

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE ENFERMERÍA



**PERCEPCIÓN DEL CUIDADO ENFERMERO EN
PACIENTES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE
PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS,
CENTRO DE SALUD I.4-MINSA, CHICLAYO 2017**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

AUTOR: Bach. María del Rocío Bustamante Chacón

Chiclayo, 15 de junio del 2018

**PERCEPCIÓN DEL CUIDADO ENFERMERO EN
PACIENTES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE
PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS,
CENTRO DE SALUD I.4-MINSA, CHICLAYO 2017**

POR:

Bach. María del Rocío Bustamante Chacón

Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica
Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el Título de:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

APROBADO POR:

Mgtr. Anita del Rosario Zevallos Cotrina
Presidente de Jurado

Mgtr. Mercedes Elizabeth López Díaz
Secretaria de Jurado

Mgtr. Asunción Carmen Luz Bazán Sánchez
Vocal/Asesor de Jurado

Chiclayo, 15 de junio de 2018

ÍNDICE

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	15
1.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	15
1.2. BASES TEÓRICO – CONCEPTUAL	17
CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO	24
2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	24
2.2. ABORDAJE METODOLÓGICO	24
2.3. SUJETOS DE INVESTIGACIÓN	26
2.4. ESCENARIO	27
2.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	28
2.6. PROCEDIMIENTO	29
2.7. ANÁLISIS DE DATOS	30
2.8. CRITERIOS ÉTICOS	31
2.9. CRITERIOS DE RIGOR CIENTÍFICO	32
CAPÍTULO III: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	34
CONSIDERACIONES FINALES	58
RECOMENDACIONES	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXOS	70

DEDICATORIA

A Dios y a la Virgen María, porque ellos me dan la fuerza necesaria para perseverar en el buen camino y permitirme avanzar en la carrera profesional.

A mis padres, Juan y Silvia, por su gran ejemplo de amor y sacrificio, enseñanzas y apoyo que son estímulo incondicional para seguir esforzándome.

Rocío

AGRADECIMIENTO

A Dios, por el Don de la vida y entendimiento; el amor que debo al prójimo en esa persona sufriente y necesitada de mi cuidado, todo lo que soy y puedo, es por Él.

A mi familia por su ayuda en cada instante de mi vida, por su preocupación, aliento y alegría en los momentos de la carrera universitaria.

A mi estimada y querida asesora, Mgtr. Asunción Carmen Luz Bazán Sánchez, por su dedicación, tiempo, conocimientos brindados, consejos y paciencia para que este trabajo de investigación salga adelante, y así mejorar como profesional y persona.

Al I.S. Cruzadas de Santa María, al cual pertenezco, vocación otorgada por el Señor, y al apoyo y consejo recibido durante todos estos años.

Rocio

RESUMEN

La Tuberculosis sigue siendo una importante causa de morbilidad según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud. El cuidado enfermero percibido por el paciente, guarda estrecha relación con el éxito en el tratamiento antituberculoso, motivación de la presente investigación titulada: Percepción del cuidado enfermero en pacientes atendidos en el consultorio de prevención y control de tuberculosis. Centro de Salud I.4-MINSA, Chiclayo-2017, es cualitativa, abordaje estudio de caso. Tuvo como objetivos describir, analizar y comprender la Percepción del Cuidado Enfermero en pacientes atendidos en dicho consultorio. El soporte teórico lo constituyeron Boykin y Schoenhofer y su teoría: La enfermería como cuidado: Un Modelo para Transformar la Práctica, Matlin y Foley (percepción) y la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis” (NTSAPTB), N° 715-2013/MINSA. La muestra fueron 10 pacientes que reciben tratamiento, determinada por saturación y redundancia; los datos fueron recolectados mediante la entrevista semiestructurada. Las categorías se sometieron al análisis de contenido de Bardin. estas fueron: El cuidado una experiencia compartida entre el paciente y la enfermera; Percepción del cuidado como motivación para continuar el tratamiento, El cuidado compartido a partir de la educación sanitaria y La práctica ética apreciada como una responsabilidad inherente a la enfermera. Una consideración final fue: El cuidado enfermero percibido por el paciente radica en la confianza generada a partir del buen trato, ello fomenta cuidados compartidos, donde ambos crecen. La investigación estuvo tutelada por los principios éticos de E. Sgreccia y científicos de Lincoln y Guba.

PALABRAS CLAVES: Tuberculosis, atención de enfermería, paciente, centro de salud, percepción.

ABSTRACT

Tuberculosis continues to be a major cause of morbidity according to estimates by the World Health Organization. Nursing care perceived by the patient, is closely related to the success in antituberculous treatment, motivation of the present investigation entitled: Perception of nursing care in patients seen in the tuberculosis prevention and control clinic. Health Center I.4-MINSA, Chiclayo-2017, is a qualitative, case study approach. Its objectives were to describe, analyze and understand the Perception of Nursing Care in patients seen in that office. The theoretical support was constituted by Boykin and Schoenhofer and their theory: Nursing as care: A Model to Transform Practice, Matlin and Foley (perception) and the Technical Health Standard for Comprehensive Care of People Affected by Tuberculosis "(NTSAPTB),No. 715- 2013 / MINSA. The sample consisted of 10 patients receiving treatment, determined by saturation and redundancy; the data was collected through the semi-structured interview. The categories were subjected to Bardin content analysis. These were: Caring for a shared experience between the patient and the nurse; Perception of care as motivation to continue the treatment, Shared care from health education and Ethical practice appreciated as an inherent responsibility of the nurse. A final consideration was: Nursing care perceived by the patient lies in the trust generated from the good treatment, this encourages shared care, where both grow. The research was guided by the ethical principles of E. Sgreccia and scientists from Lincoln and Guba.

KEY WORDS : Tuberculosis, nursing care, patient, Health Centers, perception.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa, causada por bacterias pertenecientes al complejo de *Mycobacterium tuberculosis*, suele asentarse en los pulmones, pero el 33% de los casos afecta a otros órganos. El contagio suele ocurrir por vía aérea, a través de las gotitas de Flügge que expulsan los pacientes con tuberculosis pulmonar contagiosa ¹.

La tuberculosis (TB) es uno de los principales problemas de salud pública y una de las 10 causas de mortalidad en el mundo, señaló la Organización Mundial de la Salud (OMS)² que 10,4 millones de personas enfermaron de TB en el 2016, de los cuales 5,9 millones (56%) en hombres, 3,5 millones (34%) en mujeres, 1,0 millón (10%) en niños y 1,8 millones murieron a causa de la enfermedad, lo que convierte a la TB una de las enfermedades infecciosas más letal a nivel mundial.

Ante la evidente problemática mundial, la OMS pretende acabar para el 2030 con esta epidemia, que además es una de las metas relacionadas con la salud, incluidas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y la estrategia Alto a la Tuberculosis de la OMS, adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2014, de este modo se ofrece a los países un modelo para poner fin a la epidemia de tuberculosis, reduciendo la mortalidad y la incidencia de la enfermedad, y eliminando los costos catastróficos conexos².

Según el informe de la situación de la tuberculosis en las Américas 2016, se notificó 218 700 personas enfermas con una tasa de incidencia de 22.1 por 100 000 habitantes, 6 900 personas enfermaron de TB- MDR (Tuberculosis multidrogoresistente) y 6 000 personas con VIH desarrollaron TB. Se estima que el número de personas enfermas aumentará a 268.500 con una tasa de incidencia de 27.1 por 100.000 habitantes, 18 500 personas fallecidas por TB, además 5 900 personas fallecidas por co-infección TB/VIH³.

El Perú en relación a las Américas, es el tercer país con incidencia estimada de TB superior a la media regional con 117,9 por 100 000 habitantes, además junto con Brasil, México y Haití suman el 63% de casos de TB en todas sus formas. En el año 2016 se reportaron alrededor de 37 000 (14%) casos nuevos de TB y con 29,733 de casos estimados con un promedio de 2000 fallecidos por esta causa⁴. Para el 2017 se espera el 66% de casos en personas entre 15 y 44 años con un promedio 35 años (Rango Intercuartil 21 y 48 años) y 64 % de casos en hombres⁵, la situación descrita genera poner énfasis en la estrategia Tratamiento Acortado Directamente Observado (DOTS, acrónimo en inglés de Directly Observed Treatment Short Course), que responda, al objetivo planteado.

