

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
ESCUELA DE POSGRADO
UNIDAD DE POSGRADO DE CIENCIAS DE LA SALUD



Una Institución Adventista

**RELACIÓN ENTRE AUTOESTIMA Y CAPACIDAD DE AGENCIA
DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE CON TBC PULMONAR
DEL HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD
“HUAYCÁN”, LIMA, 2015**

Tesis presentada para optar el Grado Académico de Magíster en Enfermería
con mención en Cuidado para la Salud del Adulto

Por:

Rocío Suárez Rodríguez

Lima, Perú

2015

DEDICATORIA

*A mis hijos, Sebastian Josafat y Leticia Jaelí, quienes inspiraron en mí la fuerza
y el deseo de superación constante, representando a todos mis seres queridos.*

AGRADECIMIENTOS

Mi eterna gratitud:

A Dios, por todas las bendiciones que a diario me da y por haberme guiado para lograr este objetivo.

A la Mg Irene Zapata Silva, por su guía y estímulo constante.

A la Dra. Flor Contreras Castro, por gran apoyo y motivación para la culminación de la presente tesis.

A mis compañeros de trabajo y amigos, por las facilidades y el apoyo brindado.

A los pacientes del programa del control de la tuberculosis del Hospital de Baja complejidad “Huaycán”, quienes me inspiraron para la realización del presente estudio.

Al personal de enfermería del Hospital de Baja complejidad “Huaycán”, quienes colaboraron con la realización del presente estudio.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
ÍNDICE.....	iv
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I	1
EL PROBLEMA.....	1
Planteamiento del problema	1
Formulación del problema.....	3
Problema general	3
Problemas específicos.....	4
Justificación de la investigación	4
Objetivos.....	5
Objetivo general.....	5
Objetivos específicos	5
Antecedentes.....	6
Marco teórico.....	21
Autoestima.....	21
Importancia de la autoestima	22

Formación de la autoestima	23
Bases de la autoestima	27
Teoría de las necesidades de Maslow y la autoestima.....	29
Autoestima y enfermedad	31
Agencia de autocuidado.....	31
Teoría del autocuidado	37
Instrumentos de medición de la agencia de autocuidado.....	41
Escala de ejercicio de la agencia de autocuidado (ESCA).	41
Paciente con tuberculosis.....	43
Manifestaciones clínicas del paciente con tuberculosis.....	44
Epidemiología.....	44
Diagnóstico	47
Tratamiento.....	47
Hipótesis de investigación	47
Hipótesis general	47
Hipótesis específicas.....	48
Variables	49
Definición conceptual de términos	55
CAPÍTULO II.....	56
METODOLOGÍA.....	56
Diseño metodológico	56
Tipo y diseño de estudio	56

Descripción del área geográfica de estudio	57
Población y muestra.....	57
Criterios de inclusión	58
Criterios de exclusión	58
Instrumento de recolección de datos.....	58
Proceso de la recolección de datos	59
Análisis de la información	59
Consideraciones éticas.....	60
CAPÍTULO III.....	61
RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	61
Resultados y discusión.....	61
Resultados.....	61
Análisis y discusión de los resultados	64
CAPÍTULO IV	70
CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	70
Conclusiones.....	70
Recomendaciones	71
REFERENCIAS	72
APÉNDICES	81

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue determinar la relación entre la autoestima y la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con tuberculosos pulmonar del Hospital de Baja Complejidad “Huaycán. Es una investigación básica, de campo, de diseño no experimental, transversal, descriptiva y correlacional, la muestra fue conformada por 68 pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital de Baja Complejidad “Huaycán.

Los instrumentos para la recolección de datos fueron: La escala de Autoestima de Rosemberg y la Escala de apreciación de la agencia de autocuidado ASA (Appraisal of self-care Agency scale) de Isenberg y Evers. Los resultados mostraron que existe relación significativa ($r=0.261$, $P=0.031$) entre la variable autoestima y agencia de autocuidado. Al evaluar la relación entre las dimensiones de la agencia de autocuidado y la autoestima se encontró una relación directa y significativa con la dimensión de interacción social de agencia de autocuidado ($r=0.299$, $P=0.013$); sin embargo, en las dimensiones bienestar personal, actividad y reposo, consumo suficiente de alimentos y la dimensión promoción del funcionamiento del desarrollo personal no se encontró relación significativa. Se concluye que existe relación significativa entre el nivel de autoestima y la interacción social del paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital de Baja Complejidad “Huaycán”. En cuanto a las dimensiones existe relación significativa entre la autoestima y la interacción social. No se encontró relación significativa entre el nivel de autoestima y las dimensiones de bienestar personal, actividad-reposo, consumo suficiente de alimentos, promoción del funcionamiento y desarrollo personal.

Palabras claves: *Autoestima, capacidad de agencia de autocuidado, tuberculosis.*

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the relationship between self-esteem and self-care agency capacity of patients with pulmonary tuberculosis Low Complexity Hospital "Huaycán. Basic research, field, no experimental, transversal, descriptive and correlational design, the sample was 68 patients with pulmonary tuberculosis Low Complexity Hospital "Huaycán.

The data collection instruments were the Rosenberg Self-Esteem Scale and the Scale of assessment of self-care agency ASA (Appraisal of self-care agency scale) of Isenberg and Evers. The results showed that there is significant correlation ($r = 0.261$, $P = 0.031$) between the self variable and self-care agency. To evaluate the relationship between the dimensions of self-care agency and self-esteem a direct and significant relationship with the dimension of social interaction of self-care agency ($r = 0.299$, $P = 0.013$) was found; but in the dimensions welfare staff, activity and rest, sufficient food consumption and promoting staff performance dimension of development no significant relationship was found. We conclude that there is significant relationship between self-esteem and social interaction of patients with pulmonary tuberculosis in Low Complexity Hospital "Huaycán". As for size there is significant relationship between self-esteem and social interaction. No significant relationship between self-esteem and the dimensions of personal well-being, activity-rest, sufficient food intake, promote personal development and operation was found.

Key words: ability to self-care agency, tuberculosis.

INTRODUCCIÓN

La Enfermería es una disciplina de la salud, orienta sus acciones al logro del mejoramiento continuo de la calidad de vida de los individuos, familia y comunidad (Mendes, 2001). Desde esta perspectiva, el profesional de Enfermería no puede permanecer ajeno a la problemática de salud que afecta a la sociedad, tomando acciones de cuidado pertinentes.

La OMS reporta que en el 2014, dentro de las enfermedades respiratorias crónicas que afectan a la población mundial, 235 millones de personas padecen de asma, el 90 % de las muertes por enfermedades pulmonares de obstrucción crónica (EPOC) se produce en países de bajos y medianos ingresos y 3 millones de personas fallecieron por causa de EPOC en el 2014. A nivel mundial, la tuberculosis es la segunda causa de mortalidad, después del sida, el mayor número de casos ocurrió en Asia Sudoriental y en regiones del Pacífico Occidental y África. En Latinoamérica, cada año se diagnostican 230 mil casos nuevos de tuberculosis y más de 53 mil personas mueren por causa de esta enfermedad.

A nivel nacional, la prevalencia de tuberculosis es de 275 por cada 100.000 personas y afecta a 32 mil personas cada año, de las cuales el 60 por ciento se encuentran en Lima Metropolitana, Callao, Loreto y La Libertad (MINSA, 2013).

En este contexto, es importante destacar el rol de la enfermera en la promoción del autocuidado para lograr un compromiso y participación del paciente y su familia en el tratamiento, siendo necesario conductas permanentes de autocuidado que faciliten el conocimiento, el empoderamiento del individuo y el desarrollo de la capacidad de tomar decisiones sobre su salud.

El presente estudio tiene el objetivo: determinar la relación existente entre el nivel de autoestima y la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con tuberculosis pulmonar que se atiende en el Hospital de Baja Complejidad “Huaycán”. En el capítulo I, el estudio realizado desarrolla el problema, los objetivos, la hipótesis y las variables de la investigación. En el capítulo II se detalla el marco metodológico, describiendo y fundamentando el diseño metodológico elegido, las características del área donde se realizó el estudio, la población, muestra y muestreo. Se describen los instrumentos de recolección de la información, así como el proceso y análisis de la información. En el capítulo III se considera los resultados mediante tablas, la interpretación de los hallazgos, asimismo la discusión, conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del problema

Uno de los problemas de salud pública, considerado la principal causa de muerte de origen infeccioso en todo el mundo que afecta a un tercio de la población, es la prevalencia de las enfermedades respiratorias, es la tuberculosis una de las principales (MINSA, 2001).

La tuberculosis se remonta a la existencia del ser humano, es la causante del mayor número de muertes en la historia de la humanidad. En la actualidad, a pesar de existir tratamientos efectivos para su eliminación, constituye un problema global prioritario por el incremento continuado de casos, generalmente se asocia a poblaciones que presentan las peores condiciones de vida y padecen enfermedades debilitantes (Terol y Gamarra, 2002).

En el Perú, el año 2010 se diagnosticaron 32,477 casos de tuberculosis en todas sus formas, de los cuales 28,297 fueron casos nuevos; esta situación ocasiona en los pacientes inestabilidad social, económica y psicológica. La tuberculosis tiene una distribución cada vez menos uniforme, concentrándose en poblaciones de alto riesgo, se caracterizan por la exclusión y pobreza con una mayor incidencia en Lima y Callao. El factor de riesgo principal es el hacinamiento, muy común en los asentamientos humanos y en áreas tugurizadas. A esto se añaden la pobreza, los estilos de vida insanos: alcoholismo, drogadicción, precariedad y promiscuidad, así como una nutrición deficiente (MINSA, 2010).

A partir del segundo semestre del año 1990, el gobierno peruano asume el compromiso político y financiero para otorgar la debida prioridad al problema, se reestructura el Programa Nacional del Control de la Tuberculosis del Ministerio de

Salud y se logra que, a partir de los años 1990 a 2000, los establecimientos de salud brinden atención gratuita a 476 mil personas con tuberculosis, evitando que 5 millones de peruanos sean infectados por esta enfermedad (MINSA, 2010). Esta estrategia es favorable para la salud de la población, porque la tuberculosis afecta tanto la parte física y emocional del paciente, ocasionando debilidad física, aislamiento social, temor al dolor y a la muerte, afecta también la realización de las actividades de la vida diaria, nivel de oportunidades educacionales, la comunicación interpersonal, lo que conlleva al deterioro de su autoestima (OPS, 2000). Las afecciones del estado psicológico y la interacción social de la persona se ven más afectados cuando el paciente ingresa a un tratamiento antituberculoso prolongado, pertenece a una red social pequeña y presenta problemas familiares, sociales y económicos; todo esto genera la necesidad de adaptarse a este entorno replanteando prioridades, estilo de vida, aprendiendo a convivir con la enfermedad ejerciendo autocuidado (Salas y Ugaz, 2009).

El autocuidado es definido por Cavanagh (1993) como la capacidad del individuo para vivir y sobrevivir. Es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar, es muy importante en el control de la enfermedad para la protección del paciente y su entorno. El autocuidado es una actividad aprendida a través de las relaciones interpersonales y de la comunicación (Orem, citada por Marriner, 2007).

A medida de que las personas se ocupan en su autocuidado, ejercitan sus habilidades desarrolladas y operativas para dirigirse a sí mismas en su localización temporoespacial que les ayuda a determinar el autocuidado requerido; toman decisiones sobre las actividades de autocuidado a seguir y cómo lo harán determinando sus efectos y resultados. Las acciones de autocuidado llevadas a cabo durante un cierto período de tiempo son realizadas por las personas en su ambiente habitual y dentro del contexto de

sus patrones de vida diaria, interviniendo factores como la edad, la maduración y la cultura.

El autocuidado se ve afectado no sólo por la posición y roles del individuo en la familia, sino también por su estado de salud, pues durante la enfermedad, las actividades habituales, incluso las actividades frecuentes de autocuidado pueden ocupar una gran parte del día (Marriner, 2007).

En el consultorio de Programa de Control de Tuberculosis del Hospital de Baja Complejidad de Huaycán, se observa que al ingresar los pacientes se muestran callados, cabizbajos, casi no responden el saludo del personal de salud, evidencian temor a ser observados, refieren: “¿puede cerrar la puerta?”, “¿quién va a mantener a mi familia si no trabajo?”, “me siento cansado”, “no tengo quien me apoye”, “no me entienden”; “no tengo ganas de hacer nada”, “no quiero hablar, ni salir, no quiero que tengan lástima de mí”, “qué voy a hacer, mis amigos se alejan de mí”. Expresiones que reflejan su manera de sentir y valorarse a sí mismos durante la enfermedad; además, el personal de salud, responsable del programa, refiere que algunos pacientes evidencian actitudes de descuido: falta de higiene y arreglo personal, muestran molestia y desánimo para proteger a su familia y personas cercanas de un posible contagio.

La situación descrita motivó a la autora a formular la siguiente pregunta de investigación.

Formulación del problema

Problema general

¿Cuál es la relación entre el nivel de autoestima y capacidad de agencia de autocuidado del paciente con tuberculosis pulmonar del Hospital de Baja Complejidad “Huaycán”, 2015?

Problemas específicos

¿Cuál es el nivel de autoestima del paciente con tuberculosis pulmonar del Hospital de Baja Complejidad “Huaycán”, 2015?

¿Cuál es la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con tuberculosis pulmonar del Hospital de Baja Complejidad “Huaycán”, 2015?

¿Cuál es la relación entre el nivel de autoestima y la interacción social del paciente con tuberculosis pulmonar del Hospital de Baja Complejidad “Huaycán”, 2015?

¿Cuál es la relación entre el nivel de autoestima y el bienestar personal del paciente con tuberculosis pulmonar del Hospital de Baja Complejidad “Huaycán”, 2015?

¿Cuál es la relación entre el nivel de autoestima y la actividad y reposo del paciente con tuberculosis pulmonar del Hospital de Baja Complejidad “Huaycán”, 2015?

¿Cuál es la relación entre el nivel de autoestima y el consumo suficiente de alimentos del paciente con tuberculosis pulmonar del Hospital de Baja Complejidad “Huaycán”, 2015?

¿Cuál es la relación entre el nivel de autoestima y la promoción del funcionamiento y desarrollo personal del paciente con tuberculosis pulmonar del Hospital de Baja Complejidad “Huaycán”, 2015?

Justificación de la investigación

Esta investigación es importante desde tres puntos de vista:

Desde el punto de vista teórico, porque la información obtenida generará un marco teórico sólido y contribuirá al avance de los conocimientos y al mejoramiento de la práctica de Enfermería.

Desde el punto de vista práctico y social, porque motivará a la enfermera responsable de la Estrategia Sanitaria Nacional del Control de la Tuberculosis a formular programas y desarrollar actividades preventivo–promocionales dirigidos al paciente, familia y comunidad orientado a prevenir las complicaciones mediante estrategias innovadoras para fortalecer su autoestima y capacidad para el autocuidado, mejorando su calidad de vida.

Desde el punto de vista metodológico, esta investigación sentará las bases para otros estudios que surjan partiendo de la problemática aquí especificada. Además se aplicará, por primera vez en la realidad del Hospital de baja complejidad “Huaycán, un instrumento validado que mide la capacidad de agencia de autocuidado, que servirá de base para ser aplicado en otros trabajos de investigación con problemas similares.

Objetivos

Objetivo general

Determinar la relación entre la autoestima y la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con tuberculosis pulmonar del Hospital de Baja Complejidad “Huaycán.

Objetivos específicos

Identificar el nivel de autoestima del paciente con tuberculosis pulmonar del Hospital de Baja Complejidad “Huaycán”.

Identificar la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con tuberculosis pulmonar del Hospital de Baja Complejidad “Huaycán”.

Determinar la relación entre el nivel de autoestima y la interacción social del paciente con tuberculosis pulmonar del Hospital de Baja Complejidad “Huaycán.

Determinar la relación entre el nivel de autoestima y el bienestar personal del paciente con tuberculosis pulmonar del Hospital de Baja Complejidad “Huaycán.

Determinar la relación entre el nivel de autoestima y la actividad y reposo del paciente con tuberculosis pulmonar del Hospital de Baja Complejidad “Huaycán.

Determinar la relación entre el nivel de autoestima y el consumo suficiente de alimentos del paciente con tuberculosis pulmonar del Hospital de Baja Complejidad “Huaycán.

Determinar la relación entre el nivel de autoestima y la promoción del funcionamiento y desarrollo personal del paciente con tuberculosis pulmonar del Hospital de Baja Complejidad “Huaycán.

Antecedentes

Huanco (2004) en su tesis *Nivel de autoestima de los pacientes del Programa de Control de Tuberculosis del Centro de Salud Laura Rodríguez Dulanto-Duksil* refiere que la tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa de alta incidencia y prevalencia que produce además de trastornos físicos, serias repercusiones en la esfera psicoemocional, el cual se ve reflejado con mayor frecuencia en su autoestima, en tal sentido el estudio tuvo el objetivo de determinar el nivel de autoestima de los pacientes del programa de control de tuberculosis. El método que se utilizó fue el descriptivo exploratorio, de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 21 pacientes, el 67% tiene edad entre 19 y 30 años y el porcentaje restante tiene edad de 45 a más años. La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento fue un formulario tipo cuestionario y el test de Autoestima de Cirilo Toro Vargas. Los resultados encontrados: el 56% de los pacientes tiene un nivel de autoestima alta positiva referido a las dimensiones cognitivas, afectivas y ética y 44% con autoestima baja positiva, por alteraciones en las dimensiones física y social. En cuanto al nivel de autoestima en la dimensión física, el 67% presentan autoestima baja positiva y 33% una autoestima alta positiva. Respecto a la dimensión cognoscitiva, el 55% tiene autoestima alta positiva y el 45% autoestima baja positiva. Acerca de la dimensión afectiva, el 71% tiene

autoestima alta positiva y el 29% autoestima baja positiva. En relación con la dimensión social, el 57% tiene autoestima baja positiva y el 43% autoestima alta positiva. Sobre la dimensión ética, el 81% tiene autoestima alta positiva y el 19% autoestima baja positiva y autoestima alta negativa. Concluyendo que es importante reforzar la dimensión física y social de la autoestima.

