

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA

**“CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO DE LAS
PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS QUE VIVEN EN
SITUACIÓN DE VIH FASE INICIAL QUE ASISTEN A LA
CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL ROOSEVELT DE
GUATEMALA”**

Estudio descriptivo, cuantitativo realizado durante el mes de Febrero del año 2007

SANDRA CRISTINA ESTRADA MORALES
Carné: 200419537

ASESORA: Magíster María Eugenia De León de Hernández
REVISORA: Magíster Rhina Orantes de De León

Tesis

Presentada ante las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas – USAC -
Escuela Nacional de Enfermeras/os de Guatemala

Previo a optar el grado de Licenciado en Enfermería

GUATEMALA, JULIO 2007.



Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala



Guatemala 4 de Julio de 2,007.

Profesores
UNIDAD DE TESIS
Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala
Presente.


Se les informa que la Enfermera:

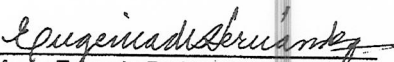
Sandra Cristina Estrada Morales

Ha presentado el Informe Final de su trabajo de tesis titulado:

“CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO DE LAS PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS QUE VIVEN EN SITUACIÓN DE VIH FASE INICIAL QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL ROOSEVELT DE GUATEMALA”

Del cual el autor se hace responsable del contenido, y el asesor y revisor damos la aprobación de la metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos, así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.


AUTOR


Mg. María Eugenia De León de Hernández
ASESOR


Mg. Rhina Orantes de León
REVISOR

AGRADECIMIENTOS

A DIOS: Ser, supremo, que me permitió llegar al final de una meta.

A MI FAMILIA: Por animarme constantemente.

A Dr. Carlos Mejía Villatoro: por su valiosa colaboración

A enfermeras Rosa Valle, Blanca García, Cristina Porón y Eugenia Duarte:

Por su ayuda incondicional

A Dra. Aura Marina Méndez Andrade, por su ayuda

A Enfermera Lisseth García por su valiosa ayuda

A LOS PACIENTES: que participaron en el estudio, por su confianza

A Magíster Eugenia de Hernández: por haberme guiado y enseñado durante la realización del estudio.

A Magíster Rhina Orantes: por su valiosa e incondicional ayuda

A Magíster Enma Porras, Lic. Carmencita Calderón y Enfermera Ana Lidia López: por su ayuda incondicional.

A la Universidad de San Carlos de Guatemala: por haberme cobijado en sus aulas

RESUMEN

El presente estudio es de tipo descriptivo, cuantitativo y de corte transversal, tiene como objetivos identificar y medir el potencial de agencia de autocuidado de las personas mayores de 18 años que viven en situación de VIH fase inicial que asisten a la consulta externa de Hospital Roosevelt de Guatemala.

La recolección de los datos se realizó en el mes de febrero de 2007 a través de la encuesta auto diligenciada para las personas que podían responder y para las personas que por alguna razón no pudieran hacerlo, se utilizó la técnica de la entrevista, con la participación de 30 personas, que constituyeron el 100% de la muestra, para quienes como criterio de inclusión se tomó en cuenta que fueran mayores de 18 años, positivos al VIH en fase inicial y asistieran a la consulta externa del Hospital Roosevelt.

Se utilizó el instrumento de las autoras Bárbara Kearney y Bárbara Fleischer, escala que mide cinco dimensiones del ejercicio de la Agencia de autocuidado.

Los resultados obtenidos reportan que el potencial de agencia de autocuidado que tienen las personas mayores de 18 años de VIH fase inicial que asisten a la consulta externa del hospital Roosevelt está en dos niveles: bajo y medio, exceptuando la dimensión de valoración la prioridad de salud, la cual abarca los tres niveles del potencial de la agencia de autocuidado.

CAPITULO I INTRODUCCION

El presente estudio es de tipo descriptivo, cuantitativo y de corte transversal, tuvo por objetivos identificar y medir el potencial de Agencia de auto cuidado de las personas mayores de 18 años que viven en situación de VIH fase inicial que acuden a la consulta externa, clínica 17 de Infecciosas de Hospital Roosevelt de Guatemala, durante el mes de febrero de 2007.

La capacidad de agencia de autocuidado es la capacidad que tiene la persona para realizar una serie de acciones tendientes a satisfacer las necesidades del autocuidado y se mide según la escala del ejercicio de la agencia de autocuidado de Kaerney y Fleischer con las siguientes dimensiones:

1. Una actitud de responsabilidad con uno mismo: asumir las consecuencias de sus decisiones.
2. Motivación por cuidarse uno mismo: actitud que fomenta el cuidado personal.
3. Aplicación de conocimientos al autocuidado: estrategia para mejorar la salud.
4. Valoración de las prioridades de salud: importancia de mantenerse saludable.
5. Alta autoestima: potencial que ayuda a la toma de decisiones.

Para identificar y medir el potencial de Agencia de auto cuidado, se utilizó el instrumento de Kaerney y Fleischer., cuya aplicación aporta los siguientes datos: a) La capacidad de agencia de autocuidado que tienen las personas mayores de 18 años que viven situación de VIH fase inicial que asisten a la Consulta externa del Hospital Roosevelt de Guatemala se encuentra el 50% en un nivel medio y el otro 50% en un nivel bajo b) Las dimensiones de la agencia de autocuidado que se encuentran en el nivel medio y bajo son: la actitud de responsabilidad consigo mismo, alta autoestima, aplicación de conocimientos y

motivación para cuidarse uno mismo y c) la única dimensión que presenta los tres niveles es la de prioridades de salud.

El estudio se fundamentó en elementos teóricos de consulta bibliográfica, entrevistas con el personal profesional multidisciplinario del programa VIH/SIDA y pacientes que son portadores de VIH.

Para recolectar la información se utilizó la encuesta auto diligenciada para aquellas personas que podían responder y para aquellas personas que no podían hacerlo se utilizó la técnica de la entrevista, teniendo el cuidado de respetar la respuesta dada por los pacientes para evitar sesgos en los resultados.

En lo referente a los aspectos éticos considerados, están: la autodeterminación, consentimiento informado, derecho a la intimidad, anonimato y confidencialidad de la información, tratamiento justo y autorización de las autoridades de la institución para realizar el estudio.

Los resultados obtenidos se presentan a través de cuadros estadísticos con su respectivo análisis e interpretación. Además se incluyen conclusiones y sus recomendaciones de acuerdo a objetivos planteados

CAPITULO II

DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA:

La enfermedad VIH/SIDA propicia un estado de temor, angustia y aislamiento, un alto costo económico y rechazo social a la persona que la padece. A pesar de haber leyes que protegen a las personas portadoras de Virus de Inmunodeficiencia Humano (VIH), Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) para que sus derechos no sean violados, sufren la falta de un soporte social sólido. Por otro lado la enfermedad misma por ser crónica degenerativa requiere un manejo de intervenciones médicas costosas y de largo plazo.

Es importante reconocer que se requiere una estrategia que involucre a la persona y su entorno social para generar cambios a fin de de conservar su salud y poder llevar una calidad de vida a través de su potencial de autocuidado, potencial que puede medirse a través de la "escala del ejercicio de agencia del autocuidado de Kearney Fleischer la cual incluye las dimensiones siguientes: una actitud de responsabilidad con uno mismo, motivación para cuidarse por si mismo, aplicación de conocimiento del autocuidado, la valoración de las prioridades de salud y alta autoestima"¹

Bruger² en 1981 realizó los estudios descriptivos relacionados con la agencia de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus, titulada: La familia como sistema de soporte y la influencia en la agencia de autocuidado de adultos

¹ Kearney BY, Fleischer BJ. Development of an instrument to measure exercise of self-care agency. Res Nurs Health. 1979; pag 25-34

² dialnet.unirioja.es/servlet/fichero tesis articulo=1342408&orden=0 -copiado en Noviembre del 2006.

con diabetes mellitus., Bahe³, en 1991 el estudio sobre el efecto predictivo de factores básicos condicionantes en la agencia de autocuidado y en el autocuidado en adolescente con fibrosis quísticas. Se mencionan estos estudios por tratarse de la Agencia de Autocuidado del paciente aunque no son específicos de pacientes con VIH SIDA.

Colombia es uno de los países de América latina donde se ha desarrollado una serie de investigaciones con el marco de referencia del modelo conceptual de Dorothea Orem⁴. La "agencia de autocuidado" es definida por Orem 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, medidas de cuidados) y finalmente, para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo.

"La agencia de autocuidados tiene las características complejas que se identifican como un tejido de constituyentes heterogéneos inseparablemente asociados: presenta la paradoja de lo uno y lo múltiple"⁵. La agencia de autocuidados se presenta con los rasgos complejos de lo enredado, lo inexplicable, del desorden, la ambigüedad y la incertidumbre que supone la toma de decisiones sobre la propia salud y la satisfacción de los requisitos universales de autocuidado.

³. PORRAS MARROQUIN, Enma Judith, "Factores básicos condicionantes del autocuidado asociados a la capacidad potencial para autocuidarse y para promover la salud en personas de 18 años y mas que viven en situación de Enfermedad cardiovascular y asisten a la Consulta Externa del Hospital Roosevelt de Guatemala". Bogota Colombia DC, 2002, 110 p. trabajo de (maestría)Universidad Nacional de Colombia, facultad de enfermería.

⁴ GAST HERTHEL L. Denles, Mary, et. Al. Agencia de Autocuidado: Conceptualizaciones y Operacionalizaciones. Adv Nurs. Sol 1989: 121;26.38

⁵ Orem Dorothea. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson Salvat Enfermería; 1993, Pág. 135

Se conceptualiza como poseedora de la forma de un grupo de habilidades humanas para la acción deliberada: la habilidad de atender a cosas específicas (lo que incluye la habilidad de excluir otras cosas) y de comprender sus características y el significado de las mismas; la habilidad de percibir la necesidad de cambiar o regular las cosas observadas; la habilidad de adquirir conocimiento sobre los cursos de acción o regulación adecuados; la habilidad de decidir qué hacer; y la habilidad de actuar para lograr el cambio o la regulación. El contenido de la agencia de autocuidado deriva de su finalidad propia, satisfacer los requisitos de autocuidado, cualesquiera que sean estos requisitos en un momento determinado.

En Guatemala se está fortaleciendo el área de la investigación, pues al efectuar la búsqueda de estudios realizados se encontró el estudio de Porras Emma, titulado "Factores básicos condicionantes del autocuidado asociado a la capacidad potencial para autocuidarse para promover la salud" ⁶ presentado en la Universidad Nacional de Colombia y donde utiliza el instrumento de la Escala del Ejercicio de Agencia de Autocuidado para recolectar la información necesaria, las unidades de análisis fueron personas de 18 años y más que tenían diagnóstico médico de alguna enfermedad cardiovascular, el estudio se realizó en el Hospital Roosevelt en la clínica cardiovascular el cual concluye que el factor básico condicionante nivel socioeconómico vuelve a confirmar la presencia mayoritaria de las mujeres que es pobre y extremadamente pobre en un 94% y evidenció que si existe asociación entre el factor condicionante básico de edad, con la capacidad potencial para el autocuidado.

