



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE POST GRADO
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

**ACTITUDES Y PRACTICAS DEL PERSONAL DE
ENFERMERIA EN EL CUIDADO A LOS PACIENTES
AFECTADOS CON TUBERCULOSIS – PIURA, 2016**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN
CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

AUTOR:

Lic. JOSE VICITACION COLLANTES MALAVER

ASESORA:

Mgr. SONIA ALEIDA RUBIO RUBIO

Piura - PERÚ

2017

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Dra. Nelly Teresa Condor Heredia

Presidente

Dra. Juana René Aranda Sánchez

Secretaria

Mgtr. Nancy Patricia Mendoza Giusti

Miembro

Mgtr. Sonia Aleida Rubio Rubio

Asesora

DEDICATORIA

A mis padres Vito y Sofia, que guiaron mis pasos con mucho amor, me enseñaron a continuar luchando para vencer los obstáculos, sin perder la esperanza de conseguir las metas propuestas.

A mi esposa Marcela, por estar conmigo en aquellos momentos en que el estudio y el trabajo ocuparon mi tiempo y esfuerzo. Gracias por tu paciència y comprension,

A mis 4 hijos Konrad, Karin, Sofia y José que son la razón de mi vida el tesoro más grande que Dios me regaló y el motivo de mí existir.

JOSE VISITACION

AGRADECIMIENTO

A Dios, por estar junto a mí en cada paso, por fortalecer nuestros corazones e iluminar nuestras mentes y por haber puesto en el camino a aquellas personas que han sido soporte y compañía durante mis estudios.

Mgtr. Sonia Rubio por su asesoramiento, dedicación y apoyo constante para poder hacer realidad este informe de tesis.

A las personas que hicieron posible realizar esta investigación, en calidad de entrevistados.

JOSE VISITACION

RESUMEN

Esta investigación tiene como objetivo Conocer las actitudes, prácticas y expectativas del personal de Enfermería que trabaja con Tuberculosis, es de naturaleza cualitativa, se utilizó el método de historia de vida. La muestra estuvo conformada por 7 personas que trabajan en el programa de tuberculosis, la técnica de recolección fue entrevista abierta, aplicando una pregunta norteadora, el análisis de datos se inició después de la transcripción de las entrevistas, el tratamiento de datos se realizó sistematizando la información e identificación de categorías y subcategorías, siendo seis las categorías halladas: actitudes del profesional de enfermería, percepción de la enfermera, practicas del profesional de enfermería, actitudes de la familia frente al diagnóstico, actitudes con el tratamiento, expectativas del profesional de enfermería. Llegando a las consideraciones finales: una de las entrevistadas refirió acerca de la importancia de ser empáticos con el paciente, también acerca de la calidad de la atención de enfermería y sobre la importancia del apoyo emocional, enfatizando el cuidado humanizado de enfermería. Una de las entrevistadas manifestó su experiencia vivida como paciente, estas manifestaron acerca del miedo o temor que tenían hacia el contagio de la enfermedad, tres de ellas mencionaron acerca de los factores del abandono del tratamiento y las expectativas que refieren son: que las enfermeras tengan un cuidado humanizado con el paciente, que se enfoquen más en actividades de promoción de la salud.

Palabras Claves: Actitud, Cuidado enfermero, Práctica, tuberculosis.

ABSTRACT

This research aims to know the attitudes, practices and expectations of nurses working with Tuberculosis, is of a qualitative nature, the life history method was used. The sample was composed of 7 people working in the TB program, collection technique was interview open, applying a norteadora question, data analysis was initiated after the transcription of interviews, data processing was carried out systematizing information and identification of categories and subcategories, being six found categories: attitudes of professional nursing , perception of the nurse, nurse practitioner practices, family attitudes towards diagnosis, attitudes with treatment, nursing professional expectations. Coming to the final considerations: one of the interviewees referred to the importance of being empathic with the patient, also about the quality of nursing care and the importance of emotional support, emphasizing humanized nursing care. One of the interviewees expressed their experience as a patient, they expressed their fear or fear about the spread of the disease, three of them mentioned about the factors of abandonment of the treatment and the expectations that they refer are: that the nurses have A humanized care with the patient, that focus more on health promotion activities.

Keywords: Attitude, Care nurse, Practice, Tuberculosis.

INDICE

	Pág.
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCION	1
Problematización e importancia.....	1
Objeto de estudio.....	3
Pregunta norteadora.....	3
Objetivos del estudio.....	4
Justificación y relevancia del estudio.....	4
II. REFERENCIAL TEÓRICO - CONCEPTUAL	5
2.1 Antecedentes.....	5
2.2 Referencial teórico.....	11
III. METODOLOGIA	18
3.1 Tipo de investigación.....	18
3.2 Método de investigación.....	18
3.3 Sujetos de la investigación.....	24
3.4 Escenario de estudio.....	25
3.5 Procedimiento de recolección de datos cualitativos.....	32
- Técnicas de recolección de datos.....	26
- Procesamiento de datos.....	36
3.6 Consideraciones éticas y de rigor científico.....	36
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	38
4.1 Presentación de resultados.....	38
4.2 Análisis y discusión de resultados.....	39
V. CONSIDERACIONES FINALES	81
Referencias bibliográficas	95
Anexos	90

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad social por excelencia, multifactorial y está vinculada estrechamente a la pobreza, hacinamiento, desnutrición, al hambre y demás determinantes sociales, culturales, demográficos y ambientales. La tuberculosis es una emergencia de salud pública mundial desde hace más de 20 años y hoy causa la muerte de 4 mil personas al día en el mundo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). La epidemia en el mundo va disminuyendo lentamente, pero la principal preocupación sanitaria es la tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR), una cepa difícil y cara de tratar, que presenta más de 480 mil nuevos casos al año en todo el mundo. También se encuentra la tuberculosis extensamente resistente (TB-XDR), una cepa aún más difícil de tratar que la anterior, con más alta mortalidad y de la que se han descubierto casos en 100 países (1).

En el año 2004, se estimó que había en el mundo 8,9 millones de casos nuevos de TB, con 1,7 millones de muertes o 200 fallecidos por hora. El *Mycobacterium* cobra más víctimas que cualquier otro agente de enfermedad infecciosa. La muerte por tuberculosis representa el 25% del total de muertes evitables en los países en vías de desarrollo; alrededor del 95% de los casos y 98% de muertes por tuberculosis ocurren en estos países. El 75% de los casos que se presentan en estos países están dentro del grupo en edad económicamente activa. En el Perú, 15 años de esfuerzos intensivos han sido acompañados por un descenso en las tasas de incidencia de la tuberculosis de más de un 50%, acompañando este descenso en las tasas de morbilidad del país existe un énfasis en controlar la TB en los grupos de alta incidencia (1).

La región Piura registra 590 casos de tuberculosis desde el 2013 hasta el 2015, mientras que el número de fallecidos por la enfermedad aumentó de 100 a 121, lo informó la coordinadora de la estrategia del programa de prevención y Control de la Tuberculosis de la dirección regional de salud, Raquel Guardia Zúñiga. La profesional se mostró preocupada debido al incremento de los casos de fallecidos

con TBC; refirió que los pacientes acuden al establecimiento de salud en estado grave con riesgo de morir y no llegan a culminar su tratamiento. En Essalud se han incrementado los casos de 85 a 89 y en el Instituto nacional penitenciario de 15 a 32 casos. En el 2014 también se presentaron 05 casos en la Sanidad Policial y un caso en la Sanidad de la FAP. Los lugares de mayor incidencia de casos son: Piura, Sullana, Castilla, Chulucanas, Querecotillo y Talara (2).

Los establecimientos del ministerio de salud están implementados para realizar la detección oportuna del sintomático respiratorio y se cuenta con el material necesario para informar a los pacientes, asegurando un tratamiento adecuado. En el Clas San Miguel.- Piura conformado por los establecimientos de salud; E-S I-3 San José, E-S-I-3 Víctor Raúl, E-S-I-4 Consuelo de Velasco y E-S-I-4 San Pedro. Durante el año 2015 la incidencia de pacientes afectados por tuberculosis fue de 47 aumentando en razón de 06 en comparación al año anterior (2).

Se observó deficiente conocimiento sobre Tuberculosis Pulmonar y una imagen estereotipada de los pacientes que llevan a mal interpretar los síntomas y emplear tratamientos sintomáticos. Los insuficientes conocimientos del personal de salud sobre los factores de riesgo y el cuadro clínico dificultaron el diagnóstico cuando el paciente no reflejaba el estereotipo o presentaba una enfermedad ya conocida. La desinformación sobre la transmisión de la tuberculosis y la prescripción incorrecta de medidas de aislamiento propiciaron prácticas discriminatorias, aislamiento social y reforzaron los estereotipos y la estigmatización, lo que también limitó la búsqueda de ayuda médica (3).

En el país la mayoría de la estrategia nacional de tuberculosis son dirigidos por enfermeras las cuales prestan el cuidado a las personas viviendo con tuberculosis, dependiendo de ella la administración, supervisión y culminación del tratamiento; de la relación interpersonal que tengan con los pacientes se logrará el objetivo de persona curada. Para contribuir con el cumplimiento de las metas de los objetivos del milenio el profesional de enfermería desarrolla un papel importante aún no explotado. Es posible que la participación de enfermería, se dé desde el nivel política

hasta el nivel operativo y desarrolle un rol protagónico en la persecución de dicha meta. Considerando el potencial rol de la enfermería en el enfrentamiento del problema de la tuberculosis en un contexto de inequidad y pobreza, las dimensiones políticas y operativas del trabajo enfermero (4).

La realización de éste trabajo se dio durante la práctica de atención a las personas enfermas con tuberculosis en el Clas San Miguel Piura conformado por los establecimientos de salud; E-S I-3 San José, E-S-I-3 Víctor Raúl, E-S-I-4 Consuelo de Velasco y E-S-I-4 San Pedro. Durante el año 2016, donde la estrategia es llevada por las enfermera responsables de la estrategia de tuberculosis, se pudo observar que las personas con tuberculosis que acuden a tomar su tratamiento se sienten relegadas o estigmatizadas por algunas malas actitudes y mal a practica por parte de la persona que los atienden y con ellos mismos, el tiempo de espera es demasiado y se sienten discriminados, por algunos trabajadores de salud;, que no les explican las cosas como ellos quisieran; y, se sienten mal porque los que los atienden usando mascarillas y mandiles, todo esto por el personal de turno.

A partir de esa problemática se definió como objeto de estudio las Actitudes y prácticas del personal de enfermería en el cuidado a los pacientes afectados con tuberculosis – Class San Miguel Piura, 2016.

En ese sentido, se formuló la pregunta norteadora, como vertiente del estudio:

- ¿Cuáles son las Actitudes y prácticas del personal de enfermería en el cuidado a los pacientes afectados con tuberculosis en el Clas San miguel de Piura, 2016?
- ¿Qué expectativas presentan las enfermeras sobre sus prácticas en pacientes afectados por tuberculosis en el Clas San miguel de Piura, 2016?

Con base en esos cuestionamientos es que formulamos los siguientes objetivos:

- Conocer y analizar las actitudes y prácticas del personal de enfermería en el cuidado a los pacientes afectados de tuberculosis en el Clas San Miguel Piura, 2016.
- Identificar y analizar las expectativas del personal de enfermería en el cuidado a los pacientes afectados de tuberculosis en el Clas San Miguel Piura, 2016.

La tuberculosis está incrementándose en el mundo, tanto en países desarrollados como en aquellos países emergentes, debido al tratamiento inadecuado de los enfermos, la epidemia del VIH/SIDA, la resistencia a los fármacos antituberculosos, ineficientes programas de control, deterioro de las condiciones socioeconómicas, aumento de la pobreza en grupos de población y debilidad del apoyo político y económico. En este contexto, el Perú ha adquirido experiencia nacional exitosa. Las actitudes y prácticas de enfermería, son pilares importantes en la atención que se brinda a las personas con tuberculosis. Esto depende del acceso y la oportunidad que las personas no abandonen el tratamiento (5).

La enfermedad de tuberculosis es una patología infectocontagiosa, crónica, prevalente y curable por lo general ingresa al organismo por inhalación, la principal fuente de infección son las personas enfermas con tuberculosis pulmonar que tosen o estornudan diseminando en el aire gotitas infectadas que contienen los bacilos. Esta investigación aborda las actitudes y prácticas del personal de enfermería frente a paciente que está con tuberculosis en los establecimientos de salud del Clas San Miguel de Piura. La estrategia de observar que el paciente tome todos los días el medicamento tiene éxito porque convierte los casos contagiosos en no contagiosos y de esa manera se limita la transmisión de la enfermedad en las diferentes poblaciones (6).

El personal de enfermería juega un papel valiosísimo en el cuidado brindado al paciente con tuberculosis y que se encuentra bajo Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES). Las actitudes de los profesionales de enfermería al brindar atención al paciente es un factor que influye en el desenvolvimiento adecuado, logrando la aceptación y adherencia del tratamiento siendo de larga duración, por lo tanto el paciente debe estar consciente que la enfermedad es de riesgo y que el medicamento solo es eficaz si se toma en el tiempo indicado, dosis correspondiente y bajo la supervisión estricta de un profesional de enfermería.

Este estudio nos permite profundizar la comprensión de la problemática de la incidencia de tuberculosis en nuestro país por ende en nuestra región, la presencia de actitudes negativas por parte del personal, puede dificultar que los pacientes accedan a la atención, dado el estigma y la discriminación asociados a la enfermedad (7).

Así mismo, en cuanto a las prácticas que tienen los profesionales de la salud en el manejo de la tuberculosis, se ha encontrado que tener un contacto frecuente con los pacientes por parte del médico, enfermera y otros trabajadores de salud se relaciona con un mayor riesgo de adquirir la enfermedad.

II. REFERENCIAL TEORICO

2.1 Antecedentes

Investigación actual en el ámbito extranjero

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la investigación:

Bautista R. (8), en un estudio titulado “Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en Francisco de Paula Santander, Colombia”. Entre los resultados que se dieron a conocer el personal de enfermería pone más énfasis en la administración de tratamientos y las medicinas oportunamente, saber aplicar inyecciones, manipular equipos de uso parenteral, las máquinas de succión y otros equipos. Los comportamientos menos importantes fueron preguntar al paciente como prefiere que lo llamen, sentarse con este, ser jovial ofrecer alternativas razonables y encontrar la mejor oportunidad para hablarle sobre los cambios en su estado de salud. Este estudio permitió evaluar la calidad de los servicios de salud, y como el paciente percibe la atención que le brindan.

Wolf B. (9), en el estudio realizado y citado por Susan Kérouac (1996) se comparó la práctica de enfermería con la práctica médica con el propósito de delimitar la identidad profesional de cada una. Los resultados de dicho estudio muestran que el médico brinda cierta forma de cuidado cuando realiza una operación quirúrgica y tratamientos medicamentosos, la enfermera, por su parte, crea una serie de intervenciones que marcan una diferencia en la vida de las personas, mostrando así el cuidado, es decir, permite a las personas dar sentido a sus experiencias de salud y a su vida. A veces es menos visible contribuir a la salud de una persona mediante una intervención centrada en los recursos interiores de las personas (cuidado integral), que una intervención que utiliza los recursos exteriores (la etiología, la enfermedad y el tratamiento).

García C, Cortez I. (10), percepción del usuario del trato digno por enfermería en un hospital del Estado de México. La percepción del usuario es considerada como un conjunto de conceptos y actitudes que construye a partir de sus expectativas y la satisfacción de sus necesidades, por lo tanto el trato digno por enfermería que el usuario recibe constituye un indicador de calidad...El instrumento utilizado fue recolección de datos Trato Digno de la SSA, modificado con respuestas tipo Likert, validado con un alfa de Cronbach de 0.781. Resultados. La edad promedio es de 29 años, 62% fueron mujeres, 38% tiene la secundaria concluida. El 91% percibió un Trato Digno Adecuado, 90% manifiesta haber sido tratado con respeto. Existen diferencias en la percepción del usuario entre los diferentes turnos, no así en el servicio. Los usuarios varones percibieron de mejor Servicio Social de la Licenciatura en Enfermería.

Investigación actual en el ámbito nacional

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la investigación:

Nina G, Garayar P. (11), en el estudio realizado sobre “Relación entre el nivel de conocimientos y actitudes hacia el cuidado de los pacientes con tuberculosis en estudiantes de enfermería de la UNMSM” (Universidad Nacional Mayor de San Marcos), con el objetivo de determinar la relación que existe entre el nivel de Conocimientos y actitudes hacia el cuidado de los pacientes con Tuberculosis en estudiantes de Enfermería de la UNMSM. El método que utilizó fue descriptivo de corte transversal cuantitativo y aplicativo. El área de estudio fue la U.N.M.S.M. La muestra estuvo conformada por 94 estudiantes de enfermería obtenida por estratos. “El nivel de conocimientos que predominan en los estudiantes de Enfermería hacia el cuidado de los pacientes con tuberculosis en su mayoría es medio, lo cual condiciona a no asumir una conducta preventiva y de control, predisponiendo al contagio de los demás miembros de la familia y al agravamiento de la

enfermedad y no se contribuiría significativamente a la disminución de la tasa de morbi -mortalidad”

Rojas G. (12), en el año 2011, presentó un trabajo de investigación En Lima también realizaron un estudio titulado “Actitudes de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar en el centro de salud “Tablada de Lurín” Noviembre -Diciembre 2005, cuyo objetivo es: Conocer la atención Integral a la persona y familia en riesgo a enfermar y morir por tuberculosis (Minsa, 2001) el estudio es de nivel aplicativo tipo cuantitativo, el método es el Descriptivo de corte transversal, la población en estudio estuvo conformado por los familiares de todos los pacientes que pertenecen al esquema de Retratamiento de Tuberculosis Pulmonar Multidrogoresistente (TB MDR) que está compuesta por 16 familiares (uno por paciente); en conclusión: al realizar el Análisis de los Datos Recogidos mediante la aplicación de la Escala Lickert se pudo encontrar que: Existe un porcentaje (62,5%) considerable que tiene una actitud de aceptación seguido de una actitud de indiferencia de 37,5% y 0% de una actitud de rechazo, hacia el Diagnóstico y Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar; con un porcentaje significativo de dirección positiva (100%) relacionados a aspectos clínicos para el diagnóstico y tratamiento.

Hidalgo L, et al. (13), cuidado del enfermero (a) y la satisfacción del paciente hospitalizado en servicio de cirugía del Hospital regional de Loreto, Iquitos – 2008. EL objetivo determinar la relación que existe entre el cuidado del enfermero y la satisfacción del paciente hospitalizado en Cirugía. Se empleó un diseño no experimental de tipo descriptivo correlacional transversal, la muestra estuvo conformada por 196 pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía determinada por afijación proporcional. El 55,1% de los pacientes tenían entre 19 a 35 años de edad, 56% eran mujeres, 77,6% proceden de Iquitos, 99,5% fueron informados del diagnóstico médico, 53,1% tenía 2 a 5 días de estancia hospitalaria. El 98.5% manifestó que el tratamiento brindado por enfermería era adecuado, 63,3% calificó al tratamiento farmacológico

adecuado. El 100% mostró percepción adecuada del cuidado de enfermería, 77% manifiesta satisfacción con el cuidado de enfermería. Se encontró relación estadística significativa entre el cuidado del Enfermero, trato, tratamiento y consentimiento informado y la satisfacción del paciente ($p < 0.01$) Palabras clave: satisfacción usuario- enfermería.

Soto I, Coronel H. (14), la investigación Calidad del Cuidado Enfermero desde la Percepción del Usuario en Tratamiento de Tuberculosis, es cuantitativa, descriptiva y corte transversal; la Hipótesis fue: La calidad del cuidado enfermero desde la percepción del usuario tiene nivel de calidad esperada, el objetivo fue: Determinar el nivel de calidad del cuidado enfermero desde la percepción del usuario en tratamiento de Tuberculosis, en el Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas. La Victoria... Las conclusiones fueron: Dimensión Fiabilidad obtuvo el ítem con mayor valoración: Formación profesional de la enfermera ha sido excelente con 71% de satisfacción: Alta Calidad. En la Dimensión Empatía; el ítem de mayor valoración en el nivel medianamente satisfecho fue: El trato de la enfermera es personalizado, con 44% y corresponde a Calidad Esperada. En La Dimensión Tangible, el ítem de menor evaluación fue: Indicaciones y Señalizaciones en el Servicio, han sido claras, con una calificación de 53% de insatisfacción, correspondiente al nivel: Baja Calidad. De manera global se obtuvo 87% de satisfacción en el cuidado enfermero, que corresponde a: Alta Calidad, superando la hipótesis planteada. Se guardó en todo momento los principios éticos de E. Sgreccia y de rigor científico de Rada.

