

## Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le de crédito al documento y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

**BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA**  
UNIVERSIDAD DE LA SABANA  
Chía - Cundinamarca

**PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LAS PERSONAS CON TUBERCULOSIS: REVISIÓN  
SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA**

**LAURA CATHERINE ZARATE RUBIANO**

**ASESORA TEMÁTICA: CLAUDIA ELISA JEREZ  
ASESORA METODOLÓGICA: MARIA ELISA MORENO**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA  
ESTUDIANTE DE DÉCIMO SEMESTRE  
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN  
CHÍA  
2014**

## Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN .....	2
MÉTODO .....	6
RESULTADOS: .....	7
Generalidades de la Tuberculosis .....	7
Promoción de la salud en personas con TB.....	9
Modelo de promoción de la salud de Nola Pender: .....	14
CARACTERISTICAS Y EXPERIENCIAS INDIVIDUALES .....	¡Error! Marcador no definido.
<i>CONDUCTA PREVIA RELACIONADA</i> .....	¡Error! Marcador no definido.
<i>FACTORES PERSONALES</i> .....	¡Error! Marcador no definido.
Aspectos biológicos:.....	¡Error! Marcador no definido.
Aspectos psicológicos:.....	¡Error! Marcador no definido.
Aspectos socioculturales: .....	¡Error! Marcador no definido.
COGNICIONES Y AFECTOS RELATIVOS A LA CONDUCTA ESPECÍFICA.....	¡Error! Marcador no definido.
<i>PERCEPCIÓN DE BENEFICIOS DE LA ACCIÓN</i> .....	¡Error! Marcador no definido.
<i>PERCEPCIÓN DE BARRERAS PARA LA ACCIÓN</i> .....	¡Error! Marcador no definido.
Barreras Personales y familiares.....	¡Error! Marcador no definido.
Falta de conocimiento sobre la enfermedad .....	¡Error! Marcador no definido.
Discriminación Social: .....	¡Error! Marcador no definido.
Discriminación por parte de los Profesionales de salud. ....	¡Error! Marcador no definido.
Barreras en el acceso a los servicios de salud. ....	¡Error! Marcador no definido.
<i>PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA</i> .....	¡Error! Marcador no definido.
<i>ASPECTOS RELACIONADOS A LA ACTIVIDAD</i> .....	¡Error! Marcador no definido.
<i>INFLUENCIAS INTERPERSONALES</i> .....	¡Error! Marcador no definido.
INFLUENCIAS SITUACIONALES .....	¡Error! Marcador no definido.
RESULTADO CONDUCTUAL .....	27
<i>COMPROMISO PARA EL PLAN DE ACCIÓN</i> .....	28
RELACIÓN ENFERMERA PACIENTE .....	31
EDUCACIÓN .....	32
PROMOVER LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.....	34
TRABAJO EN EQUIPO - INTERDISCIPLINARIEDAD:.....	36
<i>DEMANDAS INMEDIATAS Y PREFERENCIAS</i> .....	38
DEMANDAS .....	38

<b>PREFERENCIAS .....</b>	<b>41</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>43</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>45</b>

## INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) es una enfermedad de mayor interés en la Salud Pública tanto a nivel nacional como mundial, debido a su reaparición, altos índices de mortalidad y nuevos casos de multi droga resistencia (MDR) [1].

En el informe de la ONU del año 2011, (Objetivos del Desarrollo del Milenio), afirmó que para el 2009, “la mayor parte de los nuevos casos de TB sucedió en Asia (55%) y en África (30%). Los cinco países con mayor incidencia fueron India, China, Sudáfrica, Nigeria e Indonesia. China e India tienen el 35% de los casos nuevos de TB de todo el mundo. Se calcula que el 12% de los nuevos casos diagnosticados en 2009 fueron en enfermos de VIH; África subsahariana presentaba aproximadamente el 80% de esos casos.” [2] Sin embargo, en el comportamiento de la enfermedad a nivel mundial, la tasa de incidencia de la TB ha disminuido en cuatro de las seis regiones de la OMS (África, Asia Sudoriental, Europa, y Mediterráneo Oriental), aunque a ritmo todavía lento [3]; las otras dos regiones de la OMS (Américas y Pacífico Occidental) ya han alcanzado las metas de 2015 con respecto a la reducción de la incidencia, la prevalencia y la mortalidad. De los 22 países con gran carga de TB, que representan aproximadamente un 80% de los casos mundiales, siete han alcanzado todas las metas de 2015 con respecto a la reducción de la incidencia, la prevalencia y la mortalidad. Otros cuatro están en camino de lograrlo para 2015. [3]

A nivel nacional, en los años 1999 a 2008, se observó una tendencia estable según la notificación reportada. Hacia 1998, se reglamentó la inclusión de eventos de interés en salud pública como la TB, en el Plan de Atención Básica (ahora Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas) [3], lo cual fortaleció acciones como la búsqueda activa de Sintomáticos Respiratorios (SR) y la investigación epidemiológica de campo. [4] Según el Ministerio de Salud de Colombia, a nivel Nacional, “Cerca de 9 millones de casos nuevos fueron reportados en 2010 y más de un millón de personas murieron a causa de la enfermedad. En ese mismo período se presentaron 350 mil muertes asociadas con infección por el VIH. La incidencia mundial para la fecha fue estimada en 128 casos por cada 100.000 habitantes, donde la mayor proporción se registró en Asia y África.” [1]

En cuanto a la mortalidad a causa de esta enfermedad, de acuerdo a la OMS en el informe mundial sobre la tuberculosis, reporta que en el 2012 se notificaron 8,6 millones de casos nuevos de tuberculosis a nivel mundial, y 1,3 millones fallecieron por causa de esta enfermedad. De estos 1,3 millones, 320 mil tenían coinfección TB/VIH. En 2012, la tasa mundial de mortalidad de la TB se había reducido en un 45%, en comparación con 1990. La meta de reducir la mortalidad en un 50% para 2015 es alcanzable. [3]

El comportamiento de la enfermedad en Colombia, se puede agrupar en tres periodos de tiempo importantes. El primero va desde el año 1970 hasta el 1993 en donde la incidencia de la enfermedad tuberculosa disminuyó gracias a la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios y diagnóstico y tratamiento oportuno. No se tiene datos claros sobre los índices de mortalidad a causa de la TB. En el año de 1987 se diagnosticó confiablemente el primer caso de TB extrapulmonar; en los años anteriores, el diagnóstico se realizaba por medio de criterios clínicos, radiológicos y mediante la aplicación de la PPD. El examen bacteriológico, no tenía cobertura para todo el país. [4].

El segundo periodo (1994 hasta 1998) a pesar de las políticas y programas que iniciaron a nivel mundial desde 1991 cuando la TB fue declarada en estado de emergencia por la OMS, [5] en Colombia, no se evidencian reportes de casos nuevos de TB, no existen datos de seguimiento a pacientes y el programa de TB dejó de ser importante debido a la reforma de descentralización de las medidas de notificación, control y seguimiento de todas las enfermedades de reporte obligatorio. Debido a estas reformas y cambios en el sistema de salud, no se encuentran cifras epidemiológicas sobre el comportamiento de la enfermedad lo que llevo a pensar que se había erradicado gracias a los controles que se habían hecho en años anteriores. [4] El tercer periodo corresponde desde 1999 hasta la fecha, en donde nuevamente se incluye la TB como un evento de interés en salud pública. [4]

Dadas las características de esta enfermedad de riesgo de contagio y las complicaciones del estado de salud, es fundamental garantizar la implementación de las políticas establecidas por los organismos internacionales como la OMS, OPS y las establecidas en cada país, para garantizar la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y tratamiento oportuno para tener el control de la enfermedad. El profesional de enfermería desempeña un rol fundamental en el cumplimiento de las metas propuestas de los programas de Salud Pública, incluyendo el de tuberculosis. [6] El propósito de éste documento es presentar los resultados de una revisión sistemática de la literatura sobre el cuidado de enfermería para la promoción de la salud de las personas con TB, para lo cual se empleó como marco de referencia el Modelo de la Promoción de la Salud de la enfermera Nola J. Pender.

En el desarrollo del contenido se tienen en cuenta los siguientes aspectos: generalidades de la TB, promoción de la salud en personas con TB, y finalmente se hará la aplicabilidad al modelo de promoción de la salud de Nola pender.

## MÉTODO

Para la presente revisión, se realizó la búsqueda, selección y lectura de artículos de revisión, investigaciones cualitativas y cuantitativas relacionadas con las percepciones de la TB en las diferentes dimensiones de la personal (Biológicas, socioculturales y personales) y el cuidado de enfermería para la promoción de la salud en personas con TB.

La búsqueda se realizó en las bases de datos Scielo, Lilacs, Pubmed y Proquest. También se utilizaron documentos en línea sobre la TB, como Informes, resoluciones, guías entre otros publicados en internet directamente de páginas web de entidades y organizaciones como la OMS, OPS, INS entre otros.

En La búsqueda se encontraron artículos en español, inglés y portugués. Los artículos seleccionados cumplen con los criterios de inclusión de fechas de publicación entre el año 2008-2014, y dentro de los descriptores, Tuberculosis AND enfermería OR nursing, Tuberculosis AND rol enfermería, Tuberculosis AND DOTS, tuberculosis AND adherence AND nursing, symptomatic respiratory AND TB, Nursnig AND “tb”, tuberculosis AND nursing care, Tuberculosis AND nursing concepios, Tuberculosis AND perceptions OR stigma, Pender AND modelo. Se incluyeron también documentos normativos del Ministerio de Protección Social y OMS.

Base de datos consultada	Fecha de búsqueda	Estrategia de la búsqueda	Número de artículos encontrados	Número de artículos relevantes
SCIELO	02/09/2014	Tuberculosis AND enfermería OR nursing	723	12
SCIELO	02/09/2014	Tuberculosis AND rol enfermería	2	1
SCIELO	02/09/2014	Tuberculosis AND DOTS	34	6
SCIELO	29/08/2014	Pender AND modelo	7	2
SCIELO	17/09/2014	Tuberculosis AND perceptions OR stigma	537	4
SCIELO	17/09/2014	Tuberculosis AND nursing conceptions	5	3
PUBMED	20/09/2014	symptomatic respiratory AND TB	36	1
PUBMED	29/08/2014	tuberculosis AND nursing	306	9
LILACS	17/09/2014	Nursing AND “tb”	45	7

<b>PROQUEST</b>	10/09/2014	Tuberculosis AND adherence AND nursing	1176	3
<b>REDALIC</b>	17/09/2014	tuberculosis AND nursing care	25	2

**Fuente:** Resultados de la búsqueda de información en el periodo comprendido entre agosto y noviembre de 2014.

Con el propósito de plantear las estrategias de promoción de salud se utilizó como referente teórico el modelo de promoción de la salud de Nola J. Pender, del cual se deriva el plan de acción para adoptar la conducta promotora de la salud. En cada una de las estrategias derivadas, se incorporaron algunos elementos de la NIC (Nursing Interventions Classification), y del NOC (Nursing Outcomes Classification), los cuales permiten establecer los resultados esperados en la conducta promotora de la salud.

#### **RESULTADOS:**

Los resultados de la búsqueda de información se organizó de las siguiente manera: , primero se realizará una breve explicación de la enfermedad, lo que tiene que ver con el proceso del desarrollo de la misma en el huésped, luego se explicarán las diferentes políticas y planes tanto a nivel internacional como nacional sobre la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y por último se realizará el análisis de los planes de cuidados de enfermería basándonos en el modelo de promoción de la salud de la Enfermera Nola J. Pender, los diagnósticos de la NANDA, al igual que se utilizaran estrategias del NIC y el NOC

#### **Generalidades de la Tuberculosis**

La TB es una enfermedad infectocontagiosa, producida por el *Mycobacterium tuberculosis* también conocido como bacilo de Koch, se cree que una persona enferma, puede infectar un promedio de 10 a 15 personas cada año [7]. Esta bacteria no tiene predilección de género, edad, raza, color de piel, ni nivel socioeconómico, pero existen algunos factores externos al huésped que favorecen el crecimiento de la bacteria, como por ejemplo la pobreza, que está asociada con la TB, debido a las bajas condiciones socioeconómicas y a la dificultad de acceder a servicios básicos como agua limpia, saneamiento, luz y por otro lado a los tienen dificultad a acceder a servicios de salud.[6][8]De igual manera los ambientes poco aireados, sin buena iluminación natural, malas condiciones sanitarias (hacinamiento, como en el caso de la población privada de la libertad, habitantes de calle etc.) [9] contribuyen a los factores externos de riesgo para la aparición de la enfermedad.

Por otro lado se han encontrado algunos factores predisponentes al contagio de la TB propios del huésped como lo son tratamientos y enfermedades inmunosupresoras como la diabetes, artritis, lupus y VIH entre otros. [10]

La tuberculosis es transmitida de persona a persona por medio de la inhalación de los bacilos que están suspendidos en el aire que fueron expulsados previamente por una persona con TB Pulmonar. [10] Esta bacteria entra al organismo por vías respiratorias altas afectando principalmente los pulmones, siendo esta la forma más común de la enfermedad (TB pulmonar). Por otro lado, si en el pulmón no hay un ambiente óptimo para su crecimiento, esta bacteria viaja por vía linfática o sanguínea a cualquier otra parte del cuerpo (TB extrapulmonar). [10] La enfermedad afecta a casi todos los órganos del cuerpo, pero la forma pulmonar es de gran importancia epidemiológica por su alto riesgo de transmisibilidad. [7]

La permanencia de esta bacteria en los pulmones es capaz de generar nuevos bacilos los cuales son expulsados al exterior al toser, cantar, hablar etc., causando la transmisión de esta enfermedad de una persona a otra siendo la fuente de contagio de esta enfermedad en la comunidad. [10]

El bacilo puede permanecer en estado de latencia por muchos años en el organismo y pueden activarse a través del tiempo pasando como desapercibido por ser asintomático. [11] Una vez el huésped ha sido infectado por el bacilo de la TB, la persona puede desarrollar la enfermedad en cualquier etapa de la vida, sin embargo, sólo el 10% de las personas infectadas se enferman, la mitad de ellos durante los dos primeros años después de la infección, y la otra mitad a lo largo de su vida. [7]

Cuando se desarrolla la enfermedad, el cuerpo empieza a desarrollar manifestaciones clínicas específicas. Dentro de estas se encuentran la tos por más de 15 días con o sin expectoración, lo que se define como sintomático respiratorio (SR), diaforesis nocturna, pérdida excesiva de peso y adinamia. Las tuberculosis extrapulmonares tienen los signos específicos de la enfermedad y signos y síntomas específicos del órgano que está afectado por la enfermedad. [10]

El diagnóstico de la enfermedad se realiza a partir del cuadro clínico del paciente (según los signos y síntomas), un BK seriado de tres tomas, con cultivo a la segunda muestra, RX de tórax, prueba de adenosinadeaminasa (ADA), prueba de tuberculina o método de Mantoux (PPD) o nexo epidemiológico. [10].

