

**“FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BASICO Y CAPACIDADES DE LA  
AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN POBLACION ADHERIDA AL REGIMEN  
TERAPEUTICO PROGRAMA DE CONTROL DE TUBERCULOSIS. E.S.E.  
POPAYAN 2009”**

**PAOLA BOLAÑOS MUÑOZ**

**DIANA MELISSA ROJAS**

**LILIANA URBANO PAZ**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA  
GRUPO DE INVESTIGACION “PREVENIR”  
POPAYAN  
2009**

**“FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BASICO Y CAPACIDADES DE LA  
AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN POBLACION ADHERIDA AL REGIMEN  
TERAPEUTICO PROGRAMA DE CONTROL DE TUBERCULOSIS. E.S.E.  
POPAYAN 2009”**

**PAOLA BOLAÑOS MUÑOZ**

**DIANA MELISSA ROJAS**

**LILIANA URBANO PAZ**

**Trabajo de Investigación**

**INVESTIGADORA PRINCIPAL**

**MSC. GLORIA AMPARO MIRANDA M.**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA**

**GRUPO DE INVESTIGACION “PREVENIR”**

**POPAYAN**

**2009**

## DEDICATORIA

A todas las personas  
que con paciencia y amor  
permitieron el desarrollo  
de este proyecto.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios por darnos la vida y la oportunidad de crecer profesional y espiritualmente.

A nuestras familias por su apoyo constante en este largo camino.

A nuestra guía y maestra Gloria Amparo Miranda por su dedicación, entrega y por contribuir con su sabiduría en nuestro trabajo.

Al Programa de Enfermería de la Universidad del Cauca por formarnos en el camino de la excelencia.

Al programa de Tuberculosis de la E.S.E Popayán por permitirnos acceder a la información.

A las personas y sus familias en tratamiento de Tuberculosis por su disposición y colaboración.

A los docentes que a lo largo de nuestra formación profesional nos guiaron por el sendero del saber y nos enseñaron a amar nuestra profesión “Enfermería”.

## CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN.....	13
1. MARCO .....	21
1.1 MARCO REFERENCIAL.....	21
1.2 MARCO LEGAL.....	27
1.3 ENFERMERÍA Y TUBERCULOSIS.....	30
1.4 MARCO CONCEPTUAL.....	31
1.5 MARCO TEÓRICO ENFERMERO.....	36
2. VARIABLES.....	53
2.1 VARIABLE INDEPENDIENTE.....	53
2.2 VARIABLE DEPENDIENTE.....	53
3. METODOLOGÍA.....	54
3.1 TIPO DE ESTUDIO.....	54
3.2 UNIVERSO Y POBLACIÓN.....	54
3.3 MUESTREO.....	54
3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	54
3.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	55
4. MÉTODOS E INSTRUMENTO.....	56
4.1 TÉCNICAS.....	56
4.2 INSTRUMENTO.....	56

4.3 TÉCNICAS, TABULACIÓN Y ANÁLISIS.....	61
4.4PROCEDIMIENTO.....	61
5. ASPECTOS ÉTICOS.....	63
6. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	64
7. DISCUSIÓN.....	92
8. CONCLUSIONES.....	102
RECOMENDACIONES.....	103
BIBLIOGRAFÍA.....	104
ANEXOS.....	112

## LISTA DE TABLAS

pág.

<b>Tabla 1.</b> Conversión Factores adherencia OMS a Factores de condicionamiento Básico TGDA Dorothea Orem.....	47
<b>Tabla 2.</b> Interpretación de los resultados de la escala adaptada según la Universidad Nacional de Colombia.....	59
<b>Tabla 3.</b> Factores relacionados con el estado de salud que intervienen en la adherencia al régimen antituberculoso.....	72
<b>Tabla 4.</b> Factores relacionados con el sistema de salud que intervienen en la adherencia al régimen antituberculoso.....	73
<b>Tabla 5.</b> Factores socioculturales que intervienen en la adherencia al régimen antituberculoso.....	76
<b>Tabla 6.</b> Factores relacionados con el sistema familiar que intervienen en la adherencia al régimen antituberculoso.....	77
<b>Tabla 7.</b> Factores relacionados con los patrones de vida que intervienen en la adherencia al régimen antituberculoso.....	78

<b>Tabla 8.</b> Factores relacionados con las condiciones de vida que intervienen en la adherencia al régimen antituberculoso.....	79
<b>Tabla 9.</b> Factores socioeconómicos que intervienen en la adherencia al régimen antituberculoso.....	79
<b>Tabla 10.</b> Interpretación de los resultados de la Escala de ASA.....	82
<b>Tabla 11.</b> Mantenimiento de un consumo de alimento suficiente.....	83
<b>Tabla 12.</b> Preservación del equilibrio entre actividad y reposo.....	84
<b>Tabla 13.</b> Prevención de riesgos para la vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal.....	85
<b>Tabla 14.</b> Promoción del funcionamiento y desarrollo personal dentro de grupos sociales de acuerdo con el potencial humano y las limitaciones conocidas.....	86
<b>Tabla 15.</b> Mantenimiento del Equilibrio entre la soledad y la interacción.....	87

## LISTA DE FIGURAS

	pág.
<b>Figura 1.</b> Distribución porcentual de la población a estudio según grupos de edad.....	65
<b>Figura 2.</b> Características sociodemográficas de la población a estudio según género.....	66
<b>Figura 3.</b> Características sociodemográficas de la población a estudio según procedencia.....	66
<b>Figura 5.</b> Distribución porcentual de la población a estudio según etapa ciclo vital individual.....	67
<b>Figura 6.</b> Distribución porcentual de la población a estudio según nivel de estudios.....	68
<b>Figura 7.</b> Distribución porcentual de la población a estudio según afrontamiento del problema de salud.....	69
<b>Figura 8.</b> Distribución porcentual de la percepción de su problema de salud.....	70
<b>Figura 9.</b> Distribución porcentual de la población a estudio según autoestima....	71.

## LISTA DE ANEXOS

	<b>pág.</b>
<b>Anexo 1.</b> Registro de Enfermería para recolección de información.....	112
<b>Anexo 2.</b> Consentimiento informado.....	116

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar los factores de condicionamiento básico y capacidades de la agencia de autocuidado en población adherida al régimen terapéutico programa de control de tuberculosis. E.S.E. Popayán 2009”

**Material y métodos:** El estudio de tipo descriptivo corte transversal, incluyó a los pacientes que asistían al tratamiento antituberculoso en la ESE Popayán durante el periodo comprendido entre Junio-Octubre de 2009.

**Resultados:** Se encontró que los factores condicionantes que se asocian a la adherencia relacionados con el paciente son apoyo familiar, conocimiento sobre la enfermedad, aceptación y actitud positiva hacia la enfermedad y, concepción de enfermedad como desafío; se encontró que la interacción paciente-personal de salud es buena, los pacientes consideran que les apoyan y ayudan a solucionar los problemas. Con respecto a las Capacidades de la Agencia de Autocuidado, en la población estudiada se encontró “muy buenas capacidades de autocuidado”, lo que indica que esta población puede cuidar de sí mismo durante el proceso patológico.

**Conclusiones:** Los factores de condicionamiento básico identificados y las capacidades de la agencia de autocuidado favorecen la adherencia de la población al régimen terapéutico antituberculoso.

**Palabras Claves:** Factores de condicionamiento básico, adherencia terapéutica, Capacidad de Agencia de Autocuidado, Población tuberculosa.

## ABSTRACT

**Objective:** Analyze conditioning basic factors associated with adherence and the capacity of Agency of self-care in patients attending the TB Control program, that Popayán during year 2009.

**Material and methods:** The descriptive cross-sectional, study included patients attending the antituberculosis treatment in the Popayán during the period between June-October 2009.

**Results:** Met conditioning factors associated with adherence associated with the patient are family support, knowledge about the disease, acceptance and attitude positive towards disease and concept of disease as challenging; We found that the paciente-personal interaction of health is good, patients believe they support them and help solve problems. With the self-management capabilities of Agency in the studied population was found "very good self-management capabilities", indicates this population can take care of himself during the disease process.

**Conclusions:** Identified core conditioning factors and self-care agency capabilities favour the adherence of the population wards therapeutic regimen.

**Keywords:** Factors of core conditioning, therapeutic adherence, agency capacity, self-care, tuberculous population.

## INTRODUCCIÓN

La Tuberculosis es la enfermedad infecciosa más prevalente en el mundo y la que causa más muertes prevenibles. La susceptibilidad a esta enfermedad es universal para todas las edades, razas y género, sin embargo, se es más susceptible, si se posee alguno de los siguientes factores: desnutrición, hacinamiento, malas condiciones higiénicas, infección por VIH, algunas enfermedades debilitantes y anergizantes, uso de inmunosupresores, diabetes, estrés, silicosis, alcoholismo, drogadicción e indigencia.

En el control de la tuberculosis son esenciales el diagnóstico precoz, el tratamiento y la prevención de casos nuevos. De los tres, el pilar más determinante en su control es el tratamiento, el cual contaba con dos estrategias de administración por los años ochenta, una denominada tratamiento acortado supervisado (administrado por el personal de salud) con una duración de seis meses y otroautoadministrado (el propio paciente) con una duración de nueve meses. Las evaluaciones realizadas a estas dos estrategias, permitió establecer que la segunda estrategia de tratamiento, inducía en los pacientes altos índices de abandono y fracaso al tratamiento, por errores de omisión del paciente (olvido, falta de disciplina, negación de su condición de enfermo, miedo a los efectos colaterales), lo que llevó a su retiro<sup>1</sup>.

En 1993, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanza un programa global contra la tuberculosis con una estrategia clave llamada Tratamiento Acortado Directamente Supervisado (TAES) o Directly Observed Therapy Short-course(DOTS)<sup>2</sup>, con la finalidad de impedir la aparición de resistencias y reducir a largo plazo, el número de casos. En la década del 2000, la OMS, modifica las características de presentación de los medicamentos y en la actualidad, el régimen terapéutico contempla la utilización de fármacos en combinación fija (tableta combinada que contiene Rifampicina, Isoniacida, Pirazinamida y Ethambutol), que permite una buena tolerancia y puede contribuir a mejorar la adherencia terapéutica. Sin embargo, a pesar de la implementación de la

---

<sup>1</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. El tratamiento DOTS, (terapia de observación directa). Resumen en URL [en línea] <[www.msf.es/images/tb](http://www.msf.es/images/tb)> [Citado el 28 de abril de 2009]

<sup>2</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION TB PROGRAM: What is DOTS. A guide to understanding the WHO-recommended TB Control Strategy Known as DOTS. Ginebra: WHO/CDS/CPC/TB, 1999.

estrategia DOTS/TAES, que se basa en la combinación de medicamentos durante un periodo de tiempo largo y que el seguimiento específico a cada paciente muestra una efectividad al tratamiento, la adherencia al mismo no deja de ser un problema<sup>3</sup>, por la existencia de una serie de determinantes que influyen en la adherencia y en el control de la enfermedad. Al respecto, la OMS ha establecido como condicionantes de la adherencia cinco dimensiones relacionadas con factores socioeconómicos, factores asociados al proveedor (sistema y equipo de salud), factores relacionados con las condiciones de salud del paciente, con la terapia y con el paciente.<sup>4</sup> Al respecto la revisión bibliográfica permite establecer que los factores socioeconómicos más relevantes son: estrato socioeconómico bajo, haber estado encarcelado, edad entre los 21 y 30 años<sup>5</sup>, baja escolaridad, no tener trabajo estable, consumir alcohol<sup>6</sup>, procedencia rural y suburbana, sexo masculino, residencia inestable o en la calle, soltero, bajos ingresos, disfunción familiar<sup>7, 8</sup>, cambio de domicilio durante el tratamiento<sup>9</sup>, analfabetismo<sup>10</sup>, y consumo de sustancias psicoactivas<sup>11</sup>.

---

<sup>3</sup> Ibíd., p. 277

<sup>4</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. "Adherencia Terapéutica", [en línea]. <[http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia\\_largoplazo.pdf](http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia_largoplazo.pdf)> [Citado el 18 de Mayo de 2009]

<sup>5</sup> CACERES, Flor de María and OROZCO, Luis Carlos. Incidencia y factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso. *Biomédica* [online]. 2007, vol.27, n.4 [cited 2010-02-04], pp. 498-504 . Available from: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-41572007000400005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572007000400005&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 0120-4157.

<sup>6</sup> MARTÍNEZ, Miguel. Efecto del tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES) sobre la adherencia y la tasa de curación de la tuberculosis pulmonar, El médico interactivo, diario electrónico de la sanidad. *Gac Méd Méx* Vol. 140 No. 1, 2004

<sup>7</sup> CACERES FM. Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. *Med UNAB* 2004; pag:172-180.

<sup>8</sup> MEZA, Mónica, et al. Factores de riesgo para el fracaso del tratamiento antituberculoso totalmente supervisado. *Rev. Soc. Peru. Med. Interna*. ISSN versión electrónica : 1609-7173. Vol.15. No 1.2002.

<sup>9</sup> SOZA PINEDA, Norma I.; PEREIRA, Susan M. y BARRETO, Maurício L.. Abandono del tratamiento de la tuberculosis en Nicaragua: resultados de un estudio comparativo. *Rev Panam Salud Pública* [online]. 2005, vol.17, n.4 [cited 2010-02-04], pp. 271-278 . Available from: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892005000400008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000400008&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 1020-4989. doi: 10.1590/S1020-49892005000400008

<sup>10</sup> CASILLAS, Miguel. Tratamiento supervisado y resistencias en tuberculosis. Revisión bibliográfica. En: *Médico Interactivo* [En línea] Vol. 892. Enero, 2005. Disponible en: <<http://www.medynet.com/elmedico/bibliografia/actualizacion/tratamiento.htm>> [Citado el 18 de Febrero de 2010]

<sup>11</sup> SUÁREZ, LA. et al. Factores pronósticos del abandono del tratamiento antituberculoso en una región endémica del Perú. *Rev Panam Salud Pública*. 2005;18(1):14-20

En cuanto a los factores relacionados con el paciente, los más significativos se asocian con el escaso conocimiento sobre la enfermedad y tratamiento, percepciones sobre la enfermedad (grave y no curable), creencia de bienestar y sensación de mejoría, temor al señalamiento y rechazo<sup>12</sup>. Este último aspecto, ha conducido a que muchos pacientes eviten o reduzcan los contactos con conocidos, no involucren a su familia en el manejo de la enfermedad<sup>13</sup> o soliciten que el tratamiento sea administrado en casa bajo supervisión del personal adiestrado para no asistir a la institución de salud y ser identificados, situación que se presenta con mayor frecuencia en personas pertenecientes a estratos socioeconómicos altos, como se identifica en el trabajo denominado "Teoría General del Déficit de Autocuidado en un adulto con Tuberculosis Pulmonar, Popayán 2007, realizado en la ciudad de Popayán. El fundamento de estos comportamientos, es la concepción por parte del imaginario colectivo de estereotipos negativos hacia las personas con tuberculosis, basados en la "construcción biomédica de la misma y sostenida en el enfoque de riesgo", que generan en estas personas sentimientos de culpa y vergüenza, al percibirse como una amenaza para su familia y otros grupos sociales<sup>14</sup>.

Con respecto a los factores relacionados con la enfermedad se encuentra que son factores de riesgo: el inicio de síntomas mayor de dos meses, presencia de VIH/SIDA<sup>15</sup>, antecedente de contacto con un paciente con tuberculosis "de alto riesgo", disnea persistente y otras enfermedades (mentales, artritis); en la dimensión relacionada con el tratamiento se identifica que la presencia de baciloscopia de esputo positiva al segundo mes de tratamiento en pacientes sin antecedente de tuberculosis, fallas en el tratamiento anterior, duración del tratamiento, presencia de efectos adversos<sup>16, 17</sup> y tener más de dos faltas al tratamiento<sup>18</sup>, son algunos de las causas de abandono al tratamiento.

---

<sup>12</sup>CÁCERES, FM. Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. Op cit., p. 175-176

<sup>13</sup>ÁLVAREZ GORDILLO, Guadalupe del Carmen, DORANTES JIMÉNEZ José Eugenio, MOLINA ROSALES Dolores. La búsqueda de atención para la tuberculosis en Chiapas, México. Rev Panam Salud Publica [serial on the Internet]. 2001 May [cited 2010 Feb 05]; 9(5): 285-293. Available from: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892001000500001](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892001000500001&lng=en)>

<sup>14</sup>BOTINA Erwin, DAGUA Mauricio, ZAGAL Bellamid, MIRANDA M, Gloria A. Teoría General del Déficit de Autocuidado en un adulto con Tuberculosis Pulmonar, Popayán 2007. P. 1-110

<sup>15</sup>CÁCERES, FM, et al. Op cit., p. 503

<sup>16</sup>CÁCERES, FM. Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. Op cit., p. 176

<sup>17</sup>ÁLVAREZ, GC, et al. Op cit, p. 290

<sup>18</sup>CÁCERES, FM, et al. Op cit., p. 503

Por último, la dificultad de acceso a los servicios de salud<sup>19</sup>, concepto negativo de la atención recibida<sup>20</sup>, considerar insuficiente la información proporcionada por el personal de salud sobre el tratamiento, considerar inadecuados los horarios para recibir el tratamiento<sup>21</sup> y una relación entre el paciente y el personal de salud inadecuada<sup>22, 23</sup>, son algunos de los indicadores de falta de adherencia en esta dimensión.

Como se puede observar, en la adherencia terapéutica convergen múltiples factores, los cuales deben ser abordados de manera integral para lograr controlar la enfermedad y curar al enfermo, evitando de esta forma las consecuencias de la falta de adherencia tanto a nivel personal (complicaciones, secuelas y muerte), familiar (ruptura y repercusiones en la pareja e hijos) y social (rechazo, estigmatización y costo excesivo para las instituciones). En este contexto, la baja adherencia al régimen antituberculoso, produce resultados inadecuados como infectividad prolongada, reactivación subsiguiente, desarrollo de multirresistencia y que el paciente se convierta en fuente potencial de infección para otras personas (15 o más individuos).

Lograr una adecuada adherencia al régimen antituberculoso en los pacientes es particularmente difícil de alcanzar sin ayuda (por su duración), por lo que los profesionales de la salud deben apoyarlos<sup>24</sup> para completar el esquema de tratamiento, reconocer los determinantes de la adherencia y abordar la adherencia terapéutica con enfoque de trabajo de equipo, con el fin de lograr la efectividad en los servicios de salud y aumentar la seguridad del paciente. Generalmente en el manejo del programa de Control de Tuberculosis, intervienen diferentes servicios, departamentos o establecimientos tanto del sector salud como de otros sectores, así como diversos actores o trabajadores de la salud, entre ellos el

---

<sup>19</sup> CÁCERES, FM. Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. Op cit., p. 177

<sup>20</sup> SOZA, N., et al. Op cit., p. 274-275

<sup>21</sup> SUÁREZ, LA, et al. Op cit., p. 16

<sup>22</sup> CÁCERES, FM. Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. Op cit., p. 177

<sup>23</sup> ÁLVAREZ, GC, et al. Op cit. 292

<sup>24</sup> WILLIAMS, G., et al. Prácticas óptimas en la atención a los pacientes con Tuberculosis. Una guía destinada a los países de bajos ingresos. Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias, 68 boulevard Sanit- Michel, 75006, París, Francia. [En línea] <[http://www.theunion.org/component/option,com\\_guide/Itemid,79/](http://www.theunion.org/component/option,com_guide/Itemid,79/)> [Citada el 11 de Julio de 2009]

profesional de enfermería, quien realiza actividades de promoción a la salud en sala de espera (intramuros) y en la comunidad (extramuros); detectan casos nuevos entre los contactos estudiados, en prisiones, escuelas, áreas de trabajo y centros de convivencia social; confirma el diagnóstico por medio de baciloscopias, cultivos; inician esquema de tratamiento de acuerdo a la normatividad vigente del Programa Nacional; da seguimiento a cada caso a través de la evaluación clínica y baciloscopias de control; realizan estudio de contactos intra y extradomiciliarios; evalúan el éxito de sus actividades a través de indicadores de desempeño e impacto, etcétera<sup>25, 26, 27, 28</sup>.

En este marco de desempeño, el profesional de enfermería como trabajador de atención primaria de salud, suele ser el primero en sospechar la presencia de la tuberculosis en pacientes que padecen de tos desde hace más de tres semanas, o que no han respondido a los antibióticos, han perdido peso o se sienten cansados<sup>29</sup>, es decir que son los mejores aliados de los pacientes para reconocer los síntomas de la tuberculosis, remitirlos para un diagnóstico y asegurar el tratamiento de forma oportuna. Los anteriores aspectos, muestran que el rol de enfermería es fundamental en estos programas y se puede decir hoy como ayer, que la prestación de servicios por parte de dicho profesional guarda una relación directa con la eficacia o no del tratamiento del paciente y con el desarrollo y progreso de los programas de salud (OMS, 1951, 1992)<sup>30, 31</sup>. Sin embargo, dicho actuar debe evidenciar que se encuentra circunscrito en un referente disciplinar que le permita, además de visibilizar el cuidado enfermero, adquirir conocimientos para perfeccionar las prácticas cotidianas y en este caso en particular, elaborar

---

<sup>25</sup> Ibid., p 1

<sup>26</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION TB PROGRAM. Op cit., p. 277

<sup>27</sup> GUÍA DE ENFERMERÍA PARA LA APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA DOTS/TAES. Programa Regional de Tuberculosis Organización Mundial de la Salud Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS). 1999. [en línea] <<http://www.retas.unicauca.edu.co/Documentos/Men%C3%BA%20vertical/guia%20DOTS%20OMS.pdf>> [Citado 1 de junio de 2009]

<sup>28</sup> MONTAS, Francisco. Tuberculosis Pulmonar. [En línea]. <<http://www.monografias.com/trabajos57/tuberculosis-pulmonar/tuberculosis-pulmonar.shtml>> [Citado el 11 de Julio de 2009]

<sup>29</sup> CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS (CIE), "La Enfermería Importa". Hojas informativas sobre Tuberculosis. 2010 [en línea] <<http://files.sld.cu/editorhome/files/2010/05/carpetas-dia-enfermera.pdf>> [Citado 20 Julio 2009]

<sup>30</sup> OPS. La Escasez de Personal de Enfermería en las Instituciones para Tuberculosos. Informe de la Comisión de Expertos en Tuberculosis de la Organización Mundial de la Salud. 1951.

<sup>31</sup> ALONSO CASTILLO, Magdalena y RODRÍGUEZ AGUILAR, Lucio. Modelos de atención en enfermería. Rev Enferm IMSS 2000; 8 (1):37-43

estrategias que mejoren y fortalezcan la adherencia a partir de las realidades del servicio y características de la población sujeto de dicho cuidado.

En este punto, la selección del referente teórico estuvo orientado por las siguientes consideraciones: concepción de tuberculosis como enfermedad crónica, atención sanitaria de enfermedades crónicas basada en el autocuidado y cambios en el modo de vida<sup>32</sup>; reconocimiento del profesional de enfermería como “capacitador y motivador para enseñar a las personas a valerse por ellas mismas”<sup>33</sup>. Autocuidado como estrategia metodológica para la APS y experiencias a nivel latinoamericano con dicha estrategia en los tres niveles de atención<sup>34</sup>.

En este contexto, el supuesto teórico seleccionado y que orienta el trabajo, es el establecido por Orem en su concepción de Agencia de Autocuidado, en el que establece “que la disposición de las personas para realizar prácticas de autocuidado durante su enfermedad, se asocian con las capacidades y el poder que tiene cada una de ellas de cuidar de sí mismo”. Es decir, si se busca adherencia en los pacientes con tuberculosis, es necesario identificar dichas capacidades y fomentarlas si existen, potenciarlas si aún no se han desarrollado pero se poseen y desarrollarlas si se carecen de ellas. Esta teoría, explicita que la persona para comprometerse con el autocuidado debe poseer tres clase de capacidades: capacidades para operaciones de Autocuidado, componentes de poder y, capacidades fundamentales y disposición de autocuidado<sup>35</sup>. Se reconoce que en teoría, las capacidades de autocuidado pueden estar desarrolladas, pero no operar; es decir, que por alguna razón las personas tienen las habilidades para cuidar de su salud pero no hacen uso de ellas. Esta situación puede estar relacionada con la forma en que las personas perciben su estado de salud, lo que a su vez afecta a sus Capacidades de Agencia Autocuidado. En otras palabras cuando las personas se perciben sanas, aparentemente no se preocupan por su salud, hasta que reconocen o perciben que su salud puede estar en peligro<sup>36</sup>.

---

<sup>32</sup>OMS. Adherencia al tratamiento de Enfermedades crónicas. Síntesis del documento “Adherencia a los tratamientos a largo Plazo. Pruebas para la acción. 2004.

<sup>33</sup>CASTILLO, M., et al. Op cit., p. 40

<sup>34</sup>OPS. Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud: La contribución de las instituciones de salud en América Latina. Monografía. 2006.

<sup>35</sup>RIVERA ALVAREZ, Luz Nelly. Agencia de Autocuidado y Autocuidado. Avances en Enfermería. Voll. XXIV. N° 2 julio-diciembre 2006.

<sup>36</sup>LANDEROS-OLVERA, Erik Alberto, et al. Estimación de las capacidades de autocuidado para hipertensión arterial en una comunidad rural en: Rev. Enferm IMMSS 2004: 12 (2): 71-74.

En este orden de ideas, el presente trabajo aplica unos conceptos de la Teoría Enfermera del Déficit de Autocuidado a la adherencia terapéutica en una población adherida al régimen terapéutico antituberculoso, para identificar en esa población, fortalezas que permitan que quienes puedan adherirse (los pacientes) y quienes deban adherirse (el equipo de salud, es este caso el profesional de salud) lo hagan con la finalidad de estimular en los primeros el desarrollo, fortalecimiento y recuperación de las capacidades de autocuidado durante el proceso salud-enfermedad y en los segundos motivar y fomentar los procesos de apoyo al individuo en la toma de decisiones para lograr el autocuidado deseado. Por lo anterior se espera responder al siguiente interrogante: **¿Cuáles son los Factores de Condicionamiento Básico y la capacidad de la Agencia de autocuidado de la población adherida al régimen terapéutico asistente al Programa de Control de Tuberculosis. E.S.E. Popayán, durante el periodo comprendido entre Junio-Octubre de 2009?**

Para el profesional de enfermería encargado del programa de Control de Tuberculosis, el trabajo es de utilidad porque le permite identificar oportunamente la capacidad que tiene la persona para comprometerse con la adherencia y los FCB que apoyan dichas capacidades, de esta forma puede identificar e incentivar las capacidades que se ejercen y promover las menos desarrolladas, reduciendo el riesgo de no adherencia en los pacientes y minimizando el impacto de la enfermedad.

