigación de “Relación entre Nivel de Conocimiento sobre Tuberculosis Pulmonar y Actitud hacia el Tratamiento-usuario estrategia sanitaria control de tuberculosis-Hospital II- 1 Moyobamba” por los autores Rolando P. Villacorta y Miranda L. Adrian concluyeron que en su población estudiada el 41,7% de su población se encuentran desempleada o no tienen un empleo estable, donde el 25 % de esta población son amas de casa lo cual ello justifica que no haya un ingreso económico, lo cual este factor estaría contribuyendo a la presencia de la enfermedad, si bien es cierto los recursos económicos es un factor importante para llevar una buena alimentación, en nuestra población este factor está generando un ingreso económico en casa donde de alguna manera está contribuyendo a que la alimentación mejore el tratamiento en casa. Es por ello que me atrevo a afirmar con respecto a la dimensión de autocuidado general sobre los ítems de alimentación, estos pacientes no están realizando un buena práctica de autocuidado para su salud ya que por dar prioridad a este es el descuido de sus prácticas de autocuidado⁽³³⁾.

Según el Informe emitido por el MINSA nos dice que la dieta debe ser balanceada y rica en proteínas, carbohidratos y menestra a las que agregan grasas no saturadas, vitaminas A, B, minerales y frutas sobre todo de color amarillo. A todo ello nos respalda la norma técnica de tuberculosis, sin embargo en nuestra población de estudio los resultados son regulares por lo que no están realizando un buen consumo de carbohidratos, menestras y frutas para su dieta balanceada por ende corren el riesgo de que el tratamiento no sea satisfactorio. Cabe resaltar que uno de los factores que pueden estar contribuyendo a ello es uso del consumo

productos enlatados con un 37,9% lo cual estarían remplazando estos productos por una dieta balanceada o comida de paso sin tener la responsabilidad de su alimentación⁽³⁴⁾.

En relación a las medidas de autocuidado respecto a la alimentación encontramos que 41,4% consume 3 comidas durante el día, información que difiere con el estudio de investigación de la autora Flor CCoycca quien manifiesta que el 35.0% consume 5 comidas al día, por lo que asumimos que nuestra población de estudio no estaría asumiendo la responsabilidad de aumentar sus porciones de alimentos al día estrictamente, lo cual estaría en riesgo de no estar contribuyendo a su recuperación mediante la practicas de su autocuidado⁽¹⁶⁾.

En la dieta de estas personas afectadas por esta enfermedad se recomienda eliminar totalmente las frituras o el consumo de grasas y optar por una dieta sana y saludable, ya que estas provocan dolor de estómago, nauseas, vómitos, debido a que estos fármacos son muy potentes por consumo a diario de su tratamiento, por ello no habría una buena reabsorción de los fármacos potentes (Rifampicina e isoniasida), sin embargo en esta investigación 41,4% consume por lo menos 2 a 3 veces por semana, lo cual repercute en su tratamiento al no estar asistiendo estrictamente a su centro de salud⁽³⁵⁾.

Según las necesidades de Virginia Henderson el sueño y el descanso son necesidades básicas e imprescindibles de la persona por las importantes funciones reparadoras que ejercen en el organismo, contribuyendo a la salud física y psicológica del mismo. Por ello en nuestro estudio, que lo realice frecuentemente no me garantiza de que estos pacientes tengan un horario adecuado de sueño y descanso es por ello que en nuestra población de estudio las necesidades de sueño y descanso no están cubriendo la reposición de su salud física y psicológica para afrontar su enfermedad⁽³⁶⁾.

Si bien es cierto el diagnóstico, tratamiento médico, nutricional, etc. Que se le brinda a esta población es totalmente gratuito a nivel mundial y nacional, en respuesta a ello el estado peruano a instituido programas de apoyo alimentario, a través de la entrega de canastas de víveres a los pacientes, con el fin de que este apoyo contribuya a la adherencia del tratamiento⁽³⁵⁾.

En nuestra realidad podemos observar que este beneficio emitido por el estado no llegan a manos de las personas afectadas por esta enfermedad, así mismo el tratamiento es incompleto por lo que se le pide a cada paciente que lo costee o lamentablemente muchos de ellos están recibiendo tratamiento incompleto por la falta de medicamentos con la que carece cada centro de salud de la población de estudio⁽³⁴⁾.

A fin de garantizar el acceso, la calidad y la oportunidad de la atención de salud de las personas afectadas por tuberculosis, el proyecto de actualización de la norma de control de la tuberculosis define el número de recursos humanos debe ser debidamente capacitados para atender los casos de tuberculosis por establecimiento. es por ello que se hace énfasis en nuestra realidad ya que las experiencias en las diferentes centros de salud podemos decir que el acceso a una calidad y oportunidad de atención integral al paciente no se evidencia por los profesionales capacitados para afrontar la enfermedad, si bien es cierto el rol de la enfermería es garantizar y brindar una atención con calidad y de forma holística. Ello se ha perdido convirtiéndose en rol rutinario a cargo de las enfermeras técnicas y más aun de los promotores de salud quienes no estarían en posición de evaluar a una persona considerando los cuidados según la norma técnica⁽³⁷⁾.

Según Ofelia T. Correa, da a conocer en su artículo, “El autocuidado una habilidad para vivir”, las prácticas para el autocuidado se encuentran: habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física requeridas, recreación y manejo del tiempo libre, diálogo, adaptaciones favorables a los cambios en el contexto y prácticas de autocuidado. Sin embargo, en nuestra investigación

no se evidencia prácticas de autocuidado con respecto a relaciones sociales, actividad física, apoyo emocional, actividades recreativas, o reuniones con personas de la misma enfermedad. Es por ello que estas personas sienten el rechazo, su estado de ánimo es disminuido por la misma sociedad en la que no encontramos, ello se evidencia cuando se oponen a que el personal de salud no ingrese a su domicilio con el fin de que los vecinos aledaños no se enteren de su estado o diagnóstico.