Cuando el paciente es diagnosticado se inicia el tratamiento anti-TB, el cual consiste en la administración oral de un conjunto de fármacos bactericidas y bacteriostáticos. [10]. Para la administración de estos medicamentos se utiliza la supervisión directa y estricta por parte del personal de salud con el fin de cerciorar la ingesta del medicamento (Estrategia DOTS/TAES). [12]. El tratamiento de la TB requiere tomar varios antibióticos durante al menos 6 meses y en condiciones especiales el tratamiento se prolonga hasta un año [6]. Este tratamiento se considera único, no se permite la venta en las farmacias. [13] y es totalmente gratuito y cubierto por del estado. [14]

La identificación y el tratamiento adecuado de los pacientes con TB pulmonar constituyen una de las medidas prioritarias para controlar la enfermedad y ha merecido una atención especial, teniendo en cuenta que la TB pulmonar es la forma más transmisible de la enfermedad, y los pacientes bacilíferos son una fuente importante de infección para sus contactos [9]

Una persona con TB activa sin tratamiento puede infectar en promedio entre 10 y 15 personas por año. [11]. Se cree que alrededor de un tercio de la población mundial está infectada de forma latente, y la incidencia de pacientes con diagnóstico reciente fue casi 9 millones en 2011 [3] La TB es una enfermedad incluida dentro de las enfermedades de distribución universal. Cerca de 8 millones de personas en todo el mundo contraen TB cada año y 3 millones mueren en el mundo por causa de ella. [7]

### **Promoción de la salud en personas con TB**

La promoción de la salud, es definida en la carta de Ottawa (1986) como la manera de proporcionar a la comunidad y al individuo medios necesarios para mejorar la salud y apoderarse de la misma, con el fin de garantizar un adecuado bienestar físico, mental y social del individuo o de la comunidad para poder satisfacer sus necesidades, cumplir con sus aspiraciones y adaptarse al medio ambiente. [15] Por medio de esta estrategia, se realizan diferentes planes relacionados con la formulación de políticas públicas saludables, intervenciones dirigidas a personas y comunidades para dar respuesta a sus necesidades de salud. [16]

La promoción de la salud en el marco de la TB, adquirió gran relevancia en Colombia desde que la OMS declaró la enfermedad como una emergencia mundial en 1991. Desde entonces se ha venido trabajando en la creación de estrategias, planes y políticas para el control de la enfermedad al 2015 por medio de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. [5]

Ante esta situación se crearon estrategias a nivel mundial como los Objetivos de Desarrollo del Milenio, documento en el cual se fijaron ocho objetivos de desarrollo humano para el año 2000, estos objetivos abordan los principales problemas y retos que tiene la humanidad en el comienzo de este nuevo siglo. Dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio se encuentra en el objetivo No. 6, el cual busca combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades dentro de las cuales se encuentra la TB, cuyo fin era reducir la incidencia, prevalencia y mortalidad de los pacientes a causa de ésta [4]

En lo que corresponde a TB, se establecieron como metas para el año 2005, detectar al menos el 70% de los casos de tuberculosis pulmonar bacilífera y curar al menos el 85% de ellos. Para el 2015, las metas propuestas son reducir la prevalencia de tuberculosis y la mortalidad por esa causa en un 50% respecto a 1990 y al 2050y eliminar la tuberculosis como problema de salud pública (1 caso por millón de habitantes) [4]

Después de que la OMS declaró la TB en estado de emergencia, recomendó a los países adoptar la estrategia DOTS - TAES, (Directly Observed treatment short-course), para mejorar su control y garantizar el alcance de las metas establecidas [5].

La estrategia DOTS se desarrolló a partir de cinco componentes:

1. Asegurar el compromiso político y apoyo económico para la realización de actividades en pro del control de la enfermedad
2. Hacer una detección oportuna de casos por medio de un buen análisis bacteriológico
3. Proporcionar acompañamiento al paciente durante todo el tratamiento (terapia observada).
4. Asegurar el suministro regular de los medicamentos antiTB.
5. Realizar el debido seguimiento y evaluación los resultados del tratamiento del paciente. [17]

Otra estrategia es Alto a la Tuberculosis: estrategia en la cual, la OMS ha formulado seis puntos enfocados al éxito de los DOTS con el objetivo de reducir radicalmente la carga mundial de la TB para el año 2015, teniendo en cuenta condiciones especiales como el VIH y MDR para hacer un diagnóstico y tratamiento oportuno. Los seis componentes de la estrategia Alto a la TB son:

1. Proseguir la expansión de un DOTS de calidad y mejorado.
2. Hacer frente a la tuberculosis/VIH, la tuberculosis multirresistente MR y otros problemas.
3. Contribuir a fortalecer los sistemas de salud.

4. Involucrar a todo el personal de salud.
5. Empoderar a los afectados por la tuberculosis y a las comunidades, y
6. Posibilitar y promover la realización de investigaciones. [18]

Para lograr el cumplimiento de esta estrategia es necesario intensificar los esfuerzos para planificar, financiar y poner en práctica intervenciones como la investigación sobre nuevos medios de diagnóstico, tratamiento antirretroviral para los pacientes VIH + TB, la profilaxis de la tuberculosis en individuos VIH +, el diagnóstico precoz y el tratamiento de los casos de MDR-TB, y la investigación sobre nuevos medios de diagnóstico, vacunas y tratamiento. [19]

En el ámbito nacional, el marco legal de la TB en Colombia para la prevención, vigilancia y control de la enfermedad, se decidió en el año 2000, mediante la resolución 412 por la cual se adoptaron las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la Atención de enfermedades de interés en salud pública, incluidas allí la TB pulmonar y extrapulmonar. [4]

En el 2004, se vió la necesidad de realizar una serie de intervenciones que facilitarían la armonización de la norma y el cumplimiento y seguimiento de los objetivos e indicadores de impacto, como fueron la reestructuración del INS, la elaboración de Plan estratégico “Colombia Libre de Tuberculosis 2006-2015 para la Expansión y Fortalecimiento de la Estrategia Alto a la TB”, y se reglamentó el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA). Igualmente se realizaron acciones programáticas a través del tiempo, con el fin de fortalecer la norma en los años siguientes.[4]

La reestructuración del Instituto Nacional de Salud (INS), se realizó para determinar las funciones de sus dependencias: la Subdirección de Red Nacional de Laboratorios, Subdirección de Investigación, Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública, y Subdirección de Producción por medio del decreto 272 del 2004. Bajo esta estructura realizarán funciones a nivel nacional para la vigilancia y control de la TB [4]

El Plan estratégico “Colombia Libre de Tuberculosis 2006-2015 para la Expansión y Fortalecimiento de la Estrategia Alto a la TB” fue creado en el Compes el 19 de marzo del 2005 con el fin de focalizar las acciones de los Objetivos del Milenio estableciendo la TB como una prioridad.[2] A nivel nacional y regional, la OPS trabajó con los gobiernos y programas de Tuberculosis para desarrollar planes sobre los componentes de la estrategia alto a al TB adaptándolos al contexto, territorial, económico, social, político y de salud dependiendo del país en el que se van a desarrollar. [4]

En Colombia los niveles territoriales están divididos de la siguiente manera: Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Direcciones departamentales y distritales de salud, Direcciones municipales de salud, Aseguradoras (EPS-C y EPS-S) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Cada uno de ellos debe realizar actividades con el fin de reducir la carga de morbilidad y mortalidad de la enfermedad. [4]

En el año 2006, se estableció el decreto 2323, el cual organiza la Red Nacional de Laboratorios (RNL). En este documento se establecieron cuatro líneas estratégicas que son fundamentales en sus acciones: 1) Vigilancia en salud pública. 2) Investigación. 3) Gestión de la calidad y 4) Prestación de servicios. Del mismo modo, estableció las funciones de los Laboratorios Nacionales de Referencia (INS e INVIMA), los Laboratorios de Salud Pública Departamental y Distrital (LSPD) y los laboratorios en el nivel municipal. [4]

Para ese mismo año, se reglamentó el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) por medio del decreto 3518, en este se establecieron las competencias y procesos para la vigilancia de eventos de interés en salud pública, dentro de los cuales se encuentra la TB. [4]

Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) en el componente de eventos transmisibles y de fuente común, se realiza diariamente por parte de las IPS, públicas y privadas, a la Dirección Local de Salud y éstas a su vez envían la información pertinente semanalmente a la Dirección Departamental o Distrital de Salud; por último, éstas realizan los reportes semanalmente al INS. [4]

El SIVIGILA recopila la información por medio de la ficha única de notificación que se realiza de forma semanal a nivel nacional. El protocolo de vigilancia y la ficha de notificación 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. [4]

Según el boletín epidemiológico de la semana epidemiológica N° 41 de 2014 (05 oct. - 11 oct.), se han notificado al SIVIGILA 10 271 casos de tuberculosis, de los cuales 8232 son TB pulmonares, y 1666 restante corresponde a TB extrapulmonares 373 casos de TB meníngea. [20]

El Decreto 3039 de 2007, estableció el Plan Nacional de Salud Pública (PNSP), en donde la TB se incluye como una prioridad en la que se deben fijar unos objetivos, metas y estrategias

para su control en concordancia de las estrategias mundiales (estrategia Alto a la TB y a las metas planteadas en los ODM) [4]. El Plan Nacional de Salud Pública, define las responsabilidades en salud pública a cargo de la nación, las entidades territoriales y todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS. Además se propone mejorar el estado de salud de la población nacional, evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad y disminuir las inequidades en salud de la población Colombiana. Para lograr lo anterior, el plan propone 10 prioridades, en donde la TB es incluida en la prioridad N° 5, Disminuir las enfermedades transmisibles y la zoonosis [21]

Para el 2008 se definieron las acciones del PIC (Plan de Intervenciones Colectivas) por medio de la resolución 425, estas están a cargo de las entidades territoriales junto al Plan de Salud Territorial [4][22]. El objetivo de estas acciones, es realizar intervenciones, procedimientos y actividades que debe desarrollar el Estado, dirigidas a promover la salud y la calidad de vida, la prevención y control de riesgos y daños en salud, para contribuir al cumplimiento de las metas prioritarias en salud definidas en el Plan Nacional de Salud Pública (PNSN) [22]

Un año después, con el fin de fortalecer algunos aspectos operativos de los programas de TB y Lepra, el Ministerio de la Protección Social emitió la Circular 0058 de 2009 en la cual se establecieron ajustes a los lineamientos actuales de estos programas. [4]

Dándole continuidad al Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, se creó el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 para dar continuidad a la ejecución, el seguimiento, la evaluación y el control del Plan de Salud Territorial y las PIC. Este plan incorpora dimensiones prioritarias dentro de las cuales se encuentra la dimensión de vida saludable libre de enfermedades transmisibles, donde se despliegan actividades encaminadas al control y prevención sobre las enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas como la tuberculosis. El objetivo de esta dimensión es “Reducir la carga de enfermedades transmitidas por vía aérea y de contacto directo, como la tuberculosis, Infección respiratoria aguda y enfermedad de Hansen, mediante acciones de promoción, gestión del riesgo y acciones intersectoriales” por medio de la estrategia Colombia libre de TB. Otra dimensión en la que se pretende trabajar la TB es la erradicación de enfermedades inmuno-prevenibles y control de la incidencia de casos de tuberculosis meníngea, por medio de la vacuna dela BCG [6]

Con la contextualización de las estrategias, planes y políticas implementadas para la erradicación de la TB, podemos identificar que existe todo el apoyo por parte de organizaciones y entidades como la OMS, OPS, y gobierno, interesados en crear guías de atención para prevenir, controlar y vigilar la enfermedad.

Para contribuir con el cumplimiento de las metas en los programas de Salud Pública, el profesional de enfermería establece desde su actuar, las acciones e identificación de necesidades que se requieren satisfacer para el cumplimiento de los estándares de cuidado y aquellos administrativos que le competen [6]. Una de las teóricas de enfermería que ha estudiado a profundidad el fenómeno de la promoción desde la perspectiva disciplinar, es Nola Pender. Dadas las características de esta teoría, se constituye en una herramienta fundamental para orientar las acciones de cuidado para la promoción de la salud de las personas y familias con ésta condición de salud. A continuación se presenta una descripción de esta teoría.

### **Modelo de promoción de la salud de Nola Pender:**

La promoción de la salud ha sido utilizada desde hace muchos años para mejorar el estado de salud de la comunidad y del individuo. Adicional a esto, este termino de promoción de la salud ha sido estudiado por la enfermera Nola J, Pender para proponer su Modelo de enfermería llamado Modelo de promoción de la salud.

