

UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**"SIGNIFICADO DE LA EXPERIENCIA DE LAS ENFERMERAS
EN EL CUIDADO A PACIENTES DE LA ESTRATEGIA
SANITARIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL
DE LA TUBERCULOSIS, HUÁNUCO - 2015"**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TESISTAS:

Bach.Enf. Yeny Luz BUENO MARTEL

Bach.Enf. Karina Elizabeth CAMPOS QUICHCA

Bach.Enf. Yaquelin SANTAMARIA PENADILLO

ASESORA: Mg. Teresita Vela López

**HUÁNUCO - PERÚ
2015**



"AÑO DE LA DIVERSIFICACIÓN PRODUCTIVA Y DEL FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACIÓN"
UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
HUANUCO PERU
FACULTAD DE ENFERMERIA

Av. Universitaria Nº 601 - 607 Pabellón 3, 2do.Piso-Cayhuayna -Teléfono 59-1076



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

En la ciudad universitaria de Cayhuayna, a los veintidos días del mes de octubre de 2015, siendo las once horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en los ambientes del Laboratorio de Enfermería de la UNHEVAL, los miembros integrantes del Jurado Calificador, nombrados mediante la Resolución N° 0546-2015-UNHEVAL-D-FEN, para proceder con la evaluación de la Tesis titulada: **SIGNIFICADO DE LA EXPERIENCIA DE LAS ENFERMERAS EN EL CUIDADO A PACIENTES DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS HUÁNUCO - 2015**, de la Bachiller: **Yeny Luz BUENO MARTEL**.

El Jurado Calificador está integrado por las siguientes docentes:

- | | |
|------------------------------------|--------------------|
| • Dra. Rosalinda Ramírez Montaldo | PRESIDENTA |
| • Dra. María Villavicencio Guardia | SECRETARIA |
| • Lic. Enf. Alcira Medina Céspedes | VOCAL |
| • Dra. Marina Llanos Melgarejo | ACCESITARIA |

Finalizado el acto de sustentación, los miembros del jurado procedieron a deliberar y verificar los calificativos, habiéndose obtenido el resultado siguiente: *Aprobada*..... por *unanimidad*....., con el calificativo cuantitativo de *Excelente*..... y cualitativo de *Muy Bueno*....., quedando *Apta*..... para que proceda con los trámites necesarios, con la finalidad de obtener **EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**.

Con lo que se dio por concluido el acto de Sustentación de Tesis, en fe de lo cual firmamos.

R. Ramírez
.....
PRESIDENTE (A)

[Firma]
.....
SECRETARIO (A)

[Firma]
.....
VOCAL

Deficiente (11, 12, 13)
Bueno (14, 15, 16)
Muy Bueno (17, 18)
Excelente (19, 20)



"AÑO DE LA DIVERSIFICACIÓN PRODUCTIVA Y DEL FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACIÓN"
UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
HUANUCO PERU
FACULTAD DE ENFERMERIA

Av. Universitaria N° 601 - 607 Pabellón 3, 2do. Piso-Cayhuayna - Teléfono 59-1076



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

En la ciudad universitaria de Cayhuayna, a los veintidos días del mes de octubre de 2015, siendo las once horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en los ambientes del Laboratorio de Enfermería de la UNHEVAL, los miembros integrantes del Jurado Calificador, nombrados mediante la Resolución N° 0546-2015-UNHEVAL-D-FEN, para proceder con la evaluación de la Tesis titulada: **SIGNIFICADO DE LA EXPERIENCIA DE LAS ENFERMERAS EN EL CUIDADO A PACIENTES DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS HUÁNUCO - 2015**, de la Bachiller: **Karina Elizabeth CAMPOS QUICHCA**.

El Jurado Calificador está integrado por las siguientes docentes:

- | | |
|------------------------------------|--------------------|
| • Dra. Rosalinda Ramírez Montaldo | PRESIDENTA |
| • Dra. María Villavicencio Guardia | SECRETARIA |
| • Lic. Enf. Alcira Medina Céspedes | VOCAL |
| • Dra. Marina Llanos Melgarejo | ACCESITARIA |

Finalizado el acto de sustentación, los miembros del jurado procedieron a deliberar y verificar los calificativos, habiéndose obtenido el resultado siguiente: *..Aprobado..... por unanimidad.....*, con el calificativo cuantitativo de *Dieciocho.....* y cualitativo de *Muy Bueno.....*, quedando *Apta.....* para que proceda con los trámites necesarios, con la finalidad de obtener **EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**.

Con lo que se dio por concluido el acto de Sustentación de Tesis, en fe de lo cual firmamos.

R. Ramírez
.....
PRESIDENTE (A)

[Firma]
.....
SECRETARIO (A)

[Firma]
.....
VOCAL

Deficiente (11, 12, 13)
Bueno (14, 15, 16)
Muy Bueno (17, 18)
Excelente (19, 20)



"AÑO DE LA DIVERSIFICACIÓN PRODUCTIVA Y DEL FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACIÓN"
UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
HUANUCO PERU
FACULTAD DE ENFERMERIA

Av. Universitaria Nº 601 - 607 Pabellón 3, 2da. Piso-Cayhuayna - Teléfono 59-1076



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

En la ciudad universitaria de Cayhuayna, a los veintidos días del mes de octubre de 2015, siendo las once horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en los ambientes del Laboratorio de Enfermería de la UNHEVAL, los miembros integrantes del Jurado Calificador, nombrados mediante la Resolución Nº 0546-2015-UNHEVAL-D-FEN, para proceder con la evaluación de la Tesis titulada: **SIGNIFICADO DE LA EXPERIENCIA DE LAS ENFERMERAS EN EL CUIDADO A PACIENTES DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS HUÁNUCO - 2015**, de la Bachiller: **Yaquelin SANTAMARIA PENADILLO**.

El Jurado Calificador está integrado por las siguientes docentes:

- | | |
|------------------------------------|--------------------|
| • Dra. Rosalinda Ramírez Montaldo | PRESIDENTA |
| • Dra. María Villavicencio Guardia | SECRETARIA |
| • Lic. Enf. Alcira Medina Céspedes | VOCAL |
| • Dra. Marina Llanos Melgarejo | ACCESITARIA |

Finalizado el acto de sustentación, los miembros del jurado procedieron a deliberar y verificar los calificativos, habiéndose obtenido el resultado siguiente: *Aprobada*..... por *unanimidad*..., con el calificativo cuantitativo de *Dieciocho*..... y cualitativo de *Muy Bueno*..., quedando *Apta*..... para que proceda con los trámites necesarios, con la finalidad de obtener **EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**.

Con lo que se dio por concluido el acto de Sustentación de Tesis, en fe de lo cual firmamos.

R. Ramírez
.....
PRESIDENTE (A)

Yaquelin
.....
SECRETARIO (A)

Alcira
.....
VOCAL

Deficiente (11, 12, 13)
Bueno (14, 15, 16)
Muy Bueno (17, 18)
Excelente (19, 20)

ACRÓNIMOS

EESS	: Establecimientos de Salud
ESNPCT	: Estrategia sanitaria nacional de prevención y control de la tuberculosis
OMS	: Organización Mundial de la Salud
OPS	: Organización Panamericana de la salud
TBC	: Tuberculosis
MDR	: Multidrogo Resistente

EPÍGRAFE

"La mayor enfermedad hoy día no es la lepra ni la tuberculosis, sino más bien el sentirse no querido, no cuidado y abandonado por todos"

Teresa de Calcuta (Madre)

DEDICATORIA

A Dios por darme grandes bendiciones, a mi madre por ser la fuente de mi inspiración y a mi abuelita por el apoyo incondicional.

Yeny Luz, Bueno Martel

Al divino por la vida y por derramar sus bendiciones en mí, a mis padres por su cariño y comprensión, y las enfermeras por brindarnos su apoyo.

Yaguelin Santamaría Penadillo

A Dios que me ha dado la vida y fortaleza.

A mis Padres por estar ahí cuando más los necesité.

Karina Elizabeth, Campos Quichea

AGRADECIMIENTO

A Dios, por estar con nosotras en cada paso y, por fortalecer nuestros corazones e iluminar nuestra mente y por haber puesto en nuestro camino a aquellas personas que han sido nuestro soporte y compañía durante todo el periodo de elaboración del trabajo.

A nuestra familia por el esfuerzo realizado por ellos, el apoyo en nuestros estudios, de ser así no hubiese sido posible.

A la Mg. Teresita Vela López y a la Dra. Violeta Rojas Bravo por la dedicación, paciencia, tiempo, apoyo y por compartir su sabiduría.

Un agradecimiento especial a los profesionales de enfermería que trabajan en la ESNCPPT por la colaboración, tiempo y sobre todo por compartir con nosotras sus experiencias y vivencias profesionales.

A los docentes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, que compartieron con nosotras sus conocimientos y por impulsarnos a ser cada día mejor.

Gracias a todos.

RESUMEN

El presente estudio cualitativo titulado "Significado de la experiencia de las enfermeras en el cuidado a pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis Huánuco - 2015" nos planteamos como objetivo general el entender, el modo de sentir y la manera de expresar las emociones, identificar los saberes y el proceso de análisis que refleja el profesional de enfermería durante el cuidado a pacientes con tuberculosis e indagar conductas presentes expresadas ante los estímulos encontrados en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESNPCT), lo cual fue posible lograr con la utilización del enfoque fenomenológico que nos presenta Heideiger y Hursserl.

La muestra estuvo conformada por 6 profesionales de enfermería que trabajan en la ESNPCT, la cual fue obtenida a través del muestreo no probabilístico intencionado hasta lograr la saturación de contenido, según criterio de los investigadores previamente establecidos.

La técnica utilizada para la recolección de datos fue la entrevista a profundidad semiestructurada, con 12 preguntas norteadoras las mismas que por su flexibilidad nos permitió explorar su mundo interno obteniendo de ellos respuestas concernientes al significado de las experiencias de las enfermeras.

PALABRAS CLAVES:

SIGNIFICADO DE EXPERIENCIA DEL CUIDADOR, CUIDADO DE ENFERMERIA, TUBERCULOSIS, ENFOQUE FENOMENOLÓGICO.

ABSTRAC

This qualitative study entitled "Meaning of the experience of nurses in the care to patients of the National Health Strategy for Prevention and Control of Tuberculosis Huánuco - 2015" we set the general objective of understanding, the way people feel and how express emotions, identify knowledge and analysis process that reflects the professional nursing care for patients with tuberculosis and investigate these behaviors expressed to stimuli found in the National Health Strategy for Prevention and Control of Tuberculosis (ESNPCT) which was possible with the use of the phenomenological approach presents Heideiger and Hursserl.

The sample consisted of 6 nurses working in ESNPCT, which was obtained through intentional non-probabilistic sampling to saturation of content, according to criteria previously established researchers.

The technique used for data collection was the semistructured depth interview with 12 directive questions the same as for its flexibility allowed us to explore the inner world of them getting answers concerning the meaning of the experiences of nurses.

ÍNDICE

	PAG.
ACRÓNIMOS	ii
EPIGRAFE	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	vi
ABSTRAC	vii
INDICE	viii

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Situación problemática.....	10
1.2 Pregunta norteadora.....	12
1.3 Relevancia del Estudio.....	12
1.4 Objetivos.....	14
1.5 Categoría de la unidad de análisis.....	15
1.6 Viabilidad y limitaciones.....	17

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del estudio.....	18
2.2 Bases teóricas.....	21
2.3 Bases filosóficas.....	29
2.4 Bases conceptuales.....	31
2.5 Componentes.....	55
2.6 Vivencias.....	57

CAPITULO III**TRAYECTORIA METODOLOGICA**

3.1 Descripción de la trayectoria metodológica.....	58
3.2 Modalidades de la trayectoria fenomenológica.....	59
3.3 Escenarios del estudio.....	62
3.4 Caracterización del participante.....	62
3.5 Técnicas e Instrumentos.....	63
3.6 Plan de recolección de datos.....	63
3.7 Análisis e interpretación de los datos.....	64
4. Consideraciones éticas y rigor científico.....	65

CAPITULO IV**PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RECURSOS**

4.1 Análisis ideográfico.....	66
-------------------------------	----

CAPITULO V**CONSTRUCCION DE RESULTADO**

5.1 Construcción de la estructura del fenómeno situado.....	120
---	-----

CAPITULO VI

APROXIMACIÓN CONCEPTUAL DEL FENÓMENO EN ESTUDIO.....	127
CONCLUSIONES.....	129
RECOMENDACIONES.....	130
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	131
ANEXOS.....	136

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la tuberculosis es la segunda enfermedad mortal infecciosa en el planeta siendo un problema de salud pública, en situación de descontrol epidemiológico, sobre todo en los países de menores recursos económicos, siendo la tuberculosis un problema de salud pública, lo es también de salud ocupacional, entendida ésta como aquella que está directamente relacionada con el trabajo. La enfermera es con frecuencia el primer profesional que hace contacto con personas infectadas, quedando expuesta a desarrollar la enfermedad, el riesgo aumenta cuando existe insuficientes condiciones de protección individual y colectiva.

La tuberculosis figura como enfermedad profesional en la Lista Oficial Española de Enfermedades Profesionales.

Dialogando con nuestros compañeros del quinto año; se interesaban en contarnos la experiencia de sus prácticas realizadas en la ESNPCT de diferentes establecimientos de salud y el impacto que se llevaron por el incremento de esta enfermedad y como la enfermera brinda sus cuidados a estos pacientes, aun poniendo en riesgo su salud nunca pensé que entre mis familiares uno de ellos trabajaría en esta estrategia contra la tuberculosis es realmente impactante todo lo que siente:

Al respecto menciona el profesional de enfermería...“mmm...haber durante el tiempo que yo trabaje en ESNPCT tuve la experiencia de tener contacto

directo con estos pacientes adultos, adultos jóvenes mmm... adolescentes e incluso algunos niños !!...era muy triste ver a estos pacientes y a su familia por el sufrimiento que están pasando e incluso algunos pacientitos son abandonados por sus familiares. Es un sentimiento desagradable inexplicable más allá de la tristeza causada; en, realidad mi temor era ser yo un medio de transmisión a mis hermanas y luego verlos en las mismas circunstancias que mis pacientes y eso me apenaba mucho porque hay personas que hasta quieren quitarse la vida”.

Sumado a eso en nuestras prácticas de la carrera de enfermería, hemos vivenciado situaciones que han impactado nuestra forma de pensar y ver nuestra realidad de forma particular en el cuidado a los pacientes con tuberculosis

Esta enfermedad pone en riesgo la salud de muchas personas principalmente la del personal de enfermería y personas que viven al contorno de ellos; el saber que nos encontramos frente a este tipo de pacientes inmediatamente nos causa miedo y tratamos de protegernos con las medidas de bioseguridad y pues si éstas no están a nuestro alcance tratamos de alejarnos o de no estar cerca de ellos, para que no respiren cerca de nosotros e incluso hacemos en lo posible de ir bien alimentados a las prácticas, es solo nuestro instinto que nos lleva a realizar todo este tipo de acciones.

En los pacientes con Tuberculosis (TB) el padecer esta enfermedad, les afecta en lo psicológico, emocional y conductual, decimos esto porque ellos se sienten menos que los demás ya que tienen la autoestima baja, esto les llena los sentimientos de rencor ,cólera y deseo de venganza ante su entorno, ellos dicen “ *porque a mí me tiene que pasar esto, porque yo soy quien tiene que sufrir esta enfermedad y porque no las demás personas*”, esos pensamientos hacen

que ellos practiquen conductas egoístas y no encuentran sentido a su vida. Estas personas sienten vergüenza por la enfermedad que padecen lo cual implica un rechazo por parte de la sociedad.

“También para los profesionales de salud, sobretodo enfermeras, el riesgo de tuberculosis laboral debe ser considerado. Con la expansión de la estrategia DOTS (Directly Observed Treatment Short Course), la enfermera es con frecuencia el primer profesional que hace contacto con personas infectadas”¹

1.2 PREGUNTA NORTEADORA: *¿Cuál es el significado de la experiencia de las enfermeras en el cuidado a pacientes de la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de la tuberculosis?*

1.3 RELEVANCIA DEL ESTUDIO

Actualmente, la tuberculosis mata cerca de 3 millones de personas cada año, a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los últimos años se ha recibido la dolorosa carga de 35,000 casos nuevos por año, concentrándose en Lima y Callao el 58% de los casos.²

Cada año se registran 220 000 nuevos casos de tuberculosis en la Región de las Américas y mueren más de 50 000 personas a consecuencia de esta enfermedad. Uno de los aspectos más importantes y fascinantes en relación a la tuberculosis, es que es una enfermedad 100% curable y prevenible, sin embargo se ha convertido en la infección trasmisible más importante en los seres humanos.³

La TB se considera como la segunda prioridad de salud pública, registrando un portador por cada tres personas; nuestro país es el 2do con más carga de tuberculosis se observa también que en el año 2010 se notificó 31.000 casos que representa el 12% de la carga total de América, ocupando así Perú el 5to lugar de incidencia más alta 106 por 100.000 después de Haití, Surinam, Bolivia y Guyana.⁴

Actualmente la tuberculosis es de alta incidencia en países en vías de desarrollo ya que estos países están estrechamente vinculados con la pobreza, hacinamiento, desnutrición y hambre. Alrededor de 12 mil profesionales de la salud se contagian anualmente de tuberculosis debido a la falta de bioseguridad, equipamiento y adecuada infraestructura en los diferentes establecimientos a nivel nacional. Hablamos entonces que miles de enfermeras y enfermeros se encuentran constantemente en peligro de contraer esta peligrosa enfermedad que afecta a cerca de 300 mil peruanos.⁵

En otros países la cantidad de profesionales de la salud que han sido contagiados de tuberculosis no pasan del 0,05% y en nuestro país es de 4%. Es de gran importancia saber que los profesionales que están involucrados directamente con este proceso no solamente requieren de capacitación e idoneidad sino también requieren de motivación y compromiso para enfrentar esta triste y peligrosa realidad donde arriesgan su salud e incluso hasta su vida.

La incidencia es muy alarmante nos causa temor e impotencia, en nosotros como estudiantes de salud. Nuestra preocupación y temor ahora, no solo es la gran cantidad de personas con TB sino que estos bacilos se están convirtiendo en multidrogo resistentes, por lo cual el tratamiento va a ser más prolongado y por lo tanto se va a incrementar el riesgo de contagio en el personal de enfermería.

Existen diversas razones para que los profesionales de enfermería, no estén ajenas a la probabilidad de contagiarse porque sabemos que están involucrados con el paciente directamente; por lo tanto queremos comprender el significado de su carrera en la ESNPCT.

A pesar de la incomodidad, pena e impotencia asociado a nuestro rol del cuidado a pacientes con tuberculosis, es una satisfacción personal y profesional realizar este tipo de trabajo para el apoyo en el quehacer de enfermería y la motivación laboral, entendiendo la complejidad subjetiva de cómo piensa y actúa el profesional de enfermería. A través de esta investigación propondremos estrategias de mejora en la calidad de vida del profesional y del paciente.

1.4 OBJETIVOS:

OBJETIVOS GENERALES:

Comprender el significado de la experiencia de las enfermeras en el cuidado a pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de prevención y control de la Tuberculosis en Huánuco - 2015.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- ✓ Identificar los saberes y el proceso de análisis que reflejan las enfermeras durante el cuidado a pacientes en la ESNPCT.
- ✓ Entender el modo de sentir y la manera de expresar las emociones de las enfermeras durante el cuidado a pacientes en la ESNPCT.
- ✓ Indagar conductas presentes en la enfermera, expresados ante estímulos durante el cuidado a pacientes en la ESNPCT.

1.5 CATEGORIZACIÓN DE LA UNIDAD DE ANÁLISIS:

DIMENSIONES:

Se dimensiona en componente cognoscitivo, componente afectivo y componente conductual.

- **Componente Cognoscitivo:** “Un conjunto de categorías que los seres humanos utilizan para dar nombre a todos los estímulos.”

“Implica las creencias que tenemos acerca del objeto de nuestra actitud; en otras palabras, conjunto de creencias que una persona tiene sobre algo”⁶

- **Componente Afectivo:** “Consiste en las emociones positivas o negativas acerca de algo, de una situación o de una persona. Es el componente más profundo y el más resistente al cambio.”⁷

- **Componente Conductual:** “Acción manifiesta de un individuo, cuya base es una actitud, incluyendo el acto o la conducta que se dedicará a un individuo, en presencia de ciertos estímulos”⁸

“Consiste en la predisposición o intención para actuar en forma específica como consecuencia de su sentir hacia la persona, objeto o situación.”⁹

CATEGORIA DE ANALISIS	UNIDAD DE ANALISIS	PREGUNTAS
COMPONENTE COGNOSCITIVO	CREENCIAS	¿Qué piensas de los pacientes con TBC?
		¿Tenías algún pensamiento antes de entrar a trabajar en la ESNPCT? ¿Por qué?
		¿Crees que tu salud biopsicosocial se puede ver afectada por trabajar en la ESNPCT? ¿Por qué? ¿Qué te produce pensar la probabilidad de contagiarte y contagiar a tu familia?
		¿Crees que puedes adquirir la enfermedad al momento de brindar cuidado a un paciente con TBC? ¿Por qué?
COMPONENTE AFECTIVO	SENTIMIENTOS	¿Sientes alguna satisfacción al brindar cuidado a los pacientes con TBC?
		¿Qué sentimientos positivos has experimentado últimamente en el cuidado a pacientes con TBC? ¿Por qué motivo? ¿Cuáles son?
	EMOCIÓN	¿Qué sentimientos negativos has experimentado últimamente en el cuidado a pacientes con TBC? ¿Por qué motivo? ¿Cuáles son?
		¿Qué te motiva trabajar en la ESNPCT? ¿Tus funciones de enfermería? ¿Su problema? ¿El horario de trabajo ¿Qué experiencias emotivas has vivenciado durante el cuidado al paciente con TB?
COMPONENTE CONDUCTUAL	ESTIMULOS	¿Por qué trabajas en esta ESNPCT? ¿Si tuvieras la oportunidad de elegir otro programa o estrategia lo harías? ¿Por qué?

1.6 VIABILIDAD Y LIMITACIONES:

La información se obtuvo a través de las experiencias y testimonios que compartieron con nosotros un familiar que laboró en la ESNPCT y compañeros del 5to año que realizaron sus prácticas clínicas en dicha estrategia, como también recolectamos la información mediante libros, revistas científicas, artículos de investigación cualitativa, páginas de internet.

Una gran limitación fue la falta de información de las fuentes bibliográficas, antecedentes de trabajos de investigación internacional, nacional y regional sobre el tema a investigar.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

internacionales.