Pérez y Miranda (2012) en el estudio titulado *Relación entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y actitud hacia el tratamiento del usuario de la Estrategia Sanitaria del Control de la Tuberculosis-Hospital II-1 Moyobamba* formuló el objetivo: determinar la relación entre nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar y la actitud hacia el tratamiento que recibe el usuario de la ESNCT. El diseño del estudio es descriptivo correlacional de corte transversal, prospectivo. La muestra no probabilística por conveniencia fue de 60 usuarios de la ESNCT, quienes cumplieron con los criterios de inclusión. Los resultados demuestran que la mayoría de los pacientes con tuberculosis pulmonar presentan un nivel de conocimientos alto con un 76.3% y medio con 23.3%, sobre el tratamiento farmacológico, cuidados en el hogar y medidas preventivas y una actitud de aprobación con un 88.3% y una actitud de indiferencia con un 11.7%; no se encontró actitud de rechazo en ninguno de ellos. Las conclusiones fueron: el nivel de conocimientos sobre medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento de la TBC tienen una relación significativa ($p < 0.05$) con la actitud de aceptación e indiferencia hacia el tratamiento por el usuario de la Estrategia Sanitaria de TBC, por lo que se recomienda mantener y mejorar los módulos educativos para el usuario que ingresa a la ESNCT, a fin de mejorar la actitud hacia ella.

Larico (2008) en su tesis titulada *Conocimientos de las Medidas Preventivas y Actitudes en el Autocuidado de pacientes con Tuberculosis Pulmonar en el Centro de Salud Los Libertadores, Lima*, realizada con el objetivo de describir el nivel de

conocimientos de las medias preventivas y actitudes en el autocuidado de pacientes con tuberculosis pulmonar, utilizó el método descriptivo prospectivo correlacional de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 40 pacientes, quienes cumplieron los criterios de inclusión establecidos. Los resultados indicaron que el 70% fue de sexo masculino y el 30% de sexo femenino, el 57.5% con de estado civil soltero y el 27.5% casado, según el grado de instrucción el 57.5% tiene secundaria completa y el 87.5% es no profesional.

Se observó un alto porcentaje en el sexo masculino y de estado civil soltero con déficit en el auto cuidado, ya sea por la mala alimentación y la falta de responsabilidad en el cuidado de su salud, no se encontró relación entre conocimientos y actitudes que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar, el 80% tiene conocimientos sobre las medidas preventivas y con respecto a las actitudes en el auto cuidado, el 55% muestra una actitud de indiferencia; el 79% se encuentra concientizado sobre los conocimientos en el tratamiento por lo tanto se estaría cumpliendo con el DOTS (Tratamiento Observable de Corta Duración); el 73% tiene conocimientos sobre los cuidados personales dadas en la Estrategia Sanitaria de Control de Tuberculosis pero aún existe el 27% que no conoce estas medidas preventivas que conllevan a propagar la infección en su familia y comunidad por lo que sigue el incremento de los casos nuevos, lo cual limita a erradicar la tuberculosis pulmonar en el país; el 83.75% tiene conocimientos sobre los cuidados en el hogar pero si no cuenta con una vivienda adecuada y medios económicos necesarios, no podrán cuidar su salud. Se concluye que el Centro de Salud Los Libertadores cumple con la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis; no se encontró relación entre conocimientos y actitudes que tiene los pacientes con tuberculosis; la mayoría de los pacientes 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 a los conocimientos

sobre los cuidados personales una minoría desconoce 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.

Collazos (2012) realizó el estudio titulado *Relación entre conocimientos y actitudes hacia la aplicación de medidas preventivas de la tuberculosis en familiares de pacientes de la ESN- PCT, C.S. San Luis- 2012*. Tuvo el objetivo general: Determinar la relación entre los conocimientos y las actitudes hacia la aplicación de las medidas preventivas en familiares de pacientes de la ESN-PCT. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo correlacional de corte transversal. La población está conformada por 32 familiares de pacientes. Los resultados fueron: el 56 % desconoce sobre la tuberculosis y el 44% conoce aspectos importantes de la enfermedad. Con respecto a las actitudes de los familiares hacia la aplicación de las medidas preventivas de la tuberculosis, el 56% presenta una actitud de aceptación y 44% de rechazo. Las conclusiones del estudio fueron: No existe relación entre conocimientos y actitudes hacia las medidas preventivas, la mayoría de los familiares desconoce sobre las medidas preventivas de la tuberculosis, el uso de quimioprofilaxis, vacunación BCG.

Ccoica (2010) realizó un estudio *Nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas que tienen los adultos mayores usuarios del C.S Conde de la Vega Baja, Lima*, el objetivo del estudio fue determinar el nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo. La muestra estuvo representada por un total de 63 adultos mayores, la técnica fue la entrevista y el instrumento una encuesta y una escala de Likert modificada. Los resultados fueron: el 62.5% de pacientes realiza medidas de

autocuidado adecuadas y el 37.5% medidas de autocuidado inadecuadas. Respecto a la alimentación, el 35% consume 5 comidas durante el día; el 22.5% ingiere una alimentación balanceada; el 17.5% toma de 5 a 7 vasos de agua diario; el 82.5% come las principales comidas en el hogar. En relación al descanso y sueño, el 70 % duerme de 6 a 8 horas diarias; en cuanto a las medidas higiénicas, el 70% se baña diario; el 45% tiene habitación privada; el 85% tiene ventilación e iluminación en el hogar; el 65% refiere tener ventanas en el dormitorio; el 25% tiene el hábito de lavado de manos; el 47.5% usa papel desechable cubriéndose la boca y nariz. En cuanto a la práctica de hábitos nocivos, el 37.5% toma alcohol; el 22.5% consume cigarrillos; y el 7.5% consume drogas; el 27.5% asiste a reuniones sociales, fiestas. Respecto al control y tratamiento de la enfermedad, el 85% asiste al tratamiento; el 60% refiere que acude a la consulta con el médico; el 72.5% ve televisión; el 32.5% practica ejercicios; el 27.5% pasea con su familia; el 22.5% acuden al internet. Respecto a cuidado emocional, social y espiritual, el 80% cuenta con una red social, el 7.5% siente rechazo de las personas, el 32.5% asiste a la iglesia, el 42.5% busca la armonía con Dios. Se concluye que el nivel de conocimiento que tiene el adulto mayor sobre el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas, es medio, el nivel de conocimiento sobre el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas en la dimensión biológica, es medio y en la dimensión psicosocial, es alto. Respecto a las necesidades relacionadas con el cuidado de la piel y el sueño, son áreas de mayor necesidad de conocimiento que debe tener el adulto mayor. La actitud hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas, es de indiferencia, la actitud hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas en la dimensión biológica, es de indiferencia y en la dimensión psicosocial, fluctúa entre indiferencia y aceptación.

Oria (2006) en su estudio titulado *Conocimientos y prácticas que tienen los pacientes con tuberculosis sobre alimentación y su relación con el estado nutricional en*

el Centro de Salud 12 José Carlos Mariátegui - DISA II Lima Sur, formuló el objetivo de establecer la relación que existe entre el nivel de conocimientos, prácticas sobre alimentación y el estado nutricional de los pacientes con tuberculosis. El estudio fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo correlacional de corte transversal. La muestra estuvo representada por un total de 57 pacientes con tuberculosis; la técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. Los resultados mostraron que el 28% de los pacientes tiene un conocimiento bajo, el 49% un conocimiento medio y el 23% conocimiento alto respecto a la alimentación; en cuanto a las prácticas sobre alimentación, el 30% tiene prácticas inadecuadas, el 56% prácticas medianamente adecuadas y el 14% prácticas adecuadas. Con respecto al estado nutricional evaluado por el índice de masa corporal se halló un déficit nutricional en 23% de los pacientes, un 19% se encontró en sobre peso, el 4% con obesidad y el 54% con peso normal. Las conclusiones fueron: existe relación directa entre el nivel de conocimientos y las prácticas sobre alimentación de los pacientes con tuberculosis. No se logró establecer relación directa entre las prácticas sobre alimentación y el estado nutricional de los pacientes con tuberculosis.

Castañeda (2013) en su trabajo titulado *Autoestima, claridad de autoconcepto y salud mental en adolescentes de Lima Metropolitana*, el objetivo del estudio fue: analizar la relación entre autoestima, claridad de autoconcepto y salud mental en un grupo de adolescentes de Lima Metropolitana, aplicó la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES), la Escala de Claridad de Autoconcepto (SCCS) y el Inventario de Problemas Conductuales (YSR) a 355 participantes entre 14 y 17 años. Los resultados obtenidos muestran diferencias significativas según sexo, siendo que las adolescentes puntúan menos en autoestima y más en problemas de internalización que los varones, la autoestima para las adolescentes resulta ser importante para trastornos de internalización; por otro lado, la claridad de autoconcepto es más relevante para los

varones que para las mujeres y es clave en problemas externalizados para ambos sexos, respecto a comportamientos de problemas globales, han tenido los mismos porcentajes. Las principales conclusiones fueron: las mujeres presentan mayores indicadores de alteraciones del ámbito emocional como depresión, altos niveles de estrés, ansiedad, insatisfacción con la imagen corporal, autolesiones, también presentan medias menores de autoestima que los varones. La mayoría de problemas de conducta como ruptura de normas, impulsividad y agresividad corresponde a los varones, así mismo se resalta que los varones presentan mayor claridad de concepto que las mujeres, mientras que la autoestima es mayor en las mujeres.

Antón (2007) en su estudio *Nivel de conocimientos y actitud hacia el tratamiento de tuberculosis Piura - Perú 2007*, se realizó el estudio en una muestra de 67 pacientes de los centros de salud de las ciudades de Piura y Castilla. El objetivo de su estudio fue: Determinar el nivel de conocimientos y actitud hacia el tratamiento de tuberculosis. Los resultados muestran que en cuanto al conocimiento global, el 49% de los participantes tuvo un nivel bajo, respecto al conocimiento del tratamiento más de la mitad obtuvo un nivel bajo. No se encontró asociación entre el nivel de conocimientos, la edad y el grado de instrucción, tampoco se encontró asociación con el sexo, ocupación y la fase del tratamiento, la indiferencia hacia el tratamiento fue la actitud más frecuente con un 50, 6%, y solamente el 10 % mostró una actitud de aceptación. No se encontró asociación estadísticamente significativa con la edad, el sexo, el nivel educacional, la ocupación y la fase del tratamiento. Ninguna de las personas que tenía alto conocimiento tuvo una actitud de rechazo al tratamiento. Al evaluar si existía asociación, considerando las puntuaciones de ambas escalas a nivel global, se obtuvo un coeficiente rho de Spearman de 0,249 que mostró una correlación positiva estadísticamente significativa $p=0,04$. Las conclusiones del estudio fueron: existe un nivel bajo de conocimientos y en la mayoría de los pacientes se encontró una actitud de

indiferencia, por lo tanto es preciso generar mecanismos orientados a elevar el nivel de conocimientos de la tuberculosis en las personas que la padecen, buscando la concientización en ellas y la subsecuente mejora en la actitud frente a la enfermedad. Es pertinente también, considerar que tanto los conocimientos como las actitudes son potenciales factores que afectan la efectividad de las intervenciones dirigidas por la Estrategia Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis.

Arquinigo (2008) en su tesis *Capacidad de autocuidado del paciente en hemodiálisis periódica del centro de Hemodiálisis de EsSalud*, el objetivo fue determinar la capacidad de autocuidado en los pacientes que reciben hemodiálisis periódica, tomando como marco referencial a la Teoría General de Autocuidado de Dorothea Orem. El estudio es descriptivo de corte transversal, realizado en 218 pacientes que recibían hemodiálisis en el Centro de Hemodiálisis de EsSalud, seleccionados por muestreo probabilístico. Los resultados fueron: el 59% de los pacientes muestra nivel alto de capacidad de autocuidado; el 79% presentó nivel alto en la habilidad para realizar las actividades de la vida cotidiana, y el 53% presentó nivel medio en conocimientos para realizar acciones de autocuidado frente a la enfermedad; los pacientes evidenciaron un alto nivel de capacidad de autocuidado; frente a las actividades de la vida cotidiana; sin embargo, evidenciaron un nivel medio de conocimientos para hacer frente a la enfermedad. Las conclusiones a las que llegó la autora son: la capacidad de autocuidado de los pacientes con enfermedad renal crónica que reciben hemodiálisis periódica en el Centro de Hemodiálisis de EsSalud es de nivel alto, lo que demuestra que los pacientes en su mayoría presentan habilidades y conocimientos para realizar acciones de autocuidado en sus actividades de la vida cotidiana y al hacer frente a la enfermedad; sin embargo, es preocupante los hallazgos significativos encontrados en los pacientes que alcanzaron el nivel medio evidenciando que existe un grupo importante de paciente que presenta algún déficit en la capacidad

para su autocuidado al realizar actividades y acciones de autocuidado para mantener, conservar una adecuada calidad de vida. Los pacientes en su mayoría conservan aun autonomía para realizar y asumir con responsabilidad, sin requerir ayuda humana para realizar actividades de autocuidado en su vida cotidiana, mostrando aun ser independientes. Sin embargo, existe un porcentaje significativo de pacientes a considerar en los cuales sus habilidades han sido modificadas como consecuencias de la misma enfermedad y son los que alcanzaron nivel medio a bajo requiriendo de la ayuda de otra persona sea o no familiar. El nivel de conocimientos acerca de la enfermedad para realizar acciones de autocuidado que presentan los pacientes es de nivel medio a bajo, evidenciado por la falta de conocimiento acerca de las complicaciones por el incumplimiento en la administración de medicamentos, de la alimentación según la dieta indicada, contenido proteico, electrolítico, control de ingesta hídrica, cuidado de acceso vascular y cuidado en situaciones de urgencia dialíticas y su prevención, aspectos que deben ser considerados como temas prioritarios en la programación de educativa a los pacientes y familias, así como considerar otras estrategias educativas que permitan a los pacientes evitar esas deficiencias.

Girón (2014) en su investigación titulada *Autocuidado en el adulto multidrogo resistente en tuberculosis pulmonar y actitud del cuidador familiar*, formuló el siguiente objetivo: establecer la relación entre el nivel de auto cuidado en el adulto multidrogo resistente en tuberculosis pulmonar y la actitud del cuidador familiar frente a la enfermedad de la Red 1 La Caleta – Chimbote, durante los meses de Enero Diciembre 2008, se recolectaron los datos de 35 personas adultas con diagnóstico de tuberculosis multidrogoresistente con dos instrumentos: Escala de autocuidado en el adulto multidrogoresistente en tuberculosis pulmonar y la escala de actitud del cuidador familiar. El tipo de estudio fue cuantitativo, descriptivo, no experimental de corte transversal, de diseño descriptivo, correlacional. Los resultados mostraron que el 88,6 %

de las personas afectadas por tuberculosis multidrogoresistentes, tienen un nivel de autocuidado bueno y un 11,4% un nivel de autocuidado regular. Respecto a la actitud del cuidador familiar frente a la enfermedad, el 65,7 % es de aceptación, el 28,6 % de indiferencia y el 5,7 presenta una actitud de rechazo. Respecto a la aceptación del cuidador un 57,1% acepta al paciente, un 25,7% muestra indiferencia, un 5,7% lo rechaza, los pacientes que tienen un nivel de autocuidado regular, presentaron aceptación por parte del cuidador en un 8,7%, indiferencia con 2,8%, se observa que existe aún indiferencia y rechazo por parte del cuidador familiar lo cual repercutirá negativamente en la recuperación de la persona afectada y en la mejoría de su salud, poniendo en riesgo su vida y a sus familiares y comunidad. El estudio concluyó afirmando que existe relación directa entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar, por lo que se deduce que un alto porcentaje de pacientes tienen un nivel de conocimiento entre medio y bajo con una actitud de indiferencia hacia el tratamiento

Flores y Gómez (2008) en su tesis titulada *Capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial- México*, realizado en 136 pacientes, tuvo el objetivo de identificar las capacidades de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial, seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Los resultados muestran que predominó el sexo femenino con 80.1%, la edad promedio es de 56.5 años, el 69.2% reportó baja escolaridad e ingreso económico. La capacidad de agencia de autocuidado en general fue muy buena con un 57.4%; sin embargo, en las dimensiones de las capacidades en el mantenimiento de consumo de alimento suficiente, equilibrio entre soledad e interacción social funcionamiento y desarrollo personal, se encontraron muy bajas. Las conclusiones fueron: la edad promedio de los pacientes fue de 56 años, la mayoría son mujeres y en cuanto al estado civil casados, el 57.4% de las personas con hipertensión arterial obtuvieron muy buenas

capacidades de agencia de autocuidado. Las capacidades que se encontraron muy bajas fueron en el mantenimiento de consumo de alimento suficiente, equilibrio entre soledad e interacción social y en el funcionamiento y desarrollo personal.

Rivera y Díaz (2007) en su estudio titulado: *Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y los factores de riesgo cardiovascular en personas hospitalizadas con hipertensión arterial en la Clínica del Country. Bogotá*, formularon el objetivo: describir la relación existente entre los factores de riesgo cardiovascular, sedentarismo y obesidad con la capacidad de agencia de autocuidado, en personas hospitalizadas con diagnóstico de hipertensión arterial, este estudio fue de tipo descriptivo, correlacional, cuantitativo, la muestra estuvo constituida por 90 pacientes. Los resultados al respecto de la descripción demográfica, se encontró que el 60% pertenece al sexo femenino con una edad media de 60 años; el 40% corresponde al sexo masculino con una edad media de 56 años; los resultados de la capacidad de agencia de autocuidado por sexo muestran que el 50% de las mujeres y el 58% de los hombres hospitalizados con hipertensión arterial tenía una deficiente capacidad de agencia de autocuidado; por otro lado, el 50% restante de las mujeres y el 42% de los hombres hipertensos tuvieron suficiente capacidad de agencia para el autocuidado. Las conclusiones fueron: existe una correlación negativa y débil pero significativa entre el factor de riesgo cardiovascular obesidad y la capacidad de agencia de autocuidado, respecto al sedentarismo se encontró una correlación directa positiva y significativa, estos hallazgos indican que el paciente con poca actividad física y ejercicio se asocia a niveles bajos en la capacidad de agencia de autocuidado. El personal de enfermería debería trabajar el autocuidado en la comunidad, desde el núcleo familiar haciendo énfasis en la educación desde la niñez, que permita reconocer la importancia de mantener estilos de vida saludables, el empoderamiento del autocuidado, la motivación a asumir el compromiso de autocuidarse y tomar la decisión de llevar una vida activa.