Siendo la tuberculosis una enfermedad considerada con muchos estigmas, existen potentes factores condicionantes para el contagio de esta enfermedad como la situación económica, hacinamiento, falta de servicios básicos y diferentes factores que ayudan a que esta enfermedad sea un problema de salud pública, asimismo en esta investigación las personas afectadas por este mal son mayoritarias en nuestra población por niveles socioeconómicos bajo, hacinamiento, la falta de algunos servicios básicos, donde la mala práctica de autocuidado de limpieza e higiene personal es reflejado a través de la observación en nuestra población de estudio. Si bien es cierto que estos factores no determinan de que todos a los que les falte o carezcan de estos enfermaran, pero si puedo asumir que condicionan la permanencia del foco infeccioso de la enfermedad⁽³⁸⁾.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- Se identificó que el nivel de prácticas de autocuidado al evaluar a la población de estudio se determinó que el 91,38%, presenta un nivel de práctica “regular “en personas afectadas de tuberculosis pulmonar en cuatro establecimientos de salud de la Microred Carabaylo, 2014.
- Se identificó que el nivel de prácticas de autocuidado general al evaluar a la población de estudio se determinó que el 75,86% presenta un nivel de práctica “regular “en personas afectadas de tuberculosis pulmonar en cuatro establecimientos de salud de la Microred Carabaylo, 2014.
- Se identificó que el nivel de prácticas de autocuidado en el desarrollo personal e interacción social al evaluar a la población de estudio se determinó que el 56,90%, presenta un nivel de práctica regular en personas afectadas de tuberculosis pulmonar en cuatro establecimientos de salud de la Microred Carabaylo, 2014.
- Se identificó que el nivel de autocuidado específicos en salud al evaluar a la población de estudio se determinó que el 48.28%, presenta un nivel de práctica bueno en personas afectadas de tuberculosis pulmonar en cuatro establecimientos de salud de la Microred Carabaylo, 2014.

5.2 Recomendaciones

- Incrementar y fortalecer el nivel de prácticas de autocuidados mediante sesiones educativas, charlas, afiches, volantes, medios de difusión audio visual.
- Recomendamos usar nuestro instrumento como referencia para otras investigaciones con la finalidad de verificar o comparar resultados.

- Sesión educativa de alimentación balanceada, alimentos saludables, de manera que se induzca la dieta balanceada y saludable para contribuir al tratamiento en el proceso de la enfermedad.
- Fortalecer el lazo afectivo entre la familia y el paciente, enseñándole a fortalecer sus prácticas de autocuidado del paciente y familia.
- Concientizar la continuidad del tratamiento, lograr la adherencia para evitar el fracaso o abandono de tratamiento, así como la educación a la familia para la prevención y cuidados en casa.
- Realizar un monitoreo y motivación por parte del personal de enfermería a los pacientes que no asisten regularmente al programa, para que continúen su tratamiento y eviten propagar la enfermedad.
- La educación brindada al paciente con tuberculosis debe reforzarse a través de la entrega de material educativo y la demostración de prácticas adecuadas sobre la forma de eliminación de las secreciones al toser o estornudar, alimentación balanceada, medidas de higiene personal y de la vivienda; que le permita al paciente adquirir destrezas y mejorar sus prácticas de autocuidado para sí mismo.

Referencias bibliográficas

1. MINSA. Guía para el equipo de salud [Internet]. 2009. Available from: http://www.msal.gov.ar/images/stories/epidemiologia/pdf/guia_tuberculosis.pdf
2. García G, Escartin M, Milián F, Pérez L. Comportamiento epidemiológico de la tuberculosis en Querétaro México: evaluación de 5 años. [Internet]. 8-9. 2008. p. 10. Available from: <http://www.respyn.uanl.mx/ix/3/articulos/Tuberculosis-Qro.htm#>
3. Barrera G. Diagnóstico, evaluación y tratamiento integral de la tuberculosis latente: Propuesta de un observatorio para emigrantes legales en edad pediátrica [Internet]. tesis. Universidad autónoma de la ciudad de Juárez; 2010. p. 111. Available from: http://www.uacj.mx/ICB/redcib/Publicaciones/TesisLicenciatura/Nutrici%C3%B3n/Diagn%C3%B3stico,_evaluaci%C3%B3n_y_tratamiento_integral_de_la_tuberculosis_latente.pdf
4. OMS. Informe mundial sobre la tuberculosis 2012. 2012 p. 1–4.
5. OMS. Centro de prensa de la tuberculosis [Internet]. octubre. 2013. p. 10. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/index.html>
6. Figueiredo S, Scatena T, Geraldés M, Gazeta C. Aspectos epidemiológicos actuales de la tuberculosis y el impacto de la estrategia DOTS en el control de la enfermedad. 2007;(1):4.
7. Juan C. Vázquez, Hernández J s., Rogeli PP, Montes M. Respiratory health in Latin America: number of specialists and human resources training. Arch Bronconeumol [Internet]. SEPAR; 2014 Jan [cited 2014 Jun5];50(1):34. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24119687>
8. Castañeda D, Bolívar A, Rodríguez A. La investigación científica en tuberculosis: Evaluación bibliométrica de las contribuciones de la literatura colombiana. Rev Medica Risaralda [Internet]. 2013 [cited 2014 Jun23];1(1):9. Available from: <http://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/7975>
9. OMS. Situación del control de la Tuberculosis (TB) en las Américas. [Internet]. abril. 2012. p. 1. Available from: http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=996&Itemid=892
10. Vidal M, Arrasco J, Valdez W, Reyna M, Bueno C, Quesada H. Boletín epidemiológico de Lima. 2013;22(10):196.