Investigación actual en nuestro ámbito

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la investigación:

Antón R, et al. (15), realizaron una investigación sobre “Bajo nivel de conocimientos y actitud de rechazo hacia el tratamiento de tuberculosis” Piura -Perú 2007. Se incluyó a 67 pacientes de los centros de salud de las

ciudades de Piura y Castilla. Se usó instrumentos previamente usados, tanto para evaluar los conocimientos como para las actitudes hacia el tratamiento. En cuanto al conocimiento global, el nivel fue bajo en 33 de ellos y sólo seis poseían un nivel alto; la situación fue distinta cuando se analizó por dominios, donde lo relacionado con el tratamiento se ve más afectado don de 38 tienen un nivel bajo, 28 nivel medio y 1 alto. La indiferencia hacia el tratamiento fue la actitud más frecuente (50 de 67), y solamente 10 mostraron una actitud de aceptación. Al evaluar si existía asociación, considerando las puntuaciones de ambas escalas a nivel global, se obtuvo un coeficiente rho de Spearman de 0,249 que mostró una correlación positiva estadísticamente significativa. Es pertinente también, considerar que tanto los conocimientos como las actitudes son potenciales factores que afectan la efectividad de las intervenciones dirigidas por la Estrategia Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis

Holguín C, et al. (16), determinar cómo se están llevando a cabo las medidas de control de infección de la TBC en los establecimientos de salud del distrito de Piura. Piura, 2011. Frente a la situación actual de la deficiencia que existe en las medidas de control de infección en tuberculosis de los establecimientos de salud; y al haberse evidenciado un incremento en el porcentaje de infección de TBC, tanto intra hospitalaria como al ingreso del paciente a la unidad... Los brotes de tuberculosis en establecimientos tiene como primera medida básica el mantenimiento de adecuadas condiciones ambientales de la infraestructura. Los principios básicos de la prevención se sustentan en unos procedimientos adecuados de limpieza de las instalaciones, y un mantenimiento preventivo idóneo. Por ello como profesionales en las ciencias de la salud, es un compromiso estudiar de qué manera contribuyen las medidas de control de infección de la TBC a la propagación de esta; al existir deficiencias al momento del manejo de las medidas de control. Asimismo, el estudio de este trabajo de investigación es para evidenciar o identificar cómo se están llevando a cabo el manejo de las medidas de control de infección para TBC en los establecimientos de salud del distrito de Piura.

Castañeda Y, (17), realizó un estudio sobre percepción y expectativas de las personas viviendo con tuberculosis sobre el cuidado de enfermería en el Centro de Salud Materno Infantil de Castilla – Piura. El estudio tuvo como objetivo Conocer la percepción y expectativas de personas viviendo con Tuberculosis sobre el cuidado de enfermería, el estudio fue de naturaleza cualitativa, se utilizó el método de historia de vida. La muestra estuvo conformada por 6 personas En las conclusiones: los entrevistados identificaron las causas o factores de riesgo relacionados con su enfermedad, La Influencia de Dios en su enfermedad la percibe como que Dios la permitió y la toman como una prueba pero con oración y acercamiento a Él pueden superarla. Perciben el cuidado enfermero con reconocimiento y agradecimiento pues que les hayan brindado un cuidado bueno y cálido ha permitido llevar con éxito su tratamiento y que sin ello no hubieran podido curarse.

Guevara V, (18), en su estudio sobre historia de vida de las personas adultas viviendo con tuberculosis – Hospital de Apoyo II-2 Sullana, el estudio tuvo como objetivos, Conocer la historia de vida de las personas adultas viviendo con tuberculosis y Analizar la historia de vida de las personas adultas viviendo con tuberculosis, es de tipo cualitativo, donde se utilizó el método historia de vida. Los sujetos de la investigación fueron ocho personas viviendo con tuberculosis. El análisis de los datos fueron iniciados después de la transcripción de cada entrevista. Conclusiones: Las personas muchas veces se sienten felices, y alegres llenas de emociones, la aceptación de esta enfermedad es más segura pero sobre todo el estar decidido a curarse; siendo la familia quien brinda apoyo durante el proceso de la enfermedad, de tal manera que algunos suelen considerar a la enfermera como una amiga que brinda confianza y esto favorece a la autoestima y recuperación de cada uno de estos pacientes.

2.2 Referencial Teorico

En este estudio los conceptos que fundamentan la presente investigación son:

Cuidado de Enfermería: Es considerado la esencia de la profesión de enfermería y se expresa de manera explícita o implícita en el ejercicio profesional. El proceso de Enfermería, lo define Yura como "la serie de acciones pensadas para cumplir el objetivo de la enfermería, mantener el bienestar óptimo del cliente". Quiere decir que en la atención del usuario, es básico por parte de la enfermera/o, el empleo integral de las habilidades cognoscitivas, interpersonales y psi-comotoras. Como cada una de las etapas del proceso están relacionadas entre sí y afectan al todo, una valoración completa permitirá identificar un listado sin omisiones y exacto de diagnósticos de Enfermería, así como la Planificación del cuidado debe conducir a una intervención y ésta a una ejecución, y será la evaluación constante durante el proceso la encargada de generar un nuevo objetivo (19).

Diversos autores han considerado la interacción enfermera –paciente como el eje fundamental para establecer una relación de cuidado. Así mismo, esta interacción ha sido asumida como el contacto entre la enfermera –paciente o la enfermera-familia, expresada a través de la comunicación verbal o no verbal. Aseguran que la intervención que realiza el profesional de enfermería, a través de la valoración, le permite identificar necesidades, y prevenir o ayudar a los miembros de una familia o comunidad (19).

El respeto por la persona humana, actitudes de amabilidad, empatía, interés por sus necesidades afectivas, paciencia y comunicación adecuada durante la relación enfermera-paciente. Debe existir entre los profesionales de enfermería y el paciente una verdadera amistad, que convierta a la enfermera en un ser humano, perito en la ciencia y el arte de cuidar (20).

En el marco de la enfermería, la relación enfermera –paciente es un tipo de sistema interpersonal que se define como un proceso de interacción humana entre enfermera y paciente, en el cual cada uno percibe al otro y a la situación, y a través de la comunicación identifican problemas, fijan objetivos, exploran los medios y se ponen de acuerdo para alcanzar los objetivos propuestos. La relación enfermera –paciente es, pues, un proceso de acción –reacción -interacción-transacción (20).

Tuberculosis: La bacteria *Mycobacterium tuberculosis*. La TB se transmite de persona a persona a través del aire. Cuando una persona con tuberculosis pulmonar o laríngea tose, estornuda, habla, canta o grita se propagan en el aire núcleos de gotitas que contienen *M. tuberculosis*. Dependiendo del entorno, estas diminutas partículas (de 1 a 5 micras de diámetro) pueden permanecer suspendidas en el aire por varias horas. En general la tuberculosis no se puede transmitir a través de objetos, tales como ropa, mandilones o cubiertos. La TB MDR se transmite de la misma forma que la TB sensible a los medicamentos (20).

Sin embargo, la contagiosidad de los pacientes con TB varía; algunos infectan a la mayoría o a todos sus contactos cercanos, mientras que otros, sólo infectan a algunos o a ninguno...también puede transmitirse en los establecimientos de salud, como hospitales y centros de salud...es más probable que la TB se transmita cuando el personal de salud y pacientes tengan contacto con otros pacientes, respecto de los cuales no se sabe que tienen la enfermedad y que, por tanto, no están recibiendo el tratamiento indicado ni han sido aislados del resto de los pacientes. Varios brotes han aumentado la preocupación por la propagación de la TB en dichos establecimientos (20).

Todo personal de salud del establecimiento de salud: médicos, enfermeras, técnicos y otros trabajadores, deben estar siempre atentos a detectar pacientes

Sintomáticos Respiratorios y con otros síntomas...Aislamiento o separación, las personas que muestran señales o síntomas de TB deben ser ubicadas separadamente de los grupos de pacientes no sospechosos de tener la TB y, además, deben ser sometidos a una evaluación diagnóstica, proporcionar una mascarilla e indicar que la mantengan puesta, pedirles que se cubran la nariz y la boca cuando tosan o estornuden, incluso en un área que se encuentre alejada del resto. En lugares donde se interna a los pacientes, se debe ubicar a todo paciente con TB confirmada o con sospecha de TB separado de los otros pacientes o, si es posible, en un cuarto de aislamiento (19).

Cuidado de Enfermería en la Tuberculosis

Para contribuir con el cumplimiento de las metas de los objetivos del milenio el profesional de enfermería desarrolla un papel importante aún no explotado. Es posible que la participación de enfermería, se dé desde el nivel político hasta el nivel operativo y desarrolle un rol protagónico en la persecución de dicha meta. El potencial rol de la enfermería en el enfrentamiento del problema de la tuberculosis en un contexto de inequidad y pobreza, considerando las dimensiones políticas y operativas del trabajo enfermero (20).

Rol protagónico de la enfermera: No cabe duda que la tuberculosis ocurre preponderantemente en poblaciones vulnerables por pobreza e inequidad. Sin embargo lo importante no solo es saber que estas personas son pobres, sino cuan pobres son y cuáles son las características de su pobreza a fin de hacer asignaciones acertadas cuando de distribución presupuestal y de servicios se trate. Aun cuando el tratamiento de la tuberculosis es de las intervenciones más costo efectivo, en razón a que el costo de curar un caso de tuberculosis es de sólo 90 centavos de dólar por cada año de vida que se agrega al enfermo esta intervención no asegura la equidad entre los pacientes (21).

La profesión de enfermería no está ajena a esta intención, pues es parte de su filosofía el contribuir con el nivel adecuado y calidad de vida de la persona sujeto de atención, más aun específicamente en el caso de la Tuberculosis, la enfermera desempeña un rol crucial en los programas de control (22).

No en vano en el plan regional de tuberculosis 2006 - 2015, se considera a enfermería como un socio histórico en el trabajo contra la Tuberculosis, pero ahora con exigencias mayores en su desempeño (23).

En tal sentido, las acciones existentes deben ser integrales y reducir de manera radical la tuberculosis desde el control de la pobreza. Más aún, estas intervenciones deberían ser entendidas y ejecutadas con esa visión por los profesionales involucrados hasta el nivel operativo. En Brasil por ejemplo, la estrategia DOTS/TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado), es llevada a los hogares con el fin de satisfacer las necesidades sociales, culturales, económicas y facilitar el acceso del paciente y familia a diferentes niveles y servicios del sistema de salud (24).

Atención de Enfermería de la Persona afectada por Tuberculosis según Norma Técnica de MINSA-Perú: El profesional de enfermería de la estrategia de TBC es responsable de organizar la atención integral de la persona afectada, su familia y la comunidad, para lo cual deberá: - Organizar la búsqueda de casos: Organizar, registrar, monitorear y evaluar la detección de sintomáticos respiratorios, en coordinación permanente con los responsables de otros servicios del Establecimiento de Salud. - Garantizar que los SR con frotis de esputo (+) inicien tratamiento en el EESS o sean derivados. - Verificar la obtención y envío de las dos muestras de esputo para la realización de la baciloscopia, pruebas de sensibilidad, rápida y convencional; cultivo y otros exámenes auxiliares basales, de acuerdo a lo dispuesto en la presente norma (25).

Educar y brindar consejería al paciente antes de iniciar el tratamiento : Educar a la persona con TB y a su familia sobre la enfermedad, formas de contagio y medidas de prevención, uso de pruebas rápidas para detectar resistencia, qué medicamentos va a tomar, en qué horarios y por cuánto tiempo; posibles reacciones adversas, importancia de la adherencia al tratamiento y consecuencias de no tomar la medicación correctamente, la importancia del estudio de los contactos y medidas de control de infecciones dentro del domicilio y la potencial necesidad de aislamiento (26).

Realizar la consejería pre-test para tamizaje de la infección por VIH.-Referir a las mujeres en edad fértil a la Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva para orientar sobre la paternidad responsable. - Orientar y referir al afectado con TB al servicio de nutrición, psicología y servicio social. - Realizar el censo de contactos y educar al paciente y familia sobre la importancia de su control. - Realizar la visita domiciliaria dentro de las primeras 48 horas, con los siguientes objetivos: Verificar que el domicilio de la persona afectada. - Educar y orientar al grupo familiar sobre el plan de tratamiento del afectado e importancia del soporte familiar. - Orientar en el domicilio las medidas de prevención y control de infecciones. - Confirmar el censo y organizar el estudio de contactos (27).

Coordinar la referencia del afectado para evaluación inicial y trimestral por el médico consultor. - Registrar la condición de egreso, en el libro de registro de seguimiento y en la tarjeta de tratamiento. Organizar el estudio de contactos y la administración de terapia preventiva. Organizar, registrar y controlar la administración de la terapia preventiva con isoniacida los contactos con indicación médica. Organizar la derivación y transferencia: El proceso de derivación y transferencia es responsabilidad del personal de enfermería. Organizar el sistema de registro e información y análisis de información. Organizar y garantizar el llenado de los registros utilizados en el seguimiento de los casos de TB (...), realizar el control de calidad de los datos registrados en los libros de registro y tarjetas de tratamiento. Consolidar la información

operacional de la ES PCT de los EESS: Informe operacional, bacteriológico, estudios de cohorte, base nominal y remitirlo al nivel inmediato superior. Analizar los indicadores operacionales y epidemiológicos, para la toma de decisiones en el nivel local (27).

Teorías Científicas de Enfermería.

Hildegard E, (27), en su Modelo de Relaciones Interpersonales, en 1952, ella publica su modelo que integra las teorías psicoanalíticas, el aprendizaje social, la motivación humana y el desarrollo de la personalidad.

Peplau, consideraba que la persona vive en un equilibrio inestable, que se esfuerza por reducir la ansiedad provocada por las necesidades. Para lograr la salud, el paciente interactúa con la enfermería, donde se producía un Proceso Interpersonal en el cual la enfermera está preparada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda. Para Peplau, cuidar era la capacidad profesional de enfermería para comprender su propia conducta, y así ayudar a otros a identificar las dificultades percibidas, aplicando principios de las relaciones interpersonales. Hoy en día la humanización de la atención en salud, expectativa que se convierte en un lema si no fundamentamos el cuidado con las necesidades humanas.

III.METODOLOGÍA

3.1 Tipo

La investigación se caracteriza por ser un estudio de naturaleza cualitativa, que según Ludke M, André E (28), es el tipo de estudio que “tiene un ambiente natural como su fuente directa de datos y el investigador como su principal instrumento (...), supone el contacto directo y prolongado del investigador con el ambiente y la situación que está siendo investigada”.

3.2 Método

Se utilizó el método de historia de vida, porque esta metodología permitió una aproximación mayor con el personal de enfermería, presentando las experiencias y las definiciones vividas e interpretadas por ellos.

El método historia de vida consiste en solicitar a los sujetos de estudio contar su vida, es el modo como el individuo representa los aspectos de su pasado que considera relevantes para la situación actual (29).

Respecto al significado del término historia de vida, la lengua inglesa dispone de dos palabras para traducir el vocablo francés “*histoire*”, que son “*story*” e “*history*”. En 1970, el sociólogo Denzin propone la distinción de terminología como aclara Bertaux D. (31), *Life Story*, designa la historia de una vida de la persona que la vivió y la relata y *Life History* está reservada a los estudios de casos sobre una determinada persona, comprendiendo no solo su propia narración de vida, sino también todos los tipos de otros documentos como relatos médicos, relatos judiciales, pruebas psicológicas y testimonios de parientes. La primera abordaje fue la más apropiada para este estudio o sea comprende la narrativa del personal de enfermería.

Para Glat R. (30), el método historia de vida quita al investigador de su pedestal de “dueño del saber” porque valoriza lo que el sujeto tiene que decir sobre sí mismo, lo que él cree que sea importante sobre su vida. No es el investigador que tiene el control de la situación. Al contrario, todo el estudio es direccionado por el entrevistado, a partir de su visión de mundo, de cómo vivenció los hechos y como ellos interaccionan con el presente. Esa autora resalta que es la subjetividad natural de la autobiografía que constituye la verdad de este género.

La diferencia fundamental del método historia de vida de otros abordajes es el respeto que el investigador tiene por la opinión del sujeto. El investigador acredita en el sujeto. Y este último no es visto como objeto pasivo de estudio. Al contrario, el investigador y el sujeto se complementan y modifican mutuamente en una relación dinámica e dialéctica (30).

Corroborando dicha aseveración, Camargo A. (32), afirma que las historias de vida representan la mejor manera de comprender la cultura “del lado de adentro” como un conjunto vivo, regido por la armonía intensa, no como un conjunto arbitrario de costumbres e instituciones, cuya realidad es apenas percibida; por eso cree que en las historias de vida, lo que se pierde en confiabilidad estadística es ganado en fructífera interacción entre los datos empírico y las preposiciones teóricas.

Para Kohli M. (33), la construcción de una historia de vida no es una simple colección de hechos de la vida individual, más si auto-imagen estructural el modo por el cual el individuo representa aquellos aspectos de su pasado que son relevantes en la presente situación, quiere decir es relevantes en términos de intenciones por las cuales el guía sus acciones actuales.

Minayo M. (34), cita varios tipos de historia de vida, la completa que recubre todo el conjunto de experiencia vivida por una persona, un grupo o una institución; una historia de vida tópica que da énfasis a determinada etapa o

sector de la vida personal o de una organización; historia oral que generalmente focaliza acontecimientos específicos tales como fueron vivenciados por una persona o grupo social.

Camargo A. (32), considera que la historia de vida es bastante apropiada a estudios de situaciones sociales, que envuelven principalmente sigilo, tornando indispensable el conocimiento íntimo de los sujetos para hacer emerger tendencias oscuras que moldean la realidad social de diversas categorías.

La historia de vida como método comprende dos características básicas: a) la experiencia del autor usada de manera horizontal buscando encontrar patrones universales de relaciones humanas y percepciones individuales, b) interpretaciones sobre el origen y funcionamiento de los fenómenos sociales, a través de articulaciones temporales facilitada por las entrevistas.

Ese método preconiza que los sujetos de la investigación relatan su vida o hechos y acontecimientos vivenciados y que marcaran su vida. La construcción de una historia de vida es el modo como el individuo representa los aspectos de su pasado que considera importantes para el fenómeno social actual.

Bertaux D. (31), define el método de historia de vida, como un procedimiento metodológico que utiliza la historia de una vida, narrada al entrevistador tal cual fue experimentada por el sujeto, llevando a la investigación a enfocar el punto de convergencia o divergencia de los seres humanos, en sus condiciones sociales, de la cultura y de la praxis, en el contexto de las relaciones socio-simbólica y de la dinámica histórica.

Para Camargo A. et al. (32), la historia de vida puede tener utilidades diversas como autobiografía, entrevista biográfica, historia de vida como fuente complementaria de investigación e historia de vida como soporte de pesquisa.

La historia de vida, como soporte de la investigación, funciona como metodología principal, revela la red de relaciones sociales, no es solamente una fuente complementaria de datos. Las experiencias humanas son descritas en su dimensión temporal y permiten alcanzar los mecanismos de funcionamiento de la estructura social. Se respeta la individualidad y especificidad del actor, por eso su discurso es descompuesto, reagrupado e interpretado. Este proceso puede ser de acuerdo como el contexto social en que se desenvuelve.

Rodríguez G, et al. (35), refiere que, utilizar la historia de vida como método, implica reconocer que la misma es una de las connotaciones del sentido común al lenguaje in-común. Para este autor, hablar de historia de vida presupone que la vida es una historia y que una vida es inseparablemente del conjunto de los eventos de una existencia individual concebida como una historia.