Debido a la problemática de la tuberculosis en 1991, MINSA, decidió implementar la estrategia DOTS en el país para el control de esta enfermedad⁶. La implementación del DOTS⁶, busca garantizar la adhesión al tratamiento, basándose no solo en la verificación de la toma de medicamento, sino que debido al seguimiento continuado del enfermo, se pueda establecer una relación estrecha con el personal de salud, mostrando una comunicación abierta a la escucha, y que el paciente se sienta acogido al presentar sus dudas y quejas, para encontrar un acceso más fácil al que cuida de él; sin embargo a pesar de la estrategia utilizada se evidencia una disminución del éxito de tratamiento a expensas de incrementos del porcentaje de abandonos del 4 al 7%⁷.

Por ello el control de la tuberculosis, en el Perú, se ha basado en la importante aplicación del DOTS, estrategia que está relacionada con la acción preventiva del abordaje de los determinantes sociales teniendo en cuenta los factores biológicos del paciente, la respuesta de los servicios de salud y las condiciones socioeconómicas de la población afectada, así como el compromiso de los profesionales de salud, dentro de ellas el de la enfermera.

Los servicios de salud en el Perú toman la denominación de Instituciones Administradoras de Fondos del Aseguramiento en Salud (IAFAS). La cobertura

según las IAFAS, en los rangos más significativos en el Seguro Integral de Salud (SIS) es de 59,8% de la población y EsSalud con 30,9%⁸. En el caso del MINSA, a fin de garantizar la eficiente operación de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis (ESNPCTB) se establecieron cuatro niveles de organización: Nivel conductor — normativo nacional, nivel regional y de Direcciones de Salud (DISAs), nivel de Red de Salud, nivel Ejecutor Local en Microredes y Establecimientos de Salud (EESS)⁹.

Las intervenciones de atención para la TB se dan en los tres niveles, siendo los EESS del Primer Nivel de Atención los responsables de la detección, diagnóstico y tratamiento de los casos de tuberculosis en todas sus formas. Las atenciones son de tipo ambulatorio y de actividades extramurales o comunitarias. La organización de esta actividad es responsabilidad del personal de enfermería, en coordinación permanente con los responsables de otros servicios a nivel de todo el país ⁹.

En el contexto peruano, el departamento de Lambayeque, se encuentra situado en la parte nor-occidental del país, políticamente está constituido por las provincias de Chiclayo, Ferreñafe y Lambayeque, con sus 38 distritos y 1.260 650 habitantes. Chiclayo, capital del departamento, es una de las ciudades más pobladas según el último censo 2015 con 865 100 habitantes, de los cuales 392,996 personas pertenecen al Seguro Integral de Salud (SIS)¹⁰. Está constituida por 20 distritos siendo La Victoria y José Leonardo Ortiz (JLO) los más poblados; en el departamento han sido reportados 753 pacientes con tuberculosis atendidos en el año 2015, del cual el 81 % (613) correspondieron a la Provincia de Chiclayo (y sus 20 distritos), el 15% (111) pertenecieron a la provincia de Lambayeque y 4 % (29) a la provincia de Ferreñafe ¹⁰.

El distrito de José Leonardo Ortiz, ubicado en la provincia de Chiclayo, tiene una población de 193 232 ¹⁰; en él se ubica el Centro de Salud “Pedro Pablo Atusparias”, calificado como establecimiento de salud del primer nivel de atención, responsable de satisfacer las necesidades de salud de la población de

su ámbito jurisdiccional, brindando atención médica integral ambulatoria y con Internamiento de corta estancia principalmente enfocada al área Materno-Perinatal, con acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños y recuperación de problemas de salud más frecuentes a través de unidades productoras de servicios básicos y especializados de salud de complejidad inmediata superior al centro de salud sin internamiento¹¹.

Dicho Centro de salud tiene dentro de sus funciones, poner en marcha la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis (ESNPCTB), la cual está a cargo de una enfermera responsable de su ejecución; allí, en los informes operacionales que emite dicho Centro de Salud se evidencia que en el 2016 recibieron tratamiento 45 pacientes con baciloscopía positiva, en el 2017 desde enero a junio, se viene atendiendo 25 pacientes cuyas edades oscilan entre los 16 a 65 años. De los cuales 4 pacientes están en la primera fase, 17 en la segunda fase y 4 pacientes MDR; de todos ellos 16 son nuevos como condición de ingreso y 9 son continuadores del año anterior (2016).

La alta incidencia de casos de TB, en este distrito, a pesar que la estrategia sanitaria nacional está puesta en marcha hace pensar que es necesaria la evaluación de cómo se está llevando a cabo, es decir, donde, quién y cómo se ejecuta y aplica esta estrategia, teniendo en cuenta que es un trabajo multidisciplinario y multisectorial, donde el cuidado enfermero es parte importante y contribuye para que la enfermedad pueda ser combatida satisfactoriamente.

Al respecto la Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis (NTSAPT^B)⁹, señala que el profesional de enfermería es el responsable de organizar la atención integral de la persona afectada por TB, su familia y la comunidad, para lo cual deberá: Organizar la búsqueda de casos; educar y brindar consejería al paciente antes de iniciar el tratamiento; organizar la administración del tratamiento de la TB sensible; organizar la administración del tratamiento de la TB resistente; promover la

adherencia y prevenir la irregularidad al tratamiento; coordinar el seguimiento del tratamiento; organizar el estudio de contactos y la administración de terapia preventiva; organizar la derivación y transferencia; y organizar el sistema de registro e información y análisis de información.

Sin embargo, contrastando con la realidad del Centro de Salud "Pedro Pablo Atusparia", donde la investigadora en el transcurso de sus prácticas clínicas ha observado, que la enfermera responsable de la estrategia tiene una carga laboral diaria bastante saturada, debido a que también está a cargo de la estrategia de zoonosis y enfermedades metaxénicas, lo cual no le permite realizar, en muchos casos de manera correcta la estrategia DOTS; dejando así varias veces en el turno el área sin supervisión o delegando esta función al técnico de enfermería, que en la mayoría de veces por falta de conocimiento de las normas de bioseguridad y el miedo a contagiarse no se involucra responsablemente en el cumplimiento de la estrategia, como lo manifiesta la enfermera: "Yo delego, pero no hay compromiso, por miedo al contagio".

Lo descrito, ocasiona que al llegar al lugar de tratamiento, los pacientes no la encuentren, limitando la posibilidad de que puedan manifestar sus dudas o inconvenientes y principalmente la omisión de la dosis, cuyos efectos adversos no son del agrado del paciente, incumpliendo funciones: de prevenir la irregularidad al tratamiento (no hay supervisión continua); coordinar el seguimiento del tratamiento (ver las dificultades para el tratamiento), organizar el estudio de contactos y la administración de terapia preventiva (no hay espacio de comunicación terapéutica, organizar la derivación y transferencia (se omite la evaluación psico-física del paciente); situaciones que dependen directamente de factores como falta de personal, disponibilidad de medios para las visitas, etc. Es decir, del sistema de salud.

Por otro lado, los pacientes, "asisten" a su tratamiento, con grandes dificultades, así lo manifiestan: "Yo cumplo todo los días, la señorita que nos atiende (no identifican a la enfermera) nos apoya, pero siempre está ocupada,

entra y sale, a veces yo no puedo despedirme de ella; quisiera preguntarle algo, y no se puede”, contrariamente, otros dicen: “Yo estoy contento, vengo temprano, le pregunto a la señorita algunas dudas y me explica”; aunque las dos posturas no son iguales, ello pone en claro que el cuidado de enfermería no sólo es supervisar la toma de los medicamentos, exige que entre la enfermera y paciente haya una relación estrecha para el éxito del tratamiento para de esta forma evitar el abandono, fracaso, la resistencia medicamentosa y el incremento de la transmisión o muerte por TB, además del costo social que ello implica.

Frente a lo descrito la investigadora se planteó algunas interrogantes previas: ¿Cómo perciben los pacientes atendidos, la intervención de la enfermera en el tratamiento de su enfermedad?, ¿los pacientes consideran que se les ha explicado todo lo concerniente a su enfermedad? El paciente, ¿percibe que la enfermera es la persona de su confianza para absolver sus dudas acerca de su tratamiento, porque conoce lo que hace? ¿Está satisfecho del cuidado que recibe?, ¿ha pensado alguna vez que mejor sería cambiarse de centro de salud?, el paciente ¿percibe que su tratamiento sólo considera el aspecto físico? preguntas previas que se pretende responder mediante la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo es la percepción del cuidado enfermero en pacientes atendidos en el Consultorio de Prevención y Control de Tuberculosis, centro de Salud I.4-MINSA, Chiclayo 2017? Planteándose como objetivo: Describir, analizar y comprender la percepción del cuidado enfermero en pacientes atendidos en el Consultorio de Prevención y Control de Tuberculosis, centro de Salud I.4-MINSA, Chiclayo 2017. El objeto de estudio fue: Percepción del cuidado enfermero en pacientes atendidos en el Consultorio de Prevención y Control de Tuberculosis.