⁶ PORRAS MARROQUIN, Enma Judith, "Factores básicos condicionantes del autocuidado asociados a la capacidad potencial para autocuidarse y para promover la salud en personas de 18 años y mas que viven en situación de Enfermedad cardiovascular y asisten a la Consulta Externa del Hospital Roosevelt de Guatemala". Op. Cit. Pág. 110

Wong Aldana, Valery en 1994⁷, realizó el estudio sobre Conocimientos, actitudes y prácticas reales en relación al SIDA de los pacientes hospitalizados en el Sanatorio San Vicente; Chuc Ortiz Magdalena⁸ basó su estudio en el "Nivel escolar de la trabajadora del sexo y prácticas de riesgo de contraer el Virus Inmunodeficiencia Humana VIH", en ambos estudios no se enfoca el autocuidado como agencia y concluyen que el nivel educativo de este grupo representa el 51% de analfabetismo y el nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA es inadecuado, pues refieren no saber nada, pero existe una predisposición adecuada para el aprendizaje.

"El departamento de Guatemala está situado en la parte central de la República a 1500 metros sobre el nivel del mar; predomina el clima templado; se observan grandes contrastes geográficos, una topografía accidentada en los sectores norte, sur, y este del departamento y relieves menos abruptos en los sectores central y sur; cuenta con una extensión superficial territorial de aproximadamente 2126 Kilómetros cuadrados (2% de territorio nacional); 17 municipios en los que incluye la ciudad capital de la República, ésta a su vez esta constituida por 20 zonas, de la 1-19 y 21⁹".

El Hospital Roosevelt "forma parte de la red de instituciones prestadoras de servicios de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, esta ubicado al sur de la ciudad capital, a partir del año 2000, por orden del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, debe brindar atención a la totalidad de la población sin importar su procedencia. Actualmente funcionan 45 de los servicios, entre ellos infectología, que cuenta con una clínica de enfermedades infecciosas ubicada en la consulta externa No.1 desde 1989. En el

⁷ WONG ALDANA ,Valery."conocimientos, actitudes y practicas reales en relación al sida de los pacientes hospitalizados en el Sanatorio San Vicente", Guatemala 1994, p. 63. Trabajo de (licenciatura en enfermería) Universidad Mariano Gálvez de Guatemala Facultad de Enfermería. Área de enfermería.

⁸ CHIC ORTIZ, Magdalena, "Nivel Escolar de la Trabajadora del Sexo y Prácticas de Riesgo de contraer el virus de inmunodeficiencia humana, VIH", Guatemala, 1994 p. 32. Trabajo de (licenciatura en enfermería) Universidad Mariano Gálvez de Guatemala Facultad de Enfermería. Área de enfermería.

⁹ www.viajeaguatemala.com/Guatemala/10582029338.htm - 32k -

año 1996 inicia en el Patronato Programa Nacional, departamento de medicina interna número 2 y entre sus funciones esta brindar atención para personas con infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA, entre otras¹⁰ⁿ.

Para la atención del grupo de personas con VIH se cuenta con una sala de espera con capacidad para 20 personas, tres clínicas para consultas médicas y procedimientos, uno de pre- post consejería o cubículo de consulta psicológica, bodega y área de limpieza para equipo.

En la clínica No. 8 se toma la muestra de sangre para hacer la prueba de VIH, previo consentimiento del paciente a través de la firma de un documento elaborado para el caso, después de la obtención de resultados, pasan a la clínica No. 17 de infecciosas, la cual consta de cuatro clínicas medicas, en las cuales laboran 5 médicos, 5 enfermeras, 2 auxiliares de enfermería, 3 educadoras, 6 personas para registros, 3 técnicos de laboratorio, 1 trabajadora social, 5 licenciadas en farmacia.

El procedimiento que se realiza en esta clínica 17 de infecciosas es el siguiente: el paciente se presenta con hoja de referencia de cualquier centro asistencial, es atendido por la enfermera profesional quien da pre-consejería y toma de muestra (previo consentimiento), la prueba se realiza para confirmar resultados y es una prueba rápida con duración de una hora, en caso de que el resultado sea positivo, se da post-consejería, donde se aclaran y resuelven dudas; se toman datos para el expediente clínico, control de signos vitales y se pasa con el medico para su evaluación y seguimiento, seguidamente a la farmacia de la misma clínica donde se les da tratamiento gratuito y citas según criterio médico. Todo caso nuevo debe ser evaluado por psicología, trabajo social y educadora.

¹⁰ www.viajeaguatemala.com/Guatemala/10582029338.htm - 32k -

Se atienden pacientes de riesgo no laboral, o pacientes que adquieren el VIH por abuso sexual, se llena el expediente, se toma la muestra de VIH, VDRL, panel de hepatitis para control de riesgos, luego son referidos a psicología, posteriormente a la consulta medica, finalmente pasa a farmacia para obtener el tratamiento anticonceptivo, retroviral, antibiótico (ITS), se le cita cada semana por un mes. Este proceso se repite a los 3 meses, 6 meses y al año, si el resultado es negativo se le da como caso concluido al paciente.

En la clínica 17 de Infecciosas no se cuenta con un Programa educativo específico de enfermería que promueva en los pacientes la Agencia de Autocuidado, únicamente es el Plan Educacional que proporciona la Educadora, Psicólogo, la Enfermera y el Médico en su respectivo momento.

Las enfermedades crónicas se revelan como uno de los problemas principales en morbi-mortalidad, quienes lo padecen se ven afectados en sus estilos de vida y al ambiente que los rodea, la enfermedad VIH ha afectado fuertemente a la población guatemalteca teniendo el Reporte a Nivel Nacional de la Dirección General de Servicios de Salud¹¹ de 1984 al 30 junio 2003 en donde se encuentra los siguientes datos: "Personas con SIDA 9,172 (100%)de los cuales 6,424 (70.50%) son hombres y 2,698 (29.40%) mujeres, y sin datos 10 (0.10 %); y en los datos estadísticos de la clínica de infecciosas se reporta que "la edad mas afectada es la comprendida entre los 15-49 años con 4,880 casos (84.59%), los casos de Portabilidad 687: sexo masculino 533 (77%), sexo femenino 54 (23%)" Las Estadísticas¹² de la Clínica de Infecciosas del Hospital Roosevelt indican que se "atienden de 50 a 70 pacientes nuevos al mes con un promedio por edades de 14 - 34 años. Se efectúa un promedio de 1,219 pruebas diagnósticas de las cuales 421 son positivas"¹³

¹¹Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Reporte Nacional de Personas con SIDA acumulado de 1,984 a diciembre 2005, Guatemala, febrero 2006 p. 6

¹² Hospital Roosevelt, INFORME ESTADÍSTICO ANUAL DE LAS CLÍNICA INFECCIOSAS de La Consulta Externa año 2004 Guatemala 2004 p 2.

¹³ * Martín Zurro, A.; Cano Pérez, J. F.: Manual de Atención Primaria. 21 edición. Doyma S.A. 1991 Pág. 32

“En el año 2006 se registraron un total de 776 nuevos casos de pacientes mayores de 18 años VIH positivo, éstos representan un promedio mensual de 65 personas”

En esta Clínica Infecciosas se llevan varios programas en conjunto siendo ellos:

- ✓ Desarrollo de protocolos de atención de pacientes con problemas específicos.
- ✓ Participación en protocolos nacionales.
- ✓ Desarrollo de proyectos de prevención de la transmisión vertical (atención madre-hijo).
- ✓ Consejería a mujeres de ginecología que van a ser intervenidas,
- ✓ Voluntarios que han tenido riesgo VIH/SIDA UNICEF

2. DEFINICION DEL PROBLEMA

A pesar de los programas específicos de tratamiento y prevención, la enfermedad crónica VIH/SIDA se incrementa cada día, “constituyendo el diagnóstico numero uno de ingreso a las salas de medicina C, D y E (en menor porcentaje) del hospital Roosevelt”¹⁴, por lo que surge la inquietud de saber con qué potencial de Agencia del Autocuidado cuentan las personas en situación VIH positivo para mantener su calidad de vida.

La relación que se establece entre el profesional de la salud y el enfermo tiene una gran importancia. El encuentro entre enfermera y paciente está siempre cargado emocionalmente, es una relación intensa por parte de ambos. El paciente en este encuentro deposita en el personal de enfermería una serie de “productos” (dolores, sufrimientos) cargados de afectividad (miedos, angustias y un grado de incapacitación)

¹⁴ Hospital Roosevelt, INFORME ESTADÍSTICO ANUAL DEL SERVICIO DE MEDICINA AÑO 2004 GUATEMALA 2004 P 3.

y espera del personal sanitario el reconocimiento de "su" enfermedad y de "él mismo" como persona enferma, todo lo anterior hace necesario e importante conocer las posibles reacciones del paciente ante su enfermedad y también cómo puede reaccionar el profesional de salud.

3. DELIMITACION DEL PROBLEMA:

3.1 Ámbito Geográfico: Ciudad de Guatemala.

3.2 Ámbito Institucional: Hospital Roosevelt

3.3 Ámbito personal: personas mayores de 18 años que viven en situación de enfermedad crónica VIH en fase inicial que asisten a la clínica No. 17 infecciosas de consulta externa del Hospital Roosevelt.

3.4 Ámbito Temporal: Febrero 2007.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuál es la capacidad de Agencia del autocuidado de las personas mayores de 18 años que viven en situación de VIH en fase inicial que asisten a consulta externa del Hospital Roosevelt de Guatemala durante el mes de febrero de 2007?

CAPITULO III

JUSTIFICACIÓN

Se ha observado que pese a los esfuerzos de programas específicos de tratamiento para contrarrestar la incidencia de las enfermedades crónicas degenerativas, las mismas continúan afectando a gran número de personas dejando una marca imborrable de frustración en la persona misma, en familiares que sufren a la par del paciente y en el personal de salud que le brinda atención.

El presente estudio sobre capacidad de agencia del autocuidado de la personas que viven en situación de enfermedad crónica VIH en fase inicial, trata de medir el potencial de la persona para su autocuidado, lo que permite predecir qué tanto puede comprometerse la persona en su cuidado e identifica los factores que influyen en esta capacidad; además se puedan sugerir intervenciones de enfermería según las necesidades de la persona y nuevos estudios que favorezcan la creación de políticas y estrategias para fortalecer el autocuidado de la persona que viven en situación de VIH.

Este trabajo es novedoso por ser el primer estudio realizado en Guatemala relacionado con la fase inicial de la enfermedad y la capacidad de agencia de autocuidado de las personas que viven en situación de VIH fase inicial que afecta a hombres, mujeres y niños, es una epidemia difícil de controlar, pues cada día se reportan casos nuevos y constituye uno de los principales diagnósticos de ingreso a los servicios de medicina en el Hospital Roosevelt.

En la actualidad no existe cura para la infección del VIH, pero se puede combatir la epidemia con la prevención, ya que esta infección es esencialmente condicionada a la conducta humana, por lo que se divulga la información del

CAPITULO V

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

1. AUTOCUIDADO

El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma liberada para sí mismo, con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar. "El autocuidado es, por tanto, un sistema de acción, es una estrategia para lograr cambios en el estilo de vida, que no sean favorables a la salud y no se constituyan un riesgo, además ayuda al mantenimiento y bienestar de las personas que viven en situación crónica VIH/SIDA¹⁸".

Es la segunda línea de acción preventiva, complementaria a la de gestión preventiva, específicamente, dirigida a promover y reforzar conductas de autocuidado en los trabajadores, entendiéndose por autocuidado "todas aquellas decisiones adoptadas deliberadamente por un individuo para preservar o mejorar su seguridad, salud y bienestar¹⁹".