El personal de enfermería como sujetos formularon reflexiones sobre su vida, en cuanto narra en el contexto del presente, liberando su pensamiento crítico, que además de seleccionar los hechos determina el significado atribuido a ellos, realizando un verdadero balance de su vida.

La utilización de la historia de vida según Chizzotti A. (36), fue introducido en el medio académico en 1920, en Chicago y fue desarrollado por Znaniescki, en la Polonia, en la década de 60. Es muy utilizada en la sociología, antropología y psicología y en los últimos años ha sido muy utilizada en las investigaciones en las áreas de educación y enfermería. Cabe registrar que el método de historia de vida en el área de la salud fue utilizada por Glat (psicóloga brasilera, 1989 y 1993) con mujeres deficientes mentales y con madres después del parto, en estudios de maestría y doctorado.

En el Brasil, en el área de enfermería este método comenzó a ser divulgado en la década de 90 en la construcción de disertaciones y tesis con diversos objetos teóricos, conforme se puede observar en el cuadro a seguir:

AÑO	AUTOR	TÉMATICA	TIPO
1995	SANTOS, R. S.	La maternidad de niños especiales.	Tesis de doctorado
1995	HUMEREZ	La atención brindada al paciente con enfermedad, Teniendo la experiencia de vida de los propios sujetos.	Tesis de doctorado
1996	SILVA, M. G. A. A.	O paciente renal crónico y su adaptación a la nueva condición de vida.	Disertación de maestría
1997	ASSAD, L. G.	La actuación de la enfermera con pacientes de trasplantes renales.	Disertación de maestría
1997	Goncalves, L. R. R.	Percepción de la mujer sobre las enfermedades de transmisión sexual	Disertación de maestría
1998	SANTOS, I. M. M.	La mirada de la madre en el desarrollo de su hijo de 0 a 12 años residentes en una favela	Disertación de maestría
1999	RUBIO, S. A. R.	Percepción de las madres de niños con anomalía congénitas sobre la atención en el pre natal y pos parto en Rio de Janeiro/Brasil y Piura/Perú	Disertación de maestría
2000	RIBEIRO, M. G.	La percepción de la gestantes VIH positivo en relación a su suero positividad	Disertación de maestría
2000	MARQUES, C. O.	Percepción de las promotoras de salud sobre su papel social y sus relaciones desarrolladas con las instituciones de salud y la comunidad de Villa el Salvador	Disertación de maestría
2001	MALUHI, M.	La percepción de la mujer profesional del equipo de enfermería como paciente en el examen ginecológico.	Disertación de maestría
2001	VASCONCELOS,	La percepción de la enfermera obstetra sobre el cotidiano de su práctica asistencial.	Disertación de maestría
2001	CHAMILCO, R. A. S. I.	Prácticas obstétricas adoptadas por parteras tradicionales.	Disertación de maestría
2002	SPÍNDOLA, T.	El cotidiano de la mujer madre-trabajadora de enfermería.	Tesis de doctorado

2003	SANTOS, C	Gestante de alto riesgo y la Teoría Transcultural de Enfermería de Madeleine Leininger.	
2003	NUNES, H. H. M	El cotidiano de las madres insertadas en el método “mamá canguro”	Disertación de maestría
2003	SILVA, L. R.	Los factores sociales y culturales que interfieren en el tratamiento de la sífilis en la visión materna.	Tesis de doctorado
2003	RODRIGUEZ, Y. E.	Violencia conyugal contra las mujeres	Tesis de doctorado
2004	DIAS, I. M. A. V.	El profesional de enfermería frente al nacimiento del niño con malformación congénita.	Tesis de doctorado
2005	SAO BENTO, P. A.	Rasgando el verbo: la voz de mujeres sometidas a episiotomía	Disertación de maestría
2006	ALVES, A. M. A.	La lactancia materna del pre término en un hospital amigo del niño	Tesis de doctorado
2006	WYZYKOWSKI, C	La mirada materna acerca de la UTIP	Disertación de maestría

En el Perú, en el 2002 Cruz, utilizó también el método historia de vida, posibilitando la visión de mundo de las mujeres embarazadas afectadas por la violencia conyugal; en el 2003 Marquina y Guadamos también utilizaron el método para conocer la cotidianidad de vida de los adolescentes del centro de adaptación social Hogar San José en relación al maltrato intrafamiliar que son víctimas.

3.3 Sujetos de la Investigación.

Los sujetos de la investigación fueron 7 entrevistados profesionales de enfermería que voluntariamente aceptaron participar de la investigación, después de haber sido informado sobre esta investigación firmando el término de consentimiento libre e informado (ANEXO 2).

Los sujetos de estudio tuvieron su identidad sigilosamente preservada, no fueron adoptados criterios de exclusión porque según Bertaux D. (31), cuanto más diverso es el grupo investigado, mayor la probabilidad de describir todas las posibilidades del cotidiano de los sujetos de estudio.

El tamaño de la muestra fue determinada en base a las necesidades de información, por ello, uno de los principios que guiaron el muestreo fue la saturación de datos, esto es, hasta el punto en que ya no se obtuvieron nueva información y esta comienza a ser redundante (31).

El siguiente cuadro presenta al personal de enfermería, con nombres ficticios elegidos por la relación entre la personalidad de los entrevistados y personajes históricos, bíblicos o sociales. Respecto a las características de los entrevistados tenemos que las edades varían entre 26 y 49 años; por el sexo femeninos; por su estado civil seis casados y un soltero, por el grado de instrucción profesional, el número de hijos, se encuentra entre sin hijos en dos entrevistados y máximo de tres hijos en dos entrevistado y cuatro entrevistados manifestaron tener dos hijos cada uno.

IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO	EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	GRADO DE INSTRUCCIÓN	OCUPACIÓN	No DE HIJOS
Jazmin	35	Femenino	Casada	Superior Completo	Enfermera	2
Rosa	32	Femenino	Soltera	Superior Completo	Enfermera	0
Azucena	26	Femenino	Casada	Superior Completo	Enfermera	3
Dalia	41	Femenino	Casada	Superior Completo	Enfermera	3
Tulipan	46	Femenino	Casada	Superior Completo	Enfermera	1
Flor	40	Femenino	Casada	Superior Completo	Enfermera	2
Orquidea	33	Femenino	Casada	Superior Completo	Enfermera	0

3.4 Escenario de estudio

El escenario de estudio fueron el Clas San Miguel Piura donde la investigadora desarrolla actividades profesionales, lo que facilitó la aproximación a los sujetos de estudio, el local de trabajo no constituyó foco de interés de la investigadora.

El Clas San Miguel Piura, surgen como consecuencia de la reforma del Sector Salud. Los Establecimientos que forman parte del Clas San Miguel son: En el Clas San Miguel.- Piura conformado por los establecimientos de salud; E-S I-3 San José, E-S-I-3 Víctor Raúl, E-S-I-4 Consuelo de Velasco y E-S-I-4 San Pedro. En el transcurrir del año 2015 el perfil epidemiológico de la En el Clas San Miguel.- Piura, durante el año 2015 la incidencia de pacientes afectados por tuberculosis fue de 47. a diferencia de 06 del año anterior (37).

El Clas San Miguel Piura tiene una población asignada de 35,480 hbts., con 15 médicos generales y especialistas; 13 enfermeras de las cuales solo 1 es asignada a la estrategia sanitaria de tuberculosis en cada establecimiento de salud que conforma el Clas, por la tarde el tratamiento es supervisado por el enfermero de emergencia o el personal técnico de apoyo (37).

3.5 Procedimiento y Recolección de datos Cualitativos:

Técnicas de Recolección de datos.

La técnica que se utilizó para la recolección de datos fue la entrevista abierta, que consistió en establecer una interacción social, previa con el entrevistado en una entrevista previa para mejorar el proceso del establecimiento de relaciones humanas, en un proceso de comunicación donde se confrontaron, por un lado, el investigador con su proyecto definido y, por el otro, el entrevistado que viene aceptando participar de la propuesta, relató algo de su existencia de acuerdo con las demandas del investigador. fué un trabajo bajo las interpretaciones que el entrevistado tiene sobre hechos que marcaron su

vida. El investigador en realidad, no direccionó la entrevista, correspondiéndole al entrevistado el papel de sujeto que conduce el proceso.

El método de historia de vida se distingue de otras formas de investigación envolviendo relatos – como cuestionarios o entrevistas semi-estructuradas – pues en esas, a pesar de la intención en “oír el sujeto”, el investigador selecciona y restringe los temas que serán abordados. La historia de vida, por otro lado, al utilizar a entrevista abierta, permite que a conducción del estudio sea dada por los propios participantes, a partir de su visión de mundo. En lugar de responder a preguntas predeterminadas los sujetos son libres para divergir sobre aquello que consideran relevante en su experiencia, a forma como vivenciaron los acontecimientos narrados y como estos influyen en el presente (38).

Algo muy significativo en este método es la interacción entre sujeto y el investigador. Como la entrevista es abierta, eso permitió al entrevistador dar un relato sobre su vivencia. Siendo a partir de este relato que las posibilidades de diálogo surgen, principalmente la oportunidad para que ambos cuestionen y reflexionen, ya que, al relatar su vida, la persona realiza junto al investigador un análisis de ella, prospectiva y evaluativa (38).

La escucha respetuosa intenta aprender la especificidad del mundo personal. En esa perspectiva, el investigador es, antes que nada, el aprendiz de la verdad del otro. Ya que, la alteridad es por naturaleza irreductible. ¿Cómo alcanzar la visión que el otro tiene de sí y de su mundo? Solamente por el diálogo. La dimensión dialógica de la investigación constituye la garantía de la adecuación del discurso producido en ese encuentro (39).

En ese sentido, Santos et al (38), afirman que en el método historia de vida consiste en una entrevista abierta, es decir, sin un formulario de preguntas predeterminado, en el cual se pide al sujeto para hablar libremente sobre su vida, un determinado periodo o aspecto de ella. A partir de sus narraciones el

entrevistador irá formulando preguntas o realizando comentarios para aclarar o profundizar determinado punto, sin embargo la dirección de la conversación y los tópicos a ser abordados son escogidos espontáneamente por el sujeto de estudio.

En esa dinámica, la historia de vida permitió al informante retomar su vivencia de forma retrospectiva, con una exhaustiva interpretación. En ella generalmente aconteció la liberación de un pensamiento crítico reprimido y que muchas veces llegó en tono de confidencia.

Los relatos del personal de enfermería fueron recogidos por entrevistas personalmente, previamente pactada y en la que se indicó la pregunta norteadora, configurando de esta forma, un documento primario. Para el desarrollo de la entrevistas, se utilizaron diferentes ambientes de acuerdo a la preferencias de los entrevistados, la primera entrevista se desarrolló en un consultorio de uno de los centro de salud dado que la entrevistada se negó a que fuera en su domicilio u otro, el resto de entrevistas se realizaron durante la mañana entre 10 y 12 del día, los siguientes seis entrevistas se realizaron en el domicilio de los entrevistados en fecha y hora pactada con los entrevistados la misma que fue en un día no laborable por la mañana, y otras por la noches. Las entrevistas fueron realizadas durante el periodo comprendido entre el 30 de abril y el 30 de Noviembre del 2016.

Bertaux D. (31), recomienda que es necesario que haya una ambientación o contacto previo del investigador con el escenario de su investigación para que suceda una aproximación entre entrevistado y entrevistador. Según el autor, eso facilita el trabajo, una vez que el entrevistado contará su historia de vida con más facilidad. En esos relatos varios aspectos pueden ser levantados, incluso acontecimientos íntimos, y la privacidad facilita y evita cualquier constreñimiento. Cuando el entrevistado se familiariza con el entrevistador él cuenta su historia con más facilidad.

En ese sentido, se adecuó un consultorio para la entrevista que se realizó en el centro de salud , cómodo y se procuró un ambiente agradable, no se impuso ninguna limitación de tiempo o condición para el estudio, la grabación se realizó en un medio electrónico, con autorización del entrevistado. En las entrevistas que se realizaron en los domicilios se solicitó a los entrevistados que se contara con un espacio donde no fuéramos a ser interrumpidos por familiares o amigos y que ellos se sintieran cómodos.

Las entrevistas fueron pactadas con anticipación antes de iniciar la entrevista el personal de enfermería fue informada sobre los objetivos de la investigación, garantizándoles la privacidad, confidencialidad y anonimato de las informaciones grabadas, la libertad y el respeto para no responder lo que considere indiscreto o no necesario y finalmente se solicitó la firma respectiva del consentimiento informado (Anexo2). Bertaux D. (31), resalta la importancia del sujeto ser informado de los intereses de conocimiento del investigador, sea a través de este, o sea por un intermediario, en el momento del primer contacto.

En los momentos que antecedieron la entrevista, algunas profesionales se mostraron ansiosos, preocupados con el contenido de la entrevista y en hablar cosas que considerasen importantes para el entrevistador. Inmediatamente, estos sujetos fueron orientados a hablar lo que considerasen importante para ellos y para la vida de ellos, aclarando que todo que ellas hablasen, con certeza, sería relevante.

Asimismo, antes de iniciar la entrevista se aclaró al entrevistado que tenía libertad para hablar sobre lo que desee y que podía referirse a cualquier etapa de su vida desde el nacimiento hasta el presente. El objetivo inicial de la conversación sobre la investigación y la disponibilidad de varias opciones tuvo la finalidad que el entrevistado iniciase su discurso por los acontecimientos más representativos de su vida. Pedí que me contará todo sobre su historia de vida como personal de enfermería en la estrategia de TBC

y aquello que tuviera relación con ello. Se solicitó que reflexionase desde su infancia hasta la actualidad y que estableciese relaciones con otros acontecimientos marcantes de su vida y de su condición como personal de enfermería en la estrategia de TBC. A partir del momento en que la pregunta norteadora de la entrevista fue hecha, él dio su relato, tal como considero importante.

De acuerdo con la orientación metodológica, las entrevistas iniciaron siempre con la pregunta: “hable de lo que usted considera importante respecto de su vida y que tenga relación a la actitud y Práctica frente a los pacientes afectados con Tuberculosis” y terminó cuando la entrevistada consideró que no había nada más que relatar en aquel momento. (Anexo 1).

El comportamiento durante la entrevista varió de acuerdo con la característica de cada sujeto de estudio. Dos fueron los comportamientos identificados:

- Tranquilidad, relajación y mucha facilidad para expresarse en hablar al respecto de lo que estaban sintiendo
- Actitud de confianza en el ambiente en el que se encontraba, pero que se vuelve nostálgica al traer recuerdos tristes de su vida.

Durante la entrevista se utilizaron estrategias útiles como son las tácticas de animación, elaboración y aclaración. Con la primera se pretendió transmitir el interés por parte nuestra por lo que el entrevistado iba contando y se consiguió mediante expresiones como “ya”, “ah”, afirmar con un movimiento de cabeza, etc. Las segundas fueron muy útiles para que el entrevistado clarificara y ampliara la información, se utilizaron formas verbales como: “¿podría decirme más sobre eso?, ¿quiere añadir algo más? Con la tercera, se pedía constantemente a los entrevistados que clarificaran lo que habían dicho, hasta que estábamos seguros de lo que el personal de enfermería quería decir exactamente.

En algunos momentos, sentí la necesidad de estimular al personal de enfermería para hablar más sobre determinados aspectos por ellas abordados y necesidad de traer nuevamente la pregunta norteadora para que continuasen a hablar de su historia. Atkinson R. (39), comenta que algunas personas necesitan solo de un impulso y de un oído atento para traer su historia de vida hasta el fin. Sin embargo otras necesitan de preguntas periódicas para continuar a contar su historia.

Santos A, et al (38), recomiendan que el entrevistador “no debe traer a flote ningún tema que no haya sido mencionado por el entrevistado” Caso el entrevistado aborde determinado asunto superficialmente, el entrevistador debe estar atento y estimular a hablar más sobre el asunto.

La duración de las entrevistas no fue estipulada rigidamente, durante la realización de las mismas verifique que la duración vario entre 30 minutos a 50 minutos. Santos et al (38), afirman que no hay duración limite para que la entrevista transcurra, pudiendo variar de acuerdo con la persona que cuenta la historia y acaba cuando el sujeto de estudio no tiene mas nada que acrescentar. Algunas veces, hay circunstancias que prevalecen y pueden limitar una entrevista.

Después de cada entrevista, preguntaba al personal de enfermería si les gustaría oír la cinta o leer el material después de transcritos para ver si alguna cosa necesitaba ser agregada u omitida, todas las entrevistadas estuvieron conformes y solo una pidió escuchar su grabación sin hacer ninguna modificación en su relato. Conforme recomienda Atkinson R. (39).

Las entrevistas fueron grabadas, después de la autorización del personal de enfermería, garantizándose el anonimato recomendado en una investigación científica, las mismas fueron transcritas textualmente. El audio se utilizó a fin de obtener mayor fidelidad de los datos ya que la reproducción a través de la memoria y las anotaciones son menos confiables. Bertaux (31), recomienda

que la transcripción de las entrevistas ocurra inmediatamente, lo que permitirá al investigador organizar las ideas en relación a cuestionamientos y al punto de saturación.

Atkinson R. (39), recomienda que después de la transcripción, el entrevistador deje las preguntas y comentarios del entrevistador y otras repeticiones fuera y que solamente las palabras de las personas que cuentan la historia permanezca, de modo que ella se torne más fluente.

Sin embargo Poirier J, et al (40), recomienda que el escrito sea la reproducción fiel de lo hablado. El discurso así realizado reproduce fielmente el discurso registrado, con sus repeticiones, y su eventuales errores de lenguaje, las pausas, suspiros, etc. Las interpretaciones o preguntas del entrevistador son igualmente anotadas con fidelidad, en el momento en que ocurrieron. Cada entrevista se le colocó la fecha y señalada su duración.

Respecto a las recomendaciones de Atkinson R, y Poirier J. et al, se puede decir que la transcripción de las entrevistas se realizaron como recomiendan: guardándose en primer lugar tal y como expresaron sus narraciones, pero también se guardaron sin los comentarios del entrevistador y sin las repeticiones, corrigiendo también la pronunciación.

Después de cada transcripción de las cintas magnéticas, escuche nuevamente la grabación mientras leía la transcripción, para tener certeza de que no hubo omisión, como recomienda Poiner et al (40), que a través de la reescucha, nos aseguramos de que el escrito es la reproducción fiel de lo hablado. Además cuanto más próximo el entrevistador este del propio texto más fácil será para identificar las categorías interpretativas y entender, mejor el modo como la historia fue contada.

En el análisis sobre la historia de vida del personal de enfermería, nos permitió encontrar bases para determinar el referencial teórico que

respondiese el contenido de los relatos, pues en el método historia de vida el referencial teórico es determinado a partir de las historias de vida. De acuerdo con Santos et al (38), a veces el referencial teórico cambia en función del análisis de los relatos.

Procesamiento de datos.

El análisis de los datos se inició después de la transcripción de cada entrevista, en caso de duda sobre la palabra debido a una falla en la grabación la misma fue omitida y representada por puntos suspensivos. El tratamiento de los datos consistió en la sistematización de las informaciones con vistas al análisis e interpretación de los resultados.

Se describió, inicialmente, la dinámica de tratamiento de los datos para caracterizar las categorías temáticas. Se optó por el tipo categorial temático, por considerar una técnica que permitió la descubierta de “núcleos de sentido”, elementos de significación constitutiva de los mensajes que componen la comunicación y cuya presencia o frecuencia de aparición puede significar alguna cosa para el objetivo analítico escogido (40). Fue procesado en cinco principales etapas, así presentado apenas para efectos didácticos porque algunas de ellas, en la práctica, pueden ocurrir simultáneamente:

- (a) Reproducción escrita de las grabaciones de las entrevistas, envolviendo la digitación de todo el contenido de las cintas magnéticas;
- (b) Lectura minuciosa de todo el material transcrito;
- (c) Lectura de los relatos de cada personal de enfermería sobre los temas trabajados de todo el material para sentir lo que había de semejante, o no, en sus hablas;

(d) Destaque de las ideas centrales traídas por los entrevistados, relacionadas a cada cuestión, que se identificaran a través de códigos (colores) que las representaban. Es importante señalar que para agrupar las categorías, utilizamos la técnica de subrayado colorido computacional, que garantizó credibilidad a la separación de los relatos, y al mismo tiempo facilitó la identificación de las ideas centrales. Esto equivale decir que construyó un mapeo de las ideas significativas constantes en los relatos, identificadas por colores diferentes, lo que nos permitió la clasificación de las características comunes. Al final de este primer procedimiento, se determinaron las categorías de análisis.