11. OMS. Situación de salud y medicamentos en el Perú [Internet]. 2013 p. 47. Available from: El Perú concentra el 25% de los casos de la región y comparte con Haití el primer lugar en TB Multidrogorresistente, con altas tasas de incidencia y morbilidad, tal es así que en los últimos años hemos recibido la dolorosa carga de 35 000 casos nuevos por año, concentrándose en Lima y Callao el 58% de los casos
12. OPS. PLAN de expansión del manejo programático de la tuberculosis paho.org/per/index.php?option=com_docman&task=doc...Gid=309...
13. Municipalidad distrital de Carabayllo. Reseña histórica del distrito de Carabayllo [Internet]. 2011. 2011. p. 4. Available from: <http://www.municarabayllo.gob.pe/distrito.php?sec=1>
14. Chacon C, Granado M, Marcano Y. Programa de autocuidado dirigido a los pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden al área de neumología del hospital universitario Dr. "Manuel Nuñez Tovar" de Marutín estado de Monagas. Universidad Central de Venezuela; 2006. p. 101.
15. Aponte L, Hernández R. Alteraciones de patrones funcionales en personas con tuberculosis pulmonar, Villavicencio, Colombia. 2011;(1):54. Available from: <file:///C:/Users/natali/Downloads/35847-143585-1-PB.pdf>
16. Duarte L, Castro A, Noriega J, Scatena T, Mendez K, Fredemir P. Acciones intersectoriales y vínculo en el control de la tuberculosis en la Salud de la Familia. marzo [Internet]. 2011;19(2):1–9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/es_22.pdf
17. Ccoicca F. Medidas de autocuidado que tienen los pacientes que asisten a la Esn – Pct del centro de salud Conde De La Vega Baja [Internet]. Universidad Nacional Mayr de San Marcos; 2013. p. 92. Available from: http://www.cybertesis.edu.pe/bitstream/cybertesis/1043/1/ccoicca_af.pdf
18. Aliaga G, Alvarado M, Alva A, Velasquez D. Conocimientos sobre prácticas de autocuidado y su asociación con las características sociodemográficas de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, CLAS San Martín de Porres - Los Olivos -2012. Rev Enferm Hered [Internet]. 2013 [cited 2014 Jun 23];6(1):2–11. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?!sisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=706134&indexSearch=ID>
19. Larico C. Conocimientos de las Medidas Preventivas y Actitudes en el Autocuidado de pacientes con Tuberculosis Pulmonar en el Centro de Salud Los Libertadores en Noviembre – Diciembre 2008 . [Internet]. 2009. p. 117. Available from: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/260/1/Larico_cm.pdf
20. Uribe T. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. mayo. 1999;8.

21. Navarro Y, Castro M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *enfermería Glob* [Internet]. 2010 Jun; (19):1–14. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=en
22. Rivero N, Gonzales M, Gonzales M, Nuñez M, Hornedo I, Rojas M. Valoración ética del modelo de Dorotea Orem. 2013;6:11.
23. Tobón O. El autocuidado, una habilidad para vivir. 2002;12.
24. Vega O, Gonzalez D. Teoría del deficit de autocuidado. 2001;4(4):8.
25. Pereda M. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. noviembre. 2011;10(3):163–7.
26. MINSA. Una guía práctica para la atención médica del paciente. 2013;6:163. Available from: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/luchacontratbc/05.html>
27. CDC. Preguntas y respuestas sobre la tuberculosis. 2012. p. 32.
28. MINSA. Norma técnica de la estrategia sanitaria del programa de control de tubercuosis. noviembre. 2013.
29. ISDEM. La amenaza creciente de la tuberculosis en Lima [Internet]. setiembre. 2013. p. 3. Available from: C:\Users\hp\Desktop\articulos tbc\Bienvenidos a ISDEN.htm
30. Huayantes A. Relacion entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes registrados en la estrategia sanitaria control de tuberculosis del centro de salud San Luis [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006. p. 102. Available from: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1025/1/Huaynates_ca.pdf
31. INEI. Dia mundial de la poblacion [Internet]. 2014. Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1157/libro.pdf
32. Declaracion de Helsinki de la asociacion medica mundial. 1989. p. 4.
33. DIRESA. Dia mundial de la tuberculosis. 2015 p. 1–19.
34. Perez R, Miranza A. Relación entre nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar y actitud hacia el tratamiento - usuario estrategia sanitaria control tuberculosis - hospital II-1 Moyobamba. 2012. p. 100.

35. Andina. Recomiendan a pacientes con TBC eliminar totalmente las frituras de su dieta y optar por comida sana [Internet]. noviembre. 2014. p. 2. Available from: <http://www.andina.com.pe/agencia/noticia-recomiendan-a-pacientes-tbc-eliminar-totalmente-las-frituras-su-dieta-y-optar-comida-sana-166776.aspx>
36. FUDEN. Necesidades básicas de Virginia Henderso [Internet]. enero. 2004.p.2. Available from: http://www.ome.es/04_01_desa.cfm?id=424
37. Secundarias EIAR, Redes O. Grupos Focales. 2004;1–28.
38. Bermudes L. Representaciones sociales del VIH/SIDA y auto-cuidado como base para una propuesta de intervención en Promoción y Prevención con jóvenes y enfoque de género. 2004. p. 140.

ANEXO

ANEXO A: Operacionalización de la variable

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	N° DE ÍTEMS	VALOR FINAL	CRITERIO PARA VALORES
NIVEL DE PRÁCTICA DE AUTOUIDADO	<p>Nivel que tiene la persona, familia o grupo para aplicar destrezas y habilidades aprendidas durante todo el proceso de su vida, donde le da el uso continuo que se emplea por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir las enfermedades.</p> <p>Respondiendo a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece.</p>	<p>Nivel de habilidad que tiene la persona afectada por la tuberculosis, para aplicar prácticas habituales, de desarrollo personal y especializadas que favorecen el cuidado de su propia salud.</p>	Autocuidados generales	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dieta ➤ Hidratación ➤ Control de peso ➤ Actividad física ➤ Sueño/ descanso ➤ Actividades recreativas 	26	104	<p>Excelente: 86-104</p> <p>Bueno: 66-85</p> <p>Regular: 46-65</p> <p>Deficiente: 26-45</p>
			Autocuidados relacionados con el desarrollo personal e interacción social.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Asesoramiento ➤ Sentimiento y apoyo emocional ➤ Apoyo familiar ➤ Sexualidad 	8	64	<p>Excelente: 55-64</p> <p>Bueno: 42-54</p> <p>Regular: 20-41</p> <p>Deficiente: 16-28</p>
			Autocuidados específicos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Asistencia al PCT ➤ Adherencia al tratamiento ➤ Hacinamiento ➤ Consulta al neumólogo ➤ Contactos de riesgo ➤ Ventilación ➤ Transmisión de bacilo 	10	120	<p>Excelente: 110-120</p> <p>Bueno: 70- 106</p> <p>Regular: 54-98</p> <p>Deficiente: 42-73</p>

ANEXO B: INSTRUMENTO

PRÁCTICAS DEL AUTOCUIDADO EN PERSONAS AFECTADAS DE TUBERCULOSIS (PRAUT-TUP)

I) INTRODUCCIÓN:

Reciban un cordial saludo, somos estudiantes de la Universidad de Ciencias y Humanidades, y estamos realizando un estudio de investigación cuyo objetivo es “Determinar el nivel de prácticas de autocuidado en personas afectadas de tuberculosis pulmonar en cuatro establecimientos de salud de la Microred Carabaylo, 2014”, por ello solicitamos su colaboración para responder el presente cuestionario el cual es anónimo, debiendo ser lo más sincero.

