

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

**Estilos de vida de pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden al servicio de
Emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2017**

Por:

Mery Anne Marcelo Gonzales

Manuel Angel Munayco Anton

Asesora:

Dra. Keila Ester Miranda Limachi

Lima, julio de 2017

Cómo citar:

Estilo APA

Marcelo, M., Munayco, M. (2017). *Estilos de vida de pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden al servicio de Emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2017* (Trabajo de investigación). Universidad Peruana Unión, Lima.

Presentaciones en eventos científicos

IV Jornada Científica en Ciencias de la Salud “La Investigación y el Desarrollo de las Especialidades en Enfermería” 13 y 15 de junio del 2017. Universidad Peruana Unión – Lima.

Ficha catalográfica elaborada por el Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI) de la UPeU

TIEF	Marcelo Gonzales, Mery Anne
2	Estilos de vida de pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden al servicio de
M26	Emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2017. / Autoras: Mery Anne
2017	Marcelo Gonzales, Manuel Angel Munayco Anton; Asesora: Dr. Keila Ester Miranda Limachi. Lima, 2017. 86 páginas.
	Trabajo de Investigación (2da Especialidad), Universidad Peruana Unión. Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud. Escuela de Posgrado, 2017. Incluye referencias, resumen y apéndice. Campo del conocimiento: Enfermería.
	1. Tuberculosis pulmonar. 2. Estilos de vida

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Yo, KEILA ESTER MIRANDA LIMACHI, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: “*Estilos de vida de pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2017.*” constituye la memoria que presentan las licenciadas: MARCELO GONZALES MERY ANNE y MANUEL ANGEL MUNAYCO ANTÓN, para aspirar al título de Especialista en Enfermería en Emergencias y Desastres, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo de investigación son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los veinticinco días del mes de julio de 2017.



Dra. Keila Ester Miranda Limachi

Estilos de vida de pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden al Servicio de
Emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2017.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Presentado para optar el título profesional de Especialista en Enfermería en Emergencias y

Desastres

JURADO CALIFICADOR



Dra. María Teresa Cabanillas Chavez

Presidente



Mg. Mary Luz Solorzano Aparicio

Secretario



Dra. Keila Ester Miranda Limachi

Asesor

Lima, 25 de julio de 2017

Índice

Resumen	vii
Capítulo I.....	8
Planteamiento del problema	8
Identificación del problema	8
Formulación del problema	9
Problema general.....	9
Problemas específicos	9
Objetivos de la investigación	10
Objetivo general:	10
Objetivos específicos:	10
Justificación	11
Justificación teórica:.....	11
Justificación metodológica:.....	12
Justificación práctica y social:.....	12
Presuposición filosófica	13
Los remedios naturales.....	14
Capítulo II.....	22
Desarrollo de las perspectivas teóricas	22
Antecedentes de la investigación	22
Internacionales:	22
Nacionales	30
Bases teóricas.....	34
Tuberculosis pulmonar	34
Estilos de Vida	39
Estilos de Vida y Tuberculosis.....	43
Modelo Teórico de Enfermería.	44
Definición conceptual	52

Capítulo III	54
Metodología.....	54
Descripción del área de estudio	54
Población y muestra.....	54
Muestra.....	55
Criterios de inclusión	55
Criterios de exclusión.....	56
Tipo de investigación.....	56
Identificación de variables	57
Operacionalización de variables	58
Técnica e instrumento de recolección de datos.....	59
El instrumento de recolección de datos.....	59
Proceso de recolección de datos.	60
Procesamiento y análisis de los datos	61
Consideraciones éticas	62
Capítulo IV	63
Cronograma de ejecución	63
Presupuesto	63
Referencias	64
Apéndices	70
Apéndice A. Matriz de consistencia	71
Apéndice B. Instrumento de la investigación	72
Apéndice C. Consentimiento informado de participación.....	75
Apéndice D. Confiabilidad y validez del instrumento.....	76
Confiabilidad del instrumento:.....	87
Apéndice E. Carta modelo de ejecución del proyecto	88

Resumen

Los estilos de vida son factor determinante para desarrollar la enfermedad, el desvelarse, el permanecer un periodo largo de tiempo con luz artificial, el no comer adecuadamente, el ingerir alimentos ricos en grasas, y el estrés pueden ser factores que ayuden a despertar la tuberculosis en un organismo. Este estudio tiene como objetivo determinar los estilos de vida de pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden al servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Es de tipo descriptivo, no experimental. El cálculo de la muestra mediante la fórmula de población finita la cual estará conformada por un total de 196 pacientes con diagnóstico de TBC pulmonar que acuden entre los meses de agosto a septiembre de 2017. El instrumento de recolección de datos será el Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida (PEPS-I) de la autora Nola Pender (1996) Los resultados permitirán evidenciar los estilos de vida que presentan los pacientes con tuberculosis atendidos en el hospital de estudio y también se podrá brindar educación sanitaria sobre los hábitos poco saludables que practican la población de estudio a fin de fortalecer sus actitudes hacia un estilo de vida saludable.

Palabras claves: Tuberculosis pulmonar y estilos de vida.

Capítulo I

Planteamiento del problema

Identificación del problema

La tuberculosis (TB) es considerada una de las 10 causas más importantes de mortalidad alrededor del mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2015 se diagnosticaron 10,4 millones de personas con Tuberculosis y 1,8 millones fallecieron debido a esta patología. Asimismo, la OMS refiere que más del 95% de las defunciones por tuberculosis se generan en países cuyos ingresos son bajos y medianos. Según estudios 6 países agrupan el 60% de la mortalidad total causada por la tuberculosis, encontrándose a la cabeza la India, seguida por Indonesia, China, Nigeria, el Pakistán y Sudáfrica. Por otro lado, se sabe que la incidencia de la tuberculosis ha mermado por término medio en un 1,5% anual desde el año 2000. Se estima que entre los años 2000 y 2015 se salvaron 49 millones de vidas, debido a la distribución de servicios de diagnóstico y tratamiento contra la tuberculosis (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Actualmente en la región de las Américas la tuberculosis sigue siendo considerada un problema de salud pública. Según estudios, para fines de la década anterior hubo un aproximado de 270.000 casos de TB de todos los tipos y 20.000 muertes por esta causa, en su mayoría posibles de evitar. Dichos estudios mencionan también que el 65% de la notificación de casos nuevos se concentró en cuatro países de la Región: Brasil, Perú, Haití y México (Organización Panamericana de la Salud, 2010). Argentina por su parte reporta que para el año 2012 se registraron unos 10.244 casos nuevos y 703 muertes por TB;

además que aproximadamente 4 de cada 100 personas que consultan por síntomas respiratorios tienen tuberculosis (Ministerio de Salud de la Nación, 2014).

Al respecto luego de Haití y Bolivia, Perú es el país con mayor morbilidad por tuberculosis. Según estudios respecto a la tuberculosis multidrogorresistente (TBMDR), Perú ocupa en tasas y en número absoluto de casos, el primer lugar, donde el 70% de los afectados en promedio se encuentran concentrados, en la costa industrial del Perú, sobre todo en ciudades como Lima-Callao, que concentra el 55% del total de casos del país (Galarza, 2010).

Los estilos de vida son factor determinante para desarrollar la enfermedad, el desvelarse, el permanecer un periodo largo de tiempo con luz artificial, el no comer adecuadamente, el ingerir alimentos ricos en grasas, y el estrés pueden ser factores que ayuden a despertar la tuberculosis en un organismo (Vargas, 2014).

Formulación del problema

Problema general

¿Cuáles son los estilos de vida de pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden al servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima, 2017?

Problemas específicos

¿Cuáles son los estilos de vida en su dimensión nutrición en pacientes con tuberculosis pulmonar en que acuden al servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue?

¿Cuáles son los estilos de vida en su dimensión actividad física en pacientes con tuberculosis pulmonar en que acuden al servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue?

¿Cuáles son los estilos de vida en su dimensión responsabilidad en salud en pacientes con tuberculosis pulmonar en que acuden al servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue?

¿Cuáles son los estilos de vida en su dimensión manejo del estrés en pacientes con tuberculosis pulmonar en que acuden al servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue?

¿Cuáles son los estilos de vida en su dimensión soporte interpersonal en pacientes con tuberculosis pulmonar en que acuden al servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue?

¿Cuáles son los estilos de vida en su dimensión autoactualización en pacientes con tuberculosis pulmonar en que acuden al servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue?

Objetivos de la investigación

Objetivo general:

Determinar los estilos de vida de pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden al servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Objetivos específicos:

Determinar los estilos de vida en su dimensión nutrición en pacientes con tuberculosis pulmonar en que acuden al servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Determinar los estilos de vida en su dimensión actividad física en pacientes con tuberculosis pulmonar en que acuden al servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Determinar los estilos de vida en su dimensión responsabilidad en salud en pacientes con tuberculosis pulmonar en que acuden al servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Determinar los estilos de vida en su dimensión manejo del estrés en pacientes con tuberculosis pulmonar en que acuden al servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Determinar los estilos de vida en su dimensión soporte interpersonal en pacientes con tuberculosis pulmonar en que acuden al servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Determinar los estilos de vida en su dimensión autoactualización en pacientes con tuberculosis pulmonar en que acuden al servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Justificación

Justificación teórica:

Tiene un aporte teórico porque se realiza una revisión teórica de la variable de estudio.

Con el desarrollo del presente estudio se pretende conocer los estilos de vida actuales de los pacientes que padecen de tuberculosis, pues si bien el acceso a su tratamiento es gratuito y con ello se busca que puedan recuperar su salud en un tiempo prudente, esto no

asegura que el paciente continúe llevando un estilo de vida adecuado pues debido a la enfermedad este se ve obligado a cambiar su rutina de alimentación, actividades físicas rutinarias, y demás lo cual afecta grandemente sobre su calidad de vida y la de su familia.

Justificación metodológica:

Como se pudo observar, durante la búsqueda de antecedentes nacionales no se identificaron estudios actuales que se relacionen al tema, lo cual deja un vacío en cuanto a posibles instrumentos que se pudieran utilizar para este tipo de investigaciones. El presente estudio utilizará un instrumento utilizado a nivel internacional el cual fue adaptado por los investigadores y sometido a validez y la confiabilidad, este instrumento se pondrá a disposición de la comunidad científica.

Justificación práctica y social:

Tiene aporte practica porque determinará los estilos de vida de los pacientes, cuyos resultados permitirá evidenciar los estilos de vida que presentan los pacientes con tuberculosis atendidos en el hospital de estudio y tiene el aporte social porque permitirá brindar educación sanitaria sobre los hábitos poco saludables que practican la población de estudio a fin de fortalecer sus actitudes hacia un estilo de vida saludable. Es así que los principales beneficiarios serán los pacientes con tuberculosis, puesto que las estrategias de promoción de la salud y prevención secundaria de la enfermedad serán enfocadas en ellos. El personal de salud podrá realizar charlas informativas según una problemática real y así conseguir una recuperación más rápida del paciente, así como elevar el nivel de calidad de atención brindado al paciente con tuberculosis.

Presuposición filosófica

La Biblia presenta una promesa del amor de Dios a nosotros “Yo he venido para que tengan vida, y para que la tengan en abundancia” (Juan 10:10). El apóstol Juan registra esta promesa del Maestro Jesús. Este pensamiento en el nuevo milenio sigue siendo un eco desafiante. Es una invitación a un estilo, que permita vivir más, vivir feliz y vivir saludable. En otra parte de las Escrituras, cuando Juan, transcribe el pensamiento de Dios a su amigo en la fe, Gayo, dice: “Amado, yo deseo que tú seas prosperado en todas las cosas, y que tengas salud” (3ra S. Juan, 2:1). Es probable que el Gran Arquitecto del Universo en su infinito amor, quiera que se viva la salud a plenitud (Santa Biblia, 2000).

White E., (1976) el hombre salió de la mano de su creador perfecto en su estructura y hermoso en su forma el hecho de que durante seis mil años haya 15 soportado el peso siempre creciente de la enfermedad y el crimen, es una prueba concluyente del poder de resistencia del cual fue dotado (pág139).

White E., (1975) nuestro cuerpo se forma con el alimento que ingerimos. En los tejidos del cuerpo se realiza de continuo de proceso de reparación, pues el funcionamiento de los órganos acarrea el desgaste y éste debe ser reparado por el alimento. Cada órgano del cuerpo exige nutrición. El cerebro debe recibir la suya; lo mismo sucede con los músculos y los nervios. Es una operación maravillosa la que transforma el alimento en sangre, y aprovecha esta sangre para la reconstitución de diversas partes del cuerpo; operación que prosigue de continuo, suministra vida y fuerza a cada nervio, músculo y órgano. Deben escogerse los alimentos que mejor proporcionen los elementos necesarios para la reconstitución del cuerpo. En esta elección, el apetito no es una guía segura. Los malos

hábitos en el comer lo han pervertido. Muchas veces pide alimento que altera la salud y causa debilidad en vez de producir fuerza. Tampoco podemos dejarnos guiar por las costumbres de la sociedad. Las enfermedades y dolencias que prevalecen por doquiera provienen de la buena parte de errores comunes respecto al régimen alimenticio (pág. 227).

Según la Santa Biblia (2000) en Génesis 1:29 Dijo también Dios: Os doy toda planta que da semilla, que está sobre la tierra, y todo árbol que lleva fruto y da semilla. Eso será vuestro alimento.