(e) Consistió en el recorte de las informaciones que componen las categorías elaboradas a partir del referencial teórico y de la investigación empírica.

Después de la sistematización de la información obtenida, el análisis de los datos e interpretación de los resultados fueron realizadas a través de la articulación entre los datos identificados en el material empírico y el referencial teórico de la investigación, en ese sentido el método historia de vida es bastante flexible y no impone ningún método específico para el análisis de contenido.

Según Bertaux D. (31), y en concordancia con la modalidad de life story, no hubo necesidad de comprobar los datos relatados, pues es importante en este método considerar la visión de mundo y la experiencia narrada tal cual fue vivenciada por el sujeto, llevando la investigación a enfocar los puntos de divergencia o convergencia de los seres humanos, respetando a individualidad y la especificidad del actor social, bien como su veracidad conforme es relatada e interpretada por el propio sujeto de estudio.

Las categorías emergieron del propio relato del personal de enfermería, o sea, fueron construidas configurando las categorías encontradas y respetando la veracidad de las historias de vida narradas. Santos et al (38), afirma que los

datos surgidos en las entrevistas deben ser agrupados en categorías de análisis o núcleos temáticos, ellos son productos de los relatos por lo tanto no son pre establecido por el investigador.

Los núcleos temáticos van surgiendo a partir de las “verdades individuales” de la persona y representan la totalidad del grupo. Se toma en cuenta que el individuo es producto de su medio y acaba siendo el reflejo individual de una realidad colectiva. Por eso, Glat R. (30), afirma lo siguiente “Es por lo tanto a través de los relatos de historias de vida que se puede caracterizar la practica social de un grupo”.

Inicialmente, a partir de la lectura exhaustiva de los relatos y escucha de las hablas, se buscó identificar en las hablas del personal de enfermería aspectos destacados en el texto considerados relevantes y, entonces, se pasó a buscar en las entrevistas, partes de los relatos que se aproximaban, siendo realizado, por lo tanto la codificación. Lo que originó 23 categorías preliminares o unidades temáticas:

- Empatía y buen trato con el paciente
- Cuidado con calidad y calidez
- Apoyo emocional de enfermería
- Cuidado humanizado
- Emociones y sentimientos de la enfermera.
- Experiencia personal como paciente
- Miedo o temor hacia el contagio de la enfermedad.
- Satisfacción del profesional de enfermería.
- Conocimiento de la enfermedad
- Carga laboral
- Bioseguridad
- Actitudes de la enfermera
- Discriminación por la enfermedad
- Factores socioeconómicos

- Rol de la familia frente a la enfermedad.
- Confidencialidad
- Abandono del tratamiento
- Seguimiento al tratamiento
- Expectativas con el tratamiento
- Expectativas con el cuidado humanizado
- Expectativa en educación para la salud
- Expectativas con la familia
- Sensibilización multidisciplinaria

Después de haber codificado, se realizó varias lecturas de las entrevistas, buscando asociarlas a las categorías siendo reagrupadas, considerándose la convergencia y divergencia del significado. Este proceso es denominado según Bertaux D. (31), como análisis comparativo. De esta forma a partir de la recodificación surgieron:

- I. Actitudes del profesional de enfermería.
- II. Percepción de la enfermera.
- III. Prácticas del profesional de enfermería
- IV. Actitudes de la familia frente al diagnóstico
- V. Actitudes con el tratamiento
- VI. Expectativas del profesional de enfermería

3.6. Consideraciones Éticas y de Rigor Científico

La investigación cualitativa estuvo basada en criterios que tienen como finalidad asegurar la calidad y la objetividad de la investigación. Considerándose los siguientes criterios: (41, 42, 43).

En relación al rigor:

Credibilidad: Es el incremento de la posibilidad de reducir los resultados a través del compromiso del investigador con el informante en el transcurso de la investigación.

Se dió cumplimiento a dicho criterio al analizar a profundidad los datos recopilados de la información brindada por los entrevistados y se obtuvieron resultados confiables, rescatándose lo esencial de los testimonios.

Aplicabilidad:

Se buscó aplicar los hallazgos significativos en otros contextos donde se encontraron personas pasando por experiencias semejantes.

La presente investigación sirve como referencial en otras investigaciones donde se abordan temas relacionados al contenido temático y por tratar un fenómeno prevalente en nuestra sociedad, cumpliéndose de ésta manera la aplicabilidad presente en toda investigación científica.

Auditabilidad:

Referida a la comprensión de los diferentes momentos y la lógica del trabajo de investigación por otros lectores o investigadores. Este criterio en el presente proyecto de investigación se cumplió en la medida que se describa detalladamente el abordaje metodológico con los éxitos y limitaciones hallados en el trabajo de campo y en el momento del análisis de los datos.

Confirmabilidad:

Garantizó que los hallazgos, conclusiones y recomendaciones estén apoyados por los datos y que exista la evidencia actual, al mismo tiempo se debe apoyar en la opinión de expertos.

La confirmabilidad fué aplicada en el momento de elaborar las conclusiones finales, tomándose en cuenta los hallazgos basados en el previo análisis de los datos; contándose además con la asesoría de docentes expertos en este ámbito de investigación.

En relación a la ética:

Consentimiento Informado:

Para la realización del estudio se solicitó autorización al sujeto de la investigación; en el cual se contó con las firmas de las entrevistadas, investigadores y asesor de la investigación.

Se cumplió con este criterio en el momento que se solicitó las firmas de los sujetos de estudio que voluntariamente aceptaron participar en la investigación.

Privacidad:

Se mantuvo el anonimato de las entrevistas desde el inicio de la investigación. Este criterio fué cumplido al no revelarse los nombres de los entrevistados.

Confidencialidad:

Se refiere a que los secretos expuestos por las colaboradoras no fueron ser revelados y las grabaciones fueron confidenciales, utilizadas sólo para fines de investigación. Los testimonios del personal de enfermería fueron grabados, y se manejó confidencialmente, usándose sólo para fines de investigación.

IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

4.1 Presentación de Resultados.

1.-ACTITUDES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.

- Empatía y buen trato con el paciente
- Cuidado con calidad y calidez

- Apoyo emocional de enfermería
- Cuidado humanizado

2.- PERCEPCION DE LA ENFERMERA

- Emociones y sentimientos de la enfermera.
- Experiencia personal como paciente
- Miedo o temor hacia el contagio de la enfermedad.
- Satisfacción del profesional de enfermería.

3.- PRACTICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA.

- Conocimiento de la enfermedad
- Carga laboral
- Bioseguridad
- Actitudes de la enfermera
- Discriminación por la enfermedad

4.- ACTITUDES DE LA FAMILIA FRENTE AL DIAGNOSTICO

- Factores socioeconómicos
- Rol de la familia frente a la enfermedad.

5.- ACTITUDES CON EL TRATAMIENTO

- Confidencialidad
- Abandono del tratamiento
- Seguimiento al tratamiento

6.-ESPECTATIVAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA

- Expectativas con el tratamiento
- Expectativas con el cuidado humanizado
- Expectativa en educación para la salud
- Expectativas con la familia
- Sensibilización multidisciplinaria

4.2. Análisis y discusión de los resultados.

En el Procedimiento y análisis de los datos emergieron las categorías y sub categorías, producto del discurso de los trabajadores entrevistados y que pretenden

dar respuesta a las preguntas norteadoras de la investigación ¿Hable de lo que usted considere importante respecto de su vida y que tenga relación con el cuidado de enfermería de las actitudes y prácticas en enfermería frente a pacientes afectados por tuberculosis?, ¿Qué expectativa tiene usted respecto a la atención que brindamos al con tuberculosis?. A continuación se presenta el análisis temático de las diferentes categorías:

I Categoría: Actitudes del Profesional de Enfermería:

En esta categoría se han encontrado 4 subcategorías que son: Empatía y buen trato con el paciente, cuidado con calidad y calidez, apoyo emocional de enfermería y cuidado humanizado.

Subcategoría de Empatía y buen trato con el paciente: Una de las entrevistadas manifestó tener Empatía y trato amable con el paciente.

Jazmin “...En segundo lugar la empatía, con las personas y creo que eso a mi me parece que hace falta mucho por que este... hay personas que si a las finales son empáticos desde siempre, pero hay personas que no se ponen en el lugar del paciente que falta esa capacidad para entender sus problemas o para entender la realidad que viven los pacientes con tuberculosis. (...) bueno siempre no es que quiera alabarme pero siempre he tenido la capacidad de empatía con todas las personas, de pensar que es para lo que uno estudió, precisamente para el servicio al prójimo y cuando uno quiere servir tiene que ser empático con las personas.”

El personal de salud está expuesto al “sufrimiento empático” el cual se presenta cuando estamos profundamente conmovidos por el sufrimiento de una persona que nos importa. La preocupación que sentimos por un amigo en problemas, un compañero de trabajo, que teme ser despedido, un paciente, puede despertar en nosotros los mismos sentimientos, es un fenómeno que tiene lugar cuando alguien especialmente empático se ve expuesto a los estados de ánimo negativos de otra persona y carece de las habilidades de autorregulación necesarias para

calmar el sufrimiento empático. Los médicos residentes y las enfermeras se “endurecen” para poder hacer frente al sufrimiento empático y bromean sobre sus pacientes más graves como una forma de coraza emocional que les permite resguardar su sensibilidad. El riesgo, sin embargo, es que pueden terminar siendo realmente insensibles ante el dolor y sufrimiento de sus pacientes (44).

Afortunadamente las nuevas generaciones formadores de médicos y enfermeras enseñan a sus estudiantes formas eficaces para afrontar su propio dolor sin acabar con la empatía. Otras personas que corren el mismo riesgo del sufrimiento empático son los que tienen que trabajar con personas que se hallan en constante enojo, como los que tienen que atender los departamentos de información, de quejas y a los usuarios de los servicios públicos. La alternativa consiste en permanecer abiertos a los sentimientos al tiempo que nos adiestramos en el control emocional para no terminar abrumados por el dolor de las personas con las que nos relacionamos todos los días. Podemos decir que la empatía es nuestro radar emocional, que está basado en la comunicación y escucha. Escuchar hace parte de la empatía y resulta esencial. Es todo un arte que comienza dando la sensación de que uno está dispuesto a hacerlo. Las personas que tienen más facilidad para hablar suelen ser también las que mejor escuchan (44).

Empatía es un valor muy importante en el desarrollo de la ética profesional, uno de los elementos esenciales en el trato profesional del paciente, valor que de una manera inata dirían va a dar origen a la confianza del paciente frente al profesional de enfermería por lo tanto mejorara la aceptación en su tratamiento y su recuperación y esto también lograremos una buena relación con la familia y su entorno. La empatía en el trato profesional manifiesta una relación lineal con un buen desempeño clínico y epidemiológico que se ve reflejado en el bienestar integral del paciente. Es innegable que es un elemento clave para los profesionales sanitarios y, especialmente, para la enfermería. Son muchos los beneficios de que el profesional de enfermería le muestre empatía al paciente (se siente más comprendido, se siente más aceptado, le ayuda a confiar, se siente

menos solo, aumenta su autoestima, etc.); así como, las ventajas de que los profesionales utilicen la empatía como recurso (crea un ambiente más relajado, ayuda a la comprensión del paciente, ayuda a mantener la identidad y el rol en la relación de ayuda, etc.).

Subcategoría de Cuidado con calidad y calidez:

Una de las entrevistadas manifestó que se debe brindar un cuidado con calidad y calidez.

Flor: "...Hablamos de calidad pero nos falta la calidez, ser más sensibles porque ninguno de nosotros esta excepto de enfermar, todos tenemos el riesgo de hacer esta enfermedad.

El contacto entre la enfermera y el paciente son ocasiones en las cuales se transfiere o se intercambia información, energía, sentimientos y en las que se desarrolla el afecto humano, a través de estos se brinda el cuidado de enfermería y se ayuda a las personas. Los componentes verbales y no verbales que se dan en las relaciones interpersonales tienen lugar en la práctica del cuidado de enfermería y están sujetos a una serie de condicionantes personales y ambientales que pueden influir para que la relación enfermera-paciente produzca los beneficios esperados: (45).

El cuidado que imparte la enfermera requiere de actitudes empáticas sustentadas en sentimiento de comprensión entre 2 personas, que les permite interactuar mediante acciones individuales con un objetivo común. Se debe trabajar con afecto y calidez, esto favorecerá actitudes humanistas, impulsará el crecimiento emocional y espiritual, permitirá tener un sentido para la vida, este sentimiento trascenderá en el tiempo y brindará la oportunidad de incorporarse a valores superiores. Los pacientes aprecian a los profesionales que combinan su competencia técnica con la amabilidad, característica humana que identifica su relación con el éxito del tratamiento integral (45).

Los profesionales de enfermería deberían tener una actitud favorable hacia todos sus pacientes, de manera que la atención desde el primer día sea con calidad y calidez. Esto permitirá establecer una relación adecuada con el paciente, brindarle confianza, darle oportunidad de escuchar sus preocupaciones, miedos, y sobre todo hacerle saber que toda su información personal será de alta confidencialidad evitando toda crítica. Ello permitirá crear un clima de confianza en el servicio sumado a la adecuada información que reciba tendrá la suficiente fuerza para creer en su recuperación, encontrando razones evidentes para volver a sus citas y continuar con su tratamiento.

Subcategoría de Apoyo emocional de enfermería:

Tres de las entrevistadas manifestaron de la importancia del apoyo emocional de enfermería.

***Azucena:** “...Algunos pacientitos puedo hacer la observación también de que hay bastante dificultad para que el familiar o los familiares especialmente en pacientitos con VIH más TBC lo puedan acoger en sus hogares y los apartan antes de apoyarlos especialmente en familias numerosas tienen más cuidado con el paciente ya que piensan que con esta enfermedad mas el VIH los van a contagiar y eso tratamos de apoyar o aconsejarlos para que trate de mejorar la relación para que se puedan llevar a cabo como deben ser.*

***Dalia:** “y ¿qué pasa con el resto de la comunidad? No se da cuenta y no le dan un apoyo emocional, luego por el personal de salud no hay ese apoyo también, no hay ese apoyo que le ayude a la paciente a que continúe, darle fortaleza.*

***Flor:** Entonces nuestra tarea como enfermeros es hacerle sentir: que es un ser valioso, que con el apoyo de nosotros, de él, de su familia, de la sociedad, va a salir adelante va a recuperarse y que tiene que cuidarse pues posteriormente para no volver a enfermar o tener una recaída.*

La empatía, es una condición refinada y sutil que otorga al ser humano la capacidad de llegar a la intimidad del prójimo, una facultad del espíritu que constituye un talento específico cultivado solo por algunos(...) ese saber vital el encuentro con nosotros mismos con Dios y con el otro, da paso entonces, a nuevos caminos para formas posibles de vida mejor(...) nos da la posibilidad para asumir una actitud psíquica natral y espontánea para entender lo que el otro dice y comprender lo que siente; nuestro accionar no solo será eficiente, sino con significado apropiado a la demanda del otro, con consideración y respeto por su condición. Aspectos fundamentales que es preciso cultivarlos, especialmente si se trata de asumir el cuidado de la salud con compromiso y responsabilidad (46).

El apoyo emocional que ofrecemos a los pacientes es muy importante porque les permite perder el temor a sentirse rechazados por sus familiares y la misma comunidad ya que nos comprometemos e involucramos a que la recuperación del paciente sea mas rápida, asistiendo con regularidad a sus tratamientos y no los abandonan ya que se sientes queridos y amados con deseos de seguir luchando para poder compartir sus alegrías.

Subcategoría de Cuidado humanizado.

Cuatro de las entrevistadas hablaron acerca del cuidado humanizado de enfermería.

Dalia: “también, mas que todo es la motivación y la parte de la enfermería es tratar de la misma persona, tratar de persona a persona no solo mirarlo como una persona que no va a contagiar, si no que de repente tenerle un poco de miedo si no tratarlo de una persona más que esa persona tenga seguridad y que pueda tener su tratamiento cumplido”.

Flor: “Si. Que nosotros los enfermeros debemos de sensibilizarnos ser un poquito más humanas, no solo brindar calidad si no calidez al paciente desde el momento que lo recibimos, ”

Orquidea: *“Entonces yo pienso que también es parte del personal que no tiene la sensibilidad humana para dar atención a estos pacientes que de una u otra manera deberíamos de tener conciencia ser más sensibles al sufrimiento ajeno porque nosotros cualquiera de nosotros nos podemos infectar de esta enfermedad o nuestro familiar; No nos gustaría que a un familiar nuestro este con esa enfermedad y que reciba ese trato por parte de los trabajadores de salud.” ... “no necesariamente que la persona le diga algún tipo de palabra, si no con el simple hecho con una mirada ,con un gesto ya es un maltrato al paciente ,porque el paciente por muy humilde que sea se da cuenta del gesto que hace el profesional hacia su persona ,entonces eso son sentimientos y emociones que estas personas tienen que los hace más, en vez de ayudarles a superar su problema de salud”*

Rosa: *“Luego tenemos la parte humana que también caracteriza a lo que es enfermería, como profesionales de enfermería tenemos la parte humana que debemos que ver a esa persona como un ser, como un ser que necesita respeto y que necesita los cuidados que podemos dar nosotros y muchos profesionales no se quieren involucrar por que los ven como si fueran, ósea se puede decir un término feo “como si fueran bichos, lacras” no sé, los alcanzan de ver de lejos ¡hay viene tu paciente de TB! Dicen ¡hay viene tu paciente de TB! y atiéndelo tu; Nadie más puede brindarle o ni siquiera ni conversar quieren porque es un paciente de TB , le ponen el “título en la frente TUBERCULOSIS “*

La atención de enfermería debe ser personalizada, humanizada, continua y eficiente de acuerdo a estándares de una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr una percepción positiva en el paciente⁵, que es una medida de opinión con relación al cuidado de enfermería brindado durante su estancia hospitalaria. De este modo, el cuidado de enfermería es definido por el Colegio de Enfermeros del Perú Como el conjunto de funciones que desarrolla la enfermera en la atención y cuidado al usuario, fundamentadas en la relación interpersonal y en el dominio de lo técnico-científico orientadas a

comprender a la persona usuaria en el entorno en el que se desenvuelve, y se interviene en la prevención, curación y la rehabilitación de la persona en el proceso salud enfermedad (47).

Jean Watson, autora de la “Teoría del Cuidado Humano”, sostiene que “ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería (48).

Por otro lado Paterson enfatiza la relación que se establece entre la enfermera y la persona que recibe el cuidado, intentando dar una respuesta a la experiencia fenomenológica vivida por ambos. En este encuentro, ellos se sienten afectados de manera recíproca y la relación va bien más allá de que un encuentro técnico entre sujeto y objeto. Sobre esta perspectiva, la enfermería se define como una experiencia existencial vivida entre la enfermera y el paciente. En la progresión lógica de la teoría, se definen los seres humanos, la salud y la enfermería (48).

Es importante poder brindar una calidad humana porque estamos demostrando el amor, empatía por nuestra profesión por las acciones que realizamos en cada acción, por lo cual el cuidado es interpersonal y debemos evaluarnos individualmente para dar un trato de excelencia y confort a la persona enferma. Por tal motivo, el Profesional de Enfermería transforma la ciencia en el “arte de cuidar”.

II Categoría: Percepción de la Enfermera:

En esta categoría se han encontrado 4 subcategorías que son: emociones y sentimientos de la enfermera, experiencia personal como paciente, miedo o temor hacia el contagio de la enfermedad, satisfacción del profesional de enfermería.

Subcategoría de Emociones y sentimientos de la enfermera.

Una de las entrevistadas manifestó acerca de sus emociones y sentimientos de la enfermera.