El presente estudio se justificó, porque la temática sobre Tuberculosis, en la actualidad es una línea y tema de investigación prioritario a nivel mundial, nacional y local, dada la alta incidencia de casos. El reporte de la Gerencia Regional de Salud Lambayeque (GERESA)¹⁰, precisa que en la provincia de

Chiclayo, José Leonardo Ortiz (JLO), es el segundo distrito de mayor número de personas con TB; enfermedad difícil de sobrellevar debido al proceso de adaptación complejo y de largo tiempo (mínimo 6 meses) que supone el tratamiento, siendo indispensable el acompañamiento del personal de salud, particularmente del profesional de enfermería, situación que a veces se ve vulnerada por circunstancias ajenas al compromiso de la enfermera con esta área, cuyo rol principal viene asignado en la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis(NTSAPT), no se cumple a cabalidad.

Por otro lado, el tratamiento no sólo es de larga duración, se agrega a ello que él, produce efectos colaterales que pocas veces son tolerados por los pacientes, lo cual se monitoriza con el acompañamiento, y la supervisión mediante la estrategia DOTS evitando riesgo de abandono, fracaso, transmisión, resistencia al tratamiento así como también la muerte de los pacientes, por lo que es necesario conocer la percepción del paciente sobre el cuidado enfermero que se le brinda, y que hace posible el éxito del tratamiento.

Así mismo, al ser un estudio cualitativo, contribuirá a la explicación del origen de las estadísticas epidemiológicas, que solo son numéricas, lo cual partirá de las percepciones de los pacientes, que son fuente primaria de información. Así mismo ayudará en la argumentación de la viabilidad e implementación de estrategias de reforzamiento de la práctica del cuidado integral y humano, mayor dotación de recursos por parte de los gestores (personal ad hoc), también se beneficiarán los usuarios al ser atendidos integralmente: Disminuirán las deserciones, la drogo resistencia, fortalecerán su autoestima, influyente aporte, para el éxito de su tratamiento. Institucionalmente servirá para contribuir en la disminución de la tasa de incremento de casos al mínimo posible; con una visión, técnico-normativa, holística y principalmente humana, resultados que también podrán servir también a otros investigadores, de este importante tema.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

A nivel internacional se encontraron las siguientes investigaciones:

Diógenes C, Melo S; Batista C; Freires V, Menescal J, Galvão E. *Proceso de trabajo junto a la persona con tuberculosis en atención primaria de salud, Río Grande del Norte, Brasil, 2015*. El objetivo de este estudio fue describir el proceso de trabajo de las enfermeras en la atención básica en salud junto a personas con tuberculosis. Se trata de una investigación cualitativa de carácter descriptivo, realizado con 11 participantes. Los resultados apuntaron a debilidades relacionadas con los registros utilizados; ausencia de periodicidad en la realización del Tratamiento Directamente Observado, sobrecarga de trabajo de la enfermera y dificultad en la articulación de las acciones del equipo. Se concluye que estas fragilidades pueden interferir en la adhesión a las políticas de salud relacionadas a las acciones preventivas y de control de la tuberculosis¹².

Da Silva D, Dos Santos J, Ferreira M. *Evaluación de la implementación de la estrategia de tratamiento breve bajo observación directa para la tuberculosis en una gran ciudad, Manaus, Brasil, 2016*. El objetivo de este estudio fue evaluar el grado de ejecución del tratamiento de observación directa, de corta duración – DOTS contra la tuberculosis (TB) en una gran ciudad. Método: Se realizó a través de múltiples estudios de caso de 22 Unidades Básicas de Salud (UBS) y cuatro clínicas especializadas en la ciudad de Manaus. Resultados: El resultado del modelo lógico indica DOTS se implementó parcialmente. En contextos externos, organización y ejecución, la estrategia DOTS se implementó parcialmente; y, no se implementó la eficacia. Conclusión: La aplicación parcial de la estrategia DOTS en la ciudad de Manaus no reflejaba en cumplimiento del control de la tuberculosis, lo que lleva a una baja eficacia del programa¹³.

De Sales F; Santos M; De Souza M; Cardoso J; Castro E; Nunrs F. Tuberculosis: Desvelando conflictos personales y sociales; Brazil 2011. Se adoptó un abordaje cualitativo, con el objetivo de identificar y analizar las representaciones sociales acerca del prejuicio y estigma, elaboradas por usuarios tratados de tuberculosis en la estrategia de salud de la familia. La recolección de datos fue realizada en las unidades básicas de salud, en Campina Grande – PB – Brasil, a través de una entrevista semiestructurada. Los resultados apuntan barreras representacionales circundadas en actitudes y creencias relacionadas al miedo del estigma y de discriminación en relación a la enfermedad y al enfermo de tuberculosis. Se concluye enfatizando necesidad de respuestas intersectoriales capaces de reconstruir culturalmente el estigma y el prejuicio aliados al desconocimiento de la enfermedad¹⁴.

A nivel nacional se encontraron las siguientes investigaciones:

Puelles Y. *Percepción del paciente con tuberculosis sobre la calidad de atención que brinda el profesional de enfermería de la estrategia sanitaria nacional de los Centros de Salud de la Micro Red I. Lima ciudad – 2016*. Enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, de corte transversal y prospectivo. La población estuvo integrada por 315 pacientes con TB. La técnica fue la entrevista, y el instrumento un cuestionario tipo Likert. De las dimensiones investigadas los resultados más significativos fueron el 51%(89) de los pacientes con TB tienen una percepción sobre la calidad de atención que brinda el profesional de enfermería de medianamente favorable, el 29% (50) una percepción favorable y el 20% (34) una percepción desfavorable¹⁵.

A Nivel local:

Coronel H y Soto I. *Calidad del cuidado enfermero desde la percepción del usuario en tratamiento de tuberculosis, Centro de Salud Manuel Sánchez V, La Victoria, Chiclayo-Perú 2013*. Investigación cuantitativa, descriptiva y corte

transversal; La técnica utilizada fue la encuesta SERVQHOS, transcrita a la siguiente escala: Enormemente Insatisfecho – Insatisfecho; Baja Calidad; Medianamente Satisfecho: Calidad esperada, Satisfecho – Enormemente Satisfecho: Alta Calidad. Las conclusiones fueron: la Dimensión Fiabilidad obtuvo el ítem con mayor valoración en el rubro de Satisfacción y corresponde a la formación profesional de la enfermera con 71% de satisfacción: Alta Calidad¹⁶.

1.2. BASES TEÓRICO – CONCEPTUAL

En la actualidad el paciente ha adquirido un empoderamiento en el cuidado como agente protagónico, lo que le ha convertido en fuente principal de información y evaluación del cuidado que recibe por el personal de salud, contribuyendo así en la toma de decisiones para la mejora de la atención que recibe; teniendo en cuenta que la eficacia del cuidado en una atención repercute directamente con las metas de las tasas epidemiológicas que a nivel mundial, nacional y local se quieren lograr para optimizar el sistema de salud.

En el presente estudio se abordó la percepción del cuidado enfermero en pacientes de la ESNPCTB, que a la vez son el sujeto-objeto de estudio, por lo que fue necesario conceptualizar dicho término. Así, la percepción es un proceso cognoscitivo que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación de actos, personas, objetos o animales captados a través de los sentidos, para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones, obtenidos del ambiente físico y social, este proceso implica la recepción, representación y comprensión de la información, para dotar de significado las percepciones sensoriales en interrelación con experiencias previas, motivaciones, estímulos, cultura e intereses personales¹⁷. Así también lo reafirma Potnerantz¹⁸, citado por Robert Sternberg, la percepción es el conjunto de procesos que nos permiten conocer, organizar y dar sentido a las sensaciones que recibimos de los estímulos ambientales y abarca diversos fenómenos psicológicos.

Para la investigadora, la percepción estuvo constituida por el conjunto de sensaciones captadas por el paciente a través de sus sentidos, relacionadas al cuidado enfermero que recibió el paciente en el área de la ESNPCTB, pero además de captar con los sentidos, la percepción es personal y subjetiva, que al expresarse deberá ser comprendido por la enfermera de acuerdo al carácter y rasgos individuales, por lo cual no se puede suponer que una persona en situaciones especiales perciba los acontecimientos de manera similar a otra.

