

CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO DE LAS PERSONAS
PORTADORAS DE VIH/SIDA EN UNA FUNDACIÓN DE BOGOTÁ, EN EL
PERIODO COMPRENDIDO ENTRE AGOSTO A NOVIEMBRE DE 2007.



MARTHA ISABEL CELY MANOSALVA
XIMENA VICTORIA ESPINOSA MARIN
JAIR ALBERTO MATEUS REY

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
DEPARTAMENTO DE ÁREA CLINICA
BOGOTÁ D. C.
2008

CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO DE LAS PERSONAS
PORTADORAS DE VIH/SIDA EN UNA FUNDACIÓN DE BOGOTÁ, EN EL
PERIODO COMPRENDIDO ENTRE AGOSTO A NOVIEMBRE DE 2007.



MARTHA ISABEL CELY MANOSALVA
XIMENA VICTORIA ESPINOSA MARIN
JAIR ALBERTO MATEUS REY

Trabajo de grado presentado
como requisito parcial para obtener
el título de Enfermeros

ASESORA:
SANDRA MÓNICA RODRÍGUEZ
ENFERMERA ESPECIALISTA EN CARDIORESPIRATORIO.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
BOGOTÁ D.C.
2008

DEDICATORIA

A Dios, por permitirnos ser tolerantes en este trabajo como grupo y por los beneficios a obtener...

A nuestros padres, por el apoyo brindado, la búsqueda de hacernos personas de bien y la paciencia en el largo camino...

A nuestras parejas, por la paciencia, el apoyo incondicional y cariño brindado...

A mis compañeras de trabajo de grado, por todo lo compartido y enseñado...

A David Felipe, por el tiempo que no compartimos, por el deseo de ser profesional para darte lo mejor...

A nuestra asesora, Sandra Mónica Rodríguez, por su constante apoyo y paciencia en la construcción de este trabajo para obtener nuestro título de Enfermeros...

A la Pontificia Universidad Javeriana y la Facultad de Enfermería, por el aporte en la formación profesional...

Martha Cely Manosalva
Ximena Espinosa Marín
Jair Mateus Rey

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Bogotá D.C., Mayo de 2008

TABLA DE CONTENIDO

	Pag
INTRODUCCIÓN	12
1. MARCO DE REFERENCIA.	15
1.1 PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN	15
1.2 PREGUNTA PROBLEMA	16
1.3 DEFINICION DE TERMINOS.	16
1.3.1 Capacidad De Agencia	16
1.3.2 Autocuidado.	17
1.3.3 Portador.	17
1.3.4 VIH/SIDA.	17
1.3.5 Fundación.	17
1.4 OBJETIVOS.	17
1.4.1 General.	17
1.4.2 Específicos.	18
1.5 PROPOSITOS.	18
2. MARCO TEÓRICO	19
2.1 VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) Y SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).	19
2.2 AUTOCUIDADO BASADO EN LA TEORIA DE DOROTHEA OREM.	23
2.3 FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES	29
2.4 CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO	30
2.5 INSTRUMENTOS PARA MEDIR AGENCIA DE AUTOCUIDADO	33

2.6 AUTOCUIDADO EN LA PERSONA CON VIH/SIDA.	37
2.6.1 Conocimiento del estado de salud	37
2.6.2 Higiene personal.	39
2.6.3 Nutrición en la persona portadora de VIH/SIDA.	39
2.6.4 Actividad física en la persona portadora De VIH/SIDA.	42
2.6.5 Interacción Social.	43
2.6.6 Factores influyentes en la capacidad de agencia de autocuidado en la persona portadora de VIH/SIDA.	44
3. MARCO METODOLÓGICO	48
3.1 TIPO DE ESTUDIO	48
3.2 POBLACIÓN DE REFERENCIA Y MUESTRA	48
3.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA.	48
3.4 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:	48
3.4.1 Etapas de obtención de la información:	48
3.4.2 Descripción del instrumento para la obtención de la información.	49
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	49
4. MARCO DE ANALISIS Y RESULTADOS	50
4.1 PRESENTACION DE RESULTADOS	50
4.1.1 Análisis de variables sociodemográficas	51
4.1.2 Análisis general de la capacidad de agencia de autocuidado	55
4.1.3 Análisis por categorías de la capacidad de agencia de autocuidado	56
4.1.4 Capacidad de agencia de autocuidado con relación a las variables sociodemograficas.	61
CONCLUSIONES	67

RECOMENDACIONES	68
BIBLIOGRAFÍA	69
ANEXOS	72

LISTA DE TABLAS

	Pag
Tabla 1. Tabla de variables sociodemocráticas.	51

LISTA DE GRAFICOS

	Pag
Gráfica No. 1. Capacidad de agencia de autocuidado.	55
Gráfica No. 2. Interacción Social.	56
Gráfica No.3. Bienestar Personal.	57
Gráfica No.4. Actividad y Reposo.	58
Gráfica No.5. Mantenimiento de un consumo de alimentos suficientes.	59
Gráfica No.6. Promoción del funcionamiento y desarrollo personal.	60
Gráfica No.7. Capacidad de agencia de autocuidado según el Sexo.	61
Gráfica No.8. Capacidad de agencia de autocuidado Según Condición Sexual.	62
Gráfica No.9. Capacidad de agencia de autocuidado Según Edad.	63
Gráfica No.10. Capacidad de agencia de autocuidado Según el Estado Civil.	63
Gráfica No.11. Capacidad de agencia de autocuidado– nivel educativo.	64
Gráfica No. 12. Capacidad de agencia de autocuidado según estrato económico.	65

Gráfica No. 13. Capacidad de agencia de autocuidado en relación con Seguridad Social. 66

LISTA DE ANEXOS

	Pag
ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO DIRIGIDO A LA PERSONA PORTADORA DE VIH/SIDA	72
ANEXO 2. ENCUESTA PARA EVALUAR LA CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO DE LA PERSONA CONVIVIENTE CON VIH/SIDA.	73

INTRODUCCIÓN

Estados Unidos fue el primer país donde se informó un caso de síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA), en 1981, cuando aparecieron casos de neumonía por *Pneumocystis carinii* y luego casos de un tumor hoy conocido como Sarcoma de Kaposi. Ambas enfermedades eran características de pacientes inmunodeprimidos. Al seguir uno de los más interesantes procesos en la historia de la investigación en epidemiología, las ciencias básicas y la medicina clínica, pronto se llegó a identificar el agente causal, los grupos expuestos a riesgo y el proceso patológico subyacente¹.

La pandemia por VIH/SIDA ha generado numerosas pérdidas humanas, deterioro de la calidad de vida de millones de personas, consecuencias económicas negativas derivadas del incremento de los recursos necesarios para la atención en salud, y la incapacidad y muerte de miles de personas en edad productiva, que la sitúan como uno de los mayores desafíos para la humanidad. El Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) ha cobrado la vida de más de 25 millones de personas desde que fue identificado por primera vez, siendo así una de las epidemias más destructivas en los anales de la historia. A pesar de las recientes mejoras en el terreno del acceso al tratamiento antirretroviral y la atención en muchas regiones del mundo, en el 2005 la epidemia de SIDA acabó con la vida de 3,1 millones de personas, de las cuales más de medio millón (570 000) eran niños.

El número total de personas que vivía con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) a nivel mundial alcanzó su nivel más alto en el 2005: se estimaba que aproximadamente 40,3 millones de personas vivían con el VIH y cerca de 5 millones se reportaron como nuevos casos¹.

En Colombia, el primer caso de sida se diagnosticó en 1983 y desde entonces se ha evidenciado una tendencia hacia el aumento de su incidencia a través de los años. La primera década de la epidemia en Colombia, se caracterizó por el predominio marcado de la transmisión entre Homosexuales y por los casos originados en transfusiones de sangre y sus derivados, sin embargo, la transmisión por transfusión ha disminuido progresivamente desde 1996, por la implementación y fortalecimiento del sistema de control de calidad de sangre y hemoderivados en la Red Nacional de bancos de sangre.²

De acuerdo con las cifras estimativas más recientes del Ministerio de Protección Social de Colombia, en el año 2007 la prevalence de infección en la población

¹ MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Boletín epidemiológico nacional. 2006.

² Ibid

adulta entre los 15 y 49 años es de 0,7% con un estimado de 171.504 casos y para el 2015 la meta es mantener la prevalencia de la epidemia por debajo de 1.2% en la población que se encuentra entre estas mismas edades. El número de personas que actualmente viven con la infección según el reporte de situación de la epidemia por VIH/SIDA en Colombia de diciembre del 2007, son 57.489 casos; de los cuales el 76.6% son hombres y el 22.1% son mujeres, el 40.9% no identifica un mecanismo probable de transmisión y, el 59.1% lo reporta haciendo referencia a un 58.1% correspondiente al comportamiento heterosexual y el 37.6% homosexual y bisexual³.

La enfermedad del VIH/SIDA hace parte de las enfermedades no curativas las cuales tienen una gran incidencia que no discrimina edad, sexo, raza, condición social, haciéndose parte del desarrollo de la vida cotidiana de la persona portadora. Al volverse parte de la vida de las personas, se ve la necesidad de valorar el autocuidado con el fin de evitar la propagación de la enfermedad. Por tal motivo, es importante aliviar significativamente la carga de convivir con un problema crónico y aun incurable como lo es el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

Toda persona con un problema crónico de salud tiene necesidades que van más allá de los cuidados médicos y de enfermería, ya que precisa de cuidados higiénicos y dietéticos así como de apoyo social, emocional y espiritual. Es por esto que los profesionales de la salud deben ser conscientes de las necesidades educativas del paciente portador del VIH/SIDA, quienes requieren de una serie de conocimientos para manejar la enfermedad, por eso es importante indagar en ellos acerca de los conocimientos y las prácticas en relación con su tratamiento farmacológico y no farmacológico para identificar así los signos y síntomas de la enfermedad con el fin de prevenir complicaciones y mantener un nivel de control de la misma⁴.

Los profesionales de la salud son asesores y colaboradores de los pacientes, en el éxito, manejo y control de la enfermedad, pero también depende fundamentalmente de ellos mismos y de la aceptación de su tratamiento farmacológico y no farmacológico.⁵

Una vez conocen su diagnóstico las personas portadoras de VIH deben realizar prácticas de autocuidado que van desde el ajuste del tratamiento médico, hasta cambios en su estilo de vida (ejercicio, dieta y precauciones en general.)

³ MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Resumen de la epidemia de VIH/SIDA en Colombia 2007 www.minproteccionsocial.gov.co fecha de consulta 6 de marzo de 2008

⁴ 3. GONZÁLEZ Elena y asociados, Guía de atención domiciliaria para la persona que vive con VIH sida, Septiembre, México, ADN editores, Pág. 5

⁵ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Protocolo SIVIGILA archivo electrónico Acrobat PDF disponible en: http://www.ins.gov.co/pdf/vcsp/protocolo_12dic2006_VIH_2007.pdf; pág 2,4. fecha de consulta noviembre 02 de 2007

La importancia de este estudio radica en conocer la capacidad de agencia de autocuidado que tienen las personas portadoras de VIH/SIDA debido a la poca información e investigación relacionada con el tema, teniendo en cuenta características personales, familiares, sociales y de vida que rodea a cada persona.

Por lo tanto se realizará un estudio de tipo descriptivo, transversal o de corte con abordaje cuantitativo, en donde se aplicara una encuesta estructurada para recopilar los datos que permitan identificar en las personas portadoras de VIH/SIDA la Capacidad de Agencia de Autocuidado.

1. MARCO DE REFERENCIA

1.1 PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Teniendo en cuenta el reporte entregado por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) donde se estimó que en diciembre de 1998 había en el mundo más de 34.4 millones de personas que vivían con el VIH/SIDA, cifra que incluía a 13.8 millones de mujeres, 18.4 millones de hombres y 1.2 millones de niños . La mayoría de ellos (70%) habitaban en África y un 5% en América Latina y el Caribe. Desde que se inició la epidemia de VIH/SIDA han muerto aproximadamente 13.9 millones de personas debido al SIDA, y de aquellos murieron 2.5 millones en el año de 1998. Para diciembre de 1998 la OMS y ONUSIDA estimaban en 1.73 millones las personas viviendo con VIH/SIDA en Latino América y el Caribe.

La epidemia de VIH/SIDA en Colombia fué superada en Latinoamérica según el número de casos acumulados de infección solamente por la de Brasil y la de México. De los 20.604 casos acumulados de infección por VIH reportados en Colombia hasta marzo de 1999, 3.412 habían muerto a causa del SIDA. La tasa más alta de incidencia acumulada se registró en Bogotá (63.0 por 100,000 habitantes), seguida del Valle del Cauca, Antioquia, Atlántico y Santander.⁶

Actualmente desde el informe presentado en el 2005 por el Director Ejecutivo del ONUSIDA, el número de personas que viven con el VIH ha ido en aumento. En el 2006 vivían con el virus un total de 39,5 millones de personas, lo cual supone un aumento del 2,6% en relación con la cifra de 2004. El número de adultos y niños recientemente infectados sigue siendo de 4 millones al año. En muchas regiones del planeta las nuevas infecciones por VIH se concentran sobre todo en los jóvenes (de 15 a 24 años de edad), en el 2006 representaban el 40% de las nuevas infecciones por el virus. Estas cifras demuestran que no se exagera al destacar la importancia de contar con programas de prevención efectivos y provistos de objetivos precisos⁷, donde se haga énfasis en la importancia del autocuidado siendo éste una falencia que genera la extensión de la enfermedad, teniendo en cuenta que a esta característica se adjunta la familia, el entorno y la sociedad.

⁶ MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL Guía de atención del VIH/SIDA, servicio salud Colombia. Resolución número 00412 de 2000, pág. 4

⁷ ONU. Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (ONUSIDA). Mayo de 2007, pág. 4

Después de analizar las estadísticas y observar el incremento de la enfermedad a nivel mundial, se vio la necesidad investigar que tanto conocen las personas portadoras de VIH/SIDA sobre su autocuidado y la práctica que tienen del mismo, en una fundación de Bogotá D. C.

El concepto actual de autocuidado emerge como una estrategia válida, al surgir mayor comprensión y evidencia de la influencia de los estilos de vida y las conductas de las personas en su estado de salud, a lo que se suma el aumento de los costos de la atención. Se ha podido determinar que el autocuidado es importante, ayuda a reducir el riesgo de contraer enfermedades oportunistas o de que éstas se compliquen de manera innecesaria, maximiza las capacidades individuales y permite que las personas continúen con sus sueños y proyecto de vida⁸. Partiendo de la enfermedad del VIH/SIDA afecta a miles de personas en el mundo, se debe hacer énfasis en la importancia del autocuidado de las mismas, su magnitud los hace susceptibles ante cualquier enfermedad partiendo desde un estado gripal hasta una peritonitis.

De otra parte es importante el apoyo y educación en autocuidado que se les ofrece a las personas con VIH/SIDA por parte de sus familiares, como el personal de salud, el cual está relacionado con las ventajas de realizar su AUTOCUIDADO y las medidas necesarias a implementar para cuidarse y cuidar a otros⁷. Además, el respaldo que legalmente tienen estas personas por el Estado, el cual tiene la obligación de organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes, y con relación a las personas infectadas por el VIH/SIDA debido al carácter de la enfermedad, las autoridades están en la obligación de darle a estas personas protección especial, con miras a garantizar sus derechos humanos y dignidad.

1.2 PREGUNTA PROBLEMA

¿Cuál es la capacidad de agencia de autocuidado de las personas portadoras de VIH/SIDA de una fundación de Bogotá, en un periodo comprendido de Agosto a Noviembre de 2007?

1.3 DEFINICION DE TERMINOS.

1.3.1 Capacidad De Agencia

Se define como las habilidades especializadas que permiten a los individuos identificar y satisfacer los requerimientos para su funcionamiento y desarrollo. Para este estudio se define como las habilidades físicas, emocionales y socio

⁸ CAZENAVE, Angélica, FERRER, Ximena, el familiar cuidador de pacientes con SIDA y la toma de decisiones en salud. disponible en <http://www.scielo.cl/pdfrci/v22n1/art07.pdf>. fecha de consulta noviembre 26 de 2007.

culturales que tiene la persona portadora de VIH/SIDA para autocuidarse en las actividades básicas de la vida diaria.

1.3.2 Autocuidado. Para definir el concepto de autocuidado se tomó como referencia la teoría de enfermería de Dorotea Orem quien lo define: como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo.

El autocuidado es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar". Para este estudio el autocuidado hace referencia a las habilidades obtenidas a favor de sí mismo, según los conocimientos adquiridos de la enfermedad.

1.3.3 Portador. Para este estudio hace referencia a la persona que es diagnosticada VIH positiva que produce la enfermedad del SIDA, sin sufrirla y actúa como propagador de la misma.

1.3.4 VIH/SIDA. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es causado por un Retrovirus humano llamado Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) que fue descubierto en el año de 1983. Pertenece a la familia Retroviridae y contiene material genético de tipo ácido ribonucleico (RNA). Este virus destruye lentamente el sistema inmunitario del humano, principalmente los linfocitos ayudadores, los cuales poseen el receptor llamado "CD4" al cual se une el virus, destruyendo estas células y causando un grave daño en las funciones de la inmunidad celular y el control de la inmunidad humoral.

La enfermedad por el VIH causa una deficiencia progresiva del sistema inmunitario de la persona infectada. En su estado más avanzado la enfermedad es conocida con el nombre de SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) en el que se presentan manifestaciones clínicas del tipo de las infecciones o neoplasias oportunistas secundarias al estado de inmunodeficiencia. Para este estudio, el VIH/SIDA es tenido en cuenta de acuerdo con su propia definición.

1.3.5 Fundación. Organización privada que se caracteriza por perseguir, sin ánimo de lucro, fines de interés general a favor de un colectivo genérico en este caso personas portadoras de VIH/SIDA.

1.4 OBJETIVOS.

1.4.1 General. Identificar la capacidad de agencia de autocuidado que tienen las personas portadoras de VIH/SIDA en una fundación de Bogotá.

1.4.2 Específicos.

- Identificar las características sociodemográficas de la persona portadora del VIH/SIDA, en relación con la edad, sexo, condición sexual, estrato socioeconómico, nivel educativo, estado civil y seguridad social.
- Identificar la capacidad de agencia de autocuidado de la población estudio con relación a la interacción social.
- Identificar la capacidad de agencia de autocuidado de la población estudio con relación al bienestar personal.
- Identificar la capacidad de agencia de autocuidado de la población estudio con relación a la actividad y reposo.
- Identificar la capacidad de agencia de autocuidado de la población estudio con relación al mantenimiento de un consumo de alimentos suficientes.
- Identificar la capacidad de agencia de autocuidado de la población estudio con relación a promoción del funcionamiento y desarrollo personal.
- Identificar la capacidad de agencia de autocuidado de la población estudio con relación a las características sociodemográficas.