Los remedios naturales.

Según White, (1976). El aire puro, el sol, la abstinencia, el descanso, el ejercicio, un régimen alimenticio conveniente, el agua y la confianza en el poder divino son los verdaderos remedios. Todos debieran conocer los agentes que la naturaleza provee como remedios, y saber aplicarlos. Es de suma importancia darse cuenta exacta de los principios aplicados en el tratamiento de los enfermos, y recibir una instrucción práctica que le habilite a un para hacer uso correcto de estos conocimientos.

El empleo de los remedios naturales requiere más cuidados y esfuerzos de lo que muchos quieren prestar. El proceso natural de curación y reconstitución es gradual y les parece lento a los impacientes. El renunciar a la satisfacción dañina de los apetitos impone sacrificios. Pero al fin se verá que, si no se le pone trabas la naturaleza desempeña su obra con acierto los que perseveren en la obediencia de sus leyes encontraran recompensa en la salud del cuerpo y del espíritu.

Muy escasa atención se suele dar a la conservación de la salud. Es mucho mejor prevenir la enfermedad que saber tratarla una vez contraído. Es deber de toda persona, para su propio bien y la humanidad, conocer las leyes de la vida y obedecerle con toda conciencia. Todos necesitan conocer el organismo más maravilloso: El cuerpo humano. Deberían comprender las funciones de los diversos órganos y como estos dependen unos de otros para que todos actúen con salud. Deberían estudiar la influencia de la mente en el cuerpo, la del cuerpo a la mente y las leyes que los rigen (White, 1970).

Aire. Para tener buena sangre debemos respirar bien. Las respiraciones hondas completas de aire puro, que llenan los pulmones de oxígeno, purifican la sangre, le dan brillante coloración y la impulsan, como corriente de vida, por todas partes del cuerpo. La buena respiración calma los nervios, estimula el apetito, hace más perfecta la digestión, y produce sueño sano y reparador.

Los pulmones eliminan continúan impurezas y necesitan una provisión constante de aire puro. El aire impuro no proporciona cantidad necesaria de oxígeno, y entonces la sangre pasa por el cerebro y de más órganos sin haber sido vivificada. De ahí que resulte indispensable una ventilación completa. Vivir en aposento cerrado y mal ventilado, donde el aire está viciado, debilita el organismo entero, que se vuelve muy sensible al frío y enferma a la menor exposición al aire.

Sol. En la construcción de casas es de gran importancia asegurar completa ventilación y mucho sol. Haya circulación de aire y mucha luz en cada pieza de la casa. Los dormitorios deben estar dispuestos de tal modo que el aire circule por ellos día y noche. Ningún cuarto

es adecuado para servir como dormitorio menos que pueda abrirse de par en par cada día para dar acceso al aire y la luz del sol. En muchos

países los dormitorios necesitan calefacción, de modo que puedan quedar calientes y secos en tiempo frío y húmedo.

El cuarto de huésped debe recibir tanta atención como las demás piezas dispuestas para el uso constante. Como los demás dormitorios, debe tener aire y sol, medios de calefacción para secar la humedad de que adolece todo cuarto que no está en uso constante. El que duerme en un cuarto sin sol o que ocupa una cama que no esté bien seca y aireada arriesga su salud y su vida (White,1970).

Temperancia. A fin de preservar la salud, en todas las cosas se necesita la temperancia en todas las cosas: temperancia en el trabajo, temperancia en el comer y en el beber. Nuestro padre celestial envió la luz de la reforma pro salud como protección contra los malos resultantes de un apetito degradado, a fin de los que aman la pureza y la santidad sepan cómo usar con discreción las buenas cosas que el a provisto para ellos, y a fin de que por el ejercicio de la temperancia en la vida diaria puedan ser santificados por medio de la verdad (White,1970).

Algunos no ejercen control sobre sus aptitos, si no que complacen el gusto a expensas de la salud. Como resultado, el cerebro se nubla, sus pensamientos son perezosos, y dejan de realizar lo que podrían si fueran abstemios o se negaran a sí mismos estas personas le niegan a Dios la fuerza física y mental que podrían desarrollar para su servicio si observaran la temperancia en todas las cosas (White,1970).

Descanso. Algunos se enferman por exceso de trabajo. Para los tales como el descanso, la tranquilidad y una dieta sobria son esenciales para la restauración de la salud. Los de cerebro cansado y nervios deprimidos a consecuencia de un trabajo sedentario continuo se verán muy beneficiados por una temporada en el campo donde llevan una vida sencilla y libre de cuidados, cerca de la naturaleza. El vagar por los campos y bosques juntando flores y oyendo los cantos de las aves, resultará más eficaz para su restablecimiento que cualquier otra cosa (White,1970).

Ejercicio. El ejercicio es importante para la digestión y para gozar de una condición saludable del cuerpo y la mente. En todos estos casos un ejercicio físico bien dirigido resultará un remedio eficaz. En algunos casos es indispensable para la recuperación de la salud.

El ejercicio es provechoso al dispeptico, pues vigoriza los órganos de la digestión. El entregarse a un estudio concentrado o a un ejercicio físico violento inmediatamente después de comer entorpece el trabajo de la digestión; pero un corto paseo después de la comida, andando con la cabeza erguida y los hombros echados para atrás, es muy provechoso (White,1970).

Alimentación. Nuestro cuerpo se forma con el alimento que ingerimos. Los tejidos del cuerpo se realizan de continuo un proceso de reparación, pues el funcionamiento de los órganos acarrea desgaste, y este debe ser reparado por el alimento. Cada órgano del cuerpo exige nutrición. El cerebro debe recibir la suya; y lo mismo sucede con los huesos, los músculos y los nervios. Es una operación maravillosa la que transforma el alimento en

sangre, y aprovecha esta sangre para la reconstitución de las diversas partes del cuerpo; pero esta operación que prosigue de continuo, ministra vida y fuerza a cada nervio, musculo y órgano.

Deben escogerse los alimentos que mejor proporcionan los elementos necesarios para la reconstitución del cuerpo. En esta elección el apetito no es una guía segura. Los malos hábitos en comer lo han pervertido. Muchas veces pide alimento que altera la salud y causa debilidad en vez de producir fuerza tampoco podemos dejar guiar por las costumbres de la sociedad. Las enfermedades y dolencias que prevalecen por doquiera provienen en buena parte de errores comunes respecto al régimen alimenticio (White,1970).

Para saber cuáles son los mejores combustibles tenemos que estudiar el plan original de Dios para la alimentación del hombre el que creo al hombre y comprende sus necesidades indico a Adán cuál era su alimento. “He aquí dijo que os he dado todo yerba que da simiente... todo árbol en que hay fruto de árbol que da simiente, os he dado para comer” (Génesis 1:29).

Los cereales, las frutas carnosas, las oleaginosas, y las legumbres constituyen el alimento escogido para nosotros por el creador. Preparados por del modo más sencillo y natural posible, son los comestibles más sanos y nutritivos. Comunican una fuerza, una resistencia y un vigor intelectual que no pueden obtenerse de un régimen alimenticio más complejo y estimulante (White,1970).

Agua. Estando sanos o enfermos, el agua pura es para nosotras una de las más exquisitas bendiciones del cielo. Su empleo conveniente favorece la salud. Es la bebida de los

hombres para apagar la sed de los animales y del hombre. Ingerida en cantidades suficiente, el agua suple las necesidades del organismo y ayuda a la naturaleza resistir la enfermedad. Aplicada externamente, es uno de los medios más sencillos e eficaces para regularizar la circulación de la sangre. Un baño frío o siquiera fresco es excelente tónico. Los baños calientes abren los poros y ayudan eliminar las impurezas. Los baños calientes y templados calman los nervios y regulan la circulación.

Pero son muchos los que no han experimentado los benéficos efectos del uso adecuado del agua le tiene miedo. Los tratamientos por el agua no son tan apreciados como debieran serlo, y su acertada aplicación requiere cierto trabajo que muchos no están dispuestos hacer. Sin embargo, nadie debería disculpar su ignorancia o su indiferencia en este asunto a muchos modos de aplicar el agua para aliviar el dolor y acortar la enfermedad. Todo debiera hacerse entendido en esa aplicación para dar sencillos tratamientos caseros (White,1970).

El uso del agua en la enfermedad. El agua se puede usar de muchas maneras para aliviar el sufrimiento. El tomar sorbos de agua clara y caliente antes de comer medio litro, más o menos, no hará ningún daño, sino que más bien resultará beneficioso (White,1970).

Confianza en el poder divino. “Si tocaré solamente su vestido, seré salva” (San mateo 9:21). Era una pobre mujer la que pronunció estas palabras una mujer que por espacio de doce años venía pareciendo una enfermedad que le amargaba la vida. Había gastado ya todos sus recursos en médicos y medicina, y estaba desahuciada. Pero al oír hablar del gran

médico renació la esperanza decía entre sí: si pediré acércame a él para hablarle, podría quedar sana.

Caminaban despacio, pues la muchedumbre apremiaba por todos lados. Al abrirse el paso por entre el gentío, llegó el salvado por cerca donde estaba la mujer enferma. Ella había procurado en vano una y otra vez acercarse a él. Ahora había llegado su oportunidad pero no veía como hablar con él. No quería detener su lento avance. Pero había oído decir con solo tocar su vestidura se obtenía curación, y temerosa de perder su única oportunidad de alivio, se adelantó diciendo entre sí: “si tocare solamente su vestido seré salvo”. Al pasar él se le adelantó la mujer, y logró tocar apenas el borde de su vestido. En el acto noto que había sanado. En aquel único toque habíase concentrado la fe de su vida, e inmediatamente desaparecieron su dolor y su debilidad. Al instante sintió una conmoción como de una corriente eléctrica que pasará por todas las fibras de su ser. El embargo una sensación de perfecta salud. Si sintió en el cuerpo que estaba sana de aquel azote.

Muchos consideran la fe como una opinión. La fe salvadora es una transacción, por la cual los que reciben a Cristo se unen a un pacto con Dios. Una fe viva entraña un aumento de vigor y una confianza implícita que, por medio de la gracia de Cristo, dan al alma un poder vencedor. La fe es más poderosa que la muerte para vencer. Si logramos que los enfermos fijen sus miradas con fe en el poderoso médico, veremos resultados maravillosos. Esto vivificará tanto como el cuerpo y el alma. Al trabajar en pro de las víctimas de los malos hábitos, en vez de señalarles la desesperación y ruina hacia las cuales se precipitan,

dirigid sus miradas hacia Jesús. Haced que se fijen en las glorias de lo celestial
(White,1970).

Capítulo II

Desarrollo de las perspectivas teóricas

Antecedentes de la investigación

Internacionales:

Senthilingam et al (2015) en África realizaron una investigación “Estilo de vida, actitudes y necesidades de los pacientes con XDR-TB no curados que viven en las comunidades de Sudáfrica”, con la finalidad de conocer las experiencias, el estilo de vida, las actitudes y las necesidades de los pacientes con tuberculosis multi-drogorresistente (XDR-TB) sin curar, que fallaron o interrumpieron la terapia, viviendo sin tratamiento en la comunidad. Es un estudio cualitativo - descriptivo, se realizaron entrevistas a 12 pacientes comunitarios de Sudáfrica. Los miembros de la familia fueron entrevistados cuando los pacientes no estaban presentes. Las entrevistas se analizaron mediante análisis temático inductivo. Los resultados indican que las experiencias temáticas identificadas a partir de las entrevistas fueron las siguientes: (a) vivir con la XDR-TB, pero no curarse, (b) cambiar el estilo de vida en la comunidad, (c) experiencias con la comunidad de salud, (d) miembros de la comunidad local, y (e) deseos y necesidades. Los pacientes identificaron la desconfianza en el cuidado de la salud, la inutilidad de los regímenes de tratamiento, la necesidad de un propósito en la vida y la subsistencia como principales preocupaciones. La restricción de vivir en la comunidad para pacientes cuyo tratamiento había fallado resultó en un aislamiento auto-impuesto. Los deudores se enfocaron más en el régimen de medicamentos sin fin y las malas experiencias con el cuidado de la salud que contribuyen a

la falta de adherencia. Los miembros de la familia enfatizaron una experiencia poco reconocida de carga imprevista, obligación, preocupación e incomodidad. La falta de conocimiento y la falta de preocupación por la transmisión fueron evidente. Siendo las conclusiones de los modelos actuales de atención no satisfacen adecuadamente las necesidades de los pacientes con XDR-TB sin curar y a sus familiares.

Pañi (2014) Cuyo título es Estilos de vida que inciden en la hipertensión arterial de los adultos mayores del hogar cristo rey, Cuenca. El objetivo fue identificar los estilos de vida que inciden en la hipertensión arterial de los adultos mayores del hogar cristo rey, La metodología fue de tipo descriptiva cuantitativo, la muestra estuvo conformado por 120 personas adultas mayores, la técnica utilizada en la recolección de datos fue atreves de una encuesta. Los resultados son: 40.54% de adultos presentan hipertensión arterial; 11.71% padecen de hipertensión arterial más diabetes; 34.23% su edad comprende entre 81 y 90 años y son del Azuay. El 66.7% son mujeres; 54.95% realizan actividades a veces como paseos, manualidades y bailes; 22.52% no realizan ninguna actividad por discapacidad física y 22.52% siempre realiza actividades de baile, paseos y manualidades. Concluyendo que los adultos mayores desarrollaron la hipertensión arterial como consecuencia de estilo de vida inadecuado.