II) INSTRUCCIONES:

Este cuestionario está adaptado a las prácticas de autocuidado de las personas afectadas con tuberculosis. Está dividido en tres bloques o dimensiones para relacionar mejor sus respuestas de acuerdos a sus prácticas de autocuidado que usted tiene sobre su; Autocuidados generales, con un total de 25 de preguntas, Autocuidados de desarrollo personal e interacción social con un total de 8 preguntas, Autocuidados específicos en salud con un total de 11 preguntas.

Las preguntas se formulan leyendo la segunda y tercera columna al lado derecho encontrara las posibles alternativas que usted pueda marcar como parte de su práctica de autocuidado. Recuerde que no es un examen solo tiene que responder con sinceridad para realizar un buen estudio. Si hay alguna duda con la pregunta establecida, puede preguntar con la persona encargada de la encuesta que se le está brindando. Al terminar verifique que ninguna pregunta quede sin respuesta y si no la hay, entregue el cuestionario a la persona responsable.

Cuestionario PRAUT-TUP
(Prácticas de autocuidado de tuberculosis pulmonar)

Establecimiento de salud:

.....

I. Datos

Edad: Sexo: M F

Ocupación.....

Grado de instrucción.....

Estado civil.....

Lugar de nacimiento.....

Religión.....

Domicilio.....

II. Enfermedad actual:

Categoría de ingreso al Programa

Nuevo: Recaída: Abandono

Recuperado: Fracaso

Diagnóstico: TBC Pulmonar:

Fr () Rx () Peso Actual..... Talla.....

Nº Contactos.....

Nº Contactos Menor de Edad.....

.Antecedentes de La Enfermedad.....

III Observación

.....

Fecha

Firma

CUESTIONARIO “PRACTICA DE AUTOCUIDADO EN PERSONAS AFECTADAS DE TUBERCULOSIS (PRAUT-TUP2)

I. AUTOCUIDADO GENERAL

N°	ITEMS	1	2	3	4
1	¿Con qué frecuencia usted consume verduras?	Nunca	1-2 días/sem	3-4 días/sem	5-6 días/sem
2	¿Con qué frecuencia usted consume harinas, pastas o derivados (pan, fideos,)?	Todos los días	5-6 días/sem	2-3 días/sem	1-2 días/sem
3	¿Con qué frecuencia usted consume cereales refinados, pudines o alimentos enlatados preservados?	1-7 días/sem	5-6 días/sem	1-3 días /sem	1 día/sem
4	¿Con qué frecuencia usted consume menestras?	1-2 días/sem	3-4 días/sem	Todos los días	5-6 días/sem
5	¿Con qué frecuencia usted consume papa, camote, yuca?	1 día/sem	1-2 días/sem	2-3 días/sem	3-4 días/sem
6	¿Con qué frecuencia usted consume aceitunas o coles verdes, brócoli etc.?	Nunca	1 día/sem	2 días/sem	3 días/sem
7	¿Con qué frecuencia usted consume pescado durante la semana?	Nunca	1 día/sem	2 días/sem	3 días/sem
8	¿Con qué frecuencia usted consume pollo?	Nunca	1 día/sem	1-2 días/sem	3-4 días/sem
9	¿Con qué frecuencia usted consume res, cerdo en pequeñas cantidades durante la semana?	Nunca	1 día/sem	2 días/sem	3 días/sem

10	¿Con qué frecuencia usted consume vísceras en pequeñas cantidades durante la semana tales como el hígado, bazo, sangrecita etc.?	Nunca	1 día/sem	3-4 días/sem	1-6 días/ sem
11	¿Con qué frecuencia usted consume frutas frescas tales como naranja, mandarina, pera, melocotón, kiwi?	Nunca	1-2 días/sem	3-4 días/sem	1-7 días/sem
12	¿Con qué frecuencia usted consume alimentos a base de frituras?	8-9 días/mes	3-4 días/ mes	1-2 días/ mes	Nunca
13	¿Con qué frecuencia usted consume bebidas heladas?	8-9 días/mes	3-4 días/mes	1-2 días/mes	Nunca
14	¿Con qué frecuencia usted consume productos enlatados (conserva de frutas, atún)?	3-4 días/sem	1-2 días/sem	1 vez/sem	Ocasio- nalmente
15	¿Con qué frecuencia usted consume productos lácteos o sus derivados?	Nunca	1-2 días/sem	3-4 días/sem	Todos los días
16	¿Con qué frecuencia usted al día consume agua?	1 vaso	3 va- sos/día	4-6 va- sos/día	6-8 va- sos/día
17	¿Con qué frecuencia usted monitorea su peso?	Nunca	A veces	Frecuen- temente	Mensual