Nola Pender nació el 16 de agosto de 1941 en Lansing, Michigan, EE.UU. Se interesó por la enfermería a muy temprana edad al tener la experiencia de observar los cuidados que recibía su tía enferma por parte del profesional de enfermería mientras estuvo hospitalizada. Pender decidió estudiar enfermería y se matriculó en la escuela de enfermería de West Suburban Hospital de Oak Park en Illinois recibiendo su título de enfermera en 1962. Con el deseo de seguir trabajando en pro de la salud e las personas, en 1964, Pender obtuvo el BSN por la Universidad del Estado de Michigan en East Lansing. Luego en 1965 obtuvo el MA en crecimiento y desarrollo humano por la Universidad del Estado de Michigan, y finalmente completó sus estudios con el PhD en Psicología y Educación en Universidad del Noroeste en Evanston, Illinois. En 1969 [16] a lo largo de su carrera y a partir de las experiencias vividas Pender identifica que el objetivo de la enfermería era el de ayudar a las personas a cuidar de sí mismas [23] razón por la cual empieza a estudiar el modo en el que los individuos toman sus decisiones sobre su estado de salud dentro del contexto de enfermería, lo que la lleva a escribir el artículo titulado “un modelo conceptual de conducta para la salud preventiva” en 1975. Con las ideas planteadas en este artículo (promoción de la salud y prevención de la enfermedad) y con la ayuda de la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather, Pender crea el modelo de Promoción de la salud en 1982. [23]

La teoría de Bandura señala la importancia de los procesos cognitivos para generar el cambio de conducta y el modelo de Feather afirma que la motivación es la clave para conseguir la acción. [24]. De acuerdo a la combinación de estos dos sustentos teóricos, el Modelo de la Promoción de la Salud de Nola J. Pender, permite comprender comportamientos humanos relacionados con la salud, y a su vez, orienta actividades hacia la generación de conductas saludables. Interviene en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud. [23] [24]

Según Pender, la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. También expone cómo las características y experiencias individuales así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud. [24]

Este modelo de promoción de la salud sirve para la predicción de conductas saludables y para explicar las características y experiencias pasadas de salud, las creencias cognitivas específicas y las influencias que ejerce cada creencia en un determinado comportamiento [16]. Pender integra todos estos conocimientos en el siguiente esquema:

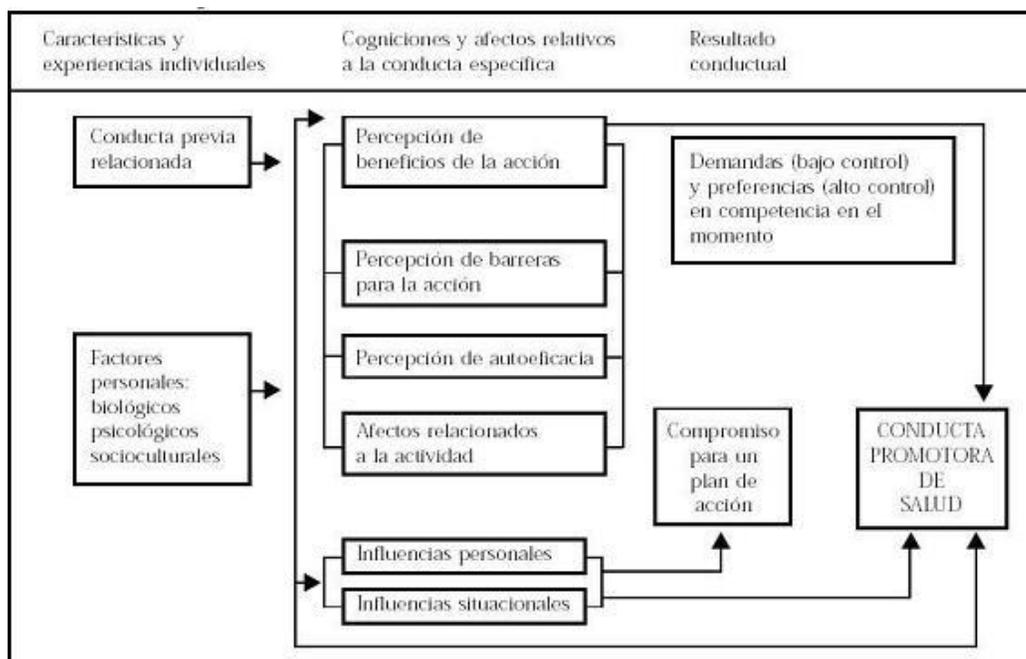


Figura 1. Modelo de promoción de la salud revisado

**Fuente:** Tomado de: Pender NJ. Modelo de promoción de la salud revisado. En: Pender NJ. Health Promotion in Nursing Practice. Stanford: Appleton & Lange, 1996. P. 67

Como puede apreciarse en la figura 1, Pender divide el modelo en tres categorías principales:

1. Las características y experiencias individuales
2. La cognición y motivaciones específicas de la conducta y
3. El resultado conductual. [16][23][24]

### **CARACTERÍSTICAS Y EXPERIENCIAS INDIVIDUALES**

En estas características Pender tiene en cuenta dos aspectos fundamentales, la conducta previa relacionada y los factores personales, dentro de los cuales se encuentran: los factores biológicos, psicológicos y socioculturales. A continuación se describen cada una de ellos y su relación con la promoción de la salud de las personas con TB y sus familias:

#### ***CONDUCTA PREVIA RELACIONADA***

Las conductas previas relacionadas hacen referencia a las experiencias que la persona ha tenido previamente a la enfermedad, las cuales tienen efectos directos e indirectos sobre la conducta promotora de salud. [23] [24].

Pender, identificó que los factores cognitivos - perceptuales de los individuos, tomados de experiencias anteriores, son modificados por las condiciones situacionales, personales e interpersonales, lo que puede trabajarse para dar como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud. [16] [23]

Las descripciones etiológicas y patológicas exactas de la enfermedad comienzan a aparecer en siglo XVII [25], desde entonces ha sido percibida como un padecimiento grave, mortal e incurable, altamente contagiosa e incluso, como una enfermedad del pasado ya erradicada. [40]. Durante mucho tiempo, la TB se trató con reposo, cambios en la dieta e internando al paciente sanatorios, aislándolo de la sociedad [7], Hoy en día, La TB sigue siendo una enfermedad envuelta en tabúes y creencias de carácter simbólico, rodeada de un fuerte estigma que ha sido evidente desde la antigüedad entre las más diversas naciones [26]

La mayoría de personas diagnosticadas con TB perciben la enfermedad como mortal, además afirman que la enfermedad es el resultado inevitable de una vida dedicada a la indulgencia excesiva, por lo tanto, en desacuerdo con las normas [26]. De acuerdo a estas percepciones sobre la enfermedad las condiciones de las prácticas de cuidado, el control y la adherencia al tratamiento se han visto limitadas. [11]

## **FACTORES PERSONALES**

Para Pender, los factores personales, determinan las creencias sobre la salud, los comportamientos a favor o en contra de las prácticas de autocuidado, los tratamientos y la solución de necesidades en los servicios de salud. Pender divide los factores personales en tres grupos: Aspectos biológicos, aspectos psicológicos y aspectos socioculturales. [16] [24]

Conocer las necesidades de cuidado de las personas con TB sensibiliza al profesional de enfermería a la realidad de quien enfrenta una enfermedad, de alto impacto, por sus repercusiones en aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales que ocasionan incapacidad y aislamiento social. [27]

### **Aspectos biológicos:**

En Colombia, la TB tiene mayor incidencia en hombres entre 25 y 34 años (población adulta laboralmente activa), aun cuando la tasa más alta ocurre en personas mayores de 65 años. [27][28] También se asocia con enfermedad como VIH/SIDA, insuficiencia renal, los tumores, la silicosis, alcoholismo, diabetes mellitus, y el uso de tratamiento con inmunosupresores por ejemplo, la quimioterapia y uso de corticoides. [9][12][27][29]

Otros grupos que pueden considerarse vulnerables al contagio con TB, son las edades extremas (niños y adultos mayores), las comunidades desplazadas, comunidades indígenas, población privada de la libertad, y trabajadores del sector salud entre otros. [28] [29]

### **Aspectos psicológicos:**

La confirmación del diagnóstico de la TB sacude la vida de las personas, y se sucede como tragedia personal y castigo social. [30] La reacción inicial de la mayoría de las personas es de miedo e inseguridad, debido que muchos de ellos creen que la enfermedad no tiene cura [31]. La satisfacción con la vida y la sensación de bienestar se ven generalmente afectadas por el diagnóstico de ésta enfermedad crónica. [9]

Los significados construidos sobre la enfermedad dan lugar a la culpa, el miedo y dolor. La culpa de saber que podrían ser los principales medios de transmisión de la enfermedad, las posibilidades de contagiar a los más queridos y cercanos como a los miembros de su familia y amigos [32]

El impacto causado por el diagnóstico, se refleja en la reacción de las personas al no aceptar la enfermedad, negándose a sentirse enfermos, y por la creencia que es una enfermedad sin cura. [31] por otro lado, reconocen la enfermedad aceptando que tienen la

sintomatología que en muchas ocasiones limita sus actividades diarias, pero tienen dificultad para aceptarla [27].

Durante su proceso de aceptación, el paciente experimenta diferentes sentimientos negativos por la enfermedad, como la tristeza, dudas e incertidumbres, ira, sufrimiento y miedo al rechazo por parte de su cónyuge, familia, compañeros de trabajo y la sociedad en general, lo que genera en ocasiones situaciones conflictivas secundarias a la presencia del enfermo en el hogar y trabajo. Por esta razón algunos pacientes, tratan de ocultar el diagnóstico de la TB. [26] [27] [29] Se evidencian ideas y sentimientos de aislamiento, soledad y la de vergüenza a causa de la enfermedad [30] [32]. Esta necesidad de aislarse de los demás o de ser aislado por los otros más cercanos es con el fin de prevenir el contagio de los demás miembros de la familia [32]

La TB experimenta rechazo generando baja autoestima y aislamiento social debido al miedo al contagio y el cambio en la percepción en la imagen corporal, [26] [29] generando impactos negativos en la vida de los pacientes, alejándolos del trabajo, fuente de sustento y representación de independencia, lo que dificulta la superación de la situación de exclusión [5]

Los pacientes evidencian signos y síntomas de angustia emocional y psicológica, debido a su condición física y emocional deteriorada [29]. Las manifestaciones físicas (la pérdida de peso y tos y la debilidad a veces extrema), junto con el prejuicio percibido, contribuye a cambiar la imagen que los pacientes se tienen de sí mismos, enfermos y frágiles. En este sentido, la experiencia de tener TB lleva al sufrimiento, a la modificación de la vida cotidiana, y la forma en que las personas se conectan con ellos mismos y con otras personas. [26]

#### **Aspectos socioculturales:**

La TB es típicamente un padecimiento que predomina en las clases populares, relacionándola también con la vida “desordenada”, en una aproximación de la enfermedad con las clases sociales más bajas, indicándole la pobreza como el más importante determinante de la TB [11][27][33]. En la actualidad la enfermedad está asociada con pobreza, bajos niveles educativos, incapacidad de proporcionar los recursos mínimos para su propia supervivencia o la de la familia, entre otros. [30]

La TB es una enfermedad social que implica experiencias emocionales profundas, alejamiento de los familiares, el aislamiento y los estragos como la TB estigmatización. [29]Es percibida como una enfermedad mortal, vista como un resultado inevitable de una vida dedicada a la indulgencia excesiva, por lo tanto, en desacuerdo con las normas [26]

Nivel educativo: Según la literatura, los pacientes con mejores condiciones de vida y de trabajo sienten más vergüenza de padecer la enfermedad por las conductas previas y estigmatización de la enfermedad en la sociedad. [11] Por otro lado, los pacientes con baja escolaridad, reflejan desconocimiento de la enfermedad. Este desconocimiento dificulta la comprensión de la condición de enfermedad lo que posibilita la transmisión del bacilo. [28]

Economía: Los pacientes se enfrentan a situaciones de estrés debido a las limitaciones de tipo económico, que se ven perjudicadas por la enfermedad, lo que da como resultado situaciones de estrés, que se expresan con silencio, tristeza y temor, independencia en sus actividades laborales, alejándolos de la inclusión social [5] [27]

Estigmatización: Para Goffman, el estigma es “una situación que impide que la persona que lo padece tenga una plena aceptación social, justifica la inferioridad de quien lo padece, expone exageradamente el peligro que esa persona representa para los demás”. [33] El estigma es un mecanismo de control social definido por normas sociales que cuando son incumplidas se castigan con discriminación y son juzgados por la sociedad. [29]

La TB sigue siendo una enfermedad envuelta en tabúes y creencias de carácter simbólico, rodeada de un fuerte estigma que ha sido evidente desde la antigüedad entre las más diversas naciones [26] , y considerada castigo divino. [32] Igualmente se asocia con una vida desordenada caracterizada por descuido en hábitos higiénicos, población privada de la libertad y el consumo de sustancias psicoactivas, como cigarrillo, drogas y alcohol. [27] [34] [29]

El estigma también se ve reflejado en que se considera como una enfermedad peligrosa como el SIDA, que causa sufrimiento de orden físico y mental, despierta sentimientos de culpa, de temor ante los prejuicios sociales y de contaminar a otras personas, puede ser causa de separación de la familia. Algunos manifiestan no querer vivir con esta condición y [5]

Uno de los factores que contribuyen al desarrollo de la TB es la calidad de vida de los pacientes. Esta enfermedad se asocia con condiciones de pobreza, estigma, y la discriminación. [9] [29] [31] [32].