Rosa: "... Esa fue una experiencia que si no me sentí "me sentí impotente" por qué yo quería que ese paciente cumpliera con su tratamiento pero ya no podía hacer más por que el paciente tenía esa adicción hacia las drogas y más podía eso que frente a lo que yo de todas maneras le ofrecía..."

Desde hace tiempo se ha identificado el contacto con el dolor del personal de enfermería en relación con la atención de salud brindada, el sentimiento de pérdida, el sufrimiento factores estresantes muy potentes en el área de enfermería, teniendo por concepto que un sentimiento son emociones que dispone el sujeto para la relación (emocional, afectiva), es decir, con pensamientos, fantasías, deseos, impulsos tanto con personas consigo mismo, por ende se cree que la información que reciben los profesionales de salud para el desarrollo de la atención a este tipo de situaciones es deficiente. Las enfermeras o enfermeros viven el proceso de acuerdo con lo que significa el paciente, a sus creencias sobre la muerte donde se enlazan la historia de vida, los aspectos culturales, religiosos y su experiencia laboral (49).

Los sentimientos son el reflejo de las emociones por cada experiencia vivida emociones que en ocasiones no resulta difícil compartir, pero en otras resulta lo contrario, se guardan y se digieren en una tenue soledad. Muchas veces estas pueden surgir por el cálido ambiente y la sensación de confianza entre los que estamos y florecen esas emociones, que quizás estaban contenidas en cada uno de nosotros. Algo que nos llevó a pensar en por qué no, poco a poco, mostrarlo y así poder seguir cuidándolos.

Subcategoría de Experiencia personal como paciente:

Una de las entrevistadas manifestó su experiencia propia vivida como paciente.

***Jazmin:** “Independientemente de la experiencia que viví que fue de manera que ha marcado mi vida y que me a echo sentir eso. Que para eso Dios me puso en el camino. Por que fue un camino que yo no busque, un camino que el hecho de elgir enfermería no solo había pensado las cosas de Dios son tan grandes que ahora y que en un tiempo atrás comprendí, ¿por qué yo estoy en ese camino? ¿Porqué debo amar la enfermería? y ¿por qué debo amar mi profesión?”*

Entre las principales actitudes y estrategias que adoptan los sanitarios ante su propia enfermedad, se encuentran el autoengaño, la ocultación, la negación, las consultas informales y el auto-diagnóstico/ auto-tratamiento. Dichas actitudes son defendidas al considerar que los conocimientos adquiridos durante su carrera son suficientes para sus propias dolencias, que lo suyo deben pasarlos solos o que consultar a un compañero es signo de ignorancia.^{3,4} Estos argumentos incluso aparecen entre profesionales de la salud en formación, justificándose así los altos porcentajes de auto-medicación entre alumnos de enfermería.⁵ Se desprende de la literatura científica que la situación surgida tras la enfermedad de un profesional de la salud, genera un conflicto tanto en su persona como en los sanitarios que se encargan de su cuidado. Hasta ahora, los estudios realizados para captar la experiencia de expertos sanitarios enfermos son pocos, aislados y centrados en facultativos, existiendo pocas publicaciones sobre el punto de vista de otros agentes de salud, como puede ser el caso de las enfermeras (50).

Hay momentos en los que debemos tomar decisiones, en las cuales podemos arriesgar o salvar la vida de alguien o nuestra propia vida, las experiencias de dolor nos permite encontrar la forma de afrontamiento ya sea de una forma positiva y constructiva que nos da cómo resultado un sentimiento de emoción y por ende un enriquecimiento personal ya que siempre estaremos en una constante autoevaluación como profesionales de salud.

Subcategoría de Miedo o temor hacia el contagio de la enfermedad.

Todas las entrevistadas manifestaron acerca del miedo o temor hacia el contagio de la enfermedad.

Azucena: “Creo que si aunque nosotros en la universidad como por nuestro trabajo sabemos el concepto y las causas y las prevenciones que debemos tener para poder dar el tratamiento a los pacientes de TBC pero siempre nosotros como colegas tenemos un poquito de miedo a llegar al paciente porque pensamos que nos vamos a contagiar, que nos vamos a tener un problema con ellos si nos acercamos demasiado, entonces creo eso es más un temor que tenemos... “Creo que eso es más el tema de nuestras compañeras que tienen miedo a dar el tratamiento o acercarse un poco más al paciente con tuberculosis, creo que esa línea de separación”

Dalia: “se alejan del paciente simplemente mandan a otras personas a que le den el tratamiento por miedo “miedo a contagiarse”

Flor: “puedo decir que en la actualidad las enfermeras e tienen un poquito de temor frente a hacerse cargo de este programa de tuberculosis en una actitud un poco renuente en algunos casos ,otras se niegan a asumir el programa por temor a contagiarse, porque hoy en día va incrementando la tuberculosis ya no solo es una TB sensible si no ,ahora ya tenemos ya pacientes con MDR, en la medida que va pasando el tiempo hay personas que están mas afectadas con esta enfermedad.”

Jazmin: “Por que creo yo que como ya decía es uno de los mayores temores del personal de salud y lo he visto en realidad como le comento cuando yo fui o cuando tuve la experiencia de trabajar luego en el penal de río seco no sentía temor ¿no se por que?quizá por que nos dijeron que las mascarillas que utilizábamos nos protegían pero era el echo de que una persona tenía. “

Orquidea: *“Le encargo al personal, sea al personal técnico ,al personal de enfermería que los pacientes van a llegar a tomar su tratamiento a pesar que el tratamiento está en su tapers, rotulado con sus nombres no les dan el tratamiento un poco que tiene rechazo a los pacientes y eso yo no lo veo bien porque usted sabe que cualquiera de nosotros estamos en riesgo al menos los trabajadores de salud estamos en un riesgo permanente de contagiarnos de la enfermedad”*

Rosa: *“durante la experiencia que he tenido durante el tratamiento de ellos es que muchas colegas tienen temor a cuidar a este tipo de pacientes a tratarlos, inclusive no solamente al personal de enfermería si no al resto de profesionales de salud, que incluye los de psicología, odontología; ven un paciente que es del programa inmediatamente “apúrate como lo haces pasar, sácalo ya rápido del establecimiento, atiéndelo por allá, llévatelo más allá”.*

Tulipan: *“Bueno, según lo que yo veo en el área de trabajo muchas de nosotras por más que recibimos las capacitaciones constantes todavía hay ese temor al contagio”*

En los países desarrollados y la emergencia de cepas MDR-TB El riesgo de la amenaza es tan grande que muchos trabajadores están reconsiderando su decisión de ingresar a trabajar en el campo de la salud, produciendo profundas consecuencias para todos los pacientes y no sólo para aquellos que tienen TB. La transmisión entre pacientes hospitalizados y TS, probablemente fue minimizada por miedo a reconocer el riesgo. Los conocimientos actuales sobre los peligros que corren los TS de adquirir la infección y desarrollar enfermedad por MT, determinan que aquellos tengan un riesgo hasta diez veces mayor que la población general en ausencia de la infección HIV, riesgo que se eleva cien veces más cuando ambas infecciones coexisten Es necesario que todos los TS puedan contar con una guía clara, que incluya las estrategias fundamentales y

contemple un orden jerárquico en la disposición y aplicación de las medidas administrativas para el control de la transmisión nosocomial de TB. (51).

Subcategoría de Satisfacción del profesional de enfermería.

Tres de las entrevistadas manifestaron acerca de sus sentimientos de satisfacción del profesional de enfermería.

***Dalia:** “Bueno una de las expectativas que siempre me ha gustado no , es que el paciente llegue a su tratamiento y llegue a curarse, eso creo que para toda persona ;sentirse bien como profesional es que el paciente termine su tratamiento y salga negativo en todo , en todo su tratamiento; salga curado mejor dicho que el ya no tenga esta enfermedad, si no que al contrario que esta persona ya este sana.”*

***Flor:** “Para nosotros de que un paciente logre su recuperación es algo satisfactorio y así vamos a evitar nosotros que esta enfermedad se siga propagando. Vamos a disminuir el riesgo de que la demás población enferme, entonces es tarea de todos nosotros y no hay una satisfacción más linda que un paciente se restablezca y se recupere.”*

***Rosa:** “También es gratificante al terminar el paciente su tratamiento, cuando ya le das el alta es gratificante porque luego que el paciente se recuperó.”*

La satisfacción laboral es un elemento que influye en toda actividad de todo ser humano y un factor de apoyo que agranda los sentimientos de valor, importancia y superación personal. Ésta se define como el estado emocional positivo o placentero con base en la percepción subjetiva de las experiencias laborales del propio trabajador de acuerdo a su actitud frente a su labor, está basada en las creencias y valores que él mismo desarrolla de su propio trabajo por lo que se reconoce como un elemento imprescindible del proceso asistencial relacionado directamente con la calidad de los servicios prestados (52).

La satisfacción laboral, es una percepción subjetiva e individual producto de una valoración afectiva de las personas dentro de una organización frente a su trabajo y a las consecuencias que se derivan de este. Desde hace varios años la satisfacción en el trabajo ha sido estudiada y discutida en diferentes áreas del conocimiento como la psicología, la sociología, la administración e incluso la enfermería en donde la satisfacción laboral ha sido identificada como un indicador clave del desempeño, ahorrador de costos y de calidad del cuidado del paciente . Específicamente en el área de enfermería, la satisfacción laboral ha sido reportada como un predictor fundamental en relación con la rotación del personal de enfermería, absentismo laboral, intención de abandonar su trabajo (53).

De ahí que, la satisfacción laboral en enfermería sea considerada actualmente un desafío crítico para las organizaciones de salud en donde los costos laborales son altos y la escasez de enfermeras profesionales es común. No obstante, persiste en el tiempo una gran dificultad para encontrar y mantener personal de enfermería calificado dentro de las instituciones de salud, situación que afecta la atención en salud de los usuarios puesto que la calidad de la atención depende de un suministro adecuado de personal capacitado así como también de la satisfacción laboral de este⁵ , ya que enfermeras más satisfechas tienden a estar más comprometidas con las organizaciones en donde se desempeñan (53).

La satisfacción del profesional es un elemento que influye en toda actividad de todo ser humano y un factor de apoyo que agranda los sentimientos de valor, importancia y superación personal. Es un estado emocional positivo o placentero con base en la percepción subjetiva de las experiencias laborales del propio trabajador de acuerdo a su actitud frente a su labor, está basada en las creencias y valores que él mismo desarrolla de su propio trabajo¹ por lo que se reconoce como un elemento imprescindible del proceso asistencial relacionado directamente con la calidad de los servicios prestados.

III. Categoría: Practicas del Profesional de Enfermería.

En esta categoría se han encontrado 5 subcategorías que son: conocimiento de la enfermedad, carga laboral, bioseguridad, actitudes de la enfermera, carga laboral y discriminación por la enfermedad.

Subcategoría de Conocimiento de la enfermedad.

Cuatro de las entrevistadas manifestaron acerca de la importancia del conocimiento de la enfermedad.

Azucena: “Nos falta un poco más de conocimiento a todo el personal de salud sobre esta enfermedad y que podemos con el tiempo una buena capacitación, un buen programa de que nos ayude. Ayudar que también entre colegas nos ayudemos a informarnos más sobre el buen cuidado de un paciente con TBC para que podamos superar esos mitos que nos podemos contagiar con el paciente y que hayan programas o algunas capacitaciones que nos den esa certeza de que podamos atender mucho mejor al paciente.”

Jazmin: “Considero importante con respecto a la atención de enfermería es el conocimiento en primer lugar para mí para poder brindar una atención de enfermería para paciente con tuberculosis lo que se necesita el primer lugar es conocer acerca de la enfermedad pero hay algo que es importante y Que vuelvo a repetir es el conocimiento hay cosas que no conocía muy bien y que de alguna manera Por ejemplo había un tipo de mascarilla que teníamos que utilizar las condiciones del lugar en donde trabajaba que era el penal no era adecuada para la salud ocupacional no estás nosotros utilizábamos mascarillas simples en vez de utilizar mascarillas n95”.

Rosa: “Como el profesional de enfermería se debe involucrar o cualquier profesional de salud; En cuanto al profesional de enfermería sabemos que nuestra profesión brinda una atención integral en cualquiera de las áreas

nosotros podemos desempeñarnos y para involucrarnos más primero debemos tener el conocimiento, el conocimiento.”

Tulipan: *“Pienso que muchas veces es, uno por falta de conocimiento porque no tenemos en claro las normas de bioseguridad por el miedo al contagio que más ... “más que todo la falta de conocimiento “ creo no porque si sabemos bien lo que es el área de bioseguridad, las formas de contagio creo que vamos a poder brindar una mejor atención al paciente y evitar la discriminación dentro del establecimiento de salud.”*

El conocimiento se define como un nivel de información que un individuo tiene acerca de una materia e implica datos concretos sobre lo que se basa una persona para decidir lo que debe o puede hacer ante una situación determinada. Además es la información esencial que se adquiere de diversas formas, se espera que sea un reflejo exacto de la realidad que se incorpora y utiliza para guiar las acciones de una persona. Por ello el adquirir conocimiento en enfermería es básico para prestar cuidados enfermeros de calidad a los pacientes y a sus familiares, ya que la calidad de su práctica depende de los conocimientos adquiridos, por lo tanto se debe de cuestionar la calidad y credibilidad de la nueva información (53).

El conocimiento y las actitudes de las enfermeras, son pilares importantes en la atención que se brinda a las personas con tuberculosis. De esto depende el adecuado acceso a la atención y el logro de la adherencia al tratamiento de esta enfermedad en las personas afectadas para lograr su recuperación. Es necesario que cada acción, llámese procedimiento, manejo de protocolo, utilización de habilidades, destrezas y aplicación de los conocimientos científicos, se lleva a cabo en el ejercicio profesional sin desconocer que se está trabajando con personas que merecen afecto, amor, dedicación, comprensión y muchas otras características que implican brindar un buen cuidado de enfermería.

Subcategoría de Carga laboral.

Dos de las entrevistadas manifestaron sobre la carga laboral que tiene en su establecimiento.

***Orquidea:** “Desde que llegue a trabajar acá me asignaron la estrategia, entonces para mí de un comienzo fue un poco difícil porque tenía bastante carga laboral pero aun así la tuve que asumir y la tengo a la actualidad,”*

***Rosa:** “Las expectativas en cuanto al cuidado a su tratamiento yo creo que la estrategia que está bien implantada contamos con los medicamentos; La tuberculosis como dice es curable y lo que si falta es tal vez a veces somos.... el recurso de enfermería hace muchas funciones, creo que si estuviera una enfermera exclusivamente la estrategia podría captar a muchos pacientes que de repente están por ahí sin diagnóstico todavía y darles Ofrecerles el tratamiento lo antes posible para que sea su recuperación más pronta que evitar menos daños en él y evitar también como consecuencia los contagios”.*

Las condiciones laborales actuales involucran modelos de producción y prestación de servicios con características de trabajo aceleradas e intensificadas. Los modelos determinan el aumento de la productividad, mediante la combinación del ritmo de trabajo, de la carga de responsabilidad y de la reducción de los intervalos de descanso en la jornada de trabajo. Esos hechos pueden llevar a la tendencia progresiva de riesgos ocupacionales, lo que puede originar efectos crónicos a la salud de los trabajadores. En este sentido, la jornada de trabajo constituye una dimensión importante en la calidad de empleo, influyendo en la seguridad y salud del trabajador, en los aspectos personales y familiares, y también en la organización laboral dentro de la institución (54).

La literatura indique la presencia de estrés y desgaste entre enfermeros por causas variadas, inclusive horas trabajadas en exceso y con la presentación de síntomas físicos y/o mentales debido al trabajo que practican con sobrecarga de trabajo y falta de tiempo incluso para descansar(ya que esta jornada de trabajo puede

convertirse en un elemento que propicia desgaste y sufrimiento al trabajador; cuando el contexto organizacional causa sufrimiento, el individuo busca desarrollar mecanismos de defensa para intentar disminuirlo. Sin embargo, cuando hay intensificación de conflictos y el trabajador entra en estancamiento con la organización, no más logrando dar salida a los deseos y procesos creativos/incentivos, acabará adoleciendo y los ambientes de las organizaciones pueden volverse estresantes a los trabajadores. Por otra parte, el trabajo es una forma de ser del hombre y es posible sí que obtenga remuneración y satisfacción a través de su trabajo, evitando o amenizando situaciones de estrés (55).

La sobrecarga laboral en profesionales de enfermería se ha venido identificando como un factor de interés a revisar en la salud y seguridad del profesional y en el impacto que puede generar en el cuidado y la seguridad del paciente las condiciones de trabajo del personal de enfermería principalmente en el primer nivel de atención en sector público, están dadas por las regulaciones existentes que bajo el modelo económico en cuanto a la remuneración, se aprecia la explotación del profesional de enfermería, generan precariedad laboral, desregulación en las condiciones de empleo se pagan bajos salarios hay jornadas de trabajo extensas y situaciones estresantes en el servicio de salud, que han contribuido a potencializar la sobrecarga laboral que puede incidir en la calidad del cuidado al paciente y llegar a afectar la salud y seguridad de los profesionales. Mucha sobrecarga de responsabilidad en la asignación de las diferentes extrategias de salud, como resultado el no cumplimiento de las metas y genera un grado de estrés al personal y los usuarios.

Subcategoría de Bioseguridad.

Todas las entrevistadas manifestaron sobre las medidas de bioseguridad que se deben tener en cuenta.

Azucena:

“Pero eso es, creo que puede ser un problema directamente con el personal que atiende al paciente, porque nosotros sabemos que tenemos reglas de bioseguridad, lo podemos utilizar para llegar al paciente, como usar mascarilla, tener mandilón, darle el tratamiento en un ambiente abierto donde pueda tomar satisfactoriamente el paciente.”

Flor:

“El temor también de los pacientes de venir hacer su tratamiento por que uno le exige las medidas de bioseguridad: el paciente tiene que venir con mascarilla, todavía están pensando en el que dirán, que lo van a ver los demás usuarios del establecimiento de salud o por ahí amistades que sí. (...)el contagio teniendo nuestras medidas de bioseguridad y estas medidas de bioseguridad no solo las debemos nosotros el personal de salud, sino concientizar al paciente ,concientizar a la familia y concientizar pues a los trabajadores en general para el trato con el paciente .Para que él pueda sentir que no es la única persona enferma”.

Jazmin: *“como yo puedo brindar el servicio a una persona con una enfermedad infectocontagiosa sin enfermar yo, sobre las medidas de bioseguridad que son importantes saberlas (...) con el conocimiento también de como es que yo debo protegerme, de como debo minimizar los riesgos para no contagiarme”*

Orquidea:

“Pero los demás trabajadores que si pueden dar atención a estos pacientes no aceptan no quieren atender a estos pacientes y yo pienso yo digo así que es que no quieren porque si nosotros queremos si lo podemos hacer porque para eso están las técnicas de bio-seguridad que nosotros tenemos que usar, usamos los respiradores, los guantes o manoplas para protegernos.”

Rosa:

“Tengo un ambiente no apropiado para este tipo de pacientes, que esto también incomodaba un poco tal vez al personal y al mismo paciente que tenía que esperar a veces un tiempo para poder ser atendido, que lo ideal es tener el ambiente solo exclusivo para este tipo de pacientes (...) y teniendo las medidas de bioseguridad esos pacientes pueden ser tratados por diferente profesional de salud; Otra de las que hay que tener en cuenta con ellos de que como se siente el al tener esa enfermedad.”

Tulipan:

“A veces nosotros pedirle que tome las medidas de bioseguridad como el uso de mascarilla, a veces el paciente piensa que por miedo a que nos contagiemos le insistimos no a que el venga con su mascarilla.”

Existen tecnologías que permiten reducir al máximo el riesgo de transmisión aérea de enfermedades infecciosas poco frecuentes de alta contagiosidad y letalidad, mediante el uso de equipos con alta capacidad filtrante del aire y adecuación de la infraestructura para evitar que el aire cargado de aerosoles invada el resto del edificio. Medidas más simples y aceptablemente eficaces pueden lograr resultados satisfactorios de bioseguridad en tuberculosis. Ellas se pueden sistematizar en tres aspectos. El personal y estudiantes de carreras de la salud deben saber que el principal riesgo en una unidad de atención médica, sala de procedimientos o de hospitalización, es la presencia inadvertida de un caso de tuberculosis pulmonar. Los enfermos en tratamiento deben ser atendidos de preferencia y en forma expedita para acortar su permanencia en la sala de espera y, en lo posible, hacer que esperen en la vecindad de la sala de tratamiento, en un sector bien ventilado y más alejado (56).