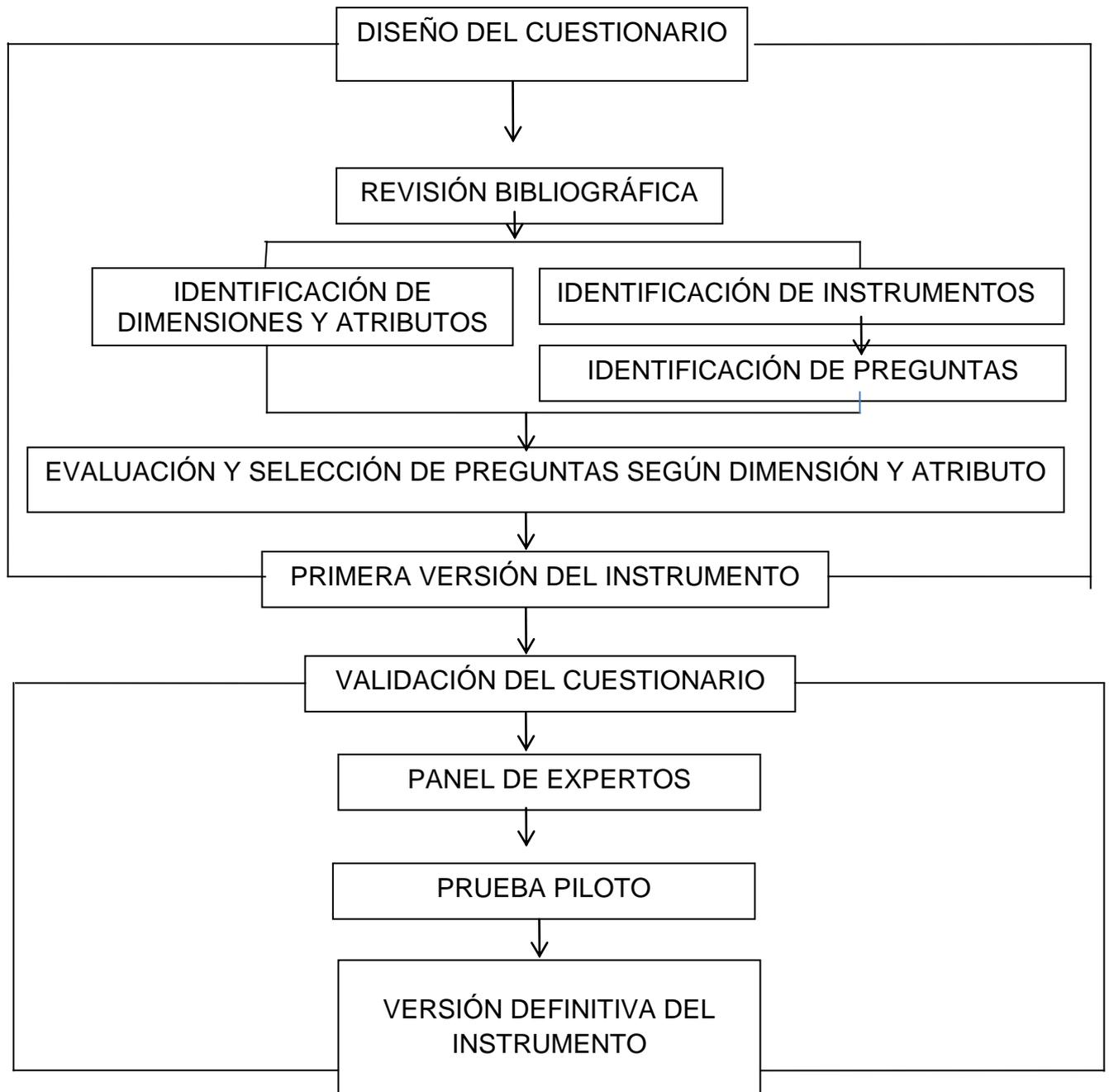
18	¿Con qué frecuencia usted realiza sus deposiciones?	1 ves/sem	2 ve- ces/sem	3-4 ve- ces/sem	1-7 ve- ces/sem
19	¿Usted realiza ejercicios o paseos moderados de 30 minutos como mínimo?	Nunca	A veces	Frecuen- temente	todos los días
20	¿Con qué frecuencia mantienes un horario de sueño ajustados a sus necesidades?	Nunca	A veces	Frecuen- temente	Siempre
21	¿Usted realiza actividades recreativas?	Nunca	A veces	Siempre	Frecuen- temente
22	¿Usted hace el uso del consumo de cigarrillos?	Todos los días	Frecuen- temente	A veces	Nunca
23	¿Usted hace consumo de bebidas alcohólicas?	Todos los días	Frecuen- temente	A veces	Nunca
24	¿Con qué frecuencia usted Consume alimentos durante el día?	1 vez al día	2 ve- ces/día	3 ve- ces/día	5 ve- ces/día
25	¿Usted consume algún tipo de drogas ilegales como pasta, cocaína, marihuana etc.?	Siempre	Frecuen- temente	A veces	Nunca
SUBTOTAL					

I. AUTOCUIDADO RELACIONADO CON EL DESARROLLO PERSONAL Y LA INTERACCION SOCIAL						
N°	PREGUNTA	ITEMS	1	2	3	4
26	USTED	¿Asiste a charlas o ve programas de profesionales de la salud para tratar su enfermedad?	Nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre
27		¿Es miembro activo de algún grupo o reunión de personas de la misma enfermedad de usted?	Nunca	A veces	Siempre	Frecuentemente
28		¿Comparte su tiempo con la familia?	Nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre
29		¿Se siente satisfecho con su familia?	Nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre
30		¿Se siente apoyado por su familia?	Nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre
31		¿Se siente positivo con respecto a su futuro?	Nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre
32		¿Habla con su familia, pareja o amigos sobre su enfermedad cuando se siente afligido?	Nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre
33		¿Siente que en la calle lo rechazan por su enfermedad o se siente excluido en algún momento?	Siempre	Frecuentemente	A veces	Nunca
TOTAL						

I. AUTOCUIDADO RELACIONADO CON LOS CUIDADOS ESPECÍFICOS						
N°	PREGUNTA	ITEMS	1	2	3	4
34	USTED	¿Nos podría decir con qué frecuencia realiza la visita domiciliaria el personal de salud (enfermera PCT)?	Nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre
35		De acuerdo a su tratamiento indicado por el equipo de salud, ¿asiste religiosamente a su tratamiento al servicio del programa control de tuberculosis?	Nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre
36		¿Comparte la habitación de dormir con algún miembro de su familia sabiendo de su enfermedad?	Siempre	A veces	Frecuentemente	Nunca
37		Usted reconoce que cumpliendo el tratamiento se va curar	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
38		¿Cuándo se presenta algún tipo RAM, tales como náuseas, vómitos, diarreas, escalofríos etc, informa al personal de salud?	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
39		¿Para usted tiene mucha importancia todo lo que le indica el profesional de salud con respecto a su enfermedad?	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

40	USTED	¿Cuándo usted recibe su medicamento en C.S. la enfermera le da toda la atención y supervisa que haya ingerido todas sus pastillas?	Nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre
41		¿Se cubre al toser, estornudar o hablar para evitar la transmisión de su enfermedad?	Nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre
42		¿En casa con cuantas ventanas, cuenta para su ventilación?	Ninguna	1 ventana	2-3 ventanas	4 ventanas
43		¿Realiza constantemente sus consultas a su neumólogo?	Nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre
44		Usted recibe información sobre su enfermedad por parte de la enfermera, sobre los riesgos de contagio, trasmisión, y prevención etc.	Nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre

ANEXO C: PROCESO DE CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO



ANEXO D : FORMATO DE JUICIO DE EXPERTO SOBRE LA PERTINENCIA DEL INSTRUMENTO

Solicitud de validación de instrumento de investigación

Lima, 27 de marzo 2014

Dr. Hernán Hugo Matta Solís
Docente de investigación
Universidad de Ciencias y Humanidades

Solicito: Colaboración en Proceso de
Validación de instrumento de investigación

Nos es grato dirigirnos a Usted para saludarlo cordialmente y a su vez para presentarnos. Actualmente somos estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Ciencias y Humanidades y estamos desarrollando nuestro trabajo de investigación titulado “PRÁCTICAS DE AUTOCAUIDADO EN PERSONAS AFECTADAS DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN CUATRO ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA MICRORED CARABAYLLO, 2014”, cuyo objetivo es: Determinar el nivel de prácticas de autocuidado en personas afectadas de tuberculosis pulmonar en cuatro establecimientos de salud de la Microred Carabayllo, 2014.