Montse Piorno Hernández España 2012. Con la investigación que tituló "Estilos de afrontamiento al conflicto para la eficiencia organizativa en equipos de enfermería de atención primaria". Cuyo objetivo es Identificar el estilo de afrontamiento ante conflictos interpersonales que tienen las enfermeras de Atención Primaria del área sanitaria de Litoral Mar de Barcelona y su relación con el grado de satisfacción laboral y repercusión en la productividad. El diseño de investigación que empleo fue descriptivo correlacional, de corte transversal, con abordaje cuantitativo

Bravo Urbina Paula Santiago de Chile 2011. Con la investigación que tituló "Estudio psicológico y de las variables de Clima Laboral, Calidad de Trato, Satisfacción Subjetiva, Niveles de Estrés y Depresión, en el personal de Enfermería de la Unidad de Tratamiento Intensivo Quirúrgico del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile." Cuyo objetivo es Diseñar, aplicar y evaluar un programa de entrenamiento cognitivo-conductual para aumentar la satisfacción subjetiva, disminuir el estrés general y los síntomas depresivos del equipo de Enfermería de la Unidad de Tratamiento Intensivo Quirúrgico del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile. El diseño de investigación que empleo fue un estudio de tipo cuasi-experimental. Tuvo como muestra 10 enfermeras. Los resultados muestran que existe abundante evidencia empírica, que señala que las profesiones asistenciales están expuestas constantemente a situaciones estresantes olvidando así las

necesidades afectivas y psicológicas de los usuarios y de su personal. Este sistema de salud, como pudimos vivenciarlo, sin darse cuenta cierra la posibilidad de su propio progreso

Herrera Cué Olivia, México 2007. Con la investigación que tituló "Cuidados de enfermería a pacientes con tuberculosis pulmonar": Cuyo objetivo es describir los cuidados que brinda el personal de enfermería a los pacientes adultos con Tuberculosis pulmonar El diseño de investigación que empleo fue de tipo descriptivo.

Nacionales

Curasma Taype Silvia, Lima- Perú, 2009. Con la investigación que tituló "Conocimientos sobre tuberculosis multidrogo resistente de pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional de PCT del CS Madre Teresa de Calcuta". Cuyo objetivo es determinar el Nivel de conocimiento sobre Tuberculosis Multidrogorresistente de los pacientes que asisten a la ESN-PCT El diseño empleado fue un estudio cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por todos los pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis (ESN-PCT) del CS "Madre Teresa de Calcuta". Los resultados fueron que el nivel de conocimientos que predomina en los pacientes que asisten a la ESN-PCT del CS "Madre Teresa de Calcuta" es el nivel medio.

Laurente Jonny, Remuzgo Fany, Gallardo Jorge y Taype Lizbeth, Lima-Perú 2010, realizaron un estudio de investigación que lo titularon "Conocimientos y actitudes acerca de la transmisión y prevención de la tuberculosis en pacientes con tuberculosis MDR". Cuyo objetivo de dicha investigación es describir el nivel de conocimiento y actitudes acerca de la transmisión y prevención de la tuberculosis en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR), compararlo por sexo, grado de instrucción y especificar las fuentes principales de información acerca de la tuberculosis. El diseño de investigación empleado es un estudio observacional de corte transversal. La muestra fue conformada por

70 pacientes con diagnóstico de TBMDR en tratamiento durante el año 2009, pertenecientes a cinco centros de salud de la DISA V Lima-Ciudad. Los resultados muestran que el 82.9% de los pacientes obtuvo un conocimiento adecuado sobre la transmisión de la tuberculosis, el 51.4% obtuvo un conocimiento adecuado sobre las medidas preventivas y el 60% fue catalogado con una actitud adecuada con respecto a su enfermedad. La distribución por sexo y grado de instrucción no fue significativa en ninguna de las categorías de conocimiento y actitudes ($p>0.05$).

Regionales

Cierzo Rimas, Cueliar Llanos y Hernández Esteban Huánuco 2008, realizaron un estudio de investigación que lo titularon "Factores sociodemográficos y culturales que influyen en el incumplimiento terapéutico en pacientes con tuberculosis pulmonar mayores de 15 años centro de salud Carlos Showing Ferrari Amarilis-Huánuco 2008. Cuyo objetivo es determinar los factores sociodemográficos y culturales que influyen en el incumplimiento terapéutico de los pacientes con tuberculosis pulmonar mayores de 15 años. El diseño empleado fue un estudio descriptivo de relación con 20 pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis, se utilizaron encuesta y una ficha clínica para establecer los factores y la inasistencia al tratamiento. Los resultados muestran que identificaron como factores de riesgo significativos estadísticamente para la inasistencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar el grado de instrucción bajo, la ocupación, la sobrecarga familiar, la pobreza, la asignación de toxicidad a tratamiento, el incumplimiento del horario y el desconocimiento de la reacción.

Girón Gálvez, Enciso Alvarado, Linder Gómez. Realizaron un estudio de investigación que lo titularon “La tuberculosis pulmonar y calidad de vida de los pacientes que reciben tratamiento en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano y el centro de salud Carlos Showing Ferrari – Huánuco 2012”. Objetivo. Determinar la calidad de vida de pacientes que reciben tratamiento para la tuberculosis pulmonar “Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano” de Huánuco y el centro de salud “Carlos Showing Ferrari” de Amarilis 2012. Tipo de estudio: descriptivo - prospectivo – transversal. Se trabajó con 2 muestras comparativas de 20 pacientes con tuberculosis pulmonar que reciben tratamiento en el “Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano” y 20 pacientes en el centro de salud “Carlos Showing Ferrari”. Para la recolección de datos se utilizó como instrumento una guía de entrevista de los cuales se llegaron a las siguientes conclusiones: un promedio de 60% de pacientes que reciben tratamiento de tuberculosis pulmonar en el “Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano” estudiados presentaron inadecuada calidad de vida en comparación del 75% de pacientes del centro de salud “Carlos Showing Ferrari” que presentaron una adecuada calidad de vida. Llegando a obtener un resultado de $p: 0.05=3.54 < 7.52$ afirmación H_1 .

2.2 BASES TEORICAS

2.2.1 Investigación cualitativa en enfermería

2.2.1.1 Teoría del cuidado humanizado: Jean Watson

Watson define la enfermería como ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud – enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética. Las metas de la enfermería están asociadas con el crecimiento espiritual de las personas, el cual surge de la interacción, la

búsqueda del significado de las experiencias de cada uno, el descubrimiento del poder interno, la trascendencia y la autocuración.

La enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonales. *“Para Watson la enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta”.*¹⁰

2.2.1.2 Teoría del cuidado: perspectiva de Regina Vera Waldow

Cuidado ético: Es aquel en que la acción es realizada en el sentido de hacer lo que es moralmente correcto. De esta forma la acción no es un acto natural.

Cuidado natural: es una forma de relacionamiento en el cual responde el ser independiente de amor o inclinación natural, un impulso en el sentido de ayudar a otra persona (NODDINGS, 1984; In: Waldow, 1998).

Además el cuidado humano surge como una necesidad de cambio ideológico, político-social y cultural. Así se percibe el Cuidado Humano como una actitud ética en que seres humanos perciben y reconocen los derechos de unos y otros. Personas que se relacionan en una forma de promover el crecimiento y el bienestar de otras. (Mota&Lopes)

El cuidado humano; enfocado en la ética, se entiende como una forma de vivir en que seres humanos armonizan sus deseos de bienestar propio y en relación con el bienestar de los otros. Se debe incluir a la sociedad, el medio ambiente y la naturaleza.¹¹

Enfermería y el cuidado:

En la relación enfermería/mujer/cuidado, el papel de la enfermería, como madre, nutridora y educadora, se amplía para el cuidado de enfermos, viejos, y

necesitados. Eventualmente, el cuidado comprendería o incluiría también el sentido de la afección, preocupación, así como el de responsabilidad por las personas necesitadas. El cuidado nace de un interés, de una responsabilidad, de una preocupación, de un afecto, en general implícitamente incluye la solidaridad y el educar, que por su vez, implica en ayudar y crecer. (Donahue ,1985).¹²

Viendo amenazada la seguridad por enfermedad, la cuidadora (papel atribuido a la mujer) se dedica a proveer, además de la atención y afecto, el confort y demás actividades que posibilitan el bienestar, la restauración del cuerpo, alma dignidad.

Otro factor relacionado a la forma de como el cuidado es enseñado y desarrollado en la práctica de campo con énfasis en la técnica, es decir intervenciones de enfermería, que en un último análisis, dependen de una prescripción médica y cuyo objetivo es el tratamiento de una enfermedad.

Estudios de Almeida (1986) caracterizan la práctica profesional de Enfermería en tres fases de desarrollo en conexión con el cuidado: Técnicas de Enfermería, Principios Científicos y Teorías de Enfermería.

1. *Técnicas de Enfermería-Cuidados de Enfermería*: Consisten en la descripción del procedimiento, paso a paso y la relación de material a ser usado. La habilidad manual, capacidad de memorización, la postura y la mecánica corporal en la realización eran imprescindibles, además del capricho, organización y perfección.
2. *Introducción de los principios científicos* que eran guías de las acciones de enfermería. Prevaleció el énfasis en el aspecto biológico con la preocupación de introducir algunos aspectos psicosociales. Los principios de anatomía y fisiología eran los más frecuentes, seguidos de los principios de microbiología, de física y de química. Los principios psicológicos y sociales eran generales, impersonales y vagos pues dependían de la situación específica y de la individualidad de la

clientela. Para Almeida: “el saber de enfermería, al mismo tiempo que se quiere tornar científico, busca esa científicidad en la aproximación con el saber de la medicina, consecuentemente con su autoridad”.

3. *Teorías de Enfermería*: Parece que la actual fase, por la que pasa la enfermería es justamente la de discutir y cuestionar su conocimiento. Las influencias político, sociales y económicas, la propia historia de la enfermería y de sus prácticas de cuidar, y su interrelación con la categoría género son actualmente el foco de sus discusiones. Es una fase revolucionaria. Teoristas y estudiosos tengan acompañar los cambios sociales y las tendencias del mundo contemporáneo y de las ideas del póst-modernismo.

Los cuestionamientos, discusiones y análisis por que pasa la Enfermería actualmente deberán resultar en una maduración de la profesión. Las investigaciones han sufrido un incremento, lo que ciertamente contribuye para el avance del conocimiento.

2.2.1.2 Teoría modelo “Proceso de Afrontamiento y Adaptación”: Sor Callista Roy

El modelo de Roy es determinado como una teoría de sistemas con un análisis significativo de las interacciones. Contiene cinco elementos esenciales: paciente, meta de la enfermería, salud, entorno y dirección de las actividades. Los sistemas, los mecanismos de afrontamiento y los modos de adaptación son utilizados para tratar estos elementos. La capacidad para la adaptación depende de los estímulos a que está expuesto y su nivel de adaptación y este a la vez depende de tres clases de estímulos:

- 1) **Focales**, los que enfrenta de manera inmediata.
- 2) **Contextuales**, que son todos los demás estímulos presentes.

3) **Residuales**, los que la persona ha experimentado en el pasado.

Considera que las personas tienen cuatro modos o métodos de adaptación: Fisiológica, autoconcepto, desempeño de funciones, y relaciones de interdependencia. El resultado final más conveniente es un estado en el cual las condiciones facilitan la consecución de las metas personales, incluyendo supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.

La intervención de enfermería implica aumento, disminución o mantenimiento de los estímulos focales, contextuales, y residuales de manera que el paciente pueda enfrentarse a ellos. Roy subraya que en su intervención, la enfermera debe estar siempre consciente de la responsabilidad activa que tiene el paciente de participar en su propia atención cuando es capaz de hacerlo. Este modelo proporciona un sistema de clasificación de los productores de tensión que suelen afectar la adaptación, así como un sistema para clasificar las valoraciones de enfermería.

Roy define la salud como un proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total; también la considera como la meta de la conducta de una persona y la capacidad de la persona para ser un órgano adaptativo.

El objetivo del modelo es facilitar la adaptación de la persona mediante el fortalecimiento de los mecanismos de afrontamiento y modos de adaptación.

El cuidado de enfermería es requerido cuando la persona gasta más energía en el afrontamiento dejando muy poca energía para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio. Incluye valoración, diagnóstico, establecimiento de metas, intervención y evaluación.

El modelo se basa también en la observación y su experiencia con niños, acabando éste en un proceso realizado por inducción.

Roy en su modelo de Adaptación define proceso de afrontamiento "*Como modos innatos o adquiridos de actuar ante los cambios producidos por el entorno*"¹³

SUPUESTOS PRINCIPALES

Elabora sus supuestos a partir de la teoría de sistemas y de la teoría del nivel de adaptación de Helson y de los supuestos filosóficos a partir de los valores humanísticos.

ENFERMERIA

Se define en términos generales como "un sistema de conocimiento teórico que ordena un proceso de análisis y actividad relacionado con la asistencia de la persona enferma o potencialmente enferma".

Roy diferencia la enfermería como ciencia de la enfermería disciplina profesional. La **ciencia** "es un sistema de conocimiento en desarrollo acerca de las personas, que observa, clasifica y relaciona los procesos por medio de los cuales las personas afectan positivamente su estado de salud". La **disciplina profesional** es "el cuerpo de conocimiento científico acerca de la enfermería, utilizado con el propósito de proporcionar un servicio esencial a la gente, es decir, de promover la capacidad de afectar positivamente la salud".

PERSONA

Una persona es un "ser biopsicosocial en constante interacción con un entorno cambiante". Roy definió a la persona, el receptor de la asistencia de enfermería, como un sistema vivo, complejo, adaptativo, con procesos internos (el subsistema cognitivo y el regulador) que actúan para mantener la adaptación en los cuatro modos de adaptación (necesidades fisiológicas, autoconcepto, rol e interdependencia). La persona, como sistema vivo, es "una totalidad constituida por partes o subsistemas que funcionan como una unidad con algún objetivo".

SALUD

La salud es "un estado y un proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total.

La pérdida de la integración representa la pérdida de la salud"

Roy extrae esta definición a partir del razonamiento de que la adaptación es un esta integridad lleva implícito un estado intacto que conduce a la totalidad o a la unidad.

ENTORNO

El entorno está constituido por "todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y comportamiento de las personas o de los grupos". El entorno es la información que entra en la persona como sistema adaptativo que conlleva factores internos y externos. Cualquier modificación del entorno exige aumentar la energía para adaptarse a la situación.¹⁴

2.2.1.3. Teoría del afrontamiento social

El afrontamiento es un tipo de respuesta multidimensional y dinámica que se genera ante una situación que se percibe como estresante. Las respuestas ante el estrés son fruto de una interacción, que es continua, entre cada persona y su medio. En dicha interacción cada situación será percibida como estresante o no por el individuo en función de diferentes factores psíquicos del mismo más que de las características objetivas del suceso ¹⁵

Afrontamiento Orientado al Problema y Orientado a la Emoción

Los autores establecen una clara diferencia entre el afrontamiento "dirigido a manipular o alterar el problema" y aquel afrontamiento enfocado a "regular la respuesta emocional a que el problema da lugar", estas dos funciones de afrontamiento han sido denominadas afrontamiento dirigido al problema y

afrontamiento dirigido a la emoción, respectivamente (Lazarus y Folkman, 1986, p. 172).

En esta medida, es pertinente indicar que “las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen mayor probabilidad de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno, mientras que las formas de afrontamiento dirigidas al problema, son más susceptibles de aparecer cuando tales condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio” (Lazarus y Folkman, 1986, p. 173).

Al hacer referencia al afrontamiento dirigido al problema, Kahn (1964) citado por Lazarus y Folkman (1986), propone dos grupos básicos de estrategias que componen esta, las referidas al entorno y las referidas al sujeto, dentro del primer grupo se sitúan aquellas “estrategias dirigidas a modificar presiones ambientales, los obstáculos, los recursos, los procedimientos, etc.”, mientras que en el segundo grupo se ubican las estrategias encargadas de los cambios motivacionales o cognitivos, por ej.: la variación en el nivel de aspiraciones, la búsqueda de diferentes medios de gratificación, el desarrollo de nuevas pautas de conducta, o el aprendizaje de nuevos recursos y procedimientos (Lazarus y Folkman, 1986, p. 175).

El afrontamiento orientado a la emoción, “involucra esfuerzos para regular emociones generadas por la situación estresante”, se constituye por procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional y a su vez incluye “Estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos” (Lazarus y Folkman, 1986, p. 173).

Estas se emplean con el fin de ayudar a conservar la esperanza y el optimismo, para negar tanto el evento como su alcance, para no tener que aceptar lo peor y para actuar como si lo ocurrido no fuese relevante; por tanto, están “Designadas para hacer más soportable la vida evitando las relaciones que podrían resultar desbordantes si se afrontaran directamente” (Lazarus y Folkman, 1986, p. 177).

2.3 BASES FILOSÓFICAS

2.3.1 Teoría del epojé de Husserl

La filosofía de Husserl comprende un lenguaje ordinario desde una perspectiva teórica, es decir: fenomenología, el cual consiste en entender y hablar de una realidad desde la experiencia de la realidad, en otras palabras de la ruptura con la vida ordinaria o lo que se denomina conducta natural para enfocarse a una conducta filosófica, teniendo en cuenta que la fenomenología busca realizar alteraciones o cambios, es decir que los resultados de una actitud natural u ordinaria sea el punto de partida hacia una actitud fenomenológica a través del epojé que viene a ser todo juicio emitido sobre una existencia.

Cuando se señala a la conducta natural hace informe a la actitud con la que vivimos cotidianamente en relación con el mundo, una visión de diversos modos de percepción e intelectualidad sin preocuparse por la crítica o juicio del conocimiento a lo contrario que sucede cuando se menciona sobre la conducta filosófica o también denominada actitud trascendental debido a que ésta busca una conciencia más allá de lo natural, para alcanzar una auto interpretación a través de la intencionalidad la cual busca la esencia de aquello que afecta y despierta interés por conocer por parte del sujeto, es decir que la actitud natural que posee el sujeto se modifique y experimente una nueva forma de mirar y conocer el mundo con un deseo intencional para comprender sus significados y

de esta manera reflexionar sobre si mismo haciendo pleno uso de un pensamiento racional y analítico.

Entonces la actitud filosófica que busca justificar la actitud natural motiva a ser dueños del pensamiento y así de esta manera establecernos en el mundo cuando lo interpretemos con un sentido que vea la realidad inmediata no percibida por los sentidos de un visión particular a una universal, vivir despierto con una plena conciencia de pensar por encima del ser natural con búsqueda de conocimiento que pueda dar sentido, esencia y razón de las cosas del mundo. Para Husserl solamente serían fenomenólogos quienes aceptasen como punto de partida las vivencias intencionales de la conciencia y el método de la reducción fenomenológica en sentido estricto. Toda conciencia es conciencia de algo, y a todo *noema* corresponde una noesis (un acto de conocimiento). Todas las "vivencias" trascendentalmente purificadas son irrealidades, exentas de toda inserción en el mundo real. Estas irrealidades son, justo, lo que estudia la fenomenología, pero no como entidades singulares, sino en su esencia.¹⁶

2.3.2 Teoría de la fenomenología Heideggeriana

Martin Heidegger, uno de los más destacados representantes, se trata de un filósofo alemán, discípulo de Husserl, que le dio una modulación al tema del hombre inaugurando una corriente que va más allá de los alcances que se quería imponer: el existencialismo. Heidegger puso en marcha la fenomenología de Husserl, dotándole de vigor a través de su matriz marcadamente ontológico (su mayor preocupación es dilucidar el problema del ser), para lo cual enfoca su atención en la descripción de la experiencia humana a través de sus "vivencias".

Para Heidegger la fenomenología es la ciencia del ser de los entes por lo cual la ontología fenomenología del ser – ahí (del ser humano) será hermenéutica

en la significación primitiva de la palabra, que designa del arte de la interpretación a fin de entender el ser (lo que en esencia son) de los ente.¹⁷

El existencialismo es una corriente filosófica que da a la existencia la supremacía o prioridad sobre la esencia, lo que permitirá entender el modo como se constituye nuestra experiencia del ser.

Heidegger denomina al hombre "Ser – ahí" o "Ser – en" (Dasein). El hombre siempre está en relación con el mundo, por el simple hecho de ser hombre es ser-en-el-mundo, esto es algo inseparable. Que es el mundo, que es el ser, ideas filosóficas; pues desde siempre el ser existente forma parte de un mundo. El hombre o Dasein es arrojado al mundo y en esta condición de libertad tiene la posibilidad de crearse así mismo. Por ello el hombre en continua elección, no está completo como los otros seres y nunca llega completarse, ya que su plenitud sería la muerte, sin embargo cuando el hombre muere ya no es, es decir, no alcanza a ser consciente de esa plenitud.

Los seres humanos tenemos un mundo, estar en el mundo es existir, habitar o vivir en el mundo, ser mundo es nuestra forma básica de ser. Nuestro mundo está lleno de actividades prácticas como lenguaje, cultura que constituye nuestro ser. Estar en el mundo no es solamente estar en él y relacionarse con los objetos, es igualmente relacionarse con otros hombres, es coexistir. "no estamos pasivamente en el mundo, sino de manera activa y creadora, trascendente siempre hacia "lo otro" (el ser en sí) que no es la conciencia.

2.4 BASES CONCEPTUALES

2.4.1 Tuberculosis Pulmonar

La tuberculosis es una infección bacteriana contagiosa, crónica y recurrente causada por el *Mycobacterium tuberculosis* (Tb) que afecta

principalmente al parénquima pulmonar. También puede ser transmitida a otras partes del cuerpo, incluyendo meninges, riñones, huesos y ganglios linfáticos.¹⁴

Factores de riesgo de la tuberculosis pulmonar

Factores de riesgo de la tuberculosis pulmonar vinculados con los antecedentes patológicos personales:

- Desnutrición.
- Convivencia con casos de tuberculosis.
- Diabéticos.
- Bronquitis crónica.

Factores de riesgos de la tuberculosis pulmonar vinculados con el nivel socioeconómico:

- Nivel de escolaridad bajo.
- Condiciones inadecuadas de la vivienda.
- Per cápita familiar bajo.

Factores de riesgo de la tuberculosis pulmonar vinculados con el estilo de vida:

- Hábito de fumar.
- Ingestión de drogas.
- Ingestión de medicamentos (corticoides).

Pobreza:

La pobreza cada vez más acusada y la falta de viviendas dignas en los núcleos urbanos también se asocian a esta nueva aparición de la tuberculosis.

Tabaquismo:

El artículo de la Dra. Altet. Es un magnífico estudio prospectivo, de cohortes, nada menos que sobre 6.787 individuos, sobre una población de

funcionarios de enseñanza, en el que se analiza este binomio tuberculosis-tabaquismo; permitiéndonos tomar conciencia sobre este problema.