Trejo, Maldonado, Ramirez y Hernández (2013) realizaron un estudio con título “estilos de vida en alumnos universitarios, México”, el objetivo de determinar el nivel de Estilo de Vida de los alumnos universitarios. Fue un estudio descriptivo y transversal, con

un universo de trabajo 889 alumnos de las Licenciaturas de: Administración, Sistemas Computacionales, Software y Enfermería, muestra de 167 alumnos. Se utilizó el cuestionario de Perfil de Estilo de Vida (PEPS-I) de Nola Pender (1996)¹³, integrado por 48 reactivos tipo Likert. Los 48 reactivos se subdividen en seis dimensiones: nutrición, ejercicio, responsabilidad en salud, manejo del estrés, soporte interpersonal y autoactualización. Para el procesamiento de datos se utilizó el programa SPSS versión 19. Los resultados fueron que la población universitaria predomina un estilo saludable medio con el 71.3%, el 26.9% tiene un estilo saludable alto y 1.8% tiene un estilo saludable bajo. Estos hallazgos son concordantes con estudios previos Gamarra (2010) y Laguado (2013) quienes reportan estilos de vida saludables medios en estudiantes universitarios. Las conclusiones que llegaron fueron que es aceptable el nivel de estilo de vida de la comunidad universitaria, sin embargo, es necesario que enfermería participe con acciones promotoras de salud para mejorarlo.

Caluña (2011) realizó un trabajo de investigación titulado “Estilos de vida en los pacientes hipertensos adultos y adultos mayores que acuden a los Sub centros de las parroquias San Pablo de Atenas y Balsapamba durante el periodo diciembre 2010 a marzo del 2011”, cuyo objetivo fue identificar los estilos de vida que llevan los pacientes Hipertensos adultos y adultos mayores que acuden a los Sub centros de las Parroquias San Pablo de Atenas y Balsapamba, el estudio fue de tipo no experimental, descriptivo y transversal, 80 encuestas aplicadas a los pacientes que conforman el Club de Hipertensos de los que acuden al club de hipertensos, se obtuvieron los siguientes

resultados: De las 80 encuestas aplicadas a los pacientes que conforman el Club de Hipertensos de los Sub centros de Salud de San Pablo de Atenas y Balsapamba podemos indicar que los pacientes llevan un estilo de vida inadecuada. En cuanto al grado de conocimiento por parte de los usuarios Hipertensos se puede decir que desconocen en si lo que es una nutrición adecuada y equilibrada, la importancia de la actividad física y el consumo de hábitos tóxicos (tabaco, el alcohol y otras sustancias). Se concluyo: a pesar del daño que pueden causar estos estilos de vida inadecuada en nuestra salud, esto se asocian a una mayor incidencia de hipertensión arterial. No existe empoderamiento del programa por el personal.

Lima, Falcão, Ribeiro y Moralez (2013) en Brasil realizaron un estudio denominado “Experiencias de vida de pacientes que han completado el tratamiento de la tuberculosis: una investigación cualitativa en el sureste de Brasil”, con el objetivo de investigar las experiencias psicosociales de pacientes que han completado el tratamiento de la tuberculosis en São Carlos, municipio del interior de São Paulo, Brasil. La metodología fue un estudio de carácter clínico-cualitativo, donde incluyó a 15 personas que habían completado con éxito el tratamiento de la tuberculosis. Los datos se recopilaron mediante entrevistas con preguntas abiertas en profundidad. El resultado de este estudio se encontró que la tuberculosis todavía causa que los pacientes sufran miedo a la transmisión, a los prejuicios sociales y a la muerte. El apoyo emocional proporcionado por las familias y los profesionales de la salud se consideran esenciales para la adherencia al tratamiento y la terminación, los participantes en este estudio revelan que amigos y colegas se han

distanciado de ellos por temor a contagio y/o prejuicio. La ignorancia sobre la enfermedad y sus modos de transmisión se puede encontrar en las declaraciones de los entrevistados, lo que parece indicar que se han convertido en vectores de la transmisión del estigma en sí. La licencia médica del paciente durante el tratamiento puede deberse tanto a sus condiciones de salud como a su intento de evitar la vergüenza social/emocional. Existen relatos de que la tuberculosis ha causado un daño psicosocial a la vida de los pacientes y que se sienten más cansados y han empezado a prestar más atención a su propia salud. Las conclusiones fueron que los trabajadores de la salud deben ser conscientes de las formas en que el tratamiento de la tuberculosis afecta la vida psicosocial de los pacientes y desarrollar estrategias para mitigar estos efectos y brindar oportunidades para compartir su ansiedad, sufrimiento y cambios bio-psicosociales.

Cadena (2012) en México realizó un estudio sobre la “Modificación de estilos de vida mediante una intervención promotora de salud en pacientes con tuberculosis pulmonar”, con la finalidad de identificar el efecto de una intervención educativa de enfermería sobre los estilos de vida promotores de salud, en los pacientes con tuberculosis pulmonar inscritos en el programa de prevención y control de la tuberculosis. La metodología fue un estudio de diseño cuasi-experimental con abordaje cuantitativo. La muestra estuvo conformada por 70 pacientes diagnosticados con Tuberculosis pulmonar, mayores de 18 años de edad, quienes fueron distribuidos en un grupo experimental (35) y un grupo control respectivamente (35). Los resultados fueron: 42 eran del sexo femenino en ambos grupos; 17 y 16 se encontraban casados o en unión libre en el grupo casos y control

respectivamente; la condición económica que predominó fue bajo con 17 en ambos grupos; el IMC predominante fue el normal con 12 y 20 para el grupo casos y control respectivamente. Respecto a los estilos de vida saludables el grupo casos mostró un promedio de 66,8 versus 74,9 del grupo control. Se llegó a la conclusión que el desconocimiento de la enfermedad influye en los estilos de vida del paciente con tuberculosis pulmonar.

Baldeon y Medina (2012) en Ecuador realizó una investigación titulada “El estrés y los estilos de vida en los pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo II”. Con el objetivo fundamental es conocer el actual estilo de vida y niveles de estrés que presentan pacientes diagnosticados con diabetes tipo II. La metodología fue un estudio descriptivo de enfoque cuantitativo no experimental, se realizó una muestra de 70 hombres y mujeres diabéticos, se ha valorado estrés y estilo de vida; cuyos resultados han evidenciado altos niveles de estrés y cambios medios de estilo de vida. Se concluyó que los altos niveles de estrés y desconocimiento de adecuados estilos de vida de estos pacientes; motiva a probar que los cambios de estilos de vida aumentan los niveles de estrés y el diagnóstico de diabetes provoca cambios en los estilos de vida.

Heredia (2012) Realizó una investigación acerca de los “Determinantes sociales relacionados con el tratamiento de tuberculosis en Yucatán, México”, con la finalidad de explorar las determinantes sociales del paciente durante el tratamiento de la enfermedad. Este estudio fue de tipo cuantitativo, no experimental, transeccional descriptivo, de un

grupo de 31 pacientes del Estado de Yucatán, a quienes se aplicaron encuestas basadas en el formato de la escala de Likert, para medir determinantes sociales y adherencia al tratamiento. Los resultados fueron: El 83.8% de los entrevistados pertenece a un nivel socioeconómico bajo; 61.3% se encuentra en pobreza extrema; 83.4% acudió a centros de salud cercanos a su domicilio y refirieron que las instrucciones del personal médico fueron confusas y los procedimientos diagnósticos incómodos y molestos. El 54.8% sabía muy poco o nada sobre la enfermedad y temía al rechazo de su familia o comunidad; los fármacos causaron malestar en 80.6% de los pacientes y el 16.1% abandonó el tratamiento. Las conclusiones fueron: los problemas para el tratamiento de la tuberculosis en Yucatán están relacionados con determinantes sociales como educación, nivel Socio-económico y las percepciones del paciente; por lo que informar adecuadamente al paciente, una mejor relación médico-paciente y la adecuada capacitación del personal médico contribuirían a una mejor vigilancia de la tuberculosis.

Fernández, García y Pérez (2011) en México publicaron una investigación denominada “Impacto de la tuberculosis pulmonar en la calidad de vida de los pacientes. Un estudio de casos y controles”, con la finalidad de evaluar la calidad de vida de pacientes con tuberculosis resistente (TB) en comparación con la calidad de vida observada en sus contactos domiciliarios sanos (controles). La metodología que se usó fue un estudio de casos y controles, prospectivo que incluyó a 72 pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar recurrente (TB) confirmada bacteriológicamente y a 201 controles sanos que acudieron a un hospital de tercer nivel. Utilizaron el cuestionario de calidad de vida

relacionada a la salud SF-12 de los pacientes al inicio del tratamiento acortado estrictamente supervisado. Resultados: en cuanto a las características demográficas, la edad media fue 47.9 y 42.9 para el grupo casos y control; 37 y 65 eran del sexo masculino; el promedio de personas por cuarto fue 2.2 y 2.1 para casos y controles respectivamente. Respecto a los estilos de vida, 8 y 42 participantes mencionaron consumo de alcohol habitual para casos y controles; 5.6 y 4.8 cigarros por día fuman en el grupo casos y controles; 5 y 40 fuman actualmente; 43 y 89 se encuentran expuestos al humo debido a su ocupación; 7 y 9 refiere haber estado en la cárcel; 1 y 9 ha vivido en la calle; y 2 y 1 refieren haber vivido en albergues en el grupo casos y control respectivamente. Los pacientes con TB tuvieron puntajes significativamente menores que los controles para la calidad de vida global (51.1) versus (75.9), $p < 0.0001$. Los dominios más afectados fueron el físico y el psicológico. Concluyeron entonces que los pacientes con TB activan muestran una peor calidad de vida que los controles. En nuestro estudio se observó una reducción en parámetros físicos y del rol emocional.

Cadena (2011) en México publicó un estudio acerca de la “Eficacia de una intervención promotora de salud en la adherencia al tratamiento y estilo de vida en enfermos de TBP”, con la finalidad de determinar si una intervención educativa de enfermería promotora de salud, mejora la adherencia al tratamiento y los estilos de vida específicos promotores de salud, en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar. Fue un estudio de diseño descriptivo con diseño cuasi-experimental con abordaje cuantitativo. La muestra estuvo conformada por 90 pacientes diagnosticados con

tuberculosis pulmonar, divididos en dos grupos: experimental (45) y control (45). Los resultados fueron: del total de participantes, 52 eran del sexo masculino; el IMC predominante fue normal en 40 participantes; el nivel socioeconómico predominante fue el bajo con 44 participantes; 41 se encontraban casados o en unión libre y 38 no contaban con salario fijo. En general La media del índice de estilos de vida Promotores de Salud en Tuberculosis fue 70,5 y la media del índice de estilos promotores de salud fue de 68,4. La media del índice de estilos de vida Promotores de Salud en Tuberculosis según grupo casos y control fue: 67,5 y 73,5, y la media del índice de estilos promotores de salud fue: 66,4 y 70,5 respectivamente. Se observa que existe diferencia significativa a favor del grupo control. Esto último quiere decir que, a mayor puntaje, mayor es la percepción de estilos de vida promotora de salud. Se llegó a la conclusión: los estilos de vida promotores en salud en tuberculosis después de la intervención se mostraron más altos en el grupo de intervención obteniendo una diferencia significativa.

Nacionales

Espinoza (2016) realizó un trabajo de investigación titulado “Estilo de vida del profesional de Enfermería pertenecientes a la Micro Red de San Vicente-Cañete”. Con el objetivo de determinar los estilos de vida del profesional de enfermería perteneciente a la Micro Red de San Vicente Cañete. El presente estudio de Investigación, tuvo un enfoque cuantitativo, es de tipo descriptivo, prospectivo y de corte transversal. Se utilizó la técnica de la encuesta y como instrumento el cuestionario de Perfil de estilo de vida (PEPS-I) de Nola Pender (1996). La población estuvo conformada por 51 profesionales de enfermería pertenecientes a la Micro Red de San Vicente de Cañete. El instrumento tiene una

Fiabilidad con el coeficiente Alpha de Crombach. ($\alpha = 0.93$). Tuvo como resultados que el 56,9% presenta un estilo de vida saludable y un 43,1% presenta un estilo de vida no saludable, según la dimensión nutrición el 54,9% tiene un estilo de vida no saludable y un 45,1% presenta un estilo de vida saludable, según la dimensión ejercicio el 78,4% su estilo de vida es no saludable y sólo un 21,6% presenta un estilo de vida saludable, en la dimensión responsabilidad en salud el 60,8% su estilo de vida es no saludable y sólo el 39,2% presenta un estilo de vida saludable, según dimensión manejo del estrés el mayor porcentaje es de 74,5% presentando un estilo de vida no saludable y el 25,5% tiene un estilo de vida saludable, en la dimensión soporte interpersonal el 76,5% presenta un estilo de vida saludable y el 23,5% un estilo de vida no saludable y finalmente en la dimensión Autoactualización el 88,2% tiene un estilo de vida saludable y un 11,8% un estilo de vida no saludable. Las conclusiones fueron que un elevado porcentaje, es decir, más de la mitad de los profesionales de enfermería, presenta un estilo de vida saludable. Se evidencia que existe un mayor porcentaje de profesionales de enfermería que en las dimensiones de Nutrición, Ejercicio, Responsabilidad por su salud y Manejo de Estrés presenta un estilo de vida no saludable. Se encontró un significativo porcentaje de profesionales de enfermería que presentaron un saludable soporte interpersonal y autoactualización.