1.5 PROPÓSITOS.

- Proporcionar a la fundación información de la investigación con el fin de dar a conocer cuál es la capacidad de agencia de autocuidado de sus participantes y asimismo, elaborar estrategias con fin de mejorar la calidad de vida de las personas portadoras de VIH/SIDA.
- Aportar al profesional de enfermería bases para ofrecer asesoría sobre autocuidado a la persona portadora de VIH/SIDA, familiares y/o cuidadores.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) Y SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).

La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana es considerada una patología de alto costo, por generar un alto impacto económico sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud y por causar un dramático efecto sobre la calidad de vida de la persona portadora, su familia y su trabajo o labor.

El VIH destruye progresivamente las células sanguíneas linfocitos; los cuales cumplen el papel de defensa inmunológica del organismo, de manera que cuando se destruyen la persona presenta susceptibilidad a la agresión por otros microorganismos infecciosos.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es la forma más grave de infección por el VIH; se considera que una persona infectada por VIH tiene SIDA cuando presenta al menos una enfermedad como complicación, o cuando su capacidad para la defensa contra las infecciones disminuye significativamente como consecuencia del descenso de niveles en el recuento de sus linfocitos CD4 +⁹.

Para la transmisión de la infección por el VIH es necesario que exista contacto con líquidos corporales que contengan células infectadas o partículas del virus; este virus puede aparecer prácticamente en cualquier líquido corporal pero su transmisión se realiza con más alto riesgo por contacto con sangre, semen, secreciones vaginales y leche materna, y en concentraciones bajas en lágrimas, saliva y orina; pero su transmisión desde estos líquidos es menos frecuente. Por tales motivos, hay un alto índice de contagio por riesgo biológico en el personal de salud, especialmente en las profesiones que están a cargo del cuidado integral del paciente como es: enfermería, terapia respiratoria y el personal médico quirúrgico.

Una vez en el organismo, el VIH se adhiere a los leucocitos, de los cuales el más importante es el linfocito T cooperador; que activa y coordina otras células del sistema inmunológico, tienen una proteína receptora llamada CD4 en el exterior de su membrana la cual hace que se denomine como CD4+. El Virus tiene su propio material genético codificado en el ARN; una vez en el interior de un linfocito CD4 + el virus transforma su ARN en ADN por medio de la encima llamada transcriptasa inversa donde, el ADN vírico se incorpora en el ADN de los linfocitos

⁹ PORTH C. Fisiopatología. Salud – enfermedad Un enfoque conceptual. Ed. 7 de 2006, cap. 22, pág. 428-429.

infectados; los propios sistemas del linfocito reproducen el virus dentro de la célula y finalmente la destruyen¹⁰.

Los miles de nuevos virus producidos por cada célula infectada, infectan a su vez otros linfocitos y también pueden destruirlos; al cabo de pocos días o semanas se ha producido la suficiente cantidad de VIH como para reducir sustancialmente el número de linfocitos y posibilitar la diseminación del virus por el organismo. Debido a la destrucción de los CD4+ se debilitan los mecanismos orgánicos de protección contra ciertas infecciones y cánceres; esta deficiencia del sistema inmunológico es parte de la razón por la que el organismo humano es incapaz de eliminar la infección del VIH una vez empezada. Sin embargo, el sistema inmunológico está capacitado para dar alguna respuesta; dentro del periodo de uno o dos meses después de haber contraído la infección el organismo produce linfocitos y anticuerpos que ayudan a rebajar la cantidad de VIH en la sangre y a mantener la infección bajo control, por esta razón la infección puede prolongarse durante mucho tiempo en algunas personas antes de causar graves problemas.

Dado que el número de linfocitos CD4+ en la sangre ayuda a determinar la capacidad del sistema inmunológico para proteger el organismo de infecciones, este número es un buen indicador de gravedad del daño causado por la infección del VIH; es característico que el 40% y el 60% de los linfocitos CD4+ se destruyen en los primeros meses de la infección y al cabo de unos seis meses, el número del recuento continúa su disminución pero a un ritmo más lento. Si en el recuento, el número disminuye por debajo de 200 células por microlitro de sangre, el sistema inmunológico se hace menos apto para combatir infecciones; un recuento por debajo de las 50 células por microlitro de sangre es sumamente peligroso ya que la aparición de infecciones oportunistas causa deterioro de la persona llegando a la muerte¹¹.

La cantidad de virus en la sangre se denomina carga viral, la cual en los primeros meses un gran número de partículas circulan la sangre, lo que hace que en esta fase la infección sea más contagiosa siendo así un importante indicador de la contagiosidad de la persona infectada y de cual va a ser la probable velocidad de progresión de la enfermedad; cuando la carga viral cae a un nivel inferior permanece constante por algún tiempo, lo cual permite que una persona infectada pueda propagar el virus poco tiempo después de infectarse, incluso si no presenta síntoma alguno.

En cuanto a las manifestaciones clínicas que presenta la persona portadora del VIH se ha visto que inicialmente no experimenta ningún síntoma; sin embargo, a las pocas semanas de la infección puede aparecer fiebre, erupciones, aumento en

¹⁰ Ibid.

¹¹ BEERS, Mark H. Nuevo manual moderno Merck de información medica general. Océano. Tomo 2. Capitulo 199. Pag 1391-1399.

el tamaño de los ganglios linfáticos, cansancio y otros síntomas menos frecuentes; algunas semanas después los síntomas desaparecen aunque es posible que los ganglios linfáticos sigan inflamados. Se puede ser portador de virus durante años, incluso décadas o mucho más tiempo antes de presentar SIDA; hasta ese momento la persona normalmente se siente bien, aunque puede presentar ciertos síntomas no específicos tales como pérdida de peso, cansancio, fiebre recurrente, diarrea, anemia y candidiasis oral.

Los principales síntomas del SIDA son los derivados de las infecciones oportunistas como las afecciones respiratorias (gripas, IRA, bronquitis); las gastrointestinales (EDA, colitis); y el síndrome de consunción asociado, que hace referencia a una pérdida de peso significativa con o sin causa evidente, puede ser causado por infecciones sucesivas o por una infección no tratada que persiste en el tiempo. Una manifestación tardía, es el sarcoma de Kaposi, tipo de cáncer que ataca los capilares superficiales de la piel que aparece como fistulas grisáceas, localizadas en la región pélvica, por debajo de las rodillas que en cuestión de semanas progresa diseminándose de forma amplia la cual tiene un pronóstico de vida de dos a tres años; periodo en el cual la persona vive en incapacidad debido a la dificultad en la movilidad, además cursan en estados depresivos los cuales se relacionan con la imagen corporal y el pronóstico de vida.

Para diagnosticar a una persona infectada por el VIH/SIDA, se utiliza el análisis de sangre específico llamada prueba de ELISA, la cual detecta la presencia de los anticuerpos VIH. Esta prueba puede reportar un análisis no reactivo: (o negativo) el cual significa que no se encontraron anticuerpos detectables en el momento de la prueba. Es necesario tener en cuenta el llamado "período de ventana inmunológica" y analizar la necesidad o conveniencia de repetir la prueba posteriormente. Se considera un tiempo prudente de ventana inmunológica de 3 a 4 meses posterior a la infección, es importante resaltar que durante este tiempo el individuo se considera como portador del virus de Inmunodeficiencia Humana, aún cuando su examen de laboratorio presuntivo (ELISA para VIH) resulte negativo; la persona contiene el virus dentro de su organismo y es potencialmente infectante. Cuando se sabe que puede existir un factor de riesgo de infección previo a la toma de laboratorio, se debe esperar a que pase un tiempo mínimo de 3 meses, para que el virus realice la reproducción suficiente para hacerse detectable, en caso de no ser así, puede arrojar resultados falsos negativos y sería necesario realizar una nueva prueba pasado el tiempo de "ventana inmunológica".

Por el contrario, un resultado reactivo (positivo) significa que se detectaron anticuerpos contra el VIH y es necesario confirmar su especificidad, la prueba puede ser realmente reactiva o falsamente reactiva. Normalmente se debe realizar otra prueba ELISA de detección de anticuerpos, y si esta resulta reactiva se debe hacer una prueba confirmatoria, llamada Western Blot, prueba específica que al dar un reporte negativo significa que no se detectan anticuerpos específicos para el VIH y que el ELISA previo que dio positivo fue un falso positivo; por el contrario,

un resultado Positivo: significa que los anticuerpos encontrados son específicos para el VIH y confirma la infección por este virus¹².

Una vez determinado que la persona es positiva para VIH, se inicia tratamiento farmacológico, existen tres grupos de fármacos disponibles para la infección por VIH; los inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa (como lo son ABACAVIR, DIDANOSINA, LAMIVUDINA, ZIDOVUDINA) y los inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa (como por ejemplo DELAVIRDINA, EFIVERENZ, NEVIRAPINA); estos dos grupos actúan en la transcriptasa inversa del VIH que convierte el ARN vírico en ADN; y los inhibidores de la proteasa (AMPRENAVIR, INDINAVIR, LOPINAVIR, RITONAVIR), los cuales interfieren en la encima proteasa del VIH, necesaria para la activación de algunas proteínas en el interior de los virus recién producidos. Estos medicamentos no acaban con el VIH pero si ayudan a que el virus no se replique.

El VIH puede presentar resistencia a cualquiera de estos fármacos cuando se emplean de forma aislada, es decir, que se requiere de la terapia conjugada para el éxito del tratamiento, ya que la combinación de fármacos como un inhibidor de la transcriptasa, con uno de la proteasa hace que el rendimiento de las combinaciones sea superior al de un fármaco individual para la reducción del virus en sangre; las combinaciones ayudan a evitar la aparición de resistencia a los fármacos para VIH, aumentando los niveles sanguíneos de los mismos contra el virus, retrasando su eliminación del organismo y así mismo el comienzo de la etapa SIDA, prolongando su vida. Para hacer efectivo el tratamiento farmacológico se requiere del compromiso de la persona consigo misma en la administración de sus medicamentos, ya que al administrarlos a la hora indicada mantiene la vida media del medicamento en el organismo.

La exposición al VIH no siempre causa la infección y algunas personas que han tenido exposiciones repetidas durante muchos años no han resultado infectadas. Muchos infectados han conservado un buen estado de salud durante más de una década, lo cual no se comprende por qué unas personas se enferman mucho antes que otras. Lo que si se tiene claro es que influyen considerablemente, primero, los factores genéticos de la persona tanto en la tendencia de la infección como en la progresión hacia el SIDA después de contraer la infección. Y segundo el cuidado que tenga la persona portadora hacia si mismo¹³.

2.2 AUTOCUIDADO BASADO EN LA TEORIA DE DOROTHEA OREM.

Teniendo en cuenta que la base de este estudio es el autocuidado, se requiere citar a Dorothea Orem y su teoría de autocuidado, en esta teoría se plantean los

¹² ROMO GARCÍA Javier, Salido Rengell Francisco. SIDA manejo del paciente con VIH. Ed. Manual Moderno, México, 1999. Pág. 112

¹³ Op. Cit. BEERS, Mark H. Pag 1391-1399.

requisitos fundamentales para mantener un óptimo estado de salud. El ser humano debe estar en la capacidad de comprender la importancia del autocuidado para el mantenimiento de su salud, él es quien elige si desea autocuidarse y tomar las respectivas decisiones para realizar acciones que contribuyan al bienestar consigo mismo, con los otros y con su entorno.

Dorothea Orem una de las enfermeras americanas más destacadas, nacida en Baltimore, desarrolló a lo largo de su experiencia académica y profesional la teoría de enfermería sobre el déficit de autocuidado como una teoría general, compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría del autocuidado, que describe el por qué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría de déficit de autocuidado que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente, y la teoría de los sistemas, que describe y explica las relaciones que hay que tener para la atención de enfermería. Estas se describen posteriormente.

Orem en sus propuestas enmarca tres conceptos básicos: a) El individuo, como un todo integrado del cual hacen parte la naturaleza interna, psicológica, fisiológica y social; que para mantenerse vivo, actuar y desarrollarse de acuerdo con la naturaleza, necesita recibir estímulos en forma continua y deliberada. El individuo es visto como un agente de autocuidado, la persona que realiza la acción. Toma al hombre como unidad dinámica, no estática, es integral; con la facultad de utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, reflexionar sobre su propio estado de salud, comunicar, y guiar sus esfuerzos a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente; b) Bienestar, el cual es la percepción que tiene una persona de su condición existencial caracterizada por la experiencia de satisfacción, placer, experiencias espirituales, la realización ideal del ser y una continua personalización¹⁴. Relaciona este bienestar con la salud, siendo ésta el estado de una persona que se caracteriza por la integridad de las estructuras humanas desarrolladas y del funcionamiento psíquico y mental hacia niveles altos de integración. Por último, c) Ambiente, donde Orem muestra como condicionante de la salud el contexto socio – cultural, el cual provee unos requisitos universales para contribuir al autocuidado.

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

¹⁴ BEERS, Mark H. Nuevo manual moderno Merck de información medica general. Océano. Tomo 2. Capitulo 199. Pag 1391-1399.

Con respecto a la promoción y mantenimiento de la salud Orem afirma que estos son los resultados de salud que deben ser logrados en situaciones de enfermería. Para utilizar su modelo de promoción de la salud, se debe tener un conocimiento de la naturaleza de la salud dentro del modelo y la relación de salud con otros componentes del modelo¹⁵.

– **Teorías de Dorothea Orem.** Destacó tres teorías relacionadas con el autocuidado, las cuales definió:

a. Teoría del Autocuidado. La teoría del autocuidado define la relación que existe entre las acciones deliberadas de autocuidado de los miembros de los grupos sociales y sus propios procesos funcionales y de desarrollo, de la misma forma, define la relación entre el cuidado continuo dispensado a las personas a cargo y el desarrollo del proceso funcional. Los conceptos manejados en esta teoría son: Autocuidado, cuidado dependiente y requisitos de autocuidado¹⁶.

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

Orem especifica que la persona que lleva a cabo las acciones de autocuidado es llamada agente, si este va dirigido a sí mismo se denomina agente de autocuidado, pero si las acciones de autocuidado van desde la persona que las realiza a un individuo sin capacidad de autocuidado, se denomina agente de cuidados dependientes.

Orem define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales las metas o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

- **Requisitos universales de autocuidado.** Son los objetivos necesarios comunes a todos los individuos que se deben satisfacer a través del autocuidado, en definitiva, la satisfacción de las necesidades básicas. Orem propone ocho requisitos universales de autocuidado que incluyen:

¹⁵ DENYES, Mary J.. Modelo de Orem utilizado para la promoción de la salud: Direcciones de investigación. En *Advances in Nursing Science*. (Octubre, 1998); p.13-21

¹⁶ Op. Cit. OREM, Dorothea, 1987. p. 55.

- El mantenimiento de un aporte de aire suficiente.
- El mantenimiento de un aporte de agua suficiente.
- El mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente (incluye proteínas, aminoácidos, grasas, carbohidratos, minerales y vitaminas).
- La provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
- El mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
- El mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
- La prevención de riesgos para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
- La promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de la interacción de la actividad humana de acuerdo con el potencial humano y el conocimiento de las limitaciones humanas

Orem refiere que la satisfacción de los requisitos universales de autocuidado esta dirigido hacia la prevención primaria y promoción de la salud¹⁷.

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

Orem identificó tres grupos de requisitos de autocuidado relativos al desarrollo, el primer grupo hace referencia a la provisión de condiciones que promuevan el desarrollo, el segundo grupo son aquellos requisitos dirigidos al compromiso del desarrollo propio, y el tercer grupo establece los requisitos para la prevención de sufrir efectos de las condiciones humanas y situaciones de vida que puedan afectar adversamente el desarrollo humano.

Las condiciones para promover el desarrollo son conocidas por los agentes de cuidado dependientes y son requeridas cuando los niños, mayores y adultos son

¹⁷ FREY, Maureen A. y DENYES, Mary J. Health and illness self-care in adolescents with IDDM: A test of Orem's theory. En: Advance Nursing Science, 1989. p. 68.

sujetos de desastres, enfermedades, estados de miedo y ansiedad. Dichas condiciones son¹⁸:

- Proveer y mantener condiciones esenciales para el desarrollo del cuerpo humano (agua, comida).
- Proveer y mantener condiciones físicas, ambientales y sociales que aseguren sentimientos de confort y seguridad.
- Proveer y mantener condiciones que prevengan la privación sensorial y la sobrecarga sensorial.
- Proveer y mantener condiciones que promuevan el crecimiento afectivo y el desarrollo cognitivo.
- Promover condiciones y experiencias para facilitar el comienzo y desarrollo de habilidades esenciales para vivir en sociedad, incluyendo prácticas intelectuales, interaccionales y habilidades sociales.
- Proveer condiciones y experiencias para fomentar conciencia de sí mismo y de ser un integrante de la familia y la comunidad.
- Regular el ambiente biológico, psicológico y social para prevenir el desarrollo de estados de miedo, enojo o ansiedad.

- Requisitos de autocuidado en estado de alteración de la salud. Estos requisitos son comunes en personas con enfermedad o discapacidad, predisposición a una enfermedad o que tienen un diagnóstico médico y están bajo un tratamiento; se relacionan con el estado de salud de estas personas; hacen referencia a la toma adicional de acciones de autocuidado. La satisfacción de estos últimos requisitos tiene como meta mantener la salud, restaurarla y prevenir la enfermedad¹⁹.

Los requisitos de autocuidado en estados de alteración de la salud incluyen²⁰:

- Buscar y asegurar asistencia médica apropiada.
- Tener conciencia de y atender a efectos de estados y condiciones patológicas, incluyendo efectos sobre el desarrollo.

¹⁸ OREM'S Self- Care Framework. En: FAWCETT, Jacqueline. Análisis and evaluation of contemporary nursing knowledge: nursing models and theories. F.A. Davis co. Philadelphia. (2000); Pág. 8 pp. 259 - 361

¹⁹ ISENBERG, Marjorie A.. Teoría de enfermería del déficit del autocuidado (TEDAC): Direcciones para avanzar la ciencia de enfermería y la práctica profesional. En Marilyn Parker, Nursing Theories an Nursing Practice, 2001, F.A Davis Co. Philadelphia, 2001.

²⁰ FREY, Maureen A. y DENYES, Mary J. Health and illness self-care in adolescents with IDDM: A test of Orem's theory. En: Advance Nursing Science, 1989. p. 68.