Benavides (2012) en su estudio titulado: *Asociación de los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado de adultos con síndrome coronario agudo hospitalizados en el Hospital universitario Clínica San Rafael, Bogotá*, se planteó el siguiente objetivo: determinar la asociación entre los factores básicos condicionantes: edad, género, factores socioculturales y sistema familiar propuestos por Dorothea Orem con la capacidad de agencia de autocuidado de las personas con un diagnóstico de síndrome coronario agudo en las presentaciones de infarto agudo de miocardio con o sin elevación del segmento ST o Angina Inestable. El diseño planteado fue de tipo descriptivo, de asociación y de corte transversal, el cual permitió obtener información sobre las características fundamentales de la población objeto de estudio. La muestra estuvo conformada por 83 personas, quienes cumplían con los criterios de inclusión propuestos en la investigación; además se abordaron teniendo en cuenta las consideraciones éticas correspondientes para la investigación con seres humanos. Se aplicó el instrumento Escala de Agencia de Autocuidado ASA para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado de los participantes; de igual forma, se construyó y se empleó una ficha que valoraba los factores básicos condicionantes mencionados anteriormente. Los resultados mostraron que el 63% de la muestra pertenece al rango de edad mayor a 61 años, el 36% entre los 41 a 60 años, y únicamente un 1% entre 18 a 40 años de edad, el 9% pertenece al sexo femenino, mientras que 61% al sexo masculino, respecto a pertenencia a un grupo de interacción social, el 71% no asiste a ningún grupo de interacción social, mientras que 29% de ellos asiste a grupos sociales en donde realizan actividades como danza, pintura, oración, recreación y actividad física; respecto al estado civil, el 71% de la muestra es casada, el 9% convive en unión libre, el 8% es viudo, el 7% es soltero(a) mientras que el 5% es separada; en relación con el apoyo en el cuidado de la salud que reciben los sujetos de investigación por parte de algún miembro de su familia, se evidencia que el 52% de

ellos recibe el apoyo del cónyuge, seguido por parte de los hijos con un 47% y finalmente por otro miembro de la familia como la madre con 1% respectivamente. Respecto a la capacidad de agencia de autocuidado se muestra que el 73% de la muestra evidencian una regular capacidad de agencia de autocuidado, el 23% tiene una baja capacidad agencia de autocuidado, mientras que el 4% tiene una buena capacidad de agencia de autocuidado. Se concluyó que los factores básicos condicionantes adoptados en el estudio no tienen influencia directa en la capacidad de agencia de autocuidado de los sujetos de investigación; es decir, no se evidenció una asociación significativa entre estas dos variables.

Anibarro, Lires, Iglesias, Vilariño, Baloria, De Lis y Ojea (2003) en su trabajo de investigación titulado *Factores sociales de riesgo para la falta de cumplimiento terapéutico en pacientes con tuberculosis en Pontevedra*, realizado a 775 pacientes con tuberculosis, se formuló el siguiente objetivo: conocer la prevalencia y características de los factores sociales de riesgo para la falta de cumplimiento terapéutico. Se realizó un análisis descriptivo, se calculó la prevalencia y la tendencia anual de los factores sociales de riesgo. Los resultados fueron: el 20,1% de la muestra presentaba alguna situación de riesgo, la edad media \pm desviación estándar era de $41,9 \pm 12,7$ años; el factor de riesgo social más frecuentemente encontrado fue el alcoholismo, la inmigración, la ausencia de domicilio fijo y la estancia en prisión. Los 24 enfermos inmigrantes procedían de 10 países distintos como Bangla-Desh, Benin, Cabo Verde, Colombia, Ghana, Marruecos, Nigeria, Portugal, República Dominicana, Senegal y Venezuela. Un 85,4% presentaba coinfección por el VIH. La proporción de pacientes con situación final satisfactoria fue significativamente mayor en el grupo de pacientes sin factor de riesgo social. Se administró la medicación bajo observación directa a un total de 84 pacientes, 60 con factor de riesgo social y 24 sin factor de riesgo social. La administración directamente observada de la medicación a pacientes con factor de

riesgo social, no aumentó de manera significativa el porcentaje de ellos con situación final satisfactoria. Las conclusiones fueron: los pacientes con tuberculosis y con alguna forma de aislamiento social presentan tasas más elevadas de abandono del tratamiento. Es necesario llevar a cabo una evaluación de la eficacia de la administración directamente observada de la toma de la medicación en nuestro medio. El porcentaje de pacientes con tuberculosis y FSR es aún bajo debido posiblemente a la alta prevalencia histórica de la enfermedad en este lugar; la afluencia creciente a nuestra comunidad de inmigrantes de países en donde la enfermedad es endémica puede suponer una amenaza para el control de la enfermedad. Por ello, se deberían tomar las medidas oportunas.

Leiva, Acosta, Berrocal, Carrillo, Castro y Watson (2012) en su investigación titulada *Capacidad de agencia de autocuidado en personas adultas con artritis reumatoide tipo I*, realizado en 13 pacientes, el objetivo de la investigación consistió en analizar la capacidad de agencia de autocuidado que poseen las personas con diagnóstico de artritis reumatoide, quienes habitan en los cantones de Palmare y San Ramón. Se desarrolló una metodología de investigación cuantitativa de tipo descriptiva transversal. El instrumento utilizado para recolectar información, fue la “Escala de apreciación de la capacidad de agencia de autocuidado”, propuesta por Dorothea Orem. Se determinó que los participantes poseen alta capacidad de agencia de autocuidado en las diferentes categorías, únicamente se detectó baja capacidad de agencia de autocuidado en la dimensión de interacción social con un 15.4%, y respecto del consumo insuficiente de alimentos un 38.5%. Las conclusiones del estudio fueron: la población participante en el estudio mostró alta capacidad de agencia de autocuidado, en relación con los resultados obtenidos en la escala de Apreciación de la Agencia de Autocuidado (ASA). La escala ASA permitió a las investigadoras observar un panorama general de las necesidades de autocuidado correspondiente a la población participante, dato que sirve como base para posteriores intervenciones con un estudio

similar, así mismo permite al personal de enfermería determinar la capacidad de agencia de autocuidado, de forma oportuna y eficaz, además de que facilita el evaluar diferentes líneas de acción que satisfagan los requisitos de autocuidado, de modo que contribuya con la mejora del funcionamiento y desarrollo humano.

Manosalva, Espinosa y Mateus (2008) en su estudio *Capacidad de agencia de autocuidado de las personas portadoras de VIH/SIDA en una fundación de Bogotá* realizaron el estudio en una muestra que estuvo constituida por 50 personas, el objetivo fue identificar la capacidad de agencia de autocuidado que tienen las personas portadoras de VIH/SIDA en una fundación de Bogotá. Los resultados principales fueron, la edad de los participante del estudio fue de 18 a 40 años con 52% y el 48% fue de 41 a 65 años, en cuanto sexo el 86% fueron de sexo masculino y el 14% femenino, el estado civil, el 58% de la población estudiada es soltera, esta situación de ser soltero es un factor de riesgo predisponente para adquirir VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual. El nivel educativo es de 34% en educación secundaria y 28% universitario. Al respecto de la capacidad de agencia de autocuidado es media con un 48% este resultado muestra que la población estudiada en general cuenta con una buena capacidad de agencia de autocuidado. El 40% de la población tiene la capacidad de agencia de autocuidado alta, lo que indica que tienen unas buenas prácticas y conocimientos acerca del mantenimiento de la salud y manejo de la enfermedad y solo el 12% no cuentan con adecuados parámetros de autocuidado. En general, la mitad de la población estudiada tiene una estabilidad emocional que prima sobre su estado de salud, con un adecuado manejo de su propia seguridad y de su entorno lo cual se evidencia con la categoría de promoción del funcionamiento y desarrollo personal; sin embargo, hace falta reforzar en el otro 50% de la población la importancia de aprender a manejar el proceso y consecuencias de la enfermedad y convertirlos en ente positivo como base de autocuidado. Las conclusiones a las que llegaron son: la población objeto de estudio, en

general cuenta con una capacidad de agencia de autocuidado media-alta con relación a las variables independientes las cuales hacen relación al sexo, edad, condición sexual, estado civil, nivel educativo y estrato socio económico. Según la categoría de interacción social la población estudio en su totalidad no cuentan con una red de apoyo que sea suficiente para satisfacer sus necesidades, debido al grado de complejidad de la enfermedad, estas personas se aíslan por temor al rechazo de la sociedad, a su estilo de vida y consecuencias de la enfermedad; con relación al bienestar personal cuentan en su mayoría con conocimientos acerca de la enfermedad, proceso y detección temprana de cambios en el organismo, mantienen condiciones inadecuadas de higiene y comodidad, en cuanto a la actividad y reposo existen deficiencias en la cantidad y calidad del descanso, además existe una posición marcada de sedentarismo relacionados con cambios propios de la enfermedad y falta de interés. Existe un adecuado consumo de alimentos que satisfacen las necesidades de una persona portadora de VIH/SIDA, lo que les permite tener una estabilidad nutricional.

Marco teórico

Autoestima

La autoestima es una apreciación positiva o negativa hacia sí mismo, se apoya en una base afectiva y cognitiva, debido a que el individuo siente de una forma determinada a partir de lo que piensa sobre sí mismo. También es considerada la energía que coordina, organiza, integra, cohesiona, unifica y direcciona todos los aprendizajes realizados por el individuo a través de contactos sucesivos, conformando una totalidad que se denomina “sí mismo” (Rosemberg, 1996, citado por Barroso, 2000).

Craig y Baucum (2001) mencionan que la autoestima incorpora un elemento evaluativo, indicando si la persona se ve bajo una luz positiva o negativa. Los éxitos o fracasos personales bajo distintas situaciones pueden conducir a las personas a considerarse como exitosas o perdedoras. La autoestima también puede ser la fuerza

innata que impulsa al organismo hacia la vida, hacia la ejecución armónica de todas sus funciones y hacia su desarrollo; le dota de organización y direccionalidad en todas sus funciones y procesos, ya sean cognitivos, emocionales o motores (Yagosesky, 1990). Se basa sobre todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que las personas han tenido a lo largo de su vida (McKay y Fanning, 1999).

La autoestima se expresa a través de una actitud de aprobación o desaprobación que refleja el grado en el cual el individuo cree en sí mismo que es capaz, productivo, importante y digno. Por tanto, implica un juicio personal de la dignidad, es expresado en las actitudes hacia sí mismo; resulta de una experiencia subjetiva que transmite a otros a través de reportes verbales y otras conductas expresadas en forma evidente que reflejan la extensión de ser valioso, significativo y exitoso (Corkille, 2001; Conger y Kagan, 2000; Coopersmith, 1996).

Uno de los principales factores que diferencian al ser humano de los animales, es la conciencia de sí mismo; es decir, la capacidad de establecer una identidad y darle un valor. En otras palabras, el individuo tiene la capacidad de definir quién es y luego decidir si le gusta o no su identidad. El problema de la autoestima está en la capacidad humana de juicio; el juzgarse y rechazarse a sí mismo produce enorme dolor, y puede dañar considerablemente el aspecto psicológico y emocional de las personas (McHale y Pope, 2001).

La autoestima se encuentra estrechamente ligada con la aceptación incondicional de la persona y con el ejercicio de sus aptitudes, ya que ambas son fuentes de estímulo. Es importante mencionar que la disciplina severa, las críticas negativas y las expectativas irreales de los adultos, son muy destructivas (McKay y Fanning, 1999).

Importancia de la autoestima

El autoconcepto y la autoestima positivos son importantes en la vida de las personas, sobre todo para la vida personal, profesional y social. El autoconcepto

favorece el sentido de la propia identidad, constituye un marco de referencia desde el que interpreta la realidad externa y las propias experiencias, influye en el rendimiento, condiciona las expectativas y la motivación y contribuye a la salud y equilibrio psíquicos (McKay y Fanning, 1999).

La autoestima es la clave del éxito o del fracaso, para comprendernos y comprender a los demás y es requisito fundamental para una vida plena, además es útil para enfrentar la vida con seguridad y confianza. Tiene dos componentes: sentimientos de capacidad personal y sentimientos de valía personal (McHale y Pope, 2001, Wilber, 1995).

Es importante un autoconocimiento sensato y autocrítico para poder reconocer tanto lo positivo como lo negativo de los rasgos del carácter y conducta. Sin embargo, hay algo que va más allá del aprecio de lo positivo y de la aceptación de lo negativo, sin lo cual la autoestima se desmoronaría, es la aceptación de todo ser humano, sin excepción, digno de respeto incondicional que merece que lo estimen y que él mismo se estime (McKay y Fanning, 1999).

La autoestima es importante en todas las épocas de la vida, pero lo es de manera especial en la época formativa de la infancia y de la adolescencia, en el hogar y en el aula. Una de las influencias más poderosas para el desarrollo de la autoestima es la educación proveniente de los padres y educadores, los múltiples mensajes enviados por ambos ejercen un efecto positivo o sumamente nocivo para las personas (Yagosesky, R. citado por Steiner, 2005).

Formación de la autoestima

Wilber (1995) refiere que el concepto del yo y de la autoestima, se desarrollan gradualmente durante toda la vida, empezando en la infancia y pasando por diversas etapas de progresiva complejidad. Cada etapa aporta impresiones, sentimientos, e

incluso, complicados razonamientos sobre el “yo”, siendo el resultado un sentimiento generalizado de valía o de incapacidad.

Para desarrollar la autoestima, se necesita tener una actitud de confianza frente a sí mismo y actuar con seguridad frente a otros, ser abiertos y flexibles, valorar a los demás y aceptarlos como son; ser capaz de ser autónomo en las decisiones, tener comunicación clara y directa, tener una actitud empática, es decir ser capaz de conectarse con las necesidades de sus congéneres, asumir actitudes de compromiso y ser optimista en sus actividades (Wilber, 1995).

El proceso de formación de la autoestima se inicia a los seis meses del nacimiento, cuando el ser comienza a distinguir su cuerpo como un todo absoluto diferente del ambiente que lo rodea y de las personas que están cerca de él, iniciando su concepto de sí mismo. Las experiencias continúan, y en este proceso de aprendizaje, consolida su propio concepto, distingue su nombre de los restantes y reacciona ante él. Entre los tres y cinco años, el individuo se torna egocéntrico, puesto que piensa que el mundo gira en torno a él y sus necesidades, lo que implica el desarrollo del concepto de posesión, relacionado con la autoestima. Durante este período, las experiencias provistas por los padres y la forma de ejercer su autoridad, así como la manera como establecen las relaciones de independencia, son esenciales para que el individuo adquiera las habilidades sociales que contribuyan en la formación de la autoestima, por lo cual, los padres deberán ofrecer vivencias gratificantes que contribuyan con su ajuste personal y social para lograr beneficios a nivel de la autoestima. A la edad de seis años, se inician las experiencias escolares y la interacción con otras personas o grupos de pares, desarrollan la necesidad de compartir para adaptarse al medio ambiente, el cual es de suma importancia para el desarrollo de la apreciación de sí mismos a partir de los criterios que elaboran las personas que le rodean. A los ocho y nueve años, ya el niño establece su propio nivel de autoapreciación y lo conserva relativamente estable en el

tiempo. En la primera infancia inicia y consolida las habilidades de socialización, ampliamente ligadas al desarrollo de la autoestima; puesto que muestra las oportunidades de comunicarse con otras personas de manera directa y continua. Por tanto, si el ambiente que rodea al niño es un mundo de paz y aceptación, desarrollará seguridad, integración y armonía interior, que constituirá la base del desarrollo de la autoestima (Coopersmith, 1996).

El punto de partida para que un niño disfrute de la vida, inicie y mantenga relaciones positivas con los demás, sea autónomo y capaz de aprender, se encuentra en la valía personal de sí mismo o autoestima. A partir de los 3 a 5 años, el niño recibe opiniones, apreciaciones y críticas, a veces destructivas o infundadas, acerca de su persona o de sus actuaciones. Su primer bosquejo de quién es él proviene de la realidad intersubjetiva. No obstante, durante la infancia, los niños no pueden hacer la distinción de objetividad y subjetividad, todo lo que oyen acerca de sí mismos y del mundo, constituye la realidad única. La conformación de la autoestima se inicia con estos primeros esbozos que el niño recibe, principalmente, de las figuras de apego, las más significativas a su temprana edad. La opinión “niño maleducado” si es dicha por los padres en forma recurrente, indiscriminada y se acompaña de gestos que enfatizan la descalificación, tendrá una profunda resonancia en su identidad. En la adolescencia, a partir de los 11 años aproximadamente, con la instauración del pensamiento formal, el joven podrá conceptualizar su sensación de placer o displacer, adoptando una actitud de distancia respecto de lo que experimenta, discriminando los rasgos que él mismo, sus padres o su familia le han conferido de su imagen personal. La identidad, en esta etapa, es importante, porque el adolescente explorará quién es y querrá responderse en forma consciente a preguntas sobre su futuro y su lugar en el mundo. La crisis emergente tendrá un efecto devastador si el joven ha llegado hasta aquí con una deficiente o baja valoración personal. La obtención de una valoración positiva de sí mismo permite un

desarrollo psicológico sano, en armonía con su medio circundante y en especial, en su relación con los demás. En la situación contraria, el adolescente no logrará enriquecer sus relaciones y asumir mayores responsabilidades. Por tanto, las personas más cercanas afectivamente (padres, familiares, profesores o amigos) son las que más influyen y potencian o dificultan la autoestima (McKay y Fanning, 1999).