El usuario del programa de Control de la Tuberculosis, aumentará la responsabilidad sobre su propia salud, al tomar decisiones informadas que le permiten mantener o potenciar las capacidades de autocuidado para continuar o mejorar su adherencia al régimen terapéutico antituberculoso y de esta forma mejorar la eficacia del tratamiento, ejercer su autonomía y alcanzar el máximo nivel de autocuidado posible.

Con base en lo anterior, el trabajo busca “Analizar los Factores de Condicionamiento Básico y la Capacidad de Agencia de Autocuidado de la población adherida al régimen terapéutico asistente al Programa de Control de la Tuberculosis, ESE Popayán durante el año 2009”. Como objetivos específicos se han establecido los siguientes:

1. Caracterizar desde los factores de condicionamiento básico a la población adherida al régimen terapéutico asistente al programa de control de la Tuberculosis pulmonar.

2. Identificar los factores de condicionamiento Básico de la población adherida al régimen terapéutico asistente al programa de control de la Tuberculosis pulmonar.
  
3. Identificar la Capacidad de la Agencia de Autocuidado en la población adherida al régimen terapéutico asistente al programa de control de la Tuberculosis pulmonar.

# 1. MARCO

## 1.1 MARCO REFERENCIAL

**1.1.1 Generalidades sobre tuberculosis y tratamiento.** La enfermedad tuberculosa (TB) se remonta a la existencia del ser humano, siendo la causante del mayor número de muertes en la historia de la Humanidad. En la actualidad y a pesar de existir tratamientos efectivos para su eliminación, constituye un problema global prioritario de salud pública. Se calcula que un tercio de la población mundial está infectada por *Mycobacterium Tuberculosis* y que entre 15 y 20 millones de personas presentan enfermedad activa, es responsable de la muerte de más de dos millones de personas al año, siendo la principal causa infecciosa de muerte en el mundo en la actualidad, por encima del SIDA, la malaria y el cólera<sup>37, 38</sup>.

La infección se contagia por vía aérea, persona a persona, y la fuente de contagio la constituye el enfermo bacilífero aquel que padeciendo enfermedad activa elimina el germen al hablar, reír, estornudar y, sobre todo, al toser siendo el árbol respiratorio el principal órgano afectado por la enfermedad. El contagio se produce habitualmente entre personas que comparten espacios comunes tanto en su vida familiar como laboral.

Siendo la TB una enfermedad prevenible y curable, la vía más efectiva para prevenir su expansión y contagio es la identificación precoz de enfermos y su curación mediante el tratamiento apropiado y completo, así como la identificación y tratamiento de los infectados entre los contactos del enfermo.

En 1993, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró a la tuberculosis una emergencia mundial de salud pública y desde entonces ha redoblado sus esfuerzos para controlar la enfermedad en todo el mundo.<sup>39</sup> No obstante, durante 2000 hubo alrededor de 8,7 millones de casos nuevos de tuberculosis en todo el mundo. Han contribuido a esta grave situación, las rápidamente crecientes tasas

---

<sup>37</sup> TEROL GARCÍA. Enrique y GAMARRA MENDOZA, Natividad. Tuberculosis, tratamiento directamente observado (TDO) y población marginal. Documentación Social 127 (2002).

<sup>38</sup> RESTREPO, BLANCA I. Nuevas herramientas para la detección de la tuberculosis latente. Revisión de Tema. Biomédica 2004; 24(Supl.): 202.

<sup>39</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. "Adherencia Terapéutica", Op cit, p. 127

de infección por VIH, combinadas con la pobreza en aumento y el derrumbe de los servicios de salud pública a causa de la ausencia o incompleta organización de los servicios sanitarios y a problemas de accesibilidad a dichos servicios por parte de la población susceptible, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados.

En este contexto, los regímenes terapéuticos recomendados por la OMS han demostrado ser sumamente efectivos para prevenir y tratar la tuberculosis, pero la adherencia deficiente a la medicación antituberculosa es una barrera principal para su control mundial. Siendo la tuberculosis una enfermedad transmisible, la adherencia deficiente a un tratamiento prescrito aumenta los riesgos de morbilidad, mortalidad y farmacoresistencia en el orden individual y comunitario.

Desde el inicio de la estrategia clave del programa contra la Tuberculosis conocido como «DOTS» o tratamiento directamente supervisado de corta duración, fue necesario el desarrollo de una metodología y una serie de herramientas de trabajo que incluyeron guías clínicas, programas de formación e información para los Gobiernos, población general y profesionales, para que fuese adoptado fácilmente por los diferentes países en la lucha contra la enfermedad asegurando de esta manera el cumplimiento al tratamiento y la curación de los enfermos. Diversos estudios a nivel mundial han demostrado su éxito, no sólo en términos de disminución de la letalidad, morbilidad y prevención de la transmisión de la enfermedad en general, sino también en términos económicos, evidenciándose en diferentes estudios su favorable coste-efectividad en comparación con estrategias tradicionales.<sup>40</sup>

El concepto de la “administración enteramente supervisada de los medicamentos”, fue desarrollado inicialmente por Wallace Fox en la década de 1950, hoy se conoce como tratamiento directamente observado (TDO). El TDO se comenzó a emplear en los ensayos sobre fármacos antituberculosos en Madrás (India) y Hong Kong en el decenio de 1960 y ahora se recomienda ampliamente para el control de la tuberculosis. Siendo el TDO recomendado por la OMS como una de varias medidas para promover la adherencia al tratamiento de la tuberculosis.

El TDO siempre ha significado mucho más que “ingestión supervisada”. Varios proyectos en países con alta prevalencia de tuberculosis han indicado que eliminar las barreras socioeconómicas que enfrentan los pacientes al TDO aumenta la adherencia y las tasas de curación.

---

<sup>40</sup> Ibid., p. 127

En un país donde la prevalencia de la enfermedad es baja, como los Estados Unidos, los programas de TDO son complejos y tienen varios componentes, como el apoyo social, la vivienda, los vales alimentarios y las medidas legales, y son sumamente eficaces en función de los costos.

“DOTS” es la marca registrada de una estrategia integral, técnica y de gestión que consta de los siguientes cinco elementos:

1. El compromiso político, 2. La detección de casos mediante el examen microscópico del esputo de quienes consultan por tos crónica, 3. Los ciclos cortos estandarizados de quimioterapia en condiciones adecuadas de tratamiento del caso, como el TDO, 4. El suministro regular de medicamentos y 5. Un sistema estandarizado de notificación y registro que permita la evaluación individual de los pacientes así como del desempeño general del programa. En el manejo de los programas de control de Tuberculosis se hace énfasis en la comprobación mediante la observación directa que el enfermo ha ingerido la medicación de la forma prescrita. Esta observación debe realizarla personal adiestrado y acompañarse de un sistema de registro e información exhaustiva con sistemas de alarma que identifiquen el incumplimiento o el abandono del tratamiento.

Por otra parte, la adecuada planificación y flexibilidad de la implementación del DOTS, en función de las características personales del enfermo, debe incluir un rango de medidas de apoyo, tanto sanitarias como sociales y debe incluir:<sup>41</sup>

- Acceso sencillo y rápido a los medicamentos.
- Flexibilidad en el lugar de la supervisión del tratamiento: Domicilio, centro sanitario, lugar de trabajo, etc.
- Proporcionar lugar de residencia estable y con condiciones higiénicas en caso de ausencia de éste.
- Proporcionar recursos sanitarios y sociales específicos en caso de otras condiciones acompañantes a la enfermedad: programas de deshabitación a drogas y alcohol, control de HIV/SIDA, ayuda domiciliaria a ancianos, acogida de inmigrantes, salud mental, etc.

---

<sup>41</sup> Ibid., p. 128

- Disponer de profesionales o personal adiestrado (incluyendo familiares, ONGs omiembros de la comunidad) que sepan, puedan y quieran realizar la supervisión.
- Disponer de recursos que proporcionen de forma rápida, accesible, sencilla y enlenguaje adecuado información y consejo para los enfermos, sus familiares y losprofesionales implicados.
- Desarrollar sistemas de incentivación especialmente orientados a las poblacionescon menor cumplimiento del régimen terapéutico.
- Disponer de un sistema de información que permita un acceso rápido a los datosde cumplimiento terapéutico y localización del enfermo en caso de sospechade incumplimiento terapéutico.

Si bien es cierto que desde el 2000 se adoptó normativamente para Colombia la estrategia DOTS/TAS, no es posible establecer cuál es su cobertura real debido a la falta de capacidad para hacer monitoreo y seguimiento a nivel territorial. La información del nivel nacional hasta el año 2005, indicaba una cobertura aproximada del 20%, sin embargo hasta tanto no haya un buen sistema de información que permita tener el dato real, estimaciones recientes, con base en evaluaciones externas indican que la cobertura seria aproximadamente del 60%, en el año 2008.<sup>42</sup>

**1.1.2 Magnitud dela tuberculosis en colombia<sup>43</sup>.** La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe global de control de la TB 2009, estimó la incidencia de tuberculosis todas las formas (TB-TF) para Colombia en 35 casos por 100.000 habitantes, para el año 2007.

Colombia reporta anualmente más de 11.000 casos nuevos de TB-TF lo que indica que aún sigue siendo un serio problema de salud pública; durante el año 2008 se notificaron 11.342 casos nuevos para una incidencia 25,6 casos por 100.000 habitantes, de los cuales 6.815 (60,08%) ocurrieron en hombres y 4.527 en mujeres (39,91%), en cuanto a la TB infantil, el informe 2008 indica que 719

---

<sup>42</sup>PLAN ESTRATÉGICO “COLOMBIA LIBRE DE TUBERCULOSIS 2010 – 2015. Para La Expansión Y Fortalecimiento De La Estrategia Alto A La Tb” , 2009 [en línea].  
<[http://new.paho.org/col/index.php?option=com\\_content&task=view&id=431&Itemid=259](http://new.paho.org/col/index.php?option=com_content&task=view&id=431&Itemid=259)> [Citado 23 de Junio de 2009]

<sup>43</sup>Ibíd., p. 9

casos (6,3%) ocurrieron en población menor de 15 años, para una incidencia de 5,47 casos por 100.000 menores de 15 años .

El análisis de la incidencia de casos notificados entre 1993 y el año 2008, estratificando las entidades territoriales por cuartiles,mostró que el 50% se clasifica como de riesgo muy alto (incidencia por encima de 41,39 casos por 100.000 habitantes), o alto riesgo (incidencia entre 30,15 y 41,39 casos por 100.000 habitantes). Las regiones más afectadas son: Orinoquía, Amazonía y los departamentos de Chocó, Quindío y La Guajira.

Para el año 2008, según la información enviada por los departamentos y distritos al Programa Nacional de Control de Tuberculosis (PNCT), se estimó que el 5% del total de consultas de primera vez en mayores de 15 años por todas las causas (13.556.343) corresponde a 677.817 SR a examinar. Los SR examinados con baciloscopia de esputo fueron 369.424 significando un porcentaje de captación de 54,5%; de los cuales 7.483 resultaron positivos, para una positividad de 2,0% y una concentración de la baciloscopia de 1,7. Se considera que estos indicadores han sido influenciados por situaciones como:

- Dificultades en el sistema de información en el nivel local para obtener el dato de consulta de primera vez en menores de 15 años.
- Disminución en el porcentaje de positividad de la BK. Desde 1997, la positividad de la baciloscopia (BK) ha presentado un aumento en el número de SR captados, pasando de 149.000 a 369.324 en el 2008, con una disminución en el porcentaje de positividad de 3,9% en el 2002 a 2,0% en el 2008 lo cual podría estar relacionado con que no se cumple con la definición de SR o se recolectan muestras inadecuadas para el diagnóstico por BK disminuyendo la sensibilidad de la prueba, esto hace necesario incrementar el uso de cultivo para captar casos pulmonares que no son diagnosticados por baciloscopia (casos BK negativo o paucibacilares) acorde con lo definido en la Guía de Atención Integral de TB.
- La concentración de baciloscopia en los últimos 10 años a nivel nacional ha sido inferior a 2,5, es decir que a muchos de los SR solo se les realiza la primera muestra y se pierde la oportunidad de diagnosticar del 15% al 30% de los casos bacilíferos en la segunda y del 5% al 10% en la tercera muestra.

En el 2008 se examinaron por cultivo a 58.328 personas, de las cuales 1080 resultaron positivos, para un porcentaje de positividad del cultivo de 1.9%, lo que significó un incremento superior al 100% en el uso del cultivo y un incremento de 29,87% en el número de casos detectados, con respecto al año inmediatamente anterior.

En el año 2006 según datos oficiales del DANE la tasa de mortalidad por TB fue 2.5 muertes por 100.000 habitantes, de las cuales 69.14% corresponde al sexo masculino; en Colombia, la tuberculosis es la cuarta causa de mortalidad por enfermedades transmisibles lo que equivale al 10% (n = 13.581) de las muertes por estas patologías.

De los 9.288 casos de TB reportados por SIVIGILA durante 2008, 956 presentaron coinfección TB/VIH-Sida (10,29%), 635 de ellos asociados a TB pulmonar y 321 a TB extrapulmonar, de acuerdo al comportamiento observado y al aumento de la población afectada por el VIH, se espera un aumento del número de casos de coinfección, sin embargo en más de la mitad de los casos de TB se desconoce si hay asociación a VIH/Sida porque la asesoría y oferta de la prueba voluntaria solo cubre a un 62.8% de los casos.

En los últimos 10 años, el país ha mantenido altas tasas de incidencia de tuberculosis (25 por 100.000 habitantes promedio año) con brechas entre los departamentos, encontrándose territorios donde hay incidencias que superan cuatro veces el promedio nacional. Aún existen debilidades en las actividades vitales como la captación de SR que para el 2008 fue de 54,4%, además no se cuenta con datos exactos de la coinfección VIH/tuberculosis, pero algunas aproximaciones puntuales estiman que la proporción de muertes por tuberculosis en PVVS es del 10%.

A nivel regional, el Departamento del Cauca, se encuentra ubicado en el escenario 3 para la implementación del plan estratégico, dicho escenario está conformado por las entidades territoriales que tiene baja carga de enfermedad (promedio inferior a 383 casos nuevos detectados por año) y que en promedio no obtuvieron el 85% de éxito de tratamiento, durante el periodo evaluado. En este grupo de diagnostican en promedio el 30.2% de los casos de TB-TF del país, presentando un comportamiento bastante irregular en el número de casos diagnosticados por año durante el periodo evaluado. Presentan inconvenientes en su sistema de información, lo que se evidencia en falta de oportunidad en la entrega de los informes al nivel central y poca correlación entre las fuentes (informes trimestrales de casos y actividades y análisis de cohortes).

## 1.2 MARCO LEGAL<sup>44</sup>

Para el manejo y control de la TB, el gobierno ha establecido la siguiente normatividad: Mediante la resolución 4288 de noviembre 20 de 1996,<sup>45</sup> el gobierno define el Plan de Atención Básica que es un conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos, de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad y mediante el Acuerdo 3997 de 1997 se establecen las definiciones y acciones en promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Hacia 1998, el gobierno reglamenta la inclusión de eventos de interés en salud pública como la TB en el Plan de Atención Básica.

A partir de febrero de 2000 el Ministerio de Salud (hoy Ministerio de la Protección Social-MPS) expide la Guía de Atención de la TB Pulmonar y Extrapulmonar como un documento que en sus contenidos técnicos incorpora lineamientos de obligatorio cumplimiento en todo el territorio nacional. Esta Guía incorpora: definición de la enfermedad y de casos, aspectos conceptuales, población objeto de la Guía, características de la atención (búsqueda de SR, diagnóstico, tratamiento, quimioprofilaxis, seguimiento, normas administrativas del programa), manejo de la TB en condiciones especiales (TB infantil, TB extrapulmonar, embarazo, lactancia, enfermedad hepática, enfermedad renal, silicosis), asociación TB/ VIH, resistencia a los medicamentos, indicaciones de cirugía, vigilancia en salud pública de la TB (flujos de información, indicadores de evaluación de control) y por último adopta los formatos para las actividades normadas. Adicionalmente se expidió la Norma Técnica para la vacunación según el Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI), en la cual se incluye la vacunación con BCG a todos los recién nacidos. Esta dosis debe ser suministrada antes de dar salida del servicio de salud al recién nacido. Con el fin de definir los lineamientos y herramientas para la captura, consolidación, flujo, análisis de información y difusión de datos e indicadores, que permitan caracterizar la situación de la TB en las diferentes regiones del territorio nacional y aportar información útil para la toma de decisiones; se ha diseñado y establecido: el protocolo nacional de vigilancia de TB y la ficha de notificación individual de estos casos (la cual contiene datos básicos y complementarios). El protocolo de vigilancia y la ficha de notificación

---

<sup>44</sup> Ibíd., P. 15-18

<sup>45</sup> MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 4288 de 1996. [en línea] <<http://www.medellin.gov.co/ManualContratacion/Normatividad/Resolucion%204288%20de%201996.pdf>> [Citado el 23 Junio de 2009]

buscan generar información sobre la situación de la tuberculosis, acorde con las actuales necesidades de datos para el control de la enfermedad en el país. La tuberculosis en cualquiera de sus formas es una enfermedad de notificación obligatoria inmediata en todo el territorio nacional.

En el 2004 el MPS expide la Circular externa 018 en la cual en el Anexo técnico numeral 1.7 se establecieron “Otras enfermedades prioritarias de interés en salud pública” dentro de las cuales se encuentra la TB.

Para el año 2005, se emite el CONPES 91, en el cual se establecen las metas y estrategias que se implementarán hasta el 2010 para el logro de los ODM. En el tema de TB, si bien no quedó explícito en este documento, los planes de trabajo interinstitucionales incluyen acciones conjuntas para reducir la incidencia de la enfermedad en el país. A nivel mundial, en el tema de Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), la meta 8, numeral 6 establece “Haber detenido y comenzado a reducir para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves”, en lo que respecta a la TB, se establecen las siguientes metas:

- 2005: detectar al menos el 70% de los casos de tuberculosis infecciosa y curar al menos el 85% de ellos.
- 2015: reducir la prevalencia de tuberculosis y la mortalidad por esa causa en un 50% respecto a 1990.
- 2050: eliminar la tuberculosis como problema de salud pública (1 caso por millón de habitantes).

El decreto 3518 del 2006 crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) y establece las competencias y procesos para la vigilancia de eventos de interés en salud pública, dentro de los cuales se encuentra la TB. Se cuenta con un protocolo de vigilancia estandarizado que incluye la ficha única de notificación de casos de TB que se realiza de forma semanal al nivel nacional. Bajo este esquema normativo las actividades de Prevención, Vigilancia y Control de la TB en Colombia se ejecutan de forma descentralizada y se garantiza la atención de los pacientes a través de la afiliación al Sistema.

En el año 2007 con el decreto 3039, con el cual se establece el Plan Nacional de Salud Pública, la TB fue incluida como una prioridad en salud pública con objetivos, metas y estrategias para su control en concordancia con la estrategia

Alto a la TB y a las metas planteadas en los Objetivos Del Milenio (ODM). En ese año mediante la Ley 1122/2007 modifica el concepto de Plan de Atención Básica por el Plan Nacional de Salud Pública de intervenciones colectivas (PIC). En el 2008 la resolución 425 define las acciones que integran el PIC.

En mayo de 2009, en la 62a Asamblea Mundial de Salud, de la cual Colombia hace parte, se firmó la Resolución *WHA62.15*, en la cual los Estados Miembros se comprometen a hacerle frente a la amenaza de la tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR) y la tuberculosis extensamente resistente (TB-XDR) mediante las siguientes estrategias:

- Implantar el acceso universal al diagnóstico y el tratamiento de la TB- MDR Y TB –XDR.
- Mejorar la calidad y cobertura de la DOTS para lograr una tasa de detección del 70% y una tasa de éxito terapéutico del 85%, previniendo así la TB multirresistente secundaria.
- Usar todos los mecanismos posibles de financiación para cumplir los compromisos contraídos en las resoluciones *WHA58.14* y *WHA60.19*, en particular los que permitan asegurar una financiación nacional y externa sostenible.
- Aumentar sustancialmente las inversiones de los países y todos los asociados en investigación operacional y en la investigación y el desarrollo de nuevos medios diagnósticos, medicamentos y vacunas para prevenir y tratar la TB, en particular los casos de TB-MDR Y TB-XDR.

A pesar de contar con una Guía de Atención de la Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar, aún hay falencias en la aplicación de las directrices para la ejecución de actividades de vigilancia, prevención y control a nivel local. En el tema de vigilancia en salud pública se logró estandarizar la ficha de notificación semanal obligatoria de casos de tuberculosis; pero aún existen diferencias entre la información que ingresa por el PNCT y el SIVIGILA. En el área de investigación aplicada se han hecho esfuerzos pero de forma dispersa y hay dificultades en la integración de las líneas de investigación para que contribuyan a las prioridades y necesidades en salud pública en TB, la investigación operativa es incipiente y no se ha identificado como una necesidad para generar evidencia que apoye las decisiones del PNCT. En el tema de movilización social y sobre todo en la participación de personas con tuberculosis y ex-pacientes, Colombia no ha tenido mayor avance y no se tiene un inventario real de experiencias al respecto en el nivel territorial. En cuanto a las acciones colaborativas TB-VIH/Sida, se ha logrado

iniciar la vigilancia de la coinfección, sin embargo se deben aunar esfuerzos para definir y concretar un plan que permita abordar este nuevo reto.

### 1.3 ENFERMERÍA Y TUBERCULOSIS

El Consejo Internacional de Enfermeras<sup>46</sup>, promueve entre las organizaciones de enfermería adscritas a ella la defensa de la estrategia de prevención y tratamiento contra la tuberculosis y espera que contribuyan en la aplicación y mantenimiento eficaz de los programas nacionales de lucha contra la tuberculosis en todos los países, acorde a los lineamientos establecidos por la OMS.

**1.3.1 Red TAES de Enfermería<sup>47, 48</sup>.** Con el propósito de destacar la importancia del papel del personal de enfermería en la estrategia DOTS/TAES de los programas de tuberculosis en Latino América; La Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (La Unión) convocó a un Taller en Punta del Este, Uruguay en Diciembre de 2002. En esta reunión participaron 20 enfermeras que representaron a distintos países, a su vez se crea la Red Latinoamericana de Enfermería y Profesionales Aliados, con la finalidad de contribuir en la lucha contra la tuberculosis, mejorar el acceso al tratamiento y la calidad del cuidado en la atención de los pacientes. Los compromisos establecidos fueron: la creación de Redes Nacionales de Enfermería y la aplicación de una encuesta de enseñanza en tuberculosis en las escuelas y facultades de enfermería de todos los países.

La Red, entre otros aspectos espera contribuir en la lucha contra la tuberculosis mediante acciones encaminadas al aumento en la cobertura de la detección, supervisión del tratamiento, seguimiento de los casos hasta su curación y de los contactos; información, sensibilización y capacitación del personal de salud y grupos integrados de la comunidad, orientación a la familia y contactos de los pacientes con TB sobre la enfermedad para garantizar el apoyo familiar, gestionar

---

<sup>46</sup> CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS (CIE). Op cit., p. 10

<sup>47</sup> RED TAES QUERÉTARO. [en línea] <<http://redtaesqro.wordpress.com/>> [Citado el 29 de agosto de 2010]

<sup>48</sup> PROGRAMA DE ACCIÓN TUBERCULOSIS. Secretaría de Salud. México. D.F. Red-TAES de Enfermería en Tuberculosis. [en línea] <<http://www.cenave.gob.mx/tuberculosis/redtaes/default.asp>> [citado el 30 de septiembre de 2009]

los recursos para el desempeño de sus actividades, para que la atención que se otorgue sea oportuna y eficiente y a la expansión de la estrategia TAES<sup>49</sup>.

## 1.4 MARCO CONCEPTUAL

**1.4.1 Adherencia terapéutica.** Existe una serie de definiciones sobre adherencia, a continuación se presentan algunas.

La adherencia terapéutica implica un proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones del médico, es decir cumple con las prescripciones recibidas<sup>50</sup>

“Grado en el cual, la conducta del paciente en cuanto a la toma de medicamentos, seguimiento de dietas o cambios en el estilo de vida, coincide con la prescripción médica” (Sacket, 1985)

“Culminación por parte del paciente de todos los aspectos referentes al tratamiento y cómo fueron prescritos por el médico” (Bradney, 1991)

“Grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas” (Reunión sobre adherencia Terapéutica. OMS, 06-2001)<sup>51</sup>.

---

<sup>49</sup>Ibid.

<sup>50</sup>GARCÍA CORONA, Beatriz. Estrategias para fortalecer la adherencia terapéutica. Revista del Instituto nacional de Enfermedades Respiratorias. Clínica de Tuberculosis. México.2003

<sup>51</sup> SUÁREZ, Dalia. Hacia un paradigma humanista en Enfermería. Revista electrónica de portales médicos.com. 2009. [en línea] <<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2531/1/Hacia-un-paradigma-humanista-en-Enfermeria-Vision-de-la-adherencia-terapeutica-en-servicios-endoscopicos.html>> [Consultado el 10 enero de 2010]

Las anteriores definiciones, aluden a que el individuo debe cumplir con lo estipulado por otro, no están teniendo en cuenta su aceptación- participación, si se entiende la adherencia como proceso, implicaría una motivación intrínseca hacia la adherencia, autorresponsabilidad en el tratamiento y desarrollo de una serie de actividades que permitan a la persona adherirse, es decir, que es necesario que el personal de salud se involucre en dicha adherencia.