Así vemos que la percepción se logra con dos clases de operaciones cognoscitivas, es decir con una combinación de procesos cognoscitivos, unos que comienzan a elaborar el código sensorial y otros que son inferencias y parten de nuestros conocimientos del mundo¹⁹. A través de la vivencia la percepción atribuye características cualitativas a los objetos o circunstancias del entorno mediante referentes que se elaboran desde sistemas culturales e ideológicos específicos construidos y reconstruidos por el grupo social, lo cual permite generar evidencias sobre la realidad²⁰; en toda percepción concurren una serie de eventos y datos dispares que necesitan ser estructurados para poder obtener una información del mundo real. Entre estos elementos se distinguen tres principales²¹.

El primero es la recepción sensorial, donde la base de la percepción es la recepción proveniente de los sentidos. Sin sensación es imposible cualquier tipo de percepción. Las sensaciones no nos llegan nunca aisladas, ni siquiera con la misma intensidad y siempre se da un proceso de selección de las mismas, es decir una percepción²¹; lo mismo pasa con los pacientes que padecen tuberculosis, para ellos lo más importante es la curación de su enfermedad, por ende su preocupación por seguir el tratamiento; para lo cual utilizan todos sus sentidos en aprender y conocer lo que el personal de salud les indica, pero esta información que debería recibir no siempre es responsablemente transmitida por diversos factores, existiendo un riesgo de abandono en el tratamiento.

Seguidamente tenemos la estructura simbólica, debido a ello la percepción va siempre ligada a una representación, a un concepto o a una significación²¹; en tal sentido para los pacientes con tuberculosis, el acompañamiento terapéutico en su enfermedad será de gran significancia, debido a que se ve sometido desde el inicio a una enfermedad estigmatizada y un multitratamiento farmacológico de larga duración (6 meses), con efectos colaterales muy desagradables que influyen en la percepción de curación rápida, ocasionándole incertidumbre; es por ello que, el profesional de enfermería debe fomentar la interacción con él, para enseñarle estilos de vida y de alimentación saludables, así como procurar el acompañamiento necesario en la estrategia DOTS de tal manera que la curación sea en el tiempo previsto, evitando recaídas y drogo-resistencia.

Finalmente, tenemos a los elementos emocionales, aquí es posible que muchas de las percepciones nos dejen indiferentes, pero la mayoría de ellos van íntimamente ligadas a procesos emocionales, dando lugar a sentimientos o emociones agradables o desagradables²¹. Al enterarse del diagnóstico de tuberculosis, la persona, definitivamente recibe un cúmulo de emociones bastante fuerte, cruzándose con preguntas como: ¿Me iré a morir pronto?, ¿podré curarme de esta enfermedad?, ¿Podré contagiar a mis familiares con esto?, etc.; abriendo una gran posibilidad para el surgimiento de emociones negativas que influyen directamente en la aceptación y continuidad del tratamiento, y curación.

El cuidado de los pacientes de la ESNPCTB, está directamente vinculada a la enfermera, cuya responsabilidad está claramente otorgada en la “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis” (NTSAPTB), creada por RM N° 579- 2010/MINSA⁹. La ESNPCTB, es el órgano técnico normativo dependiente de la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP) responsable de establecer la doctrina, normas y procedimientos para el control de la tuberculosis en el Perú; garantizan la detección, diagnóstico, tratamiento gratuito y supervisado a todos los enfermos

con tuberculosis, con criterios de eficiencia, eficacia y efectividad. La ESN PCT creada con RM N° 771-2004-SA, tiene como sustento legal la Ley General de Salud, N° 26842 Art. 76 y el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. Art.76-b°.

La NTSPCTB⁹ pretende contribuir a disminuir la prevalencia de la TB, a través de un enfoque de atención integral; señala que el profesional de enfermería es el responsable de organizar la atención integral de la persona afectada por TB, su familia y la comunidad, para lo cual deberá: organizar la búsqueda de casos, educar y brindar consejería al paciente antes de iniciar el tratamiento, organizar la administración del tratamiento de la TB sensible, organizar la administración del tratamiento de la TB resistente, promover la adherencia al tratamiento y prevenir la irregularidad al tratamiento, coordinar el seguimiento del tratamiento, organizar el estudio de contactos y la administración de terapia preventiva, organizar la derivación y transferencia, y organizar el sistema de registro e información y análisis de información.

Es importante resaltar que la función de organizar la administración del tratamiento de la TB sensible, consiste en informar sobre las características del tratamiento: fases, medicamentos, duración, control bacteriológico, médico y radiológico, administrar el tratamiento anti-TB directamente observado (observar la ingesta), y registrar las dosis administradas en la tarjeta de control de tratamiento, vigilando la presencia de Reacciones Adversas a Medicamentos Antituberculosos (RAM) y realizar por lo menos tres entrevistas de enfermería: al inicio, al cambio de fase y al alta; y otras cuando sea necesario⁹.

Además como parte del cuidado de enfermería comprende identificar y resolver los factores que pueden hacer que el paciente abandone o interrumpa el tratamiento, es por eso que la vigilancia supervisada de éste, incluye incluir la observación directa del tratamiento (DOTS), supervisión que debe ser adaptada al contexto y a las necesidades del paciente, y tiene por objetivo garantizar la observancia por parte tanto de los profesionales sanitarios (quienes deben

prestar un asistencia y un apoyo adecuados) como de los pacientes (quienes deben tomar el tratamiento con regularidad). Dependiendo de las condiciones locales, la supervisión puede efectuarse en un centro de salud, en el lugar de trabajo, en la comunidad o en el domicilio del paciente²².

En este sentido la investigadora considera que la NTSPCTB, es un instrumento de alto valor para la planificación de la atención de salud de las personas con TB y es el instrumento que dota a la enfermera de la gran responsabilidad de organizar el cuidado sensible en estos pacientes a través del tratamiento, de manera directa y supervisada, que reduce las recaídas y aleja la posibilidad de contagio y drogo resistencia farmacológica, por tanto es importante que las enfermeras, en esta área, guíen su cuidado considerándolo como parte fundamental del éxito en el tratamiento y curación.

Sin descuidar la parte afectiva del cuidado, es necesario una relación interpersonal que propicie y establezca una comunicación efectiva y afectiva, para lograr que la enfermera pueda verdaderamente llevar a cabo un cuidado transformador; el cual representa un cambio sin precedentes en la enfermería, al orientar los cuidados a una apertura social hacia el mundo y que inspirada en esta nueva situación dinámica, compleja, va experimentando también una transformación con orientación de apertura al mundo²³. En la presente investigación este cuidado transformador lo realiza como responsable del DOTS, que humanamente es un momento en el que se puede crear un vínculo, al posibilitar el seguimiento continuado del enfermo, permitiendo que se establezca una relación terapéutica enfermera –paciente, admitiendo al paciente como un todo.

En ese sentido, la investigación se sustenta en la Teoría: La enfermería como cuidado: Un Modelo para Transformar la Práctica; de las teóricas Boykin y Schoenhofer, citado por Marriner²⁴, y sus seis principales supuestos, en relación a la persona y la enfermera, los cuales son: Las personas son fruto del cuidado, a través de la virtud de su humanidad; las personas como un todo, y

una plenitud en el momento; las personas viven cuidados momento a momento, personalidad es vivir la vida basada en el cuidado; la personalidad se potencia a través de la participación en las relaciones de nutrición cuidando a los otros y la enfermería es tanto una disciplina como una profesión; para la investigación se toman en cuenta dos de ellos: Las personas como un todo y la Enfermería es tanto una disciplina como una profesión.

Dentro de estos supuestos, en las personas como un todo, las autoras definen que la persona es en todo momento, completa, sin insuficiencia, ni ruptura o ausencia de algo, permitiendo así que no exista fracaso en el verdadero encuentro con ella²⁴; por tanto tratar al paciente afectado de TB, supone no separar a la persona de la enfermedad, el tratamiento y su cuidado, de tal manera que las intervenciones de enfermería, permita el logro de los objetivos no solo de curar, sino también acompañar y preocuparse de su entorno, su familia es decir del cuidado.

En el segundo supuesto ya mencionado, señala que la enfermería como disciplina atiende al descubrimiento, creación, desarrollo y refinamiento del conocimiento necesario para la práctica de los cuidados. Cuando la enfermera entra en el mundo de la otra persona con la intención de conocerla como persona de cuidados, origina el fenómeno de los cuidados compartidos, es decir el cuidado de enfermería, que es presencia intencional y auténtica de la enfermera con otra persona que se reconoce como persona, que vive el cuidado y crece en el cuidado, creando formas únicas y eficaces de cuidar²⁶; en la aplicación del DOTS, la enfermera tiene la oportunidad no solo de garantizar el cuidado en relación al tratamiento, sino que también, es el momento para crear un cuidado personal, para cada paciente a quien conoce a profundidad, y lo hace dentro del marco de su actuar disciplinar.