En él nos demuestra, sobre 1.876 fumadores (27,6% de la muestra) que, éstos tienen una mayor prevalencia de infección tuberculosa y que ésta aumenta con el mayor consumo diario de cigarrillos; independientemente de la influencia de otros factores como son la edad, el sexo, un contagio conocido, etc. Además con un riesgo 38,8% veces mayor de estar infectado por TBC que los no fumadores y que a mayor consumo diario de cigarrillos mayor es la prevalencia. En un trabajo previo del mismo grupo, ya demuestran los autores que el fumar es un factor de riesgo para desarrollar tuberculosis, con una relación directa con el número de cigarrillos al día.¹⁸

Alcoholismo:

Los clínicos señalan con frecuencia una asociación entre el consumo de alcohol y la incidencia de la tuberculosis. Debido a los mecanismos inmunitarios que son afectados por el alcohol son también aquellos que son esenciales para la resistencia a la tuberculosis el consumo de alcohol puede en realidad aumentar el riesgo de tuberculosis.

Drogadicción:

Reichman y colaboradores postularon un riesgo de enfermedad tuberculosa consecutiva a una infección, más elevado en drogadictos por vía endovenosa en comparación con los no drogadictos debido a la inmunodepresión secundaria a la cocaína y/o crack.

Malnutrición:

El efecto adverso de la malnutrición sobre el sistema inmunitario es una noción generalmente aceptada. En Alemania la mortalidad por Tuberculosis aumento rápidamente durante la Primera Guerra Mundial, disminuyendo al

terminar y resurgió en el periodo de inflación monetaria que se acompañó de severas restricciones alimentarias.

Ambientes laborales inadecuados:

De acuerdo con la organización mundial de la salud entre el 60 al 70% de todos los hombres adultos y entre el 30 al 60% de las mujeres adultas están fuera de su hogar. El lugar de trabajo aún en sociedades relativamente modernas puede ser potencialmente peligroso para la salud humana. Los riesgos ambientales también contribuyen al resurgimiento de las enfermedades infecciosas y acarreadas por portadores tal es el ejemplo de la tuberculosis la cual es causada por una bacteria que se transmite de persona a persona cuyas tasas de infección a menudo se ven elevadas en ambientes donde existe deficiencias higiénicas sanitarias, tales como ventilación inadecuada, hacinamiento, humedad, pobre iluminación, así como jornadas extenuantes y prolongadas de trabajo.

infección por VIH:

Entre los factores de riesgo de enfermarse de Tuberculosis, merece un comentario destacado la infección por VIH, pues las personas con infección por VIH mueren de Tuberculosis más que de cualquier otra causa. En Estados Unidos entre el 10 y el 46 % de los pacientes con Tuberculosis se ha demostrado simultaneidad de agentes y en algunos estudios de otros países hasta un 66 %.

Aspecto genético:

Los aspectos genéticos pueden influir en la susceptibilidad a la Tuberculosis, de hecho han sido identificados genes determinantes de susceptibilidad a la enfermedad. La biología molecular puede ofrecer técnicas para investigar la estructura primaria y la secuencia de aminoácidos del bacilo tuberculoso, así como los genes bacterianos que determinan su agresividad y

sus mecanismos de resistencia a los medicamentos; sin embargo, la detección y el tratamiento (indicación y adherencia terapéuticas) precoces y adecuados, representan la garantía de la interrupción del proceso de enfermedad y de evitar las resistencias.¹⁹

Etiopatogenia

Después de decenios de falta relativa de interés, los instrumentos actuales de la genética molecular y de la inmunología celular se están aplicando a ritmo precipitado para el estudio de la patogénesis de la tuberculosis y las bases de la reacción inmunológica protectora. Este renacimiento de la investigación de la tuberculosis será un enorme refuerzo para la comprensión básica del proceso patológico. Es seguro que de este campo nacerán nuevos criterios para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis.

La infección inicial por el bacilo de la tuberculosis se transmite por el aire, como *Mycobacterium tuberculosis* no contiene enzimas que le permitan penetrar por el moco, los microorganismos deben encontrarse en partículas de tamaño suficientemente pequeño (menos de 5 μ m), para penetrar en la zona alveolar, sitio en el que no hay moco. Aunque no se conoce la dosis infecciosa mínima de *M. tuberculosis* para el hombre, en conejos y cobayos, puede bastar con uno a tres microorganismos. Estos primeros microorganismos, serán ingeridos por los macrófagos alveolares, como estos se encuentran inactivados, los monocitos recién llegados al sitio no podrán matar a *M. tuberculosis* intracelular, que se duplicara dentro de los macrófagos y aumentará en número con rapidez. Durante este período, antes que ocurra el desarrollo de la inmunidad específica, es cuando los microorganismos aparecerán en los ganglios linfáticos que drenan la región, en seguida sobrevendrán bacteriemia o diseminación hematogena.

Varias semanas después de crecimiento no inhibido de *M. tuberculosis*, sobreviene una reacción inmunológica, que da por resultado interrupción del crecimiento bacteriano, pueden quedar eliminados por completo los microorganismos en el sitio de la infección inicial (primo infección), sin embargo, en los sitios de diseminación bacilar por vía hematógica los microorganismos pueden persistir pero con crecimiento detenido; meses a años después, por motivos que no han podido dilucidarse aún, el microorganismo empieza a reproducirse con mayor rapidez y da por resultado desarrollo de tuberculosis sintomática, aunque estas lesiones pueden encontrarse en cualquier sitio del organismo, se observan más a menudo en los ápices pulmonares, huesos, ganglios linfáticos, meninges y riñones. Se cree que las tensiones tisulares elevadas de oxígeno son un factor de gran importancia en la localización y crecimiento de *M. tuberculosis*.²⁰

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El contacto inicial con *M. tuberculosis* ocurre en la periferia del pulmón, donde se ha depositado por inhalación, el bacilo tuberculoso establece una infección localizada que, al principio, da por resultado pocos síntomas o signos clínicos, o incluso ninguno.

Es frecuente la diseminación local hacia los ganglios linfáticos hiliares, y desde ahí los microorganismos ingresan en la sangre y se diseminan hacia otras partes del cuerpo, esta diseminación del microorganismo produce como resultado focos pulmonares y extrapulmonares que son los que originan las manifestaciones clínicas principales de la tuberculosis; al principio se observa aumento de tamaño de los ganglios linfáticos en las radiografías, y más tarde, en ocasiones, ocurre calcificación tanto de los ganglios linfáticos como de la lesión parenquimatosa, este es el complejo clásico de Ghon, y sugieren no sólo

una infección tuberculosa antigua, sino también enfermedades como la histoplasmosis. Al principio de la bacteriemia inicial no se desarrollan pruebas adicionales de tuberculosis en la mayoría de los pacientes, porque las defensas locales y generales frenan la infección. La tuberculosis pulmonar de reactivación o posprimaria suele desarrollarse después de un periodo de latencia y se origina a partir de los sitios de diseminación hematógena, por tanto, la infección inicial por el bacilo de la tuberculosis a menudo carece de importancia clínica e inadvertida, en la mayoría de los pacientes la enfermedad se conserva latente por tiempo indefinido o durante muchos años, y cuando sobreviene un momento de debilitamiento puede ser secundaria a disminución de la inmunidad corporal.

La tuberculosis pulmonar suele desarrollarse insidiosamente sin pruebas clínicas francas, sin embargo, como tiene un espectro muy amplio de manifestaciones, desde reactividad cutánea con pruebas radiográficas negativas hasta tuberculosis muy avanzada, habrá también diversas presentaciones clínicas. Mientras no llegue la enfermedad pulmonar a un nivel moderado o muy avanzado, según los cambios radiográficos, los síntomas pueden ser mínimos y a menudo se atribuirán a otras causas, como tabaquismo excesivo, trabajo intenso, embarazo u otros trastornos.

Los síntomas se clasifican en dos categorías: generales y pulmonares. El general observado con más frecuencia es la fiebre de grado bajo, al progresar la enfermedad la fiebre se vuelve notable, de manera característica se desarrolla durante la parte final de la tarde, y quizá no se acompañe de síntomas importantes, salvo al final del día, cuando se instala la diaforesis, que se ha llamado "sudores nocturnos", pueden haber otros datos clínicos propios de la infección como malestar general, irritabilidad, fatiga excesiva, cefalalgia, y pérdida de peso. Al desarrollarse necrosis caseificante y licuefacción

concomitante de la caseificación, el paciente tendrá a menudo tos y expectoración acompañado de hemoptisis leve, el dolor torácico suele ser localizado y de tipo pleurítico, la disnea con y sin insuficiencia respiratoria suele indicar enfermedad extensa con afección diseminada del parénquima pulmonar, o alguna forma de obstrucción traqueo bronquial y por tanto, suele ser tardía durante la evolución de la enfermedad.²¹

De ordinario, la exploración física del tórax tiene poca utilidad al principio de la enfermedad, y a menudo los datos son totalmente normales. El dato principal sobre las zonas de infiltración consiste en estertores finos identificados durante la inspiración profunda seguida por aspiración completa y tos terminal dura, lo que se ha llamado estertores postusivos, suelen identificarse en los vértices de los pulmones; sitios donde es más frecuente la reactivación de la enfermedad. Conforme progresa está se encuentran datos más amplios; que corresponden a las regiones de afección y al tipo de trastorno patológico: pueden sobrevenir manifestaciones alérgicas, que suele desarrollarse en el momento en que se inicia la infección, entre ellas eritema nodoso y conjuntivitis flictenular. Es probable que el eritema indurado, que es la afección de la parte baja de la pierna y del pie por enrojecimiento, tumefacción, y necrosis represente una combinación de infección bacteriana subcutánea local con reacción alérgica y no debe confundirse con el eritema nodoso. Este último se debe complejos inmunitarios circulantes, con lesión vascular localizada resultante. Al principio el eritema nodoso se produce en la parte más baja del cuerpo, y si la reacción es de gravedad suficiente, puede ir seguida por un proceso más diseminado.

Rara vez son de utilidad los exámenes sistemáticos de laboratorio para establecer o sugerir el diagnóstico. En caso de tuberculosis pulmonar crónica, puede encontrarse anemia normocítica normocrómica leve. La cuenta de

leucocitos suele ser normal y cuando llega a ser de 20 000/ ul sugerirá otro proceso infeccioso; sin embargo, en ocasiones se observa una reacción leucemoide en caso de tuberculosis pulmonar miliar, pero no en la que se confina al tórax. Aunque puede ocurrir "desviación hacia la izquierda "en la cuenta diferencial de leucocitos en caso de enfermedad avanzada, estos cambios no son específicos ni de utilidad. Otros resultados de prueba inespecíficos que pueden estar elevados en caso de tuberculosis activa son sedimentación eritrocítica, y alfa y beta globulinas. El descubrimiento de piuria sin bacterias según la coloración de Gram sugiere afección renal. En ocasiones, antes del tratamiento están elevadas las enzimas hepáticas (transaminasas y fosfatasa alcalina), sin embargo, este dato suele deberse a hepatopatía concomitante secundaria a otros problemas, como alcoholismo, más que a la afección tuberculosa. Como los fármacos empleados para tratar la tuberculosis pueden producir hepatotoxicidad, es importante cuantificar la anomalías hepáticas antes del tratamiento. Rara vez es baja la concentración de sodio a causa de secreción inadecuada de hormona antidiurética, esto sucede sólo en caso de tuberculosis pulmonar avanzada con complicación a glándulas suprarrenales (Enfermedad de Addison).²²

La radiografía de tórax es el estudio único de mayor utilidad para sugerir el diagnóstico de tuberculosis pulmonar. El aspecto de la radiografía difiere en relación a la tuberculosis primaria y en la posprimaria o de reactivación.

El aspecto radiográfico más frecuente de la tuberculosis pulmonar primaria es normal. En contraste con la tuberculosis de reactivación, que suele abarcar a los segmentos superiores y posteriores, en la tuberculosis primaria la afección parenquimatosa puede ocurrir en cualquier segmento del pulmón. En caso de infección primaria solo hay predilección ligera por los lóbulos superiores; además

pueden estar afectados los segmentos anteriores lo mismo que los posteriores. La consolidación de los espacios aéreos se manifiesta como densidad homogénea con bordes mal definidos, y la cavitación es rara salvo en los pacientes desnutridos o de otro tipo con trastornos en la inmunidad. La afección miliar al principio se observa en menos del 3% de los casos, más a menudo en niños menores de dos a tres años de edad. Quizá la única manifestación de tuberculosis primaria sea un derrame pleural aislado de grado leve a moderado.

Un dato característico de la tuberculosis pulmonar primaria es la adenopatía para traqueal. En 15% de los casos puede haber adenopatía hilar bilateral. Esta es unilateral con mayor frecuencia. Las adenopatías hilar y para traqueal unilaterales son igualmente frecuentes. La adenopatía hilar masiva puede anunciar una evolución complicada, puede producirse atelectasia con neumonía obstructiva como resultado de compresión bronquial ejercida por los ganglios linfáticos inflamados o por uno con degeneración caseosa que se rompe hacia un bronquio.

Aunque la tuberculosis pulmonar de reactivación puede afectar a cualquier segmento pulmonar, la distribución característica suele sugerir la enfermedad. En 95% de los casos de tuberculosis pulmonar localizada, las lesiones se encuentran en los segmentos apicales o posteriores de los lóbulos superiores o en los segmentos superiores de los lóbulos inferiores. El segmento anterior del lóbulo superior casi nunca es la única zona manifiesta de afección. Aunque el radiólogo puede intentar describir la actividad de una lesión según su aspecto radiográfico, la comprobación de actividad se determina mediante valoración bacteriológica y clínica. Con demasiada frecuencia la lesión informada como inactiva o estable por los datos radiográficos progresa hasta tuberculosis sintomática.

El patrón parenquimatoso característico de tuberculosis de reactivación es la consolidación de los espacios aéreos de naturaleza confluyente. A menudo se encuentran densidades lineales que establecen conexión con el hilio ipsilateral, no es rara la cavitación, pero sí lo es el aumento de tamaño de los ganglios linfáticos. Conforme las lesiones se vuelven más crónicas, se circunscriben de manera más precisa con contorno irregular, la fibrosis producirá pérdida de volumen en el pulmón afectado. La combinación de neumonitis en manchas, fibrosis y calcificación sugiere enfermedad granulomatosa crónica, por lo general tuberculosis.

Las cavidades que se desarrollan en la tuberculosis suelen tener una pared moderada gruesa y una superficie interior lisa, pero no tienen niveles hidroaéreos. La cavitación se acompaña a menudo de diseminación endobronquial de la enfermedad, desde el punto de vista radiográfico, la diseminación endobronquial se manifiesta como sombras acinares pequeñas múltiples.

En 1976, la American Lung Association, propuso una clasificación dinámica de la tuberculosis que incluye los aspectos epidemiológicos, inmunológicos, clínicos y de tratamiento, esta clasificación se divide en los siguientes grupos:

Clase 0 Individuos no infectados y no expuestos a la infección.

Clase I Individuos en contacto con tuberculosos. Combe positivo. PPD negativo.

Clase II Infección Tuberculosa, sin enfermedad evidente. BAAR negativo.

PPD positivo. Requieren vigilancia estricta y eventualmente tratamiento quimioprolifaxis.

Clase III Tuberculosis activa, pulmonar o extrapulmonar. El cultivo para *M. Tuberculosis* es positiva, aunque la baciloscopía no siempre es positiva y existe la evidencia radiográfica de enfermedad pulmonar o extra-pulmonar. Deben estudiarse totalmente y tratarse con los esquemas propuestos por la NOM-006-SSA2-1993.

Clase IV Tuberculosis sin enfermedad activa pero con secuelas.

Pueden ser datos radiográficos, PPD positivos, cultivo negativo. Se debe investigar fecha de diagnóstico y tratamiento previo en caso necesario puede reclasificarse de acuerdo a resultados.

Clase V Sospecha de Tuberculosis. El diagnóstico debe ser confirmado antes de 3 meses y ser reclasificado.²³

DIAGNOSTICO

A menudo es muy difícil el diagnóstico de tuberculosis, pero el diagnóstico exacto solo se puede realizar con la confirmación bacteriológica. Es importante recordar que el resultado positivo del frotis acidorresistente es inespecífico de *M. Tuberculosis*, pueden ser acidorresistentes otras micobacterias, tanto saprofíticas como patógenas potenciales. Además, el frotis acidorresistente negativo no debe de sorprender al clínico, ya que 50% de los pacientes cuyos resultados del cultivo son positivos tendrán un resultado negativo del frotis acidorresistente. En consecuencia, la única manera absoluta de confirmar el diagnóstico es el cultivo de *M. tuberculosis*.

La mejor muestra para coloración y cultivo de *M. tuberculosis* es el esputo recién expectorado. Las muestras de esputo a las 24 horas posteriores a la toma se encuentran invadidas a menudo por flora de la boca, y su utilidad es mucho menor; si el paciente no está produciendo expectoración de manera espontánea, el mejor ejemplar para estudio será el esputo inducido. Se puede obtener

haciendo que el paciente respire un aerosol de solución salina isotónica o hipertónica durante 5 minutos a 15 minutos. Para producir una muestra espontánea de expectoración, puede ser de utilidad la aspiración gástrica del esputo deglutido, esta muestra debe obtenerse por la mañana, antes que el paciente ingiera alimentos.

En la actualidad, la tuberculosis pulmonar, es una enfermedad que se encuentra más a menudo en individuos de más de 25 años de edad. En el adulto, la tuberculosis pulmonar primaria se está volviendo más frecuente, y puede manifestarse como neumonía del lóbulo Inferior. Las neumonías bacterianas frecuentes suelen distinguirse con facilidad de la tuberculosis. El infiltrado alveolar localizado en la radiografía de tórax y la reacción inmediata a los antimicrobianos permiten distinguir entre neumonía bacteriana y tuberculosis. Cuando haya dudas, deberá administrarse primero tratamiento para la neumonía bacteriana, y se omitirá el tratamiento de la tuberculosis hasta que se hayan obtenido muestras adecuadas de esputo y se haya determinado la sensibilidad de los microorganismos a los antimicrobianos. Los abscesos pulmonares suelen distinguirse de las cavidades tuberculosas por: 1) el nivel hidroaéreo prominente; 2) distribución más frecuente por el lóbulo inferior, y 3) datos clínicos, es decir, acompañados de convulsiones, alcoholismo, caries dental, etc.

En los ancianos, el diagnóstico diferencial principal consiste en distinguir entre tuberculosis pulmonar y carcinoma broncogénico. Un concepto importante que debe recordarse es que el carcinoma puede hacer que se disemine un foco de tuberculosis; por tanto, carcinoma de pulmón y tuberculosis son fenómenos que pueden ocurrir de manera simultánea. En los pacientes con presentación de este tipo el diagnóstico de la tuberculosis suele hacerse primero, y el de carcinoma se retrasa varios meses, por tanto, si los datos radiográficos y clínicos

sugieren carcinoma pero el esputo contiene bacilos acidorresistentes, pueden estar indicados otros procedimientos más para el diagnóstico de carcinoma. La afección aislada del segmento anterior del lóbulo superior, del lóbulo inferior o la presencia de cavidades irregulares sugieren carcinoma, y puede estar indicada la investigación diagnóstica ulterior a pesar de la presencia de bacilos acidorresistentes en el frotis de esputo.

Cualquier tipo de enfermedad infecciosa o granulomatosa puede ser idéntica a la tuberculosis desde el punto de vista radiológico. Se deben distinguir tres categorías: enfermedades por hongos (histoplasmosis, coccidioidomicosis y blastomicosis), trastornos por bacterias (*Pseudomonas Pseudomallei*) y procesos patológicos producidos por mico bacterias atípicas (sobre todo las del complejo *M. Kansassi* y *M. Avium*). La mejor manera de distinguir entre estas enfermedades es el cultivo del microorganismo a partir de la expectoración del paciente, aunque también son de utilidad los títulos de anticuerpos séricos contra hongos.¹⁹

TRATAMIENTO

Antes del tratamiento farmacológico eficaz, morían en plazo de 2 años casi la mitad de los pacientes de tuberculosis pulmonar activa, la cuarta parte se recuperaban, y otra cuarta parte sobrevivían con enfermedad crónicamente activa. El tratamiento hospitalario era efectivo en la enfermedad no cavitaria, pero no tanto en los casos más avanzados. El riesgo de recaída de toda la vida tras detenerse la enfermedad era de 25% en quienes se daban de alta de los hospitales.

Entre 1950 y 1960, se puso de manifiesto que la quimioterapia prolongada curaba a casi todos los pacientes, por lo que se volvieron innecesarias las medidas tradicionales, como el reposo en cama prolongado y colapsoterapia, se

abandonó también el aislamiento prolongado, ya que la quimioterapia volvía pronto no infecciosos a los pacientes. Aunque el fracaso del tratamiento debiere ser en teoría un fenómeno raro con fármacos eficaces, a menudo los resultados no logran este ideal. En ocasiones la causa es resistencia no reconocida a los fármacos, o selección de un régimen inapropiado; y en mayor número falta de cumplimiento del régimen prescrito, ocultado muchas veces con ceño por el propio paciente al ver que recupera la salud y disminuir su motivación para seguir con los medicamentos, por tanto, la educación del paciente es un aspecto esencial para los buenos resultados, las visitas frecuentes al médico, no sólo hacen posible vigilar la obediencia del régimen, la reacción clínica y la toxicidad farmacológica, sino que además refuerzan la seriedad del tratamiento.

La población bacilar de mico bacterias en la tuberculosis pulmonar está constituida por microorganismos con diversos niveles de metabolismo. Se considera importante conocer los efectos de los diversos fármacos sobre estas subpoblaciones bacterianas para el diseño de los regímenes terapéuticos.

La quimioterapia abarca entonces una fase bactericida y una fase de esterilización; durante la primera fase los bacilos mueren con mayor rapidez, mientras que durante la fase de esterilización, más lenta, los bacilos se inhiben o se mueren. Los microorganismos extracelulares de multiplicación rápida que se encuentran en el ambiente hiperóxico, de pH neutro de la cavidad pulmonar son muy susceptibles a los fármacos bactericidas, otros son activos en menor grado desde el punto de vista metabólico, o sólo de manera intermitente, en el ambiente hiperóxico y ácido del material caseoso sólido, el ambiente ácido de los tejidos inflamados de manera aguda o el ambiente muy supresor y ácido de los macrófagos activados. Estos microorganismos no son susceptibles a la acción bactericida rápida de los agentes quimioterapéuticos. Debe insistirse en

que, en el tejido caseoso sólido (necrosis sólida no absorbida), algunos microorganismos atrapados se vuelven totalmente latentes y no se ven afectados tanto por los antimicrobianos como por los mecanismos inmunológicos celulares, estos microorganismos persistentes pueden frenarse con seguridad sólo mediante cicatrización con fibrosis y encapsulación.²⁴

ACCIONES DE LOS AGENTES ANTITUBERCULOSOS DE PRIMERA LÍNEA	
<i>Agente</i>	<i>Actividad</i>
Isoniacida (INH)	Bactericida contra los bacilos tanto intracelulares como extracelulares Bactericida contra los bacilos
Rifampina (RMP)	tanto intracelulares como extracelulares; esterilizante contra los microorganismos que metabolizan con lentitud
Piracinamida (PZA)	Actividad bactericida deficiente nada más; buena actividad esterilizante al actuar de manera sinérgica con la INH y quizás otros fármacos; activa a pH ácido; máxima actividad durante los primeros meses del tratamiento
Estreptomina (STM)	Bactericida contra los bacilos extracelulares nada más
Etambutol (EMB)	Bactericida probablemente contra los microorganismos tanto intracelulares como extracelulares, a la dosis de 25 mg/kg; bacteriostático a la dosis de 15

Vacunación con BCG

La vacuna BCG (bacilo de Calmette-Guérin) puede proteger sólo a los individuos que aún no están infectados por la tuberculosis primaria o por la reactivación de la misma.