Pardo (2014) en Perú realizaron un trabajo de investigación titulado “Estilo de vida y estado nutricional de adulto mayor del pueblo joven la Unión, Chimbote”. Se realizó con el objetivo de determinar el estilo de vida y el estado nutricional del adulto mayor de pueblo joven y la Unión en Chimbote. La metodología fue descriptiva. Los resultados fueron, que

la mayoría de los adultos del pueblo joven, presentan un estilo de vida no saludable, se muestran que al 100% de los adultos mayores que participaron en el estudio, el 3% tiene un estilo de vida saludable y un 96.5% de los adultos mayores no tienen un estilo de vida saludable. Se llegó a la conclusión de un menor porcentaje de adultos mayores con un estilo de vida saludable, ya que son poco los adultos mayores que toman importancia sobre el mantenimiento de su salud, acudiendo al puesto de salud o buscando ayuda para su bienestar, para informarse sobre lo que deben de realizar para mantener en un buen estado de salud.

Chalco y Mamani (2013) en Perú realizaron un trabajo de investigación titulado “estilos de vida saludable y estado nutricional en estudiantes del 5° año de secundaria”, con el objetivo de determinar la existencia de relación entre estilos de vida saludable y estado nutricional en estudiantes del 5° año del nivel secundario, Colegio José Antonio Encinas Juliaca. La metodología fue un estudio no experimental transeccional, de tipo correlacional, participaron 176 estudiantes del 5° año de secundaria. El instrumento fue el cuestionario perfil de estilo de vida (PEPS-I) de Nola Pender, el cual consistía en preguntas de 6 dimensiones: nutrición, ejercicio, responsabilidad en salud, manejo de estrés, soporte interpersonal y auto- actualización, y la toma del estado nutricional, haciendo uso del IMC (Índice de Masa Corporal). Los resultados fueron que el 64.2% de los estudiantes presentó un estado nutricional normal, seguido del 21.0% que presentó sobrepeso y el 14.8% que presentó desnutrición; asimismo, el 57.5% evidenció un estado de vida en el nivel saludable, un 23,3%, un estilo de vida poco saludable y el 19.3%, de los estudiantes,

presentó un estilo de vida muy saludable. Las conclusiones fueron que existe relación entre el estilo de vida y el estado nutricional, en sus seis dimensiones con un ($\text{sig}=0.000$).

Carranza (2012) en Perú realizaron un trabajo de investigación titulado “Estilo de vida y factores biosocioculturales del adulto mayor, urbanización El Carmen Chimbote-2012”. Fue realizado con el objetivo de determinar la relación de estilo de vida y los factores biosocioculturales del adulto mayor en la urbanización. El Carmen en Chimbote. La metodología del estudio fue de tipo cualitativo descriptivo correlacional, con una muestra de 242 adultos mayores, se utilizaron dos instrumentos para la recolección de datos: Escala del estilo de vida y el cuestionario sobre factores biosocioculturales. El resultado que obtuvieron del 100% de personas adultos mayores que participaron. El 57.9% tienen un estilo de vida saludable y un 42.1% tienen un estilo de vida no saludables. Más de la mitad de los adultos mayores presentan estilos de vida saludables y en porcentajes considerables tienen estilos de vida no saludables. Respecto a los factores biosocioculturales del adulto mayor: menos de la mitad presenta grado de instrucción completa e incompleta y percibe de 600 a 1000 soles mensuales, la mayoría son de religión católica, de estado civil casado, poco más de la mitad son amas de casa. Se concluyó en que sí existe relación estadísticamente entre el estilo de vida y factor biosociocultural.

Sosa, Tollero, Portugal y Jeferson (2011) en Perú realizaron el trabajo titulado “Estilos de vida y prevalencia de hipertensión arterial en tres comunidades peruanas”. El objetivo fue determinar la prevalencia de este flagelo y los estilos de vida de tres comunidades

peruanas, la metodología que se utilizó fue de corte transversal en las comunidades de Zarumilla, Tarata y Quilla bamba, el resultado obtenido fue: una prevalencia de presión arterial elevada en la población mayor de 25 años de 22,38% en la población de Zarumilla, 19,17% en la localidad de Quillabamba y del 11,88% en la localidad de Tarata. El 35.3% de los encuestados hallados con cifras de presión arterial elevada tenían antecedentes de diagnóstico de hipertensión arterial, pero sólo el 31,4% de ellos seguía un tratamiento antihipertensivo. Se encontró una relación directa entre cifras de Presión Arterial e índices de masa corporal. Es necesaria la difusión permanente de estilos de vida saludables en la comunidad. Concluyendo en la urgencia de formar un programa nacional de prevención diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial que debe estar dirigido por el MINSA y que involucre a todas las instituciones dedicadas al cuidado de la salud y que una de sus estrategias básicas sea la difusión permanente de estilos de vida saludable en la comunidad.

Bases teóricas

Tuberculosis pulmonar

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa bacteriana crónica transmisible, causada por la bacteria *M. tuberculosis*. Primero existe una exposición al bacilo, seguida de infección, la cual puede progresar a enfermedad e incluso producir la muerte del afectado (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015).

La Tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa cuya transmisión se produce fundamentalmente por vía aérea, por inhalación del bacilo y su llegada a los pulmones. Si bien los bacilos pueden desarrollarse en cualquier órgano, la mayoría de los enfermos presenta localización pulmonar. El grado de transmisión en una comunidad determinada

está relacionado con la cantidad de enfermos pulmonares bacilíferos que viven en dicha población. Estos enfermos son las principales fuentes de infección. Cuanto más rápidamente se identifiquen las fuentes de infección, se las trate y cure adecuadamente, menor será el sufrimiento del paciente, la transmisión del bacilo en la comunidad y la aparición de casos nuevos (Zerbini, 2013).

Etiología:

La tuberculosis es una infección bacteriana crónica causada principalmente por el *Mycobacterium tuberculosis* y ocasionalmente por el *Mycobacterium africanum*, *Mycobacterium canetti* y *Mycobacterium bovis*. Se caracteriza por producir una reacción de hipersensibilidad mediada por células y granulomas en los tejidos afectados. El bacilo de la tuberculosis, *M. tuberculosis*, es un aerobio estricto que como todas las micobacterias se distingue por sus lípidos de superficie que lo hacen resistente a la decoloración por el ácido-alcohol de ciertas tinciones, razón por la que se lo conoce también como bacilo ácido-alcohol resistente (BAAR) (Organización Panamericana de la Salud, 2010).

Manifestaciones Clínicas:

Si bien la mayoría de los casos de la tuberculosis se produce en el pulmón (tuberculosis pulmonar), hay casos en los que la tuberculosis se produce en otros órganos (tuberculosis extra-pulmonar).

Tuberculosis pulmonar.

Tos y expectoración por más de 15 días (la casi totalidad de los enfermos pulmonares bacilíferos presentan estos síntomas).

Expectoración con sangre (hemoptisis), con o sin dolor torácico y dificultad para respirar.

Síntomas generales como pérdida de peso o de apetito, fiebre, sudoración nocturna, cansancio, decaimiento (Ministerio de Salud de la Nación, 2014; Zerbini, 2013).

El examen del aparato respiratorio de los pacientes con tuberculosis suele ser normal, a pesar de lo extensa que pueda ser la afección a nivel radiológico.

Tuberculosis extrapulmonar.

Los síntomas generales de la TB extrapulmonar son similares a los de la pulmonar:

Fiebre, astenia, decaimiento, sudoración nocturna, pérdida de peso, disminución del apetito entre otros (Ministerio de Salud de la Nación, 2014).

Diagnóstico:

La bacteriología es una herramienta fundamental de un programa de control de tuberculosis (TB), dado que el diagnóstico de esta enfermedad y el seguimiento del tratamiento dependen en gran medida del examen bacteriológico de las muestras clínicas. El diagnóstico bacteriológico de TB puede hacerse en forma confiable en el laboratorio demostrando la presencia de bacilos en una muestra de la lesión por medio de la baciloscopía (BK) (examen microscópico) o el cultivo. Para que los servicios de laboratorio sean más eficientes y potentes, estos se integran en una Red Nacional de Laboratorios de TB, de tal manera que se asegure a los enfermos un diagnóstico bacteriológico oportuno, preciso y accesible (Ruiz., García y Vidal, 2012).

Técnicas de diagnóstico bacteriológico:

Baciloscopía. La baciloscopía o examen microscópico directo, que se efectúa previa coloración del extendido utilizando tinciones que evidencian la acidorresistencia del bacilo es una técnica sencilla, rápida y económica de diagnóstico directo para detectar a los casos de TB pulmonar más infecciosos (bacilíferos). Según la situación epidemiológica, entre un 65% y 80% de los enfermos adultos con TB pulmonar pueden ser diagnosticados por esta técnica. Las muestras de expectoración de estos enfermos contienen al menos 5.000 bacilos acido-alcohol resistentes (BAAR) por mililitro, concentración mínima necesaria para que la BK sea positiva.

Cultivo. El cultivo es una técnica más compleja y costosa que la BK, pero es la más sensible entre las disponibles. Permite evidenciar la presencia de un mínimo de 10 a 100 BAAR en una muestra, si es realizado en forma adecuada. Los resultados se obtienen entre 20 y 60 días después del procesamiento de la muestra, empleando medios de cultivo sólidos a base de huevo. El método más empleado para el procesamiento de muestras en nuestro país es el de Petroff, que entraña el uso de una centrifuga.

Prueba de Sensibilidad. La prueba de sensibilidad a los antibióticos permite identificar a los casos que necesitan una reformulación de la quimioterapia y orientar la conformación de un nuevo esquema de tratamiento. Para este fin, es necesario cultivar en el momento de diagnóstico las muestras de pacientes que tienen riesgo de estar afectados por TB resistente a fármacos, porque se han

contagiado con una cepa resistente o porque han realizado un tratamiento irregular (Alcaide y Santín. 2013).

Tratamiento:

Toda persona afectada por tuberculosis debe recibir atención integral en el establecimiento de salud durante todo su tratamiento que incluye: atención médica, atención por enfermería, asistencia social, psicología, salud sexual y reproductiva, evaluación nutricional y exámenes auxiliares basales.

Esquemas de tratamiento para TB.

La administración de los esquemas de tratamiento anti-TB es responsabilidad del personal de salud y es de lunes a sábado, incluido feriados. El esquema de tratamiento inicial debe ser ratificado o modificado dentro de los **30 días calendario** de haberse iniciado, de acuerdo a los resultados de las PS rápidas a isoniacida y rifampicina. Los esquemas de tratamiento antituberculosis se establecen de acuerdo al perfil de sensibilidad a isoniacida y rifampicina por PS rápida, según el siguiente flujograma de decisiones terapéuticas, figura 1.

Donde:

TBP: Tuberculosis Pulmonar

PR: Prueba Rápida

H: Isoniacida

R: rifampicina

E: Etambutol

Z: Pirazinamida

Lfx: Levofloxacina

Km: Kanamicina

Eto: Etionamida

Cs: Cicloserina.

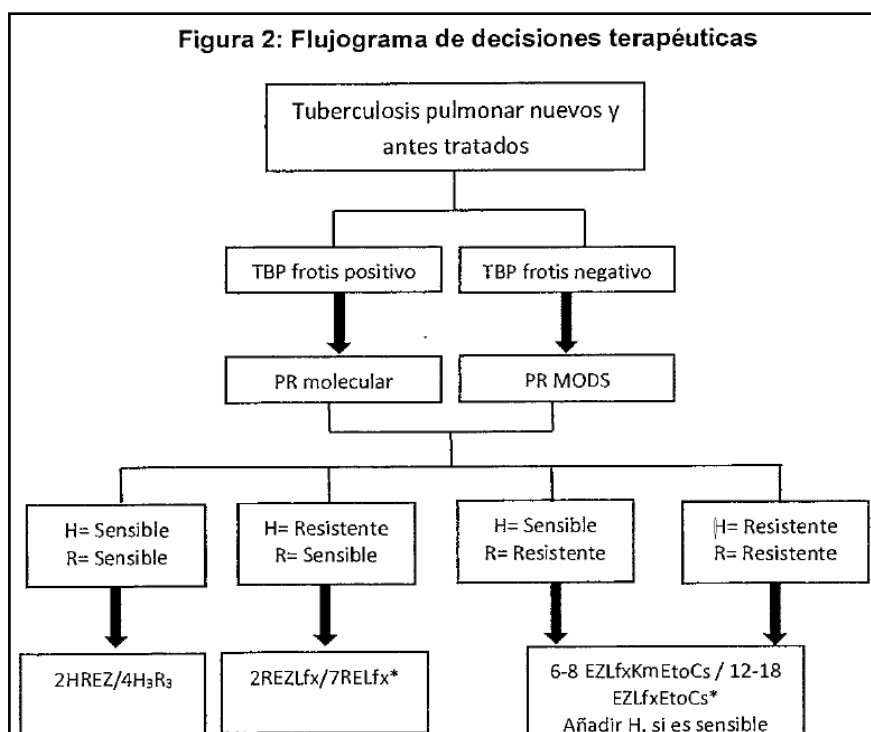


Figura 1. Flujoograma de decisiones terapéuticas. Extraído de: Norma técnica de salud para la atención integral de las Personas afectadas por tuberculosis, de Ministerio de Salud (2013).