La siguiente definición “Grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”. De lo que se deduce que la adherencia requiere de la conformidad del paciente.

En cuanto al control de la tuberculosis, la adherencia al tratamiento puede definirse como el grado en que los antecedentes del paciente sobre toma del medicamento terapéutico coinciden con el tratamiento prescrito.<sup>52</sup>

**1.4.2 Factores y dimensiones que influyen sobre la adherencia al tratamiento<sup>53</sup>.** Se han asociado muchos factores con la adherencia al tratamiento de la tuberculosis, como las características del paciente, la relación entre el prestador de asistencia sanitaria y el paciente, el régimen de tratamiento y el entorno de atención de salud.

La no adherencia se define como “el subproducto inevitable del choque entre el mundo clínico y los otros mundos en competencia del trabajo, la distracción, las amistades y la vida familiar”

El problema se presenta cuando una sola persona es la responsable del ingreso económico y no tiene la propiedad de los medios de producción, es el caso de los asalariados, vendedores ambulantes, albañiles, mujeres solteras con hijos, amas de casa, choferes y jornaleros agrícolas, que son los que encontraron mayor dificultad para recibir tratamiento. Para éste fue adversa la situación de la migración por motivo de trabajo o por conflictos sociopolíticos, ya que no siempre se comunica a la institución de salud para llevar a cabo el tratamiento a donde sea factible. En unidades productivas familiares la propia familia asume la

---

<sup>52</sup>ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Op cit, p. 127

<sup>53</sup>Ibid., p.128-129

responsabilidad del paciente. Sentirse útil, necesario y querido es el motivo para tomar el tratamiento, curarse y, en consecuencia, trabajar.

Los factores que constituyen barreras a la adherencia a los medicamentos antituberculosos pueden clasificarse:

**1.4.1.1 Factores económicos y estructurales.** La tuberculosis afecta generalmente a personas difíciles de localizar, como aquellas sin hogar, los desempleados y los pobres. La falta de redes de apoyo social eficaz y las circunstancias de vida inestables son factores adicionales que crean un ambiente desfavorable para asegurar la adherencia al tratamiento.

**1.4.1.2 Factores relacionados con el paciente.** El grupo étnico, el sexo y la edad han sido vinculados con la adherencia en diversos entornos. El conocimiento acerca de la tuberculosis y el creer en la efectividad de la medicación influirá la decisión de un paciente de finalizar el tratamiento. Además, los sistemas de creencias culturales pueden apoyar el uso de los curanderos en conflicto con la medicina alopática. En algunos pacientes con tuberculosis, la alteración del estado mental provocada por el abuso de sustancias psicotrópicas, la depresión y el estrés psicológico también puede desempeñar una función en su comportamiento de adherencia.

**1.4.1.3 Complejidad del régimen.** El número de comprimidos que deben tomarse, así como su toxicidad y los efectos colaterales de otro tipo asociados con su uso pueden actuar como un obstáculo al tratamiento continuo. El régimen ordinario de la OMS para el tratamiento de la tuberculosis incluye el uso de cuatro fármacos para una “fase intensiva” inicial (2 a 3 meses), y dos o tres compuestos para una fase de “continuación” adicional (6 a 8 meses). Los medicamentos pueden tomarse todos los días o “intermitentemente” tres veces por semana.

**1.4.1.4 Relaciones de apoyo entre el prestador de servicios de salud y el paciente.** La satisfacción del paciente con el prestador “significativo” de la atención de salud se considera un determinante importante de la adherencia, pero las relaciones empáticas son difíciles de forjar en ámbitos donde los prestadores de servicios de salud no son adiestrados, están recargados de trabajo • son inadecuadamente supervisados • no apoyados en sus tareas, como ocurre por lo general en países con una alta carga de tuberculosis.

**1.4.1.5 Modelo de la prestación de atención de salud.** La organización de los servicios clínicos, como la disponibilidad de especialistas, los enlaces con los sistemas de apoyo de pacientes y la flexibilidad en el horario de atención, también influye sobre la adherencia al tratamiento.

Muchos de los entornos de atención de salud ambulatoria responsables del control de la tuberculosis se organizan para atender pacientes con enfermedades agudas y, por consiguiente, el personal puede carecer de las aptitudes necesarias para elaborar planes de tratamiento a largo plazo con los pacientes. En consecuencia, no se facilita la función del paciente en el autocuidado y el seguimiento es esporádico.

**1.4.2 Predicción de la adherencia terapéutica.** Si se pudiera identificar a los individuos en riesgo de adherencia deficiente al principio de su tratamiento, los médicos deberían, en teoría, poder adaptar la provisión del tratamiento para permitir que tales pacientes lo siguieran.

Lamentablemente, las pruebas existentes indican que los prestadores de asistencia sanitaria no pueden predecir con exactitud qué pacientes tienen probabilidad de no ser adherentes.

La bibliografía describe más de 200 variables asociadas con quienes no cumplen el tratamiento. Muchos de los determinantes de la adherencia citados no se pueden modificar y la demostración de una asociación uniforme entre las características como el sexo, el grupo de edad • el alfabetismo y la adherencia no conduce a un enfoque lógico para remediar la situación. Además, las características demográficas, sociales y de pacientes de otro tipo a menudo se relacionan poco con la intención • la motivación del paciente y no explican por qué algunos pacientes con tuberculosis se adhieren al tratamiento a pesar de tener varias características desfavorables. Los pacientes con tuberculosis aparentemente fluctúan en la intensidad de su motivación para finalizar su tratamiento y admiten que muchas veces consideran el incumplimiento durante su largo ciclo terapéutico.

Muchos estudios epidemiológicos han explorado los factores correlativos de la adherencia, a menudo examinando el tema desde una perspectiva biomédica.

Dentro de este marco, el paciente con tuberculosis a veces se ha visto como el receptor de un régimen de tratamiento, que debe obedecer las instrucciones del personal sanitario. Los pacientes no adherentes que no se ajustan a estas expectativas a veces se han considerado “díscolos”. Este enfoque pasa por alto el hecho de que el comportamiento de tratamiento es complejo y resulta influido por un sinnúmero de factores, como el entorno sociocultural de los pacientes, las creencias de salud y la experiencia subjetiva de la enfermedad.

El modelo IMC demuestra que la información es un requisito previo para la adherencia, pero insuficiente en sí para modificar el comportamiento. La motivación y el desarrollo de aptitudes comportamentales son también determinantes fundamentales del cambio comportamental.

Considera la OMS que el incumplimiento de los tratamientos farmacológicos y las recomendaciones es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes; por tanto, se presentan complicaciones médicas y psicosociales de la enfermedad, se reduce la calidad de vida de los pacientes, aumenta la aparición de resistencia a los fármacos y hay inadecuada utilización de los recursos asistenciales.

Debido a la tuberculosis y a la importancia que le dieron a su curación, algunos pacientes dejaron de trabajar o trabajaron con grandes esfuerzos. Acudir al centro de salud significaba no darle continuidad al trabajo. La falta de ingresos necesarios para subsistir produjo en la mayoría una mayor depresión, aparte del estado físico en que ya se encontraban.

En un contexto rural, donde las interacciones son fundamentales, la gente refiere su vida como vida en comunidad, el posible rechazo o distanciamiento de los conocidos es de un impacto muy fuerte. Por lo tanto, hombres y mujeres tratan de ocultar las manifestaciones de la tuberculosis porque temen el rechazo de sus familiares y amigos por el estigma de la enfermedad.

Una de las causas de la estigmatización de la tuberculosis fue, en muchos de los casos, el enfatizar demasiado en los cuidados, las manifestaciones exageradas por temor al contagio, porque además de dicho temor está el de que la tuberculosis sea incurable. En el contexto de lo afectivo, el contagio puede llegar a

ser causa de disolver o separar a la familia, lo que constituye un factor negativo para el tratamiento.<sup>54</sup>

Del análisis de la comprensión que tienen diferentes autores acerca de los factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, puede concluirse que: “los factores que influyen en la adherencia son un conjunto de condiciones internas y externas del individuo, correspondientes a su entorno, que interactúan en forma dinámica y multidimensional para producir conductas favorables o desfavorables a la adherencia”.<sup>55</sup>

## 1.5 MARCO TEORICO ENFERMERO

El desarrollo de la ciencia de Enfermería, cada día va en ascenso. En las últimas décadas las teorías de enfermería han ido evolucionando rápida y satisfactoriamente, contribuyendo así al desarrollo integral del profesional de enfermería. Han ayudado a desarrollar analíticamente las habilidades, cambios de pensamientos, claridad para evaluar y determinar los propósitos de la práctica de la Enfermería, la docencia y la investigación.

La teoría ayuda a adquirir conocimientos que permiten perfeccionar las prácticas cotidianas mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos. Una teoría es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno, mediante el diseño de interrelaciones específicas entre los conceptos y con el ánimo de describir, explicar y predecir dicho fenómeno<sup>56</sup>.

---

<sup>54</sup>ÁLVAREZ G, Guadalupe del C, et al. Percepciones y prácticas relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento en Chiapas, México. Artículo original. Revista de salud pública de México. vol.42, no.6, Nov./Dic. de 2000.

<sup>55</sup>ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2 Adherencia terapéutica. Op cit., p. 130

<sup>56</sup>PÉREZ J. Aplicación de las teorías de Orem y Peplau en el proceso de atención de enfermería. [En línea] <<http://www.uninet.edu/neuroc2002/papers/TL-OREMYPEPLAU.htm>>[Citada el 20 de Junio de 2009]

La teoría es un elemento esencial para el desarrollo de las disciplinas, y es componente primario del conocimiento disciplinar. Permite validar los hechos del mundo empírico de enfermería.<sup>57</sup>

Así entonces el desarrollo teórico, junto con el desarrollo de la ciencia de enfermería, generarán el conocimiento disciplinar necesario para garantizar la autonomía de la práctica.

Puede decirse que la teoría es uno de los componentes de la estructura del conocimiento que permite dar sentido al mundo empírico para entender de una manera más coherente y controlada la práctica de Enfermería<sup>58</sup>.

Dorothea Orem una de las enfermeras americanas más destacadas, desarrolló su teoría de enfermería sobre el déficit de autocuidado como una teoría general, compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría del autocuidado, que describe el por qué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría de déficit de autocuidado que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente, y la teoría de los sistemas, que describe y explica las relaciones que hay que tener para la atención de enfermería<sup>59</sup>.

Orem enmarca tres conceptos básicos: a) El individuo, como un todo integrado del cual hacen parte la naturaleza interna, psicológica, fisiológica y social; que para mantenerse vivo, actuar y desarrollarse de acuerdo con la naturaleza, necesita recibir estímulos en forma continua y deliberada. El individuo es visto como un agente de autocuidado, la persona que realiza la acción. Toma al hombre como unidad dinámica, no estática, es integral; con la facultad de utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, reflexionar sobre su propio estado de salud, comunicar, y guiar sus esfuerzos a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente; b) Bienestar, el cual es la percepción que tiene una persona de su condición existencial caracterizada por la experiencia de satisfacción, placer, experiencias espirituales, la realización ideal del ser y una continua personalización. Relaciona este bienestar con la salud, siendo ésta el estado de una persona que se caracteriza por la integridad de las estructuras

---

<sup>57</sup> GUÍA DE ENFERMERÍA PARA LA APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA DOTS/TAES. Op cit., p. 35-37

<sup>58</sup> *Ibíd.*, p.38

<sup>59</sup> CELY Martha, ESPINOSA Ximena, MATEUS Jair, RODRÍGUEZ Sandra. Capacidad de agencia de autocuidado de las personas portadoras de VIH/Sida en una fundación de Bogotá. Bogotá D. C. 2008. P 23-37. [En línea] <<http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis12.pdf>>[Citada el 20 de Junio de 2009]

humanas desarrolladas y del funcionamiento psíquico y mental hacia niveles altos de integración; c) Ambiente, donde Orem muestra como condicionante de la salud el contexto sociocultural, el cual provee unos requisitos universales para contribuir al autocuidado.

Según Orem, la enfermería es un proceso artístico e interpersonal dirigido al fortalecimiento de la capacidad de autocuidarse o la realización de cuidado terapéutico, mediante la identificación de las demandas de autocuidado de las personas o la regulación de la acción de autocuidado. Las acciones de enfermería deben estar enfocadas a ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.<sup>60</sup>

**1.5.1 Teoría del Autocuidado.** Define la relación que existe entre las acciones deliberadas de autocuidado de los miembros de los grupos sociales y sus propios procesos funcionales y de desarrollo, además explica la relación entre el cuidado continuo suministrado a las personas a cargo y el desarrollo del proceso funcional.

Orem, define el autocuidado como la práctica de las actividades que las personas maduras, o en desarrollo, inician o llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y bienestar, lo que conlleva a visualizar la capacidad que tiene la persona de cuidarse a sí misma, situación adquirida durante el trayecto de la vida, teniendo como ejemplo y principal fuente la familia, donde los padres educan a los hijos desde pequeños en las prácticas de autocuidado básicas como higiene del cuerpo y las medidas de seguridad, las prácticas de autocuidado contribuyen a fomentar la salud y el bienestar<sup>61</sup>.

**1.5.1.1 Requisitos de autocuidado.** Orem los define como las metas o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado, y a su vez los clasifica en:

**1.5.1.1.1 Requisitos universales de autocuidado:** son los objetivos necesarios comunes a todos los individuos que se deben satisfacer a través del autocuidado. Orem propone ocho requisitos universales de autocuidado: El mantenimiento de un aporte de aire suficiente, El mantenimiento de un aporte de agua suficiente, El

---

<sup>60</sup>Ibid., p.23

<sup>61</sup>Ibid., p.24

mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente (incluye proteínas, aminoácidos, grasas, carbohidratos, minerales y vitaminas), La provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos, El mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo, El mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social, La prevención de riesgos para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano<sup>62</sup>.

Orem refiere que la satisfacción de los requisitos universales de autocuidado está dirigida hacia la prevención primaria y promoción de la salud.

**1.5.1.1.2 Requisitos de autocuidado relativos al desarrollo.** Aquellos que tienen por objeto promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, y prevenir la aparición de condiciones adversas o aminorar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

Orem identificó tres grupos de requisitos de autocuidado relativos al desarrollo: 1. provisión de condiciones que promuevan el desarrollo, 2. Los requisitos dirigidos al compromiso del desarrollo propio, 3. Los requisitos para la prevención de sufrir efectos de las condiciones humanas y situaciones de vida que puedan afectar adversamente el desarrollo humano.<sup>63</sup>

**1.5.1.1.3 Requisitos de autocuidado en estado de alteración de la salud.** Estos son comunes en personas con enfermedad o discapacidad, predisposición a una enfermedad o que tienen un diagnóstico médico y están bajo un tratamiento; se relacionan con el estado de salud de estas personas; hacen referencia a la toma adicional de acciones de autocuidado. La satisfacción de estos últimos requisitos tiene como meta mantener la salud, restaurarla y prevenir la enfermedad, e incluyen: Buscar y asegurar asistencia médica apropiada, Tener conciencia de y atender a efectos de estados y condiciones patológicas, incluyendo efectos sobre el desarrollo.

---

<sup>62</sup>Ibid., p 24-25

<sup>63</sup>Ibid., p.25

Llevar a cabo efectivamente las prescripciones médicas diagnósticas, el tratamiento y las medidas de rehabilitación, dirigido a prevenir otro tipo de patologías, a la patología misma, a la regulación del funcionamiento humano, a la corrección de deformidades o anormalidades o a la compensación de las discapacidades, Ser consciente de dar atención a la regulación de los efectos secundarios y nocivos de las medidas de cuidado médico, Modificar el autoconcepto y la autoimagen como aceptación del propio Estado de salud y necesidades de cuidado de la salud, Aprender a vivir con los efectos de las condiciones patológicas y las medidas terapéuticas necesarias, en un camino que promueva el desarrollo personal continuo<sup>64</sup>.

**1.5.2 Factores Básicos Condicionantes.** Orem los definió como el número de factores internos y externos que influyen o modifican la agencia de autocuidado, los requisitos de autocuidado y el autocuidado.<sup>65</sup>

Los Factores Básicos Condicionantes son esos atributos, características, propiedades o acontecimientos internos o externos de la persona que le hacen única.

Un factor, es un elemento constitutivo que contribuye activamente, o ejerce influencia o efecto sobre una cosa completa y compleja. Los factores son básicos son fundamentales y se aplican a todas las personas. Los factores están condicionando o influenciando activamente o modifican la necesidad de autocuidado (cuidado dependiente) de una persona y las capacidades de la persona para tomar la acción.

Para las personas contratadas para el autocuidado (es decir, los agentes de autocuidado o agentes de cuidado dependiente), los Factores Básicos Condicionantes influyen directa o indirectamente en la necesidad para autocuidado (los requisitos de autocuidado) y los resultados deseados y previstos que son asociados a resolver estos requisitos.

Así los Factores Básicos Condicionantes modifican o afectan los requisitos de autocuidado, conocidos colectivamente como demanda autocuidado terapéutico. Esto también significa que éstos influyen o afectan, directa o indirectamente, las capacidades de las personas para realizar autocuidado, es decir, en la agencia de autocuidado. Además caracterizan a la persona dedicada al autocuidado o al cuidado dependiente porque proporcionan perspicacia sobre las cualidades y

---

<sup>64</sup>Ibíd., p.26-27

<sup>65</sup>Ibíd., p.29

los rasgos que influyen en la individualidad de quién es, y de cuál es, la persona. Ahora, cuando están aplicados a los grupos, ayudan a caracterizar a un grupo como semejante o no semejante con otro grupo.<sup>66</sup>

Los factores condicionantes básicos identificados por Orem, son:

**1.5.2.1 Edad.** Edad cronológica actual. Es un índice del centro de atención de los cuidados de salud y del modo de ayuda de enfermería. La maduración personal y el funcionamiento orgánico, psíquico e intelectual varían con los periodos del ciclo de la vida humana. Está en estrecha relación con la conducta de autocuidado del paciente y de la conducta de enfermería.

**1.5.2.2 Género.** Lo define como masculino o femenino.

**1.5.2.3 Estado de desarrollo.** Son los niveles físico, funcional, cognoscitivo, y psicosocial de la persona.

**1.5.2.4 Estado de salud.** El estado actual y pasado de salud y la percepción de la salud de la persona.

**1.5.2.5 El sistema de salud.** Es el sistema en el cual, el cuidado de salud está accesible y está disponible para la persona.

**1.5.2.6 Factores socioculturales.** El sistema múltiple, complejo, e interrelacionado del ambiente social y del sistema de las creencias de la persona.

**1.5.2.7 Factores del sistema de la familia.** El sistema múltiple, complejo e interrelacionado por relaciones sociales y funciones interpersonales de la unidad de la familia.

**1.5.2.8 Patrones de vida.** Las acciones normales de autocuidado de la persona.

**1.5.2.9 Ambiente (condiciones de vida).** El ambiente adentro de la persona está normalmente centrado en acciones de autocuidado o de cuidado dependiente.

**1.5.2.10 Factores socioeconómicos.** Es la disponibilidad, accesibilidad y utilización de recursos internos y externos que tiene la persona.

Conocer los Factores Básicos Condicionantes es importante para las personas cuando realizan autocuidado o cuidado dependiente.<sup>67</sup>

---

<sup>66</sup> MAGAÑA, Margarita, JORDÁN, María, GARCÍA, M de L. Influencia de los Factores Condicionantes Básicos en las Capacidades de Autocuidado de Pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica. Celaya, Gto. México Junio de 2005. P 20-22. [en línea] <<http://www.feoc.ugto.mx/INV-2005/T2005%20-%20Margarita-Mag.pdfv>> [Citada el 17 de Julio de 2009]

En Enfermería, existen dos razones básicas para tal fin: Primero, para entender que las características que distinguen a las personas, permitirán mejorar sus intervenciones y contribuir en la realización de autocuidado terapéutico.

El conocimiento sobre estos factores puede ayudar a predecir o a explicar variaciones en los requisitos de autocuidado o variaciones en las capacidades de las personas para realizar el autocuidado. Éstos condicionan también el tipo y la cantidad de ayuda que las personas aceptarán. Segundo, las enfermeras deben tener una buena comprensión de cómo sus propios Factores Básicos Condicionantes influyen en la agencia de enfermería y el cuidado de enfermería que proveen.<sup>68</sup>

Orem identificó además que el estado de salud es un factor básico condicionante que influye en el autocuidado; explicó que el estado de salud y bienestar están asociados y que la experiencia de bienestar podría ocurrir incluso en individuos bajo condiciones adversas, incluyendo desórdenes en las estructuras y funciones humanas.<sup>69</sup>

**1.5.3 Teoría del Déficit de Autocuidado.** Orem resalta que las personas pueden beneficiarse del cuidado de enfermería porque ellas son sujetas de limitaciones, que las vuelven incapaces de hacerse cargo de sí mismas y ejercer el cuidado sobre ellos mismos o los demás, o vuelven su cuidado incompleto o ineficaz.<sup>70</sup>

Los conceptos manejados en esta teoría por esta maestra son:

**1.5.3.1 Demanda de autocuidado terapéutico.** La define como la cantidad y el tipo de actividades que la persona realiza o debería realizar en un tiempo determinado para conseguir los requisitos de autocuidado, en relación a sus condiciones y circunstancias.

---

<sup>67</sup> Ibid. , p.20

<sup>68</sup> Ibid. , p.21

<sup>69</sup> CELY. et al. Op cit., p.30

<sup>70</sup> Ibid., p. 27

**1.5.3.2 Déficit del autocuidado.** Relación entre la demanda terapéutica del autocuidado y la agencia del autocuidado del individuo, donde las aptitudes desarrolladas para el autocuidado no son ordenadas y suficientes para identificar los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto.

**1.5.3.3 Agencia de enfermería.** El papel de la enfermera es asumir la tarea de prestar ayuda a las personas que presenten privaciones o déficit, esto hace referencia al concepto elaborado por Orem denominado agencia de enfermería, que es la propiedad compleja de las enfermeras que las capacita para conocer y ayudar a los demás a conocer e identificar su demanda de autocuidado terapéutico, para ayudar a los demás a controlar el ejercicio de su agencia de autocuidado o de cuidado dependiente.

La agencia de enfermería tiene tres dimensiones interrelacionadas: el Sistema Social (dimensión cultural), el Sistema interpersonal (dimensión psicosocial y funcionamiento humano) y el Sistema Tecnológico profesional (métodos y técnicas válidas y confiables para el diagnóstico y prescripción de enfermería).

Dentro de las proposiciones elaboradas en la teoría del déficit de autocuidado, Orem describe:

Las personas que toman la acción para proveer su propio autocuidado o son agentes de cuidados dependientes tienen capacidades especializadas para la acción.

Las habilidades individuales para involucrarse en el autocuidado están condicionadas por la edad, estado de desarrollo, experiencia de vida, orientación sociocultural, salud y recursos válidos.

Un déficit de autocuidado podría ser totalmente o parcialmente eliminado, cuando las personas tiene las capacidades humanas necesarias, la disposición y la buena voluntad.

**1.5.4 Teoría de los Sistemas de Enfermería.** Es la forma como la persona y el profesional de enfermería se relacionan para compensar el desequilibrio existente en el autocuidado.

Para Orem, los sistemas de enfermería se forman en la medida en que las enfermeras utilizan sus habilidades para prescribir, diseñar, dirigir y mantener sistemas de autocuidado terapéutico a sus pacientes (tanto a individuos como a grupos). Siendo la encargada de actuar o hacer por, guiar, apoyar y proporcionar un entorno que estimule el desarrollo de autocuidado sobre el otro, clasificando las acciones de enfermería en tres tipos de acciones

**1.5.4.1 Sistema de enfermería totalmente compensador.** La enfermera realiza y compensa totalmente al paciente incapacitado para realizar su autocuidado, realiza el cuidado terapéutico, lo apoya y lo protege.

**1.5.4.2 Sistema de enfermería parcialmente compensador.** La enfermera realiza algunas medidas de autocuidado por el paciente, compensa las limitaciones, ayuda al paciente en lo necesario y regula la agencia de autocuidado del paciente. El ser humano asume una posición más activa, desarrolla algunas medidas de autocuidado, regula la agencia de autocuidado y acepta el cuidado y la asistencia de la enfermera.

**1.5.4.3 Sistema de enfermería de apoyo educativo.** El ser humano realiza el autocuidado y regula el ejercicio y desarrollo de la agencia de autocuidado; la enfermera regula el ejercicio de la acción del autocuidado y la agencia de autocuidado del individuo y actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda<sup>71</sup>.

Las acciones de enfermería se organizan según el sistema de enfermería el cual marca las líneas para el logro de resultados necesarios y “creados” por la enfermera para alcanzar las metas trazadas.

En nuestro país los factores condicionantes de la adherencia han sido poco estudiados. No se cuenta con instrumentos que operacionalicen de modo

---

<sup>71</sup> Ibid., p. 28-29

comprendiendo tales factores para que se puedan reconocer, y con base en ellos se diseñen programas o estrategias de promoción y prevención con más dinamismo y con elementos de la experiencia de los pacientes; con escenarios más propios para la comprensión o adaptación del individuo; programas que no sean monótonos, sino que atraigan su atención y logren en el paciente un cambio de actitud y toma de conciencia de su patología; programas en los que se establezca una verdadera relación de participación mutua entre el proveedor del servicio y el paciente, que enfoquen al individuo de manera integral y no sólo con medidas parciales.