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

La satisfacción de estos requisitos está dirigida a la prevención secundaria y terciaria, es decir, al control de la patología, tratamiento, prevención de complicaciones y rehabilitación.

b. Teoría del Déficit de Autocuidado. En la teoría del déficit del autocuidado ó déficit del cuidado de las personas a cargo, Orem²¹ subraya que las personas pueden beneficiarse del cuidado de enfermería porque ellas son sujetas de limitaciones, que las vuelven incapaces de hacerse cargo de sí mismas y ejercer el cuidado sobre ellos mismos ó los demás, ó vuelven su cuidado incompleto ó ineficaz. Los conceptos manejados en esta teoría por esta maestra son:

- Demanda de autocuidado terapéutico. Orem la define como la cantidad y el tipo de actividades que la persona realiza o debería realizar en un tiempo determinado para conseguir los requisitos de autocuidado, en relación a sus condiciones y circunstancias.
- Déficit del autocuidado. Relación entre la demanda terapéutica del autocuidado y la agencia del autocuidado del individuo, donde las aptitudes desarrolladas para el autocuidado no son ordenadas y suficientes para identificar los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto.
- Agencia de enfermería. El papel de la enfermera es asumir la tarea de prestar ayuda a las personas que presenten privaciones o déficit, esto hace referencia al concepto elaborado por Orem denominado agencia de enfermería, que es la propiedad compleja de las enfermeras que las capacita para conocer y ayudar a los demás a conocer e identificar su demanda de autocuidado terapéutico, para ayudar a los demás a controlar el ejercicio de su agencia de autocuidado o de

²¹ OREM, Dorotea E. Soins infirmiers: les concepts et la pratique. Traducido por: Gosselin Danielle. Montreal: Décarie Éditeur inc, 1987. p. 55.

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

· Agencia de autocuidado La agencia de autocuidado es definida por Orem como la "compleja capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico (requisitos de autocuidado, tecnologías, medidas de cuidados) y finalmente, para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo"²² .

Dentro de las proposiciones elaboradas en la teoría del déficit de autocuidado, Orem describe²³:

- Las personas que toman la acción para proveer su propio autocuidado o son agentes de cuidados dependientes tienen capacidades especializadas para la acción.
- Las habilidades individuales para involucrarse en el autocuidado están condicionadas por la edad, estado de desarrollo, experiencia de vida, orientación sociocultural, salud y recursos validos.
- La relación entre las habilidades de autocuidado y la demanda de cuidado, puede estar definida en los términos de "igual a", "inferior a", "superior a".
- Un déficit de autocuidado podría ser relativamente permanente o este podría ser transitorio
- Un déficit de autocuidado podría ser totalmente o parcialmente eliminado, cuando las personas tiene las capacidades humanas necesarias, la disposición y la buena voluntad.

c. Teoría de los Sistemas de Enfermería. Cuando existe un déficit de autocuidado, la forma como la persona y el profesional de enfermería se

²² OREM D.E. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson Salvat, 1993

²³ OREM'S Self- Care Framework. En: FAWCETT, Jacqueline. Análisis and evaluation of contemporary nursing knowledge: nursing models and theories.. F.A. Davis co. Philadelphia. (2000); Cáp. 8 pp. 259 - 361

relacionan para compensar el desequilibrio existente en el autocuidado, origina lo que se conoce como sistema de enfermería.

Para Orem, los sistemas de enfermería se forman en la medida en que las enfermeras utilizan sus habilidades para prescribir, diseñar, dirigir y mantener sistemas de autocuidado terapéutico a sus legítimos pacientes (tanto a individuos como a grupos). Siendo la encargada de actuar o hacer por, guiar, apoyar y proporcionar un entorno que estimule el desarrollo de autocuidado sobre el otro, clasificando las acciones de enfermería en tres tipos de acciones²⁰:

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

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

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

El papel de la enfermera es asumir la tarea de prestar ayuda a las personas que presenten privaciones o déficit, esto hace referencia al concepto elaborado por Orem denominado agencia de enfermería. Las acciones de enfermería en este sentido se organizan según el sistema de enfermería el cual marca las líneas para el logro de resultados necesarios y “creados” por la enfermera para alcanzar las metas trazadas.

2.3 FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES

Orem identificó un número de factores internos y externos que influncian o modifican la agencia de autocuidado, los requisitos de autocuidado y el autocuidado²⁴. Las proposiciones en la teoría de Orem declaran “los requisitos

²⁴ Ibid.

universales del autocuidado y la forma de satisfacerlos pueden modificarse por los diez factores básicos condicionantes que son²⁵:

- Edad
- Genero
- Estado de desarrollo
- Estado de salud
- Orientación sociocultural
- Factores del sistema del cuidado de la salud
- Factores del sistema familiar
- Patrones de vida
- Factores ambientales
- Recursos disponibles y adecuados

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

Sin embargo, Orem comentó que cualquier desviación de la estructura normal o funcionamiento es referido como una ausencia de salud en el sentido de totalidad o integridad.

2.4 CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO

El concepto de agencia de autocuidado refleja las capacidades individuales para atender los requisitos de autocuidado. Esta comprende las decisiones acerca del autocuidado junto con las acciones que se requieren para lograr o cumplir el autocuidado²⁶.

La agencia de autocuidado puede estudiarse en relación con las capacidades del individuo como ser integral, racional, biológico y emocional, que entran en juego cuando el ser humano realiza algún tipo de acción incluyendo su repertorio de habilidades y la clase de conocimiento sobre su salud para ocuparse de una gama de conductas concretas. Los tipos de habilidades para tener una agencia de autocuidado desarrolladas por Orem y la Nursing Development Conference Group son:

²⁵ DENYES, Mary J. Modelo de Orem utilizado para la promoción de la salud: direcciones de investigación. En *Advances in Nursing Science*. (Octubre, 1998); p.13-21.

²⁶ GAST, Herta et al. Self-care agency: Conceptualizations and operationalizations En: *Advance Nursing Science*, 1989. P.26-38.

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

Hablar de agencia de autocuidado es introducirse en el mundo complejo del ser humano y sus habilidades para elegir y atender cuidado a cosas que le conciernen y excluir otras, habilidad de percibir la importancia de asumir nuevos patrones de conducta con la incertidumbre que conlleva el aceptar cambios en los estilos de vida, habilidad de decidir qué hacer y habilidad de realizar la acción para lograr la regulación interna y la satisfacción de los requisitos universales de autocuidado.

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

a. Capacidades de poder de la agencia de autocuidado:

- Máxima atención y vigilancia, con respecto a sí mismo como agente de autocuidado, a las condiciones internas y externas y a factores significativos para el autocuidado.
- Uso controlado de la energía física, para la iniciación y continuación de las operaciones de autocuidado.
- Control de la posición del cuerpo y sus partes.
- Razonamiento dentro de un marco de referencia de autocuidado.
- Motivación o metas orientadas hacia el autocuidado.
- Toma de decisiones sobre autocuidado y la operacionalización de estas decisiones.
- Adquisición, conservación y operacionalización técnica sobre autocuidado y componentes de poder de la agencia de enfermería.
- Repertorio de habilidades (cognitivas, de percepción, de comunicación e interpersonales) para el autocuidado.
- Orden discreto de las acciones de autocuidado.
- Integración de las operaciones de autocuidado con otros aspectos de la vida.

b. Capacidades de poder de la agencia de enfermería:

- Conocimiento válido y confiable de las tres áreas de acción de enfermería (social, interpersonal y tecnológico – profesional).
 - Habilidades intelectuales y prácticas específicas para estas áreas anteriormente mencionadas.
 - Motivación.
 - Buena disposición para proveer enfermería.
 - Habilidad para unificar diferentes secuencias de acciones hacia el logro de resultados.
 - Consistencia en el desempeño de las acciones de enfermería.
 - Hacer ajustes en las acciones de enfermería, por condiciones que predominen o emerjan.
 - Habilidad para autocontrol como elemento esencial profesional en situaciones prácticas de enfermería.
- **Capacidades para operaciones de autocuidado.** Son las habilidades del ser humano más inmediatas; Orem las clasifica en:
 - Operaciones estimativas. El individuo investiga condiciones y factores de sí mismo y del medio ambiente que son significativas para su autocuidado.
 - Operaciones Transicionales. El individuo toma juicios y decisiones sobre lo que puede, debe hacer y haría para encontrar los requisitos de autocuidado.
 - Operaciones productivas. El individuo construye medidas para satisfacer los requisitos de autocuidado por sí mismo.

Las similitudes que existen entre el concepto autocuidado y agencia de autocuidado se fundamentan en la práctica constante de ocuparse de sí y cuidar de sí mismo, esto no sólo se refiere a una actitud de autoconciencia, sino que va más allá, pretende el autoconocimiento y empoderamiento del individuo sobre su salud y de sí mismo.

El ser humano está creado y sostenido por el ambiente del cual hace parte, es el resultado del aire que respira, del alimento y de todo lo que experimenta en el medio que le rodea; ocuparse de sí mismo, significa iluminar la luz de la razón y explorar todos los rincones del alma²⁷ para ir más allá de lo que se conoce y ser

²⁷ GUIRAO-GORIS, Josep Adolf .La agencia de autocuidados. Una perspectiva desde la complejidad. 2003. Documento electrónico disponible en: http://www.uv.es/joguigo/Sitio/5F45EC69-0045-4D2E-BA8F-1A9938FB3A89_files/agencia.pdf, recuperado el 12 de febrero de 2008

participante creativo en el cuidado de la salud, tarea que ha de perdurar a lo largo de toda la vida.

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

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

La importancia de la teoría de Orem, para el profesional de enfermería cuya meta es el fortalecimiento de los mecanismos de autocuidado para lograr la integralidad y el bienestar óptimo del individuo, orienta el desarrollo de un proceso de cuidado de enfermería contextualizado en una realidad dinámica y cambiante.

2.5 INSTRUMENTOS PARA MEDIR AGENCIA DE AUTOCUIDADO

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

– **Escala del ejercicio de la agencia de autocuidado (ESCA).** Kearney y Fleischer's, 1979 fueron las primeras en desarrollar de forma operativa el concepto de agencia de autocuidado mediante la escala ESCA (Exercise of Self-Care Agency). Utilizando una aproximación inductiva Kearney y Fleischer's identificaron cinco dimensiones del ejercicio de la agencia de autocuidado²⁸:

²⁸ GAST Herta et al. Self-care agency: Conceptualizations and operationalizations En: Advance Nursing Science, 1989. p.26-38

- Actitud de responsabilidad de sí mismo.
- Motivación para el cuidado de sí mismo.
- Aplicación de conocimiento de la agencia de autocuidado.
- Valoración de las prioridades de salud.
- Alta autoestima.

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

– **Instrumento de agencia de autocuidado de Denyes (DSCAI).** Denyes (1980) desarrolló dos instrumentos para evaluar el autocuidado:

a. Instrumento de agencia de autocuidado: DSCAI (Denyes' Self-Care Agency Instrument), basado en los primeros trabajos de Orem y el Grupo de Conferencia de Desarrollo de Enfermería NDCG (Nursing Development Conference Group) y desarrollado en trabajos de investigación con adolescentes. Los seis factores identificados en el análisis factorial en su muestra original con adolescentes fueron:

- Fuerza del ego y capacidad de toma de decisiones relacionadas con la salud
- Valoración de la salud
- Conocimiento sobre salud y experiencia en toma de decisiones
- Niveles de energía física
- Sentimientos
- Atención a la salud

b. Instrumento de práctica de autocuidado de Denyes (DSCPI): Denyes elaboró un segundo instrumento para medir la práctica de autocuidado DSCPI (Denyes' Self-Care Practice Instrument). Dicho instrumento ha sido utilizado en población infantil y adolescente, mide las acciones generales de autocuidado (por ejemplo decisiones propias de la salud) y acciones específicas para satisfacer los requisitos universales (por ejemplo comer una dieta balanceada, tomar medidas de seguridad, práctica de ejercicio). Se ha demostrado la evidencia de validez de constructo mediante la aprobación de hipótesis que propone relación de la agencia de autocuidado y salud en varias muestras de adolescentes.

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

El cuestionario PSCA muestra cinco factores en la percepción de la agencia de autocuidado, los cuales están contenidos en los ocho componentes de poder que mide el instrumento.

- Habilidades cognitivas tales como la toma de decisiones, razonamiento, conocimiento y juicio.
- Limitaciones cognitivas tales como toma de decisiones, razonamiento, conocimiento y juicio.
- Habilidades de movimiento como resistencia, flexibilidad, fuerza y control de la
- Energía.
- Motivación.
- Repertorio de habilidades.

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

El análisis del cuestionario HrCS de Neves fue estudiado en adultos no Hospitalizados, donde se identificó cuatro tipos de creencias, actitudes e intenciones:

- Creencias y actitudes sobre salud.
- Creencias, actitudes e intenciones relacionadas con autocuidado de la salud.
- Creencias y percepciones sobre las consecuencias de las acciones de autocuidado de la salud.
- Creencias y actitudes sobre el sistema de cuidado de salud.

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

– **Escala de apreciación de la agencia de autocuidado (ASA).** Evers George, Isenberg Marjorie, Philipsen Hans, Smeets Harriet y Brauns Ger. (1993), desarrollaron la ASA (*Appraisal of Self-Care Agency scale*) utilizando como base

conceptual el análisis que realizó la NDCG sobre las facultades de la agencia de autocuidado. Estas investigadoras consideraron las operaciones de autocuidado como variables de la agencia de autocuidado, es decir, se consideró a los componentes de poder como habilidades específicas que se mueven para ejecutar operaciones de autocuidado. La versión norteamericana y holandesa de la escala ASA consta de 24 ítems usando una escala tipo Likert de cinco puntos. La validez de constructo de esta escala fue estudiada por Evers en una población holandesa, la agencia de autocuidado tal como se midió estuvo inversamente relacionada con la dependencia social y en el estudio de Isenberg²⁹, realizado en pacientes en espera de Bypass coronario, la agencia de autocuidado se relaciono positivamente con el estado de salud³⁰. De esta escala existe una versión en español, validada por la mexicana Gallegos Cabriales (1998) con una muestra de adultos diabéticos.

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

La escala se compone de 24 ítem con un formato de respuesta de 5 alternativas estilo Likert, donde el número uno (nunca) significa el valor más bajo de capacidad de agencia de autocuidado y el cinco (siempre) el valor más alto. Cada individuo puede obtener un puntaje que va de 24 a 120 puntos, con el 70% de confiabilidad.

La escala original tiene un encabezado que orienta el diligenciamiento de la misma. Los 24 ítems se agrupan en cinco categorías de la capacidad de agencia de autocuidado así:

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

La interpretación de rangos de la evaluación de la capacidad de agencia de autocuidado se realiza de acuerdo a la escala de Likert dando como resultado una

²⁹ ISENBERG, Marjorie A.. Teoría de enfermería del déficit del autocuidado (TEDAC): Direcciones para avanzar la ciencia de enfermería y la práctica profesional. En Marilyn Parker, Nursing Theories an Nursing. 1998.

³⁰ GAST, Herta et al. Self-care agency: Conceptualizations and operationalizations En: Advance Nursing Science, 1989. P.26-38.

ALTA capacidad de agencia de autocuidado con un puntaje entre 97 y 120 puntos; una MEDIA capacidad de agencia de autocuidado entre 49 y 96 puntos; y una baja capacidad de agencia de autocuidado entre 1 y 48 puntos.

La utilidad de esta escala se ha probado en múltiples estudios de diferentes patologías para la cual se ha tenido que modificar generando con el paso del tiempo mayor porcentaje de confiabilidad (95%), teniendo como última referencia en Colombia la modificación realizada por la Universidad Nacional en el estudio de Autocuidado en pacientes hipertensos³¹.

2.6 AUTOCUIDADO EN LA PERSONA CON VIH/SIDA.

Al conocer el impacto que tiene el autocuidado en las personas portadoras de VIH/SIDA donde su punto positivo es ver que gracias a este hay una prolongación y calidad de vida, así como anteriormente se manifestaba que muchos infectados han conservado un buen estado de salud durante más de una década teniendo como factor protector el conocimiento de la enfermedad y el autocuidado de la misma, y tomando como base la teoría de Orem, se pretende hacer énfasis en la importancia del autocuidado para VIH/SIDA, donde la persona portadora de VIH/SIDA es autora de planear y ejecutar actividades en busca de una calidad de vida y evaluar el beneficio de ello en si mismo y su alrededor.

Durante todas las etapas de la enfermedad es importante conocer cuales son las acciones de autocuidado, que debe tener la persona conviviente con el VIH/SIDA y los riesgos de exposición al virus lo cual brindara mayor calidad de vida, facilitando la convivencia y el desarrollo laboral y biosicosocial de la persona, disminuyendo las posibilidades de presentar complicaciones; siendo importante resaltar los cuidados y medidas de higiene tanto personales como del entorno, además la nutrición y actividad física.

2.6.1 Conocimiento del estado de salud

– Importancia del conocimiento de los niveles basales de cd4 y carga viral.
Es importante que la persona portadora de VIH/SIDA conozca los niveles CD4 y Carga Viral, éstos determinan el estadio de la enfermedad, de tal forma que, el individuo tiene la posibilidad de saber qué parámetros de autocuidado debe reforzar en cuanto a su enfermedad; por otra parte estos niveles ayudan a determinar la necesidad de tratamiento farmacológico o el cambio de los mismos.

³¹ GALLEGOS CABRIALES, E. C. Validez y confiabilidad de la versión en español de la escala: valoración de las capacidades de autocuidado. Desarrollo Científico de Enfermería 1998; 6(9):260-266; 1998.

– **Niveles de CD 4**, Cuando una persona se infecta con el VIH, las células que ataca con más frecuencia son las CD4, y cuando ellas se multiplican para combatir infecciones, también hacen más copias del VIH; si se ha estado infectado con el VIH por mucho tiempo, el recuento de células CD4 disminuye, este es un signo de que el sistema inmune se ha debilitado. Cuanto más bajo sea el recuento de células CD4, más posibilidades hay de enfermar.

Existen millones de familias diferentes de células CD4. Cada familia está diseñada para combatir a un tipo específico de germen. Cuando el VIH disminuye el número de células CD4, algunas de esas familias pueden desaparecer y así perder la capacidad de combatir algunos de los gérmenes para los que dichas familias estaban diseñadas.

El valor de las células CD4 cambia constantemente. Los resultados de los análisis pueden variar de acuerdo a la hora del día, cansancio o estrés que una persona tenga. Las infecciones también pueden tener gran impacto en el recuento de células CD4.

Cuando el cuerpo combate infecciones, el número de linfocitos aumenta; el recuento de CD4 y de CD8 también aumenta y las vacunas pueden causar este mismo efecto.

Lo recomendable en este caso, es esperar no menos de 15 días después de pasar por un proceso infeccioso o de haberse aplicado una vacuna, para realizar un recuento de CD4; asimismo la importancia de tener un buen descanso la noche anterior y realizar el examen a la misma hora del día.

Se considera que el recuento normal de CD4 basal, está entre 500 y 1600 células por mm^3 de sangre; cuando el valor se encuentra por debajo de este rango, la persona se hace propensa a padecer infecciones de tipo oportunista y es necesario iniciar tratamiento antirretroviral.

– **Carga viral**. La carga viral es una prueba de seguimiento que se realiza en sangre, que busca detectar la cantidad de material genético del VIH (ARN); esta varía con el tiempo. Una sola prueba de carga viral no tiene valor por sí misma, debe evaluarse en conjunto con otras pruebas, tales como el recuento de CD4, o compararse con otras pruebas de carga viral para que sea un indicador confiable de la progresión del VIH.