Como la prevalencia de la infección y el riesgo de reinfección se incrementan de manera manifiesta con el paso de la edad, la vacuna BCG está indicada a priori para niños pequeños. Aunque en los estudios de casos de control y contactos los resultados fueron variables, el BCG ofreció protección importante, sobre todo contra las formas diseminadas graves de tuberculosis, como meningitis y enfermedad miliar.

Está indicada la vacunación con BCG tan pronto como se pueda en cualquier situación en la que sea elevado el riesgo de infección por tuberculosis o cuando este disminuyendo con rapidez.

La prevención de la tuberculosis en la edad pediátrica no tiene efecto indirecto: no ayuda a disminuir la transmisión de la infección en la comunidad, porque la tuberculosis de la infancia no es infecciosa por lo general, sin embargo, esto no debe implicar que la vacunación durante la infancia no tenga un efecto de esta clase. Al prevenir la diseminación hematogena de una infección subsecuente, se puede prevenir no sólo las formas graves de la tuberculosis pediátrica, sino también la reactivación endógena de focos residuales más adelante durante la vida y, por tanto, las fuentes futuras de infección. El beneficio potencial del BCG disminuye, desde luego, conforme se reduce el riesgo de tuberculosis. Por último, se puede llegar a una etapa en la que los beneficios a plazo intermedio no superen a los costos y al peligro de las reacciones indeseables.

En esa etapa puede sustituirse la vacunación sistemática de los neonatos por la vacunación de los grupos de alto riesgo.

Se ha practicado la vacunación con BCG en adolescentes en muchos países europeos, y se ha demostrado que es eficaz para prevenir la tuberculosis durante la parte joven de la vida adulta. Por tanto, reduce el riesgo de infección en la comunidad y contribuye al control de la tuberculosis, sin embargo, si el riesgo de tuberculosis del adulto se vuelve bajo pueden ser más económicos el descubrimiento de casos y el tratamiento que la vacunación. Se practicó con amplitud vacunación con BCG en grupos de alto riesgo, como el personal médico, pero en diversos países industrializados esta práctica se ha abandonado a favor de la investigación con regularidad por medio de la prueba con tuberculina, seguida por quimioterapia preventiva si se observa conversión.

Los individuos negativos a la tuberculina en contacto con pacientes con tuberculosis están en mayor riesgo de contraer la tuberculosis que los reactivos a la tuberculina.

El programa de descubrimiento de casos y de medidas preventivas puede reducir el riesgo en grado considerable, pero quizá no sea eficaz en los individuos que quedan infectados por bacilos resistentes a muchos fármacos, estos individuos serán muy difíciles de curar si desarrollan tuberculosis. tanto, puede ser de utilidad en los lugares donde es un peligro importante la transmisión de cepas resistentes a muchos fármacos.

TB SENSIBLE

En el Perú se logra curar a casi el 98% de los pacientes con el esquema de tratamiento proporcionado de manera gratuita a nivel nacional. Este dura seis meses y se compone en promedio, de 11 tabletas diarias. Es indispensable la colaboración del paciente porque debe cumplir diariamente con el tratamiento de

manera regular. Si se abandona, los microbios desarrollan resistencia a las medicinas. El Estado garantiza la gratuidad del tratamiento. Adicionalmente, todo paciente con tuberculosis cuenta con Seguro Integral de Salud y apoyo alimentario.

LA TUBERCULOSIS MULTIDROGO RESISTENTE O TB MDR

TB MDR es una forma grave y compleja de esta enfermedad que requiere de un tratamiento prolongado y más costoso. En este caso, la cura se puede alcanzar en un 70% de todos los pacientes, debido a que el microbio ya no puede ser eliminado tan fácilmente.

El Perú ha logrado disminuir la mortalidad por esta enfermedad, brindando apoyo adicional con nutrición, exámenes de diagnóstico y seguimiento, así como cirugías que muchas veces requieren los pacientes para aumentar la posibilidad de curación.

El tratamiento dura en promedio de 18 a 24 meses; y, a pesar de su alto costo, es cubierto completamente por el Estado.

LA TUBERCULOSIS EXTREMADAMENTE RESISTENTE (TB XDR)

TB XDR no es tratable por la mayoría de los medicamentos utilizados para combatir los otros tipos de TB. El tratamiento dura, a veces, más de 24 meses y utiliza muchos medicamentos que se ingieren de forma oral o son administrados a través de inyectables.

El Perú actualmente cuenta con los recursos suficientes para diagnosticar este tipo de tuberculosis y tiene más de 300 casos detectados desde 1999. Esto permite reportar una prevalencia real de la enfermedad.

INVERSIÓN DEL ESTADO PERUANO EN TRATAMIENTOS

Costo por persona

✓ **TB Sensible:**

40 dólares (seis meses de tratamiento)

✓ **TB Multidrogo Resistente (MDR):**

4 000 dólares (18 a 24 meses de tratamiento)

✓ **TB Extremadamente Resistente (XDR):**

70 000 dólares (24 a más meses de tratamiento)

En el país el tratamiento es gratis para todos los pacientes de tuberculosis.

2.4.2. ENFERMERIA PROFESIONAL

La Enfermera/ el Enfermero está capacitado para: el ejercicio profesional en relación de dependencia y en forma libre, desarrollando, brindando y gestionando los cuidados de enfermería autónomos e interdependientes para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la persona, la familia, grupo y comunidad hasta el nivel de complejidad de cuidados intermedios, en los ámbitos comunitario y hospitalario; gestionando su ámbito de trabajo y participando en estudios de investigación- acción. Este profesional actúa de manera interdisciplinaria con profesionales de diferente nivel de calificación involucrados en su actividad: médicos de distintas especialidades, enfermeros, técnicos y otros profesionales del campo de la salud.²⁵

2.4.2.1 ROL ASISTENCIAL:

Engloba dos dimensiones: el rol autónomo y el rol de cooperación. El rol autónomo es el que integra el conjunto de competencias y actuaciones, es decir conocimientos, destreza, actitudes y valores, asociadas al servicio específico que ofrecen los profesionales de la enfermería en su práctica profesional de cuidados. El rol de cooperación integra las intervenciones que la enfermera desarrolla en complementariedad con el resto de los miembros del equipo multidisciplinar.²⁶

La enfermera posee unas competencias profesionales que se relacionan con cada uno de los roles de la profesión²⁷. Entendemos por competencia el conjunto de habilidades, actitudes y conocimientos y los procesos complejos para la toma de decisiones, que permite que la actuación profesional esté en el nivel exigible en cada momento.

Las competencias relacionadas con el rol autónomo son:

- Ejercer el rol según los principios éticos y deontológicos.
- Basar la acción en un modelo conceptual de cuidados de enfermería.
- Utilizar el proceso de cuidados al lado de cada persona cuidada.
- *Evaluar la satisfacción de las necesidades de la salud de la persona, familia o comunidad.*
- Acompañar a la persona cuidada en sus reacciones psicológicas, físicas y sociales, y observar los problemas de la situación.
- Identificar con la persona atendida las soluciones que le convienen en cuanto a sus problemas de salud.
- Crear un clima propicio, de confianza, para el desarrollo y el bienestar de la persona.
- Ayudar a la persona atendida a mantener o mejorar su salud.
- Aplicar los cuidados de prevención y de promoción de la salud según las necesidades y a partir los recursos que disponga.
- Desvelar e incentivar el interés para el aprendizaje de conocimientos, habilidades y actitudes que pueden mejorar o contribuir a la salud.
- Enseñar a la persona atendida aquello que desea aprender.
- Prodigar cuidados de confort y de mantenimiento de la vida a la persona atendida.

- Saber seleccionar los diferentes recursos y organizarlos para realizar una actividad, un proyecto o resolver un problema.
- Asegurar una vigilancia adecuada de las necesidades fundamentales a partir de una visión global de la persona.

Las competencias relacionadas con el rol de cooperación son:

1- Vigilancia del estado de la persona atendida:

- Asegurar una vigilancia adecuada del estado de salud de la persona atendida, particularmente las complicaciones fisiopatológicas y de las reacciones del tratamiento y ajustar la intervención según un juicio profesional.
- Advertir rápidamente a los miembros del equipo multidisciplinar si el estado de la persona atendida se deteriora.
- Tomar decisiones sobre las acciones de verificación del estado de la persona, especialmente de los signos vitales y de signos de complicaciones.
- Intervenir ayudando a los niños, a los adultos y a sus familiares, tanto en el hospital como en domicilio, si se presentan problemas de salud menores, mayores o se encuentran en estado de crisis psicológica, física o social.

2- Aplicación de técnicas de cuidados especializados:

- Efectuar las técnicas de cuidados enfermeros especializados integrando las etapas de la técnica y teniendo en cuenta las reacciones de la persona atendida.
- Observar y anotar la vigilancia de parámetros de orden psicológico y físico durante la ejecución de la técnica.

3- Aplicación de las órdenes médicas:

- Realizarlos tratamientos prescritos.
- Administrar la medicación.

2.4.2.2. ROL EDUCATIVO

Llevará a cabo el programa educativo preciso para que el individuo adquiera los conocimientos y habilidades necesarios para realizar el tratamiento. Para ello debe ser buena comunicadora, capaz de escuchar y comprender, expresando los conceptos en lenguaje claro sin olvidar el lenguaje no verbal.²⁷

- ✓ Valorará las necesidades y capacidades de cada paciente para adecuar el proceso educativo y llevarlo a cabo. Debe ser una buena educadora, capaz de facilitar el aprendizaje y ayudar al paciente/ familia a buscar las fórmulas para asumir los cambios que se han producido en el estado de salud. El humor es particularmente necesario, puesto que el estrés que hay en el paciente/familia, puede aminorar la dificultosa y tensa situación.
- ✓ Diseñará los documentos, capaces de mantener los adecuados registros, básicos para la práctica diaria y la evaluación del proceso educativo.
- ✓ Formará a los nuevos compañeros que se integren dentro del equipo, por lo que deberá tener habilidad en la comunicación.
- ✓ Mantendrá sus conocimientos actualizados por lo que deberá ser una devoradora de libros.
- ✓ Todo esto no podrá realizarse, si no tiene interés ni motivación para lo que está haciendo

2.4.2.3. ROL GERENCIAL

Ante todo debe tener capacidad de organización.²⁸

Deberá:

- ✓ Programar la aplicación del proceso educativo en función a las necesidades del paciente.
- ✓ Planificar las visitas, tanto las domiciliarias como las hospitalarias.

- ✓ Ser analista para prever presupuestos, sin dejar de ser enfermera con conocimientos de la técnica.
- ✓ Facilitar los datos precisos a la Inspección, el Registro y a la casa suministradora, con el fin que ésta pueda proveer al paciente del material necesario.
- ✓ Verificar de que se dispone de todo el material necesario para la asistencia al paciente.
- ✓ Ofrecer al paciente facilidad para los desplazamientos en las vacaciones, contactando con el laboratorio administrador y el centro de referencia más cercano a su lugar de destino. Debe ser una persona inquieta e innovadora, con facilidad para la comunicación.
- ✓ Conocimiento de los recursos del propio hospital y vías para acceder a ellos y poder utilizarlos.

2.4.2.3. ROL INVESTIGATIVO

Investigar: ²⁹

- ✓ Las características del paciente, familia y entorno para decidir junto con el equipo médico, la inclusión o no, de un paciente en el programa y el sistema más idóneo, para ello deberá ser analista crítica en la evaluación del entorno y familia.
- ✓ El funcionamiento del material para el desempeño del tratamiento, pidiendo una mejora, si es posible y necesaria, al responsable del área del laboratorio su ministrador.
- ✓ La forma de llevar a cabo las curas protocolizadas y mejorarlas antes de que queden obsoletas.

- ✓ Detectará los errores e imperfecciones que con el tiempo pueden aparecer debidas a la relajación de la técnica y que conducen a complicaciones para el paciente, soiventándolas precozmente. Para ello deberá haber una buena comunicación oral, observación directa y detección de comentarios realizados entre líneas.

2.5 COMPONENTES

2.5.1 Componente cognoscitivo

Las creencias y demás componentes cognoscitivos (el conocimiento, la manera de encarar al objeto, etc.), relativos al objeto de una actitud, constituyen el componente cognoscitivo de la actitud. ³⁰

“Un conjunto de categorías que los seres humanos utilizan para dar nombre a todos los estímulos.” ³¹

Implica las creencias que tenemos acerca del objeto de nuestra actitud; en otras palabras, conjunto de creencias que una persona tiene sobre algo”. ³²

“Muchas veces la representación cognoscitiva que la persona tiene de un objeto social es vaga o errónea.” ³³

Cuando la representación cognoscitiva es vaga, su afecto con relación al objeto tendera a ser poco intenso; sin embargo, cuando es errónea esto en nada afectara a la intensidad del afecto, el cual será consciente respecto a la representación cognoscitiva que la persona tiene del objeto, corresponda o no a la realidad. Por lo tanto, para que exista una carga afectiva a favor o en contra de un objeto social definido es necesario que exista también alguna representación cognoscitiva de dicho objeto.

Tomando en cuenta lo señalado en estos enfoques, se infiere que en las (os) profesionales de enfermería el componente cognoscitivo influye de una manera directa ya que de acuerdo a los conocimientos que ellos (as) han

aprendido a lo largo de su vida, va a influenciar de una manera positiva o negativa a la decisión que ellos (as) tomen al momento de brindar cuidados a pacientes en situación de calle (indigentes), más aun si la representación que tengan sobre dichas personas es vaga ya que esto influenciara la intensidad del afecto hacia dichas personas.

2.5.2 COMPONENTE AFECTIVO

“consiste en las emociones positivas y negativas acerca de algo, de una situación o de una persona. Es el componente más profundo y el más resistente al cambio”.³⁴

Fishbein (citado por Rodríguez, 1.999), lo define como “sentimiento a favor o en contra de un determinado objeto social”.³⁵

Según Whitaker (1979) refuerza lo planteado por Rodríguez como: “respuesta afectiva o emotiva que va asociada con una categoría cognoscitiva a un objeto de la actitud”³⁶

2.5.3 EL COMPONENTE CONDUCTUAL

En el componente conductual se incluyen las tendencias a disposiciones e intenciones hacia el objeto, así como las acciones dirigidas hacia él.

Al respecto Rodríguez (1999) expresa que “las actitudes poseen un componente activo, instigador de conductas coherentes con las cogniciones y los efectos relativos a los objetos actitudinales.”³⁷

Whitaker (1979) “acción manifiesta de un individuo, cuya base es una actitud, incluyendo el acto o la conducta a que se dedicara a un individuo en presencia de ciertos estímulos”.³⁸

Según Guillen (2000) “consiste en la predisposición o intención para actuar en forma específica como consecuencia de su sentir hacia la persona, objeto o situación.”³⁹

2.6 VIVENCIAS

Las situaciones que alguien vivencia no poseen, apenas, un significado en si mismas, sino que adquieren un sentido para quien las experimenta, que se encuentra relacionado a su propia manera de existir. Vive en un espacio y tiempo determinados, pero lo vivencia con una amplitud que sobrepasa las dimensiones objetivas, pues es capaz de trascender la situación inmediata. Su existir abarca no apenas aquello que está viviendo en dado momento, sino también las múltiples posibilidades a las cuales está abierta su existencia⁴⁰

Al existir, la persona va vivenciando las situaciones, estando sus vivencias siempre relacionadas con su “Mundo”: Abarca las cosas, animales, otras personas actividades. En un mundo de significaciones. “Mundo” es el conjunto de relaciones significativas dentro del cual la persona existe”.

En las situaciones que la persona va vivenciando, se relaciona con su mundo circundante y humano, que es posible irse descubriendo y reconociendo quien es. Este mundo se caracteriza por la significación que las experiencias tienen para la persona y por el reconocimiento de si y del mundo. Vivencia

CAPITULO III

TRAYECTORIA METODOLOGICA.

3.1 Descripción de la trayectoria metodológica

La presente investigación es de tipo cualitativa ya que nos permitió conocer las vivencias y comprender el significado de la experiencia en enfermeras en el cuidado a pacientes en la ESNPCT, fenómeno que cada uno percibe de manera diferente. A través de esta investigación se generó estrategias que nos permitió conocer las experiencias de la enfermera durante su interacción con el paciente con tuberculosis; permitiendo entender y reflexionar a través de las vivencias del profesional de enfermería. La información respectiva nos permitió mejorar la calidad de vida del profesional y del paciente.

Al usar este tipo de investigación se podrá llegar a comprender sus sentimientos, conductas y pensamientos, desde una perspectiva subjetiva, logrando describir los significados que ellos dan a su quehacer como cuidadoras.

3.1.2 Diseño de la investigación

Se utilizó el diseño fenomenológico que es esencial para el presente trabajo de investigación cualitativa; para de este modo comprender el significado de las experiencias subjetivas de los profesionales de enfermería en el cuidado del paciente con tuberculosis.

3.1.3 Técnicas de recolección de datos: Entrevista a profundidad

La técnica fundamental para la obtención de datos ha sido la entrevista a profundidad, la cual consta de 12 preguntas abiertas teniendo indicaciones para ser respondidas adecuadamente.

Para realizar la entrevista a profundidad se tomó en cuenta las categorías de análisis que son:

- Componente cognitivo
- Componente afectivo
- Componente conductual

Así mismo utilizamos la unidad de análisis (creencias, sentimientos, emociones y estímulos) como base para formular las preguntas abiertas. En este sentido la entrevista a profundidad está dirigida hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los profesionales de enfermería respecto a su vida, experiencias y situaciones, frente al cuidado del paciente en la ESNPCT.

3.2 Modalidades de la trayectoria fenomenológica

Para realizar la investigación cualitativa se optó por alguna metodología fenomenológica que describe el significado de la experiencia desde la perspectiva que lo ha vivido.

Esto implica describir lo que las personas experimentan e interpretan, los fenómenos que se construyen en interacción con otros sujetos. Los profesionales de enfermería presentan un significado propio frente a las diferentes circunstancias vividas durante su vida, entre ellas la interrelación con

los pacientes con tuberculosis cuyas conductas y pensamientos se desea comprender.

Los momentos de la investigación fenomenológica comprenden tres etapas: Descripción, Reducción fenomenológica, comprensión

Descripción Fenomenológica

Este primer momento, consiste en la transcripción textual de lo que expresan las informantes y se hizo un análisis que no siempre se ve pero que está potencialmente presente y puede ser descubierto. Además mostró la esencia o estructura básica del fenómeno estudiado.

Para Merighi (1993), la esencia del fenómeno debe mostrarse necesariamente en la descripción. Conocidos los testimonios de manera profunda emergerán los significados. Para conocer el fenómeno tal cual es, deberá renunciar y evitar toda premisa que tuviera acerca de su naturaleza del fenómeno.⁴²

Reducción Fenomenológica

En este momento de la trayectoria el investigador entro en un proceso reflexivo y de concentración con el fin de interiorizarse en el discurso e identificar aquellas frases que considera importantes y de relevancia para el estudio y que constituyó las unidades de significado. El investigador asumió el lugar del sujeto en estudio e imaginó que es él quien experimenta el fenómeno; convirtió las unidades de significado a su propio lenguaje, con el fin de lograr su comprensión.

La reducción fenomenológica, en efecto, hace aparecer como residuo no reducible, la vivencia de conciencia. Pero esta vivencia es vivencia de un sujeto, al que se remiten los objetos del mundo y del que proceden los significados.⁴³

Comprensión Fenomenológica

En este tercer momento, se identificó las múltiples realidades que se encuentran en las descripciones. Una vez que se ha realizado la transformación de las expresiones del informante por las del investigador, se procedió a establecer las convergencias del discurso, donde las ideas relacionadas se agruparon según aspectos comunes identificados por el investigador.

El "comprender" es un encuentro de dos intencionalidades, la del sujeto que intenta conocer y la del sujeto convertido en objeto de conocimiento sin embargo, esas intencionalidades no se acoplan espontáneamente. (DARTIGUES, 1981).⁴⁴

Este momento de la trayectoria fenomenológica se hizo a través del análisis ideográfico y nomotético.

Análisis Ideográfico:

Constituye el análisis psicológico individual. Este tipo de análisis se refiere al empleo de ideogramas o representación de ideas por medio de símbolos o códigos.

Se buscó evidenciar la ideología que permanece en las descripciones ingenuas de los pacientes participantes.

Análisis Nomotético:

Constituye el análisis psicológico en general. Este análisis indica un paso desde el aspecto psicológico individual hacia el psicológico general de manifestación de ideas por medio de símbolos o códigos.

La estructura psicológica general es resultante de las convergencias, divergencias e idiosincrasias de los aspectos que se muestran en el análisis ideográfico o casos individuales.

Además busca identificar las convergencias y divergencias existentes en todos los discursos con la finalidad de obtener la esencia y la generalidad del fenómeno estudiado. Las convergencias constituyen la estructura general del fenómeno y las divergencias representan las percepciones individuales, dependientes del modo de pensar y actuar de cada individuo.

3.3 Escenario del estudio

El presente estudio de investigación se llevó a cabo en los respectivos establecimientos de salud de la localidad de Huánuco (Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Hospital Carlos Showig Ferrari, Centro de Salud Aparicio Pomares, C.S Las Moras, Aclas Pillico Marca), teniendo en cuenta los principios éticos de confidencialidad, sin revelar la identidad de los profesionales de enfermería que laboran en la ESNPCT.

3.4 Caracterización del participante

3.4.1. Población muestral

La población estuvo conformada por los profesionales de enfermería que laboran en la ESNPCT de los hospitales de la localidad de Huánuco (Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Hospital Carlos Showig Ferrari, C.S Aparicio Pomares, C.S Las moras, Aclas Pillico Marca) y que suman en total de 6 enfermeras; por ser la población pequeña será al mismo tiempo la muestra. La muestra será determinada a través del muestreo no probabilístico intencionado.

Criterios de inclusión

- Profesionales de enfermería que laboran en la ESNPCT.

- Profesionales de enfermería que aceptaron participar voluntariamente en el estudio (consentimiento informado).

Criterios de exclusión

- Enfermeros que no desearon participar en el estudio y que no firmen el consentimiento informado.