La autoestima se forma a consecuencia del autoconcepto y autocontrol, entendiéndose como autoconcepto a las ideas que el individuo desarrolla acerca de quién es realmente. Estas ideas se forman de acuerdo con las experiencias que tienen con las personas que los rodean, por eso la retroalimentación que reciben de los padres es un factor esencial en el proceso de la formación del autoconcepto y por ende, de la autoestima. El proceso de formación del autoconcepto no resulta siempre en una autoimagen positiva o negativa; dependerá de factores tales como el proceso de identificación, madurez y el desarrollo corporal, espiritual y moral. A medida que el individuo se va desarrollando, comienza a entender que es diferente a otros y reconoce cuáles son sus cualidades y limitaciones (Craighead, McHale y Pope, 2001)

En relación con el autocontrol, los individuos aprenden a dirigir su propio comportamiento como parte fundamental del desarrollo. El desarrollo del autocontrol parece estar relacionado con la autoestima tanto directa como indirectamente, puesto que algunos estudios han demostrado que los individuos con alta autoestima tienen fuertes sentimientos de eficacia personal y de control propio. Este proceso de desarrollo del autocontrol abarca tres pasos fundamentales: el automonitoreo o convertirse en propio observador, la autoevaluación o valoración del comportamiento y el autoreforzamiento que abarca el sistema de recompensas, que se produce a diferentes edades dependiendo de la capacidad y experiencias que tenga cada individuo. Las experiencias de la infancia, la interrelación con los padres y las oportunidades que tengan los individuos, son esenciales en el proceso de desarrollo del autoconcepto, del

autocontrol, y por ende, de la autoestima (Craighead, McHale y Pope (2001 y Coopersmith, 1996).

La autoestima se construye diariamente mediante la interacción con las personas que rodean al individuo, con las que trata o tiene que dirigir. Un aspecto central para el desarrollo de la autoestima, es el conocimiento de sí mismo; cuanto más se conoce el individuo, es más posible quererse y aceptarse. Cuando se tiene contacto con personas equilibradas, constructivas, honestas y constantes, es más probable que se desarrolle una personalidad sana y actitudes positivas que permitan desarrollarse con mayores posibilidades de éxito, aumentando la autoestima. Si bien las metas son básicas para darle un sentido a la vida, tienen costos en esfuerzo, fatiga, desgaste, frustración, pero también en maduración, logros y satisfacción personal (Wilber, 1995).

Bases de la autoestima

Las bases de la autoestima son los elementos fundamentales sobre las cuales surge y se apoya el desarrollo de las personas. Wilber (1995) refiere que la autoestima se apoya en tres bases esenciales:

Aceptación total, incondicional y permanente.

Se basa en el postulado que una persona es única e irreplicable, con cualidades y defectos propios y que es aceptada tal como es.

Amor.

Se basa en el amor constante y realista que es fundamental para formar una personalidad madura y estar motivados a rectificar los errores, es corregir con amor, dando la posibilidad de reconocer el error y rectificarlo.

Valoración.

Se basa en elogiar el esfuerzo de las personas, lo que contribuirá en su aceptación propia y superación de las dificultades.

McKay y Fanning (1999) afirman que las bases de la autoestima se encuentran en la educación recibida en la infancia, destacando la importancia en el desarrollo dentro del contexto escolar y su impacto en el rendimiento académico. La valoración de sí mismo que tiene cada persona es fundamental para poder alcanzar las metas que cada uno se propone durante las distintas etapas de la vida. Mientras más alta sea la autoestima, más posible será llegar a ser quien se desea. En este sentido, una buena autoestima favorece que la persona se sienta capaz, y que tenga los recursos necesarios para alcanzar sus metas, así mismo, las personas que se enfrentan a los desafíos de la vida con una autoestima positiva, logran lo que se plantean, poseen confianza en sus capacidades y un conocimiento de sí mismos que los lleva a elegir correctamente tareas en que son capaces de desempeñarse óptimamente, lo cual refuerza su convicción de que son personas competentes.

Walsh y Vaughan (1999) agregan que la autoestima puede desarrollarse convenientemente cuando se experimentan positivamente cuatro aspectos o condiciones bien definidas:

Vinculación

Es el resultado de la satisfacción que se obtiene al establecer vínculos que son importantes para la persona y que los demás también reconocen como importantes. Es el primer elemento básico para el desarrollo de la autoestima y se refiere a los nexos que el individuo establece con sus compañeros, amigos, profesores, etc. (Duque, 2005)

Singularidad

Es el resultado del conocimiento y respeto que se siente por aquellas cualidades o atributos que hacen especial o diferente a cada persona, apoyado por el respeto y la aprobación que recibe de los demás. La singularidad se construye en el hogar y se consolida en su relación con los demás (Hertfelder, 2005).

Poder

Es la consecuencia de la disponibilidad de medios, oportunidades y capacidad para modificar las circunstancias de la vida de manera significativa (Tejeda, 2010).

Modelos o pautas

Son los puntos de referencia que proveen ejemplos adecuados, que sirven para establecer una escala de valores, objetivos, ideales y modales propios (Cañar, 2012).

Por tanto, la autoestima previene conductas antisociales, tanto durante la infancia, como en las etapas posteriores de la vida. El niño con buena autoestima tiene muchas posibilidades de ser un adulto feliz y exitoso, ya que cuenta con un escudo psicológico que lo protege toda la vida.

Teoría de las necesidades de Maslow y la autoestima.

El estudio de Maslow sobre la naturaleza humana menciona que los seres humanos tienen una tendencia innata a moverse hacia los niveles superiores de salud, creatividad y autosatisfacción (citado por Formés, 2001).

Las necesidades fisiológicas prevalecen sobre otras.

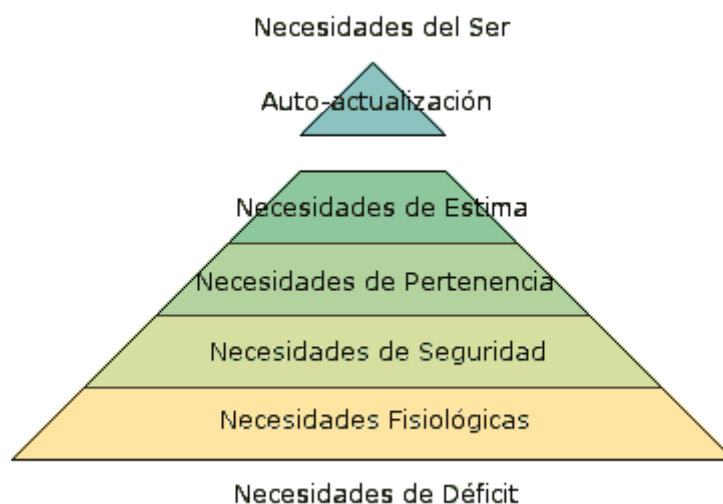


Figura 1. Jerarquía de necesidades de Maslow.

Maslow estableció la jerarquía de necesidades, además de considerar el agua, aire, comida y sexo, el autor amplió cinco grandes bloques: las necesidades fisiológicas,

necesidades de seguridad y reaseguramiento, la necesidad de amor y pertenencia, necesidad de estima y la necesidad de actualizar el sí mismo; en este orden.

Las necesidades fisiológicas

Estas incluyen las necesidades que tenemos de oxígeno, agua, proteínas, sal, azúcar, calcio y otros minerales y vitaminas. También se incluye aquí la necesidad de mantener el equilibrio del PH sanguíneo y de la temperatura. Otras necesidades incluidas aquí son aquellas dirigidas a mantenernos activos, a dormir, a descansar, a eliminar desechos como CO₂, sudor, orina y heces, a evitar el dolor y sexo.

Las necesidades de seguridad y reaseguramiento

Cuando las necesidades fisiológicas se mantienen compensadas, entran en juego estas necesidades. El individuo se preocupa en hallar situaciones que provean seguridad, protección y estabilidad, incluso podría desarrollar una necesidad de estructura, de ciertos límites y de orden. En el adulto, este grupo de necesidades se representa en las urgencias por tener una casa en un lugar seguro, estabilidad laboral, un buen plan de jubilación y un buen seguro de vida.

Las necesidades de amor y de pertenencia

Cuando las necesidades fisiológicas y de seguridad se completan, empiezan a entrar en escena las terceras necesidades. El individuo empieza a tener necesidades de amistad, de tener una pareja, hijos y relaciones afectivas en general, incluyendo la sensación de vivir en comunidad y elección de una carrera o profesión.

Las necesidades de estima

Maslow describió dos versiones de necesidades de estima, una baja y otra alta. La baja es la carencia de reconocimiento, atención, reputación, apreciación y dignidad. La estima alta comprende las necesidades de respeto por uno mismo, incluyendo sentimientos tales como confianza, competencia, logros, independencia y libertad.

Autoestima y enfermedad

Una enfermedad crónica o terminal, disminuye la autoestima, afectando la identidad y en ocasiones la autoimagen de la persona, puede reducir la sensación de control y seguridad, aumentando la dependencia y sentimientos de incapacidad. Cuando la persona está enferma se siente vulnerable e incapaz de controlar el dolor, la enfermedad o los aspectos de la vida que se han alterado por ella. Cuando dicha enfermedad es pasajera, aun cuando incapacita momentáneamente, el saber que tiene un fin tranquiliza a la persona y la autoestima no se ve afectada, pero cuando la persona no conoce la enfermedad que padece o es crónica, la autoestima disminuye significativamente. En ambos casos, la autoestima puede hacer una gran diferencia, no siempre se puede sanar, pero siempre se puede mejorar la calidad de vida y la respuesta emocional. Una enfermedad crónica, repercute en las distintas áreas de la vida: personal, familiar, social, económica y laboral (Alava, 2003).

Agencia de autocuidado

El autocuidado es el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior, incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones. El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma (Orem, citada por Marriner y Tomey, 2007). Así mismo, Colliere, (1993) define el autocuidado como el acto de mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables que crean hábitos de vida propios de cada grupo o persona, cuidar es un acto individual que cada persona se da a sí mismo, cuando adquiere autonomía; también es un acto de reciprocidad que se brinda a otra persona que temporal o definitivamente no está en capacidad de asumir sus necesidades vitales y requiere de ayuda. El autocuidado también es definido, como la capacidad humana de discernir acerca de los

factores que deben ser controlados o excluidos para la regulación de una acción intencionada, la cual se desarrolla a lo largo vida diaria por medio de un proceso espontáneo de aprendizaje, curiosidad intelectual, experiencia, instrucción y supervisión de otros (Cavanagh, 1993).

La agencia de autocuidado es el grupo de habilidades humanas para la acción deliberada: la habilidad de atender a cosas específicas, excluir otras y comprender sus características y el significado de las mismas; la habilidad de percibir la necesidad de cambiar o regular las cosas observadas; la habilidad de adquirir conocimiento sobre los cursos de acción o regulación adecuados; la habilidad de decidir qué hacer; y la habilidad de actuar para lograr el cambio o la regulación (Johnson 2002). Comprende todas las acciones y decisiones que toma una persona para prevenir y tratar su enfermedad, todas las actividades individuales dirigidas a mantener y mejorar la salud, y las decisiones de utilizar tanto los sistemas de apoyo formales de salud, como los informales. En tal sentido, los integrantes del equipo de salud en razón de su preparación y responsabilidad profesional, están llamados a convertirse en agentes facilitadores de ese proceso (Coppard, 1985).

El desarrollo de prácticas de autocuidado se transforma en hábitos que contribuyen a la salud y el bienestar. Todas estas actividades son voluntarias, deliberadas y racionales que se realiza muchas veces sin darnos cuenta y se han transformado en parte de nuestra rutina de vida. Los niños cuando aprenden estas prácticas se están transformando en personas que se proporcionan cuidados propios, en este caso, ellos se convierten en agentes de su autocuidado (Tobón, 2004). Las actividades de autocuidado se aprenden conforme el individuo madura y son afectados por creencias, cultura, hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad, edad, etapa del desarrollo y estado de salud, pueden afectar la capacidad del individuo para realizar actividades de autocuidado.

La estructura del proceso de autocuidado, propuesto por Denyes, (citado Guirao, 2003), indica que contiene tres secuencias, necesarias: a) investigación, formulación y expresión de los requerimientos regulatorios de la persona, es decir, los requisitos de autocuidado; b) realización de juicios sobre el curso de acción que debe ser tomado para regular los requisitos de autocuidado y seguidamente tomar decisiones; y c) llevar a cabo las acciones de autocuidado para producir la regulación de los requisitos.

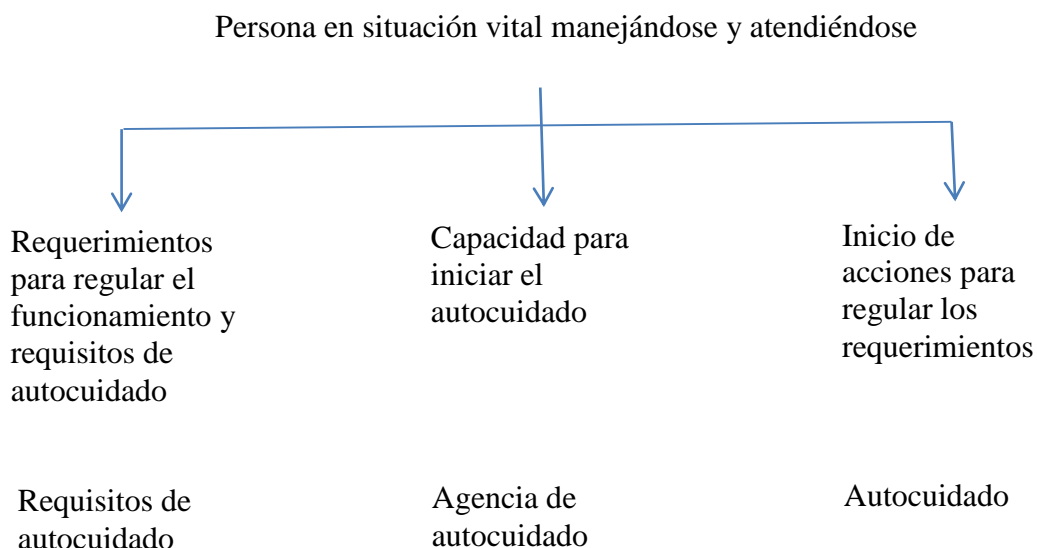


Figura 2. Elementos de la teoría del Autocuidado (Johnson, 2002)

Toda persona tiene la capacidad para cuidarse y este autocuidado lo aprende a lo largo de su vida; principalmente mediante las relaciones interpersonales, por esta razón no es extraño reconocer en nosotros mismos prácticas de autocuidado aprendidas en el seno de la familia, la escuela y las amistades (Fondo de la Población de las naciones Unidas Nicaragua UNPFA, 2013); sin embargo, en la sociedad hay seres humanos que no son capaces de cumplir con acciones precisas para la supervivencia; por lo tanto, es responsabilidad del profesional de enfermería resguardar el autocuidado del paciente, a

través de métodos educativos dirigidos a las personas con alguna afección, ver a sus pacientes como agentes de autocuidado y diagnosticar sus capacidades para ocuparse en el cuidado continuo y efectivo.

La estructura de la agencia de autocuidado es una combinación de tres partes: a) Una amplia estructura conceptual constituida por capacidades fundamentales para realizar operaciones de autocuidado estimativas, transicionales y productivas, b) Un grupo de componentes de poder que capacitan para la realización de operaciones de autocuidado y c) Grupos de capacidades fundamentales y disposiciones que se articulan con los componentes de poder en su relación con las capacidades operativas (Gast, 1989).

La presencia o ausencia de la capacidad llamada agencia de autocuidado está relacionada de manera concreta con la etapa de desarrollo de las personas, incluyendo el desarrollo de su autogobierno con respecto a la selección de objetivos y su desarrollo físico, cognitivo y psicosocial. La agencia de autocuidado puede identificarse como presente cuando está desarrollada o está desarrollándose y, se considera ausente cuando las capacidades para realizar las operaciones de auto cuidado no están desarrolladas. Existen situaciones en las cuales no se ejecutan capacidades de autocuidado; esto puede producirse a través de una elección voluntaria, por olvido o debido a factores de tiempo y lugar, o porque la disponibilidad de los recursos necesarios no permite la ejecución de las operaciones de autocuidado. Tal situación debe diferenciarse de otras en que las capacidades de autocuidado están desarrolladas pero no pueden hacerse operativas en su totalidad o en alguna medida, debido a condiciones estructurales o funcionales asociadas con patologías específicas, estados de enfermedad, lesión e incapacidad. (Denyes, citado por Guirao, 2003).

Los grados de desarrollo de la agencia de autocuidado en situaciones concretas de la vida diaria y en situaciones de enfermedad se pueden identificar dentro de las

cinco categorías siguientes: (a) Sin desarrollo; (b) En vías de desarrollo, cuando la persona se hace consciente de que requiere algún tipo de acción; (c) Desarrollado pero no estabilizado: está en proceso de desarrollo continuo, necesita volver a desarrollarse o está en proceso de volver a desarrollarse, (d) Desarrollado y estabilizado y (e) desarrollado pero declinando (Perez, 2002). El desarrollo o nuevo desarrollo de la agencia de autocuidado a lo largo de los ciclos vitales, debería comprenderse como asociado al deseo humano de conocer, la capacidad de aprender y el avance hacia estadios más altos y complejos del desarrollo personal (Denyes, citado por Guirao, 2003).

Dimensiones de la capacidad de agencia de autocuidado.

Interacción social, representa requerimientos de autocuidados fundamentales para adquirir conocimientos y valores para el desarrollo humano. En función de la relación y los contactos interpersonales se consigue seguridad, confianza, capacidad de reflexión, etc., en uno mismo y con relación a otras personas (Cárdenas, 2009). La importancia del soporte o apoyo social para la persona como agente de autocuidado, con motivación y apoyo para comprometerse con su propio cuidado, contribuye a minimizar el estrés y la ansiedad (Arias 2001). Según Orem, este es uno de los ocho requisitos de autocuidado universal que requiere ser satisfecho no solo para el control temprano de la patología sino también para encontrar un apoyo en los demás y una influencia en sus comportamientos y hábitos.

Bienestar personal es la capacidad de estar alerta ante la posible ocurrencia de peligros, emprender acciones para prevenir este tipo de acontecimientos, apartarse o protegerse uno mismo de estas situaciones cuando el peligro no puede ser eliminado y controlar las situaciones para eliminar el peligro (Arteaga, 2010). Esto contribuye a la promoción efectiva del funcionamiento humano, al desarrollo y promoción del

crecimiento, evitando condiciones de peligro y promover condiciones para actitudes responsables (Cárdenas 2009).

Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo, considera a la actividad física y el sueño. La actividad física es el medio más adecuado para prevenir el comienzo de las principales patologías físicas y psicológicas que afectan a la sociedad, también es útil para atenuar el grado de severidad, cuando el sujeto ya presenta la enfermedad. Una actividad física moderada realizada regularmente, repercute beneficiosamente en la salud reduciendo los sentimientos de estrés y ansiedad. Dentro de los beneficios de la actividad física se consideran: disminución del riesgo de desarrollar y morir de problemas cardíacos, ayuda a controlar el peso, normaliza el metabolismo de los carbohidratos y lípidos, aporta beneficios psicológicos como la mejora del autoconcepto, la estabilidad emocional, reducción de la ansiedad, la depresión y la tensión; mejora las actitudes y actividad laboral. El sueño es una necesidad fisiológica vital para el correcto funcionamiento del organismo. Durante el sueño los procesos orgánicos se inhiben, los músculos se relajan y la intensidad nerviosa disminuye; dormir mal tiene consecuencias adversas para la salud, en diferentes niveles: cansancio, los accidentes por sueño, ausentismo laboral, problemas familiares y sociales, e incluso patologías como la depresión, la úlcera gástrica y el Síndrome de Burnout que se asocian habitualmente a las patologías del sueño, la duración necesaria, es por lo menos de siete a ocho horas por la noche (Peñaloza, 2006).

El consumo de alimentos comprende una alimentación saludable, suficiente en energía y nutrientes, es decir aporta cantidad de calorías y nutrientes necesarios para mantener las funciones vitales, y realizar las actividades físicas e intelectuales diarias; equilibrada en porcentajes recomendados de los distintos macronutrientes; variada debido a que no existe ningún alimento que aporte todos los nutrientes y en las cantidades idóneas que el organismo necesita de acuerdo con la edad (Guerrero, 2010).

La promoción del funcionamiento y desarrollo personal representa las actividades y modificaciones que realiza la persona para el mantenimiento de las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan el progreso humano. El autocuidado se produce a medida que los individuos se ocupan en acciones para cuidar de sí mismos, influyendo en los factores internos y externos para regular su propio funcionamiento y desarrollo personal (Pérez 2012).

Considera también la promoción de la salud, que según la Organización Mundial de la Salud, está orientada a capacitar a las personas para incrementar el control sobre su salud y mejorarla. Desde la perspectiva disciplinar, el cuidado para promover la salud requiere de la acción participativa de la enfermera y la persona cuidada; para que este proceso se dé es necesario que se establezca una relación intersubjetiva y empática entre los dos. Es decir, en esta relación de cuidado debe haber un crecimiento de la vida misma que trascienda lo personal y busque la reciprocidad (Pérez 2012).

Teoría del autocuidado

Dorotea Orem logró conceptualizar La Teoría General de Enfermería, la cual se constituye a su vez de 3 subteorías relacionadas entre sí, las cuales son: teoría del autocuidado, teoría del déficit de autocuidado y teoría de los sistemas de enfermería. Este modelo de cuidado tiene objetivos específicos, los inicia y orienta la propia persona; es eficaz y fomenta la independencia (Marriner – Tomey, 2007).

Teoría del Autocuidado

Expresa la práctica de actividades que los individuos realizan por sí y para sí mismos, para mantener la vida, la salud y el bienestar. Esta teoría considera necesario responder a una serie de requisitos: a) requisitos de autocuidado, que pueden ser universales como satisfacer las necesidades de agua, aire, alimentos, eliminación, actividad y reposo, soledad e interacción social, prevención de peligros y promoción del funcionamiento y desarrollo humano; b) requisitos de desarrollo, los que garantizan el

crecimiento y desarrollo normal, desde la concepción hasta la senectud y el enfrentar situaciones que pueden afectarlo; y c) requisitos ante alteraciones o desvíos en el estado de salud, que llevan a la persona a buscar asistencia médica segura, a atender los resultados molestos de una enfermedad, a seguir una terapia medicamentosa, a atender los efectos molestos de la alteración en el estado de salud, a aceptar una nueva imagen corporal y los cuidados necesarios para fortalecer el autoconcepto y aprender a convivir con la patología (López y Guerrero, 2006).

Teoría del déficit de autocuidado

Desarrolla las razones por las cuales una persona puede beneficiarse de la agencia de enfermería, mientras sus acciones están limitadas por problemas de salud o de cuidados sanitarios, lo que les hace total o parcialmente incapaces de descubrir sus requisitos actuales y emergentes que han de satisfacer en el cuidado de sí mismos o de quienes están a su cargo. Déficit de autocuidado, es por tanto, la falta o una capacidad inadecuada del individuo para realizar todas las actividades necesarias que garanticen un funcionamiento en favor de su salud. Incluye a aquellas personas que requieren una total ayuda del profesional de Enfermería por su incapacidad total para realizar actividades de autocuidado. Pero también valora a aquéllas que pueden ser realizadas en conjunto enfermera-persona y las actividades que puede realizar y deben aprender con alguna ayuda (García Vargas, 2003).

Teoría de sistemas

Abarca la manera como enfermería contribuye para superar el déficit y que el individuo recupere el autocuidado. Los sistemas que se proponen son: el sistema totalmente compensatorio, el sistema parcialmente compensatorio y el sistema de apoyo educativo. El profesional de enfermería, al activar alguno de estos sistemas, considera los componentes de poder que la persona, comunidad o grupo posee. Los componentes

de poder están constituidos por la capacidad para mantener la atención, para razonar, para tomar decisiones, para adquirir conocimiento y hacerlo operativo, para ordenar acciones de autocuidado tendientes a conseguir objetivos, para realizar e integrar operaciones de autocuidado en las actividades de la vida diaria, para utilizar habilidades en las actividades de la vida diaria y el nivel de motivación (López y Guerrero, 2006)

Tabla 1 *Teoría de Sistemas.*

APOYO EDUCATIVO	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	TOTALMENTE COMPENSATORIO
Realiza el cuidado terapéutico del paciente.	Realiza algunas de las medidas de autocuidado por el paciente.	Realiza el autocuidado.
Compensa la capacidad del paciente para realizar su autocuidado.	Compensa las limitaciones del paciente para realizar su autocuidado.	Regula el ejercicio y desarrollo de la acción de autocuidado.
Apoya y protege al paciente.	Ayuda al paciente en lo que necesite.	
Dejar hacer al otro.	Hacer con el otro.	Hacer por el otro.

Para Orem, el autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar. El autocuidado tiene un propósito, es una acción que tiene un patrón y una secuencia cuando se realiza efectivamente, y se apoya en cuatro suposiciones previas : (a) en igualdad de condiciones, los seres humanos tienen el potencial de desarrollar habilidades intelectuales y prácticas, y mantener la motivación esencial para el autocuidado y el cuidado de los miembros dependientes de la familia; (b) las formas de cubrir los requisitos de autocuidado son elementos culturales y varían con los individuos y los grandes grupos sociales; (c) el autocuidado y el cuidado de los miembros dependientes de la familia son formas de acción intencionada, dependientes para la realización de los repertorios de acción de los individuos y su predilección por

actuar en ciertas circunstancias y (d) la identificación y descripción de los requisitos recurrentes para el autocuidado y el cuidado de los miembros dependientes de la familia conducen a la investigación y desarrollo de vías para satisfacer los requisitos conocidos y para formar hábitos de cuidado (Pérez 2012).

El autocuidado que realiza la persona, según López y Guerrero (2006), requiere conocimientos y acciones intencionadas que se relacionan con las capacidades del individuo como ser integral, racional, biológico y emocional, que entran en juego cuando el ser humano realiza algún tipo de acción incluyendo su repertorio de habilidades y la clase de conocimiento sobre su salud, para ocuparse de una gama de conductas concretas, estos tipos de habilidades para tener una agencia de autocuidado han sido revisadas por Orem y el Grupo de la Conferencia de Desarrollo de Enfermería - NDCG (Nursing Development Conference Group 1973) los cuales se mencionan a continuación: (a) Las capacidades fundamentales y disposición de autocuidado, consisten en habilidades básicas del individuo como la sensación, percepción, memoria y orientación. (b) Los componentes de poder, son aquellas que facilitan el autocuidado y capacidades específicas que se relacionan con la habilidad del individuo para comprometerse en el autocuidado, la valoración de la salud, energía y conocimiento del autocuidado. (c) Capacidades para operaciones de autocuidado, son las habilidades del ser humano más inmediatas; algunas de las características para ser participante creativo en el autocuidado es la comprensión de los acontecimientos del entorno, una actitud reflexiva sobre los pensamientos saludables que se dan por sí mismo en el humano, escuchar, escribir las reflexiones que escucha o que se hace de sí mismo y (d) Realización continua de una autoevaluación sobre los hábitos de autocuidado y las necesidades de cambio.

Instrumentos de medición de la agencia de autocuidado

La teoría del déficit de autocuidado y la operacionalización del concepto de agencia de autocuidado han sido aceptadas por la comunidad científica de enfermería y adoptada por varias investigadoras, mediante el desarrollo de las escalas para la medición de la misma, aplicadas en diferentes tipos de población con distintas características. Algunas de ellas, son el resultado de la deducción de la teoría (Kerney y Fleischer, 1979; Denles, 1980) y otras son el resultado de la investigación (Hanson y Bickel, 1985; Evers G, Isenberg M, Philipsen H, Senten M, Brouns G., 1993).

Actualmente el uso de esta teoría en la investigación hace referencia a los conceptos de agencia y acción del autocuidado, estilos de vida, la familia y la estructura del diagnóstico de enfermería. Entre los principales instrumentos para la medición de la agencia de autocuidado tenemos:

Escala de ejercicio de la agencia de autocuidado (ESCA).

Conocida como la Exercise of Self-Care Agency propuesta por Kearney y Fleischer (1979), quienes fueron las primeras en desarrollar de forma operativa el concepto de agencia de autocuidado utilizando una aproximación inductiva, identificaron 5 dimensiones del ejercicio de la agencia de autocuidado: actitud de responsabilidad de sí mismo, motivación para el cuidado de sí mismo, aplicación de conocimiento de la agencia de autocuidado, valoración de las prioridades de salud y alta autoestima (Ramos, 2003).

Instrumento de agencia de autocuidado de Denyes (DSCAI).

Denyes (1980) desarrolló dos instrumentos, uno para medir la agencia de autocuidados, DSCAI (Denyes' Self-Care Agency Instrument) y otro, para medir la práctica de autocuidado DSCPI (Denyes' Self-Care Practice Instrument). Dichos instrumentos han sido utilizados en población infantil y adolescente. Mide las acciones

generales de autocuidado y acciones específicas como: decisiones propias de salud, consumo de dieta balanceada, tomar medidas de seguridad y práctica de ejercicio.

Cuestionario de percepción de la agencia de autocuidado (PSCA).

Hanson y Bickel (1985) desarrollaron el PSCA (Perception of Self-Care Agency) para medir las diez facultades de la agencia de autocuidado, aunque el análisis factorial reveló que mide únicamente 8 de las 10 facultades. El cuestionario muestra cinco factores en la percepción de la agencia de autocuidado, los cuales están contenidos en los ocho componentes de poder que mide el instrumento.

Cuestionario de la estructura cognitiva relacionada con salud y autocuidado de la salud.

Neves (1980) desarrolló dos instrumentos para medir la agencia de autocuidado, basados en la teoría de Orem. Un cuestionario mide creencias, actitudes e intenciones pertenecientes al cuidado de la salud "La estructura cognitiva relacionada con salud" y otro que mide las razones para ejecutar o no acciones de autocuidado.

Escala de apreciación de la agencia de autocuidado (ASA).

Evers George, Isenberg Marjorie, Phillipsen Hans, Smeets Harriet y Brauns G. en 1993, desarrollaron la ASA (Appraisal of Self-Care Agency Scale) utilizando el análisis que realizó la NDCG sobre las facultades de la agencia de autocuidado. De esta escala existe una versión en español de Gallegos Cabriales en 1998.

Escala de valoración de la capacidad de agencia de autocuidado de Esther Gallegos.

La Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (Appraisal of Self-care Agency Scale, ASA), fue desarrollada por Evers en 1989, para valorar la agencia de autocuidado reportada por el paciente y la agencia de autocuidado estimada por la enfermera, con el fin de valorar si una persona puede conocer las necesidades generales

actuales de agencia de autocuidado; mide el concepto central de la Teoría de Enfermería de Déficit de Autocuidado de Orem (Evers, 1993).

La estructura de la Agencia de Autocuidado está constituida por las capacidades para realizar operaciones de autocuidado estimativas, transicionales y productivas. Las operaciones estimativas, comprenden la investigación de las condiciones y los factores internos y externos significativos para el autocuidado; las transicionales determinan el tipo de acción o curso que debería tomarse con respecto al autocuidado, mientras que las productivas ejecutan las acciones de autocuidado.

La Escala ASA se compone de 24 ítems con un formato de respuesta de cinco alternativas tipo Likert, donde el 1 (totalmente en desacuerdo) que significa el valor más bajo de capacidad de autocuidado y el 5 (totalmente de acuerdo) el más alto. Cada individuo puede obtener un puntaje que va de 24 a 120 puntos (Gallegos, 1998).

La versión al español de la Escala ASA es equivalente a la original en el idioma inglés, por lo que se considera que está lista para su uso, con una confiabilidad por alfa de Cronbach de 0,77 (Gallegos, 1998).

Paciente con tuberculosis

La tuberculosis, es una enfermedad humana causada por *Mycobacterium tuberculosis*, bacilo aerobio grampositivo y es adquirido por la inhalación de partículas infecciosas en forma de aerosoles. La infección primaria es pulmonar y se disemina a otras localizaciones fundamentalmente en pacientes inmunodeprimidos o no tratados (Mosby 2002). El MINSA (2002) considera paciente con tuberculosis, a toda persona infectada con diagnóstico positivo que demuestre el crecimiento de colonias de *M. tuberculosis*. El diagnóstico de la infección tuberculosa se basa en el resultado de cultivo de secreciones y resultado de radiografía pulmonar. La prueba de la tuberculina pone de manifiesto un estado de hipersensibilidad del organismo frente a las proteínas del bacilo tuberculoso.

Manifestaciones clínicas del paciente con tuberculosis

La tuberculosis tiene la característica de enfermedad sistémica, los signos y síntomas son de predominio pulmonar de otro órgano afectado, o una combinación de todos ellos. La enfermedad temprana puede ser asintomática y detectarse debido a una historia de exposición, presencia de una reacción a la prueba de la tuberculina positiva y una imagen radiológica patológica. Cuando la población bacilar es significativa se va a producir una reacción sistémica, con síntomas inespecíficos como fiebre, primordialmente vespertina, escalofríos, astenia, pérdida de apetito, disminución de peso y sudación nocturna que característicamente afecta más a la parte superior del cuerpo. La instauración de los síntomas es gradual, por ello, a veces son bien tolerados por el enfermo y pueden pasar en principio inadvertidos, o son atribuidos a otra causa, como el exceso de trabajo; otras veces se presenta como fiebre de origen desconocido, en cuyo diagnóstico diferencial siempre ha de ser incluida y sólo se llega a esclarecer tras extensos y repetidos estudios.

La presentación de la tuberculosis como un síndrome pseudogripal, con fiebre aguda y escalofríos es menos frecuente, pero sucede; el enfermo no asiste a consulta hasta que los síntomas persisten o de otra manera, se automedica y acude al médico, cuando la enfermedad ya está instalada; otro síntoma es el eritema nodoso, que puede estar asociado a una gran variedad de enfermedades, como también en la tuberculosis primaria (Harrison, 2005).

Epidemiología

La tuberculosis es un problema de salud pública, tanto a nivel nacional como mundial, por lo tanto es importante analizar su situación epidemiológica actual, para comprender correctamente esta enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) publica que el *Mycobacterium Tuberculosis* causa la muerte de más personas que cualquier otro agente

infeccioso. Las defunciones por tuberculosis representan el 25% de toda la mortalidad evitable en los países en desarrollo, donde se registra el 95% de los casos y el 98% de los fallecimientos causados por esta enfermedad; el 75% de los casos se sitúa en el grupo de edad económicamente productiva, es decir entre 15-50 años. En consecuencia, a medida que se acerca el siglo XXI, existe una situación mucho más grave que la que existía a mediados de los años cincuenta.

La Organización Mundial de la Salud informó en 2010 que a nivel mundial, la tuberculosis es la segunda causa de mortalidad, después del sida, el mayor número de casos ocurrió en Asia Sudoriental y en regiones del Pacífico Occidental y África. En Latinoamérica cada año se diagnostican 230 mil casos nuevos de tuberculosis y más de 53 mil personas mueren a causa de esta enfermedad.

En el Perú, la prevalencia de tuberculosis a nivel nacional es de 275 por cada 100.000 habitantes, y afecta a 32 mil personas cada año, de las cuales el 60% se encuentran en Lima Metropolitana, Callao, Loreto y La Libertad. En el 2010 se diagnosticaron 32 477 casos de tuberculosis en todas sus formas de los cuales 28 297 fueron casos nuevos, correspondiendo de ellos a 17 264 casos de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva, cifras que en términos de tasas correspondieron una morbilidad total de 110.2 por 100,000hab, incidencia total de 96.1 e incidencia de tuberculosis pulmonar Bk+ de 58.6 (MINSa, 2013).

Referente a la tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR), demostradas por pruebas de sensibilidad en el periodo 1997 al 2010 correspondieron a: 44 y 1 094 casos respectivamente, observándose que desde el año 1997 al 2005 hubo un incremento sostenido, del mismo modo referente a la tuberculosis extremadamente resistente (TB-XDR) en el periodo del 1999 al 2010 se tienen 315 casos acumulados, estimándose un incremento de casos de TB-XDR al año 2011. Con respecto al tratamiento del Esquema Uno, se observa que en la cohorte del primer semestre del 2010 el porcentaje de curados

llegó al 89.9%, pero el abandono del tratamiento continua siendo un desafío (MINSA, 2013).