Si el paciente no sigue el tratamiento prescrito, la responsabilidad recae directamente sobre él, a pesar de que exista evidencia de que los profesionales de la salud, los sistemas de salud, las condiciones económicas del paciente y del entorno pueden tener una gran influencia en el nivel de adherencia del paciente a sus tratamientos.<sup>72</sup>

Se han propuesto numerosas construcciones psicosociales que han intentado proporcionar un modelo conceptual para pensar sobre el comportamiento de salud. Sin embargo, el modelo de aptitudes informativas, motivacionales, comportamentales (IMC) que integra las aptitudes sobre la información, la motivación y la conducta para explicar el comportamiento, ha, sin embargo, concitado la atención como una guía potencialmente útil para desarrollar intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento de la tuberculosis. El modelo IMC demuestra que la información es un requisito previo para la adherencia, pero insuficiente en sí para modificar el comportamiento. La motivación y el desarrollo de aptitudes comportamentales son también determinantes fundamentales del cambio comportamental. Es por eso que en el presente proyecto se hace énfasis en las capacidades del individuo para ejercer su autocuidado como lo menciona Orem:

**1.5.5 Capacidad De Agencia De Autocuidado.** Se define como la compleja capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de Autocuidado terapéutico (requisitos de Autocuidado, tecnologías,

---

<sup>72</sup>BONILLA, CP. Diseño de un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos, en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. *av.enferm.*, XXV (1):46-55,2007.

medidas de cuidados) y finalmente, para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de Autocuidado a lo largo del tiempo.

Los tipos de habilidades para tener una agencia de autocuidado desarrolladas por Orem y la Nursing Development Conference Group son:

**1.5.5.1 Capacidades fundamentales y disposición.** Consisten en habilidades básicas del individuo como la sensación, percepción, memoria y orientación.

**1.5.5.2 Capacidades de poder.**(Capacidades que facilitan el autocuidado).Son capacidades específicas que se relacionan con la habilidad del individuo para comprometerse en el autocuidado, la valoración de la salud, energía y conocimiento del autocuidado. El concepto capacidades de poder tiene dos dimensiones:

**1.5.5.2.1 Capacidades de poder de la agencia de autocuidado.** Máxima atención y vigilancia, con respecto a sí mismo como agente de autocuidado, a las condiciones internas, externas y a factores significativos para el autocuidado.

- Uso controlado de la energía física, para la iniciación y continuación de las operaciones de autocuidado.
  
- Control de la posición del cuerpo y sus partes.
  
- Razonamiento dentro de un marco de referencia de autocuidado.
  
- Motivación o metas orientadas hacia el autocuidado.
  
- Toma de decisiones sobre autocuidado y la operacionalización de estas decisiones.

- Adquisición, conservación y operacionalización técnica sobre autocuidado y componentes de poder de la agencia de enfermería.

- Repertorio de habilidades (cognitivas, de percepción, de comunicación e interpersonales) para el autocuidado.

- Orden discreto de las acciones de autocuidado.

- Integración de las operaciones de autocuidado con otros aspectos de la vida.

**1.5.5.2.1 Capacidades de poder de la agencia de enfermería.** Conocimiento válido y confiable de las tres áreas de acción de enfermería (social, interpersonal y tecnológico – profesional).

- Habilidades intelectuales y prácticas específicas para estas áreas anteriormente mencionadas.

- Motivación.

- Buena disposición para proveer enfermería.

- Habilidad para unificar diferentes secuencias de acciones hacia el logro de resultados.

- Consistencia en el desempeño de las acciones de enfermería.

- Hacer ajustes en las acciones de enfermería, por condiciones que predominen o emerjan.

- Habilidad para autocontrol como elemento esencial profesional en situaciones prácticas de enfermería.

**1.5.5.3 Capacidades para operaciones de Autocuidado**<sup>73</sup>. Son las habilidades del ser humano más inmediatas; Orem las clasifica en:

- Operaciones estimativas. El individuo investiga condiciones y factores de sí mismo y del medio ambiente que son significativas para su Autocuidado.

- Operaciones Transicionales. El individuo toma juicios y decisiones sobre lo que puede, debe hacer y haría para encontrar los requisitos de Autocuidado.

- Operaciones productivas. El individuo construye medidas para satisfacer los requisitos de Autocuidado por sí mismo.

Algunas de las características para ser participante creativo en el Autocuidado es la comprensión de los acontecimientos del entorno, una actitud reflexiva sobre los pensamientos saludables que se dan por sí mismo en el humano, escuchar, escribir las reflexiones que se hace de sí mismo y realizar una continua auto evaluación sobre los hábitos de Autocuidado y las necesidades de cambio.

Orem establece que el Autocuidado está inmerso en las actividades de la vida diaria y no constituye en sí una actividad de la misma. El Autocuidado lleva implícito un conjunto de prácticas, habilidades y motivaciones que son en sí lo que se denomina agencia de Autocuidado. Considera que antes de ser agentes de asistencia dependiente de autocuidado, la enfermera es un individuo que debe ejercer el autocuidado en sí misma. Igualmente, las acciones de la enfermera en pro del autocuidado de los demás son congruentes con las expectativas sociales y su rol.

**1.5.5.4 Instrumentos Para Medir Agencia De Autocuidado.** La teoría del déficit de autocuidado y la operacionalización del concepto de agencia de autocuidado ha sido aceptada por la comunidad científica de enfermería y adoptada por varias

---

<sup>73</sup>CELY. et al. Op cit., p.32-33

investigadoras, mediante el desarrollo de escalas para la medición de la misma, aplicadas en diferentes tipos de población y distintas características. Algunas de ellas son el resultado de la deducción de la teoría (Kerney y Fleischer, 1979; Denyes, 1980) y otras son resultado de la investigación (Hanson y Bickel, 1985; Ever s G, Isenberg M, Philipsen H, Senten M, Brouns G., 1993) Actualmente el uso de esta teoría en la investigación hace referencia a los conceptos de agencia y acción del autocuidado, estilos de vida, la familia y la estructura del diagnóstico de enfermería.

**1.5.5.4.1 Escala del ejercicio de la agencia de autocuidado (ESCA).** Kearney y Fleischer's, 1979 fueron las primeras en desarrollar de forma operativa el concepto de agencia de autocuidado mediante la escala ESCA ( Exercise of Self-Care gency). Utilizando una aproximación inductiva Kearney y Fleischer's identificaron cinco dimensiones del ejercicio de la agencia de autocuidado: Actitud de responsabilidad de sí mismo, Motivación para el cuidado de sí mismo, Aplicación de conocimiento de la agencia de autocuidado, Valoración de las prioridades de salud, Alta autoestima.

A partir de estas dimensiones se desarrolló la escala de 43 ítems que representan ampliamente estas dimensiones y que se califican con una escala de Likert de cinco puntos.

**1.5.5.4.2 Instrumento de agencia de autocuidado de Denyes (DSCAI).** Denyes (1980) desarrolló dos instrumentos para evaluar el autocuidado: a. Instrumento de agencia de autocuidado: DSCAI ( Denyes' Self-Care Agency Instrument), basado en los primeros trabajos de Orem y el Grupo de Conferencia de Desarrollo de Enfermería NDCG (Nursing Development Conference Group) y desarrollado en trabajos de investigación con adolescentes. Los seis factores identificados en el análisis factorial en su muestra original con adolescentes fueron: Fuerza del ego y capacidad de toma de decisiones relacionadas con la salud, Valoración de la salud, Conocimiento sobre salud y experiencia en toma de decisiones, Niveles de energía física, Sentimientos, Atención a la salud. b. Instrumento de práctica de autocuidado de Denyes (DSCPI): Denyes elaboro un segundo instrumento para medir la práctica de autocuidado DSCPI (Denyes' Self- Care ractice Instrument).

Dicho instrumento ha sido utilizado en población infantil y adolescente, mide las acciones generales de autocuidado (por ejemplo decisiones propias de la salud) y acciones específicas para satisfacer los requisitos universales (por ejemplo comer una dieta balanceada, tomar medidas de seguridad, práctica de ejercicio). Se ha

demostrado la evidencia de validez de constructo mediante la aprobación de hipótesis que propone relación de la agencia de autocuidado y salud en varias muestras de adolescentes.

#### **1.5.5.4.3 Cuestionario de percepción de la agencia de autocuidado (PSCA).**

Hanson y Bickel (1985) desarrollaron el PSCA ( Perception of Self-Care Agency) para medir los diez componentes de poder de la agencia de autocuidado, aunque el análisis factorial reveló que mide únicamente ocho de las diez facultades.

El cuestionario PSCA muestra cinco factores en la percepción de la agencia de autocuidado, los cuales están contenidos en los ocho componentes de poder que mide el instrumento. Habilidades cognitivas tales como la toma de decisiones, razonamiento, conocimiento y juicio, Limitaciones cognitivas tales como toma de decisiones, razonamiento, conocimiento y juicio, Habilidades de movimiento como resistencia, flexibilidad, fuerza y control de la Energía, Motivación, Repertorio de habilidades.

#### **1.5.5.4.4 Cuestionarios de la estructura cognitiva relacionada con salud y de autocuidado de la salud.**

Neves (1980), brasileña desarrollo dos instrumentos para medir la agencia de autocuidado, basados en la teoría de Orem. Un cuestionario que mide creencias, actitudes e intenciones pertenecientes al cuidado de la salud llamado La estructura cognitiva relacionada con salud HrCS (The Health related Cognitive Structure) y otro cuestionario que mide las razones para ejecutar o no acciones de autocuidado, autocuidado de la Salud HSC (Health Self-Care).

El análisis del cuestionario HrCS de Neves fue estudiado en adultos no Hospitalizados, donde se identificó cuatro tipos de creencias, actitudes e intenciones: Creencias y actitudes sobre salud. Creencias, actitudes e intenciones relacionadas con autocuidado de la salud, Creencias y percepciones sobre las consecuencias de las acciones de autocuidado de la salud, Creencias y actitudes sobre el sistema de cuidado de salud.

El segundo instrumento de Neves, Cuestionario de autocuidado de la salud, descrito solo como medida de la etapa cognitiva de las razones de un individuo para ejecutar acciones comunes de autocuidado mide también si esas acciones se ejecutan realmente.

**1.5.5.4.5 Escala de apreciación de la agencia de autocuidado (ASA)<sup>74</sup>.** A medida que estas escalas se fueron desarrollando y probando su efectividad, surgió la necesidad de crear una escala que permitiera, en una forma integral, determinar la capacidad de agencia de autocuidado en todas sus dimensiones, y es ahí cuando aparece la Escala Apreciación de la Agencia de Autocuidado (ASA): Iseberg, 1983, esta escala fue el producto del primer trabajo colaborativo cuando Iseberg fue invitada como consultora de la Universidad de Maastricht, Holanda, para desarrollar investigaciones basadas en teorías de enfermería.

La escala cuenta con los tres elementos de la capacidad de agencia de autocuidado (Capacidades fundamentales, operativas y de poder), ha sido traducida a varios idiomas, en países de Europa, Asia oriental y en Latinoamérica y validado su instrumento en cada cultura. La con-fiabilidad del instrumento fue mayor de 0,7 en casi todos los estudios.

Utilizando como base conceptual el análisis que realizó la NDCG sobre las facultades de la agencia de autocuidado. Estas investigadoras consideraron las operaciones de autocuidado como variables de la agencia de autocuidado, es decir, se consideró a los componentes de poder como habilidades específicas que se mueven para ejecutar operaciones de autocuidado. La versión norteamericana y holandesa de la escala ASA consta de 24 ítems usando una escala tipo Likert de cinco puntos. La validez de constructo de esta escala fue estudiada por Evers en una población holandesa, la agencia de autocuidado tal como se midió estuvo inversamente relacionada con la dependencia social y en el estudio de Iseberg, realizado en pacientes en espera de Bypass coronario, la agencia de autocuidado se relacionó positivamente con el estado de salud.

**1.5.5.4.6 Escala de valoración de la capacidad de agencia de autocuidado de Esther Gallego.** La escala de “Valoración de las Capacidades de Autocuidado” fue desarrollada por Iseberg y Evers en 1993, traducida y validada en español por Esther Gallegos en 1998; esta escala se derivó del concepto Capacidades de Autocuidado desarrollado por Dorothea Orem.

La escala se compone de 24 ítem con un formato de respuesta de 5 alternativas estilo Likert, donde el número uno (nunca) significa el valor más bajo

---

<sup>74</sup>CELY. et al. Op cit., p. 35-36

de capacidad de agencia de autocuidado y el cinco (siempre) el valor más alto. Cada individuo puede obtener un puntaje que va de 24 a 120 puntos, con el 70% de confiabilidad. La escala original tiene un encabezado que orienta el diligenciamiento de la misma.

Los 24 ítems se agrupan en cinco categorías de la capacidad de agencia de autocuidado así: Las preguntas 12 y 22 hacen parte de la categoría de interacción social; las preguntas 2,4,5,7,8,14,15,16,17,19,21 y 23, corresponden a la categoría de bienestar personal donde se maneja la prevención de riesgos para la vida humana y el funcionamiento del cuerpo; las preguntas 3,6,11,13 y 20 evalúan la categoría de actividad y reposo; la pregunta 9 hace referencia a la categoría de consumo suficiente de alimentos y por último las preguntas 1,10,18 y 24 corresponden a la categoría de promoción del funcionamiento y desarrollo personal dentro de grupos sociales de acuerdo al potencial humano y las limitaciones conocidas

La interpretación de rangos de la evaluación de la capacidad de agencia de autocuidado se realiza de acuerdo a la escala de Likert dando como resultado una ALTA capacidad de agencia de Autocuidado con un puntaje entre 97 y 120 puntos; una MEDIA capacidad de agencia de Autocuidado entre 49 y 96 puntos; y una baja capacidad de agencia de Autocuidado entre 1 y 48 puntos.

La utilidad de esta escala se ha probado en múltiples estudios de diferentes patologías para la cual se ha tenido que modificar generando con el paso del tiempo mayor porcentaje de confiabilidad (95%), teniendo como última referencia en Colombia la modificación realizada por la Universidad Nacional en el estudio de Autocuidado en pacientes hipertensos.

## **2. VARIABLES:**

### **2.1 VARIABLE INDEPENDIENTE.**

Capacidad de la Agencia de Autocuidado, que será medida con los indicadores de las capacidades de poder.

### **2.2 VARIABLE DEPENDIENTE.**

Adherencia al régimen terapéutico de tuberculosis. Los factores de adherencia al régimen terapéutico de la tuberculosis, se medirán con los indicadores: Factores de condicionamiento básico individuales, estado de desarrollo, estado de salud, el sistema de salud, factores socioculturales, factores del sistema de la familia, patrones de vida, ambiente (condiciones de vida) y factores socioeconómicos.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDIO.**

El presente trabajo está enmarcado en la investigación cuantitativa. Corresponde a un estudio descriptivo de corte transversal con el que se pretende analizar la Capacidad de agencia de Autocuidado para la adherencia al régimen terapéutico de la Tuberculosis pulmonar y extra pulmonar.

#### **3.2 UNIVERSO Y POBLACIÓN.**

Todos los pacientes que estaban asistiendo al tratamiento antituberculoso en la ESE Popayán durante el periodo comprendido entre Junio-Octubre de 2009.

#### **3.3 MUESTREO.**

No probabilístico por conveniencia, por medio del cual se obtiene una muestra de 10 personas

#### **3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Pacientes que voluntariamente acepten participar en el estudio.
- Pacientes en categoría I ( Pacientes nuevos baciloscopia +, baciloscopia – y clínica positiva y extrapulmonar y abandono recuperado)

### **3.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Pacientes que no quieran participar voluntariamente
- Paciente en categoría IV (Multiresistencia)

## 4. MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

### 4.1 TÉCNICAS.

**4.1.1 Observación indirecta.** Estrategia mediante la cual el investigador observa y toma datos, durante la entrevista y mediante la revisión de documentos. Se realizará para la obtención de datos relacionados con los factores que implican revisión de las historias clínicas y fichas de control del tratamiento antituberculoso.

**4.1.2 Entrevista.** Técnica que permite recolectar datos relacionados con habilidades, autoestima y disfunción familiar

### 4.2 INSTRUMENTO:

**4.2.1 Formato de colección de información.** Está compuesto por ocho parámetros que incluyen los factores de condicionamiento básico individual, relacionados con el paciente y con su estado de salud, los factores de condicionamiento básico familiar y social, los factores relacionados con el sistema y equipo de salud, los relacionados con la terapia y la cualificación de la Agencia de Autocuidado. ( Ver anexo 1).

Este formato se diseñó tras realizar la conversión de los factores de adherencia según la Organización Mundial de la Salud a los factores de condicionamiento básico de la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, Así:

**Tabla 1. Conversión Factores adherencia OMS a Factores de condicionamiento Básico TGDA Dorothea Orem**

<b>FACTORES DE ADHERENCIA SEGÚN OMS</b>	<b>COMPONENTES TEORIA DEFICIT DE AUTOCUIDADO</b>
I: Factores económicos y estructurales	Factores socioeconómicos Factores socioculturales
II: Factores relacionados con el paciente	Factores de condicionamiento Individual Estado de Salud Estado de Desarrollo Condiciones de vida Factores y sistema familiar Patrones de vida
III: Complejidad del Régimen	Estado de salud
IV: Relaciones de apoyo entre el prestador de servicios de salud y el paciente	El Sistema de salud
V: Modelo de la prestación de atención de salud	El sistema de salud

**4.2.2 Escala de apreciación de capacidades de la agencia de autocuidado:** o escala de ASA (sigla en inglés): Está incluida dentro del instrumento haciendo parte de los factores de condicionamiento básico individual, con relación al paciente. Esta fue desarrollada por Isenberg y Evers en 1993, traducida y validada en español por Esther Gallegos en 1998; esta escala se derivó del concepto Capacidades de Autocuidado desarrollado por Dorothea Orem. La escala se compone de 24 ítem con un formato de respuesta de 5 alternativas estilo Likert, donde el número uno (nunca) significa el valor más bajo de capacidad de agencia de autocuidado y el cinco (siempre) el valor más alto. Cada individuo puede obtener un puntaje que va de 24 a 120 puntos, con el 70% de confiabilidad.

La escala original tiene un encabezado que orienta el diligenciamiento de la misma. Los 24 ítems se agrupan en cinco categorías de la capacidad de agencia de autocuidado así: Las preguntas 12 y 22 hacen parte de la categoría de interacción social; las preguntas 2,4,5,7,8,14,15,16,17,19,21 y 23, corresponden a la categoría de bienestar personal donde se maneja la prevención de riesgos para la vida humana y el funcionamiento del cuerpo; las preguntas 3,6,11,13 y 20 evalúan la categoría de actividad y reposo; la pregunta 9 hace referencia a la categoría de consumo suficiente de alimentos y por último las preguntas 1,10,18 y 24 corresponden a la categoría de promoción del funcionamiento y desarrollo personal dentro de grupos sociales de acuerdo al potencial humano y las limitaciones conocidas. La interpretación de rangos de la evaluación de la capacidad de agencia de autocuidado se realiza de acuerdo a la escala de Likert dando como resultado una ALTA capacidad de agencia de autocuidado con un puntaje entre 97 y 120 puntos; una MEDIA capacidad de agencia de autocuidado entre 49 y 96 puntos; y una baja capacidad de agencia de autocuidado entre 1 y 48 puntos. La utilidad de esta escala se ha probado en múltiples estudios de diferentes patologías para la cual se ha tenido que modificar generando con el paso del tiempo mayor porcentaje de confiabilidad (95%), teniendo como última referencia en Colombia la modificación realizada por la Universidad Nacional en el estudio de Autocuidado en pacientes hipertensos.

Esta última realizó una modificación del instrumento adaptado al español, denominado “Valoración de las capacidades de agencia de autocuidado”, con la autorización de la doctora Gallegos de México en el año 2004, sin alterar los 24 ítems o afirmaciones que la conforman, pero eliminando una de las escalas evaluativas (ni de acuerdo, ni en desacuerdo), que permitía al entrevistado ubicarse en un punto medio sin detenerse a pensar la realidad de sus cuidados.

En la traducción al español, la escala sufre un cambio en una serie de afirmaciones que abordan o evalúan los requisitos universales de autocuidado, queda de la siguiente manera:

Afirmación 9: Mantenimiento de un consumo de alimentos suficiente.

Afirmaciones 3, 4, 6, 8, 11, 13, 20 y 24: Preservación de equilibrio entre actividad y reposo.

Afirmación 23: Mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción social.

Afirmaciones 1, 2, 5, 7, 14, 15, 16, 17, 19, 21 y 22. Prevención de riesgos para la vida humana, el funcionamiento del cuerpo el bienestar personal.

Afirmaciones 10, 12 18: Promoción del funcionamiento desarrollo personal dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano las limitaciones conocidas.

La evaluación del nivel de capacidades de agencia de autocuidado se hace sobre el puntaje posible obtenido, de 24-96 puntos en total. Estos valores se transforman a una escala que va en proporción de 0-100%, donde los porcentajes más altos corresponden a mayor nivel de capacidades de agencia de autocuidado; la tabla de resultados se interpreta de la siguiente forma:

**Tabla 2. Interpretación de los resultados de la escala adaptada según la Universidad Nacional de Colombia.**

Calificación	Puntaje escala	Significado	Porcentaje	Capacidades de agencia de autocuidado
1	1-24	Totalmente en desacuerdo	0-25%	Muy bajas
2	25-48	En desacuerdo	26-50%	Bajas
3	49-72	De acuerdo	51-75%	Buenas
4	73-96	Totalmente de acuerdo	76-100%	Muy buenas

**Fuente:** Modificación de la escala de valoración de las capacidades de agencia de autocuidado, realizada por la facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y autorizada por la doctora Esther Gallegos en el 2004.

**4.2.3 Escala de autoestima de Rosenberg:** Consiste en un cuestionario para explorar la autoestima personal, entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo. La escala consta de 10 ítems o frases de las que 5 están enunciadas en forma positiva (1, 3, 4, 7 y 10), y 5 de forma negativa

(2, 5, 6, 8, y 9). Se califica como una escala de Likert de 4 puntos que van desde muy de acuerdo a muy en desacuerdo

Fue desarrollada en la década de 1960 en una muestra de 5.024 jóvenes de secundaria y personas de la tercera edad en el Estado de Nueva York y se anotó como una escala Guttman.

La escala en general tiene alta fiabilidad: test-retest en donde las correlaciones son típicamente en el rango de .82 a .88, y el alfa de Cronbach para varias muestras en el rango de .77 a .88 (véase Blascovich y Tomaka, 1993 y Rosenberg, 1986 para más detalle). Los estudios han demostrado una visión unidimensional y uno de dos factores (la auto-confianza y auto-censura) a la estructura de la escala. También ha sido traducida y validada al castellano en donde la consistencia interna de las escalas se encuentra entre 0,76 y 0,87 y la fiabilidad es de 0,80

Interpretación de resultados: Para los ítems 1, 3, 4, 7, y 10 se puntúa 4 para “muy de acuerdo”, 3 para “de acuerdo”, 2 para “en desacuerdo” y 1 para “muy en desacuerdo”; y para los ítems 2, 5, 6, 8, y 9 se puntúa 1 para “muy de acuerdo”, 2 para “de acuerdo”, 3 para “en desacuerdo” y 4 para “muy en desacuerdo”. De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada, que es considerada como una autoestima normal; de 26 a 29 puntos: Autoestima media, en donde no se presentan problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla; de 0 a 25 puntos: Autoestima baja, en donde existen problemas significativos de autoestima.

**4.2.4 Apgar familiar:** El apgar familiar está contenido dentro del mismo instrumento, en la sección correspondiente a Factores de condicionamiento básico de la familia. Está compuesto por 5 ítems que permiten evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. Puede utilizarse periódicamente para detectar un problema específico de disfunción familiar. El resultado puede ser diferente para cada miembro de la familia, ya que la percepción individual o la situación de cada uno pueden variar. Se califica con una escala de Likert de 5 puntos (Nunca, Casi Nunca, Algunas veces, Casi Siempre, Siempre, con una puntuación respectiva para cada ítem de 0,1,2,3,4). Dando como resultado un diagnóstico: de 8 a 10 puntos: Familia muy funcional (gran funcionamiento familiar, de 4 a 7 puntos: Familia moderadamente funcional, y de 1 a 3 puntos: Familia severamente disfuncional.

### **4.3 TÉCNICAS, TABULACIÓN Y ANÁLISIS:**

- El instrumento de recolección de información fue sometido a una prueba piloto, con el fin de perfeccionar la técnica de recogida de datos y mejorar el instrumento.
- La información fue analizada y descrita, desde el referente teórico, para identificar y relacionar los datos con el fenómeno estudiado.
- Se utilizarán estadísticas descriptivas y medidas de tendencia central.
- Los resultados se presentarán en gráficos y tablas.
- El programa para analizar los datos será SPSS versión 15.

### **4.4 PROCEDIMIENTO.**

- En primera instancia se hizo una solicitud por escrito del permiso a los coordinadores del Programa de Tuberculosis de la ESE Popayán, para la realización del trabajo.
- Se aplicó una prueba piloto del instrumento diseñado para la recolección de datos con el 10% de la población a estudio y al mismo tiempo se realizó la revisión por expertos, a cargo de la Dra. Regina Plazas.
- Posteriormente, se procedió al análisis de los resultados de las pruebas anteriores y se hicieron los ajustes necesarios.
- A continuación se procedió a la solicitud de una autorización a la dependencia de archivo del mismo lugar para la revisión de historias clínicas.
- Luego, previo consentimiento informado, se pidió a los pacientes su colaboración para recolección de información a través del instrumento diseñado, previamente ajustado.
- Posteriormente se hizo la recolección de información por medio del instrumento de investigación a las historias clínicas pertinentes.

- Después se tabularon los datos obtenidos y a continuación se elaboraron las gráficas necesarias para su presentación, que a su vez facilitarán el análisis de los resultados.
- Por último se construyó el informe final.

## 5. ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio de investigación, involucra el manejo de seres humanos en el contexto en el que se desarrolla su cotidianidad, por lo que se informa a los participantes del estudio acerca de los beneficios que puede obtener con el desarrollo de este proyecto de investigación: generación de prácticas de autocuidado. Los participantes del estudio fueron debidamente informados acerca de las posibles incomodidades a las que pueden estar sometidos, y a la casual intromisión de los investigadores en el desarrollo de sus actividades cotidianas y en su privacidad. Se les comentó además la confidencialidad con respecto a la información. Reglamentado en la ley 3 de 2001.