3.5. Técnicas e instrumentos

- **Técnicas**

La técnica que se utilizó para la recolección de datos fue la entrevista a profundidad semiestructurada, la misma que por su flexibilidad nos permitió explorar su mundo interno obteniendo de ello respuestas concernientes al significado de las experiencias de las enfermeras.

- **Instrumento**

Siendo el instrumento guía de entrevista, con 12 preguntas norteadoras con el fin de recopilar datos sobre las experiencias vivenciadas, también se utilizó una grabadora de voz con lo que se registró los datos, todo este proceso se llevó a cabo en la ESNPCT que laboran los profesionales de enfermería.

Para recopilar la información se tuvo en cuenta la firma del consentimiento informado. Se realizó la visita días antes a la entrevista para explicar y coordinar con el profesional de enfermería y verificar si cuentan con los criterios de inclusión planteados (Anexo 1).

3.6. Plan de recolección de datos

- Se solicitó autorización al director del centro de salud seleccionado.

- Se coordinó con los profesionales de enfermería de la ESNPCT de cada centro de salud.
- Se presentó y explicó el consentimiento informado a los profesionales de enfermería.
- Se inició la entrevista semiestructurada a profundidad las veces necesarias hasta cumplir el principio de saturación.
- Se transcribió textual cada uno de los discursos.
- Se Analizó ideográfico y nomotético.

3.7. Análisis e interpretación de los datos

Se plantearon doce ejes temáticos, presentados como interrogantes, al realizar las entrevistas semiestructurada, siendo algunas de ellas:

¿Qué piensas de los pacientes con TB?, ¿Tenías algún pensamiento antes de entrar a trabajar en el programa de TB?, ¿Por qué trabajas en esta ESNPCT?, ¿Crees que puedes adquirir la enfermedad al momento de brindar cuidado a un paciente con TB? ¿Por qué?, ¿Sientes alguna satisfacción al brindar cuidado a los pacientes con TB?

Luego de haber realizado la recolección de datos con cada uno de los profesionales de enfermería se procedió a realizar la grabación de cada uno de los discursos para luego obtener un análisis de contenido de los ejes temáticos, de este modo se eligió el contexto válido que puedan aplicarse, de tal modo los datos nos permitieron interpretar conocimientos, representaciones sobre el comportamiento de cada uno de sus experiencias, por lo cual contamos con las grabaciones de este modo demostrar que es fiable. El análisis de contenido representa un mensaje único de cada uno de los profesionales de enfermería.

4. Consideraciones éticas y rigor científico

Todos los participantes han sido informados del objetivo de estudio y se proporcionó a cada uno de ellos el consentimiento informado para su participación voluntaria. La recolección que se obtuvo fue anónima.

Al realizar el desarrollo de investigación debemos reconocer los principios éticos frente al profesional de enfermería partiendo del consentimiento informado así mismo se tuvo una relación ética con nuestros colaboradores manteniendo la confidencialidad de cada una de las entrevistas y no violar las confidencias que han hecho estas personas. (Anexo 2)

Al realizar la investigación se tuvo en cuenta el principio de autonomía que significa respetar la decisión de participar en dicha investigación teniendo en cuenta sus convicciones personales.

CAPITULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DISCURSOS

4.1 Análisis ideográfico

Para una mejor comprensión se presenta el análisis de los discursos enumerados del I al VI, de tal modo contrastar las lecturas generales, posteriormente se realizó la identificación de las unidades de significado y levantamiento de datos a través de la reducción fenomenológica. Solo se consideró lo que se decía con respecto al fenómeno y las proposiciones significativas iniciándose el análisis ideográfico.

Cada uno de los discursos muestra las unidades de significado resaltados en negrita y numeradas en orden correlativo.

Estas unidades de significado se presentó en un cuadro de análisis ideográfico, el que consta de columnas: a la izquierda subtitulada unidad de significado y a la derecha las reducciones fenomenológicas, en orden numérico; en donde van las experiencias consideradas significativas.

Luego se procedió a elaborar un cuadro de convergencias, en la cual se muestran las convergencias de cada discurso en forma individual llegando a determinar categorías previamente establecidas, y las que posteriormente son analizadas.

Las unidades son integradas de cada discurso obteniéndose la conclusión del fenómeno investigado.

DISCURSO I

1) ¿Qué piensas de los pacientes con TBC?

Son personas como nosotros con la diferencia que **se han descuidado de su salud¹**, quizá **no se han alimentado adecuadamente y son de economía baja²**. Para los pacientes esta enfermedad significa una **carga emotiva muy fuerte lleno de temor³** y por tanto requiere del apoyo del personal de salud y familiares mientras dure el tratamiento.

2) ¿Tenías algún pensamiento antes de entrar a trabajar en el programa de TBC?

Si, un poco de **temor⁴**; si bien la TBC tiene cura pero cada año mueren dos millones de personas por esta infección y sabemos que el **tratamiento es exhaustivo y largo, hay modificaciones en los hábitos⁵** y comportamientos en mi familia entonces me preguntaba ¿si llegara a contagiarme? Pensaba en mis hijas, eso conlleva al temor y a pensar en aspectos que no son gratos.

3) ¿Por qué trabajas en esta ESNPCT?

Ser enfermera de la ESNPCT significa tener mucha responsabilidad y dedicación para **ayudar a culminar el tratamiento al paciente⁶**, y ya es hora que alguien se dedique por entero y les demos la atención que ellos se merecen.

4) ¿Crees que puedes adquirir la enfermedad al momento de brindar cuidado a un paciente con TB? ¿Por qué?

No, porque nosotros sabemos que el contagio es por vía aérea para eso debemos tomar precauciones como las **medidas de bioseguridad⁷**, con **responsabilidad en el proceso del tratamiento⁸**.

5) ¿Sientes alguna satisfacción al brindar cuidado a los pacientes con TB?

Sí, porque como enfermera estoy **logrando los objetivos**⁹ que me propuse, he desarrollado habilidades para brindar apoyo y aumentar el potencial de rehabilitación en pacientes muy difíciles, entonces es como un reto que voy asumiendo y que me brinda mucha satisfacción.

6) ¿Qué sentimientos positivos has experimentado últimamente en el cuidado a pacientes con TB? ¿Por qué motivo? ¿Cuáles son?

Cuando brindas cuidados a estos pacientes te provoca **distintos tipos de sentimientos ya que cada paciente es diferente**¹⁰ y con situaciones distintas. Sabemos que el tratamiento es largo esto conlleva a que experimentes sentimientos de **cariño, dedicación, comprensión y responsabilidad**¹¹ de modo que también permite la continuidad del tratamiento y no abandonen así podrán recuperarse y tener una actitud positiva, eso es mi mayor motivo.

7) ¿Qué sentimientos negativos has experimentado últimamente en el cuidado a pacientes con TB? ¿Por qué motivo? ¿Cuáles son?

Digamos que **con los pacientes no!**¹² Porque ellos tienen una **actitud propia**¹³ que experimentan durante la enfermedad. Sino con los **familiares que son bien intransigentes, malcriados y no tienen nada de respeto**¹⁴, tienen actitudes negativas como el rechazo, recuerdo un paciente que me dijo:

“Cuando mi hermana se enteró de mi enfermedad se molestó y me grito: eso te pasa por cuidar tu cuerpo, por no comer, ahora yo me voy dei cuarto y te quedaras sola (...)”

8) ¿Qué te motiva trabajar en la ESNPCT? ¿tus funciones de enfermería?¿su problema?¿el horario de trabajo

La Tbc es una **enfermedad estigmatizante** que provoca rechazo y **discriminación**¹⁵ de la sociedad ocasionando una **baja autoestima**¹⁶ por lo tanto me motiva trabajar en esta estrategia el tan solo hecho de pensar que ellos van a enfrentar esta enfermedad que se van a mejorar y ya no van hacer discriminados .

9) ¿Qué experiencias emotivas has vivenciado durante el cuidado al paciente con TB?

Trabajar en esta estrategia me genera muchas emociones dependiendo de la situación, compartes **alegrías por su recuperación**¹⁷ **penas, tristezas, y cólera porque algunos no son responsables con el tratamiento**¹⁸. Incluso hasta llore con algunos pacientes.

10)¿Crees que tu salud biopsicosocial se puede ver afectada por trabajar en la ESNPCT? ¿Por qué?

Sí, porque estamos expuestas a **factores estresantes ya sea de manera directa e indirecta**¹⁹; sobre todo cuando los pacientes se ponen malcriados. También la salud biopsicosocial se ve afectada porque los **factores emocionales y cognitivos influyen mucho en nuestras vidas**²⁰.

11)¿Qué te produce pensar la probabilidad de contagiarte y contagiar a tu familia?

Bastante temor²¹ no solo por mi sino por mis hijas, sabemos que la tuberculosis tiene cura pero es una enfermedad contagiosa que se puede contagiar cualquiera es por eso que solo **me encomiendo a Dios y rezo bastante**²².

12) ¿Si tuvieras la oportunidad de elegir otro programa o estrategia lo harías? ¿por qué?

No, porque ya **conozco a los pacientes y llegas a sentir un cariño²³** hacia ellos, además si estoy aquí debe ser porque **Dios tiene un propósito para mí²⁴**.

DISCURSO I**CUADRO DE ANALISIS IDEOGRÁFICO**

<u>UNIDADAD DE SIGNIFICADO</u>	<u>REDUCCION FENOMENOLOGICA</u>
1. Se han descuidado de su salud	1. Se han descuidado de su salud
2. No se han alimentado adecuadamente y de economía baja	2. Alimentación inadecuada y de economía baja
3. carga emotiva muy fuerte lleno de temor	3. Tienen una carga emotiva fuerte y lleno de temor.
4. temor	4. Tengo temor de contagiarme por mí y mi familia.
5. tratamiento es exhausto, largo y hay modificaciones de los hábitos.	5. El tratamiento es exhausto, largo y debe modificarse los estilos de vida
6. Ayudar a culminar el tratamiento al paciente.	6. Ayudarlos a culminar el tratamiento
7. Medidas de bioseguridad.	7. Medidas de bioseguridad.
8. Responsabilidad en el proceso de tratamiento.	8. Responsabilidad durante el tratamiento.
9. logrando los objetivos	9. Logro de objetivos
10. Distintos tipos de sentimientos ya que cada paciente es diferente	10. Sentimientos distintos porque cada paciente es diferente.
11. cariño, dedicación, comprensión y responsabilidad	11. cariño, dedicación, comprensión y responsabilidad
12. Con los pacientes no.	12. Con los pacientes no.
13. Actitud propia	13. Actitud propia
	14. los familiares son intransigentes, malcriados y no tienen respeto.

<p>14. familiares que son bien intransigentes, malcriados y no tienen nada de respeto.</p> <p>15. Enfermedad estigmatizante que provoca rechazo y discriminación.</p> <p>16. Baja autoestima</p> <p>17. Alegrías por su recuperación</p> <p>18. Penas, tristezas y cólera porque algunos no son responsables con el tratamiento.</p> <p>19. Factores estresantes ya sea de manera directa e indirecta.</p> <p>20. Factores emocionales y cognitivos influyen mucho en nuestras vidas.</p> <p>21. Bastante temor</p> <p>22. Me encomiendo a Dios y rezo bastante.</p> <p>23. conozco a los pacientes y llegas a sentir un cariño.</p> <p>24. Dios tiene un propósito para mí.</p>	<p>15. Disminuir el rechazo y discriminación</p> <p>16. Baja autoestima</p> <p>17. La recuperación del paciente genera alegría.</p> <p>18. Pacientes que no cumplen con el tratamiento produce penas, tristezas y cólera.</p> <p>19. Los factores estresantes de manera directa e indirecta afectan la salud biopsicosocial.</p> <p>20. Factores emocionales y cognitivos influyen en nuestras vidas.</p> <p>21. Bastante temor</p> <p>22. Me encomiendo a Dios y rezo bastante.</p> <p>23. Llegas a sentir cariño a los pacientes.</p> <p>24. Dios debe tener un propósito para mí.</p>
--	--

DISCURSO I**CUADRO DE CONVERGENCIAS DEL DISCURSO**

CONVERGENCIAS DEL DISCURSO	UNIDAD DE SIGNIFICANCIA INTERPRETADAS
<p>A.-CREENCIAS</p> <p>Se han descuidado de su salud (1). Alimentación inadecuada y de economía baja (2). Tienen una carga emotiva fuerte y lleno de temor.(3) El tratamiento es exhausto, largo y debe modificarse los estilos de vida (5) Baja autoestima (16).</p>	<p>A.- CREENCIAS</p> <p>Son personas que se descuidaron de su salud, alimentación y son de economía baja; tienen una baja autoestima, carga emotiva fuerte y lleno de temor. El tratamiento es exhausto, largo y debe modificarse los estilos de vida</p>
<p>B. SENTIMIENTOS</p> <p>Sentimientos distintos porque cada paciente es diferente (10). Cariño, dedicación, comprensión y responsabilidad (11). La recuperación del paciente genera alegría (17). Pacientes que no cumplen con el tratamiento produce penas, tristezas y cólera.(18) Llegas a sentir cariño a los pacientes.(23)</p>	<p>B. SENTIMIENTOS</p> <p>Cada paciente es diferente algunos generan cariño, alegría sobre todo cuando se recuperan; otros te producen pena, tristezas y cólera porque abandonan el tratamiento pero llegas a tener cariño a los pacientes.</p>

<p>C. EMOCIÓN</p> <p>Tengo temor de contagiarme por mí y mi familia (4) Logro de objetivos (9). Con los pacientes no (12). Actitud positiva (13) Los familiares son intransigentes malcriados y no tienen respeto(14) Disminuir el rechazo y discriminación (15) Bastante temor (21)</p>	<p>C. EMOCIÓN</p> <p>Tengo temor de contagiarme por mí y mi familia pero el logro de objetivos y la actitud positiva de los pacientes me emociona, como también hay familiares intransigentes, malcriados y no tienen respeto; el rechazo y la discriminación me generan cólera, ira.</p>
<p>D. ESTIMULOS</p> <p>Ayudarios a culminar el tratamiento (6). Medidas de bioseguridad (7). Responsabilidad durante el tratamiento (8). Los factores estresantes de manera directa e indirecta afectan la salud biopsicosocial (19). Factores emocionales y cognitivos influyen en nuestras vidas (20). Me encomiendo a Dios y rezo bastante (22). Dios debe tener un propósito para mí.(24)</p>	<p>D. ESTIMULOS</p> <p>Los factores estresantes, emocionales y cognitivos influyen en nuestras vidas ya sea de manera directa e indirecta por eso debemos usar las medidas de bioseguridad y ser responsables durante el tratamiento. Me encomiendo a Dios y rezo bastante, él debe tener un propósito para mí.</p>

ANALISIS IDEOGRÀFICO

El profesional de enfermería manifiesta que son personas que se descuidaron de su salud, alimentación y son de economía baja; tienen una baja autoestima, carga emotiva fuerte y lleno de temor. El tratamiento es exhausto, largo y debe modificarse los estilos de vida.

Cada paciente es diferente algunos generan cariño, alegría sobre todo cuando se recuperan; otros te producen pena, tristezas y cólera porque abandonan el tratamiento pero llegas a tener cariño a los pacientes.

Tengo temor de contagiarme por mí y mi familia pero el logro de objetivos y la actitud positiva de los pacientes me emociona, como también hay familiares intransigentes, malcriados y no tienen respeto; el rechazo y la discriminación me generan cólera, ira.

Los factores estresantes, emocionales y cognitivos influyen en nuestras vidas ya sea de manera directa e indirecta por eso debemos usar las medidas de bioseguridad y ser responsables durante el tratamiento. Me encomiendo a Dios y rezo bastante, él debe tener un propósito para mí.

DISCURSO II

1. ¿Qué piensas de los pacientes con TB?

Son personas que **experimentan un cambio brusco en su vidas¹**, uno por el tratamiento largo que reciben y alguno de ellos son de **recursos económicos bajos o tienen algún vicio²** como la droga o ya tienen una enfermedad, también está asociada a una **inadecuada alimentación o antecedentes familiares³**.

2. ¿Tenías algún pensamiento antes de entrar a trabajar en el programa de TB?

Si, los comentarios te producen **temor⁴** pero los Seres Humanos debemos aprender a **adaptarnos al medio ambiente físico y emocional⁵**, siempre la carrera de enfermería me nació de vocación desde niña y dije soy enfermera y donde a mí me mandan **con mis funciones y labores a cualquier servicio⁵**. Ahora que recuerdo he escuchado comentarios de la estrategia que muchas veces provocan temor.

3. ¿Por qué trabajas en esta ESNPCT?

En realidad cuando gane el concurso me asignaron la estrategia, como dije la carrera de enfermería me nació desde niña, nosotras las enfermeras estamos **preparadas para brindar el cuidado a los individuos en diferentes situaciones⁷**.

4. ¿Crees que puedes adquirir la enfermedad al momento de brindar cuidado a un paciente con TB? ¿Por qué?

Claro que sí, podemos **adquirir la enfermedad porque estamos en contacto directo con ellos⁸** por lo que existe mayor probabilidad, incluso vienen tantas personas a realizar consultas y luego resultan que están

infectados, en ese momento no estás usando las **medidas de bioseguridad**⁹ entonces hay **mayor riesgo**¹⁰.

5. ¿Sientes alguna satisfacción al brindar cuidado a los pacientes con TB?

Si, muchos pacientes avanzan adecuadamente con el tratamiento porque se ponen metas, **verlos alegres cuando sus resultados son negativos para mi es una gran satisfacción**¹¹, asimismo **cuando te agradecen produce un efecto renovador como alegría, paz, entusiasmo**¹². Sin duda existen acontecimientos que te llenan de alegría.

6. ¿Qué sentimientos positivos has experimentado últimamente en el cuidado a pacientes con TB? ¿Por qué motivo? ¿Cuáles son?

Los sentimientos positivos surgen cuando los pacientes **culminan el tratamiento adecuadamente**¹³, ponen todo de su parte para recuperarse no solo de su salud, también emocionalmente, esta **actitud produce alegría, confianza**¹⁴ lo que te permite enfrentar nuevas situaciones que se puedan presentar.

7. ¿Qué sentimientos negativos has experimentado últimamente en el cuidado a pacientes con TB? ¿Por qué motivo? ¿Cuáles son?

Existen sentimientos negativos cuando algunos pacientes **abandonan el tratamiento, son irresponsables**¹⁵, no muestra interés sino resignación lamentablemente ante estas respuestas te produce **cólera, tristeza, preocupación ya que la familia también se puede contagiar y así sucesivamente**¹⁶. Es más hay **pacientes agresivos e irritables**¹⁷.

8. ¿Qué te motiva trabajar en la ESNPCT? ¿tus funciones de enfermería? ¿Su problema? ¿El horario de trabajo?

Uno de las motivaciones para seguir trabajando en la estrategia es **ser parte del logro de los pacientes, ver como se reintegran a la sociedad¹⁸**. Además hay pacientes que no aceptan la enfermedad personalmente **me gusta ayudarlos, motivarlos a seguir adelante¹⁹**. Las historias de **los pacientes es una motivación²⁰** más para seguir en esta estrategia.

9. ¿Qué experiencias emotivas has vivenciado durante el cuidado al paciente con TB?

Durante el tiempo que trabajo aquí, **he experimentado emociones positivas como alegría, entusiasmo; negativas cólera, pena²¹** por ejemplo “un joven con tantas ganas de recuperarse de enfrentar la enfermedad decía que no será un límite para dejar sus sueños” escucharlo me causa emociones positivas como alegría, entusiasmo.

10. ¿Crees que tu salud biopsicosocial se puede ver afectada por trabajar en la ESNPCT? ¿Por qué?

Posiblemente, porque hay **pacientes muy difíciles con una carga negativa²²** lo que produce estrés, este proceso puede provocar efectos psicológicos, lo importante es tener **confianza en Dios y tener precauciones²³**.

11. ¿Qué te produce pensar la probabilidad de contagiarte y contagiar a tu familia?

Haber al inicio presentaba **temor por mi familia²⁴** sobretodo, escuchar lo que me comentaban es una razón para desaminarse pero **económicamente necesitaba trabajar²⁵**, **siempre le pido a Dios en la casa y en el trabajo que él me proteja²⁶** no solo puede ser la tuberculosis

siempre le digo que me proteja de la enfermedades **tu eres mi escudo eres mi barrera y no tengo miedo**²⁷.

12. ¿Si tuvieras la oportunidad de elegir otro programa o estrategia lo harías? ¿Por qué?

Si, posiblemente hay normas pero si me darían a escoger elegiría Emergencias porque ahí también los pacientes necesitan mucho cuidado como dice su nombre es una emergencia, esto no significa que no quiero trabajar aquí.

DISCURSO II**CUADRO DE ANALISIS IDEOGRÁFICO**

<u>UNIDAD DE SIGNIFICADO</u>	<u>REDUCCION FENOMENOLOGICA</u>
1. Experimentan un cambio brusco en sus vidas.	Personas que experimentan cambios bruscos en su vidas (1).
2. Recursos económicos bajos o tienen algún vicio	Recursos económicos bajos, tienen algún vicio (2).
3. Inadecuada alimentación o antecedentes familiares	Alimentación inadecuada, antecedentes familiares (3)
4. Temor	Temor(4)
5. Adaptarnos al medio ambiente físico y emocional.	Adaptarnos al ambiente físico y emocional (5).
6. Con mis funciones y labores a cualquier servicio.	Con mis funciones y labores a cualquier servicio (6).
7. Preparadas para brindar el cuidado.	Preparadas para brindar el cuidado (7).
8. Adquirir la enfermedad porque estamos en contacto directo con ellos.	Podemos adquirir la enfermedad porque estamos en contacto directo
9. Medidas de bioseguridad	(8)
10. Mayor riesgo.	
11. Verlos alegres cuando sus resultados son negativos para mi es una gran satisfacción.	Medidas de bioseguridad (9). Mayor riesgo(10) Cuando sus resultados son negativos para mi es una gran satisfacción (11)

12. Cuando te agradecen produce un efecto renovador como alegría, paz, entusiasmo.	El agradecimiento produce alegría, paz, entusiasmo (12). Cumplen con el tratamiento(13)
13. Culminan el tratamiento adecuadamente.	Verlos bien de salud y emocionalmente produce alegría y confianza (14).
14. Recuperarse no solo de su salud, también emocionalmente, esta actitud produce alegría, confianza.	El abandono del tratamiento y resignación (15) Cólera, tristeza, preocupación (16).
15. Abandonan el tratamiento, son irresponsables, no muestra interés sino resignación.	Son agresivos e irritables (17). Logro de los pacientes y reintegración a la sociedad.(18)
16. Cólera, tristeza, preocupación.	Me gusta ayudarlos, motivarlos a seguir adelante (19)
17. Pacientes agresivos e irritables.	Los pacientes es mi motivación (20).
18. Ser parte del logro de los pacientes, ver como se reintegran a la sociedad.	Emociones positivas como alegría, entusiasmo; negativas cólera, pena (21)
19. Me gusta ayudarlos, motivarlos a seguir adelante	Pacientes difíciles (22) Confianza en Dios y tener precauciones (23)
20. Los pacientes es una motivación.	Temor por mi familia (24)
21. He experimentado emociones positivas como alegría, entusiasmo; negativas cólera, pena	Económicamente necesito trabajar (25) Le pido a dios que me proteja (26).