El estigma es creado por la ignorancia de la enfermedad, los mitos acerca de cómo se transmite, los prejuicios, la falta de acceso a los servicios de salud y la cobertura médica irresponsable. [29]

Los efectos sobre los individuos estigmatizados incluyen el estrés, la depresión, el miedo, problemas de relación, y la pérdida de empleo, oportunidades de educación, y la vulnerabilidad a discriminación social. [29] La TB no es sólo una enfermedad que afecta a la persona en lo físico, esta enfermedad tiene implicaciones en todos los entornos del

paciente en donde se ven mayormente afectada sus relaciones sociales. Al haber cambio en estas relaciones, el paciente es obligado a aislarse debido a los prejuicios de las otras personas en cuanto a su situación actual de salud lo que lleva a sentirse como un riesgo para la sociedad. [26][33]

En la sociedad esta enfermedad (al igual que otras enfermedades transmisibles como la Lepra y el VIH), genera rechazo al contacto con el paciente por miedo a adquirirla. Se crea el estigma de riesgo de contagio permanente e incurable al tener contacto con estos pacientes, lo que hace que la persona enferma oculte su diagnóstico como expresión de temor a contagiar a otros y se aisle para evitar ser discriminado y rechazado por la sociedad. [27] [33]

Uno de los más grandes mitos que se encuentran en la literatura acerca de la TB, es la separación de cubiertos, platos y objetos personales por parte de los familiares para evitar el contagio de la enfermedad [31]

Desde el punto de vista, de los profesionales de salud, la ocurrencia de la TB está relacionada con las condiciones precarias de vida, situaciones de pobreza, hacinamiento, vivienda con malas condiciones, desempleo, alcoholismo, drogadicción, mala alimentación, desestructuración familiar y personas en condiciones de vulnerabilidad como los habitantes calle.[31] [33] La propagación de la TB depende de las condiciones anteriormente nombradas, por lo tanto, su incidencia es mayor en los suburbios de las grandes ciudades, sin embargo, la TB puede afectar a cualquier persona. [7] [29]

Por lo anterior, es fundamental que el equipo de salud y en especial la profesional de enfermería, conozcan lo que representa la enfermedad para el paciente en su entorno para establecer un plan de cuidado apropiado y efectivo para sacar adelante holísticamente al paciente en todas. [11]

## **COGNICIONES Y AFECTOS RELATIVOS A LA CONDUCTA ESPECÍFICA**

Pender considera que los aspectos cognitivos y afectivos de los pacientes son variables que constituyen el núcleo fundamental de la intervención, por ser factores que están sujetos a modificaciones si son intervenidos por el plan de cuidado de enfermería. [23] [24]

Después de haber valorado las experiencias y características individuales de las personas con TB, se valora en el paciente las creencias en salud. Estas últimas son determinantes para asumir la acción promotora de salud. [24]

## **PERCEPCIÓN DE BENEFICIOS DE LA ACCIÓN**

Pender afirma que por medio de la identificación de los beneficios de la acción se puede motivar al paciente para adquirir una conducta de promoción de la salud, lo que genera resultados anticipados sobre la acción de la conducta. [16] [24]

Uno de los beneficios que pueden motivar al paciente a adherirse al tratamiento es el ofrecimiento del tratamiento supervisado (TS) en los pacientes con TB. El primer logro y el más esperado por los pacientes es la curación de la enfermedad. El tratamiento para los pacientes, representa la anhelada curación, evita el agravamiento del cuadro clínico, la posible hospitalización y resistencia a fármacos. [7] [30].

Con el tratamiento acortado supervisado, el paciente asiste diariamente a la institución prestadora de salud y tiene a la enfermera o al equipo de salud disponible para minimizar los tabúes, temores y posibles eventos adversos, permitiendo al paciente crear estilos de vida saludables, lo que genera un cambio positivo en su conducta promotora de salud. [7] permite igualmente la inclusión, promueve momentos de cambio, de compartir las experiencias y necesidades de la vida, lo que ayuda en la recuperación de la identidad de los pacientes. El paciente retorna nuevamente a sus actividades diarias antes realizadas, principalmente el trabajo, y el retorno a la convivencia social, en particular con los familiares. [5]

## **PERCEPCIÓN DE BARRERAS PARA LA ACCIÓN**

Para Pender, la percepción de barreras para la acción son apreciaciones negativas que obstaculizan la acción para desarrollar conductas promotoras de la salud. Con la identificación de estas barreras se puede diseñar un plan de acción que permitan cambiar o disminuir la conducta de riesgo para mejorar la calidad de vida del paciente de un modo holístico [16]

“cuando la disposición a actuar es baja y las barreras son altas, es poco probable que ocurran actos. Cuando la disposición de actuar es alta y las barreras son bajas, la probabilidad de acción es mucho mayor” [23]

Las barreras para la acción están relacionadas con diferentes características como personales, interpersonales y ambientales entre otras. [16] [35]. En el contexto de la TB se identifican las siguientes barreras:

### **Barreras Personales y familiares**

Las condiciones de vida de algunas personas con TB, son precarias, viven en albergues o calles, lo que les dificulta acceder a una vivienda fija y vida estable, lo que puede influir en la adherencia al tratamiento y por ende ampliar sus necesidades. [31]

Aunado a lo anterior, el consumo de sustancias psicoactivas, bebidas alcohólicas y malos hábitos saludables, hacen que el paciente no tenga una adecuada adherencia al tratamiento lo que genera una barrera en la ejecución del plan de acción de la conducta promotora de salud. [31]

La falta de apoyo familiar y/o exclusión de la misma, genera en el paciente sentimientos de temor y culpa al no tener un apoyo para enfrentar la enfermedad, lo que hace que el paciente tenga pensamientos negativos hacia la vida y la cura de la enfermedad. [30] [5] [31]

El tratamiento en muchas ocasiones, es percibido por el paciente como una imposición y modificación de sus actividades cotidianas [30] lo que crea conflicto y discordia entre el profesional de salud y el paciente contribuyendo al abandono del tratamiento. [7].

Otro aspecto que se constituye en barrera para el establecimiento de acciones en pro de la salud, son las RAFAS (reacciones adversas a los fármacos anti tubérculos) [30] Hay un reconocimiento general de que el tratamiento es difícil y requiere auto-compromiso para lograr que se haga [26]

### **Falta de conocimiento sobre la enfermedad**

La principal barrera que se encuentra en el contexto de la TB, es la negación de la enfermedad, causada por falta de conocimiento o conocimientos errados de la misma. [31] Este desconocimiento propicia la falta de conciencia sobre esta enfermedad y hace que los pacientes con TB perciban un impacto negativo de su estado de salud [9] y cause la de la baja adherencia al tratamiento, se encuentra La falta de conocimiento. [34]

A esta falta de conocimientos se suma la baja escolaridad y los problemas socioeconómicos de los pacientes, lo que se ve reflejado en la dificultad de comprensión sobre su condición de enfermo, la importancia de la adherencia al tratamiento y el riesgo potencial de contagio a su familia y comunidad. [30][28]. Debido a lo anteriormente expuesto,

### **Discriminación Social:**

Uno de los factores que contribuyen al desarrollo de la TB es la precaria calidad de vida de los pacientes. Esta enfermedad se asocia con condiciones de pobreza, estigma, y la discriminación. [9] [29] [31] [32].

Las barreras sociales se ven influenciadas por las actitudes y comportamientos estigmatizadores de la enfermedad, toda vez que estos pacientes prefieren ocultar su diagnóstico y tratamiento por miedo a los prejuicios que tiene la TB y el rechazo social. [30] La barrera social influye de manera negativa en la adherencia al tratamiento. El paciente prefiere vivir su enfermedad en secreto lo que lleva a tomar el tratamiento sin supervisión o en un lugar apartado de sus actividades cotidianas, evitando ser aislados, despedidos de sus empleos o excluido de su núcleo familiar, favoreciendo así el abandono de tratamiento. [26] [30]

Por otro lado, por el uso del tapabocas la diferenciación de estos pacientes causa en ocasiones humillación y vergüenza [11] [26]. El uso de estos artículos de protección personal favorece que los pacientes se sientan señalados por la sociedad como diferentes, fomentando el rechazo social. [30]

### **Discriminación por parte de los Profesionales de salud.**

La discriminación por parte de los Profesionales de salud está relacionada con la falta de conocimientos sobre la misma. [31].

Los trabajadores de la salud presentan miedo al contagio durante la atención del paciente con TB, además expresan miedo de llevar la enfermedad a sus casa y contagias sus propias familias [11][13]

El desconocimiento de la enfermedad por parte de los trabajadores de las instituciones de salud es uno de los factores que limitan la adherencia al tratamiento, lo cual puede conducir a la generación de mitos, estigmas, temores y estereotipos que se transmiten a los pacientes y sus familias. [28] [31] La TB permanece impregnada de estigma en la sociedad, lo que promueve ideas que lleven al prejuicio en la atención a las personas que padecen la enfermedad, contribuyendo a fallas en el acceso al sistema de salud [2] [11]

El rechazo al paciente con TB interfiere en la planeación y ejecución del plan de acción lo que impacta directamente sobre la solución a las necesidades y demandas de ellos, [36] viendo afectada la atención integral del paciente, lo que contribuye a la no adherencia al tratamiento. [37]

### **Barreras en el acceso a los servicios de salud.**

Las apreciaciones previas a experiencias no satisfactorias de los pacientes con respecto a la organización de los servicios de salud, las inequidades en la atención, los gastos relacionados con el transporte, la distancia entre el domicilio del paciente e Institución Prestadora de Salud, afectan al desarrollo de conductas promotoras de la salud. [35]

La sobrecarga de funciones, la alta rotación de personal y la insuficiente cualificación de los profesionales de los equipos de salud, traen como consecuencia, la dificultad de establecer el vínculo entre el personal de salud y los pacientes. Sumado a esto, el mal trato, falta de respeto y la deshumanización por el rechazo hacia este tipo de pacientes, crea en ellos barreras personales impidiendo el acercamiento para la identificación de necesidades y adherencia al tratamiento [30] [32] [38]

Así mismo, la falta de conocimiento de estrategias pedagógicas innovadoras que favorezcan la comprensión por parte de las personas portadoras de TB o en riesgo, acerca de las características de la enfermedad, medidas de prevención, tratamiento y control. [26][39]

### **PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA**

Pender describe la percepción de la Autoeficacia como la capacidad y habilidades que posee el paciente para realizar el cambio de conductas saludables con compromiso propio, [24]. Si un paciente tiene una alta percepción de su capacidad, realizará la conducta voluntariamente, de forma repetitiva hasta adquirirla propia de él sintiéndose más seguro y satisfecho por el desempeño positivo de esta actividad [16]

Pender fundamenta este concepto en cuatro tipos de información: De la autoevaluación, la retroalimentación externa dada por otros, la apreciación por parte de otro que no posee la capacidad de hacer la acción promotora de salud y el cambio en su estado fisiológico de la cual la gente juzga a sus competencias [23]

La Autoeficacia motiva la promoción de la salud, directamente por las expectativas de eficacia e indirectamente al afectar las barreras percibidas y el compromiso o la persistencia en la búsqueda de un plan de acción. [23]

La percepción de la auto eficacia en los pacientes con TB, se relaciona con la identificación de la importancia de prácticas de autocuidado, reflejándose en un primer momento en la adherencia inicial al tratamiento y cuando logra mejorar su estado de salud. [27]

El paciente demuestra el interés y la capacidad de cumplir con la estrategia DOTS/TAES y aprenden las medidas específicas de su cuidado para obtener su recuperación. [27] La auto eficacia se ve reflejada en la autonomía que adquiere el paciente durante todo el proceso de enfermedad, se fortalecen el auto cuidado y las relaciones interpersonales contribuyendo a un cambio positivo en su estilo de vida, superación de la enfermedad y adherencia al tratamiento. [27] [29] [40]

### **ASPECTOS RELACIONADOS A LA ACTIVIDAD**

En este concepto, Pender se refiere al comportamiento del paciente con respecto a la ejecución del plan de acción. Estos comportamientos pueden relacionarse con las

emociones o reacciones de acuerdo a los pensamientos positivos o negativos sobre la acción [16] [24]

Dentro de los comportamientos positivos que adopta el paciente con TB, en compromiso con el plan de acción, se encuentra la suspensión de consumo de cigarrillos, sustancias psicoactivas y bebidas alcohólicas después de haber sido diagnosticado con TB [11] convirtiéndose la TB en una enfermedad “ordenadora de vida”. Las personas con TB eliminan los malos hábitos y remplazados por hábitos saludables. [11]

Con respecto al DOTS, los profesionales de salud identificaron como potencialidad, el compromiso que adquieren los pacientes por su tratamiento y su anhelada curación. [5] Estos comportamientos, asociados al afecto positivo, es probable que se repita y se adquiera como un buen hábito, mientras que aquellos asociados con afectos negativos son susceptibles de ser evitado [23] Si el paciente no busca soluciones para su mejoría, no consigue realizar el tratamiento hasta el final. [31]

### **INFLUENCIAS INTERPERSONALES**

Son estímulos que recibe el individuo directa o indirectamente por parte de las personas que lo rodean (influencia familiar y social) que motivan al individuo a adquirir un compromiso para la ejecución del plan de acción hacia la conducta promotora de la salud. [23][24]. Las influencias interpersonales incluyen la familia, los pares, los proveedores de salud.

Existen algunos factores personales que son considerados como aspectos internos, los cuales dependen directamente de la persona y determinan el auto cuidado. Dentro de estos factores se encuentran: conocimientos y voluntad [16], estos factores personales varían en la medida en que el paciente con TB tenga voluntad y motivación para realizar conductas positivas para su salud las cuales incluyen la adherencia al tratamiento [23] [27]

Dentro de la influencia personal, se reconoce que el apoyo de los familiares es un aspecto positivo del DOTS, [5] El apoyo familiar, los ayuda a sobrellevar el tratamiento y aplicar las medidas para prevenir la transmisión de la enfermedad. [27] y fortalece el vínculo familiar evitando el aislamiento del usuario. [5]. El entorno familiar ofrece al paciente con TB al apoyo psicológico, emocional y físico en la vida diaria, [9] lo que promueve en el paciente una respuesta positiva a cambios favorables para la salud del paciente y actúan como motivadores de la continuación y finalización del tratamiento [24] [27]

En cuanto a los proveedores de salud, se cuentan todas las personas vinculadas al desarrollo del programa como son la enfermera, auxiliares de enfermería, médicos generales y los diferentes especialistas de acuerdo al tipo de tuberculosis.