Subcategoría de actitudes del profesional de enfermería.

Tres las entrevistadas manifestaron sobre las actitudes del profesional de enfermería frente al paciente con tuberculosis.

Azucena:

“Bueno en mi caso puedo informar que desde que me hice cargo de los pacientitos me ha ayudado bastante la comunicación especialmente con los pacientes , estar pendiente de sus tratamientos de sus consultas si ya terminaron el programa , a ver si se procuraba dar un chequeo de acuerdo a la etapa de tratamiento que tenían ; también puedo hacer observación que algunos pacientes no cumplen con las recomendaciones que se les hace para que cumplan satisfactoriamente su tratamiento y hay que estarles comunicando ,informando para que lleven a cabo al finalizar el tratamiento como debe ser y como lo indica el programa.”

Dalia: *” también vemos en el personal de salud que no asisten y na van a visitar a esas personas por qué piensan que ¿para qué? , que no es importante la estrategia y ven que no tienen esa habilidad de ser una captación, tan solo de ir a la comunidad y preguntar si han tenido tos más de 15 días y mayormente vemos que no solo la persona ,vemos si no a un grupo vemos a toda la comunidad.”*

Rosa: *“las Actitudes del profesional de enfermería es muy importante, es importante porque así va a permitir que otros profesionales tomen conciencia de que si todos nos unimos, no solamente por la estrategia que es específica de TBC si no en todas nuestras atenciones yo creo la calidad de la atención hacia los diferentes pacientes mejoraría mucho , mucho mejoraría porque a veces no solamente los pacientes de la estrategia se queja sino también de otras estrategias de otras áreas también refieren que a veces, no sé si es la monotonía ,el cansancio de repente por los años que llevan trabajando, el aburrimiento, si solamente trabajan por que solamente ven el factor económico.”*

Las actitudes son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones, creencias, o valores; los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí. Las actitudes no son innatas, sino que se forman a lo largo de la vida. Éstas no son directamente observables, así que han de ser

inferidas a partir de la conducta verbal o no verbal del sujeto. La actitud viene a ser la predisposición organizada para pensar, predecir, sentir y comportarse ante una situación en forma de rechazo, aceptación, o indiferencia. De ahí que nuestra actitud cambiara si también lo hacen nuestras opiniones. Por tal motivo el personal de salud debe demostrarse altamente capacitado, adoptando una actitud afectiva y positiva al atender aquellas personas con tuberculosis (57).

Para poder estar al frente de un programa de salud como es el de TBC el profesional de enfermería debe tener la mejor actitud para que así pueda captar posibles pacientes afectados, muchas veces esta actitud se ve menguada por el temor a poder adquirir la enfermedad ya que existen condiciones de vulnerabilidad para la enfermera que trabaja en ésta área, y el conocimiento así como la cantidad de tiempo de exposición en el servicio juegan un rol importante si bien es cierto el escenario que rodea a los pacientes con TB es de pobreza y desventaja social es importante conocer las características de esta situación para que las intervenciones sean acertadas y pertinentes.

Subcategoría de Discriminación por la enfermedad.

Cinco de las entrevistadas manifestaron acerca de la discriminación del paciente con tuberculosis.

Dalia:

“con lo que es respecto a la tuberculosis con los pacientes he tenido muchas experiencias día a día ,pues vemos que discriminan muchas veces los colegas discriminan a pacientes simplemente por esta enfermedad ,piensan que de repente se van a enfermar, se van a contagiar y tienen un temor de repente a recibir el tratamiento o enfermarse no y vemos que a veces el paciente de tuberculosis percibe esas emociones de repente en el personal de salud y de repente ya por ser discriminado rechaza el tratamiento o tal vez de repente por que le dicen ¡tuberculoso! igual abandona; También muchas veces hemos visto a

esas personas que no solo son discriminados también por el personal de enfermería, si no por el hogar también. (...)También he tenido experiencia anteriormente con estudiantes y mismos colegas también con respecto a esta enfermedad que presentan mucha discriminación y marginación,”

Flor:

“La población por lo general el paciente afectado por esta enfermedad siente mucho la discriminación por parte del personal de salud, en este caso muchas veces por nosotras las enfermeras, el personal técnico y el personal que está involucrado en esta área. Tan igual como sienten discriminación por los demás usuarios que acuden al establecimiento de salud y no solo esto que esta discriminación en la parte externa ,sino también por parte del familiar dentro del hogar no; Muchas veces la familia cuando se entera que alguien de casa está enfermo como que comenzamos a tener temor, comenzamos a aislarlos, lo discriminarlos, si es posible los aislamos lo más hasta la mínima expresión no, entonces en ese sentido nosotros hacemos un mal porque el paciente totalmente deprimido, se siente que está totalmente maltratado”

Jazmin: *“Yo fui diagnosticada y solicite permiso y no fui a trabajar porque el hecho de saber que tenía que cuidar de las otras personas también, entonces yo llego a los 15 días la jefa me llama y me comenta que los enfermeros del centro de salud donde yo trabajaba, eso fue lo peor todavía eso fue lo que más me dolió habían solicitado que se me recide el contrato por estar enferma de tuberculosis que yo no debía estar trabajando en el centro de salud como lo digo fue una de las peores experiencias de discriminación”*

Orquidea: *“(...) entonces es una discriminación a los pacientes con tuberculosis que no debería ser no es lo correcto porque son seres humanos con sentimientos, con emociones, con pensamientos que como cualquier otra persona.”*

Rosa: *“entonces nuestros pacientes que reciben este tratamiento se les debe tratar, explicándoles que su tratamiento es gratuito, que su tratamiento durara*

un determinado tiempo de acuerdo al esquema que está recibiendo, que el tratamiento es para todo tipo de pacientes para tipo de personas y que no hay una discriminación para ellos, pero ellos cuando cuentan sus experiencias también nos refieren que por ejemplo hay familiares o a veces el personal los mira mal, te refieren señorita tal persona no me trato bien porque tiene temor a que los contagie, los discriminan, los quieren sacar rápido del centro, los aíslan(...)en mi establecimiento bueno si hay profesionales que discriminan a los pacientes que vienen al tratamiento de TBC .”

Tulipan: *“Otra parte también es este énfasis en la discriminación no , a veces el personal por falta de conocimiento de repente no está bien informada no con respecto a la enfermedad e.. Incluso el mismo paciente piensa que también se siente discriminado o cuando no se le da la atención necesaria. (...) bueno durante el tiempo que yo he venido trabajando con pacientes del programa de tuberculosis en esas ocasiones he visto el rechazo por parte del personal licenciadas de enfermería, no solo del personal de enfermería ,si no también por el personal técnico, personal médico, cuando incluso les hacemos la consulta con psicología de igual manera el personal de laboratorio.”*

La pobreza y la enfermedad producen no sólo pérdida de recursos económicos sino también de autoestima y prestigio (...) no gozan de exclusión y discriminación. Esto ocurre en nuestra sociedad que es discriminatoria y altamente jerarquizada, en ella los pobres no pueden ejercitar sus derechos a plenitud. Las personas afectadas por TB reciben dentro de sus familias y comunidades, tratos duales, por un lado comprensión y soporte y, por otro, manifestaciones de discriminación. Asimismo, la exclusión de las reuniones familiares y sociales a los que se ven sometidas, lastiman su sentimiento de valía. Una persona carente de este soporte social pierde prestigio y reconocimiento (58).

La naturaleza “contagiosa” del estigma, representa otra de las particularidades de este fenómeno, frente a otros que tienden a manifestarse asociados a él. Mientras

que las actitudes y los estereotipos negativos tienden a limitarse a las personas que poseen cierta característica o pertenecen a un grupo determinado, el estigma que padecen las personas portadoras de atributos estigmatizantes, suele “transmitirse” a toda persona u objeto que entra en contacto con ellos, sea éste físico o simbólico, de manera idéntica a lo que ocurre en el caso del tabú. De manera curiosa, las personas “normales” en la sociedad contemporánea aparentan proceder, en cuanto al contacto con las personas estigmatizadas,...creen tan firmemente que la persona que viole estas reglas de contacto ha de morir o enfermar gravemente, que ninguno de sus miembros siquiera intenta convencerse de lo contrario (59).

La discriminación se produce cuando hay una actitud adversa hacia una característica particular, específica y diferente. Es un trato desfavorable o de inferioridad, de desprecio inmerecido hacia una persona, que puede ser discriminada, es decir, separada o maltratada, tanto física como mentalmente, por: su raza, por su género, por su sexo, por su condición socioeconómica, religión condición política. Una actitud o una acción discriminatoria tiene como resultado la destrucción o el incumplimiento de los derechos fundamentales del ser humano, perjudicando a un individuo en su dimensión social, cultural, El principio de no discriminación es fundamental, sin embargo la tuberculosis, así como el SIDA o la lepra, tiene no solo la carga del malestar biológico, sino que también la sociedad cierra la oportunidad para poder reintegrarse a la sociedad. El que una persona tenga tuberculosis no debe ser un pretexto para discriminarla, pues dicha enfermedad no se contagia tan fácilmente como una gripe, la discriminación genera un estigma en el paciente, una depresión que muchas veces impide que este tenga la disposición adecuada para asistir de forma continua a recibir el tratamiento gratuito que ofrece el Ministerio de Salud (Minsa), y curarse totalmente.

IV. Categoría: Actitud de la Familia Frente al Diagnóstico.

En esta categoría se han encontrado 2 subcategorías que son: Factores socioeconómicos y rol de la familia frente a la enfermedad.

Subcategoría de Factores socioeconómicos.

Tres de las entrevistadas manifestaron acerca de los factores socioeconómicos que influyen.

Azucena: “(...) también se ha observado que algunos pacientes no traen el alimento adecuado para poder llevar o tomar su tratamiento y hi nos perjudica un poco porque siempre hacemos la recomendación de que ellos deben tomarlo con alimentos que sean saludables para ellos y no los perjudiquen el tratamiento ya que los medicamentos son muy fuertes y les afecte su estómago o tenga gastritis por los medicamentos que los tomen con algunas bebidas que no son las adecuadas para recibir el tratamiento.”

Dalia: “También por ejemplo como está viendo en lo que es la comunidad, también he visto casos del hacinamiento es totalmente mal, no hay una buena ventilación, no hay una buena iluminación, hay demasiada pobreza en ese hogar que la persona he visto que no tienen para los alimentos, he de repente por la misma alimentación que necesitan ellos e no comen, paran de repente tomando, drogándose; Muchas veces he visto muchos casos de que ese paciente roba y ¿para qué? Para que este en la drogadicción en el alcoholismo y peor se inyectan peor es y están, mas ren contacto con esa población y simplemente roban, roban para que para lo que es la droga (roban para la droga) y aparte vemos como se llama en una casa hay como 3 o 4 familias y en una cama duermen como 4 a 5 personas(...)”

Jazmin: “Y Bueno en realidad no es que yo haya vivido o que haya sentido temor porque cuando yo me capacite para la estrategia sanitaria me mandaron

al penal de lurigancho Lima y que en realidad más que temor lo que sentí en esos pacientes al ver la fila de 400 pacientes infectados de tuberculosis recibiendo sus pastillas todos los días con un vaso de agua porque no alcanzaba la estrategia que supuestamente dice que debería hacer con avena y con desayuno adecuado entonces más que el temor fue el hecho de sentir pena y angustia de vivir esa realidad”

Los determinantes sociales que afectan la incidencia y prevalencia de la tuberculosis son dinámicos y complejos. El determinante social que tiene una implicación estrecha con la Tuberculosis es la pobreza, sin embargo no es posible hablar solamente de la pobreza sin mencionar los indicadores que se relacionan con ella, como el nivel educativo, la alfabetización, el empleo, la nutrición, la vivienda y el acceso a los servicios de salud (60).

Los principales grupos afectados por la tuberculosis son las minorías étnicas, las poblaciones migrantes, los usuarios de drogas inyectables, las personas viviendo con VIH y las personas privadas de su libertad. Es importante señalar que al concentrarse la Tuberculosis en estos grupos que son sujetos a diferentes clases de opresión, la condición social de estos influye la manera en que se desarrolla la enfermedad, incluyendo el éxito que pueda tener el tratamiento. En particular la OMS señala el estigma social hacia la Tuberculosis, y la desigualdad de género como prioridades en investigación sobre TB. (60).

Asimismo, el hacinamiento habitacional producido por la pobreza aumenta el riesgo de transmisión y a su vez la desnutrición incrementa el riesgo de transformación de la infección en enfermedad tuberculosa. Lima concentra el 50% de los casos de TB del Perú, producto de la alta densidad poblacional, inmigración, malas condiciones de vivienda, hacinamiento, abuso del alcohol, drogas y alto riesgo de exposición a la TB, la TB-MDR y el VIH (60).

La tuberculosis en nuestro país es un problema de salud pública que debe interesar a toda la sociedad y al Estado, La tuberculosis es además una enfermedad que genera una serie de estigmas en la sociedad, lo que agrava los

problemas de la población vulnerable, especialmente de las poblaciones en condición de pobreza. Y extrema pobreza, se ha identificado que la principal fuente de financiamiento de la tuberculosis, la representa los recursos ordinarios provenientes del presupuesto del gobierno central, principalmente por la compra de medicamentos y pruebas diagnósticas. No se habían cuantificado la magnitud de los gastos en recursos humanos y demás gastos corrientes que forman parte del gasto del sector público. Lamentablemente los grupos de riesgo son los más vulnerables para la infección de la tuberculosis, ejemplo el hacinamiento en los hogares, el ingreso de la canasta familiar, la cultura violencia familiar entre otros favorecen la alta incidencia de la enfermedad.

Subcategoría de Rol de la familia frente a la enfermedad.

Tres de las entrevistadas manifestaron acerca de acerca del rol preponderante que desempeña la familia del paciente.

Azucena:

“Algunos pacientitos puedo hacer la observación también de que hay bastante dificultad para que el familiar o los familiares especialmente en pacientitos con VIH más TBC lo puedan acoger en sus hogares y los apartan antes de apoyarlos especialmente en familias numerosas tienen más cuidado con el paciente ya que piensan que con esta enfermedad más el VIH los van a contagiar y eso tratamos de apoyar o aconsejarlos para que trate de mejorar la relación para que se puedan llevar a cabo como deben ser.”

Flor:

“Una de las razones por las que muchas veces el paciente no concluye su tratamiento. En cuanto a la familia hay que hacerle entender que es importante que en ese momento su paciente en vez de ser discriminado tienen que tener un apoyo emocional en todo momento no, que ellos son el soporte son la base para que él pueda continuar con este periodo que va a durar su recuperación en algún momento e.... los familiares juegan un papel muy importante yo diría que es “la base de la recuperación del paciente. (...) hacerle entender al paciente que si él

pone el 99.9 de su parte el resto lo va a ser su familia y vamos a ser el personal de salud, por qué vamos a ser soporte, vamos a darle el tratamiento, vamos a estar constantemente con él, vamos hacerle las visitas domiciliarias, vamos a ir a evaluar sus contactos, hacerle sentir que es valioso y que esta enfermedad tiene cura,”

Orquidea:

“Ahí influye bastante el apoyo familiar el apoyo emocional que recibe el paciente para que pueda llevar su tratamiento saludables se podrá decir y acuda puntual al tratamiento y básicamente tenga el apoyo económico porque sabemos que un paciente con tuberculosis no puede trabajar entonces. ese paciente va a necesitar mucho del apoyo de la familia tanto el apoyo emocional y el apoyo económico .”

La familia es el grupo social, institución y/o unidad de análisis al interior de la cual se procesa el mayor número y tipo de relaciones con aspectos significativos del proceso de salud/enfermedad/atención. Es el soporte social que da apoyo a las personas en tiempos de crisis, ayudándoles a enfrentar la vida. Las relaciones sociales “empoderan” a los individuos haciéndoles sentir que son parte de un orden social mayor, que son valorados, estimados y que pertenecen a una red de obligaciones recíprocas. El soporte social puede estimular la recuperación de la salud, por ejemplo induciendo al miembro de la familia – o red social – a buscar ayuda o promoviendo en el o ella hábitos saludables (61).

Los patrones organizativos por los que se rige la familia, y al tipo de comunicación y de resolución de los problemas (...), en una enfermedad crónica intervienen un conjunto de profesionales provenientes de diferentes ámbitos(...) y, desde su ámbito de actuación, los profesionales pueden fomentar la resiliencia familiar a través de la colaboración con la familia, del desarrollo de las competencias necesarias para afrontar los problemas, de la confianza y del apoyo mutuo. Desde este enfoque positivo y pragmático, se fortalece el clima familiar, las posibilidades de trabajar juntos, la superación de obstáculos aparentemente

insuperables y la consideración de que el éxito es debido, en gran parte, a sus esfuerzos, recursos y capacidades (61).

El apoyo familiar es muy importante porque va ayudar a que el paciente se adhiera al proceso que dura el tratamiento, la familia representa el ambiente más cercano en donde el paciente tuberculoso recibe apoyo, es decir la familia va incentivar a que el paciente se haga responsable con la toma de medicamentos si en este núcleo hay desintegración y se margina a la persona enferma, se le hace sentir inútil y culpable, el paciente enfermo por TB se sentirá rechazado también influye de forma negativa, cuando la familia o el equipo de salud aísla el paciente y lo estigmatiza y es ahí donde no tendrá motivación para continuar el tratamiento.

V. Categoría: Actitudes con el Tratamiento.

En esta categoría se han encontrado 3 subcategorías que son: Confidencialidad Abandono del tratamiento Seguimiento al tratamiento.

Subcategoría de Confidencialidad.

Una de las entrevistadas refirió acerca de la confidencialidad y el secreto profesional.

Jazmin: “Las actitudes que uno como profesional debe adoptar y eso precisamente de los principios éticos que uno habla en investigación y que uno les enseña en la formación profesional es la privacidad de un diagnóstico Entonces es algo que nunca tuve por ejemplo con mi diagnóstico porque ni bien fui diagnosticada con tuberculosis la coordinadora de la estrategia sanitaria a nivel nacional de la dirección Regional de salud no supo guardar la confidencialidad que debería tener el caso. Yo creo que se debería de guardar la confidencialidad Y se les hizo saber a la gente que no tenía porque saber del caso y que no tenía por qué enterarse”

El secreto profesional se define como el deber ético, legal y deontológico de custodiar toda la información que obtengamos en el ejercicio de nuestra profesión. Su ruptura produciría un atentado contra la dignidad, intimidad, privacidad y libertad del paciente. Además, este concepto se extiende hasta después de la muerte porque nuestro deber profesional sanitario es respetar el recuerdo de nuestro paciente, su dignidad y la de su familia. En el ámbito sanitario, desafortunadamente, también es muy común la revelación de datos sensibles de pacientes, que tendrían que guardarse bajo sigilo, como bien se recoge en códigos deontológicos, Cartas de derechos y distintas legislaciones (62).

Como enfermeras, la discreción ha de ser una virtud en la que obremos por bondad acorde, o conforme a nuestra razón independientemente de la ley, pero este concepto no sólo se ciñe a nosotras, sino que afecta a todos los PS y también otros profesionales que deban conocer información del paciente para colaborar en su asistencia. Esto recibe el nombre de secreto profesional compartido (62).

La confidencialidad es un principio ético y un factor importante a tener en cuenta para que el paciente no se sienta rechazado en la sociedad y el ambiente laboral, porque muchas veces la sociedad estigmatiza y margina al paciente con tuberculosis. Aunque algunas personas afirman que el término de confidencialidad es obsoleto en la práctica médica, debido a sus violaciones rutinarias cada día en las instituciones de salud, hay que defender su aplicación en todos los ámbitos de la medicina por respeto al paciente y a su intimidad, sin el detrimento, naturalmente, del bien común.