Estilos de Vida

El estilo de vida es un patrón multidimensional de acciones auto iniciadas y percepciones que sirven para mantener o ampliar el nivel de bienestar, la autorrealización del individuo (Cadena, 2011).

Los estilos de vida han sido estudiados desde diferentes perspectivas y disciplinas como la sociología, la antropología médica y la epidemiología, teniendo para cada una, un concepto en particular, en el área de la epidemiología y la salud pública, Menéndez manifestó que el termino de estilos de vida y salud empiezan en las décadas de 1950 y 1960, para describir los comportamientos de las personas que tienen algún tipo de

enfermedad crónica, sin tomar en cuenta las enfermedades infectocontagiosas exceptuando el VIH/SIDA, posteriormente se han vinculado los estilos de vida con los factores de riesgo, los cuales coloca la responsabilidad en los individuos sobre su salud, Cockerham en el área de la sociología medica partiendo del fundamento de la teoría de Weber y Bourdieu sostuvo que los estilos de vida en salud son patrones de comportamiento colectivos, que se conforman a partir de diversas elecciones que realizan las personas y que están condicionados por las diversas oportunidades que la vida les brinda (Álvarez, 2012).

Como principales dimensiones de los estilos de vida encontramos:

Nutrición.

Es una dimensión que implica la selección y consumo de alimentos básicos para la salud y el bienestar, además de considerar la elección de una dieta diaria saludable (Laguado y Gómez, 2014). El Ministerio de Salud del Perú (MINSA) para garantizar un tratamiento adecuado para los pacientes con TB realizaron una Norma Técnica en el 2006 y en el 2013 la OMS junto con los países miembros publicaron una guía nutricional para los pacientes con TB, ya que en estos pacientes se existe pérdida de peso y apetito, pérdida de masa muscular por degeneración de proteínas, cambios en el metabolismo de los macronutrientes, deterioro de la inmunidad por deficiencia de minerales, las cuales son determinantes y de importancia para la resistencia a la TB (Conteras, 2014).

Actividad Física.

Para esta dimensión existen diferentes definiciones y juicios, pero todos se centran en el aumento del gasto energético o de las tasas metabólicas por encima de la basal,

según diferentes estudios la prevalencia de la actividad física en la población es muy baja, por ello, a nivel nacional e internacional dentro de sus objetivos sectoriales proponen el aumento de la práctica de la actividad física en todo rango de edad (Vidarte, Vélez, Sandoval, Alfonso, 2011).

Los pacientes con TB tienen cambios anatómicos y funcionales los cuales son permanentes y la mayoría están asociadas a insuficiencia respiratoria crónica los cuales necesitan tratamiento y rehabilitación, y por lo general la calidad de vida de estos pacientes están subestimado (Fernández et al, 2011).

Responsabilidad en salud

En esta dimensión los hábitos que se adquieren en la infancia o en la adolescencia están asociadas a las enfermedades crónicas no transmisibles que a su vez están unidas a diferentes determinantes de la salud, ya que la conducta humana es el resultado de la interacción entre diferentes individuos, sociedades y ambientes por ello se han modificado los enfoques en la salud (Vidal, Chamblas, Zavala, Müller, Rodríguez, et al., 2014), la responsabilidad de la salud de los pacientes con tuberculosis es del Estado, de las instituciones de salud pública y del personal especializado encargado para que de esa manera se pueda lograr su control y erradicación (Ministerio de Salud de Chile, 2014).

Manejo del estrés.

Esta dimensión empieza a tener importancia en los años 1940-1950 aproximadamente, en las cuales la persona que está frente a una situación de estrés pueda tener la capacidad de afrontarlo y poder sobrellevar la enfermedad que lo aqueja

hacia un objetivo final, en pacientes con tuberculosis el hecho de recibir la noticia de su diagnóstico ya es un evento estresante y ello depende de diversos factores de la persona como: la edad, sexo, creencias sobre la enfermedad y/o tratamientos que la persona tenga con anterioridad, además del ámbito social ya que existen “estigmas” que generan actitudes de discriminación o que puedan repercutir en la socialización del paciente (Belito, Fernández, Sánchez, Farro, 2014).

Soporte Interpersonal.

El principal soporte en esta dimensión es la familia, en la cual sus miembros tienen mucha dependencia uno del otro, ya que cuando un miembro se enferma los demás expresan alarma por la amenaza de la integridad de todos los miembros, además del posible contagio, sentimiento de inseguridad y conductas físicas y psicológicas que actúan dentro de la familia, por todo ello, los pacientes con diagnóstico de tuberculosis tratan de ocultar su enfermedad por miedo al rechazo, y ésta es una de las principales causas de deserción del tratamiento, por ello el apoyo familiar, más la asistencia financiera, recolección de medicamentos y apoyo emocional son factores importantes que influyen en el paciente para el cumplimiento de su tratamiento (Balcázar, Ramírez y Rodríguez, 2015).

Auto actualización

Según Carl Rogers, "La auto actualización es el potencial natural de las personas para alcanzar su máximo desarrollo, con todos sus recursos y competencias personales e interpersonales, así mismo es la fuerza interna del individuo que lleva a alcanzar todas sus potencialidades

Maslow (1986), en la jerarquía de las necesidades, considera a la auto actualización, llamada también autorrealización, como "Un proceso continuo de desarrollo de nuestros potenciales, es decir emplear nuestras habilidades, inteligencia y trabajar para hacer bien lo que deseamos". Maslow considera que la persona auto actualizada posee las siguientes características:

Realista: Posee una percepción eficiente de la realidad y una buena relación con ella, es fiable, responsable, es una persona con los pies en el suelo, tranquila y reservada.

Aceptación de sí mismo: Afrontan sus sentimientos, combaten sus miedos, aceptan su aspecto físico y aprenden a convivir con los aspectos que no pueden modificar.

Espontaneidad: Son sencillos en su conducta, naturales, poco convencionales y conformistas, sinceros en el comportamiento o el modo de pensar.

Autonomía: Son independientes de la cultura y el medio, dependen para su desarrollo de sus propios recursos.

Sensación de aprecio permanente: Posee una gran apreciación por sí misma y el mundo en general, respeta y aprecia la individualidad de las personas.

Sentimientos de afinidad con los demás: Se identifican con el prójimo y desean ayudarlo, buscan el bienestar de las personas se sienten involucradas y vinculadas con los demás.

Estilos de Vida y Tuberculosis

La comprensión de los significados conferidos a la tuberculosis por los pacientes dentro de su entorno social permite abordar esta enfermedad más allá de la atención clínica y convencional. Los estilos de vida y los modos de pensar de los pacientes influyen en la

forma en que responden a las intervenciones y acciones de los trabajadores sanitarios. Sin embargo, esta discusión se limita generalmente a la evaluación de estas respuestas desde el punto de vista de los profesionales de la salud, sin tener en cuenta cómo los pacientes ven su propia condición. La tuberculosis está rodeada por un dolor intenso, con implicaciones para diferentes esferas de la vida, incluidas las relaciones sociales. Esto se debe a las representaciones negativas de larga data sobre esta enfermedad, que resultan en estigma y discriminación (Lima et al, 2013).

Desde la perspectiva de los pacientes y de los profesionales de la salud, las dimensiones de la TB indican que además de su impacto físico en la vida de los pacientes, esta enfermedad también tiene un fuerte impacto emocional, ya que los síntomas debilitantes evocan discapacidad, impotencia y autodiscriminación. En vista de este estancamiento emocional, social y económico, el apoyo social/emocional es crucial para la terminación del tratamiento. Este apoyo puede lograrse mediante la interacción de los pacientes con sus familias y amigos, voluntarios y profesionales de la salud y promoviendo la autoestima, la confianza y el sentido de pertenencia de los pacientes (Lima et al, 2013).

Modelo Teórico de Enfermería.

Para el trabajo de investigación se consideró el Modelo Teórico de Nola Pender, Promoción de la Salud (Raile, Tomey y Ann, 2011).

Fuentes teóricas para el desarrollo de la Teoría. Nola Pender sustenta su teoría de Promoción de la Salud en la teoría del aprendizaje social (actualmente teoría cognitiva social) de Albert Bandura, que postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta. Además, el modelo de valoración de expectativas de la motivación

humana descrito por Feather, que afirma que la conducta es racional y económica, es importante para el desarrollo del modelo.

Pruebas empíricas utilizadas en el desarrollo de la Teoría. El Modelo de Promoción de Salud (MPS), sirvió como marco para la investigación destinada a predecir sistemas de promoción de la salud global y conductas específicas, como el ejercicio físico y el uso de la protección auditiva. Pender desarrolló un programa de investigación financiado por el National Institute of Nursing Research para evaluar el MPS en cuatro poblaciones:

Adultos trabajadores.

Adultos más mayores que viven en la comunidad.

Pacientes ambulatorios de cáncer.

Pacientes de rehabilitación cardíaca. Estos estudios demostraron la validez del MPS.

Conceptos principales & definiciones:

Conducta previa relacionada. La frecuencia de la misma conducta o similar en el pasado. Los efectos directos e indirectos de la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud.

Factores personales. Categorizados como biológicos, psicológicos y socio-culturales. Estos factores son predictivos de una cierta conducta y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de la conducta.

Factores personales biológicos. Incluyen variables como la edad, el sexo, el índice de masa corporal, el estado de pubertad, el estado de menopausia, la capacidad aeróbica, la fuerza, la agilidad y el equilibrio.

Factores personales psicológicos. Incluyen variables como la autoestima, la automotivación, la competencia personal, el estado de salud percibido y la definición de la salud.

Factores personales socioculturales. Incluyen factores como la etnia, la aculturación, la formación y el estado socioeconómico.

Beneficios percibidos de acción. Los resultados positivos anticipados que se producirán desde la conducta de salud.

Barreras percibidas de acción. Bloqueos anticipados, imaginados o reales y costes personales de la adopción de una conducta determinada.

Autoeficacia percibida. El juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud. La autoeficacia percibida influye sobre las barreras de acción percibidas, de manera que la mayor eficacia lleva a unas percepciones menores de las barreras para el desempeño de esta conducta.

Afecto relacionado con la actividad. Los sentimientos subjetivos positivos y negativos se dan antes, durante y después de la conducta basada en las propiedades de los estímulos de la conducta en sí. El afecto relacionado con la actividad influye en la autoeficacia percibida, lo que significa que cuanto más positivo es el

sentimiento mayor es el sentimiento de eficacia. Poco a poco, el aumento de sentimientos de eficacia puede generar un mayor efecto positivo.

Influencias interpersonales. Los conocimientos acerca de las conductas, creencias o actitudes de los demás. Las influencias interpersonales incluyen: normas (expectativas de las personas más importantes), apoyo social (instrumental y emocional) y modelación (aprendizaje indirecto mediante la observación de los demás comprometidos con una conducta en particular). Las fuentes primarias de las influencias interpersonales son las familias, las parejas y los cuidadores de salud.

Influencias situacionales. Las percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto determinado que puedan facilitar o impedir la conducta. Incluyen las percepciones de las opciones disponibles, características de la demanda y rasgos estéticos del entorno en que se propone se desarrollen ciertas conductas promotoras de la salud. Las influencias situacionales pueden tener influencias directas o indirectas en la conducta de salud.

Compromiso con un plan de acción. El concepto de la intención y la identificación de una estrategia planificada lleven a la implantación de una conducta de salud.

Demandas y preferencias contrapuestas inmediatas. Las demandas contrapuestas son aquellas conductas alternativas mediante las cuales los individuos tienen un bajo control porque existe contingentes del entorno., como el trabajo o las responsabilidades del cuidado de la familia. Las preferencias contrapuestas son

conductas alternativas mediante las cuales los individuos poseen un control relativamente alto, como la elección de un helado o una manzana para “picar” algo.

Conducta promotora de salud. El punto de mira o el resultado de la acción dirigido a los resultados de salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva. Los ejemplos de la conducta de promoción de la salud son: mantener una dieta sana, realizar ejercicio físico de forma regular, controlar el 86 estrés, conseguir un descanso adecuado y un crecimiento espiritual (Raile, Tomey y Ann, 2011).

Meta paradigmas de la Teórica:

Persona. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.

Cuidado de enfermería. La enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.

Salud. Estado altamente positivo. Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables.

Entorno. Las personas interactúan con el entorno teniendo en cuenta toda su complejidad biopsicosocial, transformando progresivamente el entorno y siendo transformados a lo largo del tiempo.

Los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de la vida. La reconfiguración iniciada por uno mismo de las pautas interactivas de la persona entorno es esencial para el cambio de conducta.

Afirmaciones Teóricas. El modelo es un intento de ilustrar la naturaleza multifacética de las personas que interactúan con el entorno intentando alcanzar un estado de salud. El MPS tiene una competencia o un centro orientado al enfoque. La promoción de la salud está motivada por el deseo de aumentar el bienestar y de 87 actualizar el potencial humano. En su primer libro Pender afirma que existe procesos biopsicosociales complejos que motivan a los individuos para que se comprometan con las conductas destinadas al fomento de la salud. En su cuarta edición aparecen catorce afirmaciones teóricas derivadas del modelo:

La conducta previa y las características heredadas y adquiridas influyen en las creencias, el afecto y la promulgación de las conductas de promoción de la salud.