El consentimiento informado a los participantes del estudio se realizó por escrito.(Ver anexo 2)

## 6. RESULTADOS Y ANALISIS

### 6.1 PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

Los resultados obtenidos luego de la aplicación del instrumento que se utilizó en la investigación que buscaba analizar los Factores de condicionamiento Básico y Capacidad de la Agencia de Autocuidado en pacientes con tuberculosis adheridos al régimen farmacológico. Popayán 2009, se presentan teniendo en cuenta el siguiente orden:

#### 6.1.1 Caracterización de la población a estudio según los factores de condicionamiento básico de Dorotea Orem.

#### 6.1.2 Capacidades de Autocuidado.

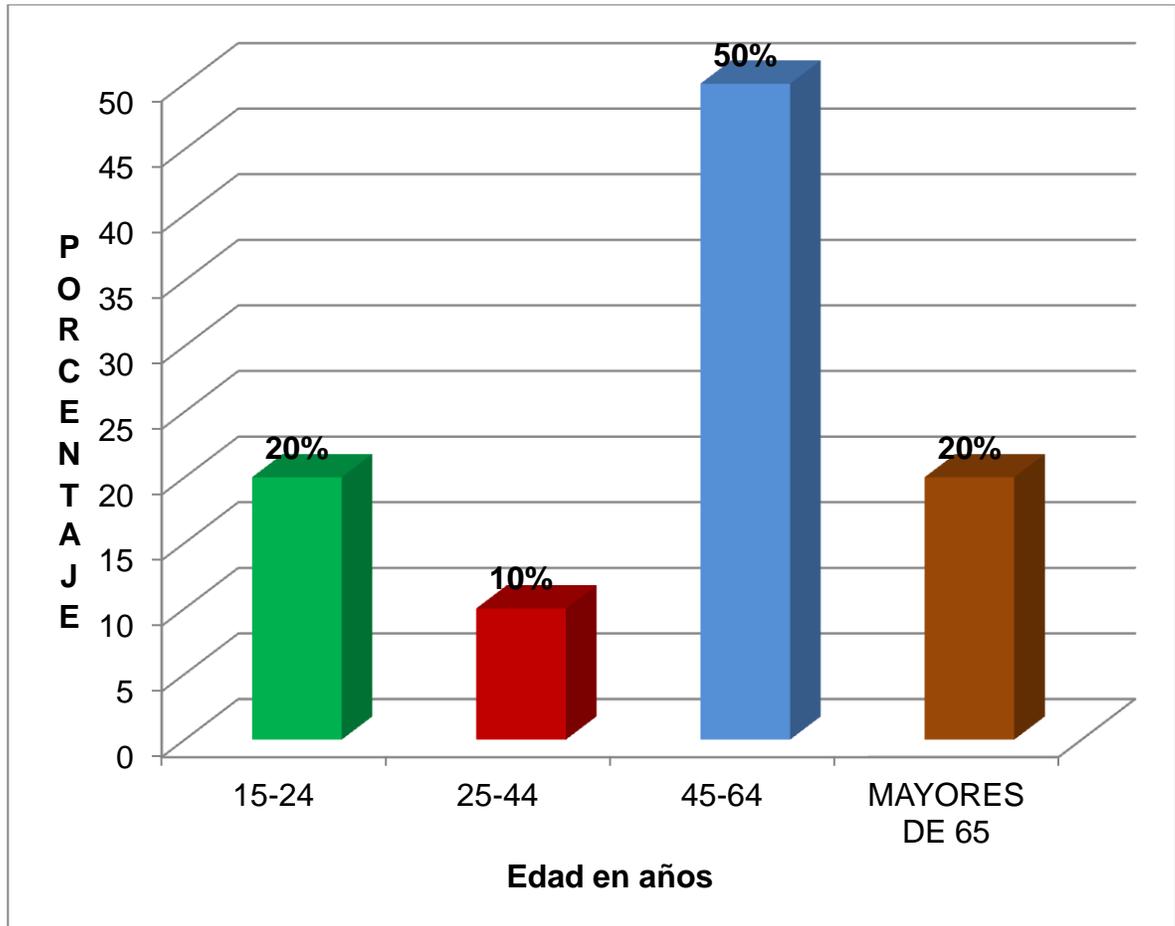
#### 6.1.3 Factores de condicionamiento básico asociados a la adherencia.

**6.1.1 Caracterización de la población a estudio según los factores de condicionamiento básico de Dorotea Orem..** Los factores condicionantes básicos, contemplados en la teoría del Autocuidado de Orem, se pueden considerar como determinantes en la adherencia al régimen terapéutico de la tuberculosis. Los factores que se revisaron en el presente estudio fueron: Factores de condicionantes básicos individuales, estado de desarrollo, estado de salud, sistema de salud, factores socioculturales, factores del sistema de la familia, patrones de vida, ambiente (condiciones de vida) y factores socioeconómicos.

**6.1.1.1 Factores de condicionamiento básico individuales.** Dentro de los factores de condicionamiento básico individuales se contemplan los datos relacionados con la edad, el género, la procedencia y el estado civil.

### 6.1.1.1.1 Edad.

**Figura1. Distribución porcentual de la población a estudio según grupos de edad.**

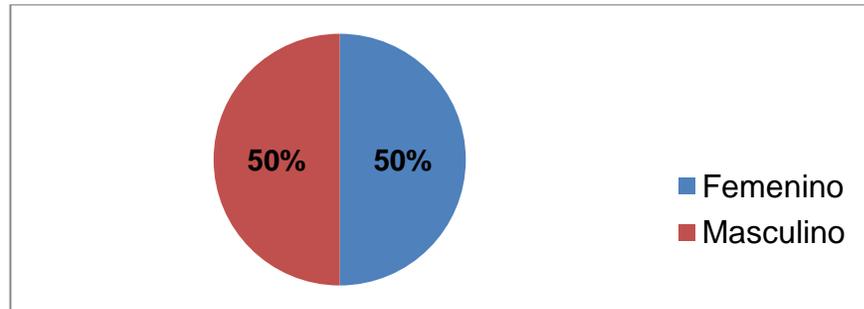


Fuente: Base de datos Proyecto Investigativo "FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BASICO Y CAPACIDADES DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN POBLACION ADHERIDA AL REGIMEN TERAPEUTICO PROGRAMA DE CONTROL DE TB. ESE POPAYAN 2009"

En la figura 1, se puede observar que el 50% de la población (n=10) se encuentra en el rango de edad entre 45-64 años, un 20% en edades entre 15-24 años, un 20% tiene 65 años y más y un 10% se encuentra en edades comprendidas entre 25 y 44 años. La edad mínima de la población es de 19 años y la máxima es de 76 años, con una edad promedio de 46,4 años.

### 6.1.1.1.2 Género.

**Figura 2. Características sociodemográficas de la población a estudio según género.**

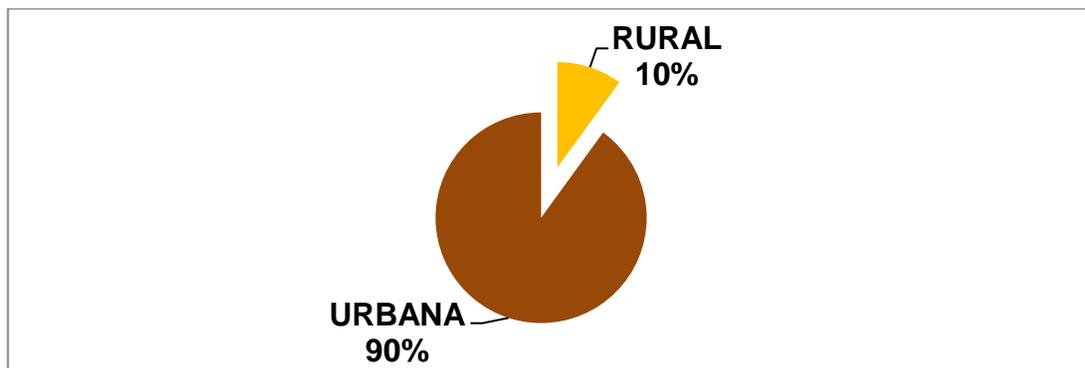


Fuente: Base de datos Proyecto Investigativo "FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BASICO Y CAPACIDADES DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN POBLACION ADHERIDA AL REGIMEN TERAPEUTICO PROGRAMA DE CONTROL DE TB. E.S.E. POPAYAN 2009"

La distribución por género de la población en estudio, muestra una tendencia homogénea de la enfermedad en cuanto a este aspecto: 50% tanto para el género masculino como para el femenino, como se puede observar en la figura N° 2.

### 6.1.1.1.3 Procedencia.

**Figura 3: Características sociodemográficas de la población a estudio según procedencia.**

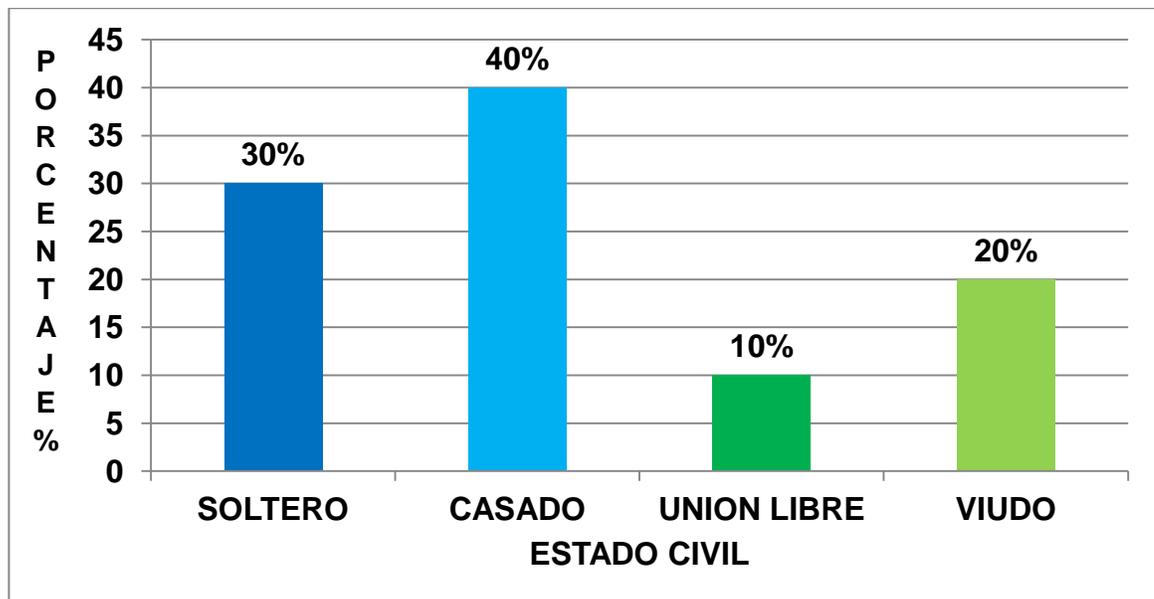


Fuente: Base de datos Proyecto Investigativo "FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BASICO Y CAPACIDADES DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN POBLACION ADHERIDA AL REGIMEN TERAPEUTICO PROGRAMA DE CONTROL DE TB. E.S.E. POPAYAN 2009"

Con respecto a la procedencia, se observa que el 90% corresponde a procedencia urbana y el 10% es de procedencia rural.

#### 6.1.1.1.4 Estado civil.

**Figura 4. Características sociodemográficas de la población a estudio según estado civil.**



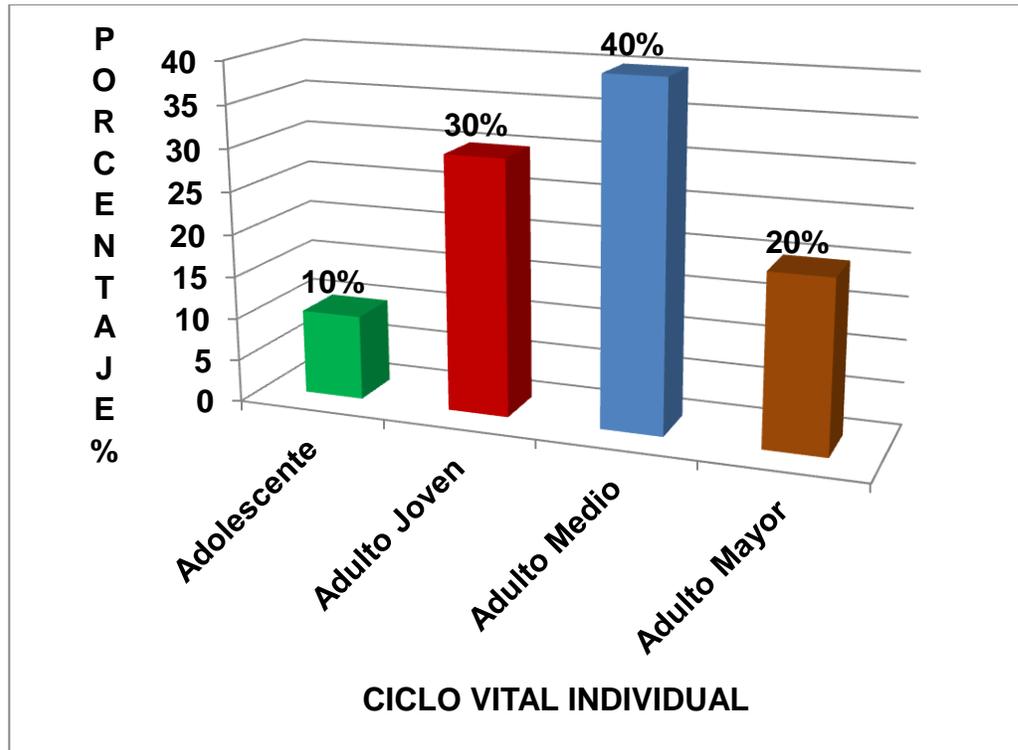
Fuente: Base de datos Proyecto Investigativo “FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BASICO Y CAPACIDADES DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN POBLACION ADHERIDA AL REGIMEN TERAPEUTICO PROGRAMA DE CONTROL DE TB. E.S.E. POPAYAN 2009”

Con relación al estado civil de los participantes, se observa que el 40% (4) está casado, el 30% (3) es soltero, el 20% (2) es viudo y el restante 10% (1) vive en unión libre, como se puede observar en la gráfica 4. De los datos anteriores se deduce que un 50% de la población vive en pareja, situación que sugiere que cuenta con el apoyo de la pareja en la situación que atraviesa, lo cual puede estimular la adherencia al régimen terapéutico.

**6.1.1.2 Estado de desarrollo.** Según la teorista, esta etapa comprende los niveles físico, funcional, cognoscitivo, y psicosocial de la persona. En el presente estudio se revisaron los aspectos relacionados con: etapa del ciclo vital individual, escolaridad, conocimiento de la enfermedad, afrontamiento de la enfermedad, percepción del problema de salud y autoestima.

### 6.1.1.2.1 Ciclo vital individual.

**Figura 5. Distribución porcentual de la población a estudio según etapa ciclo vital individual.**

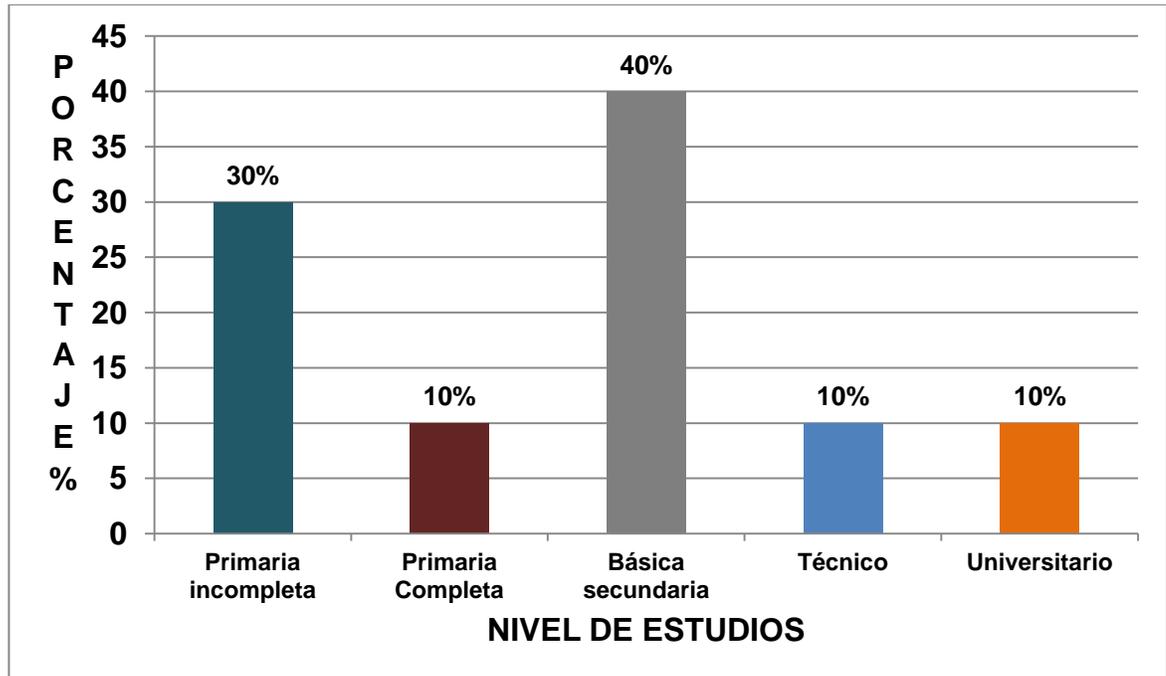


Fuente: Base de datos Proyecto Investigativo "FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BASICO Y CAPACIDADES DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN POBLACION ADHERIDA AL REGIMEN TERAPEUTICO PROGRAMA DE CONTROL DE TB. E.S.E. POPAYAN 2009"

En la figura N° 5 se observa que el 40% de los participantes se encuentra en la etapa del ciclo vital individual de adulto medio, un 30% en la etapa de adulto joven y un 10% en adolescencia.

### 6.1.1.2.2 Nivel de estudios.

**Figura6. Distribución porcentual de la población a estudio según nivel de estudios:**



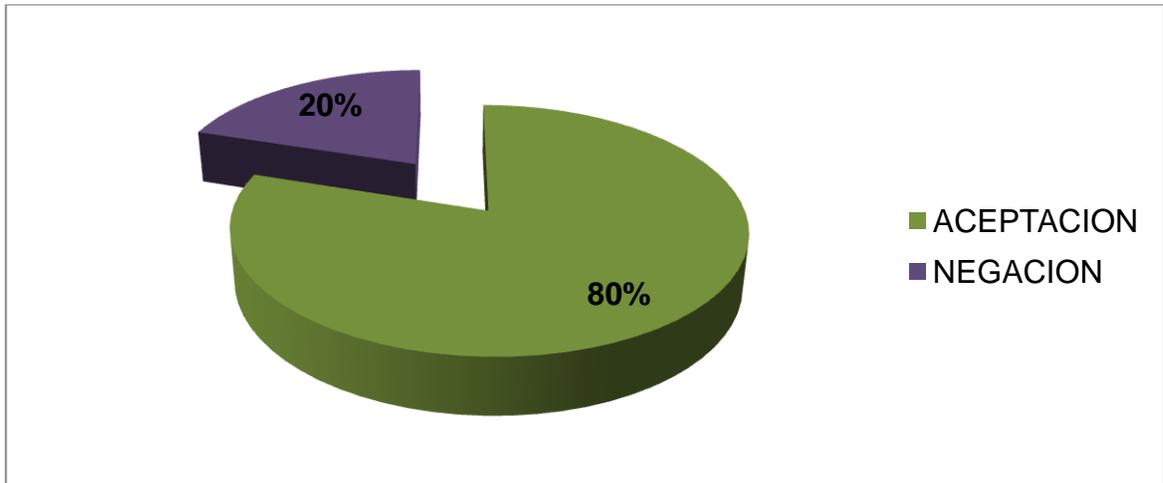
Fuente: Base de datos Proyecto Investigativo "FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BASICO Y CAPACIDADES DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN POBLACION ADHERIDA AL REGIMEN TERAPEUTICO PROGRAMA DE CONTROL DE TB. E.S.E. POPAYAN 2009"

El 40% de la población entrevistada ha cursado algún grado del nivel de básica Primaria, porcentaje similar posee un nivel de básica secundaria. Un 10% ha cursado el nivel técnico (10%) y porcentaje similar el nivel universitario, como se observa en la figura N°6.

**6.1.1.2.3 Conocimiento de la enfermedad.** En el estudio se encontró que el 100% de la población tiene conocimiento sobre la enfermedad, los aspectos sobre los que conocen se relacionan con la patología, los medios diagnósticos, los medicamentos, efectos adversos y medidas de prevención.

#### 6.1.1.2.4 Afrontamiento del problema de salud.

**Figura7. Distribución porcentual de la población a estudio según afrontamiento del problema de salud.**



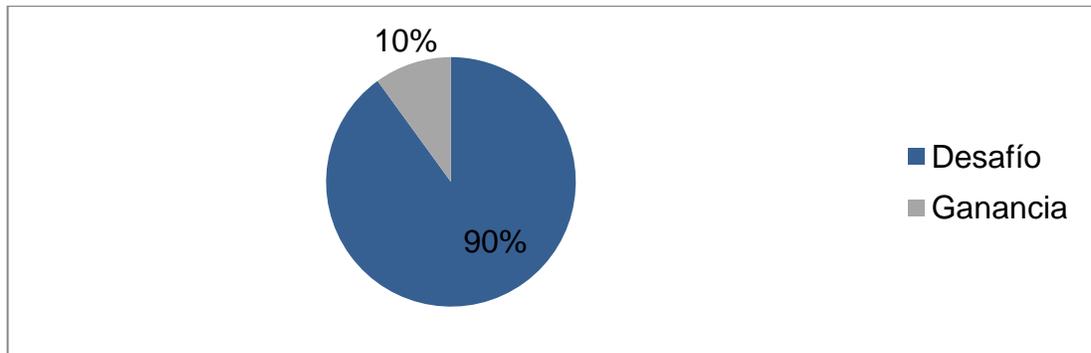
Fuente: Base de datos Proyecto Investigativo "FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BASICO Y CAPACIDADES DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN POBLACION ADHERIDA AL REGIMEN TERAPEUTICO PROGRAMA DE CONTROL DE TB. E.S.E. POPAYAN 2009"

Como se puede observar en la figura N°7, el 80% de la población acepta su problema de salud, lo cual le permite considerar la situación como susceptible de cambio y modificar las condiciones amenazantes o desafiantes del entorno. Son estrategias propias de la aceptación de la enfermedad buscar información, adherirse al tratamiento, seguir hábitos saludables y realizar cambios en el estilo de vida.

Por el contrario el 20% de los participantes no aceptan la enfermedad, se niegan a reflexionar sobre ella y consideran que no pueden hacer nada para modificar la situación. Presentan una actitud pasiva y distante, actuando como si la enfermedad no fuese grave: piensan que desaparecerá o incluso que no están enfermos. Perciben la TB como una patología estigmatizante, rechazan hablar sobre ella y no les cuentan a sus familiares o amigos.

#### 6.1.1.2.5 Percepción del problema de salud.

**Figura 8. Distribución porcentual de la percepción del problema de salud.**

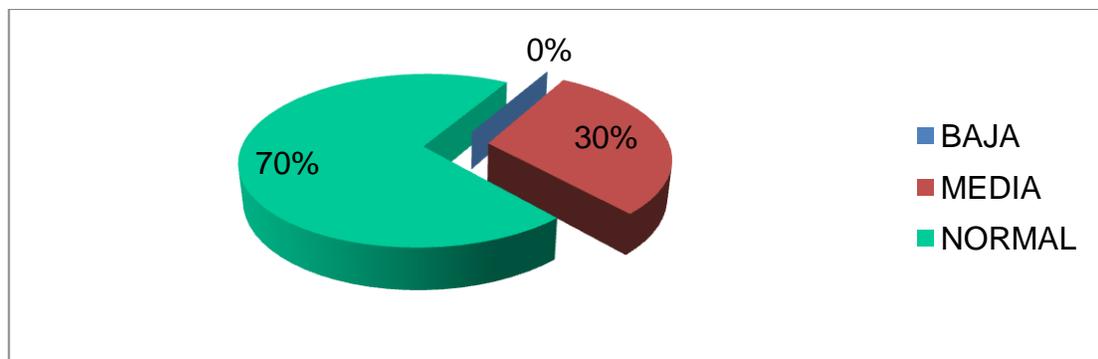


Fuente: Base de datos Proyecto Investigativo "FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BASICO Y CAPACIDADES DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN POBLACION ADHERIDA AL REGIMEN TERAPEUTICO PROGRAMA DE CONTROL DE TB. E.S.E. POPAYAN 2009"

El 90% de los participantes enfoca la enfermedad como desafío, lo que les permite considerar que la enfermedad es otra circunstancia de la vida que exige y obliga a unos hábitos terapéuticos para tratarla adecuadamente. Este tipo de personas busca a tiempo ayuda médica, cooperan, se informan sobre su enfermedad y buscan gratificaciones sustitutivas.

#### 6.1.1.2.6 Autoestima

**Figura 9. Distribución porcentual de la población a estudio según autoestima.**



Fuente: Base de datos Proyecto Investigativo "FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BASICO Y CAPACIDADES DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN POBLACION ADHERIDA AL REGIMEN TERAPEUTICO PROGRAMA DE CONTROL DE TB. E.S.E. POPAYAN 2009"

En cuanto a autoestima el estudio refleja que el 70% de la población presenta una autoestima normal, el 30% restante muestra una autoestima media, y ninguno de los participantes del estudio presenta baja autoestima.

**6.1.1.3 Estado de salud.** En Estado de salud se revisaron los aspectos relacionados con: clasificación de la enfermedad, comorbilidad existente, fases del tratamiento, condiciones de salud al ingreso, presencia de efectos adversos y persistencia de signos y síntomas.