Subcategoría de Abandono del tratamiento.

Tres de las entrevistadas manifestaron acerca de los factores del abandono del tratamiento.

Azucena: "Puede algunas observaciones es que el paciente no cumple algunas veces con venir directamente al tratamiento ,a veces mandan al familiar que si

le puede llevar el tratamiento y eso no dice el protocolo del programa , entonces hay que estarlos incentivando a que ellos vengán directamente a llevar su tratamiento o a tomarlo adecuadamente como debe ser. (...)Que más le puedo decir sobre el programa de pacientes hay algunos pacientes también que dentro del programa nos abandonan el tratamiento ya sea a que se debe porque son pacientitos que son muy jóvenes y están en el alcoholismo o consumen drogas y no aceptan el tratamiento directamente o diariamente y una semana dos semanas cumplen con el tratamiento y después abandonan.”

Dalia: *“En ese caso como yo he trabajado en la comunidad he percibido todo eso, que de repente una persona “x” estuvo enferma de esa enfermedad rechazo el tratamiento, abandono el tratamiento. (...)Otro caso es que estas personas que abandonaron que continúe, que continúe ¿para qué? Para que ya... ya no estén enfermos. Aparte no enfermen a sus familiares,”*

Rosa: *“en el caso de los pacientes que abandonan el tratamiento. Uno como profesional de enfermería busca las diferentes formas de llegar hacia el paciente y tratar de que otra vez recupere el tratamiento, pero a veces hay algunos factores no te ayudan como es que el pacientes es de repente un paciente que consume drogas o alcohol abandonan el tratamiento y ahí es cuando yo sentía la impotencia porque ese paciente se me iba de las manos y lo volvía a recuperar, lo volvía a recuperar y le hablaba de diferentes formas inclusive lo llevaba al apoyo psicológico a su casa y algunos a veces no recuperaba se me fugaban, tenía la experiencia que se me fugo uno y que después me llevo la noticia por parte de su familia que falleció este paciente.”*

El tratamiento de la tuberculosis requiere de un régimen terapéutico prolongado (mínimo 6 meses), es necesario observar e identificar qué factores pueden influir en la decisión de continuar el tratamiento o abandonarlo; entre esos factores se destacan aquellos relacionados con el paciente, los derivados con los servicios de salud y del propio personal de enfermería; además de los factores relacionados con el ambiente que rodea al paciente y las del propio tratamiento.

Es apropiado reconocer que la pobreza, la falta de servicios básicos de salud, la malnutrición y las condiciones inadecuadas de vida contribuyen a la propagación de la tuberculosis, principalmente evidenciado en los países pobres y en desarrollo (63).

El abandono del tratamiento de la tuberculosis es uno de los factores más importantes que disminuyen la eficiencia de la terapia. Dentro de sus causas se observan factores relacionados con el paciente, con los fármacos y con el sistema de salud. Entre las posibles causas de abandono se describen: la larga duración del tratamiento (6 a 8 meses), el alto número de pastillas (mínimo 11), reacciones adversas a medicamentos antituberculosos y desinformación sobre la enfermedad y su tratamiento.

Subcategoría de seguimiento al tratamiento.

Dos de las entrevistadas manifestaron acerca de los factores del abandono del tratamiento.

Flor: “entonces todo paciente del programa es importantísimo sé que demanda mucho trabajo demanda tiempo, porque a veces los pacientes en el caminito nos van abandonando pero nosotros tenemos la tarea de hacerle el seguimiento, estar en forma constante brindando el soporte y lo vamos a lograr porque algunos pacientes vienen por seis meses otros pacientes vienen por dieciocho meses otros vienen por dos años entonces son retos que se nos van presentando en el camino y retos que nosotros debemos de asumir para evitar que esta enfermedad se siga diseminando.”

Dalia: “temor por que el paciente no acude de forma constante a su tratamiento, hay que buscarlos, hay que hacerles seguimiento, hay que hacer visitas domiciliarias y tratar en todo momento que el paciente concluya su tratamiento. ”

En el Seguimiento del tratamiento: Solicitar los controles mensuales de baciloscopía y cultivo y verificar su registro en la Tarjeta de Control de Asistencia y Administración de Medicamentos y en el Libro de Registro y Seguimiento de Pacientes con Tuberculosis y de TB MDR, control de peso mensual y registrar en la Tarjeta de Control de Asistencia y Administración de Medicamentos (63).

Para el seguimiento se debe realizar la caracterización de los pacientes, la cual es importante para determinar los factores sociales de riesgo que tenía cada paciente, puesto que son estos factores los que en la mayoría de los casos interfieren en la adherencia al tratamiento, el contagio a otras personas, entre los que se encuentra el personal de salud, los factores de riesgo encontrados en esta investigación fueron los mismos encontrados en otras investigaciones: hacinamiento, nexo epidemiológico, farmacodependencia, entre otros, lo que reafirma la necesidad de fortalecer el trabajo interprogramático e intersectorial, para brindar a estos pacientes mayor apoyo y seguimiento, y de esta forma evitar las complicaciones y formas graves de la tuberculosis y la tuberculosis resistente a múltiples medicamentos (64).

El adecuado cumplimiento de cualquier prescripción terapéutica, involucra realizar una serie de tareas que requieren: Saber qué hacer, como hacer y cuando hacer. El paciente debe de disponer de una serie de habilidades con diferentes grados de complejidad. Por otro lado, es importante conseguir que los pacientes adquieran y mantengan a lo largo del tiempo un hábito de adhesión estricta a los tratamientos y cumplimiento de todas las indicaciones.

VI.Expectativas del Profesional de Enfermería.

En esta categoría se han encontrado 3 subcategorías que son: Confidencialidad Abandono del tratamiento Seguimiento al tratamiento.

Subcategoría de Expectativas con el tratamiento

Tres de las entrevistadas manifestaron acerca de las expectativas con respecto al tratamiento del paciente.

Azucena: *“Que el pacientito cumpla con el tratamiento o con las etapas del tratamiento que se le está indicando, pero a veces tenemos dificultades en eso de que el paciente cumpla con el tratamiento creo eso es nuestro mayor meta que queremos lograr que el paciente llegue a su etapa final cumpliendo todo el tratamiento ; pero en algunos casos si tenemos dificultades en llegar a finalizar adecuadamente su tratamiento y que se cure.”*

Flor: *“Entonces la enfermera que este en este servicio tiene que estar en forma persistente, tiene que ser constante con el usuario, lo primero que tiene que ser es amable entender que es una persona enferma y tratar de que algún momento cuando el paciente se sienta con deseos de abandonar el tratamiento y darle fortaleza. En algún momento la enfermera tiene que ser dulce, en otro momento tiene que ser recta, en otro momento tendrá que ser condescendiente, con la finalidad de lograr que el paciente se recupere y se restablezca y a su vez para que él no se multiplique a más personas enfermas por el contagio.”*

Jazmin: *“las...expectativas me planteaba cuanto yo podía hacer ayudar a esas personas a decirse al tratamiento porque sabiendo todos los riesgos que significa el tratamiento las consecuencias que trae negativas para el paciente tanto como la comunidad aumentar el riesgo que hallan pacientes multiridogo resistentes entonces una de las mayores expectativas es que creo que como enfermera me he planteado como enfermera deben plantearse es formar la adherencia total del paciente a su tratamiento, es tener a un paciente bien controlado de tal manera que llegue a terminar su tratamiento e independiente del esquema que se le esté administrando que llegue a terminarlo a su totalidad una de las expectativas es que tengamos pacientes curados.”*

El cumplimiento del tratamiento antituberculoso es imposible comprenderlo solo desde la postura del modelo biomédico, siendo imprescindible tener en cuenta los significados de los involucrados en el proceso. Los significados son una categoría básica de la investigación cualitativa en salud y definidos como "ideas, imágenes, conceptos y visiones del mundo que los actores sociales poseen sobre la realidad". Así, se toman para este tema considerando la adherencia al tratamiento de la TB como un fenómeno multidimensional con gran componente interaccional, por lo cual se hace imperativo incluir en el análisis la dimensión subjetiva de los individuos debido a que la interacción social se explica a partir de la definición que los actores hacen de sus propias situaciones y circunstancias... En la primera entrevista de enfermería se establece canales de comunicación y responsabilidad compartida con la persona con tuberculosis y la familia, con el fin de garantizar la adherencia al tratamiento, el seguimiento de casos y estudio de contactos a través de la aplicación de la Estrategia DOTS y DOTS Plus (65).

La labor de enfermería es fundamental, para establecer acciones que permitan al paciente con tuberculosis una mejor adherencia al tratamiento y contrarrestar los factores que lo llevan al a abandonar el tratamiento. La enfermera es la más involucrada en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis, pues tiene la responsabilidad de controlar la diseminación de la enfermedad y garantizar la correcta administración del tratamiento para el cumplimiento terapéutico.

Subcategoría de Expectativas con el cuidado humanizado.

Una de las entrevistadas manifestó acerca de las expectativas con respecto al de enfermería.

Orquidea: “Estamos preparadas para dar una atención de calidad ,no para discriminar a los pacientes .yo si pediría que eso continúe lo tengamos presente ya sea en la etapa de pre grado o ya después cuando somos trabajadores del ministerio de salud, tener sensibilidad humana diría yo más que todo.”

El cuidado humanizado reúne actos como: pensar, ser, hacer, cuidar, lo que involucra tanto al ser cuidado, como el profesional que cuida. Sin tener en cuenta el significado de cuidado. Sino la esencia del ser humano como ser único, indivisible, autónomo y con libertad de escoger, es decir, en la comprensión del ser humano como un ser integral. Se habla de una visión fenomenológica – existencialista de la psicología y de las humanidades. La enfermera se dedica a la promoción y restablecimiento de la salud, a la prevención de la enfermedad y al cuidado de los enfermos (66).

Los pacientes requieren unos cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida. El cuidado de enfermos es un fenómeno social universal que solo resulta efectivo si se practica de forma interpersonal. Los 10 factores del cuidado representan tanto sentimientos como acciones que tienen que ver con la enfermera, el paciente y los profesionales, e incluye aquello que siente, experimenta, comunica, expresa y promueve cada enfermera. El trabajo de Watson contribuye a la sensibilización de los profesionales hacia aspectos más humanos (66).

La percepción del cuidado humanizado enfermería es definida como el proceso mental mediante el cual el paciente y el personal de enfermería obtienen momentos significativos en su interior durante la interacción del cuidado. Se debe tener en cuenta que el proceso de la percepción es subjetivo, sin embargo, algunos comportamientos son frecuentes e importantes en la interacción del cuidador – ser cuidado, se categorizan en 9 comportamientos de cuidado humanizado: sentimientos del paciente, características de la enfermera, dar apoyo emocional, dar apoyo físico, cualidades del hacer de la enfermera, pro actividad, empatía, priorizar al ser cuidado y disponibilidad para la atención, la percepción de estos comportamientos es primordial para nutrir la esencia los momentos de cuidado, dignificar al ser humano y fortalecer su autonomía (66).

Las enfermeras están capacitadas para brindar una atención de calidad, un cuidado humanizado que refleje reconocimiento de la dimensión de la vida

espiritual, y una fundamental creencia en el poder interno de los procesos de cuidado para así producir crecimiento y cambio.

El profesional de enfermería debe mantener una actitud crítica y reflexiva frente a la realidad social del ser humano y sus derechos y, hacer de su práctica diaria, un medio para la visibilidad de dicha actitud, mediante la investigación y aplicación de modelos teóricos, que alimenten un cuidado con calidad y sensibilidad humana, que le reporte crecimiento como persona y profesional, generando un impacto transformador en nuestro sistema de salud.

Subcategoría de Expectativa en educación para la salud.

Una de las entrevistadas manifestó acerca de las expectativas con respecto a la educación para la salud.

Jazmin: “Una de las expectativas es que estos pacientes reciban educación en salud y una educación de calidad, una educación que a ellos les permita no volver a re infectarse que les permita cuidar a su familia. (...)Otras de mis expectativas pedir es a los enfermeros amen la atención primaria y que se valore el rol del enfermero de lo que es atención primaria, es uno de los campos que como ya dije más autonomía le da la enfermera y es la mejor de las labores que puede realizar una enfermera de la comunidad realiza, lo que yo considero lo mejor en la enfermería que es la prevención.”

En la educación para la salud, enfermería tiene un papel muy importante como profesionales de referencia de las personas con problemas de cronicidad, en el seguimiento de los procesos y activación y gestión de los recursos asistenciales tanto humanos como materiales. Su formación profesional está basada entre otras, en el fomento del autocuidado siendo pues los profesionales idóneos por su perfil clínico y de educadores, con funciones de preparación y entrenamiento de los pacientes y sus familiares. Enfermería debe tener además, una importante

implicación y acción en la comunidad, ello implica movilizar a la comunidad y trabajar con ella en todas las fases y aspectos relacionados con las necesidades poblacionales de salud. De esta manera es posible potenciar redes y grupos que sean influyentes sobre otras personas o colectivos, y con ello no sólo apoyamos el cambio sino que además, se establecen las bases para el mantenimiento del mismo y para la sostenibilidad de la intervención (67).

La atención de enfermería a la persona con tuberculosis, tiene como actividades: Establecer canales de comunicación y responsabilidad compartida con la persona con tuberculosis y la familia, con el fin de garantizar la adherencia al tratamiento, la enfermera que trabaja con personas viviendo con Tuberculosis debe conocer la realidad de vida de cada paciente, para planificar y ejecutar las intervenciones a realizar con la persona, la familia y su entorno con el único objetivo de Prevenir la enfermedad en otras personas, incrementando la posibilidad de recibir un diagnóstico y tratamiento oportuno de darse el caso de contagio.

Subcategoría de Expectativas con la familia.

Cuatro de las entrevistadas manifestaron acerca de las expectativas con respecto al rol preponderante que desempeñan las familias para la recuperación del paciente..

Dalia: “Algunos pacientitos puedo hacer la observación también de que hay bastante dificultad para que el familiar o los familiares especialmente en pacientitos con VIH más TBC lo puedan acoger en sus hogares y los apartan antes de apoyarlos especialmente en familias numerosas tienen más cuidado con el paciente ya que piensan que con esta enfermedad mas el VIH los van a contagiar y eso tratamos de apoyar o aconsejarlos para que trate de mejorar la relación para que se puedan llevar a cabo como deben ser.”

Flor: *“una de las razones por las que muchas veces el paciente no concluye su tratamiento. En cuanto a la familia hay que hacerle entender que es importante que en ese momento su paciente en vez de ser discriminado tienen que tener un apoyo emocional en todo momento no, que ellos son el soporte son la base para que él pueda continuar con este periodo que va a durar su recuperación en algún momento los familiares juegan un papel muy importante yo diría que es “la base de la recuperación del paciente.”*

Jazmin: *“creo que la enfermeira comunitária tiene la gran ventaja de poder darse el tempo de trabajar con la família y la família es parte fundamental de apoyo para estos tipos de pacientes y así como es parte fundamental de apoyo yo creo que deberíamos de cuidar a la família, cuidar que um membro de esta família del paciente infectado no se contagie que la enfermedad corte su ciclo com esse paciente. ”*

Orquidea: *“influye bastante el apoyo familiar el apoyo emocional que recibe el paciente para que pueda llevar su tratamiento saludables se podrá decir y acuda puntual al tratamiento y básicamente tenga el apoyo económico porque sabemos que un paciente con tuberculosis no puede trabajar entonces. ese paciente va a necesitar mucho del apoyo de la familia tanto el apoyo emocional y el apoyo económico .”*

El apoyo afectivo es esencial ya que permite acompañar al paciente en el curso de la enfermedad, evitando pensamientos de negatividad y baja autoestima. La tuberculosis pulmonar se acompaña de un debilitamiento general, con poca energía y capacidad física para las actividades cotidianas, este debilitamiento se asocia a diferentes niveles de discapacidad por parte de los pacientes, y el estigma social causa un gran impacto en el paciente; es por ello, que se siente rechazado y excluido de la sociedad, deteriorando su autoestima. Esta interpretación representa la “marca o huella” (68).

La familia es el elemento de la estructura de la sociedad responsable de la reproducción biológica y social del ser humano, eje fundamental para motivar al paciente a tomar el tratamiento completo contra la tuberculosis hasta su total restablecimiento, de acuerdo a las indicaciones del personal de salud y realizando los controles médicos respectivos (68).

Las enfermeras a menudo proporcionan servicios relacionados con el estado psicoafectivo del paciente, la asistencia emocional constituye una prueba del respeto sincero, interés y preocupación que la enfermera tiene por el paciente. Su familia y las personas que la rodean cumplen un rol preponderante para la recuperación de las personas ya que en los primeros meses del tratamiento es muy agresivo y las personas se sienten mal física y emocionalmente hasta adaptarse a su nueva condición o enfermedad. Es por ello necesario que los enfermeros involucren siempre a la familia o a la persona más cercana al paciente como un nexo irrompible entre el personal, establecimiento de salud y la persona enferma; ya que, también nos apoyará con los contactos. Los pasos para promover la sensibilización social en tuberculosis:

- Seleccionar las comunidades considerando la magnitud del problema (morbilidad, mortalidad por TBC y vulnerabilidad) maginalidad, índice de pobreza, entre otros.
- Integrar un grupo de líderes promotores de salud para organizar el trabajo en TBC de manera voluntaria con alto sentido de servicio y motivación.
- Realizar campañas de orientación en conjunto con los diversos actores sociales: gobierno, sector privado y sociedad civil organizada para difundir en formación sencilla y de impacto en casas, escuelas, sitios de reunión, asambleas, etc. mediante volantes, teatros, sociodramas y perifoneo.

Subcategoría de Sensibilización multidisciplinaria.

Tres de las entrevistadas manifestaron acerca de las expectativas con respecto a la sensibilización multidisciplinaria.

Azucena: “también tenemos algunos problemas con los médicos que en algunos casos no nos quieren atender muy bien a los pacientitos de TBC por que dicen: por que atienden más pacientes , los pueden contagiar y creo que ahí también tenemos una observación para incentivar o pedir a los profesionales que nos ayuden en apoyar al paciente y poder tener una adecuada atención y lo puedan tener ellos especialmente cuando se les necesita para que cumplan con su tratamiento o sus análisis que es necesario para que puedan mejorar en el programa.”

Rosa: “hay que concientizar a los profesionales de la salud por que no solamente al profesional que está a cargo de la estrategia debe de conocer el manejo de estos pacientes, si no debe conocerlo todos los profesionales médicos, el profesional no medico todos deben de estar involucrados en la recuperación del paciente, porque también he tenido caso por ejemplo: cuando mi paciente tenía que pasar consulta con el medico yo tenía que estar con mi norma medica al costado y orientando a veces al médico que no sabía que paso seguir con él y eso es porque el personal no se involucra.”

Tulipan: “Si casi siempre, veces cuando uno le pide de favor por ejemplo al personal médico simplemente te llaman y te dicen ¿Qué significa esto? No, se portan de una forma indiferente y no quieren atender al paciente, yo me imagino por miedo al contagio no, simplemente se niegan atender al paciente o si no lo hacen esperar hasta lo último turno, si es que les sobra un turno adicional; En el área de enfermería también hacen lo mismo a veces estamos en el turno pero decimos no. No estoy de turno o estoy ocupada o estoy haciendo otras actividades o mandamos al interno o al técnico por miedo al contagio. ”

Todas las personas que trabajan en el área de la atención en salud, independientemente de la función que desempeñen, tienen algo en común: deben trabajar en equipo. Médicos, enfermeras, químicos farmacéuticos, bacteriólogas, técnicos y otros profesionales de la salud, deben coordinar sus actividades para

que sea prioridad una atención segura y eficiente al paciente. Sin embargo, aunque casi todos los procesos de atención en salud requieren de equipos interdisciplinarios, sus miembros, rara vez entrenan juntos; y a menudo provienen de distintas disciplinas y de diversos programas educativos. Dada la naturaleza interdisciplinaria de su trabajo y de la necesidad de cooperación entre aquellos que lo realizan, es probable que el trabajo en equipo juegue un papel importante para garantizar la seguridad del paciente y evitar errores. Los equipos cometen menos errores que los individuos, sobre todo cuando cada miembro del equipo conoce tanto sus responsabilidades así como las de los otros miembros de su equipo. (69).