Las personas se comprometen a adoptar conductas a partir de las cuales anticipa los beneficios derivados valorados de forma personal.

Las barreras percibidas pueden obligar a adquirir el compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real.

La competencia percibida de la eficacia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta.

La eficacia de uno mismo más percibida tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica.

El afecto positivo hacia una conducta lleva a una eficacia de uno mismo más percibida que puede, poco a poco, llevar a un aumento del afecto positivo.

Cuando las emociones positivas o el afecto se asocian con una conducta, aumenta la probabilidad de compromiso y acción.

Es más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de la salud cuando los individuos importantes para él/ella modela su conducta esperan que se produzcan la conducta y ofrecen ayuda y apoyo para permitirla.

Las familias, las parejas y los cuidadores de la salud son fuentes importantes de influencias interpersonales que pueden hacer aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de la salud.

Las influencias situacionales en el entorno externo pueden hacer aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud.

Cuando mayor es el compromiso de un plan específico de acción, más probable es que se mantengan las conductas promotoras de salud a lo largo del tiempo.

El compromiso de un plan de acción es menos probable que acabe en una conducta deseada cuando las exigencias contrapuestas en las que las personas tienen menos control requieren una atención inmediata.

Es menos probable que el compromiso de un plan de acción llegue a ser la conducta deseada cuando unas acciones son más atractivas que otras y, por lo tanto, son preferidas en la meta de la conducta.

Las personas pueden modificar los conocimientos, el afecto y los entornos interpersonales y físicos para crear incentivos para las acciones de salud.

Esta teoría puede ayudar al personal de enfermería a promocionar los estilos de vida a la población porque se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse, alimentarse adecuadamente, ejercitarse, socializar con las demás personas, mejorar su autoestima y por lo general llevar una vida saludable, por tal motivo nosotros como personal de salud podemos influir en el cambio de conducta de los pacientes, a su vez a involucrar a la familia a apoyar a la mejora y cambio hacia una conducta positiva e influir en su pronta recuperación del paciente con tuberculosis.

De esta manera las personas ya recuperadas de la enfermedad de la tuberculosis pueden también promocionar, prevenir e pueden influir con los demás pacientes con por la tuberculosis y a sus contactos cercanos, motivando a mejorar su estilo de vida,

Definición conceptual

Contacto: persona que ha estado expuesta al contagio de un afectado con TB, y que tiene mayor probabilidad de haberse infectado recientemente y desarrollar la enfermedad; puede ser intra-domiciliario o extra-domiciliario (Organización Mundial de la Salud, 2012).

Caso de TB: persona a la que se diagnostica TB, con o sin confirmación bacteriológica, y a quien se indica e inicia tratamiento antituberculosis (Organización Mundial de la Salud, 2010).

Caso de TB pulmonar (TBP): se refiere a cualquier persona con TB confirmada bacteriológicamente o diagnosticada clínicamente de TB, que implica afectación del parénquima pulmonar o árbol traqueo-bronquial. La TB miliar también se considera como TBP porque hay lesiones en los pulmones (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015).

Estilos de vida: es el conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera general de vivir de un individuo o grupo, incluyendo aquellas conductas sobre las que un individuo tiene control y que podrían poner en riesgo la salud (Oblitas, 2010).

Promoción de la salud: según la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud se refiere a: “el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre

su salud y los determinantes, para incrementar el control, para mejorarla” (Martínez y García, 2012).

Autocuidado: según Silva L., et al. es: “Una actividad aprendida por la persona a lo largo de su vida y orientada hacia un objetivo”, siendo por tanto una conducta dirigida hacia uno mismo en beneficio de la salud y el bienestar (Silva et al, 2006).

Tuberculosis: “Es una infección bacteriana contagiosa causada por *Mycobacterium tuberculosis* que compromete sobre todo los pulmones, pero puede extenderse a otros órganos” (Martínez y Rivera, 2017).

Capítulo III

Metodología

Descripción del área de estudio

El presente estudio se efectuará en Hospital Nacional Hipólito Unanue que se encuentra situado en la Av. Cesar Vallejo N° 1390 distrito de El Agustino, desarrollando su actividad dentro de la jurisdicción asignada por la Dirección de Salud Lima – Este como Hospital de Nivel III, cabeza de red de Lima - Este. Está ubicado en una zona estratégica, con grandes facilidades de acceso y tiene un área construida de 15,161m². Recibe en forma permanente pacientes referidos por los Hospitales, Centros y Postas de Salud de la jurisdicción que presentan distintos problemas de salud, incluida la tuberculosis pulmonar. De las 653 camas en total con que cuenta el hospital, 28 se encuentran dispuestas en el Servicio de Emergencia para la atención de diversos pacientes incluidos aquellos que ingresan con diagnóstico de tuberculosos pulmonar que hacen su ingreso por esta área hospitalaria. Específicamente esta propuesta de investigación se desarrollará en los tópicos de enfermería, medicina e infectología del Servicio de Emergencia del HNHU.

Población y muestra

Se realizará a los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo comprendido entre agosto a septiembre de 2017.

Debido a que mensualmente son atendidos hasta 200 pacientes con este diagnóstico (en diversos esquemas terapéuticos), la población estará conformada por un total de 400 pacientes

Muestra

De acuerdo a la población de pacientes con TBC pulmonar que han de ingresar en el periodo de dos meses (400), el cálculo de la muestra mediante la fórmula de población finita, considerando una proporción del 50.0%, un nivel de confianza del 95% y un error de precisión del 5.0%. Para el cálculo de la muestra con población finita se utilizó la siguiente fórmula:

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

Dónde:

Tamaño de Población:	N=400
Nivel de Confianza (95%):	Z α =1.96
Proporción a favor:	p=0.5
Proporción en contra:	q=0.5
Error de precisión:	d=0.05

Reemplazando y realizando los cálculos en fórmula previa, la muestra de estudio estará conformada por un total de 196 pacientes con diagnóstico de TBC pulmonar que acuden entre los meses de agosto a septiembre de 2017.

El tipo de muestreo fue probabilístico y la técnica de muestreo será sistemática.

Criterios de inclusión

Paciente con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar en esquema 1 o 2.

Paciente que proceden de la ciudad de Lima Metropolitana.

Paciente con edad mayor de 18 años a 50 años.

Paciente que brinden su aceptación de participar en el estudio.

Pacientes con TBC pulmonar que cursan con un episodio de hemoptisis al momento de la recolección de datos.

Criterios de exclusión

Paciente con diagnóstico de TBC Multidrogo Resistente y Extremadamente Resistente (MDR y XMDR).

Paciente con alta frecuencia de migración (más de 3 viajes al mes)

Paciente complicado con alguna comorbilidad (Diabetes mellitus, VIH/Sida, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, etc.).

Paciente que ingrese en con alteración del estado de conciencia que imposibilite su participación.

Tipo de investigación

De acuerdo a Sampieri el estudio de investigación es de enfoque cuantitativo, porque utiliza base en la medición numérica y el análisis estadístico, para medir las variables; de tipo descriptivo, porque describirá los estilos de vida de los pacientes con tuberculosis en busca de especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población (Sampieri, 2004). El diseño de investigación es no experimental porque las variables no se manipulan, solo se observa y se analiza el fenómeno tal y como es en su contexto natural; transversal porque el

estudio recolectará datos en un periodo de tiempo específico (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

Identificación de variables

Estilos de vida

Nutrición

Actividad física

Responsabilidad en salud

Manejo del estrés

Soporte interpersonal

Autoactualización

Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Ítems	Tipo y escala	Categoría	Técnica e instrumento
Estilos de vida	Según Nola Pender es un patrón multidimensional de acciones auto iniciadas y percepciones que sirven para mantener o ampliar el nivel de bienestar y la autorrealización del individuo. ⁽¹⁵⁾	Puntaje total obtenido en los diferentes aspectos que definen los estilos de vida según el instrumento PEPS-I aplicado en pacientes con TBC pulmonar que ingresan por emergencia.	Nutrición	Ítems 1, 5, 14, 16, 26 y 35.	Cualitativa ordinal	“Poco saludable” “Saludable” “Muy saludable”	Técnica: encuesta Instrumento: Cuestionario de Perfil de Estilos de Vida (PEPS-I)
			Actividad física	Ítems 4, 13, 22, 30 y 38.	Cualitativa ordinal	“Poco saludable” “Saludable” “Muy saludable”	
			Responsabilidad en salud	Ítems 2, 7, 15, 20, 28, 32, 33, 42, 43 y 46.	Cualitativa ordinal	“Poco saludable” “Saludable” “Muy saludable”	
			Manejo del estrés	Ítems 6, 11, 27, 36, 40, 41 y 45.	Cualitativa ordinal	“Poco saludable” “Saludable” “Muy saludable”	
			Soporte interpersonal	Ítems 10, 18, 24, 25, 31, 39 y 47.	Cualitativa ordinal	“Poco saludable” “Saludable” “Muy saludable”	
			Autoactualización	Ítems 3, 8, 9, 12, 16, 17, 21, 23, 29, 34, 37, 44, 48	Cualitativa ordinal	“Poco saludable” “Saludable” “Muy saludable”	

Técnica e instrumento de recolección de datos

La técnica de recolección de datos será la encuesta, la cual se caracterizará por ser: i) heteroadministrada, ya que por su condición de salud el encuestador será quien leerá las preguntas y el paciente con TBC pulmonar ha de contestar, ii) anónima, pues en ningún momento se solicitará nombre alguno que permita su identificación, y iii) tendrá una duración aproximada de 15 minutos.

El instrumento de recolección de datos

El instrumento de recolección de datos será el Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida (PEPS-I) de la autora Nola Pender (1996), el cual fue construido según el Modelo de Promoción de la Salud de la misma autora. Este instrumento cuenta con un total de 48 ítems o reactivos que corresponden a 6 dimensiones relativos al estilo de vida:

Dimensión I: Nutrición (significa establecer patrones de alimentación y selección de alimentos), siendo este componente del estilo de vida conformado por 6 ítems: 1, 5, 14, 16, 26 y 35.

Dimensión II: Actividad ejercicio (o ejercicio, que es adherirse a un patrón regular de actividad física), siendo este componente del estilo de vida conformado por 5 ítems: 4, 13, 22, 30 y 38.

Dimensión III: Responsabilidad en salud (que es tener y aceptar el control de su bienestar), siendo este componente del estilo de vida conformado por 10 ítems: 2, 7, 15, 20, 28, 32, 33, 42, 43 y 46.

Dimensión IV: Manejo del estrés (que significa reconocer fuentes de estrés y acciones contra él), siendo este componente del estilo de vida conformado por 7 ítems: 6, 11, 27, 36, 40, 41 y 45.

Dimensión V: Soporte interpersonal (o apoyo interpersonal, que es mantener relaciones positivas con otras personas incluyendo en un sentido de intimidad), siendo este componente del estilo de vida conformado por 7 ítems: 10, 18, 24, 25, 31, 39 y 47.

Dimensión VI: Autoactualización (que es tener un propósito en la vida y buscar el desarrollo profesional), siendo este componente del estilo de vida conformado por 13 ítems: 3, 8, 9, 12, 16, 17, 21, 23, 29, 34, 37, 44, 48.

Cada uno de los ítems por lo que está conformado el instrumento cuenta con opciones de respuesta de tipo Likert de 4 niveles: “Nunca”, “A veces”, “Frecuentemente”, y “Rutinariamente”, de las cuales los encuestados han de escoger solo una, siendo esta respuesta registrada por el encuestador (Anexo 1).

Proceso de recolección de datos.

En primera instancia se buscará obtener la aprobación del proyecto de investigación tanto por el asesor designado como por la Escuela de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión.

Seguidamente se coordinará con el departamento de capacitación del Hospital Nacional Hipólito Unanue para obtener los permisos necesarios para la aplicación del estudio en las instalaciones del hospital; asimismo, se coordinará con la jefatura del área de emergencia para obtener las facilidades para la ejecución del estudio.

Durante un periodo de 2 meses (agosto a septiembre de 2017) se realizará la recolección de datos y para ello se identificará a todo paciente con TBC pulmonar que ingrese por emergencia y sea atendido en los tópicos de enfermería, medicina e infectología.

Previo a la aplicación del instrumento PEPS-I se explicará el propósito del estudio y sus implicancias (incluyendo el carácter anónimo de su participación) a los pacientes con TBC pulmonar a encuestar, luego de ello se solicitará la firma del consentimiento informado (Apéndice B).

Procesamiento y análisis de los datos

Luego de recopilar los datos que sean necesarios, estos serán codificados y tabulados en una base datos diseñada en el Programa estadístico SPSS versión 23.0 en español; asimismo, este procedimiento se realizará teniendo en cuenta la operacionalización de variables, siendo luego recategorizados para su análisis.

Para el análisis descriptivo de las variables cuantitativas se emplearán medidas de tendencia central (promedio) y medidas de dispersión (desviación estándar). En cambio, para el análisis descriptivo de variables cualitativas se utilizarán frecuencias absolutas y porcentajes.

Además, para facilitar la presentación de resultados, estos serán presentados mediante tablas de frecuencias y gráficos estadísticos como el diagrama de barras y el diagrama circular, todos ellos construidos en la hoja de cálculo Microsoft Excel 2018.