Los resultados de las pruebas de carga viral se dan en "copias por mililitro (ml)". Cada virus lleva dos copias de ARN, por ejemplo: si se encuentran 100.000 copias de ARN del VIH, quiere decir que hay 50.000 partículas de virus (o viriones). La carga viral puede aumentar cuando se tiene gripa u otras infecciones.

Tal como otras pruebas, la confiabilidad de un resultado depende de la sensibilidad y la especificidad de la prueba. La sensibilidad de una prueba mide la capacidad de detectar el virus presente, lo cual arrojaría como resultado un "falso negativo"; La especificidad mide la capacidad de detectar solamente VIH y así no dar un resultado "falso positivo". La prueba de carga viral es extraordinariamente sensible, pero en el mejor de los casos puede detectar un mínimo de 20 partículas virales por mililitro, así que cuando el resultado es "carga viral indetectable" no significa que no haya nada de virus presentes, es decir, una persona con carga viral indetectable puede de hecho transmitir el VIH a otra persona. Esto quiere decir que tener una "carga viral indetectable" no significa ser VIH negativo.

La carga viral basal ayuda a determinar el tratamiento más adecuado. En general se considera que una carga viral basal "baja" es la que tiene 500 copias o menos del virus, y una carga viral basal "alta" es la que supera las 40.000 copias. Basándose en los resultados de la carga viral y otras pruebas, se evalúa la necesidad de ajustar el tratamiento a lo largo del tiempo.

Existe una relación entre el conteo de células CD4 y la carga viral; en casi todos los casos, cuando el conteo de células CD4 es alto, la carga viral es baja; y del mismo modo, cuando el conteo de células CD4 es bajo, la carga viral suele ser alta. Si se monitorean tanto el conteo de CD4 como la carga viral se puede obtener una idea más completa del estado inmunológico, que cuando se toma en cuenta solamente una de las dos pruebas.

2.6.2 Higiene personal. La higiene personal como es el baño diario, lavado de los dientes, el aseo y arreglo de la ropa interfieren en la óptima calidad de vida. El hecho de ser portador VIH/SIDA no omite que se realicen estas acciones tanto en la etapa inicial o de adquisición de la enfermedad como en la etapa terminal, por lo contrario se requiere mantener una buena higiene personal con lo cual se aislaran los microorganismos oportunistas, lo cual se evita con el baño diario, también se evitara el riesgo de desarrollar enfermedades gastrointestinales las cuales son causadas por la mala higiene bucal. Permitiendo que la persona tenga una buena apariencia física y refleje un buen estado de salud.

2.6.3 Nutrición en la persona portadora de VIH/SIDA. Una buena alimentación es necesaria para todas las personas, pero es esencial para las que conviven con el virus o llegan a desarrollar la enfermedad como el SIDA. El hecho de ser portador de VIH/SIDA hace que el sistema inmunológico se encuentre afectado o inmunosuprimido debido que las células de defensa del organismo (encontradas principalmente en mucosa oral y gastrointestinal) han sido atacadas por el virus haciendo que disminuyan su función de protección;

Es vital desde el diagnóstico de la enfermedad asegurar una nutrición correcta y no esperar a la aparición de enfermedades oportunistas (EDA, IRA) o señales de

alarma como el síndrome constitucional, el cual es característico por la pérdida de peso sin causa conocida.

Para conservar o mejorar el estado nutricional, se busca que la persona mantenga un peso adecuado, mejorar su calidad de vida, con el fin de implementar en la persona portadora de VIH/SIDA un sistema de alimentación el cual se refiere a la ingesta suficiente de alimentos, que comprenden toda la gama de nutrientes los cuales en estas personas son indispensables; para satisfacer sus necesidades teniendo en cuenta las condiciones sociodemográficas que cada individuo tenga.

– **Generalidades sobre la higiene alimentaria.** Un aspecto que debe tenerse en cuenta cuando se habla de alimentación es la importancia de poner en práctica la higiene que se debe tener con los alimentos a la hora de consumirlos; en el caso de la persona que convive con VIH, prestando atención a la fecha de caducidad, al almacenamiento, la manipulación y la preparación de estos, ya que por la presencia de inmunosupresión el organismo es menos efectivo para luchar contra las bacterias que se cultivan en los alimentos.

Una dieta equilibrada, proporciona al organismo todos los nutrientes necesarios para su adecuado funcionamiento, la cual se logra con el conocimiento que tenga la persona sobre los alimentos, en cuanto a su clasificación, beneficios y consumo.

Los nutrientes cuya función es brindar mantenimiento y funcionamiento al organismo, se encuentran clasificadas en orgánicas los cuales son las proteínas, lípidos, hidratos de carbono y vitaminas, y los inorgánicas como sales minerales y agua.

Las proteínas proporcionan energía, forman la base de la construcción, el mantenimiento y la reparación de los tejidos del organismo; siendo indispensables en la función del sistema inmunológico. Teniendo en cuenta que las proteínas están constituidas por aminoácidos esenciales los cuales son necesarios en la ingesta diaria de alimentos, y que el organismo no puede sintetizarlos y los no esenciales son los que el organismo produce por si solo. Estas proteínas se encuentran en alto valor biológico por su elevado contenido en aminoácidos esenciales en las carnes, pescado, aves, huevos, leche y sus derivados; y en menor cantidad se encuentran en las legumbres, cereales y sus derivados, semillas y frutos secos.

En cuanto a los lípidos que son la fuente de energía concentrada en la alimentación y hacen parte del transporte y almacenamiento de las vitaminas liposolubles (A, D; E; K) se aconseja que las personas portadoras disminuyan el consumo de grasa en general, especialmente las de origen animal o saturadas; y se recomienda el consumo de grasas de origen vegetal o monoinsaturadas que se encuentran en el aceite de oliva o las grasas poliinsaturadas que se encuentran en

aceites de semillas, estos contienen ácidos grasos esenciales para el que funcionamiento energético del organismo.

Los hidratos de carbono aportan las calorías necesarias para realizar las funciones internas basales y la actividad física, estos se dividen en dos grandes grupos los cuales son hidratos de carbono complejos e hidratos de carbono sencillos; los alimentos que componen el primer grupo aportan al organismo proteínas, vitaminas, minerales y fibra que se encuentra principalmente en cereales y sus derivados, arroz, frijol, arveja, zanahoria, papa y legumbres. Los hidratos de carbono sencillos o azúcares se encuentran en la leche, frutas, miel, jugos de fruta natural y productos que contengan azúcar.

Las vitaminas tienen como función regular el metabolismo y deben hacer parte de la alimentación diaria para evitar deficiencia, son indispensables para el desarrollo de habilidades físicas y mentales; se encuentran en forma hidrosoluble las cuales son del grupo B (Tiamina, riboflavina, cobalamina) y la vitamina C, que cumple la función como coenzima transfiriendo grupos funcionales y en el caso de la vitamina E como antioxidante; y la forma liposoluble, cuyas vitaminas interfieren en la regulación de diversos procesos, como la fijación del calcio por medio de la luz solar (vitamina D) y la coagulación de la sangre (vitamina K)³².

Los minerales constituyen las estructuras esqueléticas, regulan el equilibrio ácido-base, el medio interno acuoso; tiene función catalítica formando parte de enzimas y otras proteínas los cuales se clasifican en macroelementos como el calcio, fósforo y magnesio y microelementos como hierro, cobre y manganeso.

El agua a pesar de no ser un nutriente, es parte importante en el funcionamiento del organismo ya que constituye las dos terceras partes del peso corporal y es el medio acuoso interno en el que tienen lugar todos los procesos bioquímicos, además ayuda a digerir y disolver los alimentos, a eliminar las sustancias tóxicas del organismo y a realizar la regulación térmica eliminando el calor por la respiración y la transpiración.

Precauciones para la ingesta de alimentos en las personas VIH/SIDA

Es importante tener presente al momento de realizar la ingesta de alimentos seguir las siguientes precauciones:

- Verificar fecha de vencimiento

³² UNIVERSIDAD DE CALDAS. Generalidades sobre VIH/SIDA. Facultad de Salud / Odontología. Documento PDF Acrobat. Disponible en: <http://telesalud.ucaldas.edu.co/telesalud/facultad/documentos/AUTOQUIDADADO.pdf> recuperado el 21 de Febrero de 2008

- Evitar comprar productos en los que la presentación o el empaque no este en perfectas condiciones.
- Al almacenar los alimentos, guardar en la nevera los alimentos fríos o congelados lo antes posible después de la compra.
- Tener en cuenta la fecha de compra de los alimentos para consumirlos lo más pronto posible o según el tiempo de almacenamiento.
- Descongelar los alimentos en la parte baja de la nevera y no a temperatura ambiente.
- Desechar los alimentos con moho.
- Al preparar los alimentos es importante llevar a cabo el lavado de manos antes y después de manipular los alimentos.
- Realizar higiene adecuada de utensilios a usar.

Durante el consumo se requiere especial cuidado en algunos alimentos:

- Carnes, aves, pescado y mariscos; no se deben consumir crudos, asegurar la cocción completa de la porción, descongelar en la nevera, consumir en el menor tiempo posible para así evitar ser recalentados.
- Huevos: verificar la integridad de la cascara del huevo, en lo posible conservar en la nevera.
- Leche y productos lácteos: consumir en lo posible lácteos pasteurizados, conservar en la nevera.
- Frutas y verduras: elegir las frutas y verduras frescas y de piel integra.
- Si la persona requiere de alimentación fuera de la casa, es importante elegir un establecimiento de confianza, asegurándose de la higiene tanto del establecimiento como de los utensilios y además, que el plato que desee consumir este bien cocido.

2.6.4 Actividad física en la persona portadora de VIH/SIDA. Una buena nutrición, el cumplimiento del tratamiento medico y un programa de ejercicio regular y moderado son la clave para el bienestar y favorecer la calidad de vida de la persona conviviente con el VIH/SIDA.

Al tener una rutina de ejercicio se beneficia el buen funcionamiento cardiopulmonar, mejora el sueño y la función intestinal, se reduce el estrés, la ansiedad y la depresión, suele aumentar el apetito y aumentar la masa muscular, la resistencia y la flexibilidad; y a nivel del sistema inmunológico se liberan

endorfinas que pueden mejorar el recuento de leucocitos y células T. El ejercicio se debe realizar diariamente, mientras las condiciones de salud de la persona lo permita, de forma moderada de 30 a 90 minutos, dos veces por semana inicialmente e iniciar con calentamientos, y aumentando progresivamente la intensidad y resistencia de los ejercicios; no se debe olvidar la importancia del descanso simultáneo a la actividad física el cual se debe tomar en la misma cantidad de tiempo del ejercicio realizado.

2.6.5 Interacción social. Según el autor Ramón García en su libro “SIDA, manejo del paciente con VIH”, donde cita que el “estado emocional del paciente se encuentra comprometido por el diagnóstico, la gravedad de la sintomatología, la personalidad del enfermo, la calidad de servicios de salud que recibe y el apoyo familiar con que cuenta. La pérdida de autodeterminación al depender de los otros, de la fuerza, superficie corporal, economía, esperanza, así como la aparición de síntomas nuevos son determinantes en la respuesta emocional del paciente con VIH/SDA. Se trata de la vida de un ser humano que se encuentra en declive y percibe el fin de la misma manera consciente e inconsciente”; se puede afirmar que la interacción social va relacionada directamente con los cambios emocionales que experimenta la persona en las diferentes etapas de la enfermedad. Llevando una vida llena de soledad en el inicio o diagnóstico de la enfermedad, debido a la negación que vive la persona y por otra parte el temor al rechazo de su entorno, debido al tabú en que está caracterizado el VIH/SIDA en esta sociedad que la cataloga como una enfermedad terminal propia de personas promiscuas o de libertinaje. Cuando se logra superar esta etapa generando aceptación y conciencia de su estado de salud actual, abre la posibilidad de buscar personas de confianza para apoyarse, siendo en la mayoría de los casos amigos cercanos o el personal de salud que es el primer contacto al momento de recibir el diagnóstico y quien brinda la información primaria sobre generalidades y cuidados de la enfermedad; esto genera un vínculo de apoyo al ser la primera persona que conoce su realidad; también se hace necesaria una búsqueda de información con el fin de conocer acerca de la patología y esperanza de vida, para saber que precauciones debe tener con el manejo de su enfermedad, estilo de vida, tratamiento e interacción social.

Se hace importante que la persona que convive con el VIH/SIDA, esté informada y tenga conocimiento de su enfermedad y de las diferentes entidades a las que puede acudir en busca de información y apoyo en caso de atención médica. Por otro parte la legislación colombiana ha establecido unos derechos y deberes para todas las personas convivientes con VIH/SIDA teniendo en cuenta en la etapa en que se encuentre su enfermedad; donde se destaca la prioridad por mejorar la calidad de vida, a sí mismo la ley tiene establecida una red de apoyo para todas aquellas personas que no tienen capacidad de pago por medio de la vinculación subsidiada a los servicios de salud y al fondo de recaudo nacional llamado FOSYGA (Fondo de Solidaridad y Garantía), que apoya a las personas

portadoras de VIH/SIDA que padecen enfermedades catastróficas o de alto costo. Para brindarles un tratamiento completo según el requerimiento y garantizar una óptima atención sin omitir tratamientos necesarios para el manejo de su enfermedad.

2.6.6 Factores influyentes en la capacidad de agencia de autocuidado en la persona portadora de VIH/SIDA. El autocuidado es dependiente de una serie de factores externos que pueden obrar de forma positiva o negativa en cada individuo. Los factores condicionantes básicos o que intervienen en la capacidad de agencia de autocuidado son:

– **Sexo:** la capacidad de agencia de autocuidado se ve influenciada por el sexo, es más común observarla alterada en las personas del masculino que en el femenino.

El comportamiento del sexo masculino lo ubica en situación de riesgo ante el VIH/SIDA en comparación a las mujeres debido a que los hombres tienen menores probabilidades de solicitar asistencia sanitaria por desinterés y mayores probabilidades de poner en peligro su salud. Por lo que respecta al VIH/SIDA concretamente, es más probable que los hombres tengan múltiples parejas sexuales y consuman drogas intravenosas. Ellos, tienden a poseer un escaso conocimiento sobre ITS, y muchas de estas infecciones discurren sin diagnóstico ni tratamiento, lo que incrementa el riesgo de transmisión del VIH/SIDA. El consumo de alcohol y otras sustancias también puede aumentar la probabilidad de que los hombres mantengan relaciones sexuales no protegidas, lo que hace que la agencia de autocuidado se encuentre en niveles medios con tendencia a bajos³³.

– **Edad:** influye en la capacidad de agencia de autocuidado ya que en el adulto joven se adquiere la enfermedad y cuando se llega a adulto medio, debido a los años de convivencia con la enfermedad, se ha adquirido mejores conocimientos y prácticas de autocuidado³⁴.

Los estudios indican que el grupo más afectado por el VIH/SIDA es el de 15 a 49 años de edad; los cuales poseen la gran mayoría de factores de riesgo como relaciones sexuales sin preservativo, promiscuidad, mayor consumo de alcohol y sustancias alucinógenas, realización de tatuajes y/o perforaciones, préstamo de agujas para estos fines, mayor probabilidad de ser transfundidos, trasplantados, y deficiencia en conocimiento. Se considera que cada año aumentan las infecciones por VIH/SIDA en casi 5 millones de casos nuevos, de los cuales la mitad está constituida por jóvenes entre los 15 y 24 años, razón por la cual el

³³ Trabajar con varones para la prevención y asistencia del VIH, ONUSIDA, Versión española, octubre 2002. Disponible en www.unaids.org, recuperado el 15 de abril de 2008

³⁴ GONZALEZ, Laura Elena. Guía para la atención domiciliaria de personas que viven con VIH/SIDA/OPS; DE CASO México, ADN editores.

VIH/SIDA a pasado a ser reconocida como la enfermedad de los jóvenes³⁵. Debido al caso omiso que estos tiene con relación a al información de la enfermedad, la cual es ofrecida por convenios existentes entre las instituciones educativas y los programas de prevención y promoción de el Ministerio de protección social con relación a Infecciones de Transmisión Sexual³⁶.

En vista del rango tan amplio de edad donde el VIH/SIDA tiene mayor prevalencia (15 a 49 años), se ve la necesidad de conocer las etapas de la vida que comprenden estas edades, para lo cual se describen basados en el ciclo vida³⁷:

- **Adulto Joven** : de 18 a 40 años de edad. En esta etapa es cuando el individuo alcanza estatus de adulto, su maduración física ha terminado, busca una estabilidad económica, laboral y emocional de pareja.
- **Adulto Medio**: de 41 a 65 años de edad. En esta etapa se alcanza el punto máximo de trabajo, termina la etapa de productividad, genera la crisis de la edad madura y hay disminución de la actividad sexual. En esta etapa es donde se tiene la plena seguridad, habilidad y conocimiento de los diferentes procesos de la vida.

– **Nivel educativo**: Un nivel educativo comprendido entre la secundaria y universitario, influye en la Capacidad de Agencia de Autocuidado, debido a la relación que este tiene con la edad. Estos dos grados de escolaridad se viven en la mayoría de las poblaciones del mundo en el etapa de adulto joven, periodo en el cual hay una transición en el que ya no se es niño pero no se ha llegado a la edad adulta, el desarrollo social, emocional y psicológico es incompleto, lo cual hace se que tenga la capacidad de aprender nuevas cosas y adaptar a situaciones de la vida, pero también experimentar formas peligrosas de comportamiento. Lo que respecta al VIH/SIDA se encuentran estudios que revelan la prevalencia de la enfermedad en la población con estudios básicos avanzados (secundaria y universitario), lo cual se debe a la curiosidad e inicio de actividad sexual y consumo de sustancias psicoactivas.

– **Condición sexual**: la capacidad de agencia de autocuidado se observa influenciada con relación a la condición sexual en la persona portadora de VIH/SIDA, ya que el comportamiento de esta enfermedad es más alto en población homosexual. Se ve la necesidad de resaltar las características de la

³⁵ VERA, Lina Maria, LOPEZ, Nahyr Asociación entre el área de estudio y los conocimientos t comportamientos frente a la transmisión del VIH/SIDA entre los estudiantes de la universidad de Santander. Colombia medica, año 2004, volumen 35, numero 002, pagina 62-68.

³⁶ RAMOS, Maria Teresa. Revista salud pública y nutrición. El VIH/SIDA y la adolescencia. Vol. 4 No.4 Octubre-Diciembre 2003

³⁷ PAPALIA, Diane. Desarrollo humano. Mc graw hill interamericana S. A. cuarta edicion. Año 1999. Pás 448-449.

población homosexual como son la preocupación por su autocuidado observadas en las prácticas diarias en cuanto al cuidado de su imagen personal, buena higiene, el alto autoestima y hábitos adecuados en las necesidades básicas de la vida³⁸.