**Tabla 3. Factores relacionados con el estado de salud que intervienen en la adherencia al régimen antituberculoso.**

	n	%
Diagnóstico de tuberculosis		
Tb pulmonar	6	60
Tb extrapulmonar	4	40
Comorbilidad existente		
Si	8	80
No	2	20
Fases de tratamiento		
1:Asistencia Diaria	4	40
2:Asistencia dos veces por semana	6	60
Condición de salud al ingreso		
Asintomático	1	10
Sintomático	9	90
Presencia de efectos adversos		
Si	10	100
No	0	0
Persistencia de signos y síntomas		
Si	7	70
No	3	30

Fuente: Base de datos Proyecto Investigativo "FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BASICO Y CAPACIDADES DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN POBLACION ADHERIDA AL REGIMEN TERAPEUTICO PROGRAMA DE CONTROL DE TB. E.S.E. POPAYAN 2009"

En la tabla 3 se observa que el mayor número de personas tiene tuberculosis pulmonar (60 %) y el menor número tuberculosis extrapulmonar (40%).

En cuanto comorbilidad existente, se observa que el 80% presenta una patología concomitante con tuberculosis y el 20% no la tiene. Entre estas patologías se encuentran: Enfermedad hepática, gastritis, desnutrición, diabetes mellitus, tabaquismo y exposición al humo de leña.

Con relación a la fase de tratamiento, se observa que el 60% (6) está en fase 2, donde asiste tres veces por semana a recibir su tratamiento y 40% (4) pertenece a la fase 1 donde asiste diariamente a recibir el tratamiento a excepción de los días domingos.

Con respecto a la condición de salud al ingreso, se observa que el 90% ingresa sintomático y el 10% asintomático, que corresponde a una persona con tuberculosis ósea.

En la presencia de efectos adversos, el 100% (10) ha presentado efectos adversos.

En cuanto a la persistencia de signos y síntomas, el 70% de la población presenta signos y síntomas y 30% no tiene persistencia de estos signos ni síntomas.

**6.1.1.4 Sistema de salud.** En Sistema de salud se revisaron los aspectos relacionados con: accesibilidad y disponibilidad del sistema de salud, es decir el equipo de salud que interviene en el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y en la atención en general a los asistentes al programa de tuberculosis.

**Tabla 4. Factores relacionados con el sistema de salud que intervienen en la adherencia al régimen antituberculoso.**

	n	%
Accesibilidad		
Si	10	100
No	0	0
Tiempo de espera adecuado		
Si	8	80
No	2	20

Fuente: Base de datos Proyecto Investigativo "FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BASICO Y CAPACIDADES DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN POBLACION ADHERIDA AL REGIMEN TERAPEUTICO PROGRAMA DE CONTROL DE TB. E.S.E. POPAYAN 2009"

**Tabla 4. (Continuación)**

	<b>n</b>	<b>%</b>
Horarios establecidos adecuados		
Si	7	70
No	3	30
Agilidad en diligenciamiento de tramites		
Si	7	70
No	3	30
Ha dejado de asistir alguna vez al tratamiento		
No	10	100
Está disponible cuando usted lo necesita		
Si	10	100
No	0	0
Soluciona los problemas de salud cuando los plantea		
Si	9	90
No	1	10
Es amable y me trata con cortesía		
Si	10	100
Entiendo cuando me explican las cosas		
Si	10	100
Me atienden de manera reservada/intimidad		
Si	10	100
Me atiende en un sitio adecuado, limpio, ordenado		
Si	10	100
Información sobre la enfermedad		
Si	10	100

Fuente: Base de datos Proyecto Investigativo "FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BASICO Y CAPACIDADES DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN POBLACION ADHERIDA AL REGIMEN TERAPEUTICO PROGRAMA DE CONTROL DE TB. E.S.E. POPAYAN 2009"

En la tabla 4 se observa que la totalidad de la población (100%) tiene accesibilidad tanto geográfica como telefónica al servicio de salud donde recibe el tratamiento para la tuberculosis.

En cuanto al tiempo de espera adecuado, se observa que el 80% afirma que el tiempo de espera si es adecuado en el servicio y el 20% considera que no es adecuado el tiempo que espera en el servicio, especialmente en la atención para el control médico.

Con relación a los horarios establecidos, se observa que el 70% (7) responde que si son adecuados y el 30% (3) refiere que no son adecuados los horarios establecidos.

Con respecto a la agilidad en el diligenciamiento de los trámites, se observa que el 70% responde que si son ágiles y el 30% refiere demora en el diligenciamiento de los trámites.

A la pregunta de si ha dejado de asistir alguna vez a tomar el tratamiento, el 100% (10) responde que nunca ha dejado de asistir por su tratamiento.

En cuanto a que si el equipo de salud está disponible cuando la persona lo necesita, el 100% respondió que sí está disponible.

Con referencia a la pregunta de si soluciona los problemas de salud cuando los plantea, el 90% (9) responde que el equipo de salud si soluciona sus problemas de salud cuando se les presentan y el 10% refiere que no es así.

Con respecto a que si el equipo de salud es amable y lo tratan con cortesía, la totalidad de la población (100) responde que el equipo de salud que lo atiende en la ESE Popayán es amable y lo tratan con cortesía.

En cuanto a que si la población a estudio entiende cuando el equipo de salud le explica las cosas, el 100% responde que sí entiende.

A la pregunta de sí se le atiende con intimidad y reserva, la totalidad de la población estudiada (100%) refiere que sí se le atiende con intimidad y reserva.

En lo correspondiente a que si se les atiende en un sitio limpio, adecuado y ordenado, el 100% de la población responde que sí.

En cuanto a que si el equipo de salud brinda información de la enfermedad, toda la población estudiada (100%) refiere que si le ha brindado información de manera escrita y/o verbal.

**6.1.1.5 Factores socioculturales.** En este factor se revisan aspectos relacionados con percepción de exclusión, actitud social, creencias religiosas y pertenencia a grupos.

**Tabla 5. Factores socioculturales que intervienen en la adherencia al régimen antituberculoso.**

	n	%
Percepción de exclusión		
Si	6	60
No	5	50
Actitud social		
Favorable	5	50
Desfavorable	5	50
Creencias religiosas		
Católica Romana	9	90
Ninguna	1	10
Pertenencia a grupos		
No	10	100

Fuente: Base de datos. Proyecto Investigativo "FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BASICO Y CAPACIDADES DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN POBLACION ADHERIDA AL REGIMEN TERAPEUTICO PROGRAMA DE CONTROL DE TB. E.S.E. POPAYAN 2009"

En la tabla 5 se observa que el 60 % de la población (6) percibe exclusión de parte de la sociedad, la familia o su grupo social íntimo por padecer tuberculosis, mientras que el 40% no percibe esta exclusión.

En cuanto a la actitud social, se observa que el 50% refiere una actitud social desfavorable por parte de la sociedad, ya sea por maltratos o negligencia y el 50% refiere una actitud favorable de parte de la sociedad.

Con relación a las creencias religiosas, se observa que el 90% (9) corresponde a la religión católica romana y el 10% (1) corresponde a la religión cristiana.

Con respecto a la pertenencia a algún tipo de grupos, se observa que el 100% no pertenece a ningún grupo.

**6.1.1.6 Factores familiares.** En este factor se revisan aspectos relacionados con el rol que desempeña en la unidad familiar, con la comunicación familiar, con la disfunción familiar, con la respuesta de la familia frente a la enfermedad y con el apoyo familiar.

**Tabla 6. Factores relacionados con el sistema familiar que intervienen en la adherencia al régimen antituberculoso.**

	<b>n</b>	<b>%</b>
Rol que desempeña en la unidad familiar		
Padre	4	40
Madre	2	20
Espos(a)	1	10
Hijo(a)	3	30
Comunicación familiar		
Buena	9	90
Regular	1	10
Disfunción familiar		
Familia muy funcional	8	80
Familia levemente funcional	2	20
Respuesta de la familia frente a la enfermedad		
Apoyo	10	100
Apoyo familiar		
Emocional	8	80
Económico	1	10
Cuidado o asistencia	1	10

Fuente: Base de datos Proyecto Investigativo "FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BASICO Y CAPACIDADES DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN POBLACION ADHERIDA AL REGIMEN TERAPEUTICO PROGRAMA DE CONTROL DE TB. E.S.E. POPAYAN 2009"

En la tabla 6 se observa que el 40% de la población desempeña el rol de padre en su familia y el 10% corresponde al rol de esposo(a) en su familia.

En cuanto a la comunicación familiar, se observa que el 90% afirma tener una buena comunicación con su familia, mientras que el 10% manifiesta tener una comunicación familiar regular.

Con relación a la respuesta de la familia a la enfermedad, el 100% refiere que la respuesta familiar es de apoyo.

Con respecto al tipo de apoyo recibido por la familia, se observa que el 80% corresponde a apoyo de tipo emocional, el 10% refiere apoyo de tipo económico y el 10% apoyo de cuidado o asistencia.

**6.1.1.7 Patrones de vida.** En este factor se revisan aspectos relacionados con las prácticas cotidianas de autocuidado.

**Tabla 7. Factores relacionados con los patrones de vida que intervienen en la adherencia al régimen antituberculoso.**

	n	%
Prácticas cotidianas de autocuidado		
Se cubre la boca con un pañuelo al toser	5	50
Se alimenta adecuadamente	2	20
Se cuida de ambientes fríos	1	10

Fuente: Base de datos Proyecto Investigativo "FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BASICO Y CAPACIDADES DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN POBLACION ADHERIDA AL REGIMEN TERAPEUTICO PROGRAMA DE CONTROL DE TB. E.S.E. POPAYAN 2009"

En la tabla 7 el 50 % de la población se cubre la boca con un pañuelo al toser como práctica cotidiana de autocuidado, el 20% se alimenta adecuadamente y el 10% se cuida de ambientes fríos.

**6.1.1.8 Condiciones de vida.** En este factor se revisan aspectos relacionados con la capacidad para el cuidado.

**Tabla 8. Factores relacionados con las condiciones de vida que intervienen en la adherencia al régimen antituberculoso.**

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Capacidad para el cuidado</b>		
Autocuidado	8	80
Cuidado dependiente	2	20

Fuente: Base de datos Proyecto Investigativo “FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BASICO Y CAPACIDADES DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN POBLACION ADHERIDA AL REGIMEN TERAPEUTICO PROGRAMA DE CONTROL DE TB. E.S.E. POPAYAN 2009”

En la tabla 8 se observa que el 80% (8) tienen capacidad para el cuidado, mientras que el 20% (2) tiene un cuidado dependiente, que es realizado por sus hijas.

**6.1.1.9 Factores socioeconómicos.** En este factor se revisan aspectos relacionados con el régimen de seguridad social, estrato socioeconómico, ocupación, situación laboral e ingresos económicos.

**Tabla 9. Factores socioeconómicos que intervienen en la adherencia al régimen antituberculoso.**

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Régimen de seguridad social</b>		
Subsidiado	3	30
Contributivo	5	50
Vinculado	2	20
<b>Estrato socioeconómico</b>		
Estrato 1	2	20
Estrato 2	1	10
Estrato 3	6	60
Estrato 4	1	10

Fuente: Base de datos Proyecto Investigativo “FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BASICO Y CAPACIDADES DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN POBLACION ADHERIDA AL REGIMEN TERAPEUTICO PROGRAMA DE CONTROL DE TB. E.S.E. POPAYAN 2009”

**Tabla 9. (Continuación)**

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Ocupación</b>		
Ama de casa	2	20
Conductor	2	20
Estudiante	1	10
Comerciante	3	30
Agricultor	1	10
Auxiliar Administrativo	1	10
<b>Situación laboral</b>		
Desempleado	3	30
Trabajador		
Independiente	5	50
Pensionado	2	20
<b>Ingresos económicos</b>		
< 1 SMLV	3	30
1 SMLV	3	30
2 SMLV	4	40

Fuente: Base de datos Proyecto Investigativo "FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BASICO Y CAPACIDADES DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN POBLACION ADHERIDA AL REGIMEN TERAPEUTICO PROGRAMA DE CONTROL DE TB. E.S.E. POPAYAN 2009"

En la tabla 9 se observa que en cuanto al régimen de afiliación al sistema general de seguridad social en salud, el mayor número de personas 50% (5) de la población pertenece al régimen contributivo y el menor número de personas 20% (2) pertenece al régimen vinculado.

Con relación al estrato económico, se observa que el mayor número de personas, 60% (6), pertenece al estrato 3 y el menor número de personas 10% (1) pertenece al estrato 2 y el 10% (1) pertenece igualmente al estrato 4.

En cuanto a la ocupación, el mayor número de personas pertenece al comercio, 30% (3), y el menor número de personas, 10% (1), es estudiante, 10% (1), es agricultor y el 10 % (1) se desempeña como auxiliar administrativo.

Con relación la situación laboral, el 50% (5) es trabajador independiente y en menor proporción, el 20% (2) es pensionado.

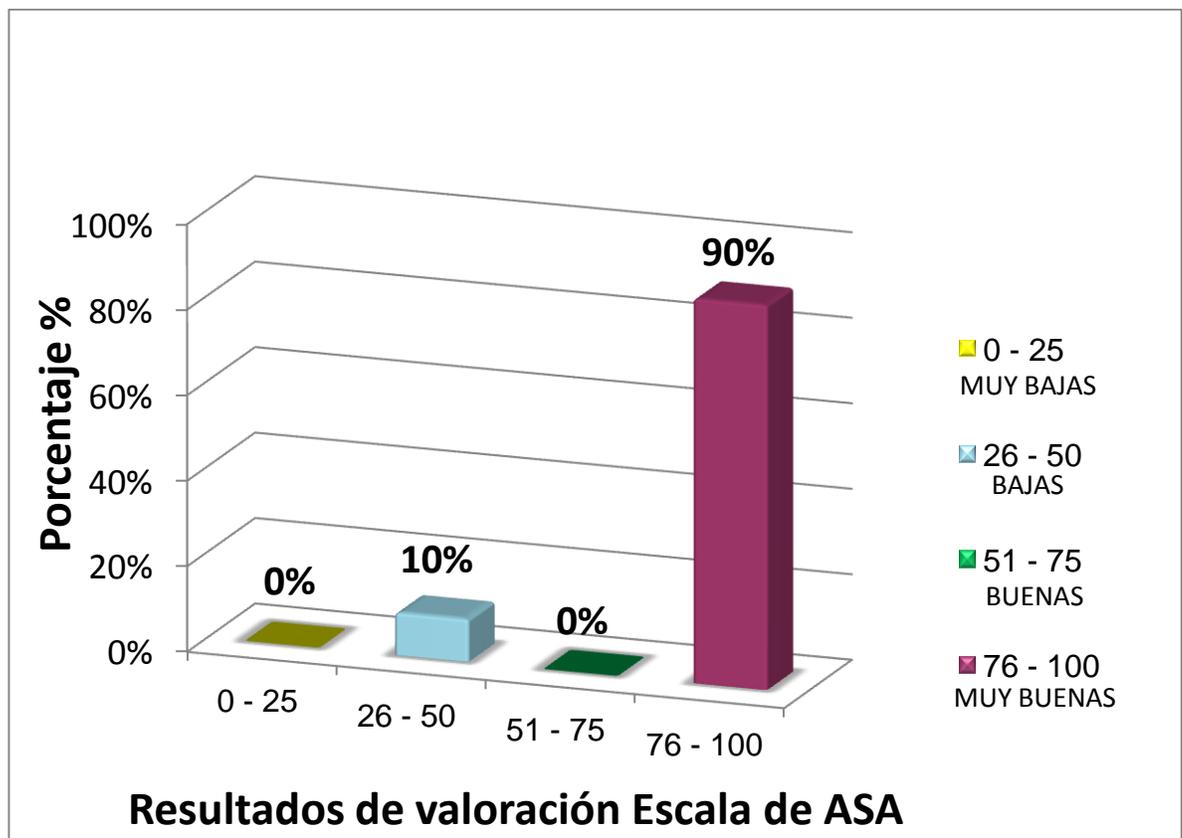
Con respecto ingreso económico mensual, se observa que el 40% (4) corresponde 2 salarios mínimos legales vigentes, el 30% (3) corresponde a 1

salario mínimo legal vigente y el restante 30% (3) recibe menos de un salario mínimo legal vigente.

### 6.1.2 Capacidades de Autocuidado.

#### 6.1.3.1 Valoración global de la Escala de valoración de las capacidades de agencia de autocuidado.

**Figura 8. Distribución porcentual de la Valoración global de la capacidad de Agencia de Autocuidado.**



Fuente: Base de datos Proyecto Investigativo "FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BASICO Y CAPACIDADES DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN POBLACION ADHERIDA AL REGIMEN TERAPEUTICO PROGRAMA DE CONTROL DE TB. E.S.E. POPAYAN 2009"

El 90% de las personas con Tuberculosis, es decir, 9 de ellas tienen muy buenas capacidades de autocuidado a la aplicación de la Escala de ASA, y tan sólo un

10%, que corresponde a una persona solamente, se encuentra con bajas capacidades para el autocuidado.

La escala de valoración de capacidades de agencia de autocuidado, adaptada por la Universidad Nacional, se aplicó a 10 personas, obteniendo un total de 240 respuestas; según las frecuencias con que se repetían, puedo observarse que 29 de las respuestas se inclinaron por la opción “totalmente de acuerdo”, 69 de las mismas respondieron a la opción “de acuerdo”, 34 fueron hacia el ítem “en desacuerdo” y 8 correspondieron a la opción “totalmente en desacuerdo”

Además se obtuvo un promedio de las respuestas seleccionadas por cada persona de la escala de valoración en todos los instrumentos aplicados, con una calificación de 3,3 que significa “totalmente de acuerdo”. De la misma manera se realizó la sumatoria del total de respuestas de las 24 afirmaciones en los 10 instrumentos aplicados, obteniendo como resultado 795 puntos, con un promedio de 79,5 para cada una de las personas.

Igualmente, la conversión en porcentaje que se muestra en la tabla 10, de interpretación de los resultados, adaptada según la Universidad Nacional, arrojó un 82,81%, que se ubica entre 76% y 100%, que se interpreta como “muy buenas capacidades de agencia de autocuidado”, para el general de las personas.

**Tabla 10.** Interpretación de los resultados de la Escala de ASA

<b>Calificación</b>	<b>Puntaje escala</b>	<b>Significado</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Capacidades de agencia de autocuidado</b>
3,3	79,5	Totalmente de acuerdo	82,81%	Muy buenas

Fuente: Base de datos Proyecto Investigativo “FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BASICO Y CAPACIDADES DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN POBLACION ADHERIDA AL REGIMEN TERAPEUTICO PROGRAMA DE CONTROL DE TB. E.S.E. POPAYAN 2009”

Estadísticamente se obtuvieron los siguientes resultados para la interpretación descriptiva:

Con respecto a la media o promedio de respuesta de las personas fue de 79,5 que significa “totalmente de acuerdo” y corresponde a un 82,81% y se interpreta como “muy buenas capacidades de autocuidado” indicando que las personas son capaces de cuidarse a sí mismas.

Se obtuvo una moda de 4, indicando que la respuesta que más se repite a las afirmaciones hechas es “totalmente de acuerdo” lo que muestra nuevamente que las personas poseen muy buenas capacidades para su autocuidado.

Para ratificar los resultados anteriores se obtuvo un media de 3,4 que muestra la propensión de las personas a valores altos para las respuestas dadas en la aplicación de la escala indicando las buenas capacidades para su autocuidado.

El puntaje más alto de las escala al hacer la sumatoria de las respuestas de las 10 encuestas fue de 92 y corresponde a un 95,83%, y el puntaje mínimo fue de 60 equivalente a un 62,5%. Para ambas situaciones se observa de nuevo la tendencia hacia las “muy buenas” y “buenas” capacidades de autocuidado dentro de las personas.

**6.1.2.2 Capacidades de autocuidado de acuerdo a los Requisitos de Autocuidado Universal.** A continuación se presentan los resultados de la Escala de ASA, por requisitos de Autocuidado Universal: Mantenimiento de un consumo de alimentos suficiente, Preservación del equilibrio entre la actividad y el reposo, Prevención de riesgos para la vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal, Promoción del funcionamiento y desarrollo personal dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano y las limitaciones conocidas y Mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción.

**Tabla 11. Mantenimiento de un consumo de alimentos suficientes.**

VARIABLE	TOTALMENTE DE ACUERDO		DE ACUERDO		EN DESACUERDO		TOTALMENTE EN DESACUERDO	
	n	%	n	%	n	%	n	%
9. Puedo alimentarme de manera que mi peso se mantenga.	8	80	1	10	1	10	0	0

Fuente: Base de datos Proyecto Investigativo “FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BASICO Y CAPACIDADES DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN POBLACION ADHERIDA AL REGIMEN TERAPEUTICO PROGRAMA DE CONTROL DE TB. E.S.E. POPAYAN 2009”

Se observa que la muestra estudiada, en la afirmación 9, tiene una frecuencia de 8 para totalmente de acuerdo, que corresponde a 92.2% (media 3.7) y que se interpreta como “muy buenas capacidades de autocuidado” relacionado con el requisito de autocuidado “mantenimiento de un consumo suficiente de alimentos” según la Interpretación de la Escala de Asa (Tabla 2).

Lo anterior se refiere a que la muestra estudiada tiene una actitud positiva frente al mantenimiento de consumo de alimento suficiente y significa que pueden cuidarse en la alimentación teniendo en cuenta las recomendaciones nutricionales.

**Tabla 12. Preservación del equilibrio entre actividad y reposo.**

VARIABLE	TOTALMENTE DE ACUERDO		DE ACUERDO		EN DESACUERDO		TOTALMENTE EN DESACUERDO	
	n	%	n	%	n	%	n	%
3. Puedo hacer cambios o ajustes si tengo problemas para moverme.	4	40	5	50	1	10	0	0
4. Puedo hacer lo necesario para mantener limpio mi alrededor.	7	70	2	20	0	0	0	0
6. Siempre que puedo, cuido de mí.	6	60	2	20	1	10	0	0
8. Con tal de mantenerme limpio, puedo Cambiar la frecuencia con que me baño.	5	50	3	30	1	10	0	0
11. A veces pienso en hacer ejercicio y poco durante el día, y lo hago.	1	10	6	60	1	10	1	10
13. Puedo dormir lo suficiente para sentirme descansado.	4	40	3	30	2	20	0	0
20. Con frecuencia no tengo la energía para cuidarme como debo.	3	30	0	0	5	50	1	10
24. Cuando tengo dificultades para movilizar alguna parte de mi cuerpo, generalmente consigo cuidarme como me gustaría.	5	50	3	30	1	10	0	0

Fuente: Base de datos Proyecto Investigativo "FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BASICO Y CAPACIDADES DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN POBLACION ADHERIDA AL REGIMEN TERAPEUTICO PROGRAMA DE CONTROL DE TB. E.S.E. POPAYAN 2009"

La actitud hacia el requisito de autocuidado "Equilibrio entre actividad y reposo" es de "muy buenas capacidades de autocuidado" con una media de 3,3, que corresponde a 84.9%, con una frecuencia de 35 para "totalmente de acuerdo" en las afirmaciones 3, 4, 6, 8, 11, 13, 20, y 24.

En esta variable se observa una actitud positiva frente al equilibrio que existe entre la actividad y reposo, dentro del grupo de personas se presenta que están pendientes de su salud, son activos y hacen cambios en su estilo de vida, limpian su entorno y hacen su aseo personal y se alimentan adecuadamente con la

finalidad de mantener su peso y conservar la actividad, sin embargo cabe destacar que estas personas manifiestan le dan poca importancia al reposo.

**Tabla 13. Prevención de riesgos para la vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal.**

VARIABLE	TOTALMENTE DE ACUERDO		DE ACUERDO		EN DESACUERDO		TOTALMENTE EN DESACUERDO	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Cuando aparece cualquier tipo de alteración en mi vida, realizo cambios necesarios para mantenerme saludable	6	60	2	20	1	10	0	0
2. Soy capaz de valorar que tan efectivo es lo que hago para mantenerme con salud.	7	70	1	10	1	10	0	0
5. Cuando es necesario realizo cambios para mantenerme saludable.	8	80	1	10	0	0	0	0
7. Busco las mejores maneras de cuidar de mí.	7	70	2	20	0	0	0	0
14. Puedo conseguir la información necesaria si mi salud se ve amenazada.	4	40	4	40	1	10	0	0
15. De vez en cuando examino mi cuerpo para ver si hay alguna diferencia.	6	60	1	10	2	20	0	0
16. Si tengo que tomar algún medicamento, Puedo obtener información sobre los efectos indeseables.	3	30	3	30	3	30	0	0
17. No puedo cambiar algunas de mis costumbres pasadas que interfieren con mi salud.	0	0	1	10	2	20	6	60
19. Acostumbro realizar las cosas que puedo para mantenerme saludable con un buen resultado	6	60	3	30	0	0	0	0
21. Si tengo algún problema de salud, puedo buscar ayuda para resolverlo.	7	70	2	20	0	0	0	0
22. Puedo buscar ayuda si no puedo cuidarme yo mismo.	8	80	1	10	0	0	0	0

Fuente: Base de datos. Proyecto Investigativo "FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BASICO Y CAPACIDADES DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN POBLACION ADHERIDA AL REGIMEN TERAPEUTICO PROGRAMA DE CONTROL DE TB. E.S.E. POPAYAN 2009"

El resultado hacia el requisito “Prevención de riesgos para la vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal” es de “Muy buenas capacidades de autocuidado”, al observar una frecuencia de 62 para “totalmente de acuerdo”, que corresponde a 85,1 y a una media de 3.4.

Lo anterior se refiere a una actitud positiva frente a la prevención de riesgos para la vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal, cuando la persona es capaz de hacer un poco de ejercicio y descansar en ciertos momentos, recurrir a sus allegados y/o familiares cuando necesita ayuda, dormir suficientemente para sentirse descansado, conocer sobre su salud, revisar su cuerpo, cambiar hábitos, tomar medidas para asegurar que su familia y ellos mismos estén seguros, valorar la actividad de lo que hacen para mantenerse con salud y tomar tiempo, aunque poco, para cuidarse. Son personas a quienes les gusta sentirse seguras, y aunque haya la presencia de una enfermedad infectocontagiosa, buscan la forma de estar bien y de recuperarse.