Entonces, el autocuidado constituye todas las actividades o acciones que el individuo realiza para mantener la vida, su salud y su bienestar.

2. CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO:

Es la capacidad que tiene una persona de realizar una serie de acciones que le ayuden a satisfacer sus necesidades.

¹⁸ Ann Maminer Tomey., PHD, RN, FAAN. María Raile Aligood, PHD, RN, FAAN, "MODELOS Y TEORIAS EN ENFERMERIAS" Cuarta Edición en Español, Editorial Harcourt Brace, España 1999, PP. 181

¹⁹ www.lst.cl/autocuidado. Asp 31 de octubre del 2006.

2.1 CAPACIDAD

La palabra capacidad no es excesivamente atractiva. Suena como algo tecnocrático, y para algunos puede sugerir la imagen de estrategias nucleares frotándose las manos de placer por algún plan contingente de bárbaro heroísmo quizá la noción más primitiva²⁰ de este enfoque se refiere a los "funcionamientos". Los funcionamientos representan partes del estado de una persona: en particular, las cosas que logra hacer o ser al vivir. La capacidad de una persona refleja combinaciones alternativas de los funcionamientos que ésta pueda lograr, entre los cuales puede elegir una colección.

El enfoque se basa en una visión de la vida en tanto combinación de varios "quehaceres y seres", en los que la calidad de vida debe evaluarse en términos de la capacidad para lograr funcionamientos valiosos. Algunos funcionamientos son muy elementales como estar nutrido adecuadamente, tener buena salud, y a todos estos podemos darles evaluaciones altas, por razones obvias.

2.2 AGENCIA:

"Capacidad desarrollada que permite a las personas en proceso de maduración discernir sobre los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo"²¹.

La agencia puede examinarse en relación con las capacidades del individuo, incluyendo el repertorio de habilidades y la clase de conocimiento que tenga y use para ocuparse de una gama de conductas específicas.

La agencia afecta directamente a la práctica del autocuidado que influye en la vida,

²⁰ es [wikipedia.org/wiki/Capacidad](http://es.wikipedia.org/wiki/Capacidad) 16k copiado el 01 de octubre del 2006.

²¹ <http://enfermeria21.com/educare/educare02/aorendiendo/aorendiendo2.htm>

la salud, el bienestar y el desarrollo humano.

Es la capacidad que tiene la persona de realizar una serie de acciones tendientes a satisfacer las necesidades de autocuidado. La agencia de autocuidado, es un concepto descrito por Orem en su modelo Déficit del autocuidado, este consta de tres teorías relacionadas: la del autocuidado, la del déficit de autocuidado y la de sistemas de enfermería.

Uno de los constructos que describe esta teoría es el del autocuidado. El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar las actividades necesarias para vivir y sobrevivir. El autocuidado es definido por Orem como "la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar ²²". El autocuidado tiene un propósito. Es una acción que tiene un patrón y una secuencia y cuando se realiza efectivamente, contribuye de manera específica a la integridad estructural, desarrollo y funcionamiento humanos "Gast Herta, Denyes et. al. En 1989" ²³ Define las capacidades de los individuos que les permite comprometerse con el autocuidado las cuales son:

- Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire.
- Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua.
- Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos
- Provisión de cuidados asociados con procesos de evacuación y excrementos.
- Equilibrio entre actividades y descanso.
- Equilibrio entre la soledad y la comunicación social

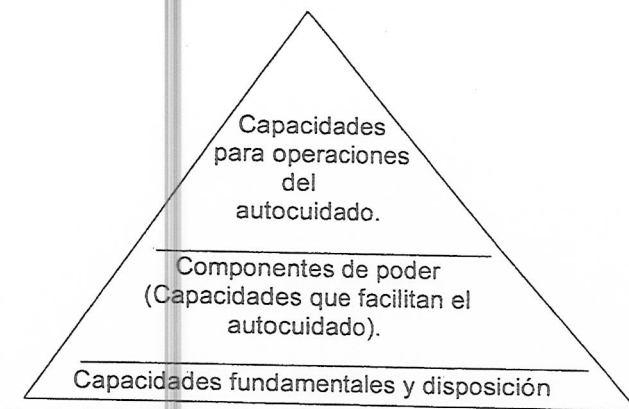
²² Orem Dorothea, Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson Salvat Enfermería; 1993

²³ Gas Herthe L. Denyes Mary et. al.. "Agencia de Autocuidado: Conceptualizaciones y Operacionalizaciones" Adv. Nurs. Sol. 1989 Págs. 121-126.

- "Prevención de peligros en la vida, funcionamiento y bienestar."²⁴
- Ser normal con las normas del grupo.

El autocuidado se define como las acciones encaminadas a uno mismo o al ambiente con el fin de regular el funcionamiento de uno para beneficio de la vida, funcionalmente integrada y bienestar.

FIGURA No. 1
ESTRUCTURA DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO



Fuente: Implementación de la teoría Déficit del autocuidado de Dorotea Orem dentro de la Práctica de Enfermería

Capacidades fundamentales son las habilidades²⁵ que entran en juego cuando los individuos realizan cualquier tipo de acción deliberada y no solo actividades de autocuidado. Estas disposiciones y rasgos fundamentales comprenden habilidades básicas pertenecientes a sensaciones, percepciones, memoria y orientación. Algo menos fundamental es un conjunto de capacidades

²⁴ Gast Herthe L. Denles, Mary, et. al. "Agencia de Autocuidado: Conceptualizaciones y Operacionalizaciones". Adv Nurs. Sol. 1989:12 1;26.

²⁵ OREM, Dorotea, Implementación de la Teoría de Déficit de Autocuidado dentro de la Práctica de enfermería, preparado por Scarborough General hospital Departamento de Enfermería Notario, Canadá traducido por Cecilia Silva de Mojica, RN,BNS,MEL 1984 p. 43.

que se relacionan específicamente con el compromiso con el autocuidado, a éstas se les designa como los componentes de poder, Orem define 10 componentes que se utilizan para evaluar la agencia o habilidad de un paciente para actuar, para hacer lo que necesita llevar a cabo. Los componentes de poder son:

1. Máxima atención y vigilancia
2. Control de energía física
3. Control del movimiento cuerpo
4. Habilidad de razonar
5. Motivación para la acción
6. Habilidades para tomar decisiones
7. Conocimiento
8. Repertorio de habilidades
9. Habilidad para ordenar las acciones de autocuidado
10. Habilidad para integrar las acciones dentro de patrones de vida.

Las habilidades inmediatas son las que Orem llama "Operaciones de autocuidado" de las cuales se han delineado las siguientes:

1. Operaciones Estimativas: Investigar condiciones y factores en un mismo y en el ambiente, que son significativas para el autocuidado de uno
2. Operaciones transicionales: Hacer juicios y decisiones sobre lo que uno puede, debe y hará para satisfacer los requisitos de autocuidado de uno mismo.
3. Operaciones productivas: Ejecutar medidas para satisfacer los requisitos de autocuidado de uno mismo

La agencia de autocuidado está influida tanto por características internas: la edad, estado de salud, como por numerosos factores externos tales como la cultura y sus recursos, estos se denominan factores básicos condicionantes.

2.3 DIMENSIONES DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO

Se refiere a las capacidades del individuo para lograr su agencia del autocuidado.

2.3.1 LA RESPONSABILIDAD

La responsabilidad es una cualidad muy apreciada desde la perspectiva adulta, pero no lo es tanto desde la mirada de la juventud, y desde la perspectiva infantil –que vive en gran parte de la opinión pública convencional de nuestros países- resulta algo casi incomprensible. ¿Cómo explicarla? ¿Qué es la responsabilidad?”²⁶

Una persona responsable toma decisiones conscientemente y acepta las consecuencias de sus actos, dispuesto a rendir cuenta de ellos. La responsabilidad es la virtud o disposición habitual de asumir las consecuencias de las propias decisiones, respondiendo de ellas ante alguien. Responsabilidad es la capacidad de dar respuesta de los propios actos.

Hablamos del comportamiento humano, el cual sufre modificaciones a través de programas de promoción y prevención de la salud, programas específicos como el programa de inmunizaciones, antituberculoso, enfermedades de transmisión sexual, entre otros, que han modificado el estilo de vida de las personas, siendo cuidadosas en su salud y de los niños, pero en la actualidad no hay programas encaminados a promocionar la salud individualista, ni el estado, ni el sector privado, por lo que el personal de salud hace un mayor esfuerzo para educar al individuo y que estos programas tengan éxito haciéndolos responsables de su propia salud, es la persona misma quien toma las decisiones en elegir su estilo de vida y hábitos, es quien decide si quiere o no hacer las actividades en su propio beneficio, por lo tanto es obligación suya asumir su auto cuidado para

²⁶ www.ideasrapidas.org/responsabilidad.htm - 8k copiado el 21 de Octubre de 2006.

reducir el riesgo de la transmisión de VIH, cambiando su conducta o se su estilo de vida.

2.3.2 CONOCIMIENTO

El conocimiento es un conjunto de datos sobre hechos, "verdades o de información ganada a través de la experiencia o del aprendizaje (a posteriori), o a través de introspección (a priori). El conocimiento es una apreciación de la posesión de múltiples datos interrelacionados que por si solos poseen menor valor cualitativo [Cognición] (Psicobiología). Se propone llamar "conocimiento" todo elemento intelectual que, después de un largo trabajo de reflexión y objetivación de las percepciones y representaciones, puede evaluarse como teniendo un grado aceptable de probabilidad de ser, al menos en parte, representativo de la realidad del mundo. Un conocimiento, porque estaría en relativa adecuación con el Real, permitiría actuar concreta y eficazmente. "Conocimiento" se opone a "Creencia".²⁷

El conocimiento es uno de los componentes de poder de la agencia de auto cuidado según Dorothea Orem para determinar y tomar decisiones acerca de las acciones de autocuidado que se requieran. Por lo tanto el conocimiento es una capacidad humana y no una propiedad de un objeto como pueda ser un libro. Su transmisión implica un proceso intelectual de enseñanza y aprendizaje. Transmitir una información es fácil, mucho más que transmitir conocimiento. Esto implica que cuando hablamos de gestionar conocimiento, queremos decir que ayudamos a personas a realizar esa actividad de convertir datos de información en acciones efectivas.

²⁷ www.daedalus.es/AreasGCCCon-E.php - 12k copiado 21 de Octubre del 2006.

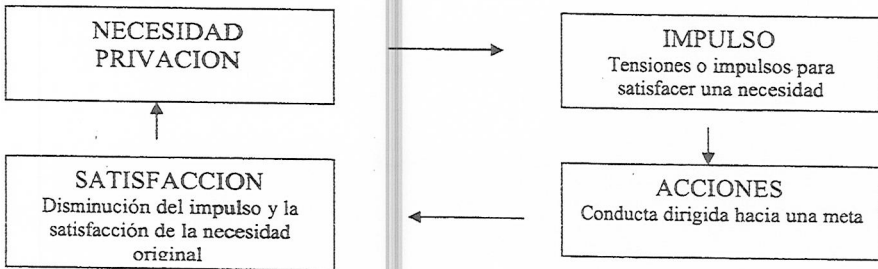
2.3.3 LA MOTIVACION

"La motivación es, en síntesis, lo que hace que un individuo actúe y se comporte de una determinada manera. Es una combinación de procesos intelectuales, fisiológicos y psicológicos que decide, en una situación dada, con qué vigor se actúa y en qué dirección se encauza la energía."²⁸

La motivación es un proceso o una combinación de procesos como dice Solanas, que consiste en influir de alguna manera en la conducta de las personas.