– **Estrato socioeconómico:** influye en la capacidad de agencia de autocuidado en la persona portadora de VIH/SIDA, debido a que el pertenecer a un estrato 1,2 ó 3 predispone a la persona a ocupar la mayoría del tiempo en el trabajo para conseguir el sustento diario, que les permite satisfacer las necesidades básicas y requerimientos de su enfermedad, limitando así el tiempo de dedicación a si mismos.

El VIH/SIDA afecta tanto a ricos como a pobres, y tanto a los países desarrollados como a los que están en vía de desarrollo. No es una enfermedad de la pobreza, pero la agudiza, haciendo más difícil que las personas puedan mantener o recuperar sus medios de subsistencia. Esto, a su vez, hace que los individuos y sus familias sean más vulnerables a la infección por el VIH y a las enfermedades relacionadas con el SIDA³⁹.

– **Estado Civil:** este factor influye en la capacidad de agencia de autocuidado sin importar si hay algún vínculo sentimental; ya que influye más el ser diagnosticado portador de VIH/SIDA con el estado civil, que el estado civil en la capacidad de agencia de autocuidado. La crisis que se genera al conocer el diagnóstico dentro de la relación de pareja hace que la persona portadora en la primera etapa de la enfermedad pase por situaciones que le impiden cuidarse las cuales son de carácter psicológico (soledad, depresión).

Según el reporte de la ONUSIDA en el estudio sobre la convivencia de pareja en VIH/SIDA, el cual arrojó datos que antes de conocer el diagnóstico la persona mantenía una relación estable y luego de conocerlo, la relación se deterioraba, mientras que en otras se mantenía y se fortalecía; lo que indica que a mayor tiempo de conocimiento del diagnóstico por parte del portador mayor posibilidad de comentar sobre su situación a la pareja y familia.

El conviviente con VIH/SIDA y el tipo de relación que tenga (bisexual, homosexual y heterosexual) luego del conocimiento del diagnóstico, la unión afectiva o de pareja tiende a mantenerse. Si el hombre es el portador la pareja tiende a mantenerse luego del conocimiento y diagnóstico por parte de los dos mientras que si es la mujer la afectada los índices demuestran que la relación se rompe

³⁸ La cultura de los osos. Movimiento gay bear en Colombia. PinkSheep. Disponible en www.eltiempo.com, fecha de publicación 23 de enero de 2007.

³⁹ ONU. Hoja informativa. Prevención del VIH/SIDA. Documento electrónico, disponible en la página: http://www.un.org/spanish/aboutun/organs/ga/specsess/aids/hojas/FSprevention_sp.htm , recuperado el 22 de abril de 2008.

mas rápidamente luego del conocimiento del diagnostico, y si ambos están afectados existe una tendencia a mantener la relación⁴⁰.

Cuando se es soltero la capacidad de agencia de autocuidado se ve influenciada a medida que transcurre la enfermedad. Con relación a la primera etapa de la enfermedad la cual es el contagio y la aceptación, hace que se lleve un déficit de autocuidado por la misma alteración psicológica que se maneja en ese momento; en etapas posteriores se determina la optima o inadecuada agencia de autocuidado dependiendo de los factores externos que influyan en la persona como son la familia, el ámbito laboral y la red de apoyo en general.

– **Seguridad Social:** Este factor influye en la capacidad de agencia de autocuidado debido a la adsequibilidad al Sistema de Seguridad Social.

El hecho de pertenecer al régimen contributivo hace que haya mayor adsequibilidad en cuanto a la asignación de citas médicas, entrega oportuna de medicamentos y realización de pruebas diagnósticas, a diferencia del régimen subsidiado, el cual es más limitado en estos aspectos en cuestión de tiempo. Esto se debe a la alta demanda de población perteneciente al régimen subsidiado lo cual es producto de la situación del país y a los altos índices de desempleo que impiden mantener un trabajo estable, siendo este el medio más fácil de obtener una seguridad social contributiva.

⁴⁰ ONU. Impacto Social y Económico de la Epidemia. Documento electrónico, disponible en: www.onusida.org.co/impacto.htm, descargado el 7 de abril de 2008.

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDIO

El diseño metodológico utilizado en esta investigación, es de tipo descriptivo de corte transversal con abordaje cuantitativo que permitió conocer la capacidad de agencia de autocuidado en 50 personas portadoras de VIH/SIDA en una fundación de Bogotá en un periodo determinado.

Para la recolección de la información, se aplicó la escala traducida por ESTHER GALLEGOS la cual permitió valorar la capacidad de agencia de autocuidado que tienen las personas portadoras de VIH/SIDA sobre su enfermedad y su autocuidado.

3.2 POBLACIÓN DE REFERENCIA Y MUESTRA

La población de referencia de este estudio fue conformada por los asistentes a una fundación de Bogotá, las cuales son portadores de VIH/SIDA en el periodo comprendido de agosto a noviembre del 2007.

3.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA.

El 100% de las personas portadoras de VIH/SIDA que asisten a la fundación (50 personas), en el periodo comprendido de agosto a noviembre de 2007.

– **Criterios de selección.** Las personas que participaron en esta investigación cumplieron las siguientes características mínimas:

- Personas diagnosticadas con VIH/SIDA.
- Miembro activo de la fundación.
- Participación voluntaria.
- Mayor de edad

3.4 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:

3.4.1 Etapas de obtención de la información. La información se obtuvo a través de las siguientes etapas:

a. Reconocimiento del sitio a estudiar (fundación) y aval del representante del mismo para llevar a cabo la investigación.

- b. Presentación de Anteproyecto a Directivas de la Facultad de Enfermería de la Universidad Javeriana para la ejecución de la investigación.
- c. Se realizó prueba piloto en personas portadoras de VIH/SIDA no pertenecientes a la fundación.
- d. Se aplicó el consentimiento informado a cada uno de los integrantes que aceptaron voluntariamente participar en el estudio. (Anexo 1)
- e. Posteriormente se aplicó una encuesta estructurada donde se indago acerca de los datos sociodemográficos, continuando con la aplicación del instrumento de valoración de la Capacidad de Agencia de Autocuidado; para motivar la participación de la población a estudio se realizó una actividad lúdica de integración.

3.4.2 Descripción del instrumento para la obtención de la información. Para la obtención de la información se aplicó la escala de valoración de la capacidad de agencia de autocuidado desarrollada por Isenberg y Evers en 1993, traducida y validada en español por Esther Gallegos en 1998. La escala se compone de 24 ítem con un formato de respuesta de 5 alternativas estilo likert, donde el número uno (nunca) significa el valor más bajo de capacidad de agencia de autocuidado y el cinco (siempre) el valor más alto. Cada individuo puede obtener un puntaje que va de 24 a 120 puntos, con el 70% de confiabilidad.

A continuación se agruparon los 24 ítems en 5 categorías las cuales hacen referencia a la valoración en cuanto a actividad y reposo, interacción social, alimentación, bienestar personal, promoción y funcionamiento del desarrollo personal (Anexo 2), para finalmente obtener los resultados de la evaluación donde se encontraron tres niveles de resultados: ALTA capacidad de agencia de autocuidado con un puntaje entre 97 y 120 puntos; MEDIA capacidad de agencia de autocuidado entre 49 y 96 puntos; y una BAJA capacidad de agencia de autocuidado entre 1 y 48 puntos⁴¹.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Para el desarrollo de esta investigación se solicitó autorización de las directivas de la fundación. Posteriormente se explicó a los participantes los objetivos y propósitos del presente trabajo y los criterios de inclusión, preservando la privacidad de la fundación y la población a estudio.

⁴¹ GUIRAO-GORIS, Josep Adolf .La agencia de autocuidados. Una perspectiva desde la complejidad. 2003. Documento electrónico disponible en: http://www.uv.es/joguigo/Sitio/5F45EC69-0045-4D2E-BA8F-1A9938FB3A89_files/agencia.pdf, recuperado el 12 de febrero de 2008

4. MARCO DE ANÁLISIS Y RESULTADOS

4.1 PRESENTACION Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para el análisis de los resultados se realizó un conteo y tabulación manual de las encuestas de la escala de la capacidad de agencia de autocuidado para personas portadoras de VIH/SIDA, aplicada en una fundación de Bogotá en el periodo comprendido entre Agosto y Noviembre de 2007.

Después de obtener los resultados numéricos en físico, se procedió a realizar la conversión a porcentajes y por medio del programa Excel se realizó la tabla y las gráficas correspondientes a los datos de la encuesta con su respectivo análisis, entre ellos las variables sociodemográficas (edad, sexo, condición sexual, estado civil, nivel educativo, estrato socioeconómico y seguridad social), la capacidad de agencia de autocuidado en el total de la muestra y las cinco categorías evaluadas en la misma.

Posteriormente se realizó el cruce de la capacidad de agencia de autocuidado (variables dependiente) con las características sociodemográficas (variables independientes) teniendo como resultado el comportamiento de la capacidad de agencia de autocuidado (CAA) en la población estudio.

Para el análisis de los indicadores de capacidad de agencia de autocuidado se hizo descriptivamente reportando porcentajes de frecuencia y destacando los valores más relevantes y representativos.

4.1.1 Análisis de variables sociodemográficas

Tabla 1. Variables Sociodemográficas (Edad, Sexo, Condicion Sexual, estado civil, nivel educativo, estrato socioeconómico y seguridad social).

VARIABLE		PARTICIPANTE	PORCENTAJE
EDAD	ADULTO JOVEN 18-40 años	26	52%
	ADULTO MEDIO 41-65 años	24	48%
SEXO	FEMENINO	7	14%
	MASCULINO	43	86%
C. SEXUAL	HOMOSEXUAL	30	60%
	HETEROSEXUAL	16	32%
	BISEXUAL	4	8%
ESTADO CIVIL	CASADO	1	2%
	SOLTERO	29	58%
	SEPARADO	3	6%
	VIUDO	3	6%
	U. LIBRE	14	28%
NIVEL EDUCATIVO	E.B. PRIMARIA	9	18%
	E. SECUNDARIA	17	34%
	TECNICO	10	20%
	UNIVERSITARIO	14	28%
ESTRATO SOCIECONÒMICO	ESTRATO 1	4	8%
	ESTRATO 2	21	42%
	ESTRATO 3	17	34%
	ESTRATO 4	8	16%
	ESTRATO 5	0	0%
	ESTRATO 6	0	0%
SEGURIDAD SOCIAL	SUBSIDIADO	23	46%
	CONTRIBUTIVO	27	54%

Fuente: Autores., Bogotá. Agosto a Noviembre de 2007.

La tabla N° 1 muestra la distribución de la población estudio de acuerdo con las variables socio demográficas de la siguiente manera:

– **Edad.** Refleja la distribución de la muestra según la edad con un 52% para adulto joven y un 48% para adulto medio, con respecto al adulto mayor no se obtuvo muestra en la población de estudio.

Para clasificar la población de estudio por edades, se vió la necesidad de buscar unos rangos de edad representativos en la adultez, para lo cual se tuvo en cuenta la clasificación del Ciclo Vital propuesta por Diane E Papaila, en el libro de Desarrollo Humano; este establece cambios propios de las etapas de la adultez que pueden influir en la capacidad de agencia de autocuidado , como se indica posteriormente⁴²:

- Adulto Joven : de 18 a 40 años de edad. Etapa de formación educativa, curiosidad y experimento de retos, introducción a la vida laboral, satisfacción de necesidades sexuales.
- Adulto Medio: de 41 a 65 años de edad. Estabilidad laboral, termina la etapa de productividad, hay disminución de la actividad sexual. En esta etapa es donde se tiene la plena seguridad, habilidad y conocimiento de los diferentes procesos de la vida.

Estas características propias de la edad, ayudan a establecer las razones por las cuales se presenta mayor índice de infección por VIH/SIDA y demás infecciones de transmisión sexual en el adulto joven, siendo estas, las condiciones sociales de la edad, tales como la presión ejercida por sus iguales, posibilidades de entablar nuevas relaciones, búsqueda de estabilidad emocional y conductas riesgosas producto de la necesidad de satisfacción corporal.

Además de lo anteriormente mencionado, la ONUSIDA hace referencia a otros factores que influyen en el contagio de VIH/SIDA de acuerdo con la etapa de la vida en la que se encuentre el individuo tales como: relaciones sexuales sin preservativo, promiscuidad, mayor consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, realización de tatuajes, mayor probabilidad de ser transplantados, transfundidos y el déficit de conocimientos⁴³.

– **Sexo.** muestra que la población analizada con respecto al Sexo, constituye el 86% al sexo masculino y el 14%, al femenino, dato que se confirma con lo propuesto por la ONUSIDA, quienes afirman que el género masculino tiene mayor prevalencia a las infecciones por VIH/SIDA; reportando como principales causas tener múltiples parejas sexuales, el consumo de drogas intravenosas y el escaso conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual. Muchas de estas

⁴² PAPAILA, Diane. Desarrollo humano. Mc graw hill interamericana S. A. cuarta edicion. Año 1999. Pás 448-449.

⁴³ VERA, Lina Maria; Lopez, Nahyr. .Asociación entre el área de estudio y los conocimientos t comportamientos frente a la transmisión del VIH/SIDA entre los estudiantes de la universidad de Santander. Colombia medica, año 2004, volumen 35, Número 002, págs. 62-68.

infecciones discurren sin diagnóstico ni tratamiento lo que incrementa el riesgo de transmisión⁴⁴.

Por otra parte en cuanto al Sexo femenino se contó con una escasa muestra en la población de estudio (14%), sin embargo, no indica que haya menor prevalencia de contagio en este género, ya que en los últimos años se ha visto una clara tendencia al aumento de infecciones en mujeres casadas, debido a que sus parejas adquirieron la infección en relaciones extramatrimoniales.

A nivel mundial, el VIH/SIDA se ha ido incrementando con el paso del tiempo sin importar el sexo y ha cobrado la vida de un sin número de personas en edad productiva.

– **Condición sexual.** Se observa en cuanto a la condición sexual que el 60% de la población estudiada es Homosexual, dado a su mayor predisposición a adquirir enfermedades de transmisión sexual por el tipo de prácticas sexuales que realizan, factores como promiscuidad, el no uso de medidas de prevención de enfermedades, además de la falta de conocimientos y conciencia acerca de la gravedad de la infección por VIH/SIDA; este dato se puede relacionar con lo publicado en el artículo “La cultura de los osos” donde afirma que existe una clara tendencia y prevalencia de esta enfermedad en la población Homosexual⁴⁵. Por otra parte, esta población tiene una menor tendencia a las relaciones estables, el tipo de relación que manejan son muy efímeras en la mayoría de los casos, esto se ve en menor proporción en la condición sexual Heterosexual y Bisexual; de tal manera, que este tipo de inestabilidad emocional se convierte en uno de los principales factores de riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual. Esta información se obtuvo a partir de la interacción con la población estudio.

– **Estado civil.** Muestra que el 58% de la población estudiada es soltera con relación al estado civil. Esto se puede relacionar con la Condición Sexual de la población estudiada, donde la mayoría es homosexual. El ser soltero es un factor de riesgo predisponente para adquirir VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual, ya que existen menores responsabilidades de familia, menor necesidad de adquirir compromisos sentimentales y esto a su vez, promueve la promiscuidad, el libertinaje, la satisfacción de deseos y el experimentar nuevas situaciones sin medir riesgos⁴⁶.

Cabe resaltar que la condición de portador de VIH/SIDA es uno de los factores que ayuda al individuo a mantenerse en estado de soltería, básicamente por el

⁴⁴ ONU. Trabajar con varones para la prevención y asistencia del VIH / SIDA, Versión española, octubre 2002. Disponible en www.unaids.org fecha de consulta 15 de abril de 2007.

⁴⁵ EL TIEMPO. La cultura de los osos. Movimiento gay bear en Colombia. PinkSheep. Disponible en www.eltiempo.com, fecha de publicación 23 de enero de 2007.

⁴⁶ THORWALD, Dethlefsen y RUDIGER, Dahlke. La enfermedad como camino. 2003. Cap xv pag.296.

temor de contagiar a otros, como también por el temor al rechazo de la otra persona al saber la condición de salud que se tiene. En algunos casos se conforman parejas en la misma condición (portadores de VIH/SIDA), así evitan la necesidad de enterar a su pareja de su estado de salud. Al iniciar una nueva relación se deben responsabilizar de hacer saber a su compañero sentimental en qué estado de salud se encuentran y por la complejidad del tema o por el tabú que se tiene acerca de la enfermedad es una decisión y responsabilidad nada fácil de tomar, por lo cual prefieren permanecer sin pareja.

– **Nivel educativo.** Con relación al Nivel Educativo, la Tabla N° 1 muestra que el 34% de los participantes del estudio corresponden a la Educación Secundaria seguido por un 28% en Universitario. Se puede concluir que a mayor nivel educativo, existe mayor probabilidad de adquirir VIH/SIDA dado que las situaciones circundantes propias de la interacción social generan factores de riesgo predisponentes; debido a que hay la probabilidad de conocer mayor número de personas en el ámbito educativo o laboral, que facilitan la posibilidad de enfrentarse a situaciones en la mayoría de los casos riesgosas.

Estudios demuestran que el VIH/SIDA es más predisponente en los niveles educativos correspondiente a la educación secundaria a universitaria, por la relación que estos tiene con la edad, siendo así el mayor riesgo de contagio las edades que abarca el adulto joven (18-40 años) como se puede observar en el análisis correspondiente a la edad.

– **Estrato socioeconómico.** En la tabla N° 1 Se observa que un 42% de la muestra pertenecen al estrato 2 y un 34% correspondiente al 3. De esta forma se puede confirmar lo expuesto por la ONUSIDA, donde se afirma que la enfermedad afecta a la población en general sin clasificarla por su capacidad económica, ya que las prevalencias de la enfermedad (homosexualidad, edad, educación) son generalizadas en la población y no por los estratos sociales.

Teniendo en cuenta que el estrato dos, es la población más prevalente en esta investigación es importante resaltar la actividad de la fundación, la cual se encarga de fomentar el autoapoyo entre personas que lo necesitan, con relación a préstamo de medicamentos, emocional, recreación y deporte, alimentación.

– **Seguridad social.** Muestra con relación a la seguridad social que el 54% de la población estudiada pertenece al régimen contributivo y el 46% al subsidiado.