Por lo descrito anteriormente, se debe considerar que la tuberculosis continúa siendo un problema de salud pública, por lo que se debe mantener un esfuerzo sostenido en el mediano y largo plazo para lograr que la tuberculosis deje de ser un problema sanitario en el país. Asimismo, la resistencia en pacientes, supone una situación epidemiológica comprometida dado que implica que en la comunidad está ocurriendo transmisión de tuberculosis fármaco resistente. Habitualmente se detectan a estos pacientes luego del fracaso terapéutico o del abandono, lo cual alarga el período de tratamiento, eleva los costos y amplifica las resistencias iniciales; la resistencia puede disminuirse más fácilmente en pacientes sin tratamiento previo y utilizando el cultivo y antibiograma (INS, 2009).

La OMS (1999) ha adoptado la estrategia DOTS (Directly Observed Treatment Short Course) que es la Terapia Directamente Observada de Corta Duración, para el manejo de la tuberculosis, la cual contempla los siguientes elementos: (a) compromiso político sostenido a fin de aumentar los recursos humanos y económicos y hacer del control de la tuberculosis una prioridad nacional, integrada al sistema nacional de salud; (b) acceso a la baciloscopia del esputo de buena calidad para la detección de casos en las personas que acuden o que se presenta síntomas de tuberculosis, principalmente los prolongada; (c) tratamiento corto estandarizado para todos los casos de tuberculosis en condiciones adecuadas de manejo, incluida la supervisión directa del tratamiento; (d) suministro ininterrumpido de medicamentos de calidad garantizada y (e) un sistema de registro y notificación que permita la evaluación hasta el término del tratamiento y la valoración del desempeño global del programa.

Diagnóstico

La base del diagnóstico de la tuberculosis se basa en la identificación del agente causal, el *Mycobacterium tuberculosis* que pueden ser: *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. bovis* var BCG, *M. canetti*, *M. africanum*, *M. pinnipeda*, *M. microti* y *M. mungi*. Las muestras que se analizan pueden ser de origen respiratorio como esputo normal o inducido, contenido gástrico, lavado bronquial y broncoalveolar, biopsias endoscópicas o quirúrgicas, o no respiratorias como orina, LCR, sangre y médula ósea en inmunodeprimidos, punciones aspirativas y biopsias (Aidar, 2010)

Tratamiento

Los fármacos antituberculosos para el adulto según la OMS se clasifican en cinco grupos: (a) Esquema I, son las drogas de primera línea orales: isoniacida (H), rifampicina (R), pirazinamida (Z), etambutol (E) y rifabutina; (b) Esquema II, son las drogas que se administran por vía intramuscular o endovenosas: kanamicina (Km), amikacina (Am), capreomicina (Cm) y estreptomina (Sm); (c) Esquema III, son los fármacos conocidos como fluoroquinolonas: levofloxacina (Lfx), moxifloxacina (Mfx), gatifloxacina (Gfx); Esquema IV, son las drogas de segunda línea orales: cicloserina (Cs)/terizidona (Tz), etionamida (Eto)/protionamida (Pt), ácido p-amino salicílico (PAS); Esquema V, se considera los fármacos con distintos niveles de actividad : clofazimina, linezolid, amoxicilina-clavulánico, imipenem/cilastatina, isoniacida en altas dosis (15-20 mg/kg/día), tioacetazona, claritromicina.(Gonzales, 2004)

Hipótesis de investigación

Hipótesis general

Existe relación significativa entre la autoestima y la capacidad de agencia de autocuidado paciente con TBC pulmonar del Hospital de Baja Complejidad “Huaycán”.

No existe relación significativa entre la autoestima y la capacidad de agencia de autocuidado paciente con TBC pulmonar del Hospital de Baja Complejidad “Huaycán”.

Hipótesis específicas.

Ha 1: Existe relación entre el nivel de autoestima y la interacción social del paciente con TBC pulmonar del Hospital de Baja Complejidad “Huaycán”.

Ha 2: Existe relación entre el nivel de autoestima y el bienestar personal del paciente con TBC pulmonar del Hospital de Baja Complejidad “Huaycán”.

Ha 3: Existe relación entre el nivel de autoestima y la actividad y reposo del paciente con TBC pulmonar del Hospital de Baja Complejidad “Huaycán”.

Ha 4: Existe relación entre el nivel de autoestima y el consumo de alimentos del paciente con TBC pulmonar del Hospital de Baja Complejidad “Huaycán”.

Ha 5: Existe relación entre el nivel de autoestima y la promoción del funcionamiento y desarrollo personal del paciente con TBC pulmonar del Hospital de Baja Complejidad “Huaycán”.

Ho1: No existe relación entre el nivel de autoestima y la interacción social del paciente con TBC pulmonar del Hospital de Baja Complejidad “Huaycán”.

Ho 2: No existe relación entre el nivel de autoestima y el bienestar personal del paciente con TBC pulmonar del Hospital de Baja Complejidad “Huaycán”.

Ho 3: No existe relación entre el nivel de autoestima y la actividad y reposo del paciente con TBC pulmonar del Hospital de Baja Complejidad “Huaycán”.

Ho 4: No existe relación entre el nivel de autoestima y el consumo de alimentos del paciente con TBC pulmonar del Hospital de Baja Complejidad “Huaycán”.

Ho 5: No existe relación entre el nivel de autoestima y la promoción del funcionamiento y desarrollo personal del paciente con TBC pulmonar del Hospital de Baja Complejidad “Huaycán”.

Variables

Variable 1: Nivel de autoestima: es la opinión profunda que los individuos tienen de sí mismos y que sobrepasa la racionalización y su lógica.

Variable 2: Agencia de autocuidado: es la capacidad que poseen las personas para cuidar de sí mismos con el fin de mantener su salud y su bienestar.

Tabla 2 Operacionalización de variables.

Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala
Nivel de Autoestima	Es la opinión que tienen los pacientes con TBC pulmonar de sí mismos y que sobrepasa la racionalización y su lógica. Los datos se recopilarán a través del Test de Autoestima de Rosemberg. Con la siguiente escala: Nivel alto: 30 a 40 puntos. Nivel medio: 26 a 29 puntos. Nivel Bajo: menos de 25 puntos	Autoestima	Se aprecia Conoce sus cualidades Conoce sus capacidades Actitud positiva Satisfacción consigo mismo Sentimiento de inferioridad Actitud de fracaso Respeto por sí mismo Sentimiento de inutilidad Percepción de ser mala persona	La escala variará entre 10 y 40 puntos. Se usa la escala de likert, consta de 10 preguntas con 4 opciones de respuesta: A: Muy de acuerdo B: De acuerdo C: En desacuerdo D: Muy en desacuerdo.

<p>Agencia de Autocuidado</p>	<p>Es la capacidad que poseen los pacientes con TBC pulmonar para cuidar de sí mismos con el fin de mantener su salud y bienestar en buenas condiciones.</p> <p>Los datos se recopilarán a través de la Escala de apreciación de la agencia de autocuidado (ASA)</p> <p>Los valores para cada posible respuesta son:</p> <p>Alta 96-120</p> <p>Media 88-95</p> <p>Baja 24-87</p>	<p>Interacción social: ítems 12 y 22.</p> <p>Bienestar Personal: ítems 2, 4, 5, 7, 8, 14, 15, 16, 17, 19, 21 y 23.</p> <p>Actividad y reposo: ítems 3, 6, 11, 13 y 20.</p> <p>Consumo suficiente de alimentos: ítem 9.</p> <p>Promoción del funcionamiento y desarrollo personal: ítems 10, 1, 28 y 24.</p>	<p>Los 24 ítems se dividen en las siguientes categorías:</p> <p>Y los ítems son:</p> <p>12: Tengo amigos de mucho tiempo a quienes puedo recurrir cuando necesito ayuda.</p> <p>22: Busco ayuda si me encuentro en incapacidad</p> <p>2: Verifico si las formas habituales de mantenerme con salud son buenas.</p> <p>4: Hago lo necesario para mantener limpio mi alrededor</p> <p>5: Si es necesario, ¿Pongo en primer lugar lo que necesito para mantenerme con salud?</p> <p>7: Busco mejores formas de cuidar mi salud</p> <p>8: Con tal de mantenerme limpio, puedo cambiar la frecuencia con que me baño.</p>	<p>Se usa la escala de likert, consta de 24 ítems con 5 opciones de respuesta:</p> <p>1: Nunca</p> <p>2: Rara vez</p> <p>3: A veces</p> <p>4: A menudo</p> <p>5: Siempre</p>
--------------------------------------	--	--	--	--

14: Cuándo obtengo información sobre mi salud, ¿Pido explicación sobre lo que no entiendo?

15: reviso mi cuerpo para saber si hay algún cambio

16: Soy capaz de cambiar hábitos arraigados si con ellos mejora mi salud

17: Si tengo que tomar un nuevo medicamento ¿Pido información sobre los efectos adversos?

19: Valoro que tan efectivo es lo que hago para mantenerme con salud.

21: Busco información sobre mi salud si esta se ve afectada

23: Tengo capacidad para tomar tiempo para mí.

3: Hago cambios o ajustes si tengo problemas para movilizarme.

6: Tengo la energía para cuidarme como debo.

11: Hago ejercicio y descanso un poco durante el día.

13: Puedo dormir lo suficiente para sentirme descansado.

20: En mis actividades diarias, ¿saco tiempo para cuidarme?

9: Me alimento de acuerdo a mi situación de salud y trato de mantener mi peso adecuado.

1: Según cambien las situaciones en mi entorno ¿Hago lo necesario para mantenerme con salud?

10: Tengo la capacidad de relacionarme dentro de grupos sociales y mantenerme tal como soy.

18: Tomo medidas para asegurar que mi familia y yo estemos seguros.

24: Aún con mis limitaciones para moverme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.

Definición conceptual de términos

En el presente se van a considerar los siguientes términos:

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, es un trastorno pulmonar que se caracteriza por la existencia de una obstrucción de las vías aéreas generalmente progresiva y no reversible.

NDCG: Grupo de la Conferencia de Desarrollo de Enfermería (Nursing Development Conference Group), contribuyó al desarrollo de la teoría de Orem

ESNCT: Estrategia Sanitaria Nacional del Control de la Tuberculosis, 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.

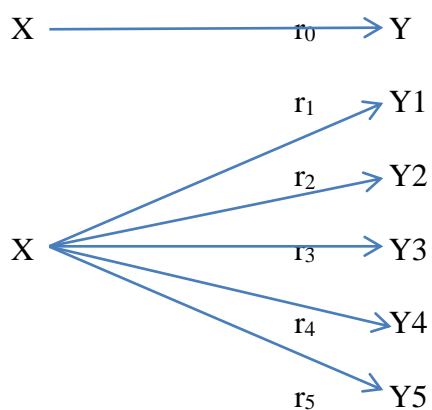
CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

Diseño metodológico

Tipo y diseño de estudio

La presente investigación es básica en función a los objetivos, en función a la fuente de recolección de datos es una investigación de campo, porque los datos fueron recolectados directamente del individuo donde estuvo presente la variable (López, 2003). Es de diseño no experimental, porque no existe manipulación de las variables, transversal por que la recolección de datos se realizó en un solo momento, es descriptiva correlacional porque se orienta a describir la capacidad de agencia de autocuidado y la autoestima, además de determinar la relación entre ambas (Hernández, Fernández y Batista, 2010), la representación gráfica del diseño es la siguiente:



Donde

X: Autoestima

Y: Capacidad de agencia de autocuidado

Yi: Dimensiones de la capacidad de agencia de autocuidado, donde $i = (1, 2, 3, 4 \text{ y } 5)$

r_i : Coeficiente de correlación, donde $i = (0, 1, 2, 3, 4 \text{ y } 5)$

Descripción del área geográfica de estudio

La investigación se realizó en el Hospital de Baja complejidad “Huaycán”, ubicado en la Avenida José Carlos Mariátegui s/n Zona “B” Huaycán: Ate, pertenece al Ministerio de Salud, cuenta con consultorios externos de Medicina general, Ginecología, Pediatría, Cirugía, Obstetricia, Odontología, Emergencia, Laboratorio, Estrategias sanitarias de salud y Hospitalización, atienden las 24 horas del día.

En agosto del 2010 se da inicio a la construcción del Centro de Excelencia para la atención de personas afectadas de tuberculosis con el proyecto “Mejoramiento de la atención a personas afectadas de tuberculosis” en beneficio de las personas más necesitadas de la comunidad de Huaycán.

Población y muestra

La población estuvo compuesta por todos los pacientes con TBC que pertenecen al Hospital de Baja complejidad “Huaycán”. Siendo un total de 113 pacientes que asisten al hospital en mención. La muestra fue de 68 pacientes, se obtuvo este número mediante muestreo no probabilístico a conveniencia de la investigadora.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Dónde:

N = Total de la población

$Z_{\alpha}^2 = 1.96^2$ (si la seguridad es del 95%)

p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)

q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)

d = precisión (en este caso deseamos un 3%).

Criterios de inclusión

Paciente con diagnóstico de tuberculosis primaria que asiste regularmente y asiste a las citas del Programa de control de la tuberculosis en el Hospital de baja complejidad “Huaycán”.

Paciente de cualquier sexo, mayores de 15 años, que pueda comunicarse y que radique en la jurisdicción.

Paciente que acepte participar voluntariamente en la investigación.

Criterios de exclusión

Paciente con diagnóstico de tuberculosis extra pulmonar, MDR o XDR.

Paciente con confección TBC-VIH.

Paciente no ubicable por cambio de domicilio o que emigro de la jurisdicción.

Menores de 15 años.

Paciente que presente alguna discapacidad que no le permita responder adecuadamente.

Instrumento de recolección de datos

Para medir la Autoestima se utilizó la escala de Autoestima de Rosemberg, que explora la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo; consta de 10 ítems enunciados de forma positiva y negativa; la escala de valoración final varía entre 10 y 40 puntos, dando como resultado 3 niveles de autoestima: Alto, medio y bajo. La escala ha sido traducida y validada al castellano, la consistencia interna para el instrumento validado en español es de $\alpha=0.87$, que es muy similar a los valores de 0.77 y 0.88 encontrado en otros estudios.

La escala de apreciación de la agencia de autocuidado ASA (Appraisal of self-care Agency scale) de Isenberg y Evers (1993), consta de 24 ítems usandopara la valoración de cada ítem la escala de Likert de cinco puntos. De esta escala existe una

versión en español, validada por la mexicana E. Gallegos (1998). Esta escala también consta de 24 ítems con un formato de 5 alternativas estilo Likert, donde el número uno (nunca) significa el valor más bajo de capacidad de agencia de autocuidado y el cinco (siempre) el valor más alto. Los puntajes pueden ser de 24 a 120 puntos, teniendo 3 niveles: Alto, medio y bajo. La utilidad de esta escala se ha probado en múltiples estudios de diferentes patologías, los valores de fiabilidad para el instrumento propuesto por gallegos es de $\alpha=0.6891$ con un valor estandarizado de 0.7440.

Proceso de la recolección de datos

Para la recolección de los datos la investigadora, coordinó con la administración del Hospital de Baja Complejidad “Huaycán”, las fechas para la recolección de los datos programadas fueron los días viernes, en el horario de 9:00am a 3:00pm, por un periodo de 2 meses, la investigadora contó con el apoyo de un personal de enfermería que labora en la ESNCT del hospital en mención, quien previamente fue capacitado para la administración de los instrumentos por la investigadora.

Momentos previos a la aplicación del instrumento los responsables explicaron el objetivo del estudio y solicitaron el consentimiento informado, luego fueron entregados los instrumentos que fueron respondidos por los pacientes en un rango de 15 a 40 minutos, las preguntas que suscitaron en el momento fueron absueltas por los responsables.

Análisis de la información

Los datos obtenidos se procesaron con el programa estadístico SPSS versión 20, luego de haber sido recopilada la información a través de los instrumentos se procedió a enumerar cada uno de ellos, se elaboró la plantilla de los ítems y se ingresó las respuestas de cada paciente. Para la limpieza de los datos se tomó como criterio de eliminación a aquellas personas que presentaron del 10% a más de ítems perdidos. Se

aplicó la prueba de La prueba Kolmogorov-Smirnov (K-S) para determinar si las puntuaciones de cada variable tiene una distribución normal, los valores que se obtuvieron para la variable Autoestima de $K_S = 0.79$, $P = 0.55$ y para la variable de Autocuidado $K_S = 0.73$, $P = 0.66$ indicaron que las puntuaciones de ambas variables se ajustaron a una distribución normal, haciendo posible el estudio de la relación de las dos variables a través de la correlación de Pearson. Además se elaboraron las tablas de frecuencia para cada variable con sus respectivos niveles. El nivel de significancia utilizado para desarrollar el análisis estadístico fue de $\alpha = 5\%$

Consideraciones éticas.

Se solicitó la autorización para ejecutar el estudio al Médico Jefe del Hospital de Baja Complejidad “Huaycán”, recibiendo la autorización por escrito.

Se consideró los principios bioéticos aceptando la participación voluntaria y libre de los pacientes del programa, se les dio a conocer el objetivo del estudio y firmaron la hoja de consentimiento, posteriormente procedieron a responder de forma escrita los cuestionarios presentados por la investigadora, según modelo incluido en los anexos. Los datos recolectados se reservaron solo con fines académicos, procediendo a asignar un número a cada encuesta, asegurando su completa confidencialidad, por lo tanto no deberá ser reproducida total ni parcialmente.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Resultados y discusión

Resultados.