2.3.3.1 TEORIA DE LAS NECESIDADES Se concentra en lo que requieren las personas para llevar vidas gratificantes, en particular con relación a su trabajo.

"El siguiente esquema ilustra la teoría motivación al de las necesidades según lo establece solana:



La motivación es otro componente de poder de la agencia de autocuidado, de dominio para tomar decisiones llevarlas acabo.²⁹

2.3.3.2 CICLO MOTIVACIONAL:

En cuanto a la motivación, podríamos decir que tiene diversas etapas, las cuales forman parte del siguiente ciclo:

²⁸ Solana, Ricardo F..Administración de Organizaciones. Ediciones Interoceánicas S.A. Buenos Aires, 1993. Pág. 208
²⁹ apuntes.rincondelvago.com/teoria-de-las-necesidades-humanas.html - 22k copiado en Octubre de 2006

- 1 Se logra un equilibrio si las personas obtienen la satisfacción. La satisfacción con el trabajo refleja el grado de satisfacción de necesidades que se deriva del trabajo o se experimenta en él.
- 2 En el caso de que sea imposible la satisfacción de la necesidad, el ciclo motivacional quedaría ilustrado de la siguiente forma:

Esto provoca la frustración de la persona. Ahora bien podríamos mencionar a qué nos referimos con este concepto. Frustración es aquella que ocurre cuando la persona se mueve hacia una meta y se encuentra con algún obstáculo. La frustración puede llevarla tanto a actividades positivas, como constructivas o bien formas de comportamiento no constructivo, inclusive la agresión, retraimiento y resignación.

También puede ocurrir que la frustración aumente la energía que se dirige hacia la solución del problema, o puede suceder que ésta sea el origen de muchos progresos tecnológicos, científicos y culturales en la historia.

Esta frustración lleva al individuo a ciertas reacciones:

1. Desorganización del comportamiento
2. Agresividad
3. Reacciones emocionales
4. Alineación y apatía.

2.3.3.4 DIFERENCIA ENTRE MOTIVACIÓN Y SATISFACCIÓN

Se puede definir la motivación como el impulso y el esfuerzo para satisfacer un deseo o meta. En cambio, la satisfacción esta referida al gusto que se experimenta una vez cumplido el deseo.

Podemos decir entonces que la motivación es anterior al resultado, puesto que esta implica un impulso para conseguirlo; mientras que la satisfacción es posterior al resultado, ya que es el resultado experimentado.

2.3.4 AUTOESTIMA

Renny Yagosesky, autor de "Autoestima en palabras sencillas", considera que la Autoestima es una función del organismo y un recurso integral y complejo de autoprotección y desarrollo personal. Es un constructo que trasciende la idea básica de autovaloración, y aunque la incluye, va más allá e incorpora aspectos biopsicosociales, pues las debilidades de autoestima afectan la salud, las relaciones y la productividad, mientras que su robustecimiento potencia en la persona global, es decir, su salud, su adaptabilidad social y sus capacidades productivas.³⁰

Autoestima es la capacidad desarrollable de experimentar la existencia, conscientes de nuestro potencial y nuestras necesidades reales; de amarnos incondicionalmente y confiar en nosotros para lograr objetivos, independientemente de las limitaciones que podamos tener o de las circunstancias externas generadas por los distintos contextos en los que nos corresponda interactuar.

Es una manera de vivir orientada hacia el bienestar, el equilibrio, la salud y el respeto por mis particularidades propias del individuo.

³⁰ www.monografias.com/trabajos16/autoestima/autoestima.shtml - 121k - copiado en octubre del 2006.

2.3.4.1 POR QUÉ NECESITAMOS AUTOESTIMA.

La vida humana es el transcurrir de experiencias y eventos con los que entramos en contacto; un transcurrir en ritmos y fluctuaciones; un ir y venir de flujos y reflujos. En este devenir, podemos llegar a vivir momentos altos y momentos bajos.

Al vivir en situación de enfermedad VIH se ven afectados el valor personal y confianza en las propias capacidades. Las personas con VIH positivo abrigan un sentimiento de confusión y de frustración por no lograr sus metas, lo cual crea un ambiente de duda en su poder creativo, su capacidad natural de restablecimiento y es cuando adopta por crear y obtener conductas autodestructivas, actitudes como negación, evasión (no ver situación real), mienten con facilidad, faltan a la cita con su médico, rehúsa al tratamiento retroviral, descuidan su cuerpo, viven aburridos y resentidos buscan contaminar a más personas, todas estas formas de reaccionar son el reflejo de la ausencia de autoestima. Estas personas que viven en situación de VIH asumen estados habituales de tristeza, culpa, rabia y miedo a lo inesperado o ya esperado. Con la autoestima elevada, la persona se vuelve mas responsable, activa, cuida de su salud y la de los demás.

2.3.4.2 ALGUNOS COMPOR TAMIEN TOS DE ALTA AUTOESTIMA.

Algunos comportamientos que revelan Autoestima, sin que deban ser tomados como algo absoluto, son los siguientes:

Las personas que viven en situación de VIH y que tienen alta autoestima se comportan optimistas, con deseos de aprender sobre su enfermedad y de sus cuidados para mantenerse bien de salud, son personas agradecidas, planifican sus actividades diarias, cuidan su cuerpo, valoran el tiempo, respetan a los demás, se abren a lo nuevo con facilidad, son honestos y cumplen con los acuerdos de

sus cuidadores (médicos, enfermeras, educadoras, psicólogos), pueden perdonar y perdonarse, se aceptan como son, disfrutan del trabajo, actúan para lograr sus objetivos, disfrutan las relaciones con las demás personas, desarrollan independencia en todas sus actividades posibles. Da ejemplos positivos a los hijos, les recomienda confiar en las capacidades propias y evitar el contagio de las enfermedades transmisibles sexualmente.

3. ENFERMEDAD

Es una alteración de la salud que afecta al funcionamiento humano íntegro. Este cambio en la salud produce una dependencia total o parcial por mantener la vida y bienestar. La persona pasa de la posición de agente de autocuidado a la de paciente receptor de cuidados.

Para comprender lo que es la enfermedad es necesario comenzar con la siguiente definición de lo que es la salud Lakhovsky "la define como la capacidad que tienen los organismos para adaptarse a los distintos estímulos, ya sea el estrés, la toxicidad medioambiental, cambios en la alimentación"³¹. El cuerpo se mantiene siempre en un equilibrio inestable. La salud está directamente relacionada con el estado emocional, mental y estructura psicológica, es decir, con nuestra forma de ser, de enfrentar la vida y nuestra constitución genética. Ante una enfermedad (resistencia al cambio) debemos preguntarnos ¿que hay en mi estilo de vida, dieta o comportamiento que ha causado el desequilibrio? Solamente en ese momento, cuando se encuentra la razón o el "foco", es decir lo que la enfermedad quiere enseñar, retornaremos al centro, al punto de equilibrio.

³¹ Lakhovsky, Jorge, El secreto de la vida, las ondas cósmicas y la radiación vital. M. Aguilar - editor, Madrid 1929.

3.1 ENFERMEDAD AGUDA

Se llaman agudas las enfermedades que tienen un inicio y un fin claramente definidos. Generalmente son de corta duración, aunque no hay un consenso en cuanto a que plazos definen a una enfermedad como aguda y cual como crónica.

Love martí menciona que, el término agudo no dice nada acerca de la gravedad de la enfermedad ya que hay enfermedades agudas banales (por ejemplo: resfriado común, gripe, cefalea) y otras que pueden ser muy graves (por ejemplo: púrpura fulminante, infarto agudo de miocardio). Es un término que define "tiempo de evolución" y no "gravedad".

3.2 ENFERMEDAD CRONICA

"Es una afección en la salud que priva a la persona de llevar una vida normal y por ser crónica significa que es por largo tiempo, donde se requiere visitas a médicos, hospitalizaciones, gastos económicos, privarse de trabajar (en la fase de SIDA), de sus actividades sociales entre otras hasta el deceso³²" A lo largo de la historia, y hasta los años 70 de este siglo las enfermedades infectocontagiosas han sido las más importantes a nivel de morbilidad y mortalidad. A partir de la década de los años setenta empieza a ponerse de manifiesto la importancia de las enfermedades de origen no infeccioso.

En este cambio se marcan diferencia entre los países desarrollados y los países subdesarrollados.

En los países desarrollados se produce una gran prevalencia de las enfermedades crónicas y degenerativas, pasando las enfermedades infecciosas a un nivel menor. En los países subdesarrollados las enfermedades infecciosas siguen manteniendo su importancia (25% de su mortalidad). Las

³² Hospital Nacional Pedro de Betancourt, MEDICO FRENTE AL SIDA, Hospital Nacional Pedro de Betancourt Serie sobre el sida No. 1 Primera Edición 1290, derechos reservados conforme a la ley, Proyecto SIDA impreso en Guatemala , Talleres Gráficos Estrada, la Antigua Guatemala 1990 Pág. 173

enfermedades circulatorias y los tumores son tres veces menos frecuentes que en los países industrializados.

La enfermedad crónica se define como³³ un "proceso incurable, con una gran carga social tanto desde el punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia social e incapacitación. Tiene una etiología múltiple y con un desarrollo poco predecible". Otra definición de enfermedad crónica que nos da el mismo autor es "trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación del modo de vida del paciente y que es probable que persista durante largo tiempo". La enfermedad crónica en su evolución natural o con una intervención inadecuada comporta una gran repercusión sobre el estilo de vida del paciente e incluso alto grado de incapacitación.

Sin embargo en la mayoría de estas enfermedades si el paciente desarrolla un buen autocuidado se puede tener una autonomía cotidiana plena. Estas personas pueden tener una situación en la que no se consideran, ni quieren que se les considere, como enfermos.

3.3 REACCIONES DEL PACIENTE FRENTE A LA ENFERMEDAD

A este respecto, es importante identificar las reacciones del paciente a la enfermedad, cada individuo puede reaccionar de diferente manera.

3.3.1. REACCIONES DE HUIDA O NEGACIÓN:

López refiere que el paciente grave puede hacer una negación total de su padecimiento, e intentar normalizar su vida. El enfermo crónico puede también hacer una negación de su diagnóstico, aunque el cuadro no reviste el dramatismo anterior. En la medida en que el proceso crónico es más

³³ Novel Martí, G; Lluch Canut, M.T.: Enfermería psico-social. Serie Manuales de Enfermería. Salvat Editores S.A. Barcelona 1991

asintomático, favorece en mayor medida una huida de este tipo. El trabajador sanitario puede detectarla por las consultas típicamente en "rachas", con largos periodos en los que el paciente "desaparece".³⁴

3.3.2. REACCIONES DE AGRESIÓN O RECHAZO ACTIVO:

López refiere que: "El enfermo crónico raramente expresa con facilidad su agresividad. Fuera de la consulta, en cambio, puede ser más franco ("¿qué se habrán creído?, decirme que tengo que comer sin sal; " es un Médico muy malo porque solo sabe tratar el azúcar con insulina"). Un patrón de conducta relativamente frecuente es el "pasivo-agresivo". La agresividad se vehiculiza a través de una resistencia pasiva, casi inaparente, a las indicaciones del profesional de la salud (pérdida de recetas, olvidar las citas, cambiar la posología, etc.)"³⁵

3.3.3. REACCIONES DE RACIONALIZACIÓN:³⁶

Toda persona apoya su conducta en argumentos o razones propias. Los pacientes crónicos pueden reinterpretar su enfermedad para justificar su conducta.

4. VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Los orígenes del SIDA aún no están muy claros. Se sabe que en 1981 surgió una epidemia la cual creció rápidamente. En un principio los científicos pensaron que se debía a un nuevo virus creado por la Central de Inteligencia Americana (CIA) o por la Agencia Rusa de Inteligencia (KGB). Sin embargo desde 1959 se han detectado casos de SIDA y de VIH-1 y VIH-2 en África y desde 1968 en Norteamérica.

³⁴ López medio, E.: Enfermería en cuidados paliativos. Editorial Médica Panamericana S.A. 1998, Pág. 85

³⁵ Atención Primaria 99. Bases de datos sobre recursos asistenciales, Normativos y de investigación. Jano, Medicina y humanidades. Extra mayo 1999. Doyma

³⁶ IBID pag 85

Los virus del SIDA, el VIH-1 y el VIH-2, podrían constituir una invención antigua de la naturaleza, según sospechan los biólogos pertenecen a la familia de los retrovirus³⁷, cuya información genética está contenida en una molécula de ARN en vez de ADN, como es habitual en la mayoría de los seres vivos. El VIH-2, endémico en África occidental y que se ha propagado principalmente a la India y Europa, está emparentado con el virus SIVsm del mono mangabey y el SIVmac del macaco. El pariente simiesco más próximo del VIH-1, endémico en África central desde donde se ha extendido a América del Norte y Europa, es el virus SIVcpz del chimpancé.

El estudio de los genes de estos virus y de otros hallados más recientemente, como el SIVmd del mandril y el SIVagm del mono verde, apunta a que todos ellos se separaron al mismo tiempo de un antecesor común. El descubrimiento en 1989 del VIH-2 ALT, una variante del VIH-2 más remota que algunos SIV, parece indicar que el virus del SIDA existía en el continente africano casi un siglo antes de que surgiera la epidemia.

Desde que una persona se infecta con el VIH hasta que desarrolla el SIDA suelen transcurrir entre 6 y 10 años. El estudio de la evolución de la enfermedad puede realizarse a través de distintos marcadores biológicos por las manifestaciones clínicas que van apareciendo. Dentro de los marcadores biológicos podemos considerar el descenso de la cifra de linfocitos T CD4 que, hasta hace relativamente poco tiempo, ha sido la principal referencia para catalogar el estadio de evolución de la enfermedad. Desde 1996, la determinación de la cantidad de virus circulante en la sangre de la persona infectada, que recibe el nombre de carga viral, se ha convertido en el principal marcador de la evolución de la enfermedad.

³⁷Nunnari G, Nigro L, Palermo F, Attanasio M, Berger A, Doerr HW, et al. Slower progression of HIV-1 infection in persons with GB virus C coinfection correlates with an intact T-helper 1 cytokine profile. *Ann Intern Med.* 2003; 155

5 SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida "(SIDA), aparece por primera vez en el año 1981, en la ciudad de Los Ángeles, EE.UU., cuando el doctor M. *Gottlieb* describe los 5 primeros casos en jóvenes homosexuales masculinos, punto de partida de una epidemia que comenzó a gestarse en la década de los 70 de forma silenciosa, aunque se tienen algunas evidencias de que este virus circulaba en el continente africano desde finales de los años 50".³⁸

"Robert Gallo, del Instituto Nacional del Cáncer de Bethesda, y Luc Montagnier del Instituto "Louis Pasteur," de París, fueron quienes descubrieron el agente causal. Las alteraciones inmunológicas son las responsables de todo el proceso del síndrome de inmunodeficiencia adquirida"³⁹

El SIDA se ha convertido en la actualidad en el problema más importante de salud para la humanidad, líderes políticos han reconocido que "ningún país está libre del SIDA". Unos pocos -privilegiados y ricos- han logrado reducir la mortalidad con medicamentos de alto e irracional precio. Otros muchos - desafortunados y pobres - asisten a una pavorosa reducción de la expectativa de vida de sus pueblos y a un decrecimiento demográfico que los puede llevar a la extinción.

Es una infección crónica que afecta a todo el organismo destruyendo sus defensas. El sistema inmunológico está formado por glóbulos blancos linfocitos T y linfocitos B entre otros. Estos linfocitos son los primeros en dar señal de alerta atacando un germen que invade al organismo y a los linfocitos B son los que producen anticuerpos específicos para cada germen.

Es el conjunto de manifestaciones clínicas⁴⁰ que aparecen como

³⁸ Sotolongo Casanova P, Casanova Carrillo .. Toxoplasmosis cerebral durante la infección por el virus de inmunodeficiencia humana. Rev Cubana Med [Revista electrónica] 2002 [Citado 29 de marzo 2004], Copiado e101 de octubre del, 2006

³⁹ Nunnari G, Nigro L, Palermo F, Attanasio M, Berger A, Doerr HW, et al. Slower progression of HIV-1 infection in persons with GB virus C coinfection correlates with an intact T-helper 1 cytokine profile. Ann Intern Med. 2003; 139

⁴⁰ www.monografias.com/trabajos/intsida/intsida.shtml - 61 k copiado el 01 de octubre del 2006.

consecuencia de la depresión del sistema inmunológico debido a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Una persona infectada con el VIH va perdiendo, de forma progresiva, la función de ciertas células del sistema inmune llamadas linfocitos T CD4, lo que la hace susceptible a diversas infecciones como neumonías o micosis. En algunos casos, estas infecciones oportunistas (infecciones por microorganismos que normalmente no causan enfermedad en personas sanas pero sí lo hacen en aquellas que han perdido, en parte, la función del sistema inmune) pueden llegar a provocar la muerte o el desarrollo en el paciente de diversos tipos de cáncer.

El virus de Inmunodeficiencia Humana, en esta etapa inicial se disemina por los órganos linfoides, se caracteriza por altos niveles de viremia en un periodo de dos a seis semanas. Esta infección es asintomática pero a veces presenta síntomas inespecíficos similares a enfermedades virales agudas (inflamación ganglionar, linfadenopatía, fiebre, etc.).

5.1 . PERSONAS QUE VIVEN EN SITUACIÓN CRÓNICA DE VIH/SIDA

Las personas que viven en situación de VIH/SIDA (sin saberlo) llevan una vida social normal (trabaja, estudia, se recrea, goza de una familia, participa en actividades deportivas, culturales, religiosas). Sin embargo, su organismo empieza a experimentar problemas clínicos o algunas enfermedades recurrentes, esto lo conduce a buscar ayuda médica. Después de practicársele una serie de exámenes y pruebas de laboratorio en sangre, se le informa que dichos resultados muestran que es positivo al VIH, causándole un fuerte impacto emocional y los consiguientes estados de depresión y frustración.

A partir de ese momento, la persona requiere de ayuda emocional, psicológica y espiritual constante y luego de superar ese golpe emocional, se

le hará saber como el VIH/SIDA seguirá desarrollándose en su organismo para lo cual debe someterse a tratamientos medicamentos onerosos y prolongados, así como su dependencia de otras personas (familiares, amigos, enfermeras, médicos, entre otros) que debe tener a medida que avance la enfermedad.

El SIDA constituye un fenómeno social "nuevo" que lejos de haber cristalizado conceptual y operativamente, está aún en proceso de "construcción social".

En su elaboración intervienen "no sólo procesos teóricos y técnicos, sino procesos institucionales e ideológicos en los cuales está inmerso el saber y la práctica médica" junto a otro tipo de actores e instituciones (Estado, ONGs, sistema educativo, sistema laboral, medios de comunicación) con distintos niveles de autoridad, poder y representaciones de sentido común, en los cuales "la cuestión SIDA " adquiere resonancias diversas"⁴¹.

Para ayudar a estas personas que viven en situación VIH se cuenta con programas, "equipo médico y paramédico para divulgar el conocimiento y desarrollo de esta enfermedad y así evitar los choques descritos anteriormente pues son personas que tienen derecho a llevar una vida social normal, desenvolverse en su trabajo, a la atención médica, al apoyo humanitario emocional y psicológico, movilizarse libremente, respeto a su intimidad y a morir dignamente".⁴²

5.2 FASES DEL VIH

Dentro de las fases del VIH se pueden mencionar la fase inicial, intermedia, avanzada y enfermedades definitivas del SIDA (infecciones oportunistas, enfermedades

⁴¹ Grimberg, M.; Margulies, S. y Wallace, S. (1997) Construcción social y hegemonía: Representaciones Médicas sobre SIDA. Un abordaje antropológico. En: A. Kombit: *SIDA y sociedad*, Buenos Aires: Espacio Editorial

⁴² Olga Cruz, «VIVIENDO CON VIH/SIDA». Derechos reservados, Médicos sin Fronteras, Apartado Postal 1844. JENTE POSITIVA ASOCIACION WWW.aente.positiva.org.gt E-mail.

que afectan el cerebro y sistema nervioso, y el síndrome de emaciación).

5.2.1 FASE INICIAL

Como su nombre lo indica, es la primera fase de la enfermedad, donde las personas infectadas no presentan sintomatología evidente inmediatamente después de adquirir la infección.

5.2.1.1 SINTOMAS FISICOS

El virus de inmunodeficiencia humana, en esta etapa inicial se disemina por los órganos linfoides, se caracteriza por altos niveles de viremia en un periodo de dos a seis semanas. Esta infección es asintomática pero a veces presenta síntomas inespecíficos similares a enfermedades virales agudas (inflamación ganglionar, linfadenopatía, fiebre, etc.) dichos síntomas duran alrededor de una semana, las personas pueden desconocer que están infectadas por el VIH ya que estos síntomas acompañan habitualmente al resfriado común.

5.2.1.2. HISTORIA INTERNA

Durante la etapa de infección primaria, la carga viral aumenta al máximo a medida que el virus (VIH) se extiende por el organismo, especialmente al tejido linfóide. Después, la carga viral comienza a descender a medida que el sistema inmunitario responde a la infección. La cuenta de células CD4 desciende bruscamente durante la infección primaria porque el VIH destruye indirectamente la población de células durante el proceso de replicación viral.

Síntomas generales del síndrome agudo por VIH:

- Fiebre
- Infección de garganta
- Ganglios linfáticos inflamados
- Cefalea
- Dolor articular o muscular

- Fatiga o pérdida de energía
- Anorexia o pérdida de peso
- Náusea, vómito, diarrea

Trastornos cutáneos, como erupción y ulceración, y del sistema nervioso, como meningitis y encefalitis.

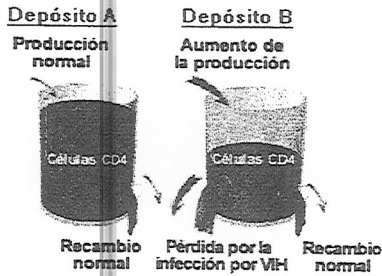
5.2.2 INTERMEDIA

5.2.2.1 SINTOMAS FISICOS

La mayoría de las personas infectadas por el VIH no tienen síntomas en la fase intermedia. De hecho, algunas permanecen asintomáticas durante 10 años y más. Esto se debe a que siguen reponiéndose las células CD4 destruidas por el VIH, lo que les permite hacer frente al virus, en algunos casos durante años. Sin embargo, el equilibrio de fuerzas entre el sistema inmunitario y el VIH se inclina finalmente a favor del virus, momento en el que aparecen los síntomas de infección más avanzada.