Conocedores de su experiencia y trayectoria profesional en el ámbito de investigación solicitamos a Ud. su colaboración en calidad de Experto para la fase de Validación del constructo del instrumento.

Agradeciendo anticipadamente su apoyo y la atención a la presente, nos despedimos de Ud.

Atentamente

Nataly Ore Huanca
Código: 10102049

Martín Luis Plácido Oscco
Código: 08202065

FORMATO DE JUICIO DE EXPERTO SOBRE LA PERTINENCIA DEL INSTRUMENTO

Instrucciones:

Para efectuar la validación del instrumento, agradeceremos leer cuidadosamente cada enunciado y sus correspondientes alternativas de respuesta, donde podrá seleccionar una de las alternativas de acuerdo a su criterio profesional.

Coloque en cada casilla la letra correspondiente al aspecto cualitativo que le parece que cumple cada Ítem y alternativa de respuesta, según los criterios que a continuación se detallan.

E= Excelente / B= Bueno / M= Mejorar / X= Eliminar / C= Cambiar

Las categorías a evaluar son: Redacción, contenido, congruencia y pertinencia. En la casilla de observaciones puede sugerir el cambio o correspondencia.

Por otra parte se le agradece cualquier sugerencia relativa a redacción, contenido, pertinencia y congruencia u otro aspecto que se considere relevante para mejorar el mismo.

EJEMPLO:

PREGUNTAS		ALTERNATIVAS					OBSERVACIONES
Nº	Item	a	B	C	d	E	
1		E	B	B	M	B	
2							
3							

En caso tuviera alguna interrogante, no dude en contactarnos:

Datos del contacto:

- Investigador 1: Nataly Ore Huanca
E-mail: nataly_ore_07@hotmail.com
Cel: 959771206
- Investigador 2: Martín Luis Plácido Oscco
E-mail: placido137@gmail.com
Cel: 982547525

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de Ítems				
Amplitud de contenido				
Redacción de los Ítems				
Claridad y precisión				
Pertinencia				

Datos del Experto:

Profesión: _____ N° Colegiatura: _____

Cargo: _____

Institución: _____

Fecha: _____ Firma: _____

ANEXO E: RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

Fiabilidad

Escala: ALFA DE CROMBACH

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	8	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	8	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,761	44

Resumen de contrastes de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	Las distribuciones de JORGE_TAYPE_CANCHO, LILIA_IBÁÑEZ_SANCHEZ, EDWIN_VILCA_PAJARES, HERNÁN_MATTA_SOLIS and NELIDA_HILARIO_HUAPAYA son las mismas.	Coefficiente de concordancia de Kendall para muestras relacionadas	,000	Rechace la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

ANEXO F: CARTA DE ACEPTACION DE LA POBLACION DE ESTUDIO

 **PERU** **MINISTERIO DE SALUD**

REFORMA SALUD

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERU
"Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático"
"Garantizamos el Acceso a los Servicios de Salud, y Contribuimos al Desarrollo Social"

MEMO CIRCULAR N° 297-MJ-MRC-2014

MICRO RED CARABAYLLO
CARGO

A: MC.....
MEDICO JEFE.....

ASUNTO: **FACILIDADES PARA TRABAJO DE INVESTIGACION**

REF. **SOLICITUD DE FECHA 21 DE AGOSTO**

FECHA: Carabayllo, 21 de agosto 2014

Tengo a bien dirigirme a usted para saludarle cordialmente y remitir adjunto fotocopia del documento de la referencia, a fin de solicitarle brinde facilidades bajo supervisión a los alumnos de la Universidad Ciencias y Humanidades Facultad de Ciencias de la Salud; a fin que realice estudio de investigación **PRACTICAS DE AUTOCUIDADO EN LAS PERSONAS AFECTADAS DE TUBERCULOSIS.**

Atentamente,


DANIEL CARRION SALVADOR
C.M.P. 32884
JEFATURA

c.c. Archivo

Av. Tupac Amaru Km. 20 1/2
Carabayllo
Telf. 5475112

ANEXO G: CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Prácticas del autocuidado en personas afectadas de tuberculosis pulmonar en cuatro establecimientos de salud de la Microred Carabayllo, 2014.

El presente trabajo de investigación está siendo desarrollado por estudiantes de Enfermería de la Universidad de Ciencias y Humanidades y tiene como objetivo es determinar el nivel de prácticas del autocuidado en personas afectadas de tuberculosis pulmonar cuatro establecimientos de salud de la Microred Carabayllo, con la participación C.S La Flor, Villa Esperanza, Raúl Porras Barrenechea y El Progreso.

La participación para este estudio es completamente voluntaria y confidencial. La información que usted nos pueda brindar, será manejada confidencialmente, pues solo los investigadores tendrán acceso a esta información, por tanto, estará protegida. La aplicación del instrumento tiene una duración aproximada de 20 minutos y consiste en un cuestionario con el objetivo de determinar de cual son sus prácticas de autocuidado ante esta enfermedad. Esta información será analizada por las estudiantes de Enfermería de la Universidad de Ciencias y Humanidades y los resultados mostrados ante las instituciones de grupo poblacional del estudio tiene alguna pregunta o desea más información sobre este trabajo de investigación, por favor comuníquese con Ore Huanca Nataly Cel.: 959771206, Plácido Oscoco Martín Luis Cel.: 982547525

DECLARACIÓN:

Declaro mediante este documento que he sido informado plenamente sobre el trabajo de investigación, así mismo se me informó del objetivo del estudio y sus beneficios, se me ha descrito el procedimiento y me fueron aclaradas todas mis dudas, proporcionándome el tiempo suficiente para ello.

En consecuencia, doy mi consentimiento para la participación en este estudio.

.....
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE DNI FIRMA

.....
NOMBRES Y APELLIDOS DEL ENCUESTADOR DNI FIRMA

FECHA:

--	--	--

ANEXO H: RESULTADOS COMPLEMENTARIOS DE DATOS SOCIO DEMOGRAFICO

Tabla 1 : Estadística de personas afectadas de Tuberculosis pulmonar en cuatro Establecimientos de salud de la Microred Carabaylo, 2014.