Tabla 1

Distribución de frecuencias de las características sociodemográficas de los pacientes con TBC pulmonar del Hospital de Baja Complejidad “Huaycán” Octubre 2014

Variables	n	%
Sexo		
Masculino	39	57.4
Femenino	29	42.6
Procedencia		
Costa	34	50.0
Sierra	26	38.2
Selva	8	11.8
Estado civil		
Soltero	30	44.1
Casado	10	14.7
Conviviente	24	35.3
Separado	4	5.9
Grado de instrucción		
Primaria	8	11.8
Secundaria	40	58.8
Superior	20	29.4
Ocupación		
Empleado	10	14.7
Independiente	26	38.2
Obrero	8	11.8
Estudiante	17	25.0
Desempleado	7	10.3
Religión		
Católico	52	76.5
Evangélico	11	16.2
Testigo de Jehová	1	1.5
Adventista	3	4.4
No contesta	1	1.5
Grupos etarios		
Adolescentes	24	35.3
Adulto joven	36	52.9
Adulto maduro	7	10.3
Adulto mayor	1	1.5

En la tabla 1 se observa que el 57,4% es de sexo masculino y el 42,6% de sexo femenino; el 50.0% proviene de la costa, el 38,2% de la sierra y el 11,8% de la selva; el 44,1% es soltero, el 50% tiene el estado civil de conviviente o casado y el 5,9% es

separado; el 38,2% tiene trabajo independiente, el 25,0% es estudiante, el 14,7% es empleado, el 11,8% es obrero y el 10,3% no tiene empleo; el 11,8% tiene estudios primarios, el 58,8% estudios secundarios y el 29,4% estudios superior y respecto a grupos etarios, el 52,9% corresponde a adulto joven, el 35,3% adolescentes, 10,3% adulto maduro y el 1.5% es adulto mayor.

Tabla 2

Distribución de frecuencias de la autoestima y la capacidad de agencia de autocuidado con sus dimensiones en pacientes con TBC pulmonar del Hospital de Baja Complejidad "Huaycán" Octubre 2014.

	Bajo		Medio		Alto	
	n	%	n	%	n	%
Autoestima	17	25.0	38	55.9	13	19.1
Agencia de autocuidado	18	26.5	17	25.0	33	48.5
Interacción social	13	19.1	44	64.7	11	16.2
Bienestar personal	15	22.1	40	58.8	13	19.1
Actividad y reposo	15	22.1	36	52.9	17	25.0
Consumo de alimentos	6	8.8	29	42.6	33	48.5
Promoción del funcionamiento y desarrollo personal	14	20.6	43	63.2	11	16.2

En la tabla 2, se observa que el 55.9% de la muestra tiene un nivel de autoestima medio, seguido del 25.0% con nivel bajo y 19.1% con nivel alto; el 48.5% presenta un nivel alto de capacidad de agencia de autocuidado, el 26.5% y 25.0% presenta nivel bajo y medio respectivamente. Respecto a las dimensiones de la capacidad de agencia de autocuidado, los porcentajes más altos corresponden al nivel medio en las dimensiones de interacción social, promoción del funcionamiento y desarrollo personal, bienestar personal y actividad y reposo con el 64.7%, 63.2%, 58.8% y 52.9% respectivamente; seguidas del nivel alto en las dimensiones de consumo de alimentos, y actividad y reposo con el 48.5% y 25%, respectivamente.

Tabla 3

Relación entre la autoestima y la capacidad de agencia de autocuidado con sus dimensiones en pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital de Baja Complejidad “Huaycán”. Octubre 2014.

Agencia de autocuidado /dimensiones	Autoestima		
	n	r	p
Interacción social	68	0.299	0.013
Bienestar personal	68	0.193	0.115
Actividad y reposo	68	0.229	0.060
Consumo suficiente de alimentos	68	0.148	0.229
Promoción del funcionamiento y desarrollo personal	68	0.216	0.077
Agencia de autocuidado	68	0.261	0.031

Para realizar el análisis de correlación entre las variables autoestima y capacidad de agencia de autocuidado se procedió a evaluar la distribución de las puntuaciones totales de cada una de ellas. La prueba Kolmogorov-Smirnov mostró ($K-S = 0.793$, $P=0.555$) y ($K-S = 0.731$, $P=0.660$) para la autoestima y la capacidad de agencia de autocuidado respectivamente, comprobándose la distribución normal de ambas variables. Se aplicó la prueba paramétrica de correlación de Pearson para las variables mencionadas con $\alpha= 0.05$. Los resultados indican que existe relación significativa ($r=0.261$, $P=0.031$) entre la variable autoestima y capacidad de agencia de autocuidado. En cuanto a la relación entre la autoestima y las dimensiones de la capacidad de agencia de autocuidado, se encontró una relación directa y significativa con la dimensión interacción social ($r=0.299$, $P=0.013$); sin embargo, con las dimensiones bienestar personal, actividad y reposo, consumo suficiente de alimentos, y promoción del funcionamiento y desarrollo personal, no se encontró relación significativa.

Análisis y discusión de los resultados

Los resultados del presente estudio muestran que más de la mitad de los pacientes con tuberculosis pulmonar tienen un nivel medio de autoestima (55,99%), la cuarta parte tiene un nivel bajo (25%), y un mínimo porcentaje tiene un nivel alto (19,1%). Estos resultados evidencian el modo cómo la enfermedad vulnera la valoración de sí mismo por parte del paciente y confirma el efecto desfavorable potencial advertido por McKay y Fanning (1999), quien señala la importancia de la autoestima en las expectativas y motivación de la persona para mantener su equilibrio psíquico.

El nivel bajo de autoestima encontrado, puede deberse a los efectos que la enfermedad ocasiona directamente en la valoración que el paciente tiene de sí mismo, quien experimenta sentimientos de poca confianza y escaso valor para hacer frente a los desafíos de su recuperación y a la lucha por sus derechos ciudadanos (Morrison,1996); lo que demanda de la enfermera y los miembros del equipo de salud, una mayor aceptación, actitud comprensiva y empática, que les permitan alcanzar el sosiego y la estabilidad para actuar superando los estados de ánimo negativos y poco entusiastas (Wilber, 1995). Esto indica que el conocimiento de la autoestima de los pacientes afectados de tuberculosis pulmonar, es fundamental para la toma de decisiones e intervención de enfermería en la labor asistencial, educativa y de gestión de acciones teniendo en cuenta las características individuales y demandas sociales de los sujetos de cuidado (Uribe, 1999). Así mismo, Tobón (2004) destaca de manera contundente la importancia de considerar la valoración de la propia estima para fortalecer los factores personales que determinan la manera de cuidarse y proteger la salud.

En cuanto a la capacidad de agencia de autocuidado, se encontró que casi la mitad de la muestra, presenta un nivel alto a pesar de tener un nivel medio de autoestima, indicando que conservan la capacidad para cuidar de sí mismos aún con las

limitaciones que le genera la enfermedad. Esto puede explicarse debido a la edad de los pacientes que participaron en el estudio, pues el 52.9% presentaron edades entre 21 y 40 años correspondiendo a la etapa del adulto joven, que se caracteriza por tomar decisiones importantes respecto a su salud, carrera y relaciones personales (Papalia, 2005), además la mitad de los pacientes tienen estado civil de conviviente o casado, lo que significa que cuentan con una pareja que constituye el apoyo social más cercano para incentivarlos en la práctica del autocuidado. Resultados similares se obtuvieron en el estudio realizado por Leiva, Acosta, Berrocal, Carrillo, Castro, y Watson (2012) en personas adultas con artritis reumatoide tipo 1, quienes encontraron una alta capacidad de agencia de autocuidado en general y en las dimensiones de interacción social, bienestar personal, actividad y reposo, promoción del funcionamiento y desarrollo personal con un 84.6%. Del mismo modo, Herrera, Andrade, Hernández, Manrique, Faria y Machado, (2012), en el estudio realizado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, encontraron muy buena capacidad de agencia de autocuidado en el 76% de la muestra.

El análisis de los resultados descritos, representa un insumo relevante para la promoción del autocuidado por parte de los enfermeros del Hospital de Baja Complejidad “Huaycán”, teniendo como meta aumentar el porcentaje de pacientes con un alto nivel de capacidad de agencia de autocuidado independientemente de su estado de salud, pues esto les ayudaría a recuperarse en menor tiempo y reintegrarse a la sociedad. Por tanto, es necesario comprender que el autocuidado no es solamente un acto intelectual y teórico, sino ante todo práctico que necesita ser desarrollado por el paciente con el apoyo del personal de enfermería integrando esfuerzos y estrategias en el acto de cuidar, entendido como la interacción humana, de carácter interpersonal,

intencional único que sucede en un contexto sociocultural, con un fin determinado y que refuerza la dignidad humana (Watson y Leninger, citadas por Pinzón, 2000).

En cuanto a la relación entre la autoestima y la capacidad de agencia de autocuidado, se encontró que existe una relación significativa positiva, lo que indica que si se mejora la autoestima de los pacientes, también mejorará su capacidad de agencia de autocuidado. Estos resultados corroboran la posición del MINSA (2008) quien afirma que la autoestima es fundamental en el autocuidado; es decir, el autocuidado es en gran parte el resultado del quererarse (Tobón, 2003); si la persona tiene una visión buena de sí misma, puede desarrollar fácil y benéficamente una cultura de autocuidado, en todas sus dimensiones (Dirección Nacional de Prevención de Riesgos Profesionales. Plan Integral de Capacitación y Asistencia Técnica). Así mismo, en la Carta de Ottawa (1996) se menciona que un adecuado sentimiento de valía como persona aún en déficit de salud, facilita el despliegue de la energía necesaria para tomar decisiones favorables para la recuperación de la salud perdida.

Al evaluar la relación entre el nivel de autoestima y las dimensiones de la capacidad de agencia de autocuidado, sólo se encontró una relación significativa con la dimensión de interacción social debido a que esta dimensión proporciona seguridad, confianza y capacidad de reflexión en uno mismo y con relación a otra personas (Cárdenas, 2009). Al respecto, García (2010) menciona que si la interacción social en pareja o en grupo es positiva, genera mayores fuentes de autoestima y bienestar personal, así mismo afirma que la habilidad social es importante en la prevención o control de problemas de salud. La interacción social incluye el apoyo social, conformado por las personas en quienes se puede confiar, con quienes uno se siente cómodo y a quienes se respeta, que generalmente lo conforman los miembros de la familia, de manera que al compartir con ellos, los problemas, preocupaciones y

tensiones de la vida, puede ayudar a superar los momentos más difíciles y lograr mantener la estabilidad emocional (Morrison, 1999). Sin embargo, al considerar el apoyo social, es necesario tener en cuenta que no sólo basta la calidad de relación que se tenga con familiares y amigos, el nivel de participación en instituciones sociales o el número y calidad de servicios que brinda la sociedad, sino también, cómo el paciente evalúa y percibe el apoyo recibido. Por tanto, para que esta percepción sea positiva, es necesario que el apoyo se dé cuando se necesite, como se necesite y por quien se necesite (Zaldívar, 1996; citado por Hernández, 2007).

Las personas que padecen alguna enfermedad como es el caso de los pacientes con tuberculosis pulmonar, tienen la necesidad de contar con un clima emocional que facilite la expresión de sentimientos como la ambivalencia, el rechazo, la tristeza y la impotencia que se presentan normalmente en la vida humana, y se acrecientan durante la enfermedad (Sauceda y Maldonado, 2003).

A pesar de la importancia que tiene la interacción social, Manosalva, Espinoza y Mateus (2008), mencionan que generalmente la población enferma no cuenta con redes de apoyo suficientes para satisfacer las necesidades de autocuidado cotidiano y las demandas incrementadas por la enfermedad, lo que repercute en su nivel de autoestima, interfiriendo en el desarrollo de su capacidad de agencia de autocuidado. Esta realidad, se evidencia en los pacientes con tuberculosis pulmonar donde la familia, que es el apoyo social más cercano, muchas veces se cansa, los pacientes tienen que abandonar el trabajo y son olvidados por sus amigos por temor al contagio, situación que afecta su aspecto emocional y social.

No se encontró relación significativa entre la autoestima y las demás dimensiones de la capacidad de agencia de autocuidado, probablemente porque a pesar de contar con un buen porcentaje de jóvenes que tienen cierto grado de responsabilidad

en la toma de decisiones respecto al cuidado de su salud, también intervinieron adolescentes, adultos intermedios y adultos mayores, quienes tienen sus propias características.

Sin embargo, se destaca que casi la mitad de la muestra tiene un nivel alto en la dimensión de consumo de alimentos, que es considerado como un resultado relevante sobre todo en los pacientes con tuberculosis pulmonar, pues ésta enfermedad hace que el organismo gaste más energía diaria necesitando una alimentación equilibrada que mejore su estado nutricional, la respuesta inmunológica, el transporte de fármacos y la reparación tisular. La nutrición del paciente con tuberculosis debe ocupar un lugar prioritario ya que se ha demostrado que muchos fármacos antituberculosos actúan provocando trastornos gastrointestinales que alteran la absorción de nutrientes, además de ocasionar náuseas, vómitos y alteraciones de los sentidos del gusto y del olfato, provocando la disminución en el consumo de alimentos y por ende deterioro del estado nutricional. Dentro de este contexto, el profesional de enfermería como miembro importante del equipo de salud, tiene dentro de sus funciones el desarrollo de actividades de promoción y prevención que permitan a los pacientes orientar sus actividades de autocuidado hacia una alimentación saludable (Oria, 2007 y Ccoicca, 2013).

Así mismo, más del 50% de los pacientes presentó un nivel medio de capacidad de agencia de autocuidado en las dimensiones de promoción del funcionamiento y desarrollo personal, bienestar personal, y actividad y reposo.

Esta información revela que las estrategias desplegadas por el personal de salud en este grupo de pacientes evidencia avances en el aprendizaje y desarrollo de capacidades del autocuidado básico de la persona; consecuencia favorable que amplía las fronteras de intervención de la enfermera y la impulsa a continuar su labor para

establecer cada vez más, una relación terapéutica legítima y apropiada con los pacientes que padecen tuberculosis pulmonar (Cutcliffe, McKenna y Hykäs, 2011).

Finalmente, teniendo en cuenta que más de la mitad de la muestra, presenta un nivel medio de autoestima, es un reto para el personal de salud, en especial para el profesional de enfermería, formular estrategias orientadas a alcanzar un nivel alto de autoestima en los pacientes con tuberculosis pulmonar, considerando el riesgo que el nivel de autoestima baje afectando su capacidad de agencia de autocuidado debido a la relación directa y significativa demostrada en el presente estudio. Para esto, es importante involucrar a la familia quien constituye el principal apoyo social para el paciente.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Existe relación significativa entre la autoestima y la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con tuberculosis pulmonar en el Hospital de Baja complejidad “Huaycán”.

Existe relación significativa entre el nivel de autoestima y la dimensión interacción social de la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital de Baja complejidad “Huaycán”.

No existe relación significativa entre el nivel de autoestima y las dimensiones de bienestar personal, actividad y reposo, consumo suficiente de alimentos y promoción del funcionamiento y desarrollo personal de la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital de Baja complejidad “Huaycán”.

Recomendaciones

Se recomienda:

Fortalecer el conocimiento sobre los contenidos de autoestima en los programas de la ESNCT en el Hospital de baja Complejidad “Huaycán”, que favorecerá a incrementar la capacidad de agencia de autocuidado de los pacientes.

Realizar reuniones de sensibilización con el personal de enfermería sobre la importancia de la interacción social en el desarrollo de la autoestima del paciente.

Reforzar las medidas educativas y consejería de enfermería tendiente a incrementar la capacidad de agencia de autocuidado en los pacientes, involucrando a la familia.

Difundir los resultados del estudio en las diferentes instituciones de salud para establecer estrategias de cuidado a los pacientes con tuberculosis pulmonar en base a los resultados encontrados.

REFERENCIAS

- Alava, C. (2003). *Psicología de Las Emociones y Actitudes*. México: Editorial Alfaomega grupo editor
- Alcántara, J. (1999). *Cómo educar la Autoestima*. España: Editorial Gersa Industria Gráfica.
- Anibarro, L., Lires, J., Iglesias, F., Vilariño, C., Baloria, A., De Lise, J. M. y Ojea, R. (2003). *Factores sociales de riesgo para la falta de cumplimiento terapéutico en pacientes con tuberculosis en Pontevedra*. Hospital Provincial “Loureiro Crespo”. Pontevedra - España.
- Antón, R. (2007). *Bajo nivel de conocimientos y actitud de rechazo hacia el tratamiento de tuberculosis; Piura – Perú*.
- Arquinigo, G. (2008). *Capacidad de autocuidado del paciente en hemodiálisis periódica del Centro de Hemodiálisis de EsSalud. Lima Perú*
- Atkinson, M. (2009). *Proceso de Atención de Enfermería*. (5 Ed.). México: Editorial Mc Graw-Hill.
- Barroso, M. (2000). *Autoestima. Ecología y Catástrofe*. Caracas: Editorial Galac. S.A.
- Benavides, J. (2012) *Asociación de los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado de adultos con síndrome coronario*

agudo hospitalizados en el Hospital universitario Clínica San Rafael, Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. (Tesis de maestría).