Con relación al apoyo por parte del personal de enfermería, en la revisión de la literatura, se identificó, que las enfermeras tienen una fuente importante de apoyo emocional a los pacientes y sus familias durante la enfermedad. Se destaca a la enfermera como clave en la adherencia al tratamiento [34]

Los profesionales de la salud pueden influir en la calidad de vida, ya sea en sentido positivo o negativo, a través de sus intervenciones en el proceso salud-enfermedad [9]. Una de las herramientas fundamentales para la creación de la conducta promotora de salud que influye directamente en el paciente es la relación enfermera-paciente [34]. La enfermera, brinda al paciente una relación cálida de cercanía y apoyo para fortalecer sentimientos de aceptación con respecto a toda la implicación psicológica, física y social de la enfermedad. [16] El vínculo, el diálogo, y la oportunidad de compartir con el profesional y el paciente, fortalece los sentimientos de confianza en las habilidades propias del paciente a lo largo del tratamiento, como consecuencia del contacto diario lo que permite al profesional de enfermería, percibir necesidades y aclarar dudas propias de la TB así como otras que aparezcan durante el transcurso de la enfermedad, con el fin de crear y direccionar las acciones promotoras de salud. [5] [9] [16] [30]

El profesional de enfermería, debe ofrecer apoyo a las personas y familiares en el proceso terapéutico, permitiendo que sean escuchados, así como proporcionar acompañamiento, orientación sobre la enfermedad y los esquemas de tratamiento para prevenir posibles abandonos al tratamiento. [31] [41]. Los profesionales que trabajan en el programa de control de la TB tienen el reto de resolver los problemas que afectan directamente a los pacientes, por medio de acciones de salud, se destaca que la interacción con los pacientes debe estar guiada por los valores emancipatorios, basado en el fortalecimiento de la autonomía y el auto cuidado. [9]

### **INFLUENCIAS SITUACIONALES**

Esta variable corresponde a situaciones que aumentan o disminuyen el compromiso de cambio de la conducta promotora de la salud [24]. Según Pender, estas pueden tener una clave importante para el desarrollo de estrategias nuevas y más eficaces para facilitar la adquisición y mantenimiento de hábitos de salud [23]

Los factores personales y del entorno deben favorecer una conducta saludable dentro de cada comunidad. [16] Una de las influencias situacionales a las que se ven expuestos los pacientes con TB es la interrupción o aplazamiento de los proyectos de vida personales, los cuales se ven detenidos en muchas ocasiones por las manifestaciones clínicas de la

enfermedad y/o el rechazo por parte de sus compañeros de trabajo, lo que ocasiona un cambio drástico en la vida de algunas personas. [9]

Estas influencias situacionales producen apatía o falta de deseo para realizar actividades. [9] El paciente a pesar de tener conocimientos sobre estilos de vida saludables, desarrollan comportamientos de riesgo, promovidas por múltiples determinantes de la conducta causados por situaciones a las que el paciente se ve afectado [16] El paciente con TB hace referencia a su insatisfacción por el bajo conocimiento que tiene sobre la condición que está viviendo, y sobre los aspectos relacionados con el tratamiento. [27] se siente inconforme y preocupado por la falta de información que percibe como necesaria para protegerse y proteger de la enfermedad a su familia [27]

Kaplan & Kaplan en el trabajo sobre entornos naturales de restauración, explican cómo los ambientes o contextos situacionales pueden afectar la salud y el comportamiento relacionado con la salud. Dicen que cuando existen ambientes que son fascinantes e interesantes son parte del contexto conveniente para la realización de las conductas de salud lo que conocemos como entornos saludables. [23] Sin embargo, en el caso contrario, cuando el ambiente es adverso y nocivo, crea dificultades para adoptar la conducta promotora de la salud. [16] [27]

Los entornos, también hacen parte de las influencias situacionales, la deficiencia en la infraestructura de los servicios de salud, principalmente el espacio físico, ocasiona limitaciones en las acciones para la conducta. [42] Dentro de estas deficiencias se encuentran la ausencia de espacios aptos para realizar una consulta en donde el paciente pueda expresar libremente sus percepciones de la enfermedad. [36]

Es importante indagar sobre los aspectos relacionados a la infraestructura, con el fin de realizar las reformas necesarias para mejorar el ambiente [39]. Un ambiente desfavorable no contribuye para el cambio de conducta de salud; por esta razón es más conveniente cambiar algunas condiciones situacionales que contribuyan a la cambio de conducta en una persona. [16] [27]

## **RESULTADO CONDUCTUAL**

Los anteriores componentes del modelo, influyen directa o indirectamente sobre la adopción del compromiso para realizar un plan de acción. [24]

Las concepciones, creencias y/o ideas que tienen las personas sobre la salud llevan o inducen a comportamientos determinados, que se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud. La modificación de estos factores, y la motivación para

realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud [16]

Es necesario que las acciones estén basadas en los conocimientos previos de la situación en la que se va a trabajar reconociendo sus necesidades [31] Lo que permite que la enfermera, se apropie de las técnicas y estrategias pedagógicas necesarias, para hacer frente a la subjetividad y también con la reorganización del proceso de trabajo en equipo (paciente-familia y equipo de salud) [43]

### **COMPROMISO PARA EL PLAN DE ACCIÓN**

Según Pender, el compromiso con un plan de acción en el modelo, implica dos procesos cognitivos, el primero, es la voluntad de llevar a cabo la acción específica en el momento y lugar indicado, independientemente de las influencias situacionales y personales que tenga el paciente. Y el segundo es la identificación de estrategias que permiten el logro de la conducta promotora de salud [23] [39]

Las enfermeras promueven la salud para disminuir la vulnerabilidad de las personas con respecto a la TB, previenen la enfermedad, reduciendo la transmisión en la comunidad por medio de la identificación de casos nuevos activos; crean conductas promotoras de salud consiguiendo que los pacientes se adhieran al tratamiento; y alivian el sufrimiento por medio del dialogo y cuidado humanizado a los pacientes según las necesidades individuales de éstos [25]

El profesional de enfermería es quien debe asumir un rol protagónico en la prevención y control de esta enfermedad planteando intervenciones integrales, y políticas sanitarias [6] entendiendo al paciente como un ser integral, razón por la cual, ella analiza los estilos de vida, las fortalezas, resiliencia, potencialidades y capacidades del paciente para reorientar la toma de decisiones con respecto a su estilo de vida y la percepción de enfermedad que tiene el paciente [16]. Cuando se trata de una enfermedad social y estigmatizada como lo es la TB, se considera importante que las actividades para generar la conducta promotora de la salud, no sólo sea el manejo clínico, tratamiento y control, sino que hayan interacción entre la subjetividad y la singularidad involucrada en la atención guiada principalmente en proceso atención integral [44]

Pender afirma que, el compromiso para el plan de acción, es un factor determinante en la vida de las personas dada, por la conducta volitiva propia de cada uno de los que intervienen en este proceso. [23]

Enfermería tiene una tarea importante en la recuperación de los pacientes con TB, las acciones integrales de salud, deben permitir la expansión de la atención al paciente con TB, teniendo en cuenta la complejidad del proceso salud-enfermedad y sus diversas dimensiones biológica, personal y familiar [27] [31] [37] [40]

En la dimensión biológica el objetivo de enfermería, es la prevención de nuevas infecciones animando al paciente a no abandonar el tratamiento y lograr una cura [7] [45]

En la dimensión personal, el cuidado de enfermería es el soporte que facilita desarrollar autonomía para su auto cuidado [29] [32] y lo que contribuye en la adherencia al tratamiento, tomar mejores decisiones y fortalecer sus capacidades de afrontamiento de la enfermedad [12][27]

En la dimensión familiar, la enfermera se encarga de hacer el vínculo afectivo entre la familia y el paciente con el fin de crear y ejecutar el plan de acción de la conducta promotora de salud [6] [46][36]

En el contexto de la elaboración del compromiso para el plan de acción para la promoción de la salud de las personas con TB se tuvo en cuenta, los planteamientos de Nola Pender y las estrategias propuestas en el DODS, los diagnósticos de enfermería de la NANDA, la clasificación de las intervenciones de enfermería NIC y la clasificación de resultados NOC. En la siguiente tabla se presenta el consolidado de este análisis:

<b>CARACTERÍSTICA S Y EXPERIENCIAS INDIVIDUALES</b>	<b>DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA NANDA</b>	<b>CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)</b>	<b>CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)</b>
CONDUCTA PREVIA RELACIONADA	Gestión ineficaz de la propia salud (00078)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aceptación del estado de salud</li> <li>• Conducta de fomento de la salud</li> <li>• Conocimiento: proceso de la enfermedad</li> <li>• Conocimiento: fomento de la salud</li> <li>Autoestima</li> </ul>	<b>RELACIÓN ENFERMERA PACIENTE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecimiento de objetivos comunes</li> <li>• Ayuda en la modificación de sí mismo</li> <li>Asesoramiento.</li> <li>• Apoyo a la familia.</li> <li>• Apoyo emocional.</li> <li>• Apoyo en la toma de decisiones.</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acuerdo con el paciente.</li> <li>• Escucha activa</li> <li>• Facilitar el aprendizaje</li> </ul> <b>EDUCACIÓN:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñanza: proceso de enfermedad</li> </ul>
	Incumplimiento (00079)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conducta de adhesión</li> </ul> Conducta de cumplimiento: medicación prescrita	<b>PROMOVER LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñanza: medicamentos prescritos</li> <li>• Enseñanza: procedimiento/tratamiento</li> <li>•</li> </ul>
<b>FACTORES PERSONALES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• BIOLÓGICOS</li> <li>• PSICOLÓGICOS</li> <li>• SOCIOCULTURALES</li> </ul>	Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar (00080)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integridad de la familia</li> </ul>	<b>RELACIÓN ENFERMERA PACIENTE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo a la familia</li> <li>• Fomentar la implicación familiar</li> <li>• Apoyo en la toma de decisiones</li> <li>•</li> </ul>

Se identificaron cuatro diagnósticos de enfermería NANDA, como prioritarios, cada uno de ellos con sus respectivas intervenciones NIC y con los resultados esperados NOC. El primer diagnóstico identificado fue Gestión ineficaz de la propia salud, el cual es definido como patrón de regulación e integración en la vida diaria a un régimen terapéutico para el tratamiento y las secuelas de la enfermedad que no es adecuado para alcanzar la conducta promotora de la salud [47].

Dentro de las características definitorias del diagnóstico se tiene en cuenta, las cogniciones y afectos relativos a la conducta específica, en donde el paciente tiene una negación hacia su enfermedad, por desconocimiento de la misma o por miedo al rechazo social, y por la misma negación el paciente se rehúsa a la adherencia al tratamiento lo que se resume como un fracaso de inclusión del régimen de tratamiento en su vida diaria, así como, un fracaso

al emprender las acciones para reducir los factores de riesgo en su vida, haciéndole incluir acciones poco saludables para su estado de salud. [47]

Esta gestión ineficaz de la propia salud del paciente con tuberculosis, puede estar relacionado con varios factores, por ejemplo: se identifican barreras en el acceso a los servicios de salud, barreras personales y familiares, falta de conocimiento de la enfermedad, complejidad del régimen terapéutico, percepción de los beneficios y déficit de soporte social. [47]

El NIC nos sugiere las siguientes intervenciones de enfermería para contribuir al paciente en la búsqueda de su conducta promotora de la salud, se priorizaron también dos grandes intervenciones: Relación enfermera paciente, la cual incluye la ayuda en la modificación de sí mismo, establecimiento de objetivos comunes, asesoramiento, apoyo a la familia, apoyo emocional, apoyo en la toma de decisiones, acuerdo con el paciente, escucha activa. Y el segundo es educación en el cual se incluye, Facilitar el aprendizaje y la Enseñanza: proceso de enfermedad.

## **RELACIÓN ENFERMERA PACIENTE**

La relación enfermera – paciente debe estar basada en la confianza y el respeto por el paciente, demostrando empatía y calidez en el proceso terapéutico. Por medio de esta relación, se puede realizar el asesoramiento al paciente y a la familia sobre todo el proceso de enfermedad al cual se van a enfrentar, se identifican las necesidades, las fortalezas, y habilidades las cuales nos van a servir como herramienta para establecer las metas de nuestro plan de acción [48]

La realización del plan de acción se hace desde el momento del diagnóstico, encaminado a la adherencia del tratamiento, [45] en mutuo acuerdo con el paciente y la familia, [23] apoyando al paciente a la identificación de prácticas saludables, determinar con el paciente y la familia los objetivos del plan de cuidados y desarrollar entre todos conducta promotora de salud [48], comprometiéndose unos con otros con el fin de obtener una recompensa tangible [23] lo que en este caso corresponde a la adherencia al tratamiento y curación del paciente. [45]

Para todas las estrategias que se realicen en la creación del plan de acción es recomendable que existan espacios abiertos para la discusión que les permita un espacio de escucha activa [48] en el cual los pacientes con TB, pueden expresar sus temores inquietudes, sentimientos y preocupaciones, que pueden ayudar a superar el prejuicio relacionado con la enfermedad, identificar las necesidades específicas, potencializar la toma de buenas decisiones y

encontrar nuevas formas de sobrellevar la enfermedad, todo para mejorar su calidad de vida y guiarlo a la conducta promotora de salud. [26] [48]

El vínculo, enfermera-paciente, se basa en la comprensión y apoyo que ofrece la enfermera al escuchar a los pacientes. Este aspecto contribuye decisivamente en la continuidad de la atención del paciente, teniendo en cuenta la identificación de factores que producen los obstáculos a la continuidad del tratamiento. Estos obstáculos pueden surgir durante las fases de tratamiento la, y serán más fácilmente expresados por el paciente a medida que acepte su enfermedad. [27] [40]

## **EDUCACIÓN**

La falta de información sobre la TB es también, uno de los principales desafíos para el control de la enfermedad [31]. La educación es una herramienta fundamental para capacitar al paciente, a fin de que pueda participar como elemento activo en el control de la enfermedad. Por ello es necesario considerar como estrategia de acción, el informar acerca de quién es la enfermera, cuál es su actividad, qué capacidad de liderazgo posee, cuál es su valor dentro de la sociedad [6]

La enseñanza del proceso de enfermedad es definida como ayuda al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico. [48] para este fin, es importante evaluar los conocimientos previos de la enfermedad, explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología, describir signos y síntomas comunes de la enfermedad, factores de riesgo, posibles causas, medios diagnósticos y tratamiento haciendo énfasis en la adherencia al tratamiento para la cura de la enfermedad [48]

Los profesionales de enfermería tienen la formación necesaria para promover el conocimiento sobre las características de la enfermedad, la transmisión de la tuberculosis, el tratamiento y la prevención, para mejorar en las personas enfermas la percepción y el control de la enfermedad [27] [43]. Antes del diagnóstico, muchos pacientes no poseen conocimientos sobre la enfermedad y predominan creencias erróneas, estigmas y conceptos estereotipados que la asocian con gravedad, muerte, pobreza y exclusión social [33] [39]. Por tanto, parte de la función de la enfermera sería educar al paciente y su familia [34].