<p>22. Pacientes muy difíciles con una carga negativa.</p> <p>23. Confianza en Dios y tener precauciones</p> <p>24. Temor por mi familia.</p> <p>25. Económicamente necesitaba trabajar</p> <p>26. Siempre le pido a Dios en la casa y en el trabajo que me proteja.</p> <p>27. Tú eres mi escudo, eres mi barrera y no tengo miedo.</p>	<p>Tú eres mi escudo, mi barrera y no tengo miedo (28).</p>
--	---

DISCURSO II**CUADRO DE CONVERGENCIAS DEL DISCURSO**

CONVERGENCIAS DEL DISCURSO	UNIDAD DE SIGNIFICANCIA INTERPRETADAS
<p>A.-CREENCIAS</p> <p>Personas que experimentan cambios bruscos en su vidas (1). Recursos económicos bajos, tienen algún vicio (2).Alimentación inadecuada, antecedentes familiares (3) Podemos adquirir la enfermedad porque estamos en contacto directo (8) Mayor riesgo (10) Son agresivos e irritables (17) Pacientes difíciles (22)</p> <p>B. SENTIMIENTOS</p> <p>Cuando sus resultados son negativos para mi es una gran satisfacción (11) El agradecimiento produce alegría, paz, entusiasmo (12). Cumplen con el tratamiento (13) Verlos bien de salud y emocionalmente produce alegría y confianza (14). El abandono del tratamiento y resignación (15)</p> <p>Cólera, tristeza, preocupación (16). Emociones positivas como alegría, entusiasmo; negativas cólera, pena (21)</p>	<p>A.- CREENCIAS</p> <p>Personas que experimentan cambios bruscos en sus vidas, son de recursos económicos bajos, con algún vicio, alimentación inadecuada o antecedentes familiares. Algunos son difíciles, agresivos e irritables incluso podemos adquirir la enfermedad porque estamos en contacto directo hay mayor riesgo.</p> <p>B. SENTIMIENTOS</p> <p>Cuando sus resultados son negativos, cumplen con el tratamiento y verlos bien de salud es una gran satisfacción sientes alegría, confianza. Mientras que el abandono, resignación me da tristeza, preocupación y cólera a veces.</p>

<p>C. EMOCIÓN</p> <p>Temor(4) Logro de los pacientes y reintegración a la sociedad.(18)Me gusta ayudarlos, motivarlos a seguir adelante (19) Temor por mi familia (24)</p> <p>D. ESTIMULOS</p> <p>Adaptarnos al ambiente físico y emocional (5). Con mis funciones y labores a cualquier servicio (6). Preparadas para brindar el cuidado (7) Medidas de bioseguridad (9) Los pacientes es mi motivación (20). Confianza en Dios y tener precauciones (23) Económicamente necesito trabajar (25) Le pido a dios que me proteja (26).Tú eres mi escudo, mi barrera y no tengo miedo (28).</p>	<p>C. EMOCIÓN</p> <p>Tengo temor de contagiarme por mí y mi familia pero el logro de los pacientes y su reintegración a la sociedad me motiva a seguir adelante.</p> <p>D. ESTIMULOS</p> <p>Estamos preparadas para brindar cuidados de enfermería debemos adaptarnos al ambiente físico, emocional y hacer uso de las medidas de bioseguridad. Los pacientes son mi motivación por eso le digo a Dios tu eres mi escudo, mi barrera y no tengo miedo, además necesito trabajar para estar bien económicamente.</p>
--	---

ANÁLISIS IDEOGRÁFICO

El profesional de enfermería manifiesta que son personas que experimentan cambios bruscos en sus vidas, son de recursos económicos bajos, con algún vicio, alimentación inadecuada o antecedentes familiares. Algunos son difíciles, agresivos e irritables incluso podemos adquirir la enfermedad porque estamos en contacto directo hay mayor riesgo.

Cuando sus resultados son negativos, cumplen con el tratamiento y verlos bien de salud es una gran satisfacción sientes alegría, confianza. Mientras que el abandono, resignación me da tristeza, preocupación y cólera a veces.

Tengo temor de contagiarme por mí y mi familia pero el logro de los pacientes y su reintegración a la sociedad me motiva a seguir adelante.

Estamos preparadas para brindar cuidados de enfermería, debemos adaptarnos al ambiente físico, emocional y hacer uso de las medidas de bioseguridad. Los pacientes son mi motivación por eso le digo a Dios tu eres mi escudo, mi barrera y no tengo miedo, además necesito trabajar para estar bien económicamente.

DIRCUSO III

1. ¿Qué piensas de los pacientes con TB?

Son personas que necesitan bastante ayuda profesional¹, también son aquellas personas con bajos recursos económicos² porque los que no están bien alimentados son los más propensos a enfermar

2. ¿Tenías algún pensamiento antes de entrar a trabajar en el programa de TB?

¡Claro! Porque siempre se escuchaba del contagio incluso hubo un caso donde una enfermera se contagio **era terrible saber que iba a estar en el programa³** pero en fin todo pasa por algo pero **no debemos discriminarlos creo que aquí entra a tallar bastante la empatía⁴** y pues para eso fuimos formados profesionalmente.

3. ¿Por qué trabajas en esta ESNPCT?

Jajaja... **me designaron esta área⁵** en fin es mi trabajo y debo cumplirlo⁶ para esto fui formada y aquí estoy gracias a Dios todo tranquilo

4. ¿Crees que puedes adquirir la enfermedad al momento de brindar cuidado a un paciente con TB? ¿Por qué?

Claro que si a eso estamos expuestas, pero hay normas que debemos de cumplir, como utilizar las **medidas de bioseguridad⁷** y pues alimentarnos muy bien y con eso estoy segura jajaja... si a pesar de eso me contagio ya pues es cosa del destino.

5. ¿Sientes alguna satisfacción al brindar cuidado a los pacientes con TB?

Sí, **es bonito el programa⁸**, aquí a tus pacientes los tienes un largo tiempo por la misma naturaleza de la enfermedad y pues cada paciente es un mundo diferente es una **alegría saber que cada persona que llega muy mai saie**

curado ⁹ es una satisfacción tremenda para mí y me da mucha felicidad verlos mejor ¹⁰ .

6 ¿Qué sentimientos positivos has experimentado últimamente en el cuidado a pacientes con TB? ¿Por qué motivo? ¿Cuáles son?

Felicidad mucha felicidad ¹¹ bueno porque ellos vienen a buscarme y pues el cariño que me demuestran me hace feliz...

7. ¿Qué sentimientos negativos has experimentado últimamente en el cuidado a pacientes con TB? ¿Por qué motivo? ¿Cuáles son?

Bueno tenemos un paciente alcohólico muchas veces no viene a tomar sus pastillas y es un dolor de cabeza muchas veces me siento **frustrada de no poder ayudarlo** ¹² del todo pero no puedo cuidarlo las 24 horas verdad, **me siento muy impotente** ¹³...

8. ¿Qué te motiva trabajar en la ESNPCT? ¿Tus funciones de enfermería? ¿Su problema? ¿El horario de trabajo?

El problema que lleva cada paciente ¹⁴ hace que uno sienta deseos de ayudarlos por no solo es un problema personal sino también público y pues es una gran responsabilidad para nosotras y seguramente a cualquiera de nosotras nos gustaría que nos traten de lo mejor.

9. ¿Qué experiencias emotivas has vivenciado durante el cuidado al paciente con TB?

Tristeza mucha tristeza ¹⁶ por todo lo que se ve cada día en diferentes pacientes. Tenemos un caso de un paciente con tuberculosis cerebral te imaginas es feo, tenía que llevar su tratamiento todos los días a su casa uff. Sentía mucha pena. También tenía otra pacientita que tenía 5 hijos y pues los recursos económicos no era suficiente porque la comida no alcanzaba en casa y como toda madre prefiera sus hijos les daba de comer a ellos y si sobraba

comía y sino ya no se imaginan eso y tiene tbc, como es la vida, tenía muchas ganas de darle de apoyarle pero tampoco yo podía hacer mucho y todo eso me causa una gran tristeza y pena.

10. ¿Crees que tu salud biopsicosocial se puede ver afectada por trabajar en la ESNPCT? ¿Por qué?

Si porque aunque digas que no! Siempre hay una dudita ¹⁶ que se queda en uno y dices pues me habré contagiado o no y todo eso influye en nuestro estado emocional, y produce mucha preocupación¹⁷.

11. ¿Qué te produce pensar la probabilidad de contagiarte y contagia a tu familia?

Me produce mucha **ansiedad, desesperación y frustración¹⁸** wau no imagínate ¿no?, esa probabilidad no existe no hay y punto, no podría **imaginar contagiarlos sería terrible¹⁹** y no pues.

12. ¿Si tuvieras la oportunidad de elegir otro programa o estrategia lo harías? ¿Por qué?

En realidad sí, **todo tiene su tiempo y pues si llega el momento de rotar por un nuevo servicio bien yo encantad ¹⁹**; pero eso si siempre quiero dar lo mejor de mí y tengo q estar preparada para todo ²⁰

DISCURSO III**CUADRO DE ANÁLISIS IDEOGRÁFICO**

<u>UNIDADAD DE SIGNIFICADO</u>	<u>REDUCCION FENOMENOLOGICA</u>
1. Son personas que necesitan bastante ayuda profesional	1 Son personas que necesitan ayuda profesional
2. Son aquellas personas con bajos recursos económicos y los que no están bien alimentados.	2 Personas con bajos recursos económicos e inadecuada alimentación.
3. Era terrible saber que iba a estar en el programa	3 Fue terrible saber que iba a estar en el programa
4. No debemos discriminarlos creo que aquí entra a tallar bastante la empatía	4 No debemos discriminar, debemos ser empáticos
5. Me designaron esta área	5 Me asignaron esta área
6. Es mi trabajo y debo cumplirlo	6 Debo cumplir mis funciones
7. utilizar medidas de bioseguridad	7 medidas de bioseguridad
8. Es bonito el programa	8 Bonito el programa
9. Alegría saber que cada persona que llega muy mal sale curado	9 Es una alegría saber que cada persona que llega mal sale curado
10. Es una satisfacción tremenda para mí y me da mucha felicidad verlos mejor	10 Es una satisfacción verlos mejor y me da felicidad.
	11 Siento felicidad
	12 Me siento frustrada
	13 Me siento muy impotente

<p>11. Felicidad mucha felicidad</p> <p>12. Frustrada de no poder ayudarlos</p> <p>13. Me siento muy impotente...</p> <p>14. El problema que lleva cada paciente</p> <p>15. Tristeza mucha tristeza</p> <p>16. Si porque aunque digas que no! Siempre hay una dudita eso produce preocupación.</p> <p>17. Me habré contagiado o no y todo eso influye en nuestro estado emocional, y produce mucha preocupación</p> <p>18. Ansiedad, desesperación y frustración</p> <p>19. Imaginar contagiarlos; sería terrible.</p> <p>20. Todo tiene su tiempo y pues si llega el momento de rotar por un nuevo servicio bien yo encantad.</p> <p>21. Dar lo mejor de mí y tengo que estar preparada para todo.</p>	<p>14 El problema de cada paciente</p> <p>15 Siento tristeza</p> <p>16 Queda una duda eso produce preocupación</p> <p>17 Imaginar contagiarme me produce preocupación</p> <p>18 Siento ansiedad, desesperación y frustración</p> <p>19 sería terrible imaginar contagiarlos.</p> <p>20 Todo tiene su tiempo y si llega el momento de rotar yo encantada</p> <p>21 estoy preparada para todo y debo dar lo mejor de mí.</p>
---	--

DISCURSO III**CUADRO DE CONVERGENCIAS DEL DISCURSO**

CONVERGENCIAS DEL DISCURSO	UNIDAD DE SIGNIFICANCIA INTERPRETADAS
<p>CREENCIAS:</p> <p>Son personas que necesitan ayuda profesional¹ personas con bajos recursos económicos e inadecuada alimentación ².</p> <p>SENTIMIENTOS:</p> <p>No debemos discriminarlos debemos ser empáticos ⁴Bonito el programa⁸ es una alegría saber que cada persona que llega mal sale curado ⁹ es una satisfacción verlos mejor y me da felicidad.¹⁰ Siento felicidad ¹¹ Me siento frustrada¹² Me siento muy impotente¹³ Siento tristeza ¹⁵</p> <p>EMOCION:</p> <p>Fue terrible saber que iba a estar en el programa¹³ sería terrible imaginar</p>	<p>CREENCIAS:</p> <p>Son personas que necesitan ayuda profesional; son personas que descuidan su alimentación por el bajo recurso que tienen.</p> <p>SENTIMIENTOS:</p> <p>Es bonito el programa porque nos encariñamos con cada paciente y por eso debemos se empáticos y no discriminarlos, es una alegría y satisfacción saber que los pacientes salen curados y velos mejor da felicidad</p> <p>EMOCION:</p> <p>Sé que debo estar preparada para todo pero terrible imaginar contagiarlos</p>

<p>contagiarlos¹⁹ estoy preparada para todo y debo dar lo mejor de mi²⁰</p> <p>ESTIMULO:</p> <p>Me asignaron el área ⁵Debo cumplir mis funciones⁶ medidas de bioseguridad⁷</p> <p>Imaginar contagiarme me produce preocupación.¹⁷ Todo tiene su tiempo y si llega el momento de rotar yo encantada²⁰</p>	<p>ESTIMULO:</p> <p>Me asignaron el área y debo cumplir mis funciones y utilizar las medidas de bioseguridad porque solo imaginar contagiarme me produce preocupación y si llega el momento de rotar encantada.</p>
--	--

DISCURSO III

ANÁLISIS IDIOGRÁFICO

El profesional de enfermería manifiesta que son personas que necesitan ayuda profesional; que se descuidaron de su alimentación por el bajo recurso económico que tienen.

El programa es bonito, nos encariñamos con cada paciente y por eso no debemos ser empáticos y no discriminarlos, es una alegría y satisfacción saber que los pacientes salen curados y veios mejor te produce felicidad, sé que debo estar preparada para todo pero es terrible imaginar contagiarnos.

Me asignaron el área y debo cumplir con mis funciones y utilizar las medidas de bioseguridad porque solo imaginar contagiarme me produce preocupación y si llega el momento de rotar encantada.

DISCURSO IV

1. ¿Qué piensas de los pacientes con TBC?

Cada paciente con tuberculosis es un caso especial¹, ya sea por un antecedente familiar o simplemente por no alimentarse bien.²

2. ¿Tenías algún pensamiento antes de entrar a trabajar en el programa de TB?

Si, el temor de contagiarme y sobre todo por mi familia ³Imagínate contagiarlos llevar la enfermedad a casa sería terrible.⁴

3. ¿Por qué trabajas en esta ESNPCT?

Porque cada año se rota de servicio y pues me toco;⁵ la jefa es la que designa donde debemos trabajar.

4. ¿Crees que puedes adquirir la enfermedad al momento de brindar cuidado a un paciente con TB? ¿Por qué?

No creo Porque para eso están las medidas de bioseguridad ⁶ y pues siempre debemos estar protegidas antes de tener contacto con cada paciente. ⁷

5: ¿Sientes alguna satisfacción al brindar cuidado a los pacientes con TB?

¡Si! el poder ayudar y brindaries el cuidado a cada paciente es bonito⁸.
Y te sientes genial quedas satisfecha de poder ayudarlos.⁹

6. ¿Qué sentimientos positivos has experimentado últimamente en el cuidado a pacientes con TB? ¿Por qué motivo? ¿Cuáles son?

La satisfacción de poder ayudarlos a cada uno de ellos son un mundo diferente¹⁰ ayudarlos es una alegría¹¹ muy satisfactoria para mí

7. ¿Qué sentimientos negativos has experimentado últimamente en el cuidado a pacientes con TB? ¿Por qué motivo? ¿Cuáles son?

Haber creo que es el estrés porque los pacientes que creen que ya están sanos o se sienten mejorcitos abandonan el tratamiento¹² y es un estrés que hacer con ellos buscarlos a veces se resisten otros vuelven y algunos simplemente no quieren y punto. Es terrible¹³.

8. ¿Qué te motiva trabajar en la ESNPCT? ¿Tus funciones de enfermería? ¿Su problema? ¿El horario de trabajo

Me motiva saber que ayudar a un ser humano a recuperarse de una enfermedad como esta es parte de nosotros y eso me motiva mi trabajo¹⁴

9. ¿Qué experiencias emotivas has vivenciado durante el cuidado al paciente con TB?

Preocupación, tristeza frustración¹⁵ porque te conmueve la situación es triste¹⁶ no es broma.

10. ¿Crees que tu salud biopsicosocial se puede ver afectada por trabajar en la ESNPCT? ¿Por qué?

Temor¹⁷ al principio, pero ahora no porque si utilizamos las medidas de bioseguridad adecuada no vas a contagiarme todo tranquilo por ahí no hay temor.

11. ¿Qué te produce pensar la probabilidad de contagiarte y contagiar a tu familia

Temor, angustia y más si se trata de mi familia moriría con la probabilidad de imaginar¹⁸.

12. ¿Si tuvieras la oportunidad de elegir otro programa o estrategia lo harías? ¿Por qué?

Ño, Porque ya estoy involuagrada con mis pacientes y me da pena dejarlos

¹⁹ ya estoy encariñada con todos.

DISCURSO IV**CUADRO DE ANALISIS IDEOGRÁFICO**

<u>UNIDADAD DE SIGNIFICADO</u>	<u>REDUCCION FENOMENOLOGICA</u>
1. Cada paciente con tuberculosis es un caso especial	1 Cada paciente con tuberculosis es un caso especial
2. Ya sea por un antecedente familiar o simplemente por no alimentarse bien.	2 Antecedente familiar o por no alimentarse bien.
3. El temor de contagiarme y sobre todo por mi familia	3 Temor de contagiarme y sobre todo por mi familia
4. Llevar la enfermedad a casa sería terrible	4 Sería terrible llevar la enfermedad a casa.
5. Cada año se rota de servicio y pues me toco	5 Rotamos a diferentes servicios.
6. Medidas de bioseguridad	6 Medidas de bioseguridad
7. Siempre debemos estar protegidas antes de tener contacto con cada paciente	7 Debemos estar protegidas antes de tener contacto con cada paciente
8. brindarles el cuidado a cada paciente es bonito	8 Brindar cuidado a cada paciente es un sentimiento bonito.
9. Te sientes genial quedas satisfecha de poder ayudarlos	9 Te sientes genial quedas satisfecha de ayudarlos
10. La satisfacción de poder ayudarlos a cada uno de ellos son un mundo diferente	10 Satisfacción de ayudarlos.
11. Es una alegría	11 Siento alegría
	12 El abandono del tratamiento del tratamiento te genera estrés.

<p>12.El estrés, porque los pacientes creen estar sanos o se sienten mejorcitos abandonan el tratamiento,</p>	<p>13 Es terrible porque algunos no cumplen el tratamiento.</p>
<p>13.A veces se resisten, otros vuelven y algunos simplemente no quieren y punto Es terrible</p>	<p>14 Motiva mi trabajo ayudarlos a recuperar de su enfermedad.</p>
<p>14.Ayudar a un ser humano a recuperarse de una enfermedad como esta es parte de nosotros y eso me motiva mi trabajo</p>	<p>15 Preocupación, tristeza frustración</p>
<p>15.Preocupación, tristeza frustración</p>	<p>16 Conmueve la situación porque es triste.</p>
<p>16. Conmueve la situación es triste</p>	<p>17 Siento temor</p>
<p>17. Temor</p>	<p>18 Me angustia imaginar contagiar a mi familia</p>
<p>18.Angustia y más si se trata de mi familia moriría con la probabilidad de imaginar</p>	<p>19 Me da pena dejarlos porque estoy involucrada con mis pacientes</p>
<p>19.estoy involucrada con mis pacientes y me da pena dejarlos</p>	

DISCURSO IV**CUADRO DE CONVERGENCIAS DEL DISCURSO**

CONVERGENCIAS DEL DISCURSO	UNIDAD DE SIGNIFICANCIA INTERPRETADAS
<p>A. CREENCIAS</p> <p>Cada paciente con tuberculosis es un caso especial (1) ya sea por un antecedente familiar o simplemente por no alimentarse bien (2)</p> <p>B.-SENTIMIENTOS</p> <p>Brindar cuidado a cada paciente es un sentimiento bonito (8) Te sientes genial quedas satisfecha de ayudarlos (9) Satisfacción de ayudarlos (10) Siento alegría.(11) Preocupación, tristeza, frustración (15)Conmueve la situación porque es triste (16) Me da pena dejarlos porque estoy involucrada con mis pacientes(19).</p> <p>C.-EMOCIÒN</p> <p>Temor de contagiarme y sobre todo por mi familia(3) Sería terrible llevar la enfermedad a casa (4) Es terrible</p>	<p>A.-CREENCIAS</p> <p>Cada paciente con tuberculosis es un caso especial ,ya sea por no alimentarse bien o por un antecedente familiar</p> <p>B.-SENTIMIENTOS</p> <p>Brindar cuidado a cada paciente es un sentimiento bonito, te sientes alegre, genial, satisfecha. Las diferentes situaciones te generan pena, tristeza y preocupación estoy involucrada con ellos.</p> <p>C.- EMOCIÒN</p> <p>Tengo temor de contagiarme sobre todo por mi familia no quisiera tener esta</p>

<p>porque algunos no cumplen el tratamiento.(13)</p>	<p>enfermedad , es terrible ver como algunos no cumplen con el tratamiento,</p>
<p>D.-ESTIMULO</p>	
<p>Rotamos a diferentes servicios (5)</p>	<p>D.-ESTIMULO</p>
<p>Medidas de bioseguridad (6) Debemos estar protegidas antes de tener contacto con cada paciente(7) El abandono del tratamiento te genera estrés.(12) Motiva mi trabajo ayudarlos a recuperar de su enfermedad (14)</p>	<p>Motiva mi trabajo ayudarlos a recuperar de su enfermedad como también el abandono del tratamiento te genera estrés, siempre debemos usar las medidas de bioseguridad en los diferentes servicios.</p>

DISCURSO IV

ANALISIS IDIOGRAFICO

El profesional de enfermería manifiesta que cada paciente con tuberculosis es un caso especial, ya sea por no alimentarse bien o por un antecedente familiar. Brindar cuidado a cada paciente es un sentimiento bonito, te sientes alegre, genial, satisfecha. Las diferentes situaciones te generan pena, tristeza y preocupación realmente estoy involucrada con ellos.