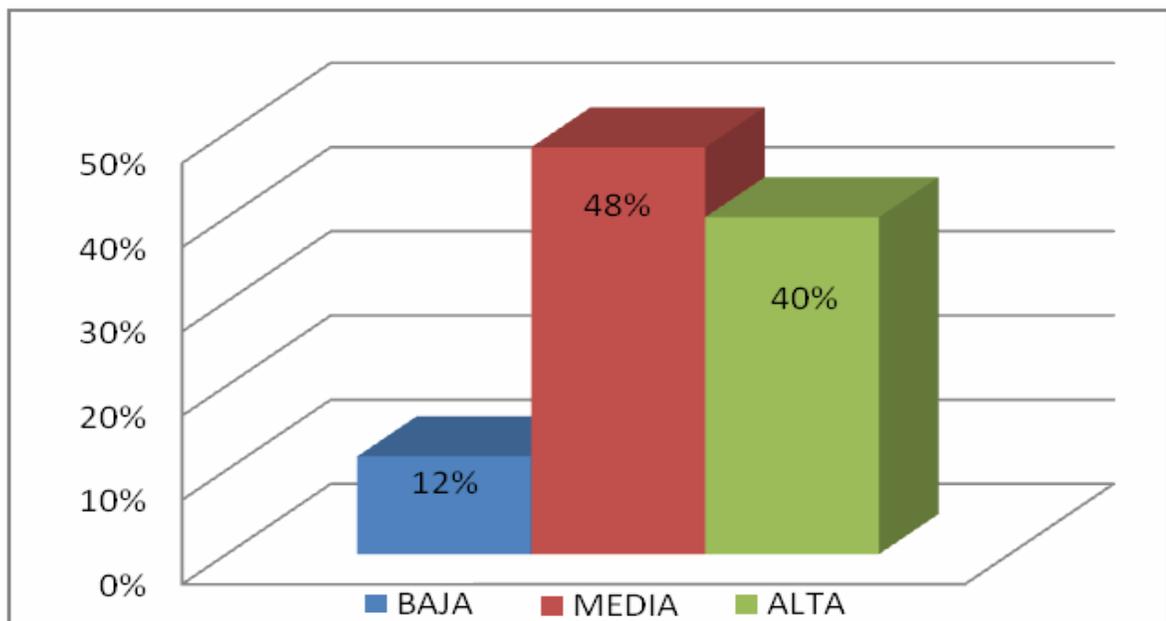
En general se puede concluir que los integrantes de este estudio cuentan con vinculación al sistema general de seguridad social en salud, esto influye en la posibilidad de adquirir servicios de salud de acuerdo con su situación de salud en particular y por otra parte, aumentando la capacidad de agencia de autocuidado

por los beneficios que pueden obtener desde la atención primaria de la enfermedad, hasta los estadios terminales de la misma.

4.1.2 Análisis general de la capacidad de agencia de autocuidado

– Capacidad de agencia de autocuidado en el total de la muestra

Gráfica No. 1. Capacidad de Agencia de Autocuidado.



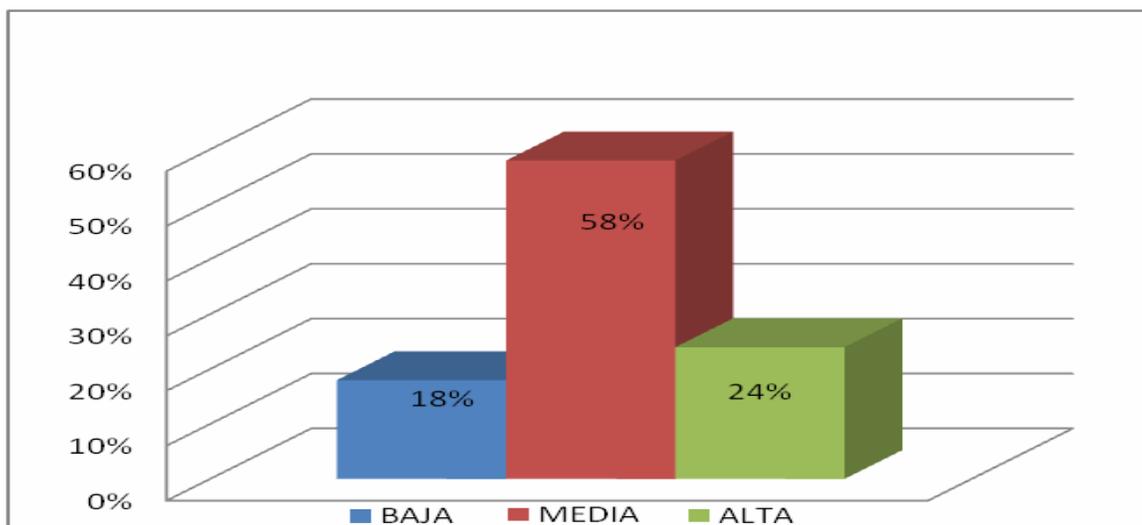
Fuente: Autores., Bogotá. Agosto a Noviembre de 2007.

Como se observa en la gráfica N° 1, el análisis general de la capacidad de agencia de autocuidado en el total de la población participante en el estudio, es Media con un 48%. Este resultado muestra que la población estudiada en general cuenta con una buena Capacidad de Agencia de Autocuidado, sin embargo, se puede concluir que existen dificultades que limitan definitiva o temporalmente acciones que contribuyan al aumento de la misma, ya sea en cuanto al bienestar personal, alimentación, actividad diaria y ejercicio, promoción del funcionamiento y desarrollo personal o la interacción social, las cuales hacen parte de su propio autocuidado. El 40% de la población tiene una capacidad de agencia de autocuidado Alta, lo que indica que tienen unas buenas prácticas y conocimientos acerca del mantenimiento de la salud y manejo de la enfermedad y solo el 12% de la población estudio no cuentan con adecuados parametros de autocuidado los cuales se especificaran en el análisis individual de las categorías y en el cruce de variables.

4.1.3 Análisis por categorías de la capacidad de agencia de autocuidado

– Categorías de la capacidad de agencia de autocuidado en personas portadoras de VIH/SIDA.

Gráfica No. 2. Interacción Social.



Fuente: Autores., Bogotá. Agosto a Noviembre de 2007.

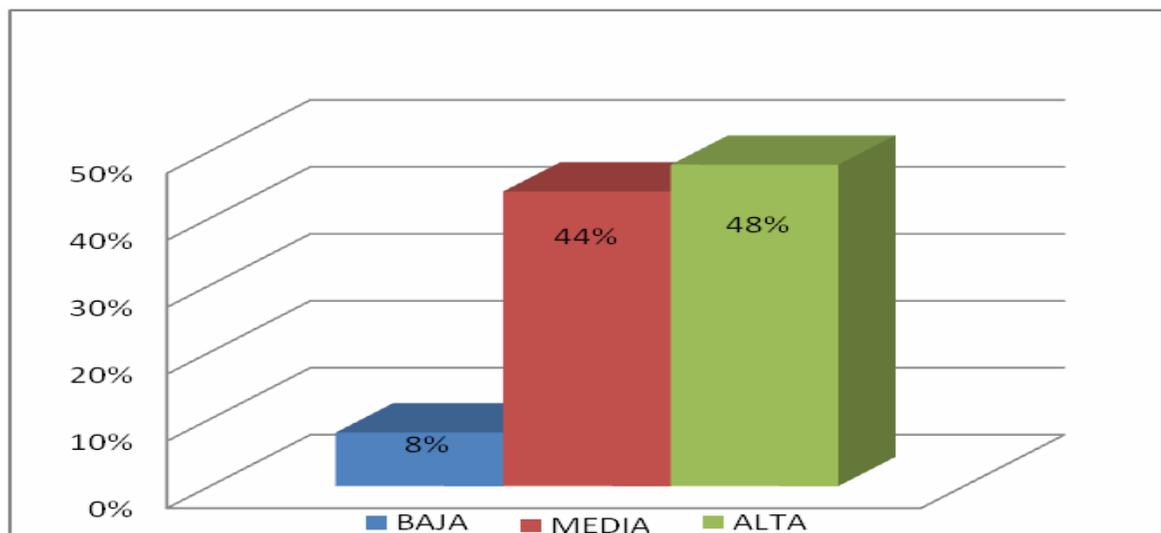
La gráfica N° 2 muestra la categoría de Interacción Social en relación a la capacidad de agencia de autocuidado la cual fué evaluada mediante las preguntas 12 y 22 de la Escala de Evaluación de la capacidad de agencia de autocuidado en la persona portadora de VIH/SIDA (ANEXO 2). Éstas hacen referencia a la red de apoyo con la que cuentan las personas portadoras de VIH/SIDA.

Se puede observar que el 58% de la población tienen una capacidad de agencia de autocuidado Media con relación a la Interacción Social; en este ítem se observa que hay un grado de deficiencia que no permite llegar a la alta Capacidad de Agencia, lo cual influye la red de apoyo conformada por amigos o familiares quienes conocen del estado de salud y, pueden aportar de forma positiva en su proceso salud-enfermedad. Además el 24% de la población cuenta con una capacidad de agencia de autocuidado Alta con relación a la Interacción Social lo que muestra que este grupo cuenta con una suficiente red de apoyo. El 18% restante se encuentra en una capacidad de agencia de autocuidado baja, lo cual indica que dichos individuos no cuentan con el apoyo de segundas o terceras personas o que existen pero en un nivel muy bajo.

Por tal razón los autores concluyen que existen factores modificantes de la Interacción Social, los cuales pueden ser positivos o negativos; por ejemplo, algunos de los factores que contribuyen a que haya una buena interacción social son encontrar personas que comparten la misma situación de salud, contar con amigos y/o familiares, que puedan brindar apoyo en momentos difíciles.

Otro factor modificante de la Interacción, es la etapa de la enfermedad en la que se encuentra el individuo. En la etapa inicial hay factores que influyen en forma negativa como: el temor al rechazo, la negación, la presión social y el desconocimiento de la enfermedad. En etapas posteriores a la autoaceptación, el individuo se da la oportunidad de buscar ayuda; en éste interés particular, la fundación donde fué realizado éste estudio, brinda un buen sustento para beneficiar a sus integrantes.

Gráfica No. 3. Bienestar Personal.



Fuente: Autores., Bogotá. Agosto a Noviembre de 2007.

La gráfica No. 3 muestra la capacidad de agencia de autocuidado en relación al Bienestar Personal en el portador de VIH/SIDA, lo cual se obtuvo mediante el análisis de las preguntas 2 , 4, 5, 7, 8, 14, 15, 16, 17, 19, 21 y 23 de la escala utilizada (anexo 2).

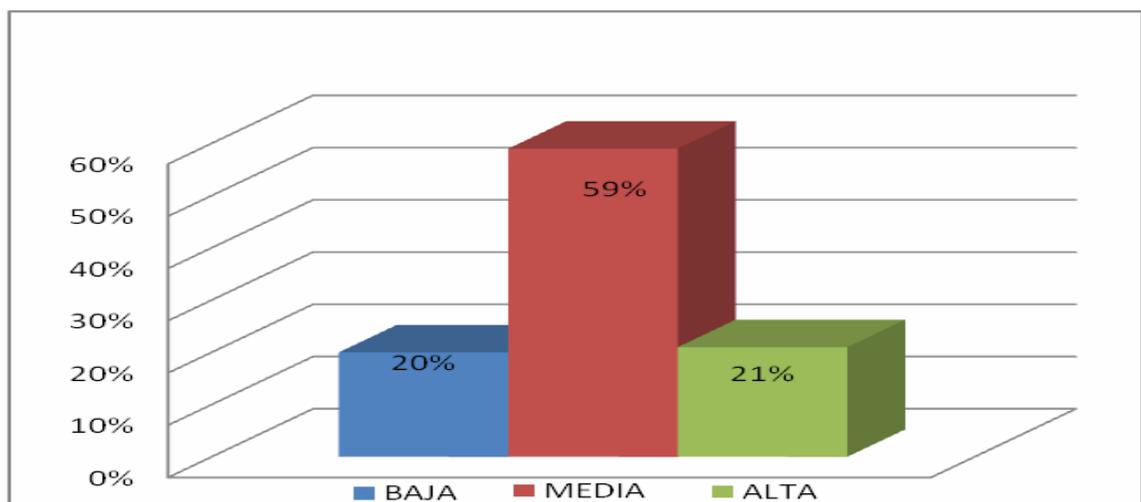
Esta categoría incluye el mayor número de preguntas de la encuesta realizada con un total de 12 ítems (50%) a los que más le da importancia la autora Esther Gallegos de la escala para evaluar la Capacidad de Agencia de Autocuidado.

En general esta categoría evalúa la integridad en conocimientos acerca de la enfermedad, proceso de la misma, detección temprana de cambios en el organismo, higiene y comodidad.

Se muestra como resultado una capacidad de agencia de autocuidado Alta con un 48%, con relación al Bienestar Personal, es decir, que la mitad de la población de estudio, cumplen con los parámetros que indican un buen manejo del estado de salud y han aprendido a conocer los cambios propios de la enfermedad. El 44% de la población estudio cuenta con una capacidad de agencia de autocuidado Media lo que indica que existen deficiencias en algunos de los parámetros evaluados en esta categoría y el 8% restante tienen unos parámetros mínimos en la capacidad de agencia de autocuidado con relación al conocimiento y manejo de su estado de salud, así como los ajustes de espacio necesarios para el mantenimiento.

Una explicación a este resultado es que a través de una higiene adecuada, las personas se educan acerca de los cambios que ocurren con el transcurso de la enfermedad, verifican su cuerpo para detectar cambios en forma temprana y modifican su estilo de vida a favor de la misma.

Gráfica No. 4. Actividad y Reposo.



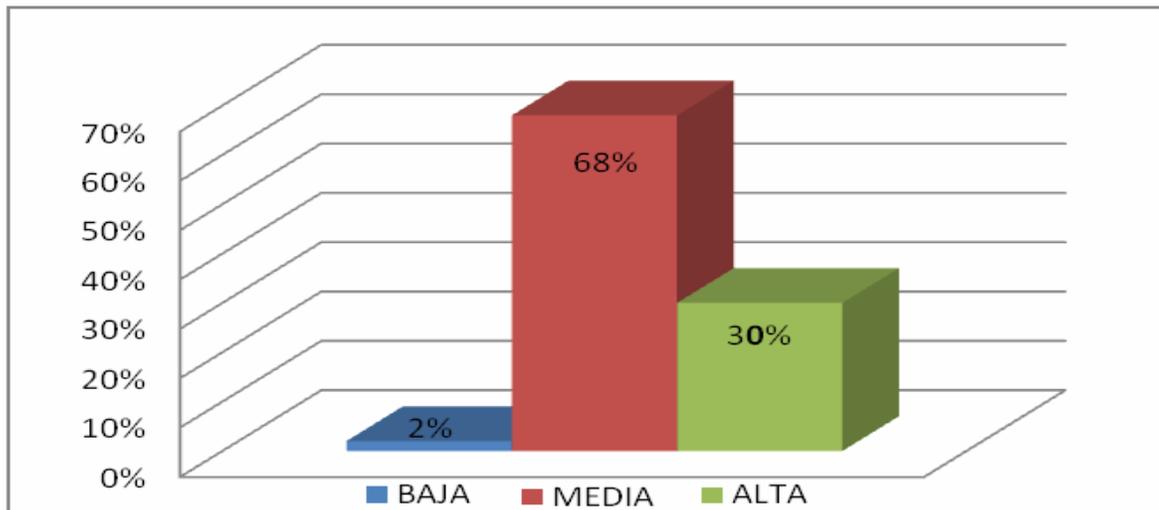
Fuente: Autores., Bogotá. Agosto a Noviembre de 2007.

La gráfica No. 4 muestra la capacidad de agencia de autocuidado de la población en relación a la combinación de la actividad y el reposo. Esta categoría se evaluó mediante las preguntas 3, 6, 11, 13, y 20 de la escala utilizada (anexo 2) en la persona portadora de VIH/SIDA, estos ítems hacen referencia a la capacidad y energía para la movilización, el mantenimiento activo corporal y el descanso necesario.

Se observa como resultado una capacidad de agencia de autocuidado Media 59% con relación a la Actividad y Reposo, lo cual indica que la población estudiada dentro de sus actividades diaria pueda que no tengan periodos de descanso ó que lo fomenten más que la actividad física, o, visceversa, lo cual hace que no se obtenga un alto nivel en la capacidad de agencia de autocuidado que requiere la persona portadora de VIH/SIDA, lo cual se puede observar claramente en el 20% de la población de estudio, los cuales obtuvieron una capacidad de agencia de autocuidado Baja. Caso contrario es el ocurrido en el 21% restante que obtuvo una capacidad de agencia de autocuidado Alta, consecuencia de un adecuado equilibrio entre el ejercicio y descanso.

El ejercicio ayuda a mantener el buen funcionamiento de los órganos vitales, favoreciendo la oxigenación de los tejidos y permitiendo que la persona se sienta más activa y aumente su autoestima. Así mismo estimula a crear rutinas de ejercicio diario para disminuir el sedentarismo. De igual manera se debe priorizar dentro de las actividades cotidianas, un tiempo suficiente para restaurar las fuerzas, recuperar las energías y mejorar el estado anímico.

Gráfica No. 5. Mantenimiento de un consumo de alimentos suficientes.



Fuente: Autores., Bogotá. Agosto a Noviembre de 2007.

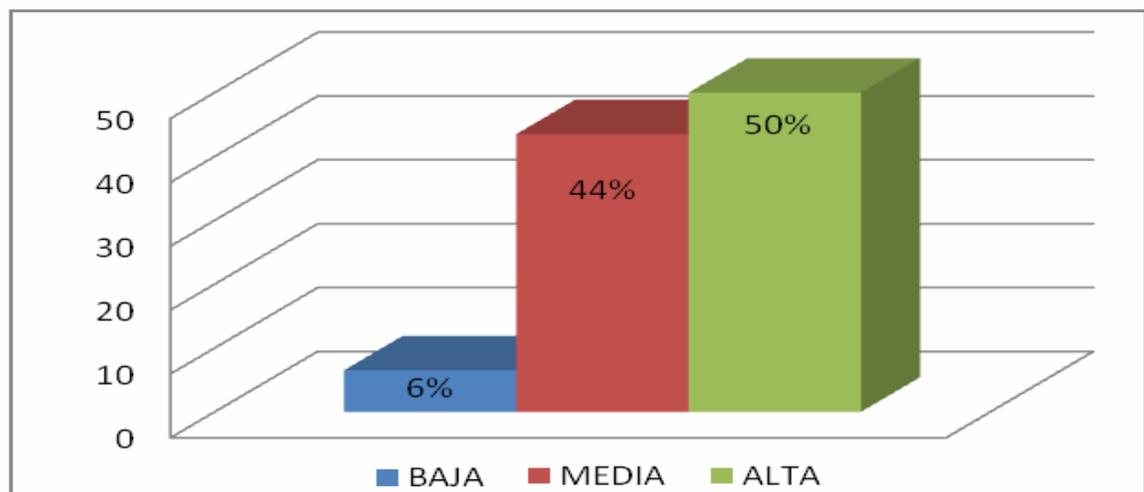
La gráfica No. 5 muestra la capacidad de agencia de autocuidado de la población con relación al Consumo Adecuado de Alimentos, evaluada en la pregunta número 9 de la escala utilizada (anexo 2), que hace referencia a la capacidad que tiene la persona tanto de alimentarse como de mantener un peso adecuado.