EDAD			
N	Válido		58
	Perdidos		0
Media			30,02
Mediana			26,00
Moda			18
Desviación estándar			13,245
Mínimo			11
Máximo			63
Suma			1741

Tabla 2 : Tipo de género de personas afectadas de tuberculosis pulmonar en cuatro establecimientos de salud de la Microred Carabaylo, 2014

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MASCULINO	31	53,4	53,4	53,4
	FEMENINO	27	46,6	46,6	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

Tabla 3 : Ocupación de personas afectadas de tuberculosis pulmonar en cuatro establecimientos de salud de la Microred Carabaylo, 2014

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ESTUDIANTE	18	31,0	31,0	31,0
	AMA DE CASA	17	29,3	29,3	60,3
	TRABAJADOR	23	39,7	39,7	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

Tabla 4 : Grado de instrucción de personas afectadas de tuberculosis pulmonar en cuatro establecimientos de salud de la Microred Carabaylo, 2014.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	PRIMARIA	7	12,1	12,1	12,1
	SECUNDARIA	43	74,1	74,1	86,2
	SUPERIOR	8	13,8	13,8	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

Tabla 5 : Grupo etáreo de personas afectadas de tuberculosis pulmonar en cuatro establecimientos de salud de la Microred Carabaylo, 2014.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NIÑO(0-11)	1	1,7	1,7	1,7
	ADOLECENTE(12-17)	8	13,8	13,8	15,5
	ADULTO(18-29)	23	39,7	39,7	55,2
	ADULTO MAYOR (30-59)	26	44,8	44,8	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