Tengo temor de contagiarme sobre todo por mi familia no quisiera tener esta enfermedad, es terrible ver como algunos no cumplen con el tratamiento,

Me motiva ayudar a los pacientes a recuperarse de su enfermedad como también el abandono al tratamiento te genera estrés, siempre debemos usar las medidas de bioseguridad.

DISCURSO V

1. ¿Qué piensas de los pacientes con TBC?

Son pacientes como si tendrían cualquier otro tipo enfermedad¹, porque la tuberculosis se cura, pero sólo los héroes pueden enfrentarse a esta enfermedad² si logran vencerla podrán hacer cualquier cosa que se propongan.

2. ¿Tenías algún pensamiento antes de entrar a trabajar en la ESNPCT?

Sí, claro miedo de contagiarme³ ya que la falta de conocimiento sobre la enfermedad me ha conducido a la generación de mitos, estigmas y temores⁴.

3. ¿Por qué trabajas en esta ESNPCT?

Yo no tenía muchos años de experiencia laboral, era nueva en este centro de salud y me designaron para trabajar aquí en la ESNPCT⁵, no me dieron la opción de elegir en que servicio me gustaría trabajar.

4. ¿Crees que puedes adquirir la enfermedad al momento de brindar cuidado a un paciente con TB? ¿Por qué?

Sí puedo contagiarme, el riesgo es mayor en los profesionales de salud en especial los profesionales de enfermería⁶ ya que estamos por mayor tiempo en contacto con pacientes con tuberculosis, tenemos mayor probabilidad de exposición ocupacional con esta enfermedad.

5. ¿Sientes alguna satisfacción al brindar cuidado a los pacientes con TB?

Sí, alegría y satisfacción de saber que ellos van mejorando¹⁵ y yo como profesional de enfermería sé que estoy haciendo bien las cosas, cumpliendo con mis funciones, brindando un cuidado de calidad a mis pacientes.

6. ¿Qué sentimientos positivos has experimentado últimamente en el cuidado a pacientes con TB? ¿Por qué motivo? ¿Cuáles son?

Alegría de saber que están mejorando, **cuando un paciente llega a terminar con el tratamiento del esquema indicado es una gran alegría, un orgullo para el paciente y sus familiares⁸, yo me siento la mejor.**

7. ¿Qué sentimientos negativos has experimentado últimamente en el cuidado a pacientes con TB? ¿Por qué motivo? ¿Cuáles son?

Cólera, rabia, impotencia da ganas de gritar que porque lo vomitas ¡toma ya!⁹, también siento tristeza y se me apaga esas ganas de continuar luchando contra esta terrible enfermedad cuando recuerdo la mirada de tristeza y dolor de todos aquellos que iniciaron el largo camino del tratamiento y que no pudieron terminarlo¹⁰.

Todo este temor, discriminación conlleva a no establecer una empatía¹¹ adecuada con la persona afectada provocando una inadecuada supervisión al tratamiento y una insuficiente educación.

8. ¿Qué te motiva trabajar en la ESNPCT? ¿Tus funciones de enfermería? ¿Su problema? ¿El horario de trabajo?

Los pacientes¹², porque conversas de sus problemas y ayudarlos eso satisface¹³, también me gusta ser un apoyo para ellos porque parece que la enfermedad es la causante de que se rompan muchas veces las redes familiares porque la propia familia los aísla¹⁴.

9. ¿Qué experiencias emotivas has vivenciado durante el cuidado al paciente con TB?

El paciente que llegó en condiciones de salud muy malas, decaído y ver cómo va mejorando su estado de salud porque asimila la medicina, no lo vomita y asiste puntualmente para recibir su tratamiento eso me emociona¹⁵.

10. Crees que tu salud biopsicosocial se puede ver afectada por trabajar en la ESNPCT? ¿Por qué?

La forma de contagio de la tuberculosis es más fácil y el riesgo de infectarse es mayor en el profesional de enfermería eso me produce temor ya que estamos en contacto directo con los pacientes por un tiempo prolongado eso **me produce temor**¹⁶.

11. ¿Qué te produce pensar la probabilidad de contagiarte y contagiar a tu familia?

Me produce inseguridad porque sé que la probabilidad de contagio es mayor en esta estrategia¹⁷ y yo tengo una hijita que aún depende de mí.

12. ¿Si tuvieras la oportunidad de elegir otro programa o estrategia lo harías? ¿Por qué?

Sí, porque me gustaría trabajar con niños en ESNI¹⁸.

DISCURSO V**CUADRO DE ANÁLISIS IDEOGRÁFICO**

<u>UNIDAD DE SIGNIFICADO</u>	<u>REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA</u>
1. Son pacientes como si tendrían cualquier otro tipo de enfermedad.	1. Son pacientes como si tendrían cualquier otro tipo de enfermedad.
2. Sólo los héroes pueden enfrentarse a esta enfermedad.	2. Sólo los héroes pueden enfrentarse a esta enfermedad.
3. Miedo de contagiarme	3. Tenía miedo de contagiarme.
4. La falta de conocimiento sobre la enfermedad me ha conducido a la generación de mitos, estigmas y temores.	4. La falta de más conocimiento sobre la tuberculosis me ha conducido a la generación de mitos, estigmas y temores.
5. Me designaron para trabajar aquí en la ESNPCT.	5. Me designaron para trabajar en la ESNPCT.
6. El riesgo es mayor en los profesionales de salud en especial los profesionales de enfermería.	6. El riesgo de contagio de tuberculosis es mayor en los profesionales de enfermería.
7. Alegría, satisfacción, de saber que están mejorando.	7. Siento alegría, satisfacción de saber que mis pacientes están mejorando su estado de salud.
8. Cuando un paciente llega a terminar con el tratamiento del esquema indicado es una gran	8. Es una gran alegría, un orgullo para los pacientes y sus familiares cuando logran terminar con el tratamiento

<p>alegría, un orgullo para el paciente y sus familiares.</p> <p>9. Cólera, rabia, impotencia da ganas de gritar que porque lo vomitas ¡toma ya!</p> <p>10. Siento tristeza y se me apaga esas ganas de continuar luchando contra esta terrible enfermedad cuando recuerdo la mirada de tristeza y dolor de todos aquellos que no pudieron terminar el tratamiento.</p> <p>11. Todo este temor, discriminación conlleva a no establecer una empatía.</p> <p>12. Los pacientes.</p> <p>13. Conversas de sus problemas y ayudarlos eso satisface.</p> <p>14. Parece que la enfermedad es la causante de que se rompan muchas veces las redes familiares porque la propia familia los aísla.</p> <p>15. Ver como mi paciente va mejorando su estado de salud porque asimila la medicina, no</p>	<p>9. Siento cólera, rabia e impotencia incluso me da ganas de gritar cuando un paciente no colabora y no tolera la medicina.</p> <p>10. Me produce tristeza cuando un paciente no logra terminar con su tratamiento.</p> <p>11. El temor, la discriminación hacía los pacientes con tuberculosis conlleva a no establecer una empatía.</p> <p>12. Mis pacientes son mi motivación para trabajar en la ESNPCT.</p> <p>13. Conversar de sus problemas y ayudarlos eso me satisface.</p> <p>14. La propia familia aísla a los pacientes con tuberculosis.</p> <p>15. Me emociona que mi paciente cumpla con su tratamiento y sea perseverante.</p> <p>16. La idea de contagiarme con TB me produce temor.</p> <p>17. Me siento insegura en esta estrategia.</p>
--	---

<p>lo vomita y asiste puntualmente para recibir su tratamiento eso me emociona.</p> <p>16. Me produce temor.</p> <p>17. Inseguridad porque sé que la probabilidad de contagio es mayor en esta estrategia.</p> <p>18. Me gustaría trabajar con niños en ESNI.</p>	<p>18. Me gustaría trabajar en otra estrategia.</p>
---	---

DISCURSO V**CUADRO DE CONVERGENCIAS DEL DISCURSO**

CONVERGENCIAS DEL DISCURSO	UNIDAD DE SIGNIFICANCIA INTERPRETADAS
<p>A. CREENCIAS</p> <p>Son pacientes como si tendrían cualquier otro tipo de enfermedad (1). Sólo los héroes pueden enfrentarse a esta enfermedad (2). La falta de más conocimiento sobre la tuberculosis me ha conducido a la generación de mitos, estigmas y temores (4). El riesgo de contagio de tuberculosis es mayor en los profesionales de enfermería (6). La discriminación por parte de los profesionales de salud hacía los pacientes con TB no permite establecer empatía (11).</p>	<p>A.-CREENCIAS</p> <p>Son pacientes como si tendrían cualquier otro tipo de enfermedad, solo los héroes pueden enfrentarla porque no es fácil curarse de la TB, el riesgo de contagiarse es mayor en los profesionales de enfermería y la falta de actualización sobre el tema me ha conducido a la discriminación y generación de mitos, estigmas y temores.</p>
<p>B.-SENTIMIENTOS</p> <p>Siento alegría, satisfacción de saber que mis pacientes están mejorando su estado de salud (7). Es una gran alegría, un orgullo para los pacientes y sus familiares cuando logran terminar con el tratamiento (8). Siento cólera, rabia e impotencia incluso me da ganas de</p>	<p>B.-SENTIMIENTOS</p> <p>Ver la recuperación de mis pacientes me produce alegría, satisfacción y es un orgullo para la familia. Sentí cólera, rabia, impotencia, tristeza y desesperanza cuando no lograron terminar con el tratamiento.</p>

<p>gritar cuando un paciente no colabora y no tolera la medicina (9). Me produce tristeza cuando un paciente no logra terminar con su tratamiento (10).</p>	
<p>C.-EMOCIONES</p>	
<p>Tenía miedo de contagiarme (3). Conversar de sus problemas y ayudarlos eso me satisface (13).</p>	<p>C.- EMOCIONES</p>
<p>Me emociona que mi paciente cumpla con su tratamiento y sea perseverante (15). La idea de contagiarme con TB me produce temor (16) Me siento insegura en esta estrategia (17).</p>	<p>Me emociona cuando el paciente cumple con el tratamiento y es perseverante pero me produce inseguridad, miedo y temor la idea de contagiarme con TB.</p>
<p>D.-ESTIMULO</p>	<p>D.-ESTIMULO</p>
<p>Me designaron para trabajar en la ESNPCT (5). Mis pacientes son mi motivación para trabajar en la ESNPCT (12). La propia familia aísla a los pacientes con tuberculosis (14). Me gustaría trabajar en otra estrategia (18).</p>	<p>Me gustaría trabajar en otra estrategia pero me designaron en esta, mis pacientes son una motivación continuar aquí, porque la familia no se preocupa por ellos, los aísla.</p>

ANÁLISIS IDEOGRÁFICO

Son pacientes como si tendrían cualquier otro tipo de enfermedad, solo los héroes pueden enfrentarla porque no es fácil curarse de la TB, el riesgo de contagiarse es mayor en los profesionales de enfermería y la falta de más conocimiento ha conducido a la discriminación y generación de mitos, estigmas y temores.

Ver la recuperación de mis pacientes me produce alegría, satisfacción y es un orgullo para la familia. Sentí cólera, rabia, impotencia, tristeza y desesperanza cuando no lograron terminar con el tratamiento.

Me emociona cuando el paciente cumple con el tratamiento y es perseverante pero me produce inseguridad, miedo y temor la idea de contagiarme con TB.

Me gustaría trabajar en otra estrategia pero me designaron en esta, mis pacientes son una motivación continuar aquí, porque la familia no se preocupa por ellos, los aísla.

ENTREVISTA VI

1. ¿Qué piensas de los pacientes con TB?

Son un poco difíciles¹ y con algunos problemas adictivos en la mayoría² de bajo recursos económicos³.

2. ¿Tenías algún pensamiento antes de entrar a trabajar en el programa de TB?

¡No!, Pienso que es como otros servicios y particularmente **de tener miedo a la estrategia y no tengo miedo y a las enfermedades tampoco⁴**, para que te contagies de tuberculosis no tienes que estar acá nada más te puedes contagiar en cualquier lugar⁵.

3. ¿Por qué trabajas en esta ESNPCT?

Cuando uno ingresa a un centro de salud te asignan las estrategias⁶ no sé cuál será el criterio de nuestros superiores.

4. ¿Crees que puedes adquirir la enfermedad al momento de brindar cuidado a un paciente con TB? ¿Por qué?

Se sabe que la tuberculosis es 100% contagiosa y está en el mismo ambiente por eso yo práctico las medidas de bioseguridad⁷, No creo poder adquirir la enfermedad y si bien sabemos que después de 15 días de recibir el tratamiento los pacientes ya no son bacilíferos en la mayoría de los casos.

5. ¿Sientes alguna satisfacción al brindar cuidado a los pacientes con TB?

Me da satisfacción de atender a los pacientes⁸, me gusta ayudar⁹ y que termine su tratamiento, **ver que son muchos los que salen adelante da mucha alegría¹⁰**, en ese momento sé que mi trabajo y el esfuerzo de ellos no fue en vano.

6. ¿Qué sentimientos positivos has experimentado últimamente en el cuidado a pacientes con TB? ¿Por qué motivo? ¿Cuáles son?

He sentido alegría por el hecho de que los objetivos se vienen cumpliendo, me siento realizada como profesional de saber de qué el paciente está llegando a donde no imagino llegar.¹¹

7. ¿Qué sentimientos negativos has experimentado últimamente en el cuidado a pacientes con TB? ¿Por qué motivo? ¿Cuáles son?

En esta estrategia tengo sentimientos negativos no en mis pacientes sino por mis pacientes por la discriminación que da cólera y frustración¹².

8. ¿Qué te motiva trabajar en la ESNPCT? ¿Tus funciones de enfermería? ¿Su problema? ¿El horario de trabajo?

Lo que me motiva trabajar en esta estrategia es el deseo de atender y servir a las personas que más nos necesitan¹³.

9. ¿Qué experiencias emotivas has vivenciado durante el cuidado al paciente con TB?

Emoción¹⁴ y alegría por las recuperaciones de los pacientes¹⁵ que a veces nosotros pensábamos que no iban a llegar al mes o a los 2 meses y ahora ya están caminando y mejor.

10. ¿Crees que tu salud biopsicosocial se puede ver afectada por trabajar en la ESNPCT? ¿Por qué?

¡No! por qué no tiene nada que ver en sí, al contrario me hace sentir mejor saber que ayudo a los que más necesitan de mí, la carrera es así de sacrificio, entrega y ayuda¹⁶.

11. ¿Qué te produce pensar la probabilidad de contagiarte y contagiar a tu familia?

Si por A o B me contagiara seria fuerte¹⁷, recibiría mi tratamiento y tendría que usar mi mascarilla para cuidar a los míos.

12. ¿Si tuvieres la oportunidad de elegir otro programa o estrategia lo harías? ¿Por qué?

No elegiría otra porque tengo metas que cumplir en esta estrategia¹⁸, aparte de esas metas tengo pacientes que veo diariamente entonces te creas un cierto cariño una cierta compañía que digamos¹⁹.

DISCURSO VI**CUADRO DE ANALISIS IDEOGRÁFICO**

UNIDAD DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Son un poco difíciles. 2. Con algunos problemas adictivos en la mayoría. 3. De bajo recursos económicos. 4. No tengo miedo a la ESNPCT y a las enfermedades tampoco. 5. Para que te contagies de tuberculosis no tienes que estar acá nada más te puedes contagiar en cualquier lugar. 6. Te asignan las estrategias. 7. Se sabe que la tuberculosis es 100% contagiosa y está en el mismo ambiente por eso yo práctico las medidas de bioseguridad. 8. Me da satisfacción de atender a los pacientes. 9. Me gusta ayudar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Son personas un poco difíciles de tratar. - Tienen problemas adictivos. - Son de bajo recursos económicos. - No tengo miedo trabajar en la ESNPCT. - Te puedes contagiar de la tuberculosis en cualquier lugar. - Me asignaron para trabajar en la ESNPCT. - Practicando las medidas de bioseguridad voy a evitar contagiarme en mi centro de trabajo. - Me produce satisfacción atender a mis pacientes. - Me gusta ayudar. - Me produce alegría ver que las personas con TB logran curarse.

<p>10. Ver que son muchos los que salen adelante da mucha alegría,</p> <p>11. Me siento realizada como profesional de saber de qué el paciente está llegando a donde no imagino llegar.</p> <p>12. Tengo sentimientos negativos no en mis pacientes sino por mis pacientes por la discriminación que da cólera y frustración.</p> <p>13. El deseo de atender y servir a las personas que más nos necesitan.</p> <p>14. Emoción</p> <p>15. Alegría por las recuperaciones de los pacientes.</p> <p>16. La carrera es así de sacrificio, entrega y ayuda.</p> <p>17. Si por A o B me contagiara sería fuerte, recibiría mi tratamiento.</p> <p>18. No elegiría otra, porque tengo metas que cumplir en esta estrategia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Me siento realizada y satisfecha como profesional al ver que mi paciente logra su objetivo. - La discriminación que sufren las personas con TB me da cólera y frustración. - Me motiva trabajar el deseo de atender y servir a las personas con TB. - Me produce emoción - Siento alegría cuando se recupera el paciente. - La carrera de enfermería es de sacrificio entre y ayuda. - Si me contagio sería fuerte. - No elegiría otra estrategia. - Siento cariño por mis pacientes, me agrada su compañía.
---	--

<p>19. Tengo pacientes que veo diariamente entonces te creas un cierto cariño, una cierta compañía que digamos.</p>	
--	--

DISCURSO VI**CUADRO DE CONVERGENCIAS DEL DISCURSO**

CONVERGENCIAS DEL DISCURSO	UNIDAD DE SIGNIFICANCIA INTERPRETADAS
<p>A.-CREENCIAS</p> <p>Son personas un poco difíciles de tratar (1). Tienen problemas adictivos (2). Son de bajo recursos económicos (3). Te puedes contagiar de la tuberculosis en cualquier lugar (5). La carrera de enfermería es de sacrificio entrega y ayuda (16). Si me contagio sería fuerte (17).</p> <p>A. SENTIMIENTOS</p> <p>Me produce alegría ver que las personas con TB logran curarse (10). La discriminación que sufren las personas con TB me da cólera y frustración (12). Siento alegría cuando se recupera el paciente (15). Siento cariño por mis pacientes, me agrada su compañía (19).</p> <p>B. EMOCIONES</p> <p>No tengo miedo trabajar en la ESNCPCT (4). Me produce satisfacción atender a</p>	<p>A.- CREENCIAS</p> <p>Son personas un poco difíciles de tratar, con problemas adictivos y de bajo recursos económicos, te puedes contagiar de la tuberculosis en cualquier lugar, no solo en esta estrategia, si eso sucede sería fuerte. La carrera es así de sacrificio, entrega y ayuda.</p> <p>B. SENTIMIENTOS</p> <p>Siento cariño por mis pacientes, me agrada su compañía y es una alegría cuando logran curarse de la TB, pero la discriminación que sufren me da cólera y frustración.</p> <p>C. EMOCIONES</p> <p>No tengo miedo de trabajar en la ESNPCT, al contrario me produce</p>

<p>mis pacientes (8). Me siento realizada y satisfecha como profesional al ver que mi paciente logra su objetivo (11). Me produce emoción (14).</p> <p>D. ESTIMULOS</p> <p>Me asignaron para trabajar en la ESNPCT (6). Practicando las medidas de bioseguridad voy a evitar contagiarme en mi centro de trabajo (7). Me gusta ayudar (9). Me motiva trabajar el deseo de atender y servir a las personas con TB (13). No elegiría otra estrategia (18).</p>	<p>satisfacción y emoción brindar mis cuidados a los pacientes, me siento realizada como profesional al ver que logran su objetivo.</p> <p>D. ESTIMULOS</p> <p>Me asignaron para trabajar en la ESNPCT y me motiva quedarme el deseo de atender y servir a las personas con TB para evitar contagiarme, práctico las medidas de bioseguridad.</p>
---	--

ANÁLISIS IDEOGRÁFICO

Son personas un poco difíciles de tratar, con problemas adictivos y de bajo recursos económicos, te puedes contagiar de la tuberculosis en cualquier lugar, no solo en esta estrategia, si eso sucede sería fuerte. La carrera es así de sacrificio, entrega y ayuda.

Siento cariño por mis pacientes, me agrada su compañía y es una alegría cuando logran curarse de TB, pero la discriminación que sufren me da cólera y frustración.

No tengo miedo de trabajar en la ESNPCT, al contrario me produce satisfacción y emoción brindar mis cuidados a los pacientes, me siento realizada como profesional al ver que logran su objetivo.

Me asignaron para trabajar en la ESNPCT y me motiva quedarme el deseo de atender y servir a las personas con TB, para evitar contagiarme práctico las medidas de bioseguridad.

CAPITULO V

CONSTRUCCIÓN DE RESULTADOS

5.1 Construcción de la estructura del fenómeno situado

Siguiéndolos momentos de la trayectoria metodológica, hemos obtenido las unidades de significado contenido en cada uno de los discursos, extrayendo los relevantes, sintetizándolos e interpretándolos; llegando a obtener una estructura del fenómeno agrupado en cuanto a su significado y categoría de análisis de esa manera determinar los discursos que nos convengan según categorías.

Las categorías de análisis obtenidas son: Componente cognoscitivo, componente afectivo, componente conductual.

COMPONENTE COGNOSCITIVO

Según (ob.cit) (1991), Son "las creencias y demás componentes cognoscitivos (el conocimiento, la manera de encarar al objeto, etc.), relativos al objeto de una actitud, constituyen el componente cognoscitivo de la actitud".

"Son personas como nosotros con la diferencia que se han descuidado de su salud, quizá no se han alimentado adecuadamente y son de economía baja"

Según Guillen (2000) plantea "implica las creencias que tenemos acerca del objeto de nuestra actitud; en otras palabras, conjunto de creencias que una persona tiene sobre algo

"Son pacientes como si tendrían cualquier otro tipo enfermedad, porque la tuberculosis se cura, pero sólo los héroes pueden enfrentarse a esta enfermedad si logran vencerla podrán hacer cualquier cosa que se propongan"

COMPONENTE AFECTIVO

Según Guillen (2000) "consiste en las emociones positivas y negativas acerca de algo, de una situación o de una persona. Es el componente más profundo y el más resistente al cambio"

"Cuando sus resultados son negativos, cumplen con el tratamiento y verlos bien de salud es una gran satisfacción sientes alegría, confianza."

Para Fishbein (1.999), lo define como "Sentimiento a favor o en contra de un determinado objeto social".

"El abandono, resignación me da tristeza, preocupación y cólera a veces"

Según Whitaker (1979) refuerza lo planteado por Rodríguez como: "respuesta afectiva o emotiva que va asociada con una categoría cognoscitiva a un objeto de la actitud

"El logro de objetivos y la actitud positiva de mis pacientes me emociona y su reintegración a la sociedad me inspiran a seguir adelante"

COMPONENTE CONDUCTUAL

Es la predisposición a actuar o responder de una forma determinada ante un estímulo u objeto actitudinal.