En definitiva, la investigadora considera que el cuidado enfermero contribuye al proceso cuidado- curación, mediante el reconocimiento del paciente como persona de cuidado, donde la enfermera tiene una intención

auténtica de reconocer en el otro a un ser único que no puede ser separado de su enfermedad. En este sentido en la presente investigación y bajo esta perspectiva, se identificarán las fortalezas y debilidades del cuidado que se brinda teniendo en cuenta, el cumplimiento de las funciones en enfermería según la Norma Técnica, de la práctica de sus valores y el reconocimiento de la persona y su derecho a la vida, tomando como referencia la percepción del paciente, el evaluador más importante, acerca del cuidado recibido.

CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO

2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación que se llevó a cabo es de tipo cualitativa²⁵ porque permitió describir experiencias y situaciones particulares desde la perspectiva de la persona, es decir del paciente que se atiende en el consultorio de prevención y control de TB, lo cual posibilitó a la investigadora conocer y realizar el análisis de las percepciones de los participantes del estudio, descubrir su significado y describirlas de manera profunda, intentando interpretar la compleja realidad vivida de cada persona, respecto al cuidado que brinda la enfermera.

2.2. ABORDAJE METODOLÓGICO

La investigación se desarrolló con la metodología estudio de caso²⁶, porque considera a la persona como un ser individual, un caso diferente uno del otro, lo que permitió explorar el fenómeno de la percepción del paciente con TB sobre el cuidado que le brinda la enfermera tal y como ocurre, comprendiendo el impacto del contexto del establecimiento de salud, los procesos, tratamiento y la evolución de su enfermedad que son manejados en el cuidado enfermero que se le brinda.

En el presente estudio de caso se tuvo en cuenta los principios planteadas por Ludke Menga y Marli Andre²⁷.

El primer principio del estudio de caso se caracteriza por “estar destinado al descubrimiento” para lo cual la investigadora estuvo atenta a nuevos conocimientos que surjan en el transcurso de la recopilación de información, que tengan relación con el objeto de investigación, partiendo para ello de bases conceptuales, la observación no participante, documentos, etc.

Los estudios de casos ponen de relieve la “interpretación en el contexto”, lo cual es importante para conocer la situación específica en relación al objeto y sujeto de estudio. En esta ocasión fue el Centro de Salud “Pedro Pablo Atusparia”, primer nivel de atención, de la Microred de José Leonardo Ortiz – Red de Chiclayo – Gerencia Regional de Salud Lambayeque, MINSA.

Los estudios de caso “buscan retratar la realidad de forma completa y profunda”. Este principio se aplicó al trabajo de investigación, porque se realizó un abordaje extenso para poder comprender de mejor manera las diferentes manifestaciones de los participantes, enfocándolas como un todo destacando la interrelación enfermera paciente, lo cual se evidenció en las entrevistas.

Los estudios de caso “revelan experiencias secundarias pero importantes que permiten generalizaciones naturales”. En el estudio se recolectaron en los relatos de las entrevistas, todas las percepciones acerca del cuidado enfermero en los paciente de la ESNPCTB, partiendo que cada persona entrevistada es una unidad holística, por lo tanto la diferencia entre una y otra se deberá a las propias experiencias que haya vivido de manera singular.

Los estudios de caso “procuran representar los diferentes y a veces conflictivos puntos de vista presentes en una situación social”. Cuando se susciten opiniones diferentes en la recolección de datos sobre el objeto de estudio, la investigadora procuró traer para el estudio esas divergencias de opiniones, revelando incluso su propio punto de vista, a fin de develar el fenómeno tal cual se da en la realidad.

Los informes de los estudios de casos “utilizan un lenguaje más asequible que otros informes de investigación”. El informe final de esta investigación se realizará con un lenguaje sencillo, pero a la vez profundo para la comprensión del lector, con lo cual no dejará de ser completo e interesante.

El estudio se desarrolló teniendo en cuenta las fases propuestas por Nisbet e Walt citado por Ludke²⁷. Siendo la primera abierta o exploratoria, la segunda,

sistemática en término de recolección de datos y la tercera, el análisis e interpretación de datos y la elaboración del informe.

Fase exploratoria o abierta: El presente estudio de caso parte de algunos cuestionamientos que la investigadora en sus prácticas clínicas se ha planteado y ha observado en la realidad como problemática, lo que ha motivado la investigación de las percepciones de los pacientes con TB relacionado al cuidado enfermero, teniendo como base la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas afectadas por Tuberculosis.

Fase sistemática o de delimitación del estudio: Una vez delimitado el problema de investigación, el contexto, y conocido las características de la muestra, se procedió a recolectar la información de los pacientes a través de una entrevista semi- estructurada a profundidad hasta lograr la saturación de los datos.

En la fase de análisis sistemático y la elaboración del informe: Después de haber terminado de recolectar los datos de los pacientes sobre el cuidado enfermero según la ESNPCTB, se procedió a ordenar la información encontrada en categoría y subcategorías, por similitud semántica, reflejadas en unidades significativas, con la finalidad de comprender mejor el objeto de estudio, para ello se analizaron los discursos, mediante el análisis temático, lo cual concluyó con la elaboración de un informe.

2.3. SUJETOS DE INVESTIGACIÓN

Los sujetos de investigación lo constituyeron 10 pacientes que asisten al Consultorio de Prevención y Control de Tuberculosis del Centro de Salud “Pedro Pablo Atusparia”, cuyas edades oscilan entre los 19 y 72 años de edad, 3 mujeres y 7 varones. Como criterios de inclusión: Personas de ambos sexos, mayores de 18 años de edad que reciben tratamiento antituberculoso como mínimo un mes y como criterios de exclusión: Los pacientes que padecen alguna discapacidad

para la comunicación efectiva, pacientes MDR (Multidrogorresistente) y los pacientes que participaron en la prueba piloto; a fin de contar con una muestra homogénea y dar cumplimiento así a un principio de rigor metodológico.

Para asegurar el anonimato de los pacientes fueron identificados con: E.1, E.2... E.10. El tipo de muestreo se estableció por conveniencia y el tamaño de la muestra se determinó por los criterios de saturación y redundancia⁹⁵. Se dejó de emplear la guía de entrevista cuando no se descubrió elementos nuevos significativos en los datos recolectados.

2.4. ESCENARIO

La presente investigación se realizó en el Centro de Salud “Pedro Pablo Atusparia” del distrito de José Leonardo Ortiz (JLO), corresponde a la Microred de José Leonardo Ortiz – Red de Chiclayo-Gerencia Regional de Salud Lambayeque, MINSA. Dicho establecimiento pertenece al primer nivel de atención de salud, con horario de atención de 12 horas, atiende emergencias las 24 horas del día. Realizó 73,771²⁸ atenciones en los diferentes grupos etáreos en el año 2016.

Cuenta con el área para prevención, tratamiento y control de tuberculosis, en el que se encuentra un consultorio de atención a cargo de personal de enfermería, donde ella labora. Este módulo tiene la siguiente infraestructura: Sala de espera, consultorio médico, área de admisión, zona de archivo, sala de ingesta de tratamiento a cargo de la enfermera), área para toma de muestra y 2 servicios higiénicos para uso del personal. La atención de este Consultorio es desde las 7:30 am a 9: 00 am para la administración del tratamiento y el resto de tiempo asignado a la realización de registros y citas programadas con los pacientes, pero lamentablemente este horario no es cumplido a cabalidad por los pacientes, teniendo la enfermera que proporcionarles el tratamiento cuando lleguen al consultorio.

El total de personal que labora en dicha área es una enfermera, quien a su vez es la coordinadora de la ESNPCTB y un técnico de enfermería. La información sobre detección y diagnóstico de casos, casos nuevos, recaídas, abandonos recuperados y entre otras actividades son recopilados en un “Informe operacional de Tuberculosis”, el cual es enviado mensualmente por la enfermera a la Microred José Leonardo Ortiz y posteriormente a la GERESA para su procesamiento.

2.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En esta investigación, los datos se recolectaron mediante la técnica de la entrevista semiestructurada^{25, 26}, la cual permitió que la investigadora indague a profundidad y repregunte en relación a las respuestas que se fueron emitiendo, intentando no desviarse del objeto de estudio, pero sí profundizando en las respuestas, con el fin de obtener una idea considerable sobre las percepciones de los pacientes.