RESULTADOS COMPLEMENTARIOS SEGÚN PREGUNTAS DEL INSTRUMENTOS

Tabla 1: ¿Con qué frecuencia usted come verduras?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	4	6,9	6,9	6,9
2	22	37,9	37,9	44,8
3	15	25,9	25,9	70,7
4	17	29,3	29,3	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Tabla 2 : ¿Con qué frecuencia usted consume harinas, pastas o derivados (pan, fideos etc)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	19	32,8	32,8	32,8
2	12	20,7	20,7	53,4
3	16	27,6	27,6	81,0
4	11	19,0	19,0	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Tabla 3: ¿Con qué frecuencia usted consume cereales refinados, pudines o alimentos enlatados?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	5	8,6	8,6	8,6
2	7	12,1	12,1	20,7
3	21	36,2	36,2	56,9
4	25	43,1	43,1	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Tabla 4: ¿Con qué frecuencia usted consume menestras?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	22	37,9	37,9	37,9
2	24	41,4	41,4	79,3
3	6	10,3	10,3	89,7
4	6	10,3	10,3	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Tabla 5: ¿Con qué frecuencia usted consume tubérculos tales como papa, camote, yuca, etc.?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	19	32,8	32,8	32,8
2	10	17,2	17,2	50,0
3	11	19,0	19,0	69,0
4	18	31,0	31,0	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Tabla 6: ¿Con qué frecuencia usted consume aceitunas o coles verdes, brócoli?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	6	10,3	10,3	10,3
2	29	50,0	50,0	60,3
3	19	32,8	32,8	93,1
4	4	6,9	6,9	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Tabla 7: ¿Con qué frecuencia usted consume pescado durante la semana (sancochado)?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	3	5,2	5,2	5,2
2	18	31,0	31,0	36,2
3	24	41,4	41,4	77,6
4	13	22,4	22,4	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Tabla 8: ¿Con qué frecuencia usted consume pollo durante la semana?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	1	1,7	1,7	1,7
2	5	8,6	8,6	10,3
3	13	22,4	22,4	32,8
4	39	67,2	67,2	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Tabla 9: ¿Con qué frecuencia usted consume res, cerdo en pequeñas cantidades durante la semana?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	10	17,2	17,2	17,2
2	4	6,9	6,9	24,1
3	25	43,1	43,1	67,2
4	19	32,8	32,8	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Tabla 10: ¿Con qué frecuencia usted consume viseras en pequeñas cantidades durante la semana (hígado, Bazo y sangrecita)?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	11	19,0	19,0	19,0
2	24	41,4	41,4	60,3
3	17	29,3	29,3	89,7
4	6	10,3	10,3	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Tabla 11: ¿Con qué frecuencia usted consume frutas frescas tales como naranja, mandarina, pera, melocotón, kiwi)?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	4	6,9	6,9	6,9
2	11	19,0	19,0	25,9
3	15	25,9	25,9	51,7
4	28	48,3	48,3	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Tabla 12: ¿Con qué frecuencia usted consume alimentos a base de frituras?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	4	6,9	6,9	6,9
2	13	22,4	22,4	29,3
3	24	41,4	41,4	70,7
4	17	29,3	29,3	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Tabla 13: ¿Usted hace el uso del Consumo bebidas heladas?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	2	3,4	3,4	3,4
2	6	10,3	10,3	13,8
3	16	27,6	27,6	41,4
4	34	58,6	58,6	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Tabla 14: ¿Con qué frecuencia usted consume productos enlatados (conserva de frutas, atún etc.)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	5	8,6	8,6	8,6
2	18	31,0	31,0	39,7
3	22	37,9	37,9	77,6
4	13	22,4	22,4	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Tabla 15: ¿Con qué frecuencia usted consume productos lácteos o sus derivados (yogurt, queso, mantequilla)?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	7	12,1	12,1	12,1
2	13	22,4	22,4	34,5
3	20	34,5	34,5	69,0
4	18	31,0	31,0	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Tabla 16: ¿Con qué frecuencia usted al día consume agua?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	4	6,9	6,9	6,9
2	19	32,8	32,8	39,7
3	18	31,0	31,0	70,7
4	17	29,3	29,3	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Tabla 17: ¿Con qué frecuencia usted monitorea su peso?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	5	8,6	8,6	8,6
2	21	36,2	36,2	44,8
3	7	12,1	12,1	56,9
4	25	43,1	43,1	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Tabla 18: ¿Con qué frecuencia usted realiza sus evacuaciones intestinales?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	6	10,3	10,3	10,3
2	8	13,8	13,8	24,1
3	13	22,4	22,4	46,6
4	31	53,4	53,4	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Tabla 19: ¿Usted realiza ejercicios o paseos moderados de 30 minutos como mínimo?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	12	20,7	20,7	20,7
2	30	51,7	51,7	72,4
3	10	17,2	17,2	89,7
4	6	10,3	10,3	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Tabla 20: ¿Con qué frecuencia usted mantiene un horario adecuado de sueño ajustado a sus necesidades?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	3	5,2	5,2	5,2
2	20	34,5	34,5	39,7
3	21	36,2	36,2	75,9
4	14	24,1	24,1	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Tabla 21: ¿Usted realiza actividades recreativas?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	12	20,7	20,7	20,7
2	29	50,0	50,0	70,7
3	10	17,2	17,2	87,9
4	7	12,1	12,1	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Tabla 22: ¿Usted hace el uso del consumo de cigarrillos?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	1	1,7	1,7	1,7
2	2	3,4	3,4	5,2
3	1	1,7	1,7	6,9
4	54	93,1	93,1	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Tabla 23: ¿Usted hace consumo de bebidas alcohólicas?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	1	1,7	1,7	1,7
3	10	17,2	17,2	19,0
4	47	81,0	81,0	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Tabla 24: ¿Con qué frecuencia usted consume sus alimentos durante el día?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	4	6,9	6,9	6,9
2	6	10,3	10,3	17,2
3	24	41,4	41,4	58,6
4	24	41,4	41,4	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Tabla 25: ¿Usted consume algún tipo de drogas ilegales como pasta, cocaína, marihuana etc.?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	1	1,7	1,7	1,7
4	57	98,3	98,3	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Tabla 26 ¿Usted asiste a charlas o ve programas de profesionales de salud para tratar su enfermedad?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	16	27,6	27,6	27,6
2	26	44,8	44,8	72,4
3	6	10,3	10,3	82,8
4	10	17,2	17,2	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Tabla 27 ¿Usted es miembro activo de algún grupo o reunión de personas de la misma enfermedad que usted?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	39	67,2	67,2	67,2
2	11	19,0	19,0	86,2
3	4	6,9	6,9	93,1
4	4	6,9	6,9	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Tabla 28 ¿Usted comparte su tiempo con su familia?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	1	1,7	1,7	1,7
2	18	31,0	31,0	32,8
3	13	22,4	22,4	55,2
4	26	44,8	44,8	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Tabla 29 ¿Usted se siente satisfecho con su familia?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	2	3,4	3,4	3,4
2	7	12,1	12,1	15,5
3	7	12,1	12,1	27,6
4	42	72,4	72,4	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Tabla 30 ¿Usted se siente apoyado por su familia?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 2	5	8,6	8,6	8,6
3	6	10,3	10,3	19,0
4	47	81,0	81,0	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Tabla 31 ¿Usted se siente positivo con respecto a su futuro?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 2	4	6,9	6,9	6,9
3	7	12,1	12,1	19,0
4	47	81,0	81,0	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Tabla 32 ¿Usted habla con su familia, pareja o amigos sobre su enfermedad, cuándo se siente afligido?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	14	24,1	24,1	24,1
2	17	29,3	29,3	53,4
3	10	17,2	17,2	70,7
4	17	29,3	29,3	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Tabla 33 ¿Usted siente que en la calle lo rechazan por su enfermedad o se siente excluido en algún momento?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	3	5,2	5,2	5,2
2	1	1,7	1,7	6,9
3	18	31,0	31,0	37,9
4	36	62,1	62,1	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Tabla 34 ¿Usted nos podría decir con que frecuencia le realizan la visita domiciliaria el personal de salud (enfermera)?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	10	17,2	17,2	17,2
2	29	50,0	50,0	67,2
3	13	22,4	22,4	89,7
4	6	10,3	10,3	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Tabla 35 ¿usted de acuerdo a su tratamiento indicado por el equipo de salud, asiste religiosamente a tomar sus pastillas al servicio del programa control de tuberculosis?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	2	3,4	3,4	3,4
2	3	5,2	5,2	8,6
3	5	8,6	8,6	17,2
4	48	82,8	82,8	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Tabla 36 ¿Usted Comparte la habitación de dormir con algún miembro de su familia sabiendo de su enfermedad?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	6	10,3	10,3	10,3
2	12	20,7	20,7	31,0
3	7	12,1	12,1	43,1
4	33	56,9	56,9	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Tabla 37 ¿Usted reconoce que cumpliendo el tratamiento se va curar?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	2	3,4	3,4	3,4
2	2	3,4	3,4	6,9
3	7	12,1	12,1	19,0
4	47	81,0	81,0	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Tabla 38 ¿Cuándo se presenta algún tipo RAM, tales como náuseas, vómitos, diarreas, escalofríos, etc.; informa al personal de salud?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	8	13,8	13,8	13,8
2	8	13,8	13,8	27,6
3	12	20,7	20,7	48,3
4	30	51,7	51,7	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Tabla 39 ¿Para usted, tiene mucha importancia todo lo que indica el profesional de salud con respecto a su enfermedad?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 2	4	6,9	6,9	6,9
3	9	15,5	15,5	22,4
4	45	77,6	77,6	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Tabla 40 ¿Cuándo usted recibe su medicamento en C.S. la enfermera le da toda la atención y supervisa que lo haya ingerido sus pastilla?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	2	3,4	3,4	3,4
3	6	10,3	10,3	13,8
4	50	86,2	86,2	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Tabla 41 ¿Se cubre usted al toser, hablar, estornudar, para evitar la transmisión de su enfermedad?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	1	1,7	1,7	1,7
2	5	8,6	8,6	10,3
3	6	10,3	10,3	20,7
4	46	79,3	79,3	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Tabla 42 ¿Usted en casa, con cuantas ventanas cuenta para su ventilación?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	1	1,7	1,7	1,7
2	15	25,9	25,9	27,6
3	29	50,0	50,0	77,6
4	13	22,4	22,4	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Tabla 43 ¿Usted realiza constantemente sus consultas a su médico?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	12	20,7	20,7	20,7
2	20	34,5	34,5	55,2
3	4	6,9	6,9	62,1
4	22	37,9	37,9	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Tabla 44 ¿Usted recibe información sobre su enfermedad por parte de la enfermera, sobre los riesgo de contagio, trasmisión, y prevención etc.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	1	1,7	1,7	1,7
2	7	12,1	12,1	13,8
3	17	29,3	29,3	43,1
4	33	56,9	56,9	100,0
Total	58	100,0	100,0	