Esta enfermedad, genera rechazo al contacto con el enfermo por el miedo a adquirirla; produce en la sociedad, temor al contacto o cercanía con el paciente, es decir, crea el estigma de riesgo de contagio permanente e incurable, lo que hace que se oculte; en ocasiones es incluso una recomendación del personal de salud con el objeto de proteger al enfermo de comportamientos negativos y lesivos provenientes de otras personas [27]. Con relación a lo anterior, la enfermera, debe desarrollar una apropiada orientación para

romper esquemas de origen biológico, sociocultural y personal con el fin de alcanzar una óptima relación con el paciente para formar lazos que promuevan la salud y el bienestar de estas personas, reconociendo sus difíciles y limitantes circunstancias que no favorecen para alcanzar la conducta promotora de salud [27].

El significado atribuido por la población a la enfermedad y la forma en que esta se manifiesta en una cultura dada, influyen notablemente en el proceso de la enfermedad, la búsqueda de atención la curación [33], con la educación se pretende dar apoyo familiar y emocional al paciente [48] para disipar los mitos a fin de detener los sentimientos de ser marcado o señalado como un resultado de la TB. [29]

La enfermera, deben propender a brindar un trato digno y humanizado a las personas y a su familia, mejorando sus conocimientos sobre la enfermedad, para así desmitificar las falsas creencias, las concepciones erradas, que estigmatizan a las personas portadoras para potencializar el autoestima y mejorar la autoconfianza. [28][43] [48]. La percepción de la enfermedad, al igual que la estigmatización, se supera en la medida, en que el profesional interactúe con el paciente, educando sobre la enfermedad y destacando la importancia del tratamiento y apoyo familiar y colectivo. [5][39][40]

Es necesario que la enfermera conduzca un proceso de educación, con estímulo al desarrollo de una consciencia sanitaria más amplia, buscando la ruptura de patrones culturales, y de malos hábitos como el uso de tabaco y alcohol, y el consumo de comidas rápidas, identificación de factores de riesgo y fortalecer la autoconciencia acerca de su propia salud, facilitando su autorresponsabilidad. [6][48]

Las intervenciones de enfermería estarán orientadas al desarrollo de estrategias y herramientas innovadoras y eficaces de mejoramiento de la comunicación, en la triada paciente-familia-profesional de salud [45], por medio de una comunicación clara, explicando la enfermedad por medio de una terminología que para el paciente sea familiar para facilitar el aprendizaje [48] y así mismo establecer una relación de cooperación mutua para la disminución de los impactos negativos que puedan cooperar para el abandono [7]. De igual manera se crean estrategias de educación sobre los aspectos del curso normal de la enfermedad y los efectos esperados del tratamiento, para que la persona con TB conozca de antemano los cambios que se pueden presentar durante el curso de la enfermedad, brindando así mayor control sobre la situación de enfermedad. [27][45] Los pacientes deben ser educados sobre las reacciones adversas a los fármacos anti TB (RAFAS) para evitar el abandono del tratamiento y la resistencia de los mismos. [12][49]

Como se mencionó anteriormente, otra estrategia de atención es incluir a la familia y personas cercanas, para que puedan comprender mejor las formas de transmisión y pueden mantener sus relaciones de una manera más segura [26], con la educación a la familia sobre

la tuberculosis y cómo se transmite, así como la enseñanza de estrategias para promover la salud y prevenir la enfermedad, la importancia de la identificación de signos y síntomas para el diagnóstico temprano favorecen para cortar la cadena de transmisión e impedir la aparición de más casos en la población. [27]

Es importante la incorporación de la familia en el contexto de enfermedad del paciente con TB. [31] Educar a los pacientes y a la familia sobre la TB, son importantes para aclarar los aspectos relacionados a la enfermedad, sobre formas de evitar la transmisión y sobre la importancia de consultar en forma inmediata cuando aparecen los síntomas, sus consecuencias y hábitos que pueden influenciar en el tratamiento. [27] [50] Además según la literatura la participación de por lo menos un familiar debido que ofrece apoyo moral e intervienen positivamente en el proceso del tratamiento de la TB estimula la éxito terapéutico y sobre todo evita el abandono del mismo. [31][36][29][42]

Por lo anterior, el abordaje de la familia y la formación de vínculo con el equipo de salud son consideradas fundamentales para la comprensión de la enfermedad y tratamiento, así como la importancia del cuidado con la salud [31]

Otro diagnóstico de enfermería es incumplimiento, el cual es definido en la NANDA como conducta de una persona y/o cuidador que no coincide con el plan de acción promotor de salud, el cual fue acordado entre la persona y el profesional de salud, lo que puede conducir a resultados clínicos ineficaces o parcialmente ineficaces. [47]

En el contexto de las tuberculosis, se entiende como abandono al tratamiento al paciente que durante un mes (30 días) no ha tomado el medicamento anti-tb. [15]. Con respecto a este diagnóstico, se identifican las siguientes características definitorias en los pacientes con TB: No asistencia a las visitas concertadas con el profesional de salud lo que conlleva a una conducta indicativa de incumplimiento que posteriormente llevará a la evidencia de exacerbación de los síntomas de la enfermedad. Dentro de los factores relacionados se encuentran, la duración del tratamiento, dificultad entre la relación enfermera-paciente, e insatisfacción de la atención [47]. La principal actividad para este diagnóstico es promover la adherencia al tratamiento, esta incluye la enseñanza: medicamentos prescritos y la enseñanza: procedimientos/ tratamiento.

## **PROMOVER LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

Es importante considerar que el inicio del tratamiento es también el momento en que la enfermedad se descubre. Por lo tanto, hay una superposición entre la recepción de la noticia de tener tuberculosis, con toda su carga junto con los prejuicios, tener que estar bajo tratamiento con medicamentos que tienen muchos efectos secundarios, a menudo más fuertes que la propia enfermedad. [26] De igual forma es importante educar al

paciente sobre el nombre del medicamento que se está tomando, el mecanismo de acción, la dosis, vía y duración del tratamiento [48] para que él mismo identifique la importancia de la toma de los medicamentos para evitar las RAFAS mismos.

Se le explicará al paciente la estrategia DOTS/TAES, la cual consiste en la supervisión de la ingesta del medicamento. El objetivo del tratamiento supervisado (TS) es que el profesional de salud se cerciore de la ingesta de los medicamentos diariamente lo que permite la creación de una adecuada relación entre la enfermera y el paciente. [7] Además, permite orientar al enfermo y a la familia sobre el tratamiento y la gravedad de la enfermedad. [42][50] Por otra parte esta estrategia le permite a la enfermera generar espacios para intervenir de inmediato cualquier necesidad del paciente desde cualquier dimensión que requiera.

El tratamiento supervisado (TS) es el momento oportuno para que el paciente comparta dudas, angustias, problemas y necesidades, permitiendo la ampliación del foco terapéutico para más allá del diagnóstico médico [41] Además de la observación de la ingestión de los medicamentos, el tratamiento supervisado (TS) permite desarrollar acciones educativas de acuerdo con las condiciones reales de la persona, relacionadas a la alimentación, higiene de la vivienda y otros cuidados relativos a la salud. [42][31]

La familia también es importante en la supervisión de estos medicamentos, es por eso que se realiza también la educación previa al grupo familiar haciéndolo participe de la enfermedad. La importancia de la incorporación, de por lo menos, un miembro de la familia para realizar la supervisión medicamentosa fue considerada fundamental en la adhesión al tratamiento [50][31][28]

Se cree que la adherencia al tratamiento ocurre, cuando el usuario percibe que sus necesidades son valorizadas y satisfechas por los profesionales de la salud. De esta forma, el conocimiento de las necesidades de salud de las personas con TB, permitirá que el equipo de salud reoriente sus prácticas, objetivando la mejoría de la asistencia prestada [31]

Un pobre seguimiento suele generar circunstancias que estimulan a los pacientes a abandonar el tratamiento; esto se puede prevenir mediante una actitud proactiva del Equipo de Salud hacia el paciente de tuberculosis y su familia [36]

El esclarecimiento sobre la enfermedad, tratamiento e importancia de seguir el esquema terapéutico, después de la mejoría de los síntomas, son factores que influyen en la adhesión al tratamiento, dada su vinculación a la sensibilización de la persona sobre su agravo. [31]

Los signos y síntomas se resuelven una vez iniciado el tratamiento farmacológico, con la correspondiente recuperación del apetito e incremento en la ingesta. [27] Debido a estas mejorías en los primeros días de tratamiento, es que la enfermedad es conocida como una enfermedad traicionera, pues lleva a creer que el paciente que ya está curado. [5] Por esta razón es que son fundamentales las acciones relacionadas a la orientación del paciente, su familia y de la comunidad, esclareciendo que la mejoría no significa cura y que el abandono puede generar resistencia a los medicamentos. [5]

Cuando el paciente recibe completo el tratamiento de la tuberculosis la curación es del 95% de los casos que completaron los 6 meses, el otro 5% abandonan el tratamiento y/o hacen resistencia al medicamento [7]

Como se ha podido analizar previamente, el acompañamiento de la familia en la construcción y ejecución del plan de acción, contribuye positivamente a la recuperación del paciente con tuberculosis. Por esta razón se plantea un diagnóstico enfocado a la familia, el cual es Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar. Este diagnóstico se define como, patrón de regulación e integración en los procesos familiares de un programa, para el tratamiento de la enfermedad, que no es adecuado para alcanzar los objetivos de la conducta promotora de salud [47]

Dentro de las características definitorias que identifican a los pacientes con tuberculosis se encuentran el fracaso de emprender acciones para reducir los factores de riesgo dados por la ausencia o poca educación acerca de la enfermedad, lo que conlleva a actividades familiares inapropiadas para alcanzar los objetivos. Los factores relacionados principalmente son conflictos familiares, dificultades económicas, complejidad del régimen terapéutico y conflicto de decisiones. [47]

Dentro de las actividades para este diagnóstico, se incluyen la relación enfermera - paciente nombradas anteriormente, con el fin brindar apoyo a la familia, apoyo en la toma de decisiones, fomentando la implicación familiar en todo lo relacionado con la conducta promotora de la salud por medio de la escucha activa acerca de inquietudes y necesidades de la familia, facilitando la expresión de sentimientos y la comunicación con el profesional de enfermería y dar respuesta a las inquietudes de la familia para disminuir la ansiedad. [48]

Otras actividades que realiza el profesional de la salud tiene que ver con el manejo de paciente y la coordinación de diferentes procesos que interfieren en la conducta promotora de la salud como lo son:

#### **TRABAJO EN EQUIPO - INTERDISCIPLINARIEDAD:**

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa, que requiere intervenciones oportunas al dirigirse al tratamiento. Para ello se necesita un enfoque coordinado de todos los profesionales de la salud y las agencias de salud pública pertinentes. [34]

La prevención, curación, rehabilitación y promoción de la salud pueden ser insertadas como componentes relevantes de acciones integradas. Para ello, se articulan procesos interdisciplinarios, intergubernamentales e interinstitucionales intersectoriales con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes con TB. [36] [43]

*“Una sola persona no puede lograr los objetivos de salud pública de los servicios de tuberculosis. Requieren de un trabajo en equipo y una asociación con los pacientes” [8]*

Las personas con TB, tienen la necesidad contar con una adecuada asistencia odontológica, psicológica, de nutrición y de los diferentes especialistas de acuerdo a el tipo de TB que padezca el paciente. La necesidad de acompañamiento psicológico es esencial para las personas con dificultad de aceptar la enfermedad y el tratamiento. [31]

De todos modos, para la viabilidad de las acciones de control de la TB en las IPS, es fundamental la sensibilización, la participación, la integración y articulación permanente de los responsables del control de la enfermedad en los distintos niveles del sistema de salud [38]. La coordinación entre los centros de salud al momento de la geo referenciación, consiste en asegurar la continuidad de la atención a los pacientes en el sistema de salud, garantizando la provisión de recursos, insumos, atención integral y el brindar acompañamiento durante el tratamiento para satisfacer las necesidades de los pacientes [51]

Por otro lado, se incluye a la comunidad en el control y prevención de la enfermedad por medio de los Agentes Comunitarios. Ellos colaboran en el proceso de adhesión al tratamiento, ya que actúan como facilitadores, al conocer de cerca el estilo de vida de los enfermos, y se muestran más abiertos para intentar nuevas estrategias. [41]

Por lo tanto, la asistencia a las personas con TB además de la ingestión medicamentosa, exige preparación de los profesionales para enfrentar las numerosas necesidades y demandas de los enfermos. De esa manera, es importante que todos los profesionales de salud estén sensibilizados sobre la TB y el manejo que se tiene en los programas de TB [31]

La enfermera, lidera las acciones de atención dirigidas a los pacientes con TB para la identificación de los beneficios en relación con el cuidado. Cuando se centra esta atención en un solo profesional de la salud, se hace posible un mejor reconocimiento de sus necesidades y problemas, permitiendo luego un manejo terapéutico más apropiado. [43]

## **DEMANDAS INMEDIATAS Y PREFERENCIAS**

Después de tener establecidas las actividades del compromiso para el plan de acción, Pender considera en el modelo las demandas inmediatas y las preferencias. Estas van a afectar directamente la probabilidad de ocurrencia de la conducta de salud. [23]

### **DEMANDAS**

Pender define como Demanda contrapuesta las conductas alterativas mediante las cuales los individuos teniendo un bajo control, se pueden ver afectados por el entorno, trabajo, familia etc. [23] En los pacientes con diagnóstico con TB se identifican las siguientes demandas que intervienen de forma negativa en la ejecución del plan de acción.