Según Rodríguez (1999) expresa que "las actitudes poseen un componente activo, instigador de conductas coherentes con las cogniciones y los efectos relativos a los objetos actitudinales."

"Para evitar contagiarme, práctico las medidas de bioseguridad"

Para Whitaker (1979) "acción manifiesta de un individuo, cuya base es una actitud, incluyendo el acto o la conducta a que se dedicara a un individuo en presencia de ciertos estímulos".

Según Guillen (2000) "consiste en la predisposición o intención para actuar en forma específica como consecuencia de su sentir hacia la persona, objeto o situación."

"Los pacientes son mi motivación por eso le digo a Dios tu eres mi escudo, mi barrera y no tengo miedo".

CATEGORIA N° 1: COMPONENTE COGNOSCITIVO

"Son personas que se descuidaron de su salud, alimentación y son de economía baja."

C₁, C₂, C₃, C₄, C₆

"Son pacientes como si tendrían cualquier otro tipo de enfermedad, solo los héroes pueden enfrentarla porque no es fácil curarse de la TB"

C₅

"Son pacientes difíciles, el riesgo de contagiarse es mayor en el profesional de enfermería porque estamos en contacto directo y por mayor tiempo"

C₂, C₃, C₆

"La falta de actualización sobre el tema me ha conducido a la discriminación y generación de mitos, estigmas y temores"

C₅

Unidad de Significado

C
R
E
E
N
C
I
A
S

Menos frecuente



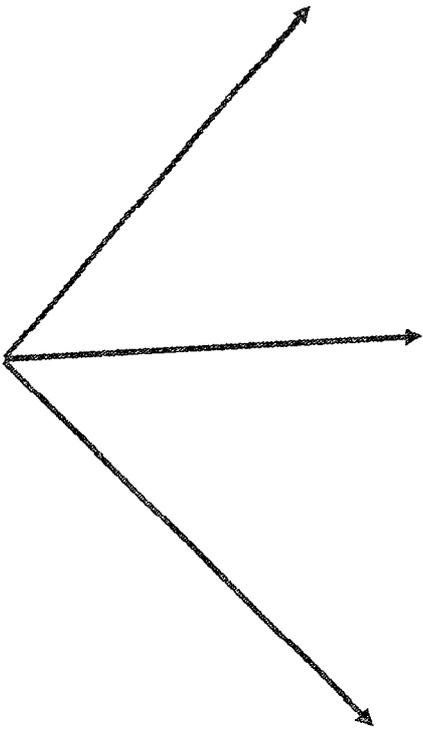
Más frecuente



CATEGORIA N° 2: COMPONENTE AFECTIVO

Unidades de Significad
o

S
E
N
T
I
M
I
E
N
T
O
S



"Siento cariño por mis pacientes, me agrada su compañía, es una alegría y satisfacción cuando logran curarse de la TB."

S₁, S₂, S₄, S₅

"La discriminación que sufren las personas con TB me produce cólera y frustración."

S₁, S₂, S₄, S₅

"Sentí cólera, rabia, impotencia, tristeza y desesperanza cuando abandonaron el tratamiento."

S₆

Mas frecuente

-
-

Menos frecuente

-

"Me produce inseguridad y temor la idea de contagiarme con TB por mí y mi familia."

E₁.E₂.E₃.E₄.E₅

"No tengo miedo de trabajar en la ESNPCT."

E₆

"El logro de objetivos y la actitud positiva de mis pacientes me emociona y su reintegración a la sociedad me inspiran a seguir adelante"

E₁.E₂.E₅.E₆

"Hay familiares de los pacientes con TB que son intransigentes, malcriados, no tienen respeto; los rechazan y discriminan, eso me genera ira y decepción."

E₁

**E
M
O
C
I
O
N
E
S**

Unidades de Significad
o

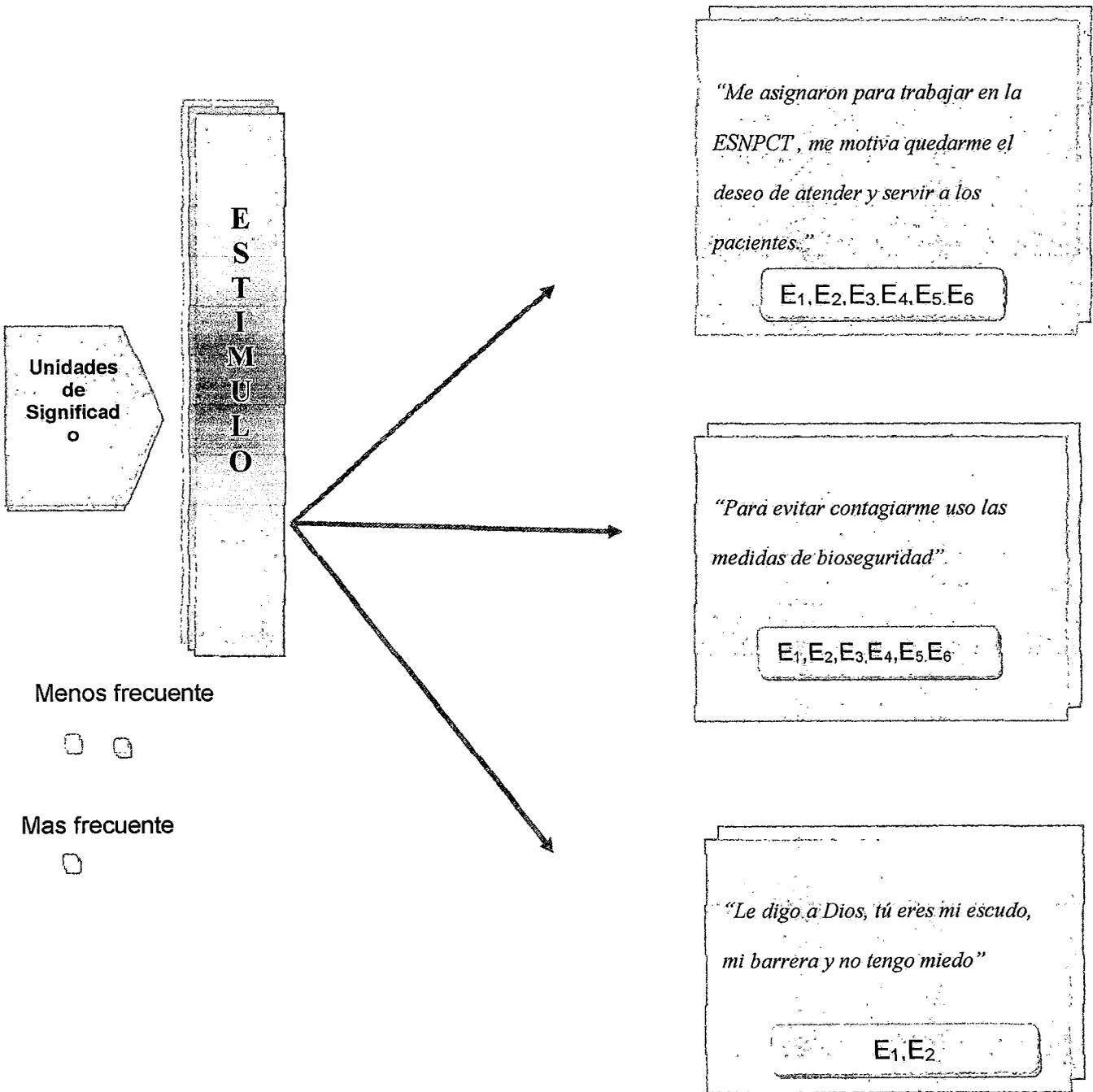
Menos frecuente



Mas frecuente



CATEGORIA N° 2: COMPONENTE CONDUCTUAL



CAPITULO VI

APROXIMACIÓN CONCEPTUAL DEL FENÓMENO EN ESTUDIO

Antes de finalizar este trabajo, deseamos hacer algunas reflexiones que creemos necesarias; somos enfermeros por vocación porque nos gusta, amamos cuidar, ayudar, aun sabiendo que nuestra salud puede verse afectada es por eso que realizamos el presente estudio, el cual permitió conocer y comprender las experiencias, sentimientos, emociones, y el modo de afrontamiento al brindar cuidados a pacientes con tuberculosis, al estar en contacto con una enfermedad de alto y fácil modo de transmisión, además nos permitió conocer como el rol del profesional de enfermería en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis, influye mucho positiva y negativamente en el bienestar físico, psicológico y social de la enfermera.

En el estudio realizado logramos rescatar de las unidades de análisis, tres dimensiones o categorías que representan el análisis develado, las cuales son: Componente cognoscitivo, componente afectivo y componente conductual.

La mayoría de categorías tiene convergencias, que resaltan como aspecto esencial, las creencias, los sentimientos positivos y negativos, las emociones, y las actitudes a ciertos estímulos; sin embargo, existe entre estas categorías la divergencia que viene a ser el soporte del profesional de enfermería, debido a que la gran mayoría de las enfermeras entrevistadas manifiestan que tienen temor de asumir el rol en la ESNCP.

Finalizando este estudio, nos sentimos satisfechos y muy felices por lo que hemos logrado en nuestro primer intento de investigación cualitativa, y

esperamos que por la apertura de conocimientos y la nueva visión del mundo que hemos alcanzado y estamos compartiendo con ustedes a través de este documento, motivarios en la aplicación de realizar investigaciones cualitativas, que repercuta en el mejoramiento de nuestra calidad de atención.

CONCLUSIONES

- La mayoría de profesionales de enfermería que manejan la Estrategia Sanitaria Nacional de Control de la Tuberculosis reflejan saberes que la situación de tener esta enfermedad se debe al descuido de su alimentación, salud y son personas de recursos económicos bajos y el riesgo de contagiarse es mayor en el profesional de enfermería porque estamos en contacto directo y por mayor tiempo.

- Durante el cuidado a los pacientes los profesionales de enfermería se muestran alegres esto se debe al logro de sus objetivos y a la recuperación de ellos. Como consecuencia de la discriminación y a veces del abandono al tratamiento también muestran tristeza, cólera no solo con los pacientes si no también con los familiares. En general los profesionales de enfermería se sienten emocionalmente motivados por el deseo de atender y servir para la recuperación del paciente.

- Para los profesionales de enfermería es un temor contagiarse y contagiar a sus familiares generando angustia y conductas en busca de Dios (rezar). En general los profesionales de enfermería que laboran en dicha estrategia fueron asignados mediante un memorándum.

RECOMENDACIONES

- ❖ Realizar más investigaciones con enfoque Cualitativo en el área de Enfermería porque fortalece la profesión al conocer a profundidad el lado humano de la persona (sentimientos, pensamientos, experiencias).
- ❖ Motivar por parte del docente de la escuela académica profesional de enfermería en la enseñanza de las investigaciones con el enfoque cualitativo a fin de propiciar en el estudiante el constructivismo social y tener una comprensión más humana de la cultura y necesidades de las personas.
- ❖ Fortalecer las competencias en el profesional de enfermería mediante capacitaciones para mejorar el conocimiento y aspectos bioéticos en relación a valores y respeto a la persona, familia afectada por la tuberculosis.
- ❖ Utilizar los hallazgos de la investigación para fortalecer el quehacer de Enfermería en la ESN-PCT de los diferentes establecimientos de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Musayón FY, Loncharich N, Salazar ME, Leal HM, Silva I, Velásquez D .El rol de la enfermería en el control de la tuberculosis: una discusión desde la perspectiva de la equidad. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet] 2010 Ene-feb [Accesado 05 Jun 2013];18(1) 1):[09 pantallas]. Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae.
2. BONILLA ASALDE, Cesar. "Situación de la tuberculosis en el Perú:"current status. *Acta méd. Peruana* [online]. 2008, vol.25, n.3, pp. 163-170. ISSN 1728-5917. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php>
3. Ibid (2)
4. BOLARTE ESPINOZA José. Boletín Epidemiológico Mensual .Hospital Nacional Dos de Mayo. Día mundial de la tuberculosis. Lima .Año 3 Vol. 3 N° 02 Marzo 2013. Disponible en: <http://hdosdemayo.gob.pe/documentos/xxxx-2013-05/boletin-epidemiologico-marzo-2013.pdf>
5. ibid (4)
6. Herrera D, Pino, H. Actitud del personal de enfermería ante los cuidados en pacientes en situación de calle (indigentes) que ingresan en la emergencia del hospital Vargas de Caracas durante el tercer trimestre del año 2009.[Tesis de licenciatura]. Venezuela:Universidad Central de Venezuela, Facultad de Medicina; 2009.
7. ibíd. (6)
8. Ibíd. (6)
9. ibíd. (6)

10. Rivera LN, Álvaro T. Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la Clínica del Country. [Diplomado para evaluadores externos]. México: Consejo Mexicano para la Acreditación de Enfermería, a.c. Módulo N° 2. Disponible en: [www.Docentes. Unal.edu.co/ inriverra/docs/CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERIA VISIBILIZANDO LA TEORIA Y LA INVESTIGACION EN LA PRACTICA. Pdf](http://www.Docentes.Unal.edu.co/inriverra/docs/CUIDADO_HUMANIZADO_DE_ENFERMERIA_VISIBILIZANDO_LA_TEORIA_Y_LA_INVESTIGACION_EN_LA_PRACTICA.Pdf)

11. NODDINGS (1984); in: Waidow, (1998), "Enfoque Teórico en Enfermería-Cuidado Humano". Editora Atlas, Brasil.

12. Donahue (1985), "Qualitative Research in Nursing Advancing the Humanist Imperative". Edit. Lippincott Company, Philadelphia – Estados Unidos.

13. Fanny Cisneros G. Teorías y modelos de Enfermería. Popayán [internet]. 2005:1; 8-9 [consultado 2005 Feb 15]. Disponible en: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>

14. Arantxa Etxebeste. Modelo de teorías de Enfermería aplicados en salud mental. Mondragón [internet]. 1998:1; 5 [consultado 1998 Jun. 4 y 5] Disponible en: <http://www.anesm.eu/descargas/modelos%20teoricos%20de%20enfermeria%20aplicados%20a%20salud%20mental.pdf>

15. Lazarus, Richard y Folkman, Susan. Stress .Appraisal and coping. New York. Springer, 1984 .disponible: [http://www.amazon.com/Stress-Appraisal-Coping-Richard-Lazarus/dp/0826141919%20Consultado%20%6012 de abril del 2009\)](http://www.amazon.com/Stress-Appraisal-Coping-Richard-Lazarus/dp/0826141919%20Consultado%20%6012%20de%20abril%20del%202009)

16. Husserl, Meditaciones, 62, "Husserl's Theory of the Pure Ego". 1ra ed. [internet]. Inglaterra; Cambridge; 1982, [consultado 2011 oct 14] Disponible en: <http://dspaceunav.es/dspace/bitstream/10171/645/4/7%20HUSSERL%2>

0Y%20LAS%20APOR%C3%8DAS%20DE%20LA%20INTERSUBJETIVI
DAD,%20ST%C3%81LER.S.%20FINKE.pdf

17. Heidegger, Martin, El Ser Y el Tiempo 6ta ed. [internet]. México: Fondo de la cultura Económico; 1993. [Consultado 2011 oct 15]. Disponible: <http://books.google.com.pe/books?id=AaXiLJMbTGkC&printsec=frontcover&dq=HEIDEGGER,+Mart%C3%ADn.+EL+SER+Y+el+Tiempo&hl=es-v=onepage&q=HEIDEGGER%2C%20Mart%C3%ADn.%20El%20Ser%20Y%20el%20Tiempo&f=false>
18. Olivia Herrera Cué. Cuidado de enfermería a pacientes con tuberculosis pulmonar. [tesis. licenciada en enfermería]. México: universidad de veracruzana, facultad de enfermería; 2007
19. Comisión honoraria para la lucha antituberculosa y enfermedades prevalentes- chla-ep. Departamento de tuberculosis. DR. Jorge Rodríguez de Marco.
20. Scope (2005) Tuberculosis Pulmonar. (En red) Disponible en: http://www.drscope.com/pac/mq/a4/mga4_p22.htm.
21. Scutheasteren nacional tuberculosis center disponible en: <http://biblioteca.ulagrancolombia.edu.co/cgi-bin/koha/opac>
22. ibid (21)
23. Juail Carpenito Lynda. (2003). Diagnósticos de Enfermería, Aplicaciones a la práctica clínica. (9a. Edic.) Madrid Editorial Interamericana McGraw 6Hill.
24. Míreies Hernández, O. M., Chiong Silva, O., Miranda Rosaies, M (2002). Comportamiento de la Tuberculosis Pulmonar. Revista Cubana de Enfermería, Vol.18,no 2 p.98-102, SIN 0864-0319. 7

25. GINES, G. Ministerio de educación ciencia y tecnología, ministerio de salud y ambiente. Comisión internacional Pg. 4 Disponible en: <http://www.me.gov.ar/curriform/publica/enfermeria.pdf>

26. Aceituno M, Estévez I, Martínez M. Competencias de enfermería del rol investigador y tutorización de alumnos: grado de desarrollo en unidades de hospitalización [Enfermería para la obtención del Master]. ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA SANTA MADRONA; 2007. Pg. 6-24. Disponible en: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21547/1/2007_8.pdf

27. Ibíd.(26)

28. Herrera D, Pino H. Actitud del personal de enfermería ante los cuidados a pacientes en situación de calle (indigentes) que ingresan a la emergencia del Hospital Vargas de Caracas durante el tercer trimestre del año 2009. Trabajo para licenciatura de enfermería. Facultad de enfermería.

29. ibid (28)

30. ibid (28)

31. ibid (28)

32. GUILLEN, O. (2000). Psicología. Editorial Salesiana. Caracas. Venezuela.

33. ibid (32)

34. ibid (32)

35. ibid (28)

36. ibid (28)

37. Ibid (28)

38. Ibid (28)

39. Ibid (32)

40. Universidad Central de Venezuela. Disponible en:
[http://saber.ucv.ve/xmlui/bitstream/123456789/1126/1/ACTITUD%20DEL%20PERSONAL%20DE%20ENFERMER%20C3%8DA%20ANTE%20LOS%20CUIDADOS%20A%20PACIENTES%20EN%20SITUACION%20DE%20CALLE%20\(INDIGENTE\).pdf](http://saber.ucv.ve/xmlui/bitstream/123456789/1126/1/ACTITUD%20DEL%20PERSONAL%20DE%20ENFERMER%20C3%8DA%20ANTE%20LOS%20CUIDADOS%20A%20PACIENTES%20EN%20SITUACION%20DE%20CALLE%20(INDIGENTE).pdf)

41. Barrera A. Vivencias de la enfermera en el rol del paciente durante el periodo de hospitalización. Diciembre 2008. Catedra de taller de trabajo final. Escuela de enfermería. Facultad de ciencias médicas. Disponible en
http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/barrera_barbara_alejandra.pdf

42. Olga Cecilia Montecinos pinto. Experiencia de pacientes con severa Discapacidad visual, progresiva e Irreversible. Chile [internet].2005:1; 15 [consultado 2005] Disponible en:
<http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2005/fmm773e/doc/fmm773e.pdf>

43. Ibid (42)

44. Ana Belén Salamanea Castro, Cristina Martin, Crespo Blanco. El muestreo en la investigación cualitativa. [Internet].2007:27; 2 [consultado 2007 Mar 28] Disponible en:
http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS ADMINISTRADOR/F METODOLOGICA/FMetodologica_27.pdf

ANEXOS

ANEXOS 01

TÍTULO DE INVESTIGACION: "SIGNIFICADO DE LA EXPERIENCIA DE LAS ENFERMERAS EN EL CUIDADO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS HUÁNUCO - 2015."

GUÍA DE ENTREVISTA SOBRE EXPERIENCIA DE VIDA

FECHA: CÓDIGO DEL ENTREVISTADO:

HORA DE INICIO: HORA DE TERMINACIÓN:

1. ¿Qué piensas de los pacientes con TBC?
2. ¿Tenías algún pensamiento antes de entrar a trabajar en la ESNPCT?
¿Por qué?
3. ¿Crees que tu salud biopsicosocial se puede ver afectada por trabajar en la ESNPCT? ¿Por qué?
4. ¿Crees que puedes adquirir la enfermedad al momento de brindar cuidado a un paciente con TBC? ¿Por qué?
5. ¿Sientes alguna satisfacción al brindar cuidado a los pacientes con TBC?
6. ¿Qué sentimientos positivos has experimentado últimamente en el cuidado a pacientes con TBC? ¿Por qué motivo? ¿Cuáles son?
7. ¿Qué sentimientos negativos has experimentado últimamente en el cuidado a pacientes con TBC? ¿Por qué motivo? ¿Cuáles son?
8. ¿Qué te motiva trabajar en la ESNPCT? ¿Tus funciones de enfermería? ¿Su problema? ¿El horario de trabajo?
9. ¿Qué experiencias emotivas has vivenciado durante el cuidado al paciente con TB?
10. ¿Por qué trabajas en esta ESNPCT?

11. ¿Qué te produce pensar la probabilidad de contagiarte y contagiar a tu familia?
12. ¿Si tuvieras la oportunidad de elegir otro programa o estrategia lo harías?
¿Por qué?

Despedida o cierre de la entrevista.

ANEXOS 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente acepto participar de manera voluntaria en el proyecto de investigación cualitativo titulado: **“SIGNIFICADO DE LA EXPERIENCIA DE LAS ENFERMERAS EN EL CUIDADO A PACIENTES DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS HUÁNUCO 2015.**

La investigación es conducida por las alumnas de la universidad nacional “HERMILO VALDIZAN MEDRANO” - DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA.

El objetivo del estudio es comprender el significado de experiencia de enfermeras en el cuidado a pacientes con tuberculosis de los hospitales de la provincia de Huánuco; considerando el contenido cognoscitivo, afectivo y conductual se me ha explicado que mi participación consistirá en: responder a las preguntas de la entrevista que es instrumento del mencionado estudio la cual se divide en tres bloques con sus respectivas preguntas esto tomará aproximadamente de 30 a 40 minutos de tiempo. Siendo esto confidencial y anónimo.

Las investigadoras responsables se han comprometido a responder preguntas y aclarar cualquier duda u otro asunto relacionado que se plantee durante la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que considere conveniente, sin que ello afecte la investigación.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido.

Firma del voluntario: _____

Nombres: _____

DNI: _____

FIRMA DE LA INVESTIGADORA:
BUENO MARTEL, Yeny.
DNI: 46866844

FIRMA DE LA INVESTIGADORA:
CAMPOS QUICHCA, Karina.
DNI: 46267475

FIRMA DE LA INVESTIGADORA:
SANTAMARIA PENADILLO, Yaquelin.
DNI: 46390419