5.2.2.2 HISTORIA INTERNA

Aunque durante la fase intermedia parezca que no ocurre nada, el sistema inmunitario y el VIH tienen entablada una batalla feroz. Cada día, miles de millones de células CD4 son creadas y a continuación destruidas en la batalla contra el VIH. Cuando la destrucción de células CD4 comienza a superar la producción de nuevas células CD4, el equilibrio de fuerzas se inclina a favor del virus. Cuando esto ocurre, el sistema inmunitario se debilita y hace que el organismo sea vulnerable a las enfermedades definitorias del SIDA.



Depósito A: Producción normal de células CD4 y su recambio normal.

Depósito B: Aumento de la producción de células CD4, Pérdida por la infección por VIH y recambio normal.

5.2.3 DEMOSTRACION DE FASE INICIAL DE INFECCION

La analogía anterior representa lo que ocurre con las células CD4 en la fase intermedia de la infección por el VIH. La cantidad de agua que entra en el depósito A es la misma que la que sale del depósito a través de la llave; por lo tanto, se mantiene un nivel constante de agua. Del mismo modo, en un individuo que no está infectado por el VIH, las células CD4 se producen al mismo ritmo en que se destruyen y por ello su número en el organismo permanece relativamente constante.

Sin embargo, en una persona infectada por el VIH, el virus destruye una cantidad elevada de células CD4 (representadas por el agujero del fondo del depósito B). La cantidad total de agua que sale del depósito B, a través de la llave y del orificio supera a la cantidad que entra en el recipiente y, al final, el depósito se vacía y se queda seco. De un modo similar, cuando la destrucción de las

células CD4 supera a su producción, ya no queda un número suficiente de células para combatir al virus.

5.2.4 INFECCIÓN AVANZADA

5.2.4.1 SINTOMAS FISICOS

Las personas infectadas por el VIH que se encuentran en fase avanzada pueden presentar síntomas diversos, como aumento del tamaño de los ganglios, manchas blancas en la lengua de origen infeccioso y hematomas o hemorragias inexplicables. Cuando el recuento de células CD4 desciende hasta niveles muy bajos, el sistema inmunitario se debilita y se vuelve más sensible a las enfermedades indicadoras de SIDA, como la neumonía por *Pneumocystis carinii* (NPC), el sarcoma de Kaposi y una pérdida de peso importante conocida como síndrome de emaciación.

5.2.4.2 HISTORIA INTERNA

En la fase avanzada de la infección por el VIH, el nivel del virus en la sangre aumenta rápidamente y el recuento de células CD4 disminuye hasta niveles muy bajos.

El diagnóstico de SIDA se establece tan pronto como el recuento de células CD4 desciende por debajo de 200 células/mm³. No obstante, la presencia de una infección oportunista, como la NPC, también constituye una base suficiente para el diagnóstico de SIDA, aunque el recuento de células CD4 sea superior a 200 células/mm³.

6. ENFERMEDADES DEFINITORIAS DE SIDA

6.1 INFECCIONES OPORTUNISTAS

Las infecciones oportunistas están causadas por bacterias, virus, hongos y otros protozoarios que un organismo sano sería capaz normalmente de superar.

Las enfermedades oportunistas que se asocian con frecuencia a la infección por el VIH y al SIDA son un tipo de neumonía causada por *Pneumocystis carinii*, una infección del sistema nervioso central denominada toxoplasmosis y la infección por el complejo *Mycobacterium avium*, que puede afectar a los pulmones, médula ósea e hígado. El tratamiento antibiótico puede evitar la aparición de algunas enfermedades.

6.1.1 PULMÓN

La neumonía por *Pneumocystis carini* es una infección pulmonar que afecta al 70-80 % de las personas infectadas por el VIH.

6.1.2 BOCA

Las infecciones de la boca y garganta (p. ej., candidiasis o "algodoncillo") causadas por hongos como *Candida albicans* son muy frecuentes entre las personas infectadas por el VIH. *Candida* también causa infecciones vaginales en las mujeres.

6.1.3 HÍGADO

El hígado puede resultar infectado por *Mycobacterium avium* intracellulare. Esta bacteria poco común puede afectar también a los pulmones, así como a la médula ósea.

6.1.4 CEREBRO

El *Toxoplasma gondii*, es un parásito que afecta también a los ojos, pulmones y nervios, causa abscesos cerebrales y encefalopatía.

6.1.5 COLON

EL Citomegalovirus produce colitis, una infección del intestino grueso. Este virus puede afectar también los ojos, el esófago y los pulmones, causando una neumonía.

6.1.6 GENITALES

La infección por el virus del herpes simple se caracteriza por la aparición de ampollas pequeñas llenas de líquido. Está asociada este tipo de infección al tipo VIH2.

6.2 ENFERMEDADES QUE AFECTAN EL CEREBRO Y LOS NERVIOS

La mayoría de los pacientes experimentarán problemas neurológicos durante la evolución de la enfermedad. El complejo de demencia por SIDA es una enfermedad definitoria de SIDA caracterizada por alteraciones cognoscitivas y de la memoria, así como por un deterioro de la capacidad de concentración y de realización de tareas complejas. Esta enfermedad puede afectar también a la capacidad motora del paciente y a su conducta.

6.3 CIERTOS CANCERES

El sarcoma de Kaposi es un cáncer asociado con el VIH y el SIDA que aparece predominantemente en hombres homosexuales infectados por el VIH. Se manifiesta a menudo como lesiones rojo-violáceas cutáneas, y puede afectar también a los ganglios linfáticos, el aparato digestivo y los pulmones.

6.4 SINDROME DE EMACIACION

Se entiende desgaste (o consunción) la pérdida del 10 % o más del peso corporal (es decir, músculo y grasa) sin hacer dieta ni aumentar la actividad física. Hasta el 80 % de las personas infectadas por el VIH que desarrollan SIDA presentan signos de este síndrome. La inanición y los problemas metabólicos son las causas más importantes del desgaste. La inanición (es decir, la nutrición inadecuada) aparece cuando una persona infectada por el VIH pierde el apetito y no se alimenta; está demasiado cansado para prepararse una alimentación nutritiva, o sufre diarrea y vómitos frecuentes. Los problemas metabólicos causados por el VIH, las infecciones oportunistas o algunos medicamentos impiden que el organismo absorba y procese correctamente los alimentos.

7. HOSPITAL

Institución creada para atender toda persona con problema de salud, enfermedad común o accidentes también es, todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que proporcionen asistencia de enfermeras las 24 horas del día y que cuenten con instalaciones y facilidades para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas⁴³

7.1 CLINICAS DE INFECCIOSAS

CLINICA: espacio físico donde se brinda atención de salud por un equipo multidisciplinario a las personas que lo requieren.

⁴³ www.segurosaluduc.cl/DEFINICIONES.htm copiado el de octubre de) 2006

CAPITULO VI

MATERIAL Y MÉTODOS

1. TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio de tipo descriptivo, porque describe la capacidad del potencial de de la agencia de auto cuidado de la persona que vive en situación de VIH/SIDA en fase inicial y que asiste a la consulta externa del Hospital Roosevelt y es de corte transversal, porque se realizó en un período de tiempo determinado. Tiene abordaje cuantitativo porque la muestra y los datos son números contables, existe un número de personas que se tomó en cuenta y porque se obtuvieron datos numéricos que permitieron realizar un análisis estadístico mide las dimensiones y los niveles de agencia de autocuidado de la persona. Y fue posible realizar análisis estadístico con cantidades.

2. UNIDAD DE ANALISIS

Estuvo constituido por hombres y mujeres que viven en situación de enfermedad VIH en fase inicial que asisten a la consulta externa de Hospital Roosevelt.

3. POBLACION Y MUESTRA

3.1 POBLACION

Para esta investigación se tomó como base 88 pacientes con VIH fase inicial que asistieron a la consulta externa del hospital Roosevelt, en el mes de enero de 2007.

3.2 MUESTRA

Para conformar la muestra se tomó el 34% de la población que corresponde a 30 sujetos, tomando como referencia a Pineda, Elida Beatriz y cols. (1994) "Lo importante no es la proporción que la muestra representa del total del universo sino el tamaño absoluto de la muestra, por ejemplo, si se

tiene una población de 100 habrá que tomar por lo menos el 30% para no tener menos de 30 casos que es lo mínimo recomendado, para no caer en la categoría de muestra pequeña.”⁴⁴

Para seleccionar los integrantes de la muestra se elige una de tres personas igual al muestreo sistemático: $K = 88/30 = 2.9 = 3$, se respetó en todo momento el principio ético de anonimato y confidencialidad, para lo cual se manejó únicamente código.

3. DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADORES	DEFINICION OPERACIONAL	INSTRUMENTO
Capacidad de la Agencia de Autocuidado	Es la capacidad que tiene una persona de realizar una serie de Acciones Tendientes a satisfacer las Necesidades de Autocuidado	Actitud de responsabilidad por uno mismo.	Asumir las con- Secuencias de sus decisiones	Escala de valoración del Ejercicio de la Agencia de Autocui- dado de Kaerney y Fleisher 1,3,15,16,19,21 25,27,29,33 y 42
		Motivación por cuidarse uno mismo	Actitud que fomenta el cuidado personal	9 y 18
		Valoración de prioridades De salud	Importancia de mantenerse saludable	6,17,28 y 39
		Alta autoestima	Potencial que ayuda a la toma de decisiones	2,5,7,12,14,20, 23,26,31,32, 34 y 41
		Aplicación de conocimiento al autocuidado	Estrategia para mejorar la salud	4,8,10,11,22, 24,30,35,36,37, 38,40 y 43

⁴⁴ Pineda , Elia Beatriz y Francisca Canales, Metodología de la Investigación 2da. Edición, Organización Panamericana de la Salud 1994, Washington, D.C. EE.UU. Pag. 112.

4. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTO A UTILIZAR

Por el tipo de estudio, los objetivos planteados, y tomando como base el marco de referencia, se utilizó el cuestionario ya aprobado y utilizado conteniendo variables y dimensiones de la Capacidad de la Agencia de Autocuidado, se realizó prueba piloto en la Consulta Externa del Hospital Nacional de Escuintla, porque los pacientes que asisten a esta clínica tienen las características similares a quienes asisten a la Clínica donde fue desarrollado el trabajo de campo. Se utilizó la técnica encuesta auto diligenciada para las personas que podían responder y para las personas que por alguna razón no pudieron hacerlo se utilizó la técnica de entrevista. El instrumento fue pasado a los participantes directamente por el investigador durante el mes de febrero de 2007.

El sujeto de estudio proporcionó su propia respuesta y los sujetos que no pudieron escribir las respuestas, fueron escritas por el investigador, al tener toda la información vaciada en el instrumento se tabuló en un documento elaborado para el efecto en el programa Excel por un experto en la materia.

5.1 INSTRUMENTO

En este estudio se utilizó el instrumento de las autoras Bárbara Kearney y Bárbara Fleischer quienes la publican originalmente con el título de "Development of an Instrument to measure exercise of care agency", en *Research in Nursing and Health* vol. 1 Pag. 28. Fue utilizado en estudios en la Universidad Nacional de Colombia en donde realizaron la traducción al español, publicado en Lyda. Hill y Nancy Smit. *Self Care Nursing Promotion of Health*.