Consideraciones éticas

Para esta investigación se requerirá la participación directa de pacientes, lo cual podría en alguna medida afectar la salud e integridad de los participantes; no obstante, dado que se emplearán técnicas de investigación observacionales esta posibilidad queda desestimada. Respecto a la autonomía, su aplicación se traducirá en la autorización del paciente mediante consentimiento informado sobre su participación (Apéndice C). La identificación de los participantes no será mediante sus nombres y apellidos, sino mediante un ID que permitirá identificar a cada sujeto de estudio, lo cual asegurará el respeto al principio de confidencialidad. Dado que los procedimientos que se planifican son netamente observacionales, no existirá riesgo alguno para la integridad de los participantes

Capítulo IV

Administración del proyecto de investigación

Cronograma de ejecución

CRONOGRAMA	2017				
	May	Jun	Jul	Ago	Set
FASE DE EJECUCIÓN					
REVISIÓN DE INSTRUMENTOS		X			
PREPARACIÓN DEL MATERIAL DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA			X		
RECOLECCIÓN DE DATOS			X		
VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN				X	
EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN				X	
FASE DE COMUNICACIÓN					
TABULACIÓN DE DATOS				X	
CODIFICACIÓN Y PREPARACIÓN DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN					X
REDACCIÓN DE INFORME FINAL					X
IMPRESIÓN Y PRESENTACIÓN DEL					X

Presupuesto

ACTIVIDADES	RUBRO	CANTIDAD	P. UNITARIO	TOTAL
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	MATERIALES DE ESCRITORIO (HOJAS, LAPICEROS, FOLDER, ARCHIVADOR, TABLEROS, LAPICEROS, ETC	3	S/.30.00	S/.90.00
	RECOLECCION DE DATOS	MATERIAL DE ESCRITORIO,	1	S/.30.00
PROCESAMIENTO DE DATOS	IMPRESIÓN DE INSTRUMENTOS	200	S/.1.00	S/.200.00
	MATERIAL DE ESCRITORIO	1	S/.70.00	S/.70.00
	ASESORAMIENTO	2	S/.100.00	S/.200.00
TOTAL				S/.590.00

Referencias

- Aguilar, M. G. (2014). *Estilo de vida del Adulto Mayor que asiste al Hospital Materno Infantil Villa María del Triunfo. Lima, Perú*. Disponible en <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/154>
- Alcaide, F y Santín, M. (2013) *Tuberculosis multiresistente. Enferm Infecc Microbiol Clin*; 26(Supl 13):54-60.
- Alligod, M. (2014). *Modelos y teorías de enfermería*. 8ª ed. Estados Unidos. Elsevier Editorial.
- Álvarez, L. (2012) *Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto*. Rev. Fac. Nac. Salud Pública; 30(1): 95-101
- Barragán, L., González, M., Estrada, S., Hernández, Y., Hernández E., et al. (2015). *Estilo de vida y dimensiones, en estudiantes universitarios de área de la salud. Ciencia y Humanismo en la Salud*, 2(2): 53-63.
- Balcázar, L., Ramírez, Y., Rodríguez, M. (2015). *Depresión y funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de tuberculosis*. Rev Esp Méd Quir; 20: 135-143.
- Baldeón y Medina (2012). *El estrés y los estilos de vida en los pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo II*. Disponible en <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/2095>
- Belito, H., Fernández, V., Sánchez, S., Farro, G. (2014). *Estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes con tuberculosis de un centro de salud*. Rev enferm Herediana; 7(2): 69-78.

- Cadena, F. (2011). *Eficacia de una intervención promotora de salud en la adherencia al tratamiento y estilo de vida en enfermos de TBP*. (Tesis de grado). Universidad de Alicante. Tamaulipas, México.
- Cadena, F., Rizo, M., Cortés, E. y Alarcón N. (2012). *Modificación de estilos de vida mediante una intervención promotora de salud en pacientes con tuberculosis pulmonar*. Waxapa, 1(6): 44-49.
- Carranza J, R. Y. (2012). *Estilo de Vida y Factores Biosocioculturales del Adulto Mayor. Urbanización el Carmen, Chimbote*. Disponible en:
<http://bit.ly/1j4oDTt>
- Contreras, M. (2014). *Nutrición y Tuberculosis*. Bol - Inst Nac Salud; 20(5-6): 98-103
- Caluña J, E. J. (2011). *Estilos de Vida en los pacientes hipertensos adultos y adultos mayores que acuden a los scs de las parroquias san pablo de atenas y balsapamba. Guranada*. Disponible en: <http://bit.ly/1h4oKTt>
- Chalco y Quispe (2013). *Estilos de vida saludable y estado nutricional en estudiantes del 5º año del nivel secundario*. Rev Cient. (consultado el 01 de agosto, 2017). Disponible en
http://revistascientificas.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/view/218
- Espinoza, L (2016) *Estilo de vida del profesional de Enfermería pertenecientes a la Micro Red de San Vicente Cañete*. Disponible en
<http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2285>
- Fernández, M., García, M., y Pérez, J. (2011). *Impacto de la tuberculosis pulmonar en la calidad de vida de los pacientes*. Un estudio de casos y controles. *Rev Invest Clin*, 63(1): 39-45

- Fulgencia, M. V. (2010). *Estilo de vida y el estado nutricional en el adulto mayor. Chimbote*. Disponible en <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2242>
- Galarza, C. (2010). *Situación de la tuberculosis en el Perú*. Dermatol Perú. 20(1)
- Hernández S., Fernández C., Baptista L. (2004) *Metodología de la Investigación*. Mc. Graw Hill: México.
- Heredia, M., Puc, M., Caamal, A. y Vargas, A. (2012). *Determinantes sociales relacionados con el tratamiento de tuberculosis en Yucatán, México*. Rev Biomed. 23: 113-120.
- Laguado, E., y Gómez, M. (2014). *Estilos de vida saludable en estudiantes de enfermería en la Universidad Cooperativa de Colombia*. Hacia la promoción de la Salud, 19(1): 68-83.
- La PrensaMX. (2014) *Estilos de vida determinantes para desarrollar la tuberculosis*. (Consultado el 09 de junio, 2017). Disponible en <http://laprensa.mx/notas.asp?id=269461>
- Lima, A., Falcão, D., Ribeiro, E. y Moralez, R. (2013). *Life experiences of patients who have completed tuberculosis treatment: a qualitative investigation in southeast Brazil*. BMC Public Health, 13:595
- Martínez, J., García, M. (2012). *Promoción de la salud*. España: Ediciones Paraninfo. p.8.
- Martínez, R., Rivera, R. (2017). *Salud y enfermedad del niño y adolescente*. (8.a Ed.). México: Editorial Manual Moderno.
- Maslow, A. (1985). *El hombre autorrealizado: hacia una psicología del ser*. Bs. Aires: Troquel.

- Ministerio de Salud de la Nación. (2014). *Enfermedades infecciosas, Tuberculosis. Guía para el equipo de salud*. (2.a Ed.). Argentina. pp. 70
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). *Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis. Guía de Práctica Clínica (GPC)*. Ecuador. pp. 138
- Ministerio de Salud. (2013). *Norma técnica de salud para la atención integral de las Personas afectadas por tuberculosis*. NTS N°104 - MINSA/DGSP V.01. Lima, Perú. pp. 128.
- Ministerio de Salud de Chile (2014). *Normas técnicas para el control y la eliminación de la tuberculosis*. Subsecretaría de salud pública.
- Muñoz S, C. V. (2010). *Estilo de vida y estado nutricional en el adulto mayor en el A.H. "Esperanza Baja*. Chimbote. Disponible en: <http://bit.ly/1tIK8J4>
- Oblitas, A. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. (3.a Ed.). México: Cengage Learning. 2010.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Guidelines for Treatment of tuberculosis. Fourth Edition. Tuberculosis (TB)*. (Consultado el 09 de junio, 2017). Disponible en: <http://bit.ly/2tIO8J8>
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Recommendations for investigating contacts of persons with infectious tuberculosis in low-and middle-income countries. Tuberculosis (TB)*. (Consultado el 09 de junio, 2017). Disponible en: <http://bit.ly/2te7hIE>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Tuberculosis. Centro de prensa*. (Consultado el 09 de junio de 2017). Disponible en: <http://bit.ly/1j4oWTt>

- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Confeción TB/VIH: Guía Clínica*. Versión actualizada. Washington. pp. 180
- Raile., Tomey y Ann. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona, España: Elsevier. pp. 503-523.
- Ruiz, J., García, M y Vidal R. (2012) *Normativa SEPAR. Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis*. Arch Bronconeumol.; 44(10):551-66
- Santa Biblia, V. R. (2000). Ney Life
- Senthilingam, M., Pietersen, E., McNerney, R., Riele, J., Sedres, P., et al. (2015). *Lifestyle, attitudes and needs of uncured XDR-TB patients living in the communities of South Africa: a qualitative study*. Tropical Medicine and International Health volumen, 20(9): 1155–1161.
- Silva, L., Gómez, D., Millán, D., Palacios, J., Puertas, E., López, P. (2006). *Enfermeros. Cuerpo técnico, escala de diplomado en salud pública*. (3.a Ed.). España: Editorial MAD.
- Sousa, P., Gaspar, P., Fonseca, H., Hendricks, C., Murdaugh, C. (2015). *Health promoting behaviors in adolescence: validation of the Portuguese version of the Adolescent Lifestyle Profile*. J Pediatr. 91(4): 358-365.
- Trejo, Maldonado, Ramirez y Hernandez (2013). *Nivel de estilo de vida de los alumnos universitarios de la escuela superior de Tlahuelilpan - Mexico*. Disponible en <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/xikua/article/view/1329/1>

- Vidal D., Chamblas I., Zavala M., Müller R., Rodríguez, M., Chávez, A. (2014). *Determinantes sociales en salud y estilos de vida en población adulta de Concepción, Chile*. CIENCIA Y ENFERMERIA. XX(1): 61-74
- Vidarte, J., Vélez, C., Sandoval, C., y Alfonso, M. (2011) *Actividad física: estrategia de promoción de la salud. Hacia la Promoción de la Salud; 16(1): 202-218*
- White, E. (1975). *Ministerio de Curación, La Alimentación y la Salud*. Buenos Aires, Argentina: ACES.
- White, E. (1976). *Consejos Sobre el Régimen Alimenticio, los hábitos de Alimentación Inconvenientes como causa de Enfermedad*. Buenos Aires, Argentina: ACES
- Wong, C. (2011). *Validation of the psychometric properties of the health-promoting lifestyle profile in a sample of Taiwanese women*. Quality of Life Research, 20(4): 523-528.
- Zerbini, E. (2013). *Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Normas Técnicas 2013. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Dr. Emilio Coni*. (4.a Ed.). Argentina. pp. 242.

Apéndices

Apéndice A. Matriz de consistencia

Problema	Objetivos	Hipótesis	VARIABLES	Metodología
<p>General ¿Cuáles son los estilos de vida de pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima, 2017?</p> <p>Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuáles son los estilos de vida en su dimensión nutrición en pacientes con tuberculosis pulmonar en que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue? - ¿Cuáles son los estilos de vida en su dimensión actividad física en pacientes con tuberculosis pulmonar en que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue? - ¿Cuáles son los estilos de vida en su dimensión responsabilidad en salud en pacientes con tuberculosis pulmonar en que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue? - ¿Cuáles son los estilos de vida en su dimensión manejo del estrés en pacientes con tuberculosis pulmonar en que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue? - ¿Cuáles son los estilos de vida en su dimensión soporte interpersonal en pacientes con tuberculosis pulmonar en que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue? - ¿Cuáles son los estilos de vida en su dimensión autoactualización en pacientes con tuberculosis pulmonar en que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue? 	<p>General Determinar los estilos de vida de pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima, 2017.</p> <p>Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar los estilos de vida en su dimensión nutrición en pacientes con tuberculosis pulmonar en que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue. - Determinar los estilos de vida en su dimensión actividad física en pacientes con tuberculosis pulmonar en que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue. - Determinar los estilos de vida en su dimensión responsabilidad en salud en pacientes con tuberculosis pulmonar en que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue. - Determinar los estilos de vida en su dimensión manejo del estrés en pacientes con tuberculosis pulmonar en que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue. - Determinar los estilos de vida en su dimensión soporte interpersonal en pacientes con tuberculosis pulmonar en que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue. - Determinar los estilos de vida en su dimensión autoactualización en pacientes con tuberculosis pulmonar en que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue. 	<p>Por tratarse de una investigación descriptiva no requerirá el planteamiento de hipótesis.</p>	<p>Estilos de vida</p> <p><i>Dimensiones:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nutrición - Actividad física - Responsabilidad en salud - Manejo del estrés - Soporte interpersonal - Autoactualización 	<p>Tipo y diseño: el estudio de investigación es de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, no experimental y transversal.</p> <p>Área geográfica: Hospital Nacional Hipólito Unanue que se encuentra situado en la Av. Cesar Vallejo N° 1390 distrito de El Agustino.</p> <p>Población: 400 pacientes.</p> <p>Muestra: 196 pacientes.</p> <p>Técnica: encuesta</p> <p>Instrumento: Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida (PEPS-I) de la autora Nola Pender.</p> <p>Procesamiento: SPSS versión 23</p>

Apéndice B. Instrumento de la investigación

Estilos de vida de pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2017

N de Ficha: _____ ID: _____ Fecha: _____

Cuestionario PEPS-I

Datos generales:

Edad:años

Sexo: () Masculino () Femenino

Nivel educativo: () Sin instrucción () Primaria

 () Secundaria () Superior

Estado civil: () Soltera/o () Casada/o

 () Viuda/o () Otro.....