La entrevista a los pacientes (ANEXO 01) se realizó en el consultorio que se encuentra en el interior del módulo de prevención y control de TB del Centro de Salud, para proporcionar la privacidad adecuada, y la entrevista fluya con naturalidad; para ello se coordinó previamente con la enfermera responsable. La entrevista tuvo una duración aproximada de 20 minutos, donde cada participante respondió con veracidad y claridad cada una de las preguntas emitidas, todo ello se registró en un grabador de voz, además se tomaron notas de expresiones no verbales con el fin de captar en su totalidad toda la información, para que sea válida y confiable, para el procesamiento y análisis.

Como instrumento se utilizó la guía de entrevista la cual fue validada mediante juicio de expertos, que consistió en someterlo a una revisión de cuatro expertos. El primero labora en un Centro de salud con 29 años de ejercicio profesional, especialista en salud comunitaria y coordinadora por 8 años de la estrategia de TB, el segundo experto es lleva 5 años como coordinadora del

Oficina de Investigación de la Escuela de Enfermería y 10 años de ejercicio profesional y en docencia; el tercer experto con 31 años de servicio y 18 años en la docencia, y por último el cuarto experto con 21 años de servicio, estuvo a cargo también de la ESNPCTB y 9 años en la docencia.

Terminado el proyecto se presentó, para la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina, posteriormente se realizó la prueba piloto que consistió en entrevistar por lo menos a dos personas de ambos sexos, del Centro de Salud Pedro Pablo Atusparia, con la finalidad de comprobar que las preguntas establecidas en la guía de entrevista son entendidas y las respuestas responden al objeto de estudio, dando oportunidad a reformular aquellas preguntas que no cumplan con este criterio.

2.6. PROCEDIMIENTO

El proyecto de investigación fue inscrito en el catálogo de tesis de la Escuela de Enfermería. Seguido de la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Luego se solicitó el permiso de la Institución donde se ejecutó la investigación, el Centro de Salud “Pedro Pablo Atusparia”, con el fin de cumplir con todos los requisitos que soliciten a fin de garantizar el normal desarrollo de la investigación.

Una vez identificados a los participantes que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión y que desearon colaborar con el estudio, se procedió a informar sobre la investigación descrita en el consentimiento informado a cada participante de manera individual (Anexo 1) y de ese modo continuar con la respectiva entrevista.

Las entrevistas semi- estructuradas fueron grabadas en grabador de voz, se realizaron en un consultorio interior del Área de prevención y Control de Tuberculosis, de dicho Centro de Salud. Este ambiente reunía las condiciones de privacidad necesarias para llevar a cabo las entrevistas, las cuales tuvieron una

duración aproximadamente de 20 minutos, fueron transcritas en Word para el posterior procesamiento y análisis de datos, esta información se conservará por 2 años con la finalidad que sirvan como base de datos para otras investigaciones o como fuente de verificación o auditabilidad del presente estudio.

Del mismo modo para dar mayor autenticidad a los resultados, una vez transcritas las entrevistas, se realizó el chequeo de los participantes presentando a los sujetos la información recopilada para corroborar si están de acuerdo con lo manifestado o desean agregar o cambiar algunos relatos.

2.7. ANÁLISIS DE DATOS

Una vez recolectada la información, se procedió a realizar el análisis cualitativo respectivo. Para ello se ordenó y se hizo la transferencia de la información recibida en las entrevistas y se tuvo en cuenta el análisis de contenido temático comprendido en tres etapas²⁹.

Etapa de pre análisis: Para la investigadora esta es la fase de organización propiamente dicha pues se tuvo que escoger la información más relevante que ayude a dirigirse hacia el objetivo del estudio. Por eso se realizó una lectura y relectura de todos los datos obtenidos para familiarizarse con ellos y a partir de las primeras impresiones que surjan de la lectura, se pudo llegar hacer conjetura sobre las percepciones de los pacientes de este servicio.

Etapa de codificación: En esta fase se trató de entender mejor el material ya analizado, para eso se clasificaron los datos de cada entrevista hecha en relación a las ideas que surgieron de la previa lectura, a través del cual los datos brutos fueron transformados en datos significativos pertinentes para el estudio, por lo cual se utilizó el método de coloreo, por semejanza semántica.

Etapa de categorización: Una vez ya con las unidades de análisis se agruparon en grandes categorías y subcategorías de acuerdo a las similitudes por significado, buscando posibles vinculaciones entre las mismas y contrastando con la realidad, según el criterio de la investigadora y revisión de la bibliografía. De esta manera se obtuvieron cuatro categorías.

2.8. CRITERIOS ÉTICOS

En el transcurso de la investigación, se desarrolló bajo los Principios de la Bioética Personalista propuesta por Sgreccia E³⁰.

El valor fundamental de la vida, es el primer principio. En todo momento se manifestó el respeto a la vida humana en los participantes del estudio, haciendo hincapié en ver a la persona como unidad y un bien primario o fundamental, evitando cualquier tipo de daño, mostrando capacidad para salvaguardarla en todas sus dimensiones (físico, psicológico, espiritual) y protegiendo su intimidad en las declaraciones que realizarán a través de un pseudónimo.

El Segundo principio que se aplicó, es el principio de Libertad y Responsabilidad. En la presente investigación desde un inicio los pacientes con TB participaron libremente sin coacción, para ello se les dio a conocer lo que consiste participar en este estudio, y posterior a la absolución de sus dudas, firmaron el consentimiento informado, además estuvieron en la facultad de abandonar el estudio cuando lo crean conveniente. En relación a la responsabilidad, el entrevistado se comprometió a que sus datos sean verídicos y la entrevistadora, a transcribir los discursos, sin trastocar el verdadero sentido de lo expresado.

El principio de sociabilidad y de subsidiariedad implica que la investigadora se comprometió a publicar los resultados, en beneficio del quehacer profesional de enfermería (re direccionar el cuidado), en beneficio del paciente (mejora del cuidado) y de la institución misma (disminuir la incidencia

de casos TB y sus complicaciones) a través de mejorar los procesos de atención a los pacientes de estas áreas, en todos los establecimientos que a semejanza, consideren transferibles sus resultados.

2.9. CRITERIOS DE RIGOR CIENTÍFICO

En la investigación se tuvo en cuenta los siguientes criterios de rigor científico sustentados por Lincoln y Guba ³¹.

La credibilidad en este estudio. La investigadora captó el significado completo y profundo de las percepciones de los participantes que estuvieran vinculados siempre con el planteamiento del problema; las bases científicas, serán el fundamento para la validez de los datos frente al problema planteado. Este principio se practicó desde el inicio de la recolección de datos con los pacientes, para eso se empleó un grabador de voz, se transcribió cada entrevista, posteriormente fue revisada y verificada por cada participante.

La Confirmabilidad o Auditabilidad, para lograr este principio se expuso los análisis de datos de este trabajo, así como las decisiones hechas por la investigadora durante el transcurso del estudio. Los resultados podrán ser trasladados y ajustados a otros contextos concretos y los datos recopilados no se eliminarán hasta después de 2 años. Los investigadores interesados, podrán seguir los pasos realizados por la investigadora del presente trabajo, para lo cual se organizará y archivará todos los documentos pertinentes.

Transferibilidad o aplicabilidad: En la presente investigación se realizó una descripción detallada del Módulo de prevención y control de TB del Centro de Salud "Pedro Pablo Atusparia", siendo este el escenario, también el objeto de estudio y las características de las personas que participaron en la investigación, con la finalidad de que se determine si se puede transferir los resultados a un contexto lo más similar posible.

El principio de confidencialidad, obliga a la investigadora a mantener en reserva toda la información recopilada, la cual fue utilizada solo y únicamente

para fines del estudio, si hay necesidad de utilizarlo en otra investigación, esta será autorizada por el entrevistado, quienes tuvieron un pseudónimo con el que se guardó su identificación. En los relatos se evitó, cualquier indicio que pudiera identificarlo.

CAPÍTULO III: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

El tratamiento minucioso de los datos recolectados permitió determinar elementos significativos en relación con los objetos de investigación, dichos elementos fueron agrupados de acuerdo a su sentido semántico. Posterior a ello, se tuvieron las siguientes categorías y sub categorías:

1. El cuidado una experiencia compartida entre el paciente y la enfermera

- 1.1 El inicio del cuidado enfermero basado en la confianza mutua, que genera la empatía y el trato humano.
- 1.2 El confort estimula el tratamiento eficiente

2. El cuidado percibido como motivación para continuar el tratamiento

- 2.1. La efectividad del cuidado relacionado al vínculo interpersonal enfermera-paciente
- 2.2. El cumplimiento del DOTS una estrategia controversial desde la percepción del paciente

3. El cuidado compartido a partir de la educación sanitaria

- 3.1 Educación sanitaria, para una participación activa en el tratamiento
- 3.2. La continuidad del cuidado en el hogar

4. La práctica ética en el cuidado, apreciado como una responsabilidad inherente a la enfermera.

1. EL CUIDADO UNA EXPERIENCIA COMPARTIDA ENTRE EL PACIENTE Y LA ENFERMERA

El cuidado es el eje principal de la enfermería pues tiene como objeto de cuidado a la persona humana. Según Boykin y Shoenhofer²⁴ en su Teoría: La enfermería como cuidado: Un modelo para transformar la práctica, refieren que el cuidado es la expresión de la enfermería y es la presencia intencional y auténtica de la enfermera con otra persona, que se reconoce como persona que vive el cuidado. Este cuidado es vivido por cada persona, momento a momento y es una característica esencial del ser humano. Cuando la enfermera entra en el mundo de la persona con la intención de conocerla como persona de cuidados, el encuentro entre la enfermera y la persona cuidada origina el fenómeno de los cuidados compartidos.