Se observa una capacidad media en la agencia de autocuidado con un 68% en relación a este ítem seguido por el 30% con Alta, siendo así que la población

estudio, refleja una buena alimentación la cual se basa en el consumo de una dieta balanceada rica en proteínas, vitaminas y evitando la ingesta de alimentos que no aportan los nutrientes necesarios, dato que se evidenció durante el proceso del estudio en la fundación.

Las deficiencias nutricionales aumentan el avance de la enfermedad y la reposición de estos nutrientes ayudan a aumentar el número de las células T que son la principal línea de defensa del cuerpo, y el mantener una dieta balanceada favorece la buena respuesta inmunológica del organismo⁴⁷.

Gráfica No. 6. Promoción Del Funcionamiento Y Desarrollo Personal.



Fuente: Autores., Bogotá. Agosto a Noviembre de 2007.

La gráfica No. 6 muestra la capacidad de agencia de autocuidado de la población con relación a la Promoción del Funcionamiento y Desarrollo Personal evaluada en las preguntas número 1, 10, 18, 24 de la escala utilizada (anexo 2), que hacen referencia al manejo de situaciones conservando la personalidad, la seguridad propia y la de su familia.

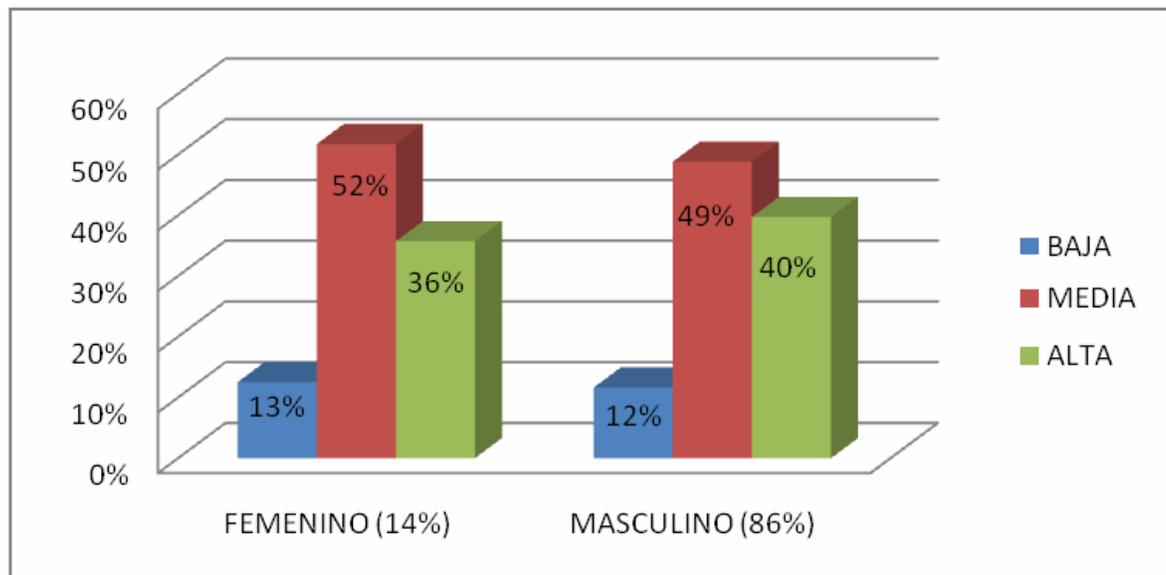
Se observa una capacidad de agencia de autocuidado Alta con un 50%, lo que demuestra que la población estudio tiene gran compromiso frente al cuidado de ellos mismos, de su entorno y han aprendido a manejar el efecto de la enfermedad en sí mismos y teniendo un buen estado de ánimo, además a cuidar el entorno propio y de su familia lo cual disminuye el riesgo de adsequibilidad de infecciones oportunistas y propagación de la enfermedad. El 50% restante no cuentan con los parámetros adecuados del mantenimiento del funcionamiento y desarrollo personal, por lo cual los autores concluyen que estos se dejan afectar

⁴⁷ ALDO, Norberto. Curso Estrés, ansiedad y depresión. Documento electrónico disponible en: www.mailxmail.com/curso/vida/ansiedad/capitulo2.htm, recuperado el 20 abril de 2008

facilmente por los cambios de la enfermedad o presentan deficiencias en el manejo de la seguridad propia y de su entorno.

4.1.4 Capacidad de agencia de autocuidado con relación a las variables sociodemograficas.

Gráfica No. 7. Capacidad de agencia de autocuidado según el sexo.



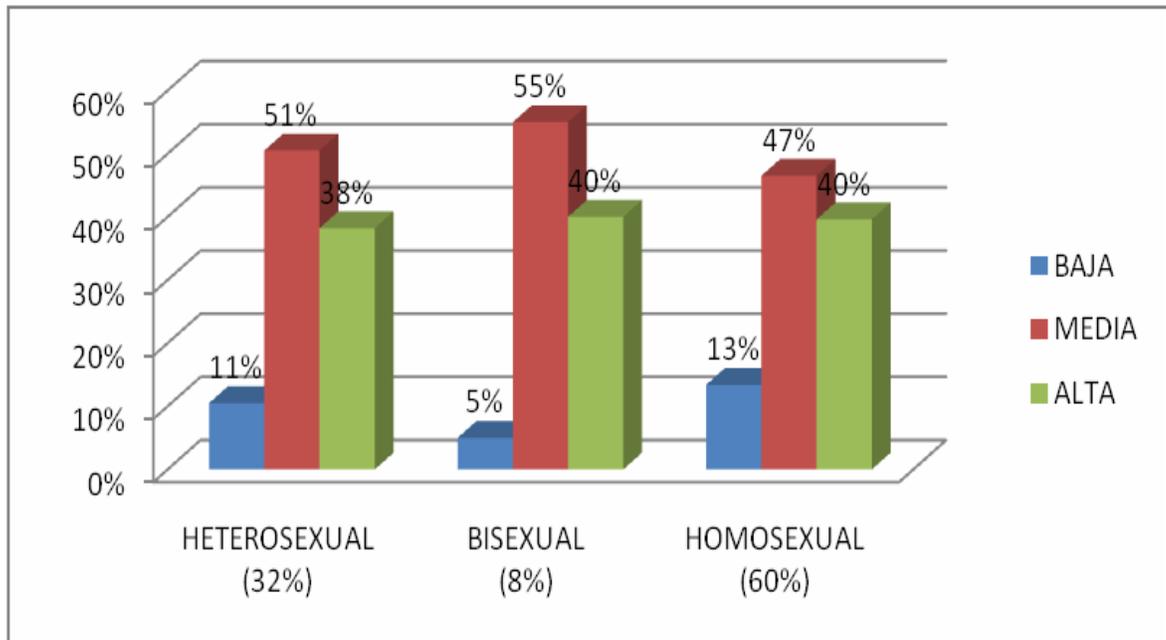
Fuente: Autores., Bogotá. Agosto a Noviembre de 2007.

La gráfica No. 7 muestra la capacidad de agencia de autocuidado con relación al Sexo en la población estudiada, dando como resultado una Capacidad Media en femenino 52% y masculino 49%, seguido de una capacidad de agencia de autocuidado Alta con un 36% y 40% respectivamente. Teóricamente se dice que la capacidad de agencia de autocuidado se puede ver modificada por el sexo debido a la predisposición del masculino a los factores de riesgo como promiscuidad, consumo de sustancias psicoactivas y alcohol y el escaso conocimiento de ITS⁴⁸.

Los resultados reflejados en esta gráfica muestran que en la población de estudio la capacidad de agencia de autocuidado relacionada con el sexo, se comporta de igual manera en ambos sexos, lo que indica que la población en general practica acciones en beneficio de su salud, pero que falta fortalecerlas para llegar a una Alta Agencia de Autocuidado.

⁴⁸ ONU. Trabajar con varones para la prevención y asistencia del VIH, SIDA, Versión española, octubre 2002. Disponible en www.unaids.org fecha de consulta 15 de abril de 2008

Gráfica No. 8. Capacidad de agencia de autocuidado según condición sexual.



Fuente: Autores., Bogotá. Agosto a Noviembre de 2007

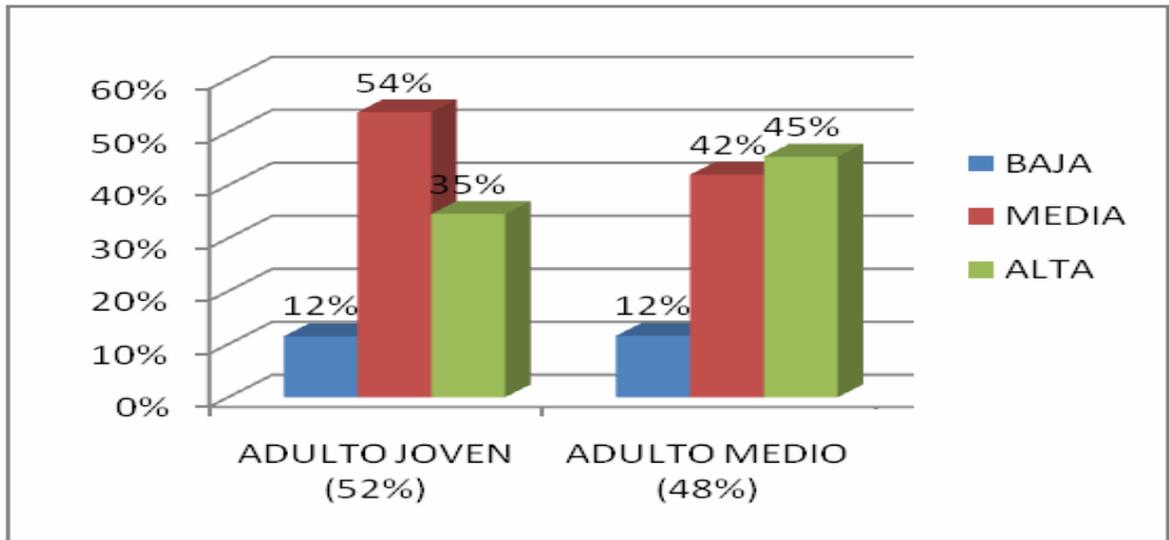
La gráfica No. 8 muestra la capacidad de agencia de autocuidado con relación a la Condición Sexual en sus tres clasificaciones; dando como resultado en bisexuales un 55%, heterosexuales con el 51% y en homosexuales 47%. Estos resultados reflejan que la población estudio tiene una capacidad de agencia de autocuidado a un nivel Medio, y al relacionarla con la del total de la muestra (Gráfica No. 1) se observa que no hay influencia significativa según la Condición Sexual. De acuerdo a estos resultados se puede resaltar que la población cuenta con buenas acciones de autocuidado, lo cual favorece su calidad de vida, pero posiblemente por factores externos como la falta de conocimiento, sociales y económicos, que no tienen que ver con la condición sexual del individuo, no pueden lograr una capacidad de agencia de autocuidado alta.

La gráfica No. 9 muestra la capacidad de agencia de autocuidado con relación a la edad, observando en el adulto joven una Capacidad Media (54%) y en el adulto medio una Capacidad Alta con el 45%.

De acuerdo a las edades se observa que tienen una capacidad de agencia de autocuidado buena de lo cual se puede inferir que influye el periodo de tiempo de diagnóstico, así mismo como la edad de la persona; es decir que a mayor edad y mayor tiempo de diagnóstico puede ser mejor la Capacidad de agencia de autocuidado⁴⁹.

⁴⁹ PAPANIA, Diane. Desarrollo humano. Mc graw hill interamericana S. A. cuarta edicion. Año 1999. Pás 448-449.

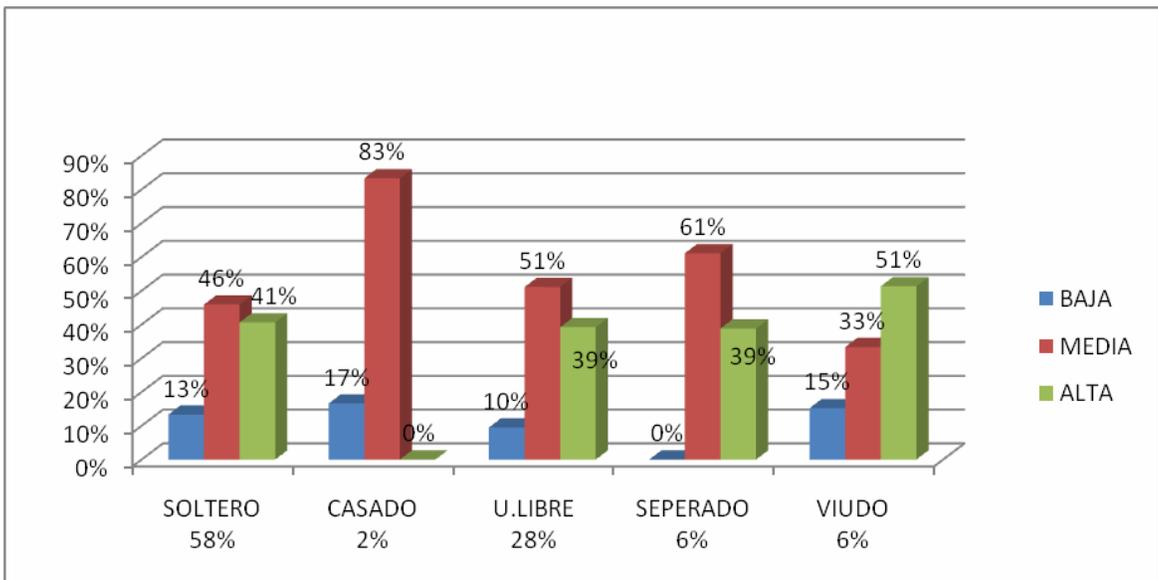
Gráfica No. 9. Capacidad de agencia de autocuidado según edad.



Fuente: Autores., Bogotá. Agosto a Noviembre de 2007.

Con relación al adulto joven es probable que su capacidad de agencia de autocuidado se encuentre Media, debido a que esta población abarca los casos de nuevos contagios o los más recientes, lo que lleva a tener una información limitada de la enfermedad y cómo ejercer un óptimo autocuidado.

Gráfica No. 10. Capacidad de agencia de autocuidado Según el Estado Civil.

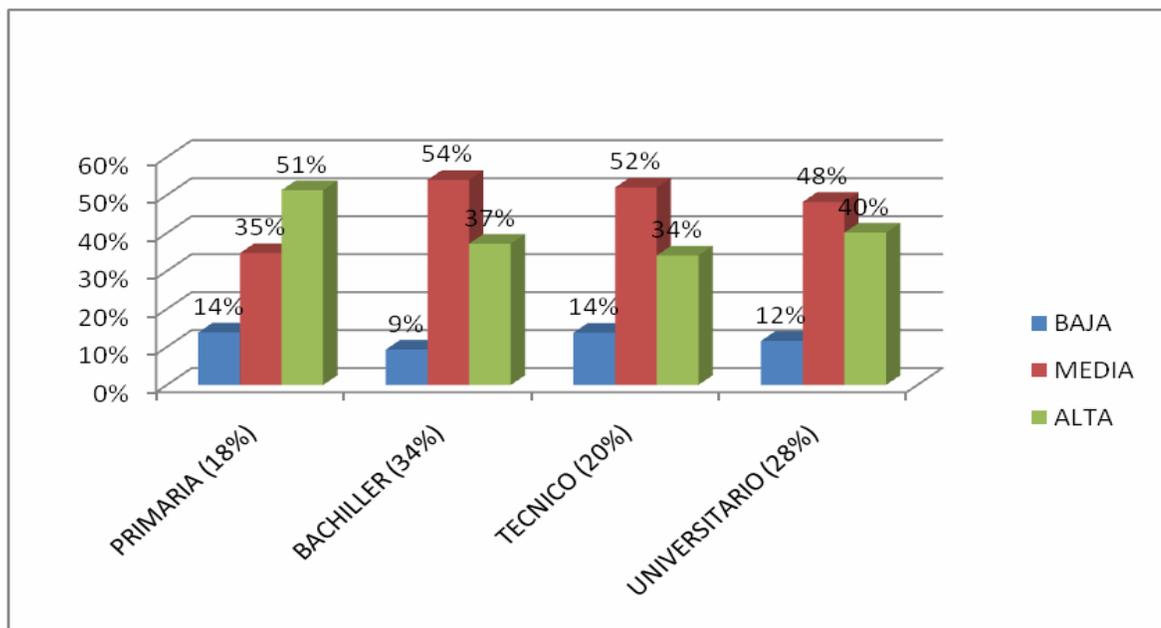


Fuente: Autores., Bogotá. Agosto a Noviembre de 200

La gráfica No. 10, muestra que la capacidad de agencia de autocuidado con relación al estado civil se encuentra en nivel Medio en 4 de las clasificaciones del mismo (soltero, casado, unión libre y separado), las que abarcan la mayoría de la población estudio. Con respecto al estado civil viudo, se puede observar una capacidad de agencia de autocuidado Alta con 51% en relación a las otras clasificaciones, lo cual se puede relacionar con las experiencias adquiridas en el transcurso de su proceso salud- enfermedad, compromiso de pareja, y conocimientos propios de la edad.

Basados en los resultados se puede afirmar que no hay influencia en la Agencia de Autocuidado relacionada con el estado civil en la mayoría de los casos, ya que los resultados de la totalidad de la muestra (Gráfica No. 1) y esta gráfica están muy similares. Los autores concluyen que teniendo en cuenta el estado civil, la población de estudio posee una buena capacidad de agencia de autocuidado sin importar si hay presencia o no de una compañía permanente o sentimental.

Gráfica No. 11. Capacidad de agencia de autocuidado según nivel educativo.



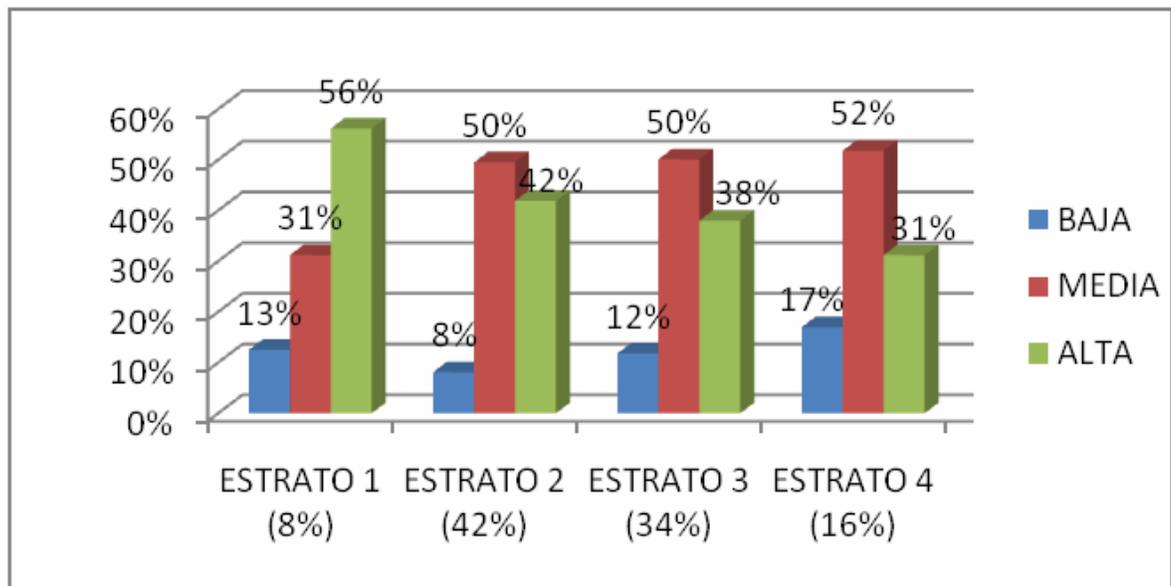
Fuente: Autores., Bogotá. Agosto a Noviembre de 2007.