Procedencia: () Lima () Otro.....

Religión: () Católica () Mormón

 () Evangélico () Otro.....

Instrucciones:

En este cuestionario se pregunta sobre el modo en que vives en relación a tus hábitos personales actuales. No hay respuesta correcta o incorrecta, solo es tu forma de vivir. Favor de no dejar preguntas sin responder. Marca con una X el número que corresponda a la respuesta que refleje mejor tu forma de vivir.

Considere lo siguiente:

1 = “Nunca” 2 = “A veces” 3 = “Frecuentemente” 4 = “Rutinariamente”

Nº	Preguntas	1	2	3	4
1	Tomas algún alimento al levantarte por las mañanas				
2	Relatas al médico cualquier síntoma extraño relacionado con tu salud				
3	Te quieres a ti misma (o)				
4	Realizas ejercicios para relajar tus músculos al menos 3 veces al día o por semana				
5	Seleccionas comidas que no contienen ingredientes artificiales o químicos para conservarlos (sustancias que elevan tu presión arterial).				
6	Tomas tiempo cada día para el relajamiento				
7	Conoces el nivel de colesterol en tu sangre (miligramos en sangre)				
8	Eres entusiasta y optimista con referencia a tu vida				
9	Crees que estas creciendo y cambiando personalmente en direcciones positivas				
10	Discutes con personas cercanas tus preocupaciones y problemas personales				
11	Eres consciente de las fuentes que producen tensión (comúnmente nervios) en tu vida				
12	Te sientes feliz y contento(a)				
13	Realizas ejercicio vigoroso por 20 o 30 minutos al menos tres veces a la semana				
14	Comes tres comidas al día				
15	Lees revistas o folletos sobre cómo cuidar tu salud				
16	Eres consciente de tus capacidades y debilidades personales				
17	Trabajas en apoyo de metas a largo plazo en tu vida				
18	Elogias fácilmente a otras personas por sus éxitos				
19	Lees las etiquetas de las comidas empaquetadas para identificar nutrientes (artificiales y/o naturales, colesterol, sodio o sal, conservadores)				
20	Le preguntas a otro médico o buscas otra opción cuando no estás de acuerdo con lo que el tuyo te recomienda para cuidar tu salud				
21	Miras hacia el futuro				
22	Participas en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión				
23	Eres consciente de lo que te importa en la vida				
24	Te gusta expresar y que te expresen cariño personas cercanas a ti				
25	Mantienes relaciones interpersonales que te dan satisfacción				
26	Incluyes en tu dieta alimentos que contienen fibra (ejemplo: granos enteros, frutas crudas, verduras crudas)				
27	Pasas de 15 a 20 minutos diariamente en relajamiento o meditación				
28	Discutes con profesionales calificados tus inquietudes respecto al cuidado de tu salud				
29	Respetas tus propios éxitos				
30	Checas tu pulso durante el ejercicio físico				
31	Pasas tiempo con amigos cercanos				
32	Haces medir tu presión arterial y sabes el resultado				
33	Asistes a programas educativos sobre el mejoramiento del medio ambiente en que vives				
34	Ves cada día como interesante y desafiante				
35	Planeas o escoges comidas que incluyan los cuatro grupos básicos de nutrientes cada día (proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas)				

36	Relajas conscientemente tus músculos antes de dormir				
37	Encuentras agradable y satisfecho el ambiente de tu vida				
38	Realizas actividades físicas de recreo como caminar, nadar, jugar fútbol, ciclismo				
39	Expresas fácilmente interés, amor y calor humano hacia otros				
40	Te concentras en pensamientos agradables a la hora de dormir				
41	Pides información a los profesionales para cuidar de tu salud				
42	Encuentras maneras positivas para expresar tus sentimientos				
43	Observas al menos cada mes tu cuerpo para ver cambios físicos o señas de peligro				
44	Eres realista en las metas que te propones				
45	Usas métodos específicos para controlar la tensión (nervios)				
46	Asistes a programas educativos sobre el cuidado de la salud persona				
47	Te gusta mostrar y que te muestren afecto con palmadas, abrazos y caricias, por personas que te importante (papás, familiares, profesores y amigos)				
48	Crees que tu vida tiene un propósito				

Gracias por su tiempo...

Apéndice C. Consentimiento informado de participación

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar : Lima Metropolitana

Investigadora : Lic. Mery Anne Marcelo Gonzales
Lic. Manuel Ángel Musaico Antón

Título : Estilos de vida de pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2017

Propósito del Estudio: se está realizando un estudio con miras los estilos de vida de pacientes con tuberculosis pulmonar, al cual se le invita a participar en calidad de encuestado/a

Procedimientos: si Ud. acepta ser incluido en el estudio se le informa que su participación consistirá solo en responder a una serie de preguntas que se le realizarán mediante una encuesta.

Riesgos: no se prevén riesgos para su salud derivados de su participación, pues se trata de una encuesta que no generará daño ni riesgo alguno para su salud.

Costos e incentivos: su participación en el estudio no tiene ningún costo para usted; además, tampoco recibirá ningún incentivo económico a cambio de participar.

Confidencialidad: Ud. no brindará su nombre ni apellidos en ningún momento de la encuesta. Es decir, su participación será totalmente anónima.

Si los resultados de este estudio fuesen publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. Además, sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Derechos del participante: si usted decide participar en el estudio, puede retirarse en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor comuníquela.

CONSENTIMIENTO

He realizado las preguntas que consideré oportunas, todas las cuales han sido absueltas y con repuestas que considero suficientes y aceptables. Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria doy mi consentimiento para participar de este estudio.

Firma

Lima, dede 2017

Apéndice D. Confiabilidad y validez del instrumento

Es importante mencionar que si bien el instrumento PEPS-I de Nola Pender ha sido creado en 1996 con adecuadas propiedades métricas para la evaluación del constructo estilos de vida (coeficiente de fiabilidad de 0,93), subsecuentes investigaciones han reafirmado su validez y confiabilidad (Sousa et al, 2015; Wong, 2011), en el Perú no se ha realizado ningún estudio de estilos de vida específicamente a “pacientes con tuberculosis” por ellos se tuvo que realizar la validación correspondiente.

Validez: Se realizó la validación por 5 jueces expertos, los cuales respondieron positivamente a cada ítem, dando un V de Aiken 1,00 por cada juez e ítems.

Ítems	J1	J2	J3	J4	J5	Total	V de Aiken
1	1	1	1	1	1	5	1,00
2	1	1	1	1	1	5	1,00
3	1	1	1	1	1	5	1,00
4	1	1	1	1	1	5	1,00
5	1	1	1	1	1	5	1,00

CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL
INSTRUMENTO DICTAMINADO POR EL JUEZ

1) ¿Está de acuerdo con las características, forma de aplicación
(instrucciones para el examinado) y estructura del instrumento?

SI (✓)

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

2) A su parecer ¿el orden de las preguntas es el adecuado?

SI (✓)

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

3) ¿Existe dificultad para entender las preguntas del instrumento?

SI ()

NO (✓)

Observaciones y/o sugerencias:

4) ¿Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del instrumento?

SI ()

NO (X)

Observaciones y/o sugerencias:

5) Los ítems del instrumento ¿tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

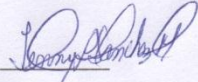
SI (X)

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

Otras observaciones: Estoy de acuerdo con el instrumento
y los ítems para la investigación.

Fecha:

Nombre y firma del juez: Jonny Sánchez Maldonado 

Institución donde labora: Hospital Nacional Hipólito Uruamú

Años de experiencia profesional o científica: 8 años

CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO DICTAMINADO POR EL JUEZ

1) ¿Está de acuerdo con las características, forma de aplicación (instrucciones para el examinado) y estructura del instrumento?

SI (X)

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

2) A su parecer ¿el orden de las preguntas es el adecuado?

SI (X)

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

3) ¿Existe dificultad para entender las preguntas del instrumento?

SI ()

NO (X)

Observaciones y/o sugerencias:

4) ¿Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del instrumento?

SI ()

NO (X)

Observaciones y/o sugerencias:

5) Los ítems del instrumento ¿tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

SI (X)

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

Otras observaciones: _____

Fecha:

Nombre y firma del juez:

Williams Jesus Gomez Ore

Institución donde labora:

Hospital Hipolito Urua

Años de experiencia profesional o científica:

08 años

Dr. Williams Jesus Gomez Ore
INGENIERO
CER 36399

CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO DICTAMINADO POR EL JUEZ

1) ¿Está de acuerdo con las características, forma de aplicación (instrucciones para el examinado) y estructura del instrumento?

SI (✓)

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

El nivel cultural de las personas, sobre sus actitudes de su persona y de los suyos, para que mejore su calidad de vida.

2) A su parecer ¿el orden de las preguntas es el adecuado?

SI (✓)

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

Priorizar información de paciente con diferentes ítems cultura, unidades personales, relaciones interpersonales, autoestima

3) ¿Existe dificultad para entender las preguntas del instrumento?

SI ()

NO (✓)

Observaciones y/o sugerencias:

Claro.

4) ¿Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del instrumento?

SI ()

NO (✓)

Observaciones y/o sugerencias:

Se dejó entender

5) Los ítems del instrumento ¿tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

SI (✓)

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

Si, se pertenece a la dimensión de la interacción

Otras observaciones: _____

Fecha:

Nombre y firma del juez: _____

Institución donde labora: _____

Años de experiencia profesional o científica: _____

[Firma]
 María Ana Álvarez Lora
 Lic. en Enfermería
 C. C. P. 31039
 Hospital Nacional Hipólito Buján

CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL
INSTRUMENTO DICTAMINADO POR EL JUEZ

1) ¿Está de acuerdo con las características, forma de aplicación
(instrucciones para el examinado) y estructura del instrumento?

SI (X)

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

2) A su parecer ¿el orden de las preguntas es el adecuado?

SI (X)

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

3) ¿Existe dificultad para entender las preguntas del instrumento?

SI ()

NO (X)

Observaciones y/o sugerencias:

4) ¿Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del instrumento?

SI ()

NO (X)

Observaciones y/o sugerencias:

5) Los ítems del instrumento ¿tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

SI (X)

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

Otras observaciones: Deben haber un orden por variables,
por su vez en orden y entonación.

Fecha:

Nombre y firma del juez:

Esperanza Pacheco Saucedo



Institución donde labora:

HNHU

Años de experiencia profesional o científica:

2a 6 meses

CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO DICTAMINADO POR EL JUEZ

1) ¿Está de acuerdo con las características, forma de aplicación (instrucciones para el examinado) y estructura del instrumento?

SI (x)

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

2) A su parecer ¿el orden de las preguntas es el adecuado?

SI (x)

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

3) ¿Existe dificultad para entender las preguntas del instrumento?

SI ()

NO (x)

Observaciones y/o sugerencias:

4) ¿Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del instrumento?

SI ()

NO (X)

Observaciones y/o sugerencias:

5) Los ítems del instrumento ¿tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

SI ()

NO ()

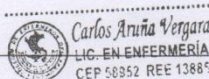
Observaciones y/o sugerencias:

Los ítems van dirigidos a estilos de vida saludables y/o manejo de ptes con tendencia a depresión, se sugiere reevaluar ítems

Otras observaciones: _____

Fecha: 05-07-17

Nombre y firma del juez: _____



Institución donde labora: Hospital Hipólito Unzué

Años de experiencia profesional o científica: 5a

Confiabilidad del instrumento:

Se realizó una prueba piloto del instrumento a 70 pacientes con TBC en los esquemas I – II entre las edades de 18 a 50 años de edad, dando un resultado de Alfa de Cronbach .936 en los 48 ítems, y en cada dimensión teniendo un resultado mayor a .621 en Alfa de Cronbach

Variable	Alfa de Cronbach	Ítems
Estilos de vida (general)	,936	48
Nutrición	,698	6
Actividad física	,871	5
Responsabilidad en salud	,934	10
Manejo del estrés	,621	7
Soporte interpersonal	,695	7
Auto actualización	,866	13

Apéndice E. Carta modelo de ejecución del proyecto**“Año del Buen Servicio al Ciudadano”****El Agustino, 3 de julio del 2017****Carta N.º 001-2017**

Dr. Luis Miranda Molina
Director General del HNHU
Presente. –

Distinguido Dr. Miranda

Es grato hacer llegar un cordial saludo y los mejores deseos en la labor importante que viene desempeñando.

El motivo de la presente es para solicitarle la autorización para que los Licenciados que cursan la especialidad de Emergencias y Desastres de la Universidad Peruana Unión: Lic. Mery Anne Marcelo Gonzales y el Lic. Manuel Ángel Munayco Antón, puedan recolectar los datos que necesitan para la ejecución de su proyecto de tesis titulado, **Estilos De Vida De Pacientes Con Tuberculosis Pulmonar Que Acuden Al Servicio De Emergencia Del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2017**, para lo cual le pido las facilidades del caso.

Agradeciendo de mano la atención prestada, aprovecho la oportunidad de reiterarle los afectos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente.

Lic. Mery A. Marcelo Gonzales

Lic. Manuel A. Munayco Antón