En este sentido la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de tuberculosis (ESNPCTB), del Centro de salud Pedro Pablo Atusparia, es el lugar al que acuden los pacientes afectados por esta enfermedad, para ser atendidos por el personal de enfermería. Coronel y Soto señala que ello implica comprometer al profesional de enfermería con la disposición de brindar la ayuda terapéutica que requieren estos pacientes en el momento que deciden ingresar al servicio¹⁶. Lo que condiciona un encuentro intencionado entre ambos para juntos vivir una experiencia de salud; que por sus características de tener que afrontar un tratamiento de larga duración, con medicinas entre diez y catorce de medicamentos variados, en dosis diarias y únicas, y de efectos colaterales, desagradables, requieren un cuidado en donde el paciente perciba confianza, seguridad, afectividad y confort para alcanzar el objetivo de lograr su curación en una relación de cuidados compartidos, percibidos de diversas maneras por el paciente; estas situaciones se explican en las siguientes sub categorías:

1.1 El inicio del cuidado enfermero basado en la confianza mutua, que genera la empatía y el trato humano.

El inicio del cuidado enfermero constituye una pieza fundamental en el proceso de atención de enfermería, desde la valoración que no solo se reduce al examen físico, sino también a la comunicación interpersonal, comunicación no verbal de ambos participantes del cuidado: enfermera – paciente, lo cual establece un punto de partida insustituible en ese nuevo encuentro que se genera, sabiendo además que la persona más susceptible de percibir este encuentro es el paciente debido al evidente proceso de enfermedad que se encuentra atravesando. El ideal y el valor del cuidado no son simplemente cosas sueltas, exige una actitud que debe tornarse en un deseo, en una intención, en un compromiso y en un juicio conciente que se manifiesta en actos concretos y se inician al contacto con el paciente³². Cuidar es entregarse completamente a favor de otra persona³³.

Cuidar en enfermería implica el conocimiento de la persona a quien se brindará cuidado, conocer sus actitudes, aptitudes, intereses y motivaciones, además de los conocimientos que posee la enfermera, requiere manifestarse como persona: única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo³⁵. Por consiguiente el desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Inca refiere que esto implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz³⁴; ellos consideran que el trato, y vencer sus miedos les ayudan a una relación de confianza, esta percepción es manifestada en los siguientes discursos:

el trato que me da la enfermera, es más bien de apoyo; cuando empecé el tratamiento ellas se paraban a mi costado, me miraban, me alentaban ¡claro!...

ellas sabían lo que en ese momento estaba sintiendo (al tomar las pastillas), hasta que se dieron cuenta que en tres meses no he vomitado las pastillas, ya no me miran..., pero siempre me apoyan... con el tiempo me dieron confianza, antes no preguntaba nada, ... ahora le pregunto todo (sonríe), ellas siempre me responden... y yo cumplo con lo que me indican... esta confianza mutua me ayuda a que termine de hacer lo que comencé. (E.1)

El trato de la enfermera ha sido bueno, en un clima de empatía porque siempre han estado dándome fuerza, animo, diciéndome que me voy a curar...que tengo que salir adelante...ella esta pendiente de mi...yo noto que ella sabe todo lo que yo siento por tener esta enfermedad ...por eso confio, yo cumplo todo lo que ella me dice...no puedo fallar. (E.7)

Los discursos evidencian que la empatía, genera en el paciente confianza en el cuidado que brinda la enfermera, toda vez que la empatía se describe como la capacidad para la experiencia y por tanto sirve para comprender las percepciones y sensaciones de otra persona y para comunicar aquellas comprensiones²⁴. Lo cual es percibido por el paciente, quien a la par reconoce el trato recibido, como otro generador de la confianza necesaria para llevar a cabo el tratamiento, rescatando así que el trato al paciente, a lo cual alude Rivera, corresponde a : Crear un ambiente favorable donde los valores, costumbres y creencias del individuo sean respetadas, ayudando al enfermo a mantener, desarrollar o adquirir autonomía personal³⁵.

Los pacientes manifiestan, que las enfermeras se involucran con ellos, los conocen y se ponen en su lugar, apoyándolos de manera constante, actitud que genera confianza para superar las dificultades que impone este tratamiento, que por ser largo y de frecuentes síntomas desagradables, requieren desde el inicio, actuar para generar confianza mutua.

Al respecto, Boykin y Shoenhofer ²⁴ establecen que el papel de la enfermería es conocer a las personas durante el cuidado, y apoyarlas y reconocerlas como personas cuidadas; el objetivo no es lo que la enfermera

pueda hacer, sino que se centra en lo que es importante para la persona cuidada. Por ello al reconocer la trascendencia del cuidado brindado por la enfermera desde que se establece el primer contacto con el paciente, y sabiendo que está centrado en lo que es más importante para la persona cuidada, debe éste tener atributos característicos que generen confianza para que el paciente pueda sentirse libre de expresarse ante los cuidados que recibe, y la enfermera propicie cuidados compartidos; es decir, que ambos se nutran y crezcan en el cuidado.

Ello reafirma que el buen trato y la empatía que genera la confianza enfermera -paciente, son necesarios para hacer de ambos esa lucha que enfrenta el paciente ante su enfermedad, la tuberculosis; así el paciente percibe que no es una carga sino que la enfermera está con él para ayudarlo en cualquier momento y situación; por consiguiente la enfermera debe tener los conocimientos necesarios y la sensibilidad para poder atender y brindar esta necesidad, que el individuo demanda día con día ³⁴.

Por otro lado cobra importancia el trato humanizado y holístico que permita lograr esa calidad de atención de los usuarios que consultan a los servicios de atención en salud³⁴; más aún en el paciente que se atiende en el consultorio de prevención y control de tuberculosis, pues esta enfermedad requiere de mucho tacto en el cuidado ya que precisa una alta carga de estigmatización, que si es percibida erróneamente por el paciente perjudicaría su inicio o continuidad en el tratamiento.

De esta manera si existe un trato inadecuado que el paciente lo perciba y manifieste, no generará confianza mutua, por tanto no se llevará a cabo la finalidad de los cuidados compartidos, y no se logrará que el cuidado pueda ser percibido por la persona como una forma de experimentar un cuidado oportuno a sus necesidades; sino que será percibido solo como un trabajo o

responsabilidad que la enfermera realiza por cumplimiento, posponiendo el trato humano, y por ende ausencia de confianza, estas experiencias son percibidas por los pacientes, y lo manifiestan en los siguientes discursos:

Una vez llegué a recibir el tratamiento y me senté esperando que me lo alcancen, porque uno está con las manos contaminadas, pero una enfermera me dijo de mala manera: "si quieres llévalo y ábrelo"... fue un trato déspota, que no debe ser así...si me trata así, ¿que confianza puedo tener en ella?... (E.4)

...nos deben atender bien, darnos otro trato, a veces uno llega y las encuentra conversando, escribiendo, riéndose y tengo que esperar para recibir el tratamiento...no se interesan como me va..así, a uno no le provoca preguntar nada...y a veces hasta abandonar el tratamiento... (E.10)

Yo no siento apoyo de parte de la enfermera, solo vengo tomo mi tratamiento y me voy. Debería cambiar este aspecto, que sean más cuidadosas... estén más atentas, porque a veces llego y no las encuentro...entonces se retarda el tratamiento... no hay tiempo para aclarar dudas,... no hay confianza (E.6)

Como se evidencia en los discursos, el cuidado de la enfermera es percibido por el paciente en relación a la generación de confianza, ellos manifiestan que esta no se genera debido a la falta de trato humano, problema que: día a día afecta al paciente y preocupa la percepción que se tiene del personal de salud respecto a que el paciente se convierte en objeto una vez que ingresa a una unidad hospitalaria a recibir servicios, ya que sus sentimientos y valores no se toman en cuenta, y pasa a ser un número de habitación o expediente clínico o una patología o diagnóstico, quedando en el olvido su dimensión emocional y personal única en cada paciente o individuo; el trato humano verdadero y auténtico, implica que los profesionales de la salud tengan ese espíritu de ayuda al paciente, el gusto por el trabajo bien hecho, el cual es un valor que se convierte en un elemento de motivación para el paciente³⁶; que se atiende en el consultorio de ESPCTB.