**Tabla 14. Promoción del funcionamiento y desarrollo personal dentro de grupos sociales de acuerdo con el potencial humano y las limitaciones conocidas.**

VARIABLE	TOTALMENTE DE ACUERDO		DE ACUERDO		EN DESACUERDO		TOTALMENTE EN DESACUERDO	
	n	%	n	%	n	%	n	%
10. Puedo tomar tiempo para mí.	6	60	1	10	2	20	0	0
12. Tengo amigos de mucho tiempo a quienes puedo recurrir cuando necesito ayuda.	4	40	0	0	5	50	0	0
18. Soy capaz de tomar medidas para asegurar que mi familia y yo estemos seguros	5	50	2	20	2	20	0	0

Fuente: Base de datos Proyecto Investigativo “FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BASICO Y CAPACIDADES DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN POBLACION ADHERIDA AL REGIMEN TERAPEUTICO PROGRAMA DE CONTROL DE TB. E.S.E. POPAYAN 2009”

El resultado hacia el requisito “Promoción del funcionamiento y desarrollo personal dentro de los grupos sociales, acorde al potencial humano y las limitaciones conocidas” es de “Muy buenas capacidades de autocuidado”, al observar una frecuencia de 15 para “totalmente de acuerdo”, correspondiente a 80.5% y con una media de 3.2.

Lo anterior se refiere a una actitud positiva frente a promoción del funcionamiento y desarrollo personal dentro de los grupos sociales, acorde al potencial humano y las limitaciones conocidas cuando la persona es capaz de buscar ayuda si no puede buscar ayuda, cuidarse a sí misma, tomar tiempo para sí misma y cuidarse como le gusta. Este resultado muestra que a pesar del contexto de la Tuberculosis y la complejidad de su régimen las personas con esta patología buscan invertir tiempo en sus actividades.

**Tabla 15. Mantenimiento del Equilibrio entre la soledad y la interacción.**

VARIABLE	TOTALMENTE DE ACUERDO		DE ACUERDO		EN DESACUERDO		TOTALMENTE EN DESACUERDO	
	n	%	n	%	n	%	n	%
23. Con la actividad diaria puedo tomar tiempo para cuidarme.	7	70	0	0	2	20	0	0

Fuente: Base de datos Proyecto Investigativo "FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BASICO Y CAPACIDADES DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN POBLACION ADHERIDA AL REGIMEN TERAPEUTICO PROGRAMA DE CONTROL DE TB. E.S.E. POPAYAN 2009"

Puede verse que la muestra estudiada tiene "Muy buenas capacidades de autocuidado" relacionadas con el requisito "Equilibrio entre soledad e interacción social, con una frecuencia de 7 para "totalmente de acuerdo" en la afirmación 10, con una media de 3.5, que corresponde a 88.8%.

Frente al anterior requisito se observa una actitud positiva frente al equilibrio entre soledad e interacción social cuando la persona puede manejar la situación para mantenerse tal y como es, si es necesario, en cualquier circunstancia. Son personas que a pesar de su situación siempre están rodeadas de gente que los quiere, en mayor medida por sus familiares y allegados más íntimos.

### **6.1.2.3 Capacidades de autocuidado de acuerdo a la Valoración por cada una de las afirmaciones de la Escala de ASA.**

**6.1.2.3.1 Afirmación 1.** El promedio de respuestas (3,4) se ubica en "Total de acuerdo", lo que se traduce en "Muy buenas capacidades de agencia de autocuidado" de la población estudiada con relación a que las personas si pueden hacer ajustes para mantenerse con salud, lo cual resulta beneficioso para la adherencia al tratamiento.

**6.1.2.3.2 Afirmación 2.** Se observa que el promedio (3,5) se ubica en “Totalmente de acuerdo”, lo que se traduce en “Muy buenas capacidades de agencia de autocuidado” de la población estudiada con relación a si verifican si son buenas las formas usuales de mantenerse con salud. Son personas que consideran que a pesar de que su estilo de vida algunas veces les causa limitaciones, ellos pueden salir a flote.

**6.1.2.3.3 Afirmación 3.** Puede verse que el promedio de respuestas (3,5) se ubica en “Totalmente de acuerdo”, lo que se traduce en “Muy buenas capacidades de agencia de autocuidado” de la población estudiada con relación a los cambios que pueden hacer si tienen problemas para moverse. Es una población que cuenta con muy buen apoyo familiar.

**6.1.2.3.4 Afirmación 4.** El promedio de respuestas (3,8) se ubica en “Totalmente de acuerdo”, lo que se traduce en “Muy buenas capacidades de agencia de autocuidado” de la población estudiada que tienen buenos hábitos de higiene y que manifiestan que pueden hacer lo que se necesite para mantener limpio su alrededor. Esta población considera que mantener o recuperar su estado de salud es necesario conservar limpio su alrededor, por eso siempre lo hacen.

**6.1.2.3.5 Afirmación 5.** Se observa que el promedio de respuestas (3,9) se ubica en “Totalmente de acuerdo”, lo que se traduce en “Muy buenas capacidades de agencia de autocuidado” de la población estudiada con relación a buscar ayuda para mantenerse saludable, ya que manifiestan que cuando necesitan algún examen de laboratorio, una orden de apoyo o cualquier trámite asisten e insisten para su realización oportuna a pesar que en algunas ocasiones surjan inconvenientes.

**6.1.2.3.6 Afirmación 6.** Puede verse que el promedio de respuestas (3,5) se ubica en “Totalmente de acuerdo”, lo que se traduce en “Muy buenas capacidades de agencia de autocuidado” de la población estudiada ya que a pesar de otras sus múltiples ocupaciones diarias, toman tiempo para realizar actividades de autocuidado como higiene, alimentación, etc.

**6.1.2.3.7 Afirmación 7.** El promedio de respuestas (3,7) se ubica en “total de acuerdo”, lo que se traduce en “Muy buenas capacidades de agencia de autocuidado” de la población estudiada con relación a que pueden buscar mejores formas de cuidar de su salud.

**6.1.2.3.8 Afirmación 8.** Se observa que el promedio de respuestas (3,4) se ubica en “Totalmente de acuerdo”, lo que se traduce en “Muy buenas capacidades de agencia de autocuidado” de la población estudiada con relación a que es muy importante para las personas tener muy buenos hábitos de higiene corporal diaria, por eso pueden cambiar la frecuencia con que se bañan con tal de mantenerse limpios.

**6.1.2.3.9 Afirmación 9.** Puede verse que el promedio de respuestas (3,6) se ubica en “Totalmente de acuerdo”, lo que se traduce en “buenas capacidades de agencia de autocuidado” de la población estudiada con relación a que pueden alimentarse adecuadamente ya que la patología y el tratamiento así lo requieren, además manifiestan incluso que han llegado a modificar su dieta de manera que su peso se mantenga para mejorar su estado de salud y resistir la terapia.

**6.1.2.3.10 Afirmación 10.** El promedio de respuestas (3,4) se ubica en “Totalmente de acuerdo”, lo que se traduce en “Muy buenas capacidades de agencia de autocuidado” de la población estudiada ya que en medio de la actividad realizada sacan tiempo para ellos mismos pero solamente en algunas ocasiones y no lo consideran suficiente.

**6.1.2.3.11 Afirmación 11.** Se observa que el promedio de respuestas (2,8) se ubica en “desacuerdo”, lo que se traduce en “bajas capacidades de agencia de autocuidado” de la población estudiada, ellos refieren que solamente algunas veces hacen ejercicio y que por lo general no le dan espacio en sus actividades cotidianas.

**6.1.2.3.12 Afirmación 12.** Puede verse que el promedio de respuestas (2,8) se ubica en “desacuerdo”, lo que se traduce en “bajas capacidades de agencia de autocuidado” de la población estudiada con relación a tener amigos y buscar ayuda de ellos, refieren que por lo general reciben todo el apoyo de la familia, por ello no consultan a los pocos amigos que consideran tienen.

**6.1.2.3.13 Afirmación 13.** El promedio de respuestas (3,1) se ubica en “Total de acuerdo”, lo que se traduce en “Muy buenas capacidades de agencia de autocuidado” situación que se presenta ya que los que están solo de acuerdo, tienen preocupaciones de otro tipo que sumadas a la enfermedad, hacen que su sueño no sea del todo gratificante de tal manera que le permita descansar.

**6.1.2.3.14 Afirmación 14.** Se observa que el promedio de respuestas (3,1) se ubica en “Total de acuerdo”, lo que se traduce en “Muy buenas capacidades de agencia de autocuidado” de la población estudiada ya que es una población que pregunta todo acerca de su salud, sus tratamientos y las medidas necesarias para recuperarse.

**6.1.2.3.15 Afirmación 15.** Puede verse que el promedio de respuestas (3,3) se ubica en “Totalmente de acuerdo”, lo que se traduce en “Muy buenas capacidades de agencia de autocuidado” de la población estudiada porque refieren que van al médico para que les realicen revisiones periódicas.

**6.1.2.3.16 Afirmación 16.** El promedio de respuestas (2,9) se ubica en “en desacuerdo”, lo que se traduce en “bajas capacidades de agencia de autocuidado” de la población estudiada ya que a pesar que el personal de salud les informa

sobre algunos efectos adversos de los medicamentos, ellos mismos no se interesan por investigar los demás.

**6.1.2.3.17 Afirmación 17.** Se observa que el promedio de respuestas (1,5) se ubica en “total desacuerdo”, pero frente a una afirmación negativa lo que se traduce en “muy buenas capacidades de agencia de autocuidado” de la población estudiada con relación a que han podido cambiar hábitos arraigados en muchas oportunidades y actualmente estarían dispuestos a hacerlo si con ello mejora su salud ya que tienen voluntad y cuentan con el apoyo familiar para hacerlo.

**6.1.2.3.18 Afirmación 18.** Puede verse que el promedio de respuestas (3,5) se ubica en “Totalmente de acuerdo”, lo que se traduce en “Muy buenas capacidades de agencia de autocuidado” de la población estudiada con relación a que siempre están pendientes de su familia y sus necesidades.

**6.1.2.3.19 Afirmación 19.** El promedio de respuestas (3,6) se ubica en “Totalmente de acuerdo”, lo que se traduce en “Muy buenas capacidades de agencia de autocuidado” de la población estudiada con relación a que las personas evalúan la efectividad de las actividades que realizan ellos mismos con ayuda del personal de salud con honestidad con el fin de mantenerse sanos.

**6.1.2.3.20 Afirmación 20.** Se observa que el promedio de respuestas (2,6) se ubica en “desacuerdo”, pero frente a una afirmación negativa lo que se traduce en “buenas capacidades de agencia de autocuidado” de la población ya que se ven personas con buena energía y disposición para su propio cuidado.

**6.1.2.3.21 Afirmación 21.** El promedio de respuestas (3,7) se ubica en “Totalmente de acuerdo”, lo que se traduce en “Muy buenas capacidades de agencia de autocuidado” de la población estudiada con relación a que siempre van por sus medicamentos, se hacen todos sus exámenes de laboratorio y asisten a los controles.

**6.1.2.3.22 Afirmación 22.** Puede verse que el promedio de respuestas (3,8) se ubica en “Totalmente de acuerdo”, lo que se traduce en “Muy buenas capacidades de agencia de autocuidado” de la población estudiada con relación a que son personas que viven acompañadas de familia y allegados si no pueden cuidarse a sí mismos.

**6.1.2.3.23 Afirmación 23.** Se observa que el promedio de respuestas (3,5) se ubica en “Totalmente de acuerdo”, lo que se traduce en “Muy buenas capacidades de agencia de autocuidado” de la población estudiada con relación a que en la actividad diaria, toman aunque sea un momento para su cuidado.

**6.1.2.3.24 Afirmación 24.** El promedio de respuestas (3,4) se ubica en “Totalmente de acuerdo”, lo que se traduce en “Muy buenas capacidades de agencia de autocuidado” de la población estudiada con relación a que a pesar de

su padecimiento, tienen la voluntad y el ánimo para realizar las actividades de cuidado tal cual les gusta.

**6.1.3 Factores de condicionamiento básico asociados a la adherencia.** Para identificar factores condicionantes básicos que influyen en la adherencia al régimen antituberculoso, se tomaron aquellos resultados que estaban por encima del 80%. Teniendo así como factores condicionantes básicos: Conocimiento de la enfermedad, Aceptación de la patología, Percepción de la misma como desafío, No presentar antecedente de TB, Accesibilidad geográfica y telefónica, Buenas relaciones con personal de salud, Pertenencia a una religión o grupo de apoyo, Buena comunicación familiar, Familia muy funcional, Apoyo familiar de tipo emocional y Cuidado de sí mismo.

## 7. DISCUSIÓN

Dentro de la teoría del déficit de autocuidado, se considera que si existen buenas capacidades de agencia de autocuidado, en donde las personas posean la habilidad de desarrollar prácticas especializadas, es posible efectuar planes que permitan cuidar de su propia salud.

Asimismo, se ha encontrado que los factores de condicionamiento básico se convierten en aquellos componentes que influyen, modifican o afectan tanto la agencia de autocuidado como los requisitos de autocuidado, condiciones muy favorables a la adherencia a los tratamientos, en especial al tratamiento antituberculoso que posee características especiales anteriormente nombradas.

Así entonces, y en cuanto a los Factores de condicionamiento básico individual, la muestra seleccionada para el presente estudio se encontró que:

En la distribución de edad, el 50% tiene entre 45 y 64 años, 20% entre 15 y 24 años, 20 % son mayores de 65 y 10% tienen entre 25 y 44 años.

Teniendo en cuenta los datos anteriores se infiere que la enfermedad afecta sobre todo a adultos mayores en sus años más productivos, considerados como un sector económicamente activos dentro de la población. Dado que la totalidad de la muestra está adherida al régimen terapéutico, también permite derivar que las personas que se encuentran dentro de este rango de edad tienen mejor adherencia.

Meza Hernández, Y. y Altúzar González M., en su estudio denominado Factores relacionados con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar, hecho en México, encontraron que el 51,2% de las personas que no abandonaron el tratamiento eran mayores de 40 años<sup>75</sup>, coincidiendo así con los resultados encontrados para este estudio, puesto que si se suman los porcentajes de las personas mayores de 40 años se obtiene un 70% del total.

Sin embargo, en un estudio denominado "Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso", realizado por Flor de María Cáceres, se registra que no hay unificación respecto a la edad de mayor riesgo para

---

<sup>75</sup> MEZA HERNÁNDEZ, Y.A y ALTÚZAR GONZÁLEZ, M. Factores relacionados con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social (Méx.), vol. 7, núm. 1, 1999: pág. 29.

abandonar el régimen terapéutico puesto que en muchos de los estudios realizados al respecto, los rangos son variables<sup>76</sup>.

Con respecto al género la muestra se orienta de manera homogénea, puesto que el 50% corresponde al género masculino y el otro 50% al femenino; sin embargo un estudio de Meza Hernández Y y Altúzar González M, denominado “Factores relacionados con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar”, realizado en Chiapas, México, se registra el género femenino como factor de adherencia para la tuberculosis<sup>77</sup>, pero cabe destacar que los resultados no son significantes.

En lo concerniente al estado civil, se deduce que un 50% de la población vive en pareja, situación que sugiere cuenta con el apoyo de la misma en la situación que atraviesa, lo cual puede estimular la adherencia al régimen terapéutico. Además la literatura menciona que las personas que conviven en pareja y compartiendo con la familia tienen un apoyo importante en el cumplimiento o adherencia al tratamiento.

Ximena Ferrer y colaboradores, en su estudio Adherencia al tratamiento de la tuberculosis del adulto en Santiago, Chile encontró que las personas casadas tenían un 95,8% de adherencia al tratamiento con una  $P=0,0125$ <sup>78</sup>

Estado del desarrollo, en donde se tratan aspectos como: Nivel de escolaridad, conocimiento de la enfermedad, afrontamiento de la enfermedad, percepción del problema de salud y autoestima, se encontró:

Para escolaridad se presentó una distribución homogénea, en la que tanto a “si han realizado estudios de básica primaria” como “a si habían realizado estudios de secundaria” les correspondió un 40%. Su relevancia se asocia en términos del cumplimiento de las indicaciones terapéuticas, ya que los niveles educativos bajos lo entorpecen y hay mayor probabilidad de abandono. En Barcelona encontraron que los pacientes analfabetas tenían un mayor riesgo de abandonar el tratamiento que aquellos con algún grado de escolaridad (RR 1.8; IC 95% 1.1-3.0)<sup>79</sup>

En el caso de la Tuberculosis, el nivel educativo es fundamental para que se pueda entender su padecimiento, la importancia de cumplir adecuadamente con el

---

<sup>76</sup>CÁCERES Flor de María. Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. Op cit., p. 174

<sup>77</sup>MEZA HERNÁNDEZ, Y.A. Op. cit., p. 28

<sup>78</sup>FERRER, X., et al. Adherencia al tratamiento de la tuberculosis del adulto en Santiago, Chile. Bol Of Sanit Panam 1991; 111:423-31.

<sup>79</sup>GALVÁN, F. y SANTIUSTE, C. Factores relacionados con el cumplimiento de la quimioprofilaxis contra la tuberculosis. Med Clí (Barc) 1998; 111:655-7.. Citado en Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso, Flor de María Cáceres Manrique. Med UNAB. Vol. 7 Número 21 - Diciembre de 2004.p. 172-180.

tratamiento y sobre los cuidados que se deben tener para no infectar a otras personas. Dentro de una misma comunidad existen diferentes niveles de educación, por lo que el proceso de enseñanza médica no es sencillo, las ideas que la población tiene pueden ser erróneas.

Esta situación también puede marcar la diferencia entre los individuos de una misma comunidad cultural, en dependencia si conoce o no qué conductas lo dañan y como las puede prevenir.

Efectivamente, en una investigación realizada por Palma Beltrán y otros<sup>80</sup>, en Argentina se confirma lo descrito anteriormente. Se comprueba que entre los factores que inciden en el abandono del tratamiento, con base en las características que presentan los pacientes, es importante mencionar su bajo nivel de instrucción (en su mayoría con primaria incompleta y un importante número de analfabetos).

Hallazgos similares los tuvieron en México, Manjarréz Morales EM y otros<sup>81</sup>, quienes estudiaron un grupo de pacientes con tuberculosis pulmonar en el medio rural y en el medio urbano, con el objetivo de estudiar las principales causas de abandono del tratamiento. La baja escolaridad fue un factor de riesgo para abandonar el tratamiento contra la tuberculosis. Es decir aquellos sujetos analfabetos o sin escolaridad alguna tuvieron un riesgo de abandonar el tratamiento cinco veces mayor que los pacientes con primaria o escolaridad superior.

En conocimiento sobre la enfermedad, el 100% de la población conoce sobre la patología, los medios diagnósticos, los medicamentos, efectos adversos y medidas de prevención. Se dice que buscar información, permite combatir la incertidumbre y el miedo, elimina la fantasía y temores en torno a la muerte, reduce la frecuencia de las recaídas, complicaciones y remisiones, también ayuda al paciente a tolerar las frustraciones que lleva consigo la enfermedad y las limitaciones que se derivan del tratamiento.

Estudios realizados en diferentes países sobre tuberculosis como "A patient education program to improve adherence rates with antituberculosis drug

---

<sup>80</sup>PALMA BELTRÁN, O. R. y otros. El abandono del tratamiento en tuberculosis. Realidad actual y perspectivas futuras. Rev ArgTuberc Enf Pulmy Salud Pública. Vol XLIV. No 1.1983

<sup>81</sup>MANJARRÉZ MORALES, E.M y otros. Principales causas de abandono del tratamiento contra la tuberculosis pulmonar. Gaceta Méd Méx. Vol 129. No 1. En-Feb 1993.

regimens”<sup>82</sup>, “A randomised trial of the impact of counselling on treatment adherence of tuberculosis patients in Sialkot, Pakistan”<sup>83</sup>,

“Abandono de tratamiento antiTBC, Cali Colombia 1999-2000”<sup>84</sup>. “Tratamiento acortado estrictamente supervisado para tuberculosis pulmonar, Salud Pública Méx 1998”<sup>85</sup>, indican que el conocimiento sobre la patología aumenta la adherencia al tratamiento, por el contrario la falta de conocimiento sobre la enfermedad lleva a los pacientes a tomar alternativas, entre ellas, a abandonar el tratamiento.

Sumartojo<sup>86</sup>, en su revisión encontró que los pacientes adherentes conocían más sobre síntomas como fiebre, tos, pérdida de peso, anorexia, gravedad de la enfermedad e importancia de tener comportamientos saludables como buena nutrición y cumplimiento de citas médicas.

En cuanto al afrontamiento de la enfermedad, el 80% de la población acepta su problema de salud, lo cual le permite considerar la situación como susceptible de cambio y modificar las condiciones amenazantes o desafiantes del entorno. Son estrategias propias de la aceptación de la enfermedad buscar información, adherirse al tratamiento, seguir hábitos saludables y realizar cambios en el estilo de vida. Por el contrario el 20% de los participantes no aceptan la enfermedad, se niegan a reflexionar sobre ella y consideran que no pueden hacer nada para modificar la situación. Presentan una actitud pasiva y distante, actuando como si la enfermedad no fuese grave: piensan que desaparecerá o incluso que no están enfermos. Perciben la TB como una patología estigmatizante, rechazan hablar sobre ella y no les cuentan a sus familiares o amigos.

En lo que respecta a la percepción del problema de salud, el 90% de los participantes enfoca la enfermedad como desafío, lo que les permite considerar que la enfermedad es otra circunstancia de la vida que exige y obliga a unos hábitos terapéuticos para tratarla adecuadamente. Este tipo de personas busca a tiempo ayuda médica, cooperan, se informan sobre su enfermedad y buscan gratificaciones sustitutivas.

---

<sup>82</sup>MORISKY, D.E., et al. A patient education program to improve adherence rates with antituberculosis drug regimens. *Health Educ Q* 1990; 17:253-67

<sup>83</sup>LIEFOOGHE, R., et al. A randomised trial of the impact of counselling on treatment adherence of tuberculosis patients in Sialkot, Pakistan. *Int J Tuberc Lung Dis* 1999; 3:1073-80.

<sup>84</sup>QUIROGA, M. y OSPINA, M.L. Abandono de tratamiento antiTBC, Cali Colombia 1999-2000 (Tesis de Grado). Maestría en epidemiología, Escuela de Medicina Social, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia. 2002.

<sup>85</sup>ÁLVAREZ GORDILLO, G. Op cit., p. 292

<sup>86</sup>SUMARTOJO, E. When tuberculosis treatment fails. A social behavior account of patient adherence. *Am Rev Respir Dis* 1993;147:1311-20

En cuanto a la autoestima, en el caso de las personas con tuberculosis, la incapacidad para trabajar genera sentimientos de culpa y retraimiento; de igual manera, la desinformación y el temor al contagio conlleva al aislamiento familiar, lo que al asociarse al estigma social, afecta significativamente su autoestima y la capacidad para afrontar adecuadamente el proceso de la enfermedad.

En la muestra del estudio pudo verse que el 70% de la población presenta una autoestima normal, es decir que estas personas tienen la suficiente confianza en sí mismos, situación que les permite afrontar la vida con cierto equilibrio, imprescindible para asumir los problemas que puedan presentarse, en este caso para conjunto a los demás factores, contribuir con la adherencia al tratamiento antituberculoso. El 30% restante muestra una autoestima media, indicando que a pesar de que no existen problemas graves de autoestima, la confianza y el respeto en sí mismos no son los óptimos, pero, les permite superar sus problemas; sin embargo cabe destacar que éstas últimas tienen un muy buen apoyo familiar y buenas prácticas de auto cuidado, circunstancias que asociadas a los demás factores de adherencia, facilitan y motivan la asistencia permanente a recibir su medicación.

Con relación al estado de salud, se tomaron los siguientes aspectos: comorbilidad existente, fase de tratamiento, presencia de efectos adversos y presencia de signos y síntomas, en donde:

El 80% de los participantes presentan comorbilidad con alguna enfermedad: Enfermedad hepática, gastritis, desnutrición, diabetes mellitus, tabaquismo y exposición al humo de leña.

La presencia de coinfección VIH/SIDA, haber padecido de hepatitis o tener antecedentes de alergia, artritis severa, así como el consumo de alcohol o de sustancias psicoactivas favorece el abandono al tratamiento anti TB. La adherencia disminuye en casos como en procesos crónicos, polifarmacia o politerapia, la razón es que los pacientes toman otros medicamentos al mismo tiempo<sup>87</sup> Sin embargo se encontró que haber tenido TBC antes mostraba efecto protector para la adherencia al tratamiento (OR = 0.49)<sup>88</sup>, cabe destacar que para el presente estudio solamente el 20% de los participantes presentaba antecedente de tuberculosis

Los efectos adversos como náuseas, vómito, diarrea, cólicos, reacciones de hipersensibilidad, sobrecarga de volumen, leucopenia, trombocitopenia,

---

<sup>87</sup> ARRIAGA, M., et al. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. Unib. Psico.v.5.Nº.3. Bogotá. Otc-dic.2006.pag.270.

<sup>88</sup> CÁCERES, Flor de María. Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. Op cit. Pág 175

hepatopatía, ictericia, nefrotoxicidad y ototoxicidad se presentan con frecuencia y en algunos casos están asociados al abandono<sup>89,90,91,92</sup>

En un estudio reportaron que 32 pacientes de 587 (5.5%) presentaron algún tipo de intolerancia que los obligó a abandonar el tratamiento y a tener una pobre adherencia.<sup>93</sup> Un estudio hecho en Argentina encontró que la proporción de abandono por efectos secundarios fue del 30%.<sup>94</sup>

Al respecto, en el presente estudio, el 100% de los participantes ha presentado efectos adversos, sin embargo cabe destacar que los participantes de este estudio afirman, que el haber presentado efectos adversos al tratamiento no ha sido razón suficiente para su abandono.

En cuanto al sistema de salud: En lo que hace referencia a accesibilidad geográfica, el 100% de la población refiere que tiene accesibilidad tanto geográfica como telefónica al servicio de salud donde recibe el tratamiento, y además el 90% de la población en estudio, procede del área urbana de la ciudad de Popayán.