En primera instancia el abandono del tratamiento, es una de las principales limitaciones para combatir y curar la enfermedad, lo que implica el aumento de las tasas de mortalidad y de recaída de la enfermedad facilitando el desarrollo de bacilos resistentes. [42] [46] [34]

En relación con el abandono al tratamiento y las dificultades en el proceso de adquirir la conducta promotora de salud, se puede relacionar con la negación de la enfermedad por parte del paciente y la falta de adhesión al tratamiento. [31][45]

Por otro lado, estos abandonos del tratamiento son más frecuentes cuando las acciones de control de la enfermedad no se basan en la concepción de la atención integral del paciente, entendiendo como atención integral al conjunto continuo de las acciones y servicios preventivos y curativos, individuales y colectivos exigido para contribuir a la acción promotora de la salud [36]

En cuanto adhesión al tratamiento se identifica la falta de apoyo familiar, las condiciones precarias de vida, los hábitos no saludables (como el alcoholismo y uso abusivo de drogas) [38] No obstante, en muchas situaciones, frente a la desestructuración familiar, la persona con TB no tiene apoyo de los familiares para el afrontamiento de la enfermedad, lo que genera en el paciente sentimientos de abandono y rechazo por parte del núcleo familiar. [31]

Estudios han encontrado que el no adherirse al tratamiento puede dar lugar a la tuberculosis (MDR-TB) resistente a múltiples fármacos, la cual es mortal en el 50% de los casos. Estas muertes podrían ser evitadas si los pacientes completaran su esquema de tratamiento. [34]

Para evitar el abandono, la enfermera se apoya en el modelo para identificar las necesidades y las barreras que posiblemente pueden interferir en el tratamiento y /o la adherencia al mismo Dentro de estas encontramos la población vulnerable como habitantes de calle, albergues o pensiones, que presentan un riesgo tres veces mayor de desistir al tratamiento farmacológico. [19] De igual manera los grupos más susceptibles al abandono y que son tratados como de "alto riesgo", son los pacientes con coinfección VIH/SIDA, y de historia de tratamiento previa de TB, consumidores de sustancias psicoactivas y personas con alteraciones de la salud mental. Estos tipos de pacientes son considerados como “casos difíciles” los cuales deben ser identificados y la enfermera debe buscar estrategias exclusivas para direccionar sus actividades con el fin de que se adhieran adecuadamente al tratamiento. De esta manera, Los servicios de salud deben ser capaces de identificar a las personas en riesgo de no adherencia y deben ser suficientemente flexibles para poder ofrecer alternativas diferentes para la administración del tratamiento y supervisión de acuerdo a sus necesidades [14] [41][30][19]

Es importante educar a este tipo de pacientes conocidos como “casos difíciles” [41] acerca de las consecuencias de la interrupción del tratamiento de anti TB especialmente después de que el paciente muestra mejoría clínica y puede conducir a la aparición de formas resistentes de *Mycobacterium tuberculosis*. [46]

Igualmente las RAFAS (reacciones adversas a los medicamentos) influyen en la ejecución de la conducta promotora de salud y llevan al paciente al abandono del tratamiento. [41][36] [50], Por esta razón es importante que los profesionales de la salud estén disponibles para escuchar al enfermo y para buscar solucionar eventuales dudas [41]

Sobre las RAFAS (reacciones adversas) se encuentran: malestar gastrointestinal (náuseas, vómitos) que altera la absorción de nutrimentos y micronutrientes; se puede ver alterado el sentido del gusto y del olfato [27] dolor abdominal, además de salivación excesiva y presencia de orina colúrica, asociados con la ingesta de Rifampicina. [27] Estas repercuten en la adhesión al tratamiento, por lo que la enfermera debe reconocerlas en la medida que se va supervisando el tratamiento. [42] y al tener el conocimiento asertivo intervenir sobre ellas. [5] Hay algunos casos en los que los efectos secundarios a menudo están presentes y, finalmente, contribuyen a la interrupción del tratamiento [36]

La persona con TB en tratamiento encuentra apoyo en la enfermera y su sintomatología se ve mejorada en la medida en que cumple con el tratamiento indicado. [27]. Las condiciones difíciles se agravan, con el desconocimiento de la persona con TB sobre la evolución de la enfermedad y sobre las manifestaciones secundarias al tratamiento. [50]. Además de la identificación de las reacciones adversas en cada encuentro con el paciente, es importante detectar manifestaciones de toxicidad en las primeras dos o tres semanas y luego cada mes

hasta finalizar el tratamiento. [27][37] Si bien la dosificación no corresponde a una actividad de enfermería, es importante conocer los esquemas de tratamiento para garantizar la seguridad del paciente durante el tratamiento y obtener la mejor respuesta al mismo [27]

La aparición de eventos adversos puede depender de características de los pacientes, también en eventos concomitantes durante la terapia [6]. Estos podrían determinar la adherencia y, por lo tanto, éxito de la terapia. [37] Por ejemplo en el caso de coinfección (TB/VIH), los pacientes que usan retrovirales, inhibidores de la proteasa, estos hacen interacción medicamentosa con la rifampicina, razón por la cual se cambia la rifampicina por rifabutina, y se inicia terapia individualizada aumentando la cantidad de pastillas y efectos adversos en estos pacientes contribuyendo al abandono del tratamiento [10][5][46][36]

Por otra parte, otra de las debilidades que se encuentran en el plan de acción de los pacientes con TB es que existe un modelo de atención fragmentada en el momento de tener la necesidad de derivar al enfermo a otros puntos de atención (geo referenciación) [36], puesto que afecta la coordinación de actividades administrativas y de organización ya planteadas [5] y hay discontinuidad del flujo de comunicación y participación del enfermo en el proceso de atención [51] En un estudio desarrollado en Nepal, los autores identificaron un mayor riesgo de adherencia cuando los pacientes tenían la mala comunicación con los profesionales sanitarios lo que limita el tratamiento y su curación [7][40].

Por otro lado, la falta de preparación y desinterés de los profesionales en salud en actuar en el DOTS, limita el período de tiempo para la supervisión de la ingesta de medicamentos, no tiene el concepto claro de la importancia de supervisar la ingesta, y le dan más importancia a otras actividades rutinarias diarias. Además, en muchas instituciones hay un número insuficiente de funcionarios lo que hace que se brinde un cuidado deshumanizado, de baja calidad, [28] o por el contrario existe continuamente la rotación de personal, afectando el proceso de trabajo de los equipos de salud de la familia para hacer frente al control de la TB para una relación estrecha entre la enfermera y el paciente [43]. Estos son elementos importantes porque determinan la calidad de la asistencia y de la interacción enfermera-paciente e influyen en el establecimiento del vínculo [5]

Por último, otra demanda que podemos encontrar frecuentemente en la administración del medicamento siguiendo los lineamientos del DOTS7TAES, es el desplazamiento que deben tener los pacientes al movilizarse a las instituciones de salud, debido a la distancia de estos en relación con su residencia [53], por lo que es necesario examinar el impacto de los factores económicos en la permanencia de los pacientes dentro del programa hasta completar el tratamiento. [27] Además en el tratamiento supervisado, la demora en la atención o los horarios incompatibles con los turnos de trabajo de los pacientes, hacen que

muchos individuos dejen de buscar el servicio de salud, tanto para la búsqueda para el diagnóstico como para la realización del tratamiento, contribuyendo al abandono del tratamiento por el miedo de perder el empleo u otras actividades. [30][39]

Dada la importancia del trabajo de enfermería, es esencial que los profesionales de salud sean flexibles en el horario de supervisión, buscando una dinámica armónica con las actividades laborales de los pacientes. [5]

## **PREFERENCIAS**

Para Pender, las preferencias son conductas mediante las cuales los individuos poseen control alto y contribuyen a la adopción de la conducta promotora de la salud. [23]

Se pueden identificar como preferencias las influencias familiares y sociales, que favorecen al individuo adquirir la conducta promotora de salud [23]. Según el informe del Ministerio de Salud para el control de la TB, el Acompañamiento familiar contribuye en la curación del paciente en un 85% [31]

Con respecto a las influencias sociales, es importante para una mejor comprensión de la enfermedad, hablar o crear vínculos con personas que han padecido la enfermedad previamente, estas experiencias puede ayudar a mejorar los esquemas terapéuticos, la adherencia al tratamiento y el bienestar de estas personas, mejorando el éxito de su proceso terapéutico [9] La influencia o el testimonio de una historia personal, puede alentar a las personas en situación de riesgo a hacerse la prueba para la tuberculosis. Hablar con las personas afectadas por la tuberculosis, las anima a completar el tratamiento y a mitigar la estigmatización. [29]

Del mismo modo, el profesional de enfermería tiene un papel fundamental en el desarrollo de la autonomía en el paciente y motivación a adquirir conductas saludables para la vida La enfermera, [27] además de supervisar la ingesta de medicamentos interactúa con el paciente fortaleciendo el vínculo entre ellos considerando este último como una prioridad durante el proceso asistencial. [40]

Por lo anterior es necesario resaltar la importancia del diálogo entre el profesional y el paciente, el equipo de salud y la familia, las instituciones y la sociedad. La construcción de la unión profesional-paciente y familia, favorece la transformación de la práctica asistencial [36]

Las declaraciones de los pacientes que han recibido tratamiento anti/TB, revelan que la DOTS significa supervisar, garantizar la adhesión, evitar el abandono, garantizar la cura, controlar la transmisión de la tuberculosis y que es un momento en el que se puede crear un vínculo [41]

## **CONDUCTA PROMOTORA DE LA SALUD**

Según Pender, la conducta promotora de la salud, es el resultado positivo de las actividades planteadas por el paciente y el profesional de enfermería., [24] entendiéndose como resultado positivo, el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y vida productiva [23]

Según el Doctor Francisco Cadena en su tesis de doctorado titulado “Eficacia de intervención promotora de la salud en la adherencia al tratamiento y estilo de vida en enfermos de TBP”, determina que las intervenciones educativas de enfermería hacia las estrategias de promoción de la salud, mejoran la adherencia al tratamiento, crean responsabilidad en el compromiso de salud y crean estilos de vida saludables en los pacientes con TB. [52].

Lo primero que vamos a esperar es la aceptación del estado de salud y la conducta de fomento de la salud [53] en donde el paciente por medio de la educación y búsqueda autónoma de información, eliminará los conceptos erróneos de la enfermedad, continuará con sus actividades diarias, tomando buenas decisiones para modificar las conductas nocivas para la salud que pueda contribuir a la complicación de la enfermedad. [53]

De acuerdo a lo anterior, identificamos la educación como un pilar para la adhesión al tratamiento. En los pacientes con TB después de haberlos educado, podemos evaluar el incumplimiento [47]. La conducta de adhesión es definida según el NOC como las acciones autoiniciadas para fomentar el bienestar, la recuperación y la rehabilitación óptima de su estado de salud. Por medio de la asistencia y utilización de los servicios de atención de forma regular, el paciente adopta la estrategia de recibir el tratamiento supervisado asistiendo al centro de salud de manera diaria siendo esta una forma de identificar su adherencia, además de evaluar conocimientos acerca de la enfermedad, los beneficios del tratamiento y cambios saludables en su vida diaria. [53]

De igual manera se evalúa la conducta de cumplimiento: medicación prescrita [53], de forma simultánea con la conducta de adhesión, esta conducta de cumplimiento es definida por el NOC como las acciones personales para administrar el medicamento de forma segura con el fin de cumplir las recomendaciones del profesional de la salud para generar la conducta promotora de la salud. Esta se puede evaluar por medio del seguimiento de las recomendaciones dadas por el profesional de la salud como es la ingesta del medicamento a la misma hora todos los días, una hora después de una comida principal, evitar el consumo de bebidas alcohólicas, e identificar y controlar los efectos adversos del medicamento. [53]

El conocimiento del proceso de enfermedad es definido como el grado de comprensión transmitido sobre el proceso de una enfermedad concreta y prevención de complicaciones. Relacionado con este se encuentra el conocimiento: fomento de la salud. Estas intervenciones se evalúan en el paciente por medio de la expresión oral acerca de las generalidades de la tuberculosis, signos y síntomas, causas o factores de riesgo, progresión

y complicaciones de la enfermedad, también por la verbalización de la percepción de barreras, percepción de beneficios, autoeficacia, y los cuidados que el realiza para mantener su autocuidado.

Con respecto a la familia, lo que se espera es la integridad de la familia, que la familia le demuestre al paciente lazos emocionales que contribuyen a creación de sentimientos positivos para generar la conducta promotora de salud. Para evaluar este resultado el paciente y la familia trabajan juntos en la resolución de problemas, se proporcionan mutuamente apoyo durante los periodos de crisis, se manifiestan afecto entre ellos mismos, comparten pensamientos, sentimientos, intereses y preocupaciones. [53]

Por todo lo anterior, es válido afirmar que el control de la tuberculosis está más allá de la supervisión de la ingestión de los medicamentos o tratamiento supervisado, ya que incluye el proceso de unión entre los pacientes, la familia y el personal sanitario. Tal relación es extremadamente importante para el cumplimiento con el tratamiento, haciendo que el paciente sea el consiente de su conducta saludable, con una autonomía considerable en los procesos de toma de decisiones [40]

## CONCLUSIONES

En esta revisión de la literatura se articularon varias herramientas de enfermería las cuales nos permiten fundamentar el plan de acción para la adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis.

La promoción de la salud, se encamina a la formación de actividades individuales y colectivas con el fin de modificar conductas de riesgo para la salud y crear estilos de vida saludables. Es por eso que existen organizaciones y entidades a nivel mundial y nacional trabajando en la creación de actividades, planes y políticas dirigidos al control, promoción de la salud y prevención de la enfermedad para la lucha contra la tuberculosis.

El control de la enfermedad no solo depende del paciente. El profesional de enfermería juega un rol muy importante en el control de la tuberculosis, estando la enfermera presente desde el ingreso del paciente al programa, hasta cuando el paciente es curado o dado de alta. Durante todo este proceso, la enfermera tiene la responsabilidad de hacer acciones en pro de la salud del paciente y su familia por medio de herramientas como es el Modelo de Promoción de la Salud

, los diagnósticos NANDA y la aplicación del NIC y NOC, los cuales contribuyen a dar un mejor cuidado evaluando sus actividades.