La gráfica No. 11 representa una Media capacidad de agencia de autocuidado con relación al nivel educativo en las clasificaciones de secundaria, técnico y universitario.

Se puede afirmar que la población de estudio cuenta con una buena Capacidad de Agencia de Autocuidado, lo cual se debe a la información brindada por los centros educativos, sobre las enfermedades de transmisión sexual dentro de las cuales está el VIH/SIDA; pero que hay falencias, que no permiten lograr una Alta capacidad de agencia de Autocuidado debido a los factores influyentes como son: el experimentar formas peligrosas de comportamiento y el ámbito estudiantil.

Con respecto a la clasificación de básica primaria constituida por el 18% de la población, cabe resaltar que la mayoría cuentan con una alta capacidad de agencia de autocuidado, ya que estas personas están menos expuestas a las presiones ejercidas por la sociedad, como se evidenció a lo largo del estudio, ya que existen estudios que demuestran que el VIH/SIDA es más predisponente en los niveles educativos correspondiente a la educación secundaria a universitaria.

Gráfica No. 12. Capacidad de agencia de autocuidado según estrato económico.

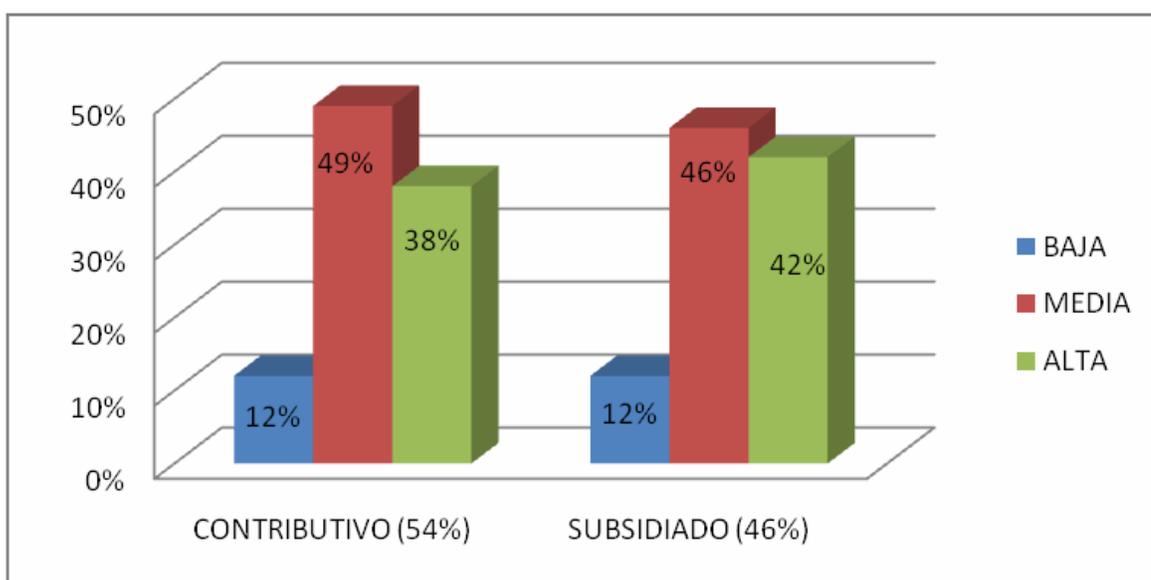


Fuente: Autores., Bogotá. Agosto a Noviembre de 2007.

La gráfica No. 12 muestra la capacidad de agencia de autocuidado en relación con el estrato socioeconómico dando como resultado Media en los estratos 2 con 50%, 3 con 50% y 4 con 52%. En el estrato 1 se observa una Capacidad de agencia de autocuidado Alta con un 56% que corresponde a un 8% de la población de estudio, sin embargo es significativo ya que el pertenecer al estrato 1 se relaciona con las dificultades de suplencia de necesidades básicas, pero aun así este cuenta con los requisitos necesarios para cuidarse, como lo son contar con servicios públicos básicos y una entrada económica, además de la interacción social y la búsqueda del bienestar propio.

En relación a los estratos 2,3 y 4 cuentan con una Media capacidad de agencia de autocuidado debido a que realizan diferentes acciones que permiten fomentar un autocuidado óptimo al suplir necesidades básicas de la enfermedad y propias. El grupo concluye que en este estudio no se encuentran factores definitivos influyentes en la capacidad de agencia de autocuidado relacionado con el nivel socioeconómico.

Gráfica No. 13. Capacidad de agencia de autocuidado en relación con Seguridad Social.



Fuente: Autores., Bogotá. Agosto a Noviembre de 2007.

La gráfica No. 13 muestra una capacidad de agencia de autocuidado media con relación a la seguridad social; dando como resultado en el contributivo un 49%, y el subsidiado 46%. Estos resultados reflejan que la población estudio tiene unas acciones de autocuidado favorables, y esta relacionada con la del total de la muestra (Gráfica No. 1) donde se observa que no hay influencia significativa según la vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en este estudio.

Las personas pertenecientes a este estudio, cuentan con buenas posibilidades que ayudan a suplir las carencias que tienen en su sistema de seguridad en salud, esto se ve reflejado en los resultados obtenidos dentro de esta población. Por otra parte, existen deficiencias del Régimen de Seguridad Social en Salud (contributivo o subsidiado) como son: la demora en la entrega de medicamentos, las citas médicas lejanas, deficiencias en la educación en salud a las personas en condición de portadoras que limitan la posibilidad de obtener una Capacidad de Agencia de Autocuidado Alta.

CONCLUSIONES

- La población objeto de estudio, en general cuenta con una capacidad de agencia de autocuidado media-alta con relación a las variables independientes las cuales hacen relación al sexo, edad, condición sexual, estado civil, nivel educativo y estrato socioeconómico; sin embargo existen deficiencias derivadas directamente de estas variables que no permiten que los individuos obtengan una capacidad de agencia de autocuidado excelente.
- Según la categoría de interacción social la población estudio en su totalidad no cuentan con una red de apoyo que sea suficiente para satisfacer sus necesidades, debido al grado de complejidad de la enfermedad; estas personas se aíslan por temor al rechazo y por no aceptación de la sociedad del estilo de vida y consecuencia de la enfermedad.
- La persona portadora de VIH/SIDA con relación al bienestar personal cuentan en su mayoría con conocimientos acerca de la enfermedad, proceso de la misma y detección temprana de cambios en el organismo, mantiene condiciones adecuadas de higiene y comodidad; es de resaltar que existe una alta deficiencia en este ítem en una población escasa de este estudio constituida por cuatro personas que necesitan mejorar los aspectos evaluados en esta categoría.
- En cuanto a la actividad y reposo se pudo determinar que existen deficiencias en la cantidad y calidad del descanso, y que existe una posición marcada de sedentarismo relacionados con cambios propios de la enfermedad o falta de interés de la población estudiada.
- En la población estudiada existe un adecuado consumo de alimentos que satisfacen las necesidades de una persona portadora de VIH/SIDA, esto se evidencia en los porcentajes obtenidos en la valoración de la variable de consumo de alimentos suficientes que permiten tener una estabilidad nutricional que favorece la convivencia con la enfermedad.
- En general la mitad de la población estudiada tiene una estabilidad emocional que prima sobre su estado de salud, con un adecuado manejo de su propia seguridad y de su entorno lo cual se evidencio con la categoría de promoción del funcionamiento y desarrollo personal, sin embargo hace falta reforzar en el otro 50% de la población la importancia de aprender a manejar el proceso y consecuencias de la enfermedad y convertirlos en ente positivo como base de autocuidado.

RECOMENDACIONES

- El personal de salud particularmente enfermería, dentro de sus actividades diarias, debe fomentar la humanización especialmente en las personas con enfermedades terminales como el VIH/SIDA, lo cual permitirá un mejor acogimiento de estas personas a los servicios de salud.
- Los participantes del estudio deben mejorar algunas de las acciones de autocuidado teniendo en cuenta la complejidad de la patología, la cual requiere de una agencia de alto nivel.
- Fomentar el estudio del autocuidado de las personas portadoras de VIH/SIDA en el sector salud debido a la escasa bibliografía respecto al tema.

BIBLIOGRAFÍA

AIDSMEDS % POZ. Consejos prácticos sobre la nutrición y la dieta para las personas que viven con el VIH. 2002. Disponible en: http://www.aidsmeds.com/articles/NutricionCarbohidratos_7662.shtml, descargado el 21 de febrero de 2008.

ALDO, Norberto. Curso Estrés, ansiedad y depresión. Documento electrónico disponible en: www.mailxmail.com/curso/vida/ansiedad/capitulo2.htm, recuperado el 20 abril de 2008

BEERS, Mark H. Nuevo manual moderno Merck de información medica general. Océano. Tomo 2. Capitulo 199. Pag 1391-1399.

CAZENAVE, Angélica, FERRER, Ximena, Cuidados de la persona enferma de VIH/ SIDA y su familia, Canadá 2003

DENYES, Mary J. Modelo de Orem utilizado para la promoción de la salud: direcciones de investigación. En *Advances in Nursing Science*. (Octubre, 1998); p.13-21.

DENYES, Mary J.. Modelo de Orem utilizado para la promoción de la salud: Direcciones de investigación. En *Advances in Nursing Science*. (Octubre, 1998); p.13-21

EL TIEMPO. La cultura de los osos. Movimiento gay bear en Colombia. PinkSheep. Disponible en www.eltiempo.com, fecha de publicación 23 de enero de 2007.

FREY, Maureen A. y DENYES, Mary J. Health and illness self-care in adolescents with IDDM: A test of Orem's theory. En: *Advance Nursing Science*, 1989. p. 68.

GALLEGOS CABRIALES E. C. Validez y confiabilidad de la versión en español de la escala: valoración de las capacidades de autocuidado. *Desarrollo Científico de Enfermería* 1998; 6(9):260-266; 1998.

GAST Herta et al. Self-care agency: Conceptualizations and operationalizations En: *Advance Nursing Science*, 1989. p.26-38

GONZÁLEZ Elena y asociados, Guía de atención domiciliaria para la persona que vive con VIH sida, Septiembre, México, ADN editores, Pág. 5

GONZALEZ, Laura Elena. Guía para la atención domiciliaria de personas que viven con VIH/SIDA/OPS; DE CASO México, ADN editores.

GUIRAO-GORIS, Josep Adolf .La agencia de autocuidados. Una perspectiva desde la complejidad. 2003. Documento electrónico disponible en: http://www.uv.es/joguigo/Sitio/5F45EC69-0045-4D2E-BA8F-1A9938FB3A89_files/agencia.pdf, recuperado el 12 de febrero de 2008

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Protocolo SIVIGILA Archivo electrónico Acrobat PDF disponible en: http://www.ins.gov.co/pdf/vcsp/Protocolo_12dic2006_VIH_2007.pdf; pag 2,4

ISENBERG, Marjorie A.. Teoría de enfermería del déficit del autocuidado (TEDAC): Direcciones para avanzar la ciencia de enfermería y la práctica profesional. En Marilyn Parker, Nursing Theories an Nursing Practice, 2001, F.A Davis Co. Philadelphia, 2001.

ISENBERG, Marjorie A.. Teoría de enfermería del déficit del autocuidado (TEDAC): Direcciones para avanzar la ciencia de enfermería y la práctica profesional. En Marilyn Parker, Nursing Theories an Nursing. 1998.

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Boletín Epidemiológico Nacional 2006

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Resumen de la epidemia de VIH/SIDA en Colombia 2007 www.minproteccionsocial.gov.co fecha de consulta 6 de marzo de 2008

ONU. Impacto Social y Económico de la Epidemia. Documento electrónico, disponible en: www.onusida.org.co/impacto.htm, descargado el 7 de abril de 2008.

ONU. Hoja informativa. Prevención del VIH/SIDA. Documento electrónico, disponible en la página: http://www.un.org/spanish/aboutun/organs/ga/specsess/aids/hojas/FSprevention_sp.htm , recuperado el 22 de abril de 2008.

ONU. Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (ONUSIDA). Mayo de 2007. Pág. 4

ONU. Trabajar con varones para la prevención y asistencia del VIH / SIDA, Versión española, octubre 2002. Disponible en www.unaids.org fecha de consulta 15 de abril de 2008.

OREM D.E. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson Salvat, 1993

OREM, Dorotea E. Soins infirmiers: les concepts et la pratique. Traducido por: Gosselin Danielle. Montreal: Décarie Éditeur inc, 1987. p. 55.

OREM'S Self- Care Framework. En: FAWCETT, Jacqueline. Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: nursing models and theories. F.A. Davis co. Philadelphia. (2000); Cap. 8 pp. 259 - 361

PAPALIA, Diane. Desarrollo humano. Mc graw hill interamericana S. A. cuarta edicion. Año 1999. Pás 448-449.

PORTH C. Fisiopatología. Salud – enfermedad Un enfoque conceptual. Ed. 7 de 2006, cap. 22, pág. 428-429.

RAMOS, Maria Teresa. Revista salud pública y nutrición. El VIH/SIDA y la adolescencia. Vol. 4 No.4 Octubre-Diciembre 2003

ROMO GARCÍA Javier, Salido Rengell Francisco. SIDA manejo del paciente con VIH. Ed. Manual Moderno, México, 1999. Pág. 112

THORWALD, Dethlefsen y RUDIGER, Dahlke. La enfermedad como camino. 2003. Cap xv pag.296.

ONU. Trabajar con varones para la prevención y asistencia del VIH, SIDA, Versión española, octubre 2002. Disponible en www.unaids.org, recuperado el 15 de abril de 2008

UNIVERSIDAD DE CALDAS. Generalidades sobre VIH/SIDA. Facultad de Salud / Odontología. Documento PDF Acrobat. Disponible en: <http://telesalud.ucaldas.edu.co/telesalud/facultad/documentos/AUTOCUIDADO.pdf> recuperado el 21 de Febrero de 2008

VERA, Lina Maria, LOPEZ, Nahyr Asociación entre el área de estudio y los conocimientos t comportamientos frente a la transmisión del VIH/SIDA entre los estudiantes de la universidad de Santander. Colombia medica, año 2004, volumen 35, numero 002, pagina 62-68.



ANEXO 1
CONSENTIMIENTO INFORMADO DIRIGIDO
A LA PERSONA PORTADORA DE VIH/SIDA

FECHA:

Yo _____ identificado con cédula de ciudadanía número _____ expedida en _____ acepto participar voluntariamente en el estudio realizado por los estudiantes de la facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana, por medio del cual se demostrara la Capacidad de Agencia de Autocuidado de las personas portadoras de VIH/SIDA, con el conocimiento que los datos personales obtenidos en esta investigación no serán publicados.

(Si usted no está de acuerdo, no está obligado a participar en este estudio).

Firma.
CC:

Testigo.
CC.

JAIR MATEUS
CC.

MARTHA CELY
CC.

XIMENA ESPINOSA
CC.



ANEXO 2

ENCUESTA PARA EVALUAR LA CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO DE LA PERSONA CONVIVIENTE CON VIH/SIDA.

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS.

A continuación encontrará una solicitud de información la cual es necesaria para el análisis de los resultados de esta investigación.

Agradecemos llenar completamente esta solicitud teniendo en cuenta la confidencialidad de la información.

Sexo:

- Masculino _____
- Femenino _____

Condición sexual:

- Heterosexual _____
- Homosexual _____
- Bisexual. _____

Edad: _____

Estado civil:

- Soltero (a) _____
- Casado (a) _____
- Unión libre _____
- Separado (a) _____
- Viudo (a) _____

Escolaridad:

- Básica primaria _____
- Bachiller _____
- Técnico _____
- Universitario. _____

• Ninguno. _____

Estrato social:

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____
- 6 _____

Seguridad Social:

Contributivo _____

Subsidiado _____



<p style="text-align: center;">ESCALA PARA EVALUAR LA CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN LA PERSONA PORTEDORA VIH/SIDA EN UNA FUNDACION DE BOGOTA</p>	Nunca	Rara Ve	A Veces	A Menudo	Siempre
1. Según cambien las circunstancias, ¿hago ajustes para mantenerme con salud?					
2. Verifico si las formas habituales de mantenerme con salud son buenas.					
3. ¿Hago cambios o ajustes si tengo problemas para movilizarme?					
4. ¿Hago lo necesario para mantener limpio mi alrededor?					
5. si es necesario, ¿pongo en primer lugar lo que necesito hacer para mantenerme con salud?					
6. ¿Tengo la energía para cuidarme como debo?					
7. ¿busco mejores formas de cuidar mi salud?					
8. Con tal de mantenerme limpio, ¿realizo ajustes en cuanto a mi higiene personal?					
9. ¿me alimento de acuerdo a mi situación de salud y mantengo un peso adecuado?					
10. ¿tengo la capacidad de manejar las situaciones para mantenerme tal como soy?					
11. ¿hago ejercicio y descanso un poco durante el día?					
12. ¿tengo amigos de mucho tiempo a quienes puedo recurrir cuando necesito ayuda?					



<p>ESCALA PARA EVALUAR LA CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN LA PERSONA PORTEDORA VIH/SIDA EN UNA FUNDACION DE BOGOTA</p>	Nunca	Rara Vez	A Veces	A Menudo	Siempre
13. ¿puedo dormir lo suficiente para sentirme descansado?					
14. Cuando obtengo información sobre mi salud, ¿pido explicación sobre lo que no entiendo?					
15. ¿Reviso mi cuerpo para saber si hay algún cambio?					
16. En otros tiempos he sido capaz de cambiar hábitos arraigados si con ellos mejoraba mi salud.					
17. Si tengo que tomar un nuevo medicamento ¿pido información sobre los efectos indeseados?					
18. ¿Tomo medidas para asegurar que mi familia y yo estemos seguros?					
19. ¿Valoro que tan efectivo es lo que hago para mantenerme con salud?					
20. En mis actividades diarias, ¿saco tiempo para cuidarme?					
21. ¿Busco información sobre mi salud si esta se ve afectada?					
22. ¿Busco ayuda si me encuentro en incapacidad?					
23. ¿Puedo tomar tiempo para mi?					
24. Aun con limitaciones para moverme soy capaz de cuidarme como a mi me gusta.					