1985, Prentice Hall, New Jersey, paginas 28 y 29⁴⁵.

El instrumento está constituido por las escala del ejercicio del la Agencia del autocuidado de Kearney y Fleischer, con 43 ítem, cada uno de ellos se califica en una escala tipo likert de 5 puntos; fue la primera medida operacional de la Agencia del autocuidado que apareció en la literatura, 1978. Se basó en las conceptualizaciones que Orem tiene en su teoría del autocuidado y en las del grupo de la conferencia de desarrollo de enfermería que se publicó en 1979, esta escala mide cinco dimensiones del ejercicio de la Agencia del autocuidado: Una actitud de responsabilidad con uno mismo, Motivación para cuidarse uno mismo, Aplicación de conocimiento al autocuidado, La valoración de las prioridades de salud y Alta autoestima.

El instrumento original de las autoras no indican cuales ítems pertenecen a cada indicador o dimensión en particular, por esta razón los investigadores de Centroamérica y su asesora en el estudio "Factores básicos condicionantes del autocuidado asociado a la capacidad potencial para autocuidarse para promover la salud" hicieron una asignación de los ítems a las dimensiones tal como aparece en la variable Capacidad potencial para el autocuidado del marco referencial, la escala de Lickert en este instrumento se califica de 0 a 4, totalmente de acuerdo 4, de acuerdo 3, indeciso 2, en desacuerdo 1 y totalmente desacuerdo 0.⁴⁶

Cada ítem que se orienta positivamente al autocuidado se califica de 4 a 0 de acuerdo con la respuesta del entrevistado, son 32 ítems positivos identificados previamente. Hay 11 ítems que se orientan negativamente con respecto al ejercicio del autocuidado y se califican inversamente es decir, 4 en lugar de 0, con 3 en lugar de 1,2 para 2,1 en lugar de 3 y 0 en lugar de 4. El máximo

⁴⁵ Porras de Morales, Enma Judith, " Factores Básicos Condicionantes del Autocuidado Asociados a la capacidad potencial para autocuidarse y para promover la salud en personas de 18 años y mas que viven en situación de enfermedad cardiovascular que asisten a la consulta externa del Hospital Roosevelt de Guatemala". Op. Cit. P 110.

⁴⁶ Ibid., p. 110.

puntaje en el instrumento es de 172, indicando un alto nivel del ejercicio de la agencia de autocuidado. En el estudio se establecen niveles de alto, medio, bajo y muy bajo para facilitar la clasificación. En el nivel alto se incluyen las personas con puntaje de 132-172, en el nivel medio se incluye personas con puntaje de 88-131, en el nivel bajo se incluyen personas con puntaje de 44-87, y en el nivel muy bajo personas con puntaje de 0-43; al clasificar la capacidad potencial para el autocuidado no se encontraron en el nivel muy bajo, y por ello se trataron solo los tres niveles.

En el estudio la agencia de autocuidado es sinónimo de capacidad potencial para autocuidado que es la manera como Kearney y Fleischer la interpretaron”.⁴⁷

“McBride 1987 determino un coeficiente de confiabilidad alfa de 0.83 para este instrumento total y confiabilidades alfa de 0.83 , 0.83, 0.74, 0.71, para los cuatro factores lo que apoya su confiabilidad.”⁴⁸

5.2 PRUEBA DEL INSTRUMENTO:

En los estudios realizados en la Universidad Nacional de Colombia, las investigadoras adaptaron el instrumento de su original en inglés de 43 puntos con el objeto de disminuir los problemas de comprensión y lenguaje, al utilizarlo en Guatemala. Realizaron una prueba de este instrumento en un grupo de trece adultos mayores de la comunidad del Barrio Quindío, en Bogotá, Colombia. Allí se detectaron las limitaciones de la aplicabilidad del instrumento en personas de un nivel social y educativo bajo y se plantearon nuevas alternativas de lenguaje

⁴⁷ Keamey BY, Fleischer BJ. Development of an instrument to measure exercise of self-care agency. Res Nurs Health. 1979; pag 25-34

⁴⁸ Porras, Enma Judith, “Factores Básicos Condicionantes del Autocuidado Asociados a la Capacidad Potencial para Autocuidarse y para Promover la Salud en Personas de 18 años y más que viven en situación cardiovascular que asisten a la consulta externa del Hospital Roosevelt de Guatemala”, Bogotá, Colombia, DC. 2002, Pag. 110. Trabajo de (maestría) Universidad Nacional De Colombia, Facultad de Enfermería.

y redacción sin perder el sentido del instrumento original⁴⁹

5.3. ESTUDIO PILOTO:

El estudio, piloto se realizó en el Hospital Nacional de Escuintla en la consulta externa, durante el mes de julio del 2006, tomando encuentra a 10 pacientes que viven en situación de VIH, se seleccionó este lugar por que los sujetos de estudio tienen características similares. Para la aprobación de este estudio se coordinó con la doctora Aura Méndez Andrade responsable del programa.

Se encontró que al pasar el instrumento no se debe dejar ningún ítems sin responder lo cual alteraría los datos estadísticos del potencial de la agencia de autocuidado, también se logró una forma mas efectiva para la tabulación de datos con una matriz de procesamiento de datos en el Programa de Excel revisado, para los resultados

6. ALCANCES Y LIMITES DE LA INVESTIGACIÓN

6.1 CRITERIO DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

Quedaron incluidas todas las personas que fueron seleccionadas por la formula ya descrita anteriormente, y que quisieron participar en el estudio, que tienen 18 años de edad como mínimo y que son positivos al VIH y se encuentran en la fase inicial. Quedaron excluidas las personas que fueron seleccionadas pero no asistieron a su cita en la clínica de infecciosas, o que no quisieron participar y quienes no están en la fase inicial de la enfermedad.

⁴⁹ Porras de Morales, Enma Judith, " Factores Básicos Condicionantes del Autocuidado Asociados a la capacidad potencial para autocuidarse y para promover la salud en personas de 18 años y mas que viven en situación de enfermedad cardiovascular que asisten a la consulta externa del Hospital Roosevelt de Guatemala". Op. Cit, P.110.

CAPITULO VII

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

Cuadro No. 1

POTENCIAL AGENCIA DE AUTOCUIDADO

NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
BAJO	15	50%
MEDIO	15	50%
ALTO	—	---
TOTAL:	30	100%

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO A PACIENTES CON VIH POSITIVO QUE ASISTIERON A LA CLINICA 17 DEL HOSPITAL ROOSEVELT DURANTE EL MES DE FEBRERO 2007.

En lo referente a capacidad de agencia de autocuidado el 50% de personas encuestadas están en un nivel bajo y un 50% en un nivel medio; lo cual está relacionado con lo que refieren los autores que en la fase inicial se dificulta la aceptación y por ende la adaptación al nuevo estilo de vida.

Dorotea Orem refiere que: “la capacidad de agencia de autocuidado mientras más elevada esté permite tomar mejores decisiones del individuo, en beneficio de su salud”., ayuda a perseverar en el autocuidado, desarrolla las habilidades que facilitan el autocuidado, y la disposición de éste para llevarlas a cabo.

Cuadro No. 3

ALTA AUTOESTIMA

NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
BAJO	--	---
MEDIO	22	73%
ALTO	08	27%
TOTAL:	30	100%

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO A PACIENTES CON VIH POSITIVO QUE ASISTIERON A LA CLINICA 17 DEL HOSPITAL ROOSEVELT DURANTE EL DE FEBRERO 2007.

El 73% de las personas encuestadas está en el nivel medio de alta autoestima y 27% en un nivel alto. Según la teoría de Orem, es un potencial importante en la agencia de autocuidado; y Renny Yagosesky, dice que es "la fuerza innata que impulsa y capacita a la persona para tener una actitud positiva y activa en el autocuidado". La alta autoestima lleva a la persona a ser creativa en el cuidado de su salud, toma mejores decisiones en cuanto a elegir un plan propio de autocuidado a su estilo de vida. (Pág. 25).

Cuadro No. 4

APLICACIÓN DE CONOCIMIENTOS AL AUTOCUIDADO

NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
BAJO	--	---
MEDIO	28	93%
ALTO	02	07%
TOTAL:	30	100%

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO A PACIENTES CON VIH POSITIVO QUE ASISTIERON A LA CLINICA 17 DEL HOSPITAL ROOSEVELT DURANTE EL MES DE FEBRERO 2007.

El 93% de las personas encuestadas están en un nivel medio de aplicación de conocimientos de autocuidado y solo un 7% en el nivel alto. Esto indica que la mayoría de los pacientes necesitan tener mayor conocimientos aplicables al autocuidado para desarrollar dentro de la agencia de autocuidado acciones operativas adecuadas, para conocer y satisfacer algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado existente o prevista.

La teoría de Orem indica que el conocimiento es un componente de poder de la agencia de autocuidado que interviene significativamente para determinar y tomar decisiones acerca de las acciones a seguir en su autocuidado porque conoce su enfermedad, desarrolla el aprendizaje de técnicas, procedimientos en cuanto a su autocuidado, el conocimiento no es más que ayuda a las personas que son portadoras VIH de convertir los datos de información en acciones efectivos, sensibilizadas para mantener su salud. (Pág. 21).

VALOR A LAS PRIORIDADES DE SALUD

NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
BAJO	10	33%
MEDIO	08	27%
ALTO	12	40%
TOTAL:	30	100%

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO A PACIENTES CON VIH POSITIVO QUE ASISTIERON A LA CLINICA 17 DEL HOSPITAL ROOSEVELT DURANTE EL MES DE FEBRERO 2007.

El 40% de las personas encuestadas está en un nivel alto en darle prioridad a su salud y 27% en nivel medio. La teoría de autocuidado dice que se requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un sistema de acción apropiado a su situación de salud, por lo que el 33% de las personas que se encuentran en nivel bajo, necesitan, según Ricardo Solana, influir en la conducta de ello(as) para que actúen en una meta que satisfaga su necesidad de salud.

Cuadro No. 6

MOTIVACION PARA CUIDARSE UNO MISMO

NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
BAJO	—	---
MEDIO	02	07%
ALTO	28	93%
TOTAL:	30	100%

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO A PACIENTES CON VIH POSITIVO QUE ASISTIERON A LA CLINICA 17 DEL HOSPITAL ROOSEVELT DURANTE EL MES DE FEBRERO 2007.

El 93% de las personas poseen una motivación alta para cuidarse, mientras que el 7% están en nivel medio, dicho resultado es satisfactorio, pues indica que la agencia de autocuidado de estas personas cumple su cometido, porque una persona bien motivada decide ante una situación de enfermedad de VIH/SIDA, con que vigor actúa y en que dirección va en causar la energía para su enfermedad. (Pág. 21).