- Benitez Castelblanco, A. & Pérez Cárdenas, P., (2004). *Prácticas de Cuidados y Autocuidado de la Salud de los internos en el establecimiento Carcelario del Municipio de Tunja. Colombia. Recuperado de biblioteca Las Casas: <http://www.index-F.com/lascasas/lascasas.php>*
- Branden, N. (2000). *Como mejorar su Autoestima* (3 ed.). México: Editorial Paidós.
- Branden, N. (2000). *La Psicología de la Autoestima* (3 ed.). México: Editorial Paidós.
- Brunner, L. (1998). *Enfermería Médico Quirúrgica*. México: Editorial Mc Graw-Hill.
- Cañar, A. (2012). *El blog como estrategia educativa para la reconstrucción de la autoestima en los estudiantes de cuarto grado del instituto Julio Maria Matovelle* (Tesis de licenciatura). Recuperado de <http://repository.javeriana.edu.co/bitstream/10554/12280/1/CanarCamachoAnaluca2012.pdf>
- Carranza, Katty & Gonzáles Gerardo. (1999). *Influencia de algunos factores epidemiológicos y calidad del autocuidado de la familia del paciente ambulatorio tuberculoso. Hospital de Apoyo N° 1 Dr. José Alfredo Mendoza Olavarría. Tumbes. Agosto- Setiembre.*
- Carta de Ottawa (1986). *Primera conferencia Internacional sobre promoción de la Salud. Canadá.*
- Cavanagh, S. (1999). *Modelo de Orem. Aplicación Práctica*. Barcelona: Editorial Salvat. Recuperado de: <http://es.wikiversity.org/wiki/autocuidado>
- Castañeda, A. (2013). *Autoestima, claridad de autoconcepto y salud mental en adolescentes de Lima Metropolitana*. Pontificia Universidad Católica del Perú

- Ccoicca, F. (2013). *Medidas de autocuidado que tienen los pacientes que asisten a la ESN-Pct del centro de salud Conde de la Vega Baja* (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1043/1/ccoicca_af.pdf
- Cisneros, F. (2002). *Introducción a los Modelos y Teorías de Enfermería*. Universidad del Cauca. Programa de Enfermería Área de Fundamentos. III Semestre. Colombia.
- Collazos, C (2012) *Relación entre conocimientos y actitudes hacia la aplicación de medidas preventivas de la tuberculosis en familiares de pacientes de la ESN-PCT-C.S San Luis-Lima Ciudad*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos (tesis de licenciatura)
- Corkille, B. (2001). *El Niño Feliz. Su clave psicológica*. México: Editorial Gedisa. C.A.
- Coopersmith, S. (1996). *Los antecedentes de la autoestima*. USA: Psychologist Press.
- Craig y Baucum (2001). *Desarrollo Psicológico* (8° ed.). México: Editorial Prentice Hall.
- Craighead, McHale y Pope. (2001). *Mejora de la autoestima*. Barcelona: Editorial Martínez Roca.
- Díaz Sandoval, G. (2003). *Estilos de Personalidad en pacientes con y sin Tuberculosis Pulmonar del Hospital Regional Docente de Trujillo*. Universidad Cesar Vallejo.
- Drobniewski, F. (1995). *Tuberculosis in prisons-forgotten plague*. Lancet. N° 346. Pp. 948-949.
- Duque, H. (2005). *La autoestima en la vida familiar*. Colombia: Editorial San Pablo.
- Evers C., Isenberg, A., Philipsen, H., Senten, M. y Brouns, G. (1993). *Validity testing of the Dutch translation of the appraisal of the self-care agency ASA-scale*.

- Flores, B. y Gomez L. (2008). *Capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial*. Universidad Veracruzana México
- Fondo de la Población de las naciones Unidas Nicaragua. (2013). *El autocuidado de la salud sexual y reproductiva*. Recuperado de <http://www.unfpa.org.ni/wp-content/uploads/2014/03/Autocuidado-de-la-SSR.pdf>
- Formés, V, y Carballal, B. (2001). *Enfermería de Salud mental y Psiquiatría. Guía práctica de valoración y estrategias de intervención (1ª Ed.)*. España: Ediciones medica Panamericana.
- García P., Z. (2005). *Conocimientos y prácticas que tienen los pacientes traqueostomizados sobre autocuidado en los consultorios de cabeza y cuello del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas*. UNMSM. Perú.
- Galarreta, D. y Guevara, F. (2002). *Relación entre apoyo familiar y la Autoestima en pacientes ambulatorios del Programa de Control de la Tuberculosis Pulmonar*. Micro Red “La Esperanza”. Minsa.
- Gallar, M. (2001). *Promoción de la Salud y Apoyo Psicológico*. (3ª Ed.). Estados Unidos: Editorial Thompson.
- Gallegos E. (1998). *Validez y confiabilidades de la versión en español de la escala: Valoración de las Capacidades de Autocuidado*. México: Desarrollo Científico.
- Girón, S. A. (2014). Autocuidado en el adulto multidrogo resistente en tuberculosis pulmonar y actitud del cuidador familiar. *Revista In Crescendo Ciencias de la salud*. 1(2), 229-235. Recuperado de: <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/339/230>
- Goleman, D. (2008). *La inteligencia emocional (3ª Ed.)*. Buenos Aires: Editorial Grupo
- 2.

- Griffit, C. (1999). *Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de Teorías, Guías y Modelos*. México: Editorial el Manual Moderno.
- Girao- Goris, J. (2003). *La agencia de autocuidado. Una perspectiva desde la complejidad*. Educare21 2003; 2. Disponible en:
<http://enfermeria21.com/educare/educare02/aprendiendo/aprendiendo2.htm>
- Hernández E. (2009). *Encuesta Nacional de Conocimiento, Actitud y Comportamiento de la Población ante la Tuberculosis*. Cuba.
- Hertfelder, C. (2005). *Como se educa una autoestima familiar Sana*. Madrid: Ediciones Palabra.
- Hibbard, J. and Clide, R. (January, 1986). Age Differences in the use of Medical Care. *Medical Care*. 24(1), 52 – 66.
- Huanco, C. (2004). *Nivel de Autoestima de los pacientes del Programa del Control de la Tuberculosis del Centro de Salud*. Laura Rodríguez Dulanto-Duksil. Disa-Norte.
- Jimenez, M. (2004). *Factores Asociados a la Autoestima y Stress de la Comunidad de Enseñanza Básica*. Municipalidad de la Comunidad de Chillan.
- Larico C. (2008). *Conocimientos de las Medidas Preventivas y Actitudes en el Autocuidado de pacientes con Tuberculosis Pulmonar Centro de Salud Los Libertadores, Lima-Perú*.
- Leiva, V.; Acosta, P.; Berrocal, Y.; Carrillo, E.; Castro, M. y Watson, Y. (2012) Capacidad de agencia de autocuidado en personas adultas con artritis reumatoide. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*. Disponible
<http://www.revenf.ucr.ac.cr/artritis.pdf/>
- López, A y Guerrero, S. (2006). *Perspectiva internacional del uso de a teoría general de Orem*. Colombia: Universidad de Antioquía.

- Manosalva, M, Espinosa, X. y Mateus, J. (2008). *Capacidad de agencia de autocuidado de las personas portadoras de VIH/SIDA en una fundación de Bogotá. Noviembre*. Pontificia Universidad Javeriana. Colombia
- Manrique, F. y Fernández, A. (Diciembre, 2009). Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. *Aquichan*. 9(3), 222 - 235. Universidad de La Sabana. Colombia.
- Manrique H., D. (2010). *Nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas que tienen los adultos mayores usuarios del C.S Conde de la Vega Baja*. UNMSM. Perú.
- Marriner, A. & Raile, M. (2007). *Modelos y Teorías en Enfermería* (4ª Ed.). España: Editorial HarcourtBrace.
- Mc Kay, M y Fanning, P. (1999). *Autoestima. Evaluación y Mejora*. Madrid: Ediciones Martínez Roca.
- Mendes, R. y Velásquez, S. (2001). *Teoría General del Autocuidado*. Santa Fe de Bogotá. Editorial UNIBIBLOS
- MINSA. (2001). *Actualización de la Doctrina, Normas y procedimientos para el Control de la Tuberculosis*. Lima-Perú.
- MINSA. (2008). *Plan de Control de infecciones intrahospitalarias por tuberculosis en Hospital de Baja Complejidad Huaycán*.
- MINSA. (2008). *Consejos saludables del cuidado y autocuidado para el adulto mayor (rotafolio)*. Lima –Perú. Recuperado de:
https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ad=rja&uact=8&ved=0CBwQFjAAahUKEwiaz6LEsZLHAhWEJR4KHWNbCp4&url=http%3A%2F%2Fwww.minsa.gob.pe%2Fportada%2FEspeciales%2F2008%2Fadulto_mayor%2Farchivos%2FROTAFOlio_AUTOCUIDADO.doc&ei

=FD3CVZrROITLeOO2qfAJ&usg=AFQjCNGJtVsu7ekRRHhfDmLcxYq9yWo
z-g&sig2=zt49s4z1JrV7f540C8PShQ&bvm=bv.99261572,d.dmo

- MINSA. (2010). *Situación de la tuberculosis en el Perú*. Lima. Perú
- MINSA. (25 de febrero, 2010). *Impacto socioeconómico de la tuberculosis en el Perú 2010*. Recuperado de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1820.pdf>
- MINSA. (2013). *Boletín epidemiológico*. 6 (3). Recuperado de <http://www.rslc.gob.pe/Descargas/Epidemiologia/Boletin/2013/Boletin-N-03-2013.pdf>
- Mussen, Conger y Kagan. (2000). *Desarrollo de la personalidad*. México: Editorial Trillas.
- Monsalve Dávila, M, (2010). *Medidas de autocuidado que tienen los adolescentes portadores del virus del VIH Sida en el Hogar San Camilo*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú.
- Morrison, J., (1996). *Fundamentos de enfermería en salud mental*. Madrid: Editorial PrenticeHall.
- ONU. (Marzo, 2008). “*Día Mundial de la Tuberculosis*”. Recuperado de: http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=32:dia-mundial-tuberculosis-2008-esfuerzos-mundiales-progresan-demasiada-lentitud&Itemid=300
- OPS, OMS. (2005). *Centro de Inteligencia sanitaria. “Día Mundial contra la Tuberculosis”*. Nicaragua.
- Orem, D. (1993). *Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Editorial Salvat.
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Evaluación de la promoción de la salud*. Washington DC: OPS

- Oria, M. (2006). *Conocimientos y prácticas que tienen los pacientes con tuberculosis sobre alimentación su relación con el estado nutricional en el centro de Salud José Carlos Mariátegui, Lima*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. (Tesis de licenciatura)
- Papalia, D. (1999). *Psicología del Desarrollo*. México: Mc GrawHill.
- Pérez, J. (2002). Aplicación de las teorías de Orem y Peplau en el proceso de atención de enfermería. *Congreso Virtual Neurocirugía 2*. Recuperado de <http://www.uninet.edu/neuroc2002/papers/TL-OREMYPEPLAU.htm>
- Pérez, R y Miranda A. (2012). *Relación entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y actitud hacia el tratamiento-usuario estrategia Sanitaria Control Tuberculosis-Hospital II-1 Moyobamba. Julio-Diciembre 2011*. Universidad nacional de san Martín- Tarapoto Perú (tesis de licenciatura) Recuperado de: http://www.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyextox/archivo_44_PROYECTO%20DE%20TESIS%209.pdf
- Pinzón, L., (2000). Hacia la renovación de la acreditación del programa de Enfermería de la Universidad de Caldas: anexos seleccionados, numeral 3, Marrizales: Programa de Enfermería. Julio. Recuperado de: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf
- Rivadeneira, Y. (15 de Enero, 2010). *Características del paciente con Tuberculosis Pulmonar bacilifera, Hospital Regional de Loreto*. Recuperado de: http://bv/enfermedades_torax/v49_n3/.pdf
- Rivera, L y Díaz, L (2007). *Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y los factores de riesgo cardiovascular en personas hospitalizadas con hipertensión arterial en la Clínica del Country Bogotá, Colombia*.

- Rojas, S. (2001). *Prácticas de Autocuidado que realizan las mujeres pre menopáusicas del Asentamiento Humano Cerro El Sauce Alto del Distrito de San Juan de Lurigancho*.
- Sanz, J. y Vásquez, C. (2006). *Trastornos del estado de ánimo y Teorías psicológicas. Manual de Psicopatología*. Madrid: Editorial Mc Graw Hill.
- Sauceda, J., y Maldonado, D., (2003). “*La familia: su dinámica y tratamiento*”. Washington DC: OPS.
- Steiner, D. (2005). “*La teoría de la Autoestima en el proceso terapéutico para el desarrollo del ser humano*”. Venezuela.
- Tejeda, M. (2010). Evaluación de la autoestima en un grupo de escolares de la gran caracas. *Revista Liberabit*. 16(1), 95-103. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272010000100010&script=sci_arttext
- Terol G., E y Gamarra M., N. (2002). Documentación Social 127. *Tuberculosis, tratamiento directamente observado (TDO) y población marginal*. España.
- Tobón, O, (2004). *El autocuidado, una habilidad para vivir*. Recuperado de: <http://promociónsalud,ucaldas,edu,co/downloads>.
- Uribe, T. (1999). *El Autocuidado y su papel en la promoción de la Salud*. Recuperado de: <http://toneudea.edu.co/revista/sep99/autocuidado.htm>.
- Vásquez, A; Jimenez, R y Vásquez, R (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Revista Apuntes de psicología*. 22(2), 247-255. Universidad de Sevilla. Recuperado de: http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/VOL22_2_6.pdf
- Vega, I. (2009). *Manual del Facilitador Taller de Autocuidado. Relajación y Vida Sana*. España.

Yagosesky, R. (1998). *Autoestima en Palabras Sencillas*. Caracas: Impresiones San Pablo.

Walsh y Vaughan. (1999). *Más allá del ego*. Barcelona: Editorial Kairos.

Wilber, K. (1995). *El proyecto Atman*. Barcelona: Editorial Kairós.

APÉNDICES

Apéndice A

Universidad Peruana Unión

Escuela de Posgrado

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Estimado Señor /señora, muchas gracias por su valiosa información. El objetivo de esta escala es recoger información sobre el nivel de autoestima

Instrucciones:

Por favor lea cada uno de los ítems y coloque una (X) dentro del recuadro con la respuesta que considere más apropiada.

<i>ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG</i>	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que no tengo cualidades buenas				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo (a)				
5. En general estoy satisfecho (a) de mí mismo (a).				

6.Siento que no tengo mucho de que estar orgulloso (a)				
7.En general, me inclino a pensar que soy una persona fracasada				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
9. A veces pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

Apéndice B

Universidad Peruana Unión

Escuela de Posgrado

ESCALA PARA EVALUAR LA CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCAUIDADO

Estimado Señor /señora, muchas gracias por su valiosa información. El objetivo de esta escala es recoger información sobre la capacidad de autocuidado.

Instrucciones:

Por favor lea cada una de las preguntas, responda lo más claro posible y coloque una (X) dentro del recuadro con la respuesta que considere más apropiada.

1. **Nombre del Establecimiento de Salud:** _____
2. **Edad:** _____
3. **Sexo:** masculino() femenino()
4. **Procedencia:** costa() sierra() selva()
5. **Estado civil:** casado() soltero () conviviente() separado() viudo()
6. **Grado de instrucción:** analfabeto() primaria() secundaria() superior()
7. **Ocupación:** empleado() independiente() desempleado() obrero()
8. **Religión:** católica() evangélica() testigo de Jehová() adventista()

<i>Escala capacidad de agencia de autocuidado</i>	Nunca	Rara vez	A veces	A Menudo	Siempre
1. Según cambien las situaciones en mi entorno ¿hago lo necesario para mantenerme con salud?					
2. Verifico si las formas habituales de mantenerme con salud son buenas.					
3. Hago cambios o ajustes si tengo problemas para movilizarme					
4. Hago lo necesario para mantener limpio mí alrededor					
5. Si es necesario, Pongo en primer lugar lo que necesito para mantenerme con salud					
6. Tengo la energía para cuidarme como debo					
7. Busco mejores formas de cuidar mi salud					
8. Con tal de mantenerme limpio, puedo cambiar la frecuencia con que me baño					
9. Me alimento de acuerdo a mi situación de salud y trato de mantener mi peso adecuado					
10. Tengo la capacidad de relacionarme dentro de grupos sociales y mantenerme tal como soy					
11. Hago ejercicio y descanso un poco durante el día					
12. Tengo amigos de mucho tiempo a quienes puedo recurrir cuando necesito ayuda					

13. Puedo dormir lo suficiente para sentirme descansado					
14. Cuando obtengo información sobre mi salud, ¿Pido explicación sobre lo que no entiendo?					
15. Reviso mi cuerpo para saber si hay algún cambio					
16. Soy capaz de cambiar hábitos arraigados si con ellos mejora mi salud					
17. Si tengo que tomar un nuevo medicamento ¿Pido información sobre los efectos adversos?					
18. Tomo medidas para asegurar que mi familia y yo estemos seguros					
19. Valoro que tan efectivo es lo que hago para mantenerme con salud					
20. En mis actividades diarias, ¿Saco tiempo para cuidarme?					
21. Busco información sobre mi salud si esta se ve afectada					
22. Busco ayuda si me encuentro en incapacidad					
23. Tengo capacidad para tomar tiempo para mi					
24. Aun con limitaciones para moverme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta					

Apéndice C

Universidad Peruana Unión

Escuela de Posgrado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

***Relación entre la autoestima y la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con tuberculosis pulmonar del Hospital de Baja Complejidad “Huaycán”.
Octubre 2012.***

PROPOSITO Y PROCEDIMIENTO

El participante está invitado a participar en un estudio llevado a cabo por la Lic. Rocío Suárez Rodríguez, estudiante de la Maestría en Enfermería con mención Cuidados de la Salud del Adulto de la Universidad Peruana Unión, quien recogerá información acerca de la autoestima y capacidad de agencia de autocuidado.

El propósito de este estudio, es determinar la relación que existe entre el nivel de autoestima y la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con tuberculosis pulmonar del Hospital de Baja Complejidad “Huaycán”.

La participación consistirá en responder a los cuestionarios previamente elaborados, los cuales serán completamente anónimos.

RIESGOS

El hecho de participar en este estudio no expone a riesgo alguno.

1. BENEFICIOS

Los resultados obtenidos en este estudio permitirán identificar la relación que existe entre el nivel de autoestima y la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con tuberculosis pulmonar del Hospital de Baja Complejidad “Huaycán”.

4. DERECHOS DEL PARTICIPANTE

La participación en este estudio es completamente voluntaria. El participante tiene derecho a participar si así lo desea, de negarse a participar, o de terminar su participación en cualquier momento no afectando su relación con los investigadores o directivos del Hospital de Baja Complejidad “Huaycán”.

5. CONFIDENCIALIDAD

La confidencialidad del participante será asegurada desde el momento que los cuestionarios son completamente anónimos. Todas las respuestas dadas serán evaluadas, sometidas a discusión y reportadas como una información general.

6. COSTOS ADICIONALES

La participación en este estudio no genera ningún costo para el participante.

7. REEMBOLSO

El participante, como la UPG de Ciencias de la Salud no recibirá reembolso monetario por la participación en el estudio. Sin embargo, se brindarán estímulos para los participantes durante el desarrollo del programa, como una forma de agradecimiento por su contribución.

8. DECLARACION DE INFORME DE CONSENTIMIENTO

Yo..... declaro haber leído el contenido de este documento: CONSENTIMIENTO INFORMADO dado por el

investigador principal, y acepto colaborar con este estudio para beneficio de mi salud.

Por esta razón AUTORIZO mi participación voluntaria en el programa.

Firma del (a) participante

Fecha