El modelo de la promoción de la salud, es una herramienta útil en cualquier momento de cuidado; la enfermera crea acciones dirigidas a fomentar las conductas promotoras de

salud no solo en el enfermo, sino también, en todo su entorno. Al conocer e identificar los componentes del modelo, las enfermeras, reconocen las necesidades de salud de las personas con TB. Estas necesidades están relacionadas, en primera instancia con la dimensión biológica producto de la manifestación clínicas propias de la enfermedad. Identificadas estas manifestaciones, se da el diagnóstico e inmediatamente se inicia nuestro plan de acción abarcando a la persona holísticamente para entrar en detalles a la identificación de barreras, beneficios y demás características del modelo, que nos permitan potencializar al individuo su autoeficacia para lograr mejores resultados en la adherencia al tratamiento y finalización del mismo para darlo como curado, siendo este último nuestro objetivo inicial, fomentando siempre el mejoramiento de su salud.

Por medio de los diagnósticos NANDA, podemos identificar los problemas prioritarios a los que debemos dirigir nuestro cuidado, con respecto a la tuberculosis, y según la revisión de la literatura, se identifica que la educación, la relación enfermera-paciente y apoyo familiar contribuyen de manera fundamental en la adherencia al tratamiento.

Por medio de las estrategias NOC y NIC se pueden identificar los resultados esperados de acuerdo a las intervenciones que vamos a implementar en el paciente, para la creación y ejecución de estas acciones e intervenciones es fundamental que el plan de acción sea de mutuo acuerdo, para poder establecer una buena relación enfermera-paciente, de tal manera, la enfermera identifica las necesidades que pueden aparecer a lo largo del tratamiento y así mismo satisfacerlas por medio de nuevos planes de acción.

La educación a la familia y al paciente contribuye de manera favorable no solo a la adopción del plan de acción, sino también a romper los estigmas y mitos que la sociedad tiene sobre esta enfermedad, y contribuye a la creación o fortalecimiento del vínculo del paciente con su núcleo familiar.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud y Protección Social, ¿qué es la tuberculosis TB? En línea [<http://www.minsalud.gov.co>] Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Tuberculosis.aspx>. Consultado el 28 de agosto de 2014
2. Organización de las Naciones Unidas (ONU), Informe de 2011-Objetivos del Desarrollo del Milenio. En línea [<http://www.un.org>] Disponible en: [http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/11-31342\(S\)MDG\\_Report\\_2011\\_Book\\_LR.pdf](http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/11-31342(S)MDG_Report_2011_Book_LR.pdf) Consultado el 28 de agosto de 2014
3. Organización Mundial de la Salud (OMS), Informe mundial sobre la tuberculosis 2013. En línea [[apps.who.int](http://apps.who.int)] Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/103227/1/WHO\\_HTM\\_TB\\_2013.15\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/103227/1/WHO_HTM_TB_2013.15_spa.pdf) Consultado el 28 de agosto de 2014
4. Organización Panamericana de la salud (OPS), Plan estratégico “Colombia Libre de Tuberculosis 2010-2015” En línea [<http://www.paho.org>] Disponible en: [http://www.paho.org/col/index.php?option=com\\_content&view=article&id=431:plan-estrategico-colombia-libre-de-tuberculosis-2010-2015&Itemid=361](http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=431:plan-estrategico-colombia-libre-de-tuberculosis-2010-2015&Itemid=361) Consultado el 29 de agosto de 2014
5. Queiroz EM, De-La-Torre-Ugarte-Guanilo MC, Ferreira KR, Bertolozzi MR. Tuberculosis: límites y potencialidades del tratamiento supervisado. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Serie en Internet] 2012; 20(2):1-9
6. Musayón OFY, Loncharich N, Salazar ME, Leal David HM, Silva I, Velásquez D. El rol de la enfermería en el control de la tuberculosis: una discusión desde la perspectiva de la equidad. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Serie en Internet] 2010 ; 18( 1 ): 130-138.
7. Ferracio M, Cruz RA, Biagolini REM. Tratamento Supervisionado da Tuberculose: a opinião da equipe do Programa Saúde da Família. Saúde Coletiva, Redalyc [Serie en Internet], 2008, 4, (14), 55-61
8. Unión Nacional contra la Tuberculosis y enfermedades respiratorias, Manejo de la tuberculosis, una guía esencial de buenas prácticas, sexta edición, 2010, ISBN: 978-2-014365-82-6
9. Farias SNP, Medeiros CRS, Paz EPA, Lobo AJS, Ghelman GL. Completeness in caring: study of quality of life in clients with tuberculosis. Esc Anna Nery [Serie en Internet] 2013; 17(4): 749-754.
10. Farga V, Caminero JA. Tuberculosis. Editorial Mediterráneo. 3ra edición. Providencia Santiago de Chile. 2011.

11. Muñoz SAI, Bertrolozzi MR. Percepción de los trabajadores de salud de unidades básicas de salud de Sao Paulo (Brasil) sobre la tuberculosis. Av.enferm [Serie en Internet] 2009, XXVII (2):19-24
12. Sia IG: Wieland ML. Current Concepts in the Management of Tuberculosis. Symposium On Antimicrobial Therapy, Clin Proc [Serie en Internet] 2011;86(4):348-361
13. Konradsen H, Lillebaek T, Wilcke T, Lomborg K. Being publicly diagnosed: A grounded theory study of Danish patients with tuberculosis. Int J Qual Stud Health Well-being [Serie en Internet] 2014; 9: 10.3402
14. Ministerio de protección social. Guía de atención de la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar. En línea. [<http://e-nfectologiaped.com>.] Disponible en: <http://e-nfectologiaped.com/documentos/guiatb.pdf>. Consultado el 26 de septiembre del 2014.
15. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud publica tuberculosis. Junio 11/2014
16. Giraldo OA, Toro RMY, Macias LAM, Valencia GCA, Palacio RS. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de los estilos de vida saludables. Hacia la promoción de la salud, [Serie en Internet] 2010, 15(1): 128 – 143
17. Pinet G. *Buenas prácticas en legislación y regulaciones para el control de la tuberculosis: un indicador de la voluntad política* de Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001. En línea: [[www.who.int](http://www.who.int)] Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_CDS\\_TB\\_2001.290.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_CDS_TB_2001.290.pdf?ua=1) Consultado el 29 de agosto del 2014
18. Organización Mundial de la Salud (OMS 2006), Estrategia Alto a la TB, construyendo y mejorando el DOTS para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionado con la tuberculosis. En línea [[www.whqlibdoc.who.int](http://www.whqlibdoc.who.int)] Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO\\_HTM\\_STB\\_2006.368\\_eng.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_HTM_STB_2006.368_eng.pdf?ua=1) Consultado el 28 de agosto del 2014
19. Glaziou P, Floyd K, Korenromp LE, Sismanidis C, Bierrenbach AL, Williams GB, Atunb R, Raviglione M. Lives saved by tuberculosis control and prospects for achieving the 2015 global target for reducing tuberculosis mortality. Bull World Health Organ [Serie en Internet] 2011; 89:573–582
20. Instituto Nacional de Salud. Boletín epidemiológico semanal. En línea [<http://www.ins.gov.co>]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/Boletn%20Epidemiologico/2014%20Boletin%20epidemiologico%20semana%2041.pdf> Consultado el 18 de octubre del 2014
21. Ministerio de Protección social, Plan Nacional de Salud Pública, En línea [<http://www.minsalud.gov.co>] Disponible en:

<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20P%3%BAblica%202007-%202010-AVANCES%20Y%20RETOS%20EN%20EL%20FORTALECIMIENTO%20DE%20SALUD%20PUBLICA%20EN%20COLOMBIA.pdf> Consultado el 29 de agosto de 2014

22. Ministerio de Protección social, Resolución 0425 de 2008, En línea [<http://www.alcaldiabogota.gov.co/>] Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=28912> consultado el 26 de septiembre del 2014
23. Pender NJ. Health Promotion in Nursing Practice. Appleton & Lange, 1996
24. Aristizabal HGP, Blanco BDM, Sánchez RA, Ostiguín MRM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. ENEO-UNAM [Serie en internet] 2011, 8(4)
25. Williams G. Directrices sobre la tuberculosis para las enfermeras en el control y la lucha contra la tuberculosis y la tuberculosis multirresistente. 2da edición, ISBN: 978-92-95065-37-6.
26. Souza SS, Silva DMGV, Meirelles BHS. Social representations of tuberculosis, Acta Paul Enferm [Serie en Internet] 2010; 23(1):23-8.
27. Aponte GLH, Hernández PRF. Alteraciones de los patrones funcionales en personas con tuberculosis pulmonar, Villavicencio, Colombia. Rev. Av.enferm [serie en internet] 2011, XXIX (1):42-54.
28. Martínez COA, Suancha FEL, Sánchez MALI. Conocimientos sobre tuberculosis en trabajadores de la salud en una localidad de Bogotá D. C. av.enferm. [Serie en Internet], 2011, XXIX (1): 143-151.
29. Moya EM, Lusk MW. Tuberculosis stigma and perceptions in the US-Mexico border. Salud pública Méx [Serie en Internet], 2013;55(4): 498-507
30. Muñoz SAI, Rubiano MYL, Laza VC. Adherencia al tratamiento antituberculoso: Voces de los implicados. Index Enferm [Serie en Internet] 2011; 20(1-2): 66-70
31. Hino P, Takahashi RF, Bertolozzi MR, Villa TCS, Egry EY. Conocimiento del equipo de Salud de la Familia acerca de las necesidades de salud de las personas con tuberculosis. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Serie en Internet], 2012; 20(1): [09 pantallas]
32. Muñoz SAI, Rubiano MYL. Proceso Salud-Enfermedad construido en torno a la Tuberculosis: un caso en Bogotá (Colombia), Index Enferm, [Serie en Internet]. 2011; 20(4): 229-232
33. Gaviria MB, Henao HM, Martínez T, Bernal E. Papel del personal de salud en el diagnóstico tardío de la tuberculosis pulmonar en adultos de Medellín, Colombia. Rev Panam Salud Publica [Serie en Internet],2010;27(2):83–92.

34. James S, Watson M. Mycobacterium tuberculosis: implications for district nurses. Br J Community Nurs. [Serie en Internet] 2010 Oct; 15(10):492-5.
35. Palha PF, Silva LMC, Wysocki AD, Andrade RLP, Protti ST, Scatena LM, Villa TCS. Acesso aos serviços de atenção à tuberculose: análise da satisfação dos doentes, Rev Esc Enferm USP [Serie en Internet] 2012; 46(2):342-8
36. Alves RS, Souza KM, Oliveira VAA, Palha PF, Nogueira JA, Sá LD. Tuberculosis treatment abandonment and comprehensive health care to patients in the family healthcare strategy. Text Context Nursing, [Serie en Internet], 2012; 21(3): 650-7.
37. Delgado CK, Montag RA, Bravo GS, Vélez E, Montoya SA, Garbin NA, Silva CW, Ortiz BA. Factors Associated with Anti-Tuberculosis Medication Adverse Effects: A Case-Control Study in Lima, Peru. PLoS ONE [Serie en Internet] 2011; 6(11):1
38. Monroe AA, Gonzales RIC, Palha PF, Sasaki CM, Ruffino Netto A, Vendramini SHF, Villa TCS. Envolvimento de equipes da Atenção Básica à Saúde no Controle da Tuberculose. Rev Esc Enferm USP [Serie en Internet] 2008; 42(2):262-7
39. Lafaiete RS, Motta MCS, Villa TCS. Satisfacción de los usuarios con el programa de control de la tuberculosis de un municipio de Rio de Janeiro, Brasil. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Serie en Internet], 2011, 19(3):[07 pantallas]
40. Brunello MEF, Cerqueira DF, Pinto IC, Acenio RA, Gonzalez RIC, Villa TCS, Scatena LM. Interaction between patient and health care professionals in the management of tuberculosis. Acta Paul Enferm [Serie en Internet], 2009; 22(2): 176-82
41. Terra MF, Bertolozzi MR. ¿El tratamiento con supervisión directa (“DOTS”) contribuye para la adhesión al tratamiento de la tuberculosis. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Serie en Internet] 2008 julho-agosto; 16(4)
42. Sanchez AIM, Bertolozzi MR. Más allá del DOTS (Directly observed treatment short-course) en el control de la tuberculosis: medio que promueve la comunicación y la identificación de las necesidades.
43. Sá LD, Oliveira AAV, Gomes ALC, Nogueira JA, Villa TCS, Collet N. Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras, Rev Esc Enferm USP [Serie en Internet] 2012; 46(2):356-63
44. Barrêto RAJ, Evangelista FAL, Sá DL, Almeida SA, Nogueira JA, Cavalcante LAM. Gestão do cuidado à tuberculose: da formação à prática do enfermeiro. Rev Bras Enferm. [Serie en Internet], 2013; 66(6): 847-53.
45. Brunello MEF, Magnabosco GT, Arakawa T, Andrade RLP, Villa TCS. Nursing approach to the control of tuberculosis: scientific publications (2002-2011), International Journal of Research in Nursing, [Serie en Internet], 2012, 3 (2), 30-37.
46. Chirinos NEC, Meirelles BHS. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa, Texto Contexto Enferm, Florianópolis Florianópolis [Serie en Internet], 2011; 20(3): 599-406.

47. Herdman TH, NANDA internacional. Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación 2012-2014. Elsevier. Barcelona.
48. Bulechek GM, Docheterman JM, Butcher HK, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Elsevier. Sexta edición.
49. Taipe TME, Relación entre adherencia y nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Primavera El Agustino, 2009 [tesis] Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana, 2009.
50. Scatolin BE, Pinto ESG, Arcênio RA, Andrade RLP, Wysocki AD, Ponce MAS, Arakawa T, Villa TCS, Palha PF. Active case finding: community health workers' activity related to tuberculosis control in a large city, Brazil. Text Context Nursing, Florianópolis [Serie en Internet], 2014; 23(2): 261-9.
51. Assis EG, Beraldo AA, Monroe AA, Scatena LM, Cardozo-Gonzales RI, Palha PF, Protti ST, Villa TCS. A coordenação da assistência no controle da tuberculose. Rev Esc Enferm USP [Serie en Internet] 2012; 46(1):111-8
52. Cadena SF, Eficacia de una intervención promotora de salud en la adherencia al tratamiento y estilo de vida en enfermos con TBP [tesis doctoral] Nuevo Laredo, Tamaulipas, México: Universidad de Alicante, Facultad de Enfermería, 2011
53. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Elsevier. Cuarta edición.