Aunque algunos estudios señalan que la distancia de la residencia del paciente a los servicios de salud es un factor de riesgo para el abandono del tratamiento; Galván encontró que ni la distancia medida en kilómetros ni el tiempo que gasta el paciente para llegar al puesto de salud tenían importancia significativa en el abandono, y solamente por encima de 60 km de distancia se registró una leve disminución en el cumplimiento que no fue significativa.<sup>95</sup>

En cuanto a la organización del servicio de salud el 80% de los participantes afirma que el tiempo de espera por el servicio es adecuado, por el contrario el 20% restante considera que no es adecuado especialmente en la atención para el control médico.

---

<sup>89</sup>SUMARTOJO, E. Op cit., p.1311

<sup>90</sup>POZSIK, C.J. Compliance with tuberculosis therapy. Med Clin North Am 1993; 77:1289-301.

<sup>91</sup>GUTIÉRREZ, JM, et al. Tuberculosis. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Proyecto ISS-ASCOFAME, Colombia 1988: 42-51

<sup>92</sup>STARR M, et al. A novel approach to monitoring adherence to preventive therapy for tuberculosis in adolescence. J Pediatr Child Health 1999; 35:350-4.

<sup>93</sup>GAVIRA R, et al. Seguimiento al tratamiento antituberculoso. Rev Clin Esp 1994; 42:677-81.

<sup>94</sup>TROIANO S, FORCINITI S, RODRÍGUEZ P. Abandono de tratamiento de pacientes con tuberculosis. Rev Arg Tórax 1999; 60:58-63.

<sup>95</sup>GALVÁN, F. Op cit., p. 180

Con relación a los horarios establecidos, se observa que el 70% responde que si son adecuados (flexibles, por problemas administrativos solo se atiende en el horario de la mañana) y el 30% refiere que no son adecuados.

Con respecto a la agilidad en el diligenciamiento de los trámites, el 70% responde que sí son ágiles.

Ahora, la flexibilidad en los horarios y el confort en el sitio de atención del paciente han demostrado mejorar la adherencia.<sup>96</sup> Por el contrario, la falta de organización en los servicios de salud se señala como factor generador de incumplimiento por las esperas prolongadas, costos de las consultas, dificultad para consecución de citas y demora en la atención.<sup>97</sup>

En lo concerniente a la relación entre el paciente y el personal de salud, el 100% de los participantes responde que el equipo de salud está disponible cuando lo necesita; un 90% responde que el equipo de salud le soluciona los problemas de salud cuando se les presentan. Manifiestan además que el trato es amable y cortés, consideran que el sitio en donde los atienden es limpio, adecuado y ordenado. Expresan que durante la atención se tiene en cuenta la intimidad y reserva. En cuanto a la información brindada, el 100% de la población estudiada refiere que ha recibido información de manera escrita y/o verbal; refieren que la información es entendible y versa sobre la enfermedad y el régimen terapéutico.

La adecuada comunicación entre el personal de salud y el paciente está descrita como un factor que determina la adherencia.<sup>98</sup> Otros aspectos que se tienen en cuenta son disponibilidad, amabilidad, información adecuada sobre la enfermedad y el régimen terapéutico. Además un estudio menciona que el 84,3% de los pacientes se encuentran en riesgo de no adherirse, porque se considera que la interacción del profesional de la salud con el paciente cobra una notable importancia por la existencia de comunicación eficaz y la satisfacción del paciente en cuanto a esta relación<sup>99</sup>

Para que exista un buen cumplimiento, es fundamental que el paciente acepte el tratamiento y se incline por la necesidad de cumplir con él, por consiguiente es muy importante destacar que el profesional de salud debe ser preciso en impartir

---

<sup>96</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. ¿Qué es la estrategia DOTS/TAES?. Guía para comprender la estrategia de lucha antituberculos recomendada por la OMS y conocida como estrategia DOTS/TAES. Ginebra, 1999.

<sup>97</sup> HOMEDES, N. y UGALDE, A. Estudios sobre el cumplimiento del paciente en países en desarrollo. Bol Of Sanit Panam 1994; 116:518-34

<sup>98</sup> BARTLETT, EE, et al. The effects of physician communications skills on patients satisfaction: Recall and adherence. J Chron Dis 1984; 37:755-64.

<sup>99</sup> HERRERA LIAN, A. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. En: Avances de Enfermería. [En línea]. Vol XXVI. N°. 1. Pag. 40. Enero- Junio 2008 [Consultado 13 de Enero de 2001]. Disponible en: [http://www.enfermeria.unal.edu.co/revistas/articulos/xxvi1\\_4.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/revistas/articulos/xxvi1_4.pdf)

las indicaciones y las instrucciones de forma clara y puntual para que el paciente las encuentre fáciles y entendibles.<sup>100</sup>

Dentro de los factores socioculturales, el 60 % de la población percibe exclusión de parte de la sociedad, la familia o su grupo social íntimo por padecer tuberculosis; en cuanto a la actitud social, se observa que el 50% refiere una actitud social desfavorable por parte de la sociedad, ya sea por maltratos o negligencia y el 50% refiere una actitud favorable; el 90% corresponde a la religión católica romana; y el 100% no pertenece a algún grupo.

Contar con una red de apoyo social se asocia como factor protector para adherencia al tratamiento al igual que la conformación de clubes de pacientes como mecanismo de apoyo social<sup>101</sup>, se sigue creyendo que la tuberculosis se contagia a través de usar los mismos utensilios para comer, como vasos, platos, cucharas, entre otros, lo que hace que el enfermo se sienta más marginado y que además el ambiente laboral, fue motivo principal para que los portadores escondieran su enfermedad, para no sentirse rechazados en su trabajo ni correr el riesgo de perderlo, por lo que, en ocasiones, no asistían a las citas en la clínica o no llegaban a recoger el medicamento.

En lo referente al sistema familiar el 40% de la población desempeña el rol de padre en su familia; el 90% afirma tener una buena comunicación con su familia; el 100% refiere que la respuesta familiar es de apoyo, en donde el 80% corresponde a apoyo de tipo emocional.

El núcleo familiar es el ambiente más cercano en donde el paciente tuberculoso recibe apoyo, si en este núcleo hay desintegración y se margina a la persona enferma, se le hace sentir inútil y culpable, el paciente enfermo por TB se sentirá rechazado y no tendrá motivación para continuar el tratamiento.

En un estudio se reportó que el 11% de quienes abandonaron tenían problemas de lazos y relaciones familiares que obstaculizaban el cumplimiento del tratamiento.<sup>102</sup> En Colombia, un estudio reportó que no haber informado a la familia sobre la enfermedad aumentaba el riesgo de abandono diez veces,<sup>103</sup> mientras que otro estudio encontró que la falta de apoyo emocional percibida por el paciente presentaba un aumento del abandono del tratamiento con un OR de 56.9 (IC 95% 3.61 – 891).<sup>104</sup> La adherencia al tratamiento se asoció en forma

---

<sup>100</sup> BORGA A, et al., Drug compliance and unreported drugs in the elderly. J Am Geriatri Soc. 1999.Vol. 37.Pag.620.

101 BASTERRA, M. El incumplimiento terapéutico. Pharmaceuticall care. 1999;vol.1.pag.103

102 TROIANO, S., Op cit., p. 61

103 OROZCO, L.C., et al. Factores de riesgo para el abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. Médicas UIS 1998; 12:169-72.

104 QUIROGA, M., Op cit. p. 50

significativa con el apoyo que los familiares dan al paciente (OR 6.9 IC 95% 2.3-21.1).<sup>105</sup>

En lo que respecta al patrón de vida de los participantes el 50 % de la población se cubre la boca con un pañuelo al toser como práctica cotidiana de autocuidado, el 20% se alimenta adecuadamente y el 10% se cuida de ambientes fríos.

En condiciones de vida, el 80% tienen capacidad para el cuidado, mientras que el 20% tiene un cuidado dependiente, y está a cargo de sus hijas porque presenta una edad avanzada además de un estado de salud deteriorado a raíz de la enfermedad.

En cuanto a factores socioeconómicos: el 60% pertenece al estrato 3; el 30% son comerciantes; el 10% estudiantes, otro 10% agricultores y otro 10 % auxiliares administrativos; el 50% son trabajadores independientes; un 40% recibe 2 salarios mínimos mensuales legales vigentes, el 30% 1 salario mínimo y otro 30% recibe menos de un salario mínimo mensual legal vigente; el 50% de los participantes pertenece al régimen contributivo de salud.

Las personas que trabajan por días, o quienes tienen que pedir permiso para asistir a recibir los medicamentos, corren el riesgo de perder el empleo por faltas o por incompatibilidad del horario de trabajo con el de atención en los servicios de salud. Por otra parte, el desempleo es considerado factor de riesgo para abandono, en un estudio en Chile se encontró que quienes más abandonaron fueron los desempleados (12.5%) y personas con trabajo esporádico (31%), frente a 4.6% de quienes cuentan con un empleo estable.<sup>106</sup>

Además el estrato económico es un factor importante en la adherencia al régimen farmacológico. Puede que las personas que pertenecen al estrato bajo no tengan adherencia al tratamiento por las condiciones económicas y esto puede estar también asociado a la zona donde vivan. La literatura describe que el 70 % de los pacientes que abandonan el tratamiento proceden de estratos bajos.<sup>107</sup>

Finalmente, con respecto a las capacidades de agencia de autocuidado, las personas adscritas al programa de control de tuberculosis de la E.S.E Popayán participantes del estudio poseen muy buenas capacidades de agencia de autocuidado en general, lo que muestra que existen actitudes, habilidades y

---

<sup>105</sup> MARÍN-REYES, F. y RODRÍGUEZ-MORÁN, M. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. Salud Pùb Mèx 2001; 43:336-9.

<sup>106</sup> CÁCERES, Flor de María. Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. Op cit., p. 175

<sup>107</sup> Ibid., p.174

destrezas para asumir su propio cuidado, y se demuestra confirmando que pueden cuidarse en la alimentación teniendo en cuenta las recomendaciones nutricionales, que están pendientes de su salud, son activos y hacen cambios en su estilo de vida, limpian su entorno y hacen su aseo personal y se alimentan adecuadamente con la finalidad de mantener su peso y conservar la actividad, pueden manejar la situación para mantenerse tal y como es, si es necesario, en cualquier circunstancia, son personas que a pesar de su situación siempre están rodeadas de gente que los quiere, en mayor medida por sus familiares y allegados más íntimos, son capaces de hacer un poco de ejercicio y descansar en ciertos momentos, recurrir a sus allegados y/o familiares cuando necesitan ayuda, dormir suficientemente para sentirse descansados, conocer sobre su salud, revisar su cuerpo, cambiar hábitos, tomar medidas para asegurar que su familia y ellos mismos estén seguros, valorar la actividad de lo que hacen para mantenerse con salud y tomar tiempo, aunque poco, para cuidarse, son personas a quienes les gusta sentirse seguras, y aunque haya la presencia de una enfermedad infectocontagiosa, buscan la forma de estar bien y de recuperarse, son capaces de buscar ayuda si no pueden cuidarse a sí mismos, tomar tiempo para sí mismos y cuidarse como les gusta.

Este resultado muestra que a pesar del contexto de la Tuberculosis y la complejidad de su régimen las personas con esta patología buscan invertir tiempo y se incumben en sus actividades de autocuidado.

## 8. CONCLUSIONES

- Los resultados del estudio permiten inferir que: conocer todos los aspectos relacionados con la patología (definición, signos y síntomas, tratamiento y efectos adversos), aceptar el problema de salud, y percibir la enfermedad como un desafío, favorecen la adherencia al régimen terapéutico antituberculoso además de que permiten potenciar las capacidades de la agencia de autocuidado en el manejo de la enfermedad.
- Así mismo los resultados arrojados indican que vivir cerca al centro donde se suministra la terapia y tener la posibilidad de contactarse con el mismo permite que las personas asistan cumplidamente, dependiendo de la fase en que se encuentren.
- El hecho de que exista una relación horizontal entre el personal de salud y el paciente contribuye de manera positiva en que el paciente sienta la suficiente confianza para recurrir a ellos cuando aparezca cualquier tipo de alteración en su estado de salud, es decir, que el paciente perciba contar con un sistema de apoyo que no sólo sea instrumental sino también emocional.
- El apoyo emocional que se obtiene dentro de la familia, mantener buenas relaciones con los miembros de la misma, compartir recursos económicos, emocionales y tomar decisiones en conjunto, se pueden considerar como aspectos motivacionales extrínsecos que potencian la capacidad de mejorar las prácticas de cuidado necesarias para el mantenimiento de la salud dentro de la población estudiada.

## 9. RECOMENDACIONES

- Según los resultados obtenidos es importante señalar que se debe realizar un seguimiento a este grupo de pacientes para que el nivel de adherencia se mantenga y rescatar los factores condicionantes y las capacidades de autocuidado que influyen en la adherencia para aplicarlo a los demás pacientes y sobre todo a los que ingresan en condición de nuevos, para lograr mayor adherencia en todo el programa rompiendo así la cadena de transmisión de la tuberculosis.
- Teniendo en cuenta que se encontró en el programa de control de la tuberculosis dificultades en los registros y en la ausencia de un profesional de enfermería permanente para los controles bimensuales y la administración del programa, es necesario recomendar al programa y a la secretaria departamental de salud la contratación de dicho profesional, así como el mejoramiento y la vigilancia de los registros que son todos manejados por personal auxiliar de enfermería y que son determinantes en el control y seguimiento de los pacientes con tuberculosis.
- Se recomienda que este tipo de investigaciones relacionadas con la adherencia, la no adherencia y las capacidades de agencia de autocuidado se amplíen a otros grupos y se sistematicen de manera que se puedan generar políticas en el manejo de una patología que hoy es un problema de salud pública.
- Es necesario educar a los profesionales egresados en el sentido en que no es un estigma padecer de TB ya que estudios revelan que algunos profesionales opinan al respecto.

## BIBLIOGRAFÍA

ALONSO CASTILLO, Magdalena y RODRÍGUEZ AGUILAR, Lucio. Modelos de atención en enfermería. Rev Enferm IMSS 2000; 8 (1):37-43

ÁLVAREZ GORDILLO, Guadalupe del Carmen, DORANTES JIMÉNEZ José Eugenio, MOLINA ROSALES Dolores. La búsqueda de atención para la tuberculosis en Chiapas, México. Rev Panam Salud Publica [serial on the Internet]. 2001 May [cited 2010 Feb 05] ; 9(5): 285-293. Available from: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892001000500001&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892001000500001&lng=en). doi: 10.1590/S1020-49892001000500001

------. Percepciones y prácticas relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento en Chiapas, México. Artículo original. Revista de salud pública de México. vol.42, no.6, Nov./Dic. de 2000.

ARRIAGA, M., et al. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. Unib. Psico.v.5.Nº.3. Bogotá. Oct-dic.2006.pag.270.

BARTLETT, EE, et al. The effects of physician communications skills on patients satisfaction: Recall and adherence. J Chron Dis 1984; 37:755-64.

BASTERRA, M. El incumplimiento terapéutico. Pharmaceuticall care. 1999;vol.1.pag.103

BONILLA, CP. Diseño de un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos, en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. av.enferm., XXV (1):46-55,2007.

BORGA A, et al., Drug compliance and unreported drugs in the elderly. J Am Geriatri Soc. 1999.Vol. 37.Pag.620.

BOTINA Erwin, DAGUA Mauricio, ZAGAL Bellamid, MIRANDA M, Gloria A. Teoría General del Déficit de Autocuidado en un adulto con Tuberculosis Pulmonar, Popayán 2007. P. 1-110

CÁCERES, Flor de María. Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. Med UNAB 2004; pag:172-180.

CACERES, Flor de María and OROZCO, Luis Carlos. Incidencia y factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso. *Biomédica* [online]. 2007, vol.27, n.4 [cited 2010-02-04], pp. 498-504 . Available from: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-41572007000400005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572007000400005&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 0120-4157.

CASILLAS, Miguel. Tratamiento supervisado y resistencias en tuberculosis. Revisión bibliográfica. En: Médico Interactivo [En línea] Vol. 892. Enero, 2005. Disponible en: <<http://www.medynet.com/elmedico/bibliografia/actualizacion/tratamiento.htm>> [Citado el 18 de Febrero de 2010]

CELY, Martha, et al. Capacidad de agencia de autocuidado de las personas portadoras de VIH/Sida en una fundación de Bogotá. Bogotá D. C. 2008. P 23-37. [En línea] <<http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis12.pdf>> [Citada el 20 de Junio de 2009]

CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS (CIE), "La Enfermería Importa". Hojas informativas sobre Tuberculosis. 2010 [en línea] <<http://files.sld.cu/editorhome/files/2010/05/carpeta-dia-enfermera.pdf>> [Citado 20 Julio 2009]

FERRER, X., et al. Adherencia al tratamiento de la tuberculosis del adulto en Santiago, Chile. Bol Of Sanit Panam 1991; 111:423-31.

GALVÁN, F. y SANTIUSTE, C. Factores relacionados con el cumplimiento de la quimioprofilaxis contra la tuberculosis. Med Clín (Barc) 1998; 111:655-7.. Citado en Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso, Flor de María Cáceres Manrique. Med UNAB. Vol. 7 Número 21 - Diciembre de 2004.p. 172-180.

GARCÍA CORONA, Beatriz. Estrategias para fortalecer la adherencia terapéutica. Revista del Instituto nacional de Enfermedades Respiratorias. Clínica de Tuberculosis. México.2003

GAVIRA R, et al. Seguimiento al tratamiento antituberculoso. Rev Clin Esp 1994; 42:677-81.

GUÍA DE ENFERMERÍA PARA LA APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA DOTS/TAES. Programa Regional de Tuberculosis Organización Mundial de la Salud Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS). 1999. [en línea] <<http://www.retas.unicauca.edu.co/Documentos/Men%C3%BA%20vertical/guia%20DOTS%20OMS.pdf>> [Citado 1 de junio de 2009]

GUTIÉRREZ, JM, et al. Tuberculosis. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Proyecto ISS-ASCOFAME, Colombia1988: 42-51

HERRERA LIAN, A. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. En: Avances de Efnfermería. [En línea]. Vol XXVI. N°. 1. Pag. 40. Enero- Junio 2008 [Consultado 13 de Enero de 2001]. Disponible en: □[http://www.enfermeria.unal.edu.co/revistas/articulos/xxvi1\\_4.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/revistas/articulos/xxvi1_4.pdf)>

HOMEDES, N. y UGALDE, A. Estudios sobre el cumplimiento del paciente en países en desarrollo. Bol Of Sanit Panam 1994; 116:518-34

LANDEROS-OLVERA, Erik Alberto, et al. Estimación de las capacidades de autocuidado para hipertensión arterial en una comunidad rural en: Rev. Enferm IMMSS 2004: 12 (2): 71-74.

LIEFOOGHE, R., et al. A randomised trial of the impact of counselling on treatment adherence of tuberculosis patients in Sialkot, Pakistan. Int J Tuberc Lung Dis 1999; 3:1073-80.

MAGAÑA, Margarita, JORDÁN, María, GARCÍA, M de L. Influencia de los Factores Condicionantes Básicos en las Capacidades de Autocuidado de Pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica. Celaya, Gto. México  
Junio de 2005. P 20-22. [en línea] <<http://www.feoc.ugto.mx/INV-2005/T2005%20-%20Margarita-Mag.pdfv>> [Citada el 17 de Julio de 2009]

MANJARRÉZ MORALES, E.M y otros. Principales causas de abandono del tratamiento contra la tuberculosis pulmonar. Gaceta Méd Méx. Vol 129. No 1. En-Feb 1993.

MARTÍNEZ, Miguel. Efecto del tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES) sobre la adherencia y la tasa de curación de la tuberculosis pulmonar, El médico interactivo, diario electrónico de la sanidad. Gac Méd Méx Vol. 140 No. 1, 2004

MARÍN-REYES, F. y RODRÍGUEZ-MORÁN, M. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. Salud Púb Méx 2001; 43:336-9.

MEZA, Mónica, et al. Factores de riesgo para el fracaso del tratamiento antituberculoso totalmente supervisado. Rev. Soc. Peru. Med. Interna. ISSN versión electrónica: 1609-7173. Vol.15. No 1.2002.

MEZA HERNÁNDEZ, Y.A y ALTÚZAR GONZÁLEZ, M. Factores relacionados con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar. Revista de

Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social (Méx.), vol. 7, núm. 1, 1999: pág. 29.

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 4288 de 1996. [en línea] <<http://www.medellin.gov.co/ManualContratacion/Normatividad/Resolucion%204288%20de%201996.pdf>> [Citado el 23 Junio de 2009]

MONTAS, Francisco. Tuberculosis Pulmonar. [En línea]. <<http://www.monografias.com/trabajos57/tuberculosis-pulmonar/tuberculosis-pulmonar.shtml>> [Citado el 11 de Julio de 2009]

MORISKY, D.E., et al. A patient education program to improve adherence rates with antituberculosis drug regimens. Health Educ Q 1990; 17:253-67

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Adherencia al tratamiento de Enfermedades crónicas. Síntesis del documento “Adherencia a los tratamientos a largo Plazo. Pruebas para la acción.2004.

----- “Adherencia Terapéutica”, [en línea]. <[http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia\\_largoplazo.pdf](http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia_largoplazo.pdf)> [Citado el 18 de Mayo de 2009]

----- El tratamiento DOTS, (terapia de observación directa). Resumen en URL [en línea] <[www.msf.es/images/tb](http://www.msf.es/images/tb)> [Citado el 28 de abril de 2009]

----- ¿Qué es la estrategia DOTS/TAES?. Guía para comprender la estrategia de lucha antituberculosis recomendada por la OMS y conocida como estrategia DOTS/TAES. Ginebra, 1999.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La Escasez de Personal de Enfermería en las Instituciones para Tuberculosos. Informe de la Comisión de Expertos en Tuberculosis de la Organización Mundial de la Salud. 1951.

----- . Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud: La contribución de las instituciones de salud en América Latina. Monografía. 2006.

OROZCO, L.C., et al. Factores de riesgo para el abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. Médicas UIS 1998; 12:169-72.

PALMA BELTRÁN, O. R. y otros. El abandono del tratamiento en tuberculosis. Realidad actual y perspectivas futuras. Rev ArgTuberc Enf Pulmy Salud Pública. Vol XLIV. No 1.1983

PÉREZ J. Aplicación de las teorías de Orem y Peplau en el proceso de atención de enfermería. [En línea] <<http://www.uninet.edu/neuroc2002/papers/TL-OREMYPEPLAU.htm>> [Citada el 20 de Junio de 2009]

PLAN ESTRATÉGICO “COLOMBIA LIBRE DE TUBERCULOSIS 2010 – 2015. Para La Expansión Y Fortalecimiento De La Estrategia Alto A La Tb” , 2009 [en línea].  
<[http://new.paho.org/col/index.php?option=com\\_content&task=view&id=431&Itemid=259](http://new.paho.org/col/index.php?option=com_content&task=view&id=431&Itemid=259)> [Citado 23 de Junio de 2009]

POZSIK, CJ. Compliance with tuberculosis therapy. Med Clin North Am 1993; 77:1289-301.

PROGRAMA DE ACCIÓN TUBERCULOSIS. Secretaria de Salud. México. D.F. Red-TAES de Enfermería en Tuberculosis. [en línea] <<http://www.cenave.gob.mx/tuberculosis/redtaes/default.asp>> [ citado el 30 de septiembre de 2009]

QUIROGA, M. y OSPINA, M.L. Abandono de tratamiento antiTBC, Cali Colombia 1999-2000 (Tesis de Grado). Maestría en epidemiología, Escuela de Medicina Social, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia. 2002.

RED TAES QUERÉTARO. [en línea]<<http://redtaesqro.wordpress.com/>> [Citado el 29 de agosto de 2010]

RESTREPO, BLANCA I. Nuevas herramientas para la detección de la tuberculosis latente. Revisión de Tema. Biomédica 2004; 24(Supl.): 202

RIVERA ALVAREZ, Luz Nelly. Agencia de Autocuidado y Autocuidado. Avances en Enfermería. Voll. XXIV. N° 2 julio-diciembre 2006.

SOZA PINEDA, Norma I.; PEREIRA, Susan M. y BARRETO, Maurício L.. Abandono del tratamiento de la tuberculosis en Nicaragua: Resultados de un estudio comparativo. Rev Panam Salud Publica [online]. 2005, vol.17, n.4 [cited 2010-02-04], pp. 271-278 . Available from: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892005000400008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000400008&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 1020-4989. doi: 10.1590/S1020-49892005000400008

STARR M, et al. A novel approach to monitoring adherence to preventive therapy for tuberculosis in adolescence. J Pediatr Child Health 1999; 35:350-4.

SUÁREZ, Dalia. Hacia un paradigma humanista en Enfermería. Revista electrónica de portales médicos.com. 2009. [en línea] <<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2531/1/Hacia-un-paradigma-humanista-en-Enfermeria-Vision-de-la-adherencia-terapeutica-en-servicios-endoscopicos.html>> [Consultado el 10 enero de 2010]

SUÁREZ, L.A., et al. Factores pronósticos del abandono del tratamiento antituberculoso en una región endémica del Perú. Rev Panam Salud Pública. 2005;18(1):14-20

SUMARTOJO, E. When tuberculosis treatment fails. A social behavior account of patient adherence. Am Rev Respir Dis 1993;147:1311-20

TEROL GARCÍA. Enrique y GAMARRA MENDOZA, Natividad. Tuberculosis, tratamiento directamente observado (TDO) y población marginal. Documentación Social 127 (2002).

TROIANO S, FORCINITI S, RODRÍGUEZ P. Abandono de tratamiento de pacientes con tuberculosis. Rev Arg Tórax 1999; 60:58-63.

WILLIAMS, G., et al. Prácticas óptimas en la atención a los pacientes con Tuberculosis. Una guía destinada a los países de bajos ingresos. Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias, 68 boulevard Sanit- Michel, 75006, París, Francia. [En línea] <[http://www.theunion.org/component/option,com\\_guide/Itemid,79/](http://www.theunion.org/component/option,com_guide/Itemid,79/)> [Citada el 11 de Julio de 2009]

WORLD HEALTH ORGANIZATION TB PROGRAM: What is DOTS. A guide to understanding the WHO-recommended TB Control Strategy Known as DOTS. Ginebra: WHO/CDS/CPC/TB, 1999.