VI. CONSIDERACIONES FINALES

Las consideraciones finales, se presentan a continuación.

1. Según los resultados obtenidos sobre la importancia de ser empáticos con el paciente y en el cuidado de enfermería que se le brinda. Una de las entrevistadas manifestó que hay personas que no se ponen en el lugar del paciente que falta esa capacidad para entender sus problemas o para entender la realidad que viven los pacientes con tuberculosis, refiere además que la enfermera debe ser más sensibles ante el sufrimiento de los pacientes, la mayoría de las entrevistadas manifestaron acerca de la importancia del apoyo emocional de enfermería. La atención de enfermería debe ser personalizada, humanizada, continua y eficiente de acuerdo a estándares de una práctica profesional competente y responsable.
2. Al obtener los resultados sobre sus emociones y sentimientos de enfermería, una de las entrevistadas manifestó su experiencia propia vivida como paciente es decir de las actitudes y estrategias que adoptan los profesionales ante su propia enfermedad o sufrimiento, La mayoría de las entrevistadas manifestaron acerca del miedo o temor hacia el contagio de la enfermedad, también manifestaron acerca de sus sentimientos de satisfacción del profesional de enfermería ya que la satisfacción laboral es un elemento que influye en toda actividad de todo ser humano y un factor de apoyo que agranda los sentimientos de valor, importancia y superación personal.
3. Según los resultados obtenidos acerca de la importancia del conocimiento de la enfermedad, la minoría de las entrevistadas manifestaron sobre la carga laboral que tienen en su establecimiento de salud, Todas las entrevistadas manifestaron sobre las medidas de bioseguridad que se deben tener en cuenta ya que esta es parte del conocimiento y también acerca de la discriminación

del paciente con tuberculosis tanto por parte del personal de salud, de su familia y de la comunidad.

4. Al obtener los resultados se encontró que los factores socioeconómicos influyen y aumentan de alguna manera el riesgo de transmisión y a incrementa el riesgo de transformación de la infección en enfermedad tuberculosa, además la mayoría de las entrevistadas manifestaron que el apoyo de su familia había tenido un rol preponderante para tratamiento y recuperación.

5. Al obtener los resultados se encontró que la confidencialidad frente al diagnóstico de la enfermedad, varias de las entrevistadas manifestaron acerca de los factores del abandono del tratamiento y de la importante tarea de hacerle el seguimiento, estar en forma constante brindando el soporte y el apoyo que ellos necesitan.

6. Según los resultados refieren que las expectativas sobre las enfermeras del Class San Miguel, es que realicen un seguimiento al paciente y contactos, que tengan un cuidado humanizado con el paciente, que se enfoquen más en actividades de promoción para la salud, además del rol importante que desempeña la familia para la recuperación del paciente.

RECOMENDACIONES

Habiéndose establecido las consideraciones finales, a continuación se señalan algunas recomendaciones emanadas de la investigación:

1. Informar a las autoridades del CLASS San Miguel y a las Jefaturas de los centros de salud que conforman el CLASS en mencion las conclusiones de la presente investigación.
2. Se recomienda al director del CLASS San Miguel que debe considerar la permanencia de un personal profesional de enfermería y de un equipo integral capacitado permanente y comprometido en la estrategia de tuberculosis para que se brinde una atención oportuna y adecuada.
3. Se recomienda a los jefes de los centros de salud del CLASS San Miguel tener en cuenta las normas técnicas y favorecer aspectos preventivos, de diagnóstico, adherencia al tratamiento, seguimiento, educación y comunicación activa con los pacientes y familia.
4. Recomendar a los colegas que trabajan con personas diagnosticadas con tuberculosis que deben conocer la realidad de vida de los pacientes para poder brindar un cuidado humanizado.
5. Mantener la investigación cualitativa en el tema de TBC.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Raviglione M. Mundial de la TB y el progreso hacia los objetivos de 2015. Documento Presentado en: 15 Conferencia Anual IUATLD-NAR. 2011 Feb 24-26.
2. Lönnroth K, et al. Control de la tuberculosis eliminación 2010-50: cura, el cuidado y el desarrollo social. Lanceta. 2010; 375: 1814-1829.
3. Organización Mundial de la Salud. Datos Sobre la tuberculosis [Internet]. 2014. [Citado 2016 marzo 14] Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/tuberculosis/es/index.html>
4. Ministerio de Salud. ¿Qué es la tuberculosis? [Internet]. s. F. [Citado 1 jun 2012] Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Tuberculosis.aspx>
5. Gaviria A. Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Organización Panamericana de la Salud. [Artículo de Internet]. 2012. [Citado 1 jun 2016] Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Ministerio_de_Salud_y_la_Protecci%C3%B3n_Social
6. Hernández P. Planificar Estratégico Colombia Libre de Tuberculosis 2010-2015. Para La expansión y Fortalecimiento de la Estrategia Alto a la TB. [Internet]. 2009. [Citado 1 jun 2012] Disponible en: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=Artículo&id=431:plan_estrategico-de-Colombia-libre-tuberculosis2010-2015_y_catid=686&Itemid=361

7. Organización Mundial de la Salud. La estrategia Alto a la Tuberculosis. [Internet]. 2006. [Citado 2016 marzo 14] Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_HTM_STB_2006.368_eng.pdf
8. Bautista R. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander, Colombia 2004.
9. Wolf B. Identidad de enfermería: La Enfermería Medicina - Relación (estos doctorales no publican) . Universidad de Colorado Health Sciences Center Colorado.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=1992429&pid=S1132-1296200400010000900015&lng=es
10. García C, Cortez I. Percepción del usuario del trato digno por enfermería en un hospital del Estado de México. Rev conamed [serie en internet]. 2011 [Citado 21 setiembre 2015]; 17(1):18-23. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3884680.pdf>
11. Nina G, Garayar P. Relación entre el nivel de conocimientos y actitudes hacia el cuidado de los pacientes con tuberculosis en estudiantes de enfermería de la UNMSM. [Tesis de bachiller]. Lima – Perú. 2008.
12. Rojas G. Actitudes de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar en el centro de salud “Tablada de Lurín” noviembre diciembre 2006 [citado 30 -07 -11], disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2006/rojas_tg/html/index-frames.html
13. Hidalgo L, Morales K, Vargas M. Cuidado del enfermero(a) y la satisfacción del paciente hospitalizado en servicio de cirugía del Hospital regional de

Loreto, Iquitos 2008. Resúmenes de Investigaciones 2006 -2008; Iquitos – Perú: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2008.

14. Soto I, Coronel H. Calidad del cuidado enfermero desde la percepción del usuario en tratamiento de tuberculosis. Centro de salud Manuel Sánchez V. La victoria [tesis]. Chiclayo, Perú; 2013. [Citado 21 setiembre 2015]. Disponible en: <http://tesis.usat.edu.pe/jspui/handle/123456789/182>
15. Antón R. y col. Bajo nivel de conocimientos y actitud de rechazo hacia el tratamiento de tuberculosis; Piura – Perú; 2007
16. Holguín C, Morín V, Villareal S. Medidas de control de la infección de la tuberculosis en los establecimientos de salud. [documento en internet]. 2011. [Citado el 22 de setiembre de 2015]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos93/medidas-control-infeccion-tuberculosis-establecimientos-salud/medidas-control-infeccion-tuberculosis-establecimientos-salud.shtml>.
17. Castañeda Y. Percepción y expectativas de las personas viviendo con tuberculosis sobre el cuidado de enfermería - Piura, 2014. [Tesis para optar el título de magister en enfermería]. Piura. ULADECH. Católica 2015.
18. Guevara G. Historia de vida de las personas adultas viviendo con tuberculosis – Sullana, 2014. [Tesis para optar el título de magister en enfermería]. Piura. ULADECH. Católica 2015.
19. Avendaño C, Grau P, Yus P. Riesgo para la salud de las enfermeras del sector público en Chile. Revista Enfermería. Colegio de Enfermeras de Chile. Año 30, N° 102, dic. 15-26.

20. Ariza C. Calidad del cuidado de Enfermería al paciente hospitalizado. Edición 1era Colombia julio 2008. Pág.20.
21. Plata E. Hacia una medicina más humana. Edición 1997. Colombia. Pág. 247
22. López M. Enfermería psicosocial y salud mental. Primera Edición 2000. Pág. 3-4
23. Martínez A. Dimensiones de la persona. MMWR [en línea] [fecha de acceso de 15 de Marzo]. Disponible en: <http://www.slideshare.net/guest28a6fd/dimensiones-de-la-persona-1061999>
24. Marriner T, Raile A. Modelos y Teorías de Enfermería. Brace Harcour 4ª Edición. 1998. (SEGUIR NORMA)
25. Howk Ch, et al. Enfermería psicodinámica. En Modelos y Teorías de Enfermería. 4ed. Madrid: Harcourt Brace de España: 1999. p. 335-344.
26. Arredondo C, González J. Tecnología y Humanización de los Cuidados. Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. Index Enferm. 2009; 18 (1). Versión impresa ISSN 1132-1296 <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962009000100007>.
27. Alexander J, William S. Victoria Henderson: definición de Enfermería. En Modelos y Teorías de Enfermería. 4ed. Madrid: Harcourt Brace de España: 1999. p.101-106.
28. Maslow A. La Teoría de La comunicación Interacción de las Personas, Destacan:Modelos De Interaccion p.101-106.

29. Ludke M, Andre E. Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU. 1986.
30. Glat R. Somos iguais a vocês. Depoimentos de mulheres com deficiência mental: Agir- 1989.
31. Bertaux D. L'approche biographique: sa validé methologique, sés potentialités. Cahiers internationaux de sociologie. 1980; (69):197-225.
32. Camargo A. Os usos da história oral e da história de vida. Trabalhando com elites políticas. Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro. 1984; 27(1):5-28.
33. Kolhi M. Biografia: relato, texto, método. In: BERTAUX, D. Biography. A. Society. Beverly Huis, c. USA: Publications. Inc, 1981; 61-75.
34. Minayo M. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1994.
35. Rodriguez G, et al. Metodología de la investigación cualitativa. 2. ed. México Interamericana, 1999; 57-61.
36. Chizzotti A. Pesquisa Em Ciências Humanas E Sociais .4ª ed. São Paulo: Cortez, 2000.
37. Servicio de Estadística del Clas San Miguel, Ubicado en el E-S San Jose.
38. Santos A, et al. Método de historia de vida na pesquisa em educacao especial. Edicao especial. Rev. Bras. Marilia. Maio-ago, 2004; 1(2): 235-250.
39. Atkinson R. The life story interview. Thousand oaks: Sage University Paper series on qualitative researchs methods, 1988; 44.

40. Poirier J, Clapier-Valladon S, Raybaut P. Historias de vida: teoría y práctica. Trad. Joao Quintela. 2 ed. Portugal: Celta, 1999.
41. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 1988; 70.
42. Hernández R. Metodología de la Investigación. Ed. Mc Graw Hill [Artículo en internet]. 2003 [Citado 7 diciembre 2013]. Disponible en URL: <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>
43. Rada D. El rigor en la investigación cualitativa: técnicas de análisis, credibilidad, transferibilidad y confirmabilidad. [Documento en internet]. [Citado 21 enero 2012]; 11. Disponible en URL: www.redem.org/boletin/files/Dora%20Magaly%20Rada%202.doc
44. Miric M. Las huellas del tabú: Aproximaciones al concepto de estigma Paradigmas Revista Perspectivas Psicológicas [Artículo en internet]. 2012. [citado 2015 Abril. 14]; 1:50-62. Disponible en: <https://www.google.com/search?q=estigma+y+discriminacion+vinculacion+y+demarcacion&ie=utf-8&oe=utf-8>
45. Mejia S. Un Buen Trato en la Institución de Salud [Artículo en internet]. 2005. [citado 2017 abril. 14]; 1:50-62. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-82/enfermeria8205-bueno/>
46. Ramírez P. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente [Artículo en internet]. 2013 [Citado 8 diciembre 2016]. Disponible en URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706315000020>.
47. Melgar M. Dimensiones del Cuidado. Universidad Nacional de Colombia. 1998

48. Silva J. Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público [Artículo en internet]. 2013 [Citado 8 diciembre 2016]. Disponible en URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706315000020>.
49. Monchón P, Montoya Y. Percepcion del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de ginecobstetricia de una institucion II y III nivel de atención. 2009. [Tesis para optar el título de licenciado en enfermería]. Universidad Javeriana, [Tesis en internet]. [Citado 08 diciembre 2016]. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/9730/tesis05-3.pdf;jsessionid=A13FDE7C0F8E70B9D4D9E97264160DA2?sequence=1>
50. Garcia B, et. al. Sentimientos que Manifiestan las Enfermeras ante la Muerte de su Paciente [Artículo en internet]. 2014 [Citado 8 Mayo 2017]. Disponible en URL: http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol5/5_SENTIMIENTOS.pdf.
51. Guerrero s, et. al. Experiencia de enfermedad del personal de enfermería [Artículo en internet]. 2014 [Citado 8 Mayo 2017]. Disponible en URL: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000100012
52. Chirico M, et. al. transmision de la tuberculosis en los trabajadores de la salud. medidas de bioseguridad [artículo en internet]. 2015 [citado 8 mayo 2017]. disponible en url: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd49/bioseguridad.pdf>
53. Hernandez M, et. al. Satisfacción laboral del profesional de enfermería en cuatro instituciones de salud [artículo en internet]. 2012 [citado 8 mayo

2017]. disponible en url:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000100002

54. Sifuentes J., Satisfacción laboral en enfermería en una Institución de salud de cuarto nivel de atención. Universidad Nacional de Colombia [tesis]. Bogota, Colombia 2012. [Citado 8 Mayo 2017]. Disponible en:
<http://www.bdigital.unal.edu.co/8907/1/539680.2012.pdf>

55. Sifuentes J., Relación entre el Nivel de Conocimientos y Actitudes sobre la Tuberculosis en el Profesional de Enfermería.. universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo [tesis]. Chiclayo, Perú; 2014. [Citado 8 Mayo 2017]. Disponible en:
http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/461/1/TL_Montalvo_Mera_SharonCatherine.pdf

56. Zuñiga M. Normas de bioseguridad del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Bogota, Colombia 2005. [Citado 8 Mayo 2016]. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071773482005000100008

57. Cássia R et al. Carga horaria de trabajo de los enfermeros y su relación con las reacciones fisiológicas de estrés [Artículo en internet]. 2014 [Citado 8 diciembre 2016]. Disponible en URL:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/es_0104-1169-rlae-22-06-00959.pdf

58. Fuentes L. Enfoque sociopolítico para el control de la tuberculosis en el Perú. Revista Med. Exp. Salud Pública [Artículo en Internet]. 2009 [citado 2015 Marzo 12]; 26. Disponible en URL

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342009000300017&lng=es&nrm

59. Miric M. Las huellas del tabú: Aproximaciones al concepto de estigma Paradigmas Revista Perspectivas Psicológicas [Artículo en internet]. 2012. [citado 2015 Oct. 14]; 1:50-62. Disponible en: <https://www.google.com/search?q=estigma+y+discriminacion+vinculacion+y+demarcacion&ie=utf-8&oe=utf-8>
60. Maza I. Aspectos Sociales de tuberculosis [Artículo en internet]. 2014. [citado 2015 Oct. 14]; 1:50-62. Disponible en: <https://socialestuberculosis.wordpress.com/determinantes-sociales-y-culturales/>
61. Grau C. Fomentar la resiliencia en familias con enfermedades crónicas pediátricas. Revista Española de Discapacidad [Revista en internet]. 2013. V. 1 [Citado 2014 Nov.4];1:195-212. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5569/2340-5104.01.01.10>
62. Milla. J. El secreto profesional en el personal de enfermeira. [tesis]. Complejo Hospitalario. Jaen. Perú; 2013. [Citado 04 mayo 2017]. Disponible en: http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1617/1/TFG_IRENE_MILLA_PEINA_DO.pdf
63. Ministerio de Salud. Control de Infecciones de Tuberculosis en Establecimiento de Salud: Módulo de Capacitación. Lima: Ministerio de Salud; 2005.
64. Pedraza L, García C, Muñoz A. Caracterización de pacientes con tuberculosis y tuberculosis resistente a múltiples medicamentos en instituciones de tercer nivel de Bogotá D.C. Enfermería Global [Revista en internet]. 2012 [citado

- 2015 Oct. 11]; 135. Disponible en: <https://www.google.com/search?q=que+dificulta+el+seguimiento+del++los+pacientes+con+tuberculosis&ie=utf-8&oe=utf-8>
65. Muñoz A, et. Al. Adherencia al tratamiento antituberculoso: Voces de los implicados. Index Enfermería [revista en la Internet]. 2011 [citado 21 febrero 2015]; 20(1-2):66-70. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000100014&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000100014>.
66. Monchón P, Montoya Y. Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de ginecología de una institución II y III nivel de atención. 2009. [Tesis para optar el título de licenciado en enfermería]. Universidad Javeriana, [Tesis en internet]. [Citado 08 diciembre 2016]. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/9730/tesis05-3.pdf;jsessionid=A13FDE7C0F8E70B9D4D9E97264160DA2?sequence=1>
67. Cruz L. Educación para la Salud/Educación Terapéutica Revista Asociación de Enfermería Comunitaria [Artículo en internet]. 2014. [citado 2017 mayo 04]; Disponible en: <http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/951/EPS.%20Educa%20ci%C3%B3n%20Terap%C3%A9utica%20.pdf>.
68. Soto I, Coronel H. Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en centros de salud. Centros de Salud: Flor de Amancaes y San Juan de Amancaes. [tesis]. Chiclayo, Perú; 2015. [Citado 5 mayo 2017]. Disponible en: <file:///C:/Users/MARIA%20ISABEL/Downloads/2536-5733-1-PB.pdf>

69. Garcia M. Trabajar En Equipos Multidisciplinarios [revista en la Internet]. 2011 [citado 21 febrero 2016]; Disponible en: <http://mps1.minproteccionsocial.gov.co/evtmedica/linea8/equipos.html>



ANEXOS
ANEXO 01

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE
ESCUELA POST GRADO
PROGRAMA DE MAESTRIA EN ENFERMERÍA

**ACTITUDES Y PRACTICAS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL
CUIDADO A LOS PACIENTES AFECTADOS CON TUBERCULOSIS EN
EL Clas San Miguel Piura 2016.**

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Iniciales o seudónimo del nombre de la persona:

Edad: _____

Estado civil: _____

Grado: _____

Ocupación: _____

Número de hijos: _____

Experiencia Laboral: _____

Hable de lo que usted considera importante respecto de su vida y que tenga relación con las actitudes y practicas a los pacientes afectados con Tuberculosis en el Clas San Miguel Piura 2016.



ANEXO N°02

TERMINO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Actitudes y prácticas del Personal de enfermería en el cuidado a los pacientes afectados con tuberculosis, es un estudio, que está siendo realizado por el Licenciado en enfermería José Vicitacion Collantes Malaver, bajo la orientación de la Mgtr. Sonia Aleida Rubio Rubio. Los objetivos de la investigación son:

- Conocer las actitudes y prácticas del personal de enfermería frente a los pacientes afectados de tuberculosis en el Clas San Miguel Piura, 2016.
- Analizar las actitudes y prácticas del personal de enfermería frente a los pacientes afectados de tuberculosis en el Clas San Miguel Piura, 2016.

El estudio contribuirá para potenciar Actitudes y prácticas del Personal de enfermería frente a los pacientes afectados con tuberculosis. Para la recolección de la informaciones se realizará una entrevista individual abierta, la cuál será grabada en cinta cassette, a los enfermeros del Clas San miguel de Piura 2016.

Luego las entrevistas serán transcritas en su totalidad para el análisis respectivo.

Al personal de enfermería que desea participar en el estudio, se les garantizará el derecho a la identidad e intimidad; además de esclarecimiento respectivo antes, durante y después del desarrollo de la investigación sobre cualquier duda referente al estudio.

Lic. José Vicitacion Collantes Malaver.

Yo:.....mediante los esclarecimientos arriba citados, acepto participar de la entrevista.

Firma de la entrevistada