CAPITULO VIII

CONCLUSIONES:

1. La capacidad de agencia de autocuidado que tienen las personas mayores de 18 años que viven en situación de VIH fase inicial que asisten a la consulta externa del hospital Roosevelt está en 2 niveles: bajo y medio, por que los sujetos de estudio, al aplicarles la escala del ejercicio de la agencia de autocuidado de Kearney y Fleischer tuvieron los porcentajes de 50% bajo y 50% medio, esto significa que su capacidad de autocuidado en el nivel bajo no se ha desarrollado dentro de la agencia de autocuidado, las acciones no son operativas ni adecuadas para satisfacer las necesidades del autocuidado, y las personas que se encuentran en el nivel medio corren riesgo de disminuir la capacidad de autocuidarse si no se fortalece su deficiencia de capacidad de agencia de autocuidado oportunamente.
2. Las dimensiones de la agencia de autocuidado que se encuentran en el nivel medio y bajo son: la actitud de responsabilidad consigo mismo, alta autoestima, aplicación de conocimientos y motivación para cuidarse uno mismo.
3. La dimensión de la agencia de autocuidado que presenta los tres niveles (alto, medio y bajo) es la valoración de las prioridades de salud. Se concluye que en la dimensión de la agencia de autocuidado de prioridades de salud, el 40% de los sujetos del estudio están en un nivel alto, el 27% en nivel medio y el 33% en nivel bajo, por lo que considera que los ubicados en nivel alto dan prioridad al cuidado de la salud y los de nivel medio también la priorizan en alguna medida, sin embargo un porcentaje significativo no la prioriza.

CAPITULO IX

RECOMENDACIONES:

Se propone a las autoridades del Hospital Roosevelt y al Programa VIH/SIDA de la Clínica No. 17 de Infecciosas:

1. Elaborar, implementar y sistematizar un programa de fortalecimiento del potencial del auto cuidado en pacientes con VIH positivo fase inicial.
2. Crear un sistema de monitoreo domiciliario que permita fortalecer la agencia de autocuidado donde se encuentra en nivel medio y bajo como es la actitud de responsabilidad consigo mismo, alta autoestima, aplicación de conocimientos y motivación para cuidarse uno mismo.
3. Fortalecer en el personal de enfermería los conocimientos sobre la capacidad de autocuidado del individuo para que participe activamente en los programas de fortalecimiento y en el aprovechamiento de la capacidad del potencial de auto cuidado reflejada en esta investigación.
4. Realizar otras investigaciones utilizando instrumentos que permitan identificar las prácticas de autocuidado de los pacientes en situación de VIH.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brunner y Suddarth Enfermería Médico Quirúrgica Séptima edición, volumen II, Editorial Interamericana, México D.F. pág. 1423
2. Clavijo T. Guerrero k. Maldonado D. "Creencias y prácticas de autocuidado de los padres de familia en cuatro escuelas del Magdalena Medio Pontifica Universidad Javeriana Colombia Microfilm," Agosto de 1999, M.T.0223 C-73.
3. Daniel G. Víctor SIDA, Síndrome De Inmunodeficiencia Adquirida, , traducido por Orizaga Samperio Jorge, Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V. México D.F. 1986 pag. 146.
4. Calidad del Cuidado de Enfermería, Silvia Erreng Sierra, Ana Cecilia Ortiz Desarrollos y Perspectivas de la Profesión de Enfermería, Universidad de Antioquia Facultad de Enfermería, Sept. 2002, pags. 62 y 64
5. Gast Herthe L. Denles, Mary, et. al. "Agencia de Autocuidado: Conceptualizaciones y Operacionalizaciones".Adv Nurs.Sol.1989: p.12, 26,38
6. Gespert Carlos, Dirección de edición José A vild. Diccionario Enciclopédico Edición 1998, Océano Grupo Editorial S.A. Barcelona España. P .1502
7. Gispert Carlos, Diccionario Enciclopédico Océano Uno Color, edición del milenio MMIII Océano grupo editorial, S.A., Barcelona España.2000.

8. Hernández Samperi, Robert y Colaboradores. Mitología de la Investigación Best Séller Internacional, México MC GRAW/HILL Interamericana Editores, S.A. de C.V. 1998, PAG. 501.
9. Hospital Nacional Pedro de Bethancourt El Medico Frente al Sida Serie Sobre l Sida No. 1 Primera Edicion Derechos Reservados conforme a la ley de Proyecto Sida la Antigua Guatemala, Guatemala 1990. Pags. 173.
10. Hospital Roosevelt , informe estadístico Anual de la clinica de Infecciosas de 2004.
11. [http://google.yahoo.Com/bin/queryp=enfermeria+ autocuidado &hc=0&hs](http://google.yahoo.Com/bin/queryp=enfermeria+autocuidado&hc=0&hs)
12. Informe Mundial de Sida
ONUSIDA-20 Avenue Appia-211—Ginebra 27- Suiza.
13. Informe Estadístico Anual de las Clínicas Infecciosas de la Consulta Externa del Hospital Roosevelt, año 2004.
14. Marriner Tomey Ann, PHD, RN, FAAN. Marta Raile Alligood, PHD, RN, FAAN, Modelos y Teorías en Enfermerías, Cuarta Edición en español, Editorial Harcourt Brace, España 1999, PP. 181.
15. Medico Frente al SIDA, Primera Edición 1290, derechos reservados conforme a la ley, Proyecto SIDA impreso en Guatemala, Talleres Gráficos Estrada, Antigua Guatemala. PP.121.124.
16. Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social Boletín epidemiológico ITS/VIH/SIDA, Guatemala S.A. Boletín 1 (No. 2) pag. 1-3 diciembre de 2003.

17. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional Sida
Guía de manejo de infecciones oportunistas El Sida, Guatemala
Septiembre del 2003. pag. 1-77.
18. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la Dirección General de
regulación, Vigilancia y Control de la Salud Programa Nacional de
Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA, Boletín informativo del Reporte
Nacional de Personas con SIDA Acumulado de 1984 A diciembre de 2005,
19. Orem, Dorothea. En: Marilyn Parker, Nursing Theories and Nursing
Practice, F.A Davis Co. Philadelphia, cap. 12, pags. 173-176.
20. Ponce de León rosales, Samuel, Río Chiriboga, Guía para la atención
medica de pacientes con Infección VIH/SIDA en consulta externa y
hospitales, tercera edición , CONOSIDA, Guatemala, 1997 p. 20- 21.
21. Vargas Duque Rosa "Efectos de un Protocolo de Intervención de
Enfermería en el Autocuidado para la Recuperación Funcional." Pontificia
Universidad Javeriana. Colombia microfilm, MT. en 0105 V17 EJ. 2 200.
22. www.Seapremur.com/la-salud-por-la-integridad/autocuidadohatm-17

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento par participar en la investigación científica CAPACIDAD DE AL AGENCIA DE AUTOCUIDADO DE LAS PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS QUE VIVEN EN SITUACION DE VIH POSITIVO EN FASE INICIAL DURANTE EL MES DE FEBRERO DE 2007.

Se me ha informado que la presente investigación ha sido coordinada y autorizada por el Departamento de investigación y el Departamento de Enfermería del Hospital Roosevelt, la cual Será dirigida por la Enfermera Profesional SANDRA ESTRADA que estudia la licenciatura en enfermería en la Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Enfermeras Profesionales.

También se me ha informado que la información obtenida será manejada de manera confidencial y se utilizara únicamente para loa objetivos de esta investigación, Así que la participación es voluntaria y que puedo retirarme en el momento que yo decida, y que esta decisión no interferirá en la atención que yo pueda recibir en esta institución.

Firma del Paciente

Firma del Investigador

Fecha _____

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA

Escala de valoración del Ejercicio de Autocuidado de Kaerney y Fleisher

Instrucciones: Revise cada una de las afirmaciones y marque con una x en la columna correspondiente su grado de acuerdo con lo que usted generalmente hace.

Afirmación	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Total desacuerdo
1. Cuando se trata de mejorar mi con gusto dejaría de hacer cosas que habitualmente acostumbro hacer					
2. Estoy contento tal como soy					
3. Me gustaría poder cuidar de mi salud pero no tengo fuerzas suficientes (capacidad suficiente)					
4. Cuando no me siento bien de salud yo se donde buscar ayuda					
5. Me siento orgulloso(a) de hacer lo que tengo que hacer para mantenerme sano(a)					
6. Se me olvida atender mis necesidades o me acuerdo poco de mis propias necesidades.					
7. Sé para qué soy bueno y para qué no					
8. Busco ayuda cuando soy incapaz de cuidarme a mi mismo(a)					
9. Me gusta iniciar actividades nuevas para mi bien					
10. Aún cuando sé lo que me conviene para mi salud no lo hago					
11. Si hay remedios caseros que me sentaron bien en el pasado no tengo para qué ir al médico					
12. Yo mismo decido lo que quiero hacer sobre mi salud					
13. Hago ciertas cosas para evitar enfermarme					
14. Luchó por ser una mejor persona					
15. Me alimento bien					
16. Me quejo mucho de lo que me molesta pero es poco lo que hago para solucionarlo					
17. Busco mejores formas de cuidar mi salud					
18. Espero algún día lograr el máximo bienestar					
19. Cuando tengo un problema quiero que una persona que sepa me diga qué hacer					

20. Yo me merezco todo el tiempo y el cuidado que se necesite para mantener mi salud					
21. Lo que decido lo cumplo					
22. Los médicos o las enfermeras son los que tienen que conocer el cuerpo, no yo					
23. Si no me quiero a mí mismo, mucho menos quiero a los demás					
24. Sé cómo es mi cuerpo y cómo funciona					
25. Me propongo cosas para cuidar mi salud, pero rara vez las cumplo					
26. Me quiero y consiento a mí mismo					
27. Yo me cuido bien					
28. Lo que hago por mi salud es por casualidad					
29. Dejo un tiempo para descansar y un tiempo para hacer ejercicio					
30. Es bueno saber sobre varias enfermedades y cómo le afectan a uno					
31. La vida es bella					
32. Creo que no contribuyo al bienestar de mi familia					
33. Respondo por mis actos					
34. Creo que es poco lo que yo le puedo servir a los demás					
35. Presiento el malestar antes de enfermarme					
36. A medida que pasan los años, he aprendido a saber las cosas que le hacen bien a mi salud					
37. No sé qué clase de comida es mejor para mi salud					
38. Me interesa saber cómo es mi cuerpo y cómo funciona					
39. Cuando siento que estoy enfermo no le pongo atención, espero que me pase					
40. Yo busco información para cuidarme					
41. Siento que soy un miembro valioso de mi familia					
42. Recuerdo cuando tuve mi última cita y me propongo buscar y cumplir mi próxima cita					
43. Me conozco a mí mismo(a) y sé bastante bien lo que necesito					

Datos Generales:

Código: _____ Fecha de Entrevista: _____ Sexo: _____ Edad: _____

Escuintla, 12 de Julio del 2006

Enfermera Profesional Sandra Estrada
Estudiante de la Lic. De Enfermería.
Presente.

Señora Enfermera:

De manera atenta me dirijo a usted para saludarla y a la vez informarle que se le ha autorizado, realizar la prueba de piloto de su tesis, "Capacidad de Agencia del Autocuidado de las personas que viven en situación de VIH/SIDA Positivo Fase Inicial, con los pacientes que asisten a la consulta externa del Hospital Nacional Regional de Escuintla. Esperando se me notifique los resultados de esta prueba.

Atentamente,



Dra. Aura Marina Méndez Andrade

Dr. Aura Marina Méndez Andrade
MEDICO Y CIRUJANO
C. E. 9857

SIRVIENDO CON CALIDEZ, CALIDAD Y COBERTURA

Km. 59.5 Carretera a Taxisco, Escuintla, Guatemala

Tels. 7889-5147 — 7889-5150

hnrescuintla@hotmail.com