Así también Herrera ³⁷, afirma que los pacientes que recibieron trato inadecuado, mostraban temor e incertidumbre sobre su posible rehabilitación y una significativa falta de confianza para solicitar información

necesaria para despejar sus interrogantes; situación que queda bien diferenciada en los discursos del paciente, que evidencian los efectos del trato humano, y la empatía, en la generación de confianza para el cuidado compartido.

A la par, influye de manera significativa para que se dé un verdadero cuidado, el confort que pueda brindar el entorno, donde el paciente recibe su tratamiento antituberculoso. Este hallazgo es reportado en la literatura, donde se señala que las características estructurales de los lugares donde se imparte el cuidado tiene una propensión a influir sobre el proceso de atención con aumento o disminución de la calidad, lo que repercute directamente en el bienestar del paciente³⁸; y por tanto en el éxito del tratamiento, esas importantes percepciones, han ameritado su explicación en la siguiente subcategoría.

1.2. El confort percibido como estímulo para el tratamiento eficaz

El proceso de la enfermedad genera alteraciones en el confort relacionadas directa e indirectamente con la enfermedad diagnosticada, este confort traspasa la dimensión física y afecta el aspecto psico – espiritual, social y ambiental³⁹; la identificación del tipo de confort según la clasificación en sus contextos permite conocer la situación actual de comodidad de los pacientes, ya que por padecer tuberculosis se caracterizan por tener un tratamiento prolongado y relación frecuente con el personal sanitario y el Centro de Salud, cobrando importancia el confort en el cuidado brindado para llevar a cabo de forma eficaz el tratamiento.

El confort es el estado que experimentan los receptores de las intervenciones de confort. Es la experiencia inmediata y holística de

fortalecerse cuando se abordan las necesidades para tres tipos de confort (alivio, tranquilidad y trascendencia) en cuatro contextos (físico, psicoespiritual, social y ambiental) ²⁴. Por ello las enfermeras tienen que reconocer la influencia de los entornos internos y externos, en la salud y la enfermedad de los individuos, variables externas como la comodidad, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables²⁴, los pacientes en el CSPPA-MINSA encuentran comodidad cuando se les brinda el cuidado en ambientes que reconocen ventilados, aseados y que les asegura la privacidad, lo cual hace propicio el ambiente para que ellos asistan responsablemente a su tratamiento; esta percepción es manifestada en los siguiente discursos:

El lugar donde recibo el tratamiento está bien, porque es adecuada la ventilación, el tamaño, además está muy cerca a mi casa, me siento a gusto por la forma como me tratan, como si estuviera con mis padres, esto genera que me sienta cómodo en este ambiente, por eso vengo tempranito y sin faltar... (E.2)

... me gusta ir (risas) y ya me adapté, se me ha hecho como una rutina agradable... porque todo está limpio, no hace frío ni calor, el personal es muy atento y respetuoso... esto alivia el tratamiento tedioso que tengo...y me da ánimos para cumplir sin faltar ni un día... (E.9)

Desde que yo llego encuentro las ventanas abiertas y limpias, me siento cómoda, muy bien, porque es un lugar solo para nosotros, así cuando llegan personas curiosas a ver lo que pasa, no les dejan entrar y eso es lo que me agrada...este ambiente separado cuida la privacidad del paciente, porque la gente nos mira con curiosidad... que respeten y cuiden mi privacidad me alivia las tensiones, y me da tranquilidad para continuar mi tratamiento. (E.1)

Los discursos de los pacientes evidencian que perciben el confort cuando perciben comodidad al encontrar un ambiente ventilado al momento de recibir el tratamiento antituberculoso, ya que es imprescindible, que las áreas de la estrategia de TBC cuenten con una ventilación

concordante a la enfermedad que allí se trata, a pesar de que el centro de salud, no cuenta con la disposición de entradas y salida de aire concordantes a las recomendaciones de que estos ambientes deben contar, con una presión negativa del flujo de aire en sus instalaciones, la cual consiste que el aire limpio del pasillo debe dirigirse a la habitación para luego ser expulsado al exterior⁴⁰.

Esta forma valorativa del entorno físico y su relación con el confort, es descrita por Uribe³⁹ quien afirma que, en la tranquilidad, el paciente satisface su necesidad ambiental por la limpieza del sitio donde está, luz adecuada, temperatura adecuada entre otros; la aplicación de su medicación de forma oportuna, aceptación y respeto del personal por el cual es atendido; ello reiteradamente ha sido citado por los sujetos de investigación, corroborando lo dicho por el autor.

También los pacientes manifiestan su comodidad con el ambiente relacionándolo con el trato que reciben, ya que también pueden experimentar confort en las relaciones interpersonales del contexto social al momento de recibir el cuidado de la enfermera, lo cual puntualiza que las personas perciben confort, no sólo cuando un ambiente está limpio y aseado, sino también cuando éste experimenta tranquilidad y alivio, al ser ayudado en las dificultades propias de su enfermedad; así también la satisfacción en el cumplimiento de su derecho a la privacidad, resguardada por la enfermera, prestando las condiciones necesarias al momento de brindar el cuidado, fortalecen su percepción de comodidad, la enfermera actúa considerando que: La intimidad es un derecho y una necesidad del ser humano, indispensable para el mantenimiento de la dignidad humana de cualquier persona⁴¹. El cuidado para el confort se relaciona con el respeto, la privacidad y la resolución de necesidades básicas⁴².

2. EL CUIDADO PERCIBIDO COMO MOTIVACIÓN PARA CONTINUAR EL TRATAMIENTO

El cuidado, esencia del que hacer enfermero, es aquel que percibe el paciente, este tiene un efecto de acción y reacción, es decir, la manera de cómo es cuidado posee una respuesta libre en relación al seguimiento de la atención brindada, originando como consecuencia su bienestar, la continuidad del tratamiento hasta su curación. Estos cuidados deben de realizarse con dedicación y singularidad, deben poseer características especiales que motiven a seguir un tratamiento cuando este es de larga duración y sus efectos pueden conllevar a la deserción del tratamiento iniciado, como es el caso de la tuberculosis, cuyos momentos de cuidado y tratamiento, siempre están vinculados a los pacientes, y constituyen la motivación de continuar su largo tratamiento, en este caso supervisado (DOTS).

Lo dicho, está avalado en los discursos de los pacientes de la ESNPCTB y responde a la presencia de un vínculo motivacional, considerado la forma más efectiva de garantizar la continuidad del tratamiento, involucrando, por lo tanto, más que la disponibilidad de medicamentos y las orientaciones sobre el tratamiento, el como también las enfermeras, están involucradas con la vida de sus pacientes, y el seguimiento de su vida diaria ⁴⁵ ; son reconocidas por el paciente, motivándolos a continuar su tratamiento, descripción que se explica a profundidad en las siguientes subcategorías.

2.1 La efectividad del cuidado relacionado al vínculo interpersonal enfermera-paciente

El cuidado enfermero en pacientes con tuberculosis no debe limitarse solo a la supervisión directa de la administración del tratamiento y a funciones de tipo técnico- administrativo, sino en un acercamiento desinteresado por aquella persona que padece la enfermedad, la cual no sólo afecta su dimensión física, sino además la espiritual y mental, fomentando de esta manera un conocimiento propicio del paciente acerca de sus limitaciones y percepciones del tratamiento que recibe.

Al respecto Terra M ⁴⁴afirma: La atención a los enfermos requiere el establecimiento de un vínculo, imprescindible para que la adhesión sea efectiva. El papel del equipo de la salud, significa acoger y acompañar al paciente durante el proceso terapéutico. Los pacientes dan mayor importancia a la forma y fondo del cuidado que se les brinda, por encima de los medicamentos que reciben para su enfermedad. Así lo refieren en los siguientes discursos:

...la enfermera tiene una lista donde está siempre pendiente de sus pacientes, cuando uno viene a la terapia, si le falta una charla, medicamento o una receta... me pregunta cómo son mis reacciones por el tratamiento que recibo, si tengo náuseas, si me arde el estómago, y me explica porque sucede, doy gracias a esas personas que se interesan en mi salud. (E.3)

...me han sabido apoyar, yo llegué a tomar la medicina muy desanimado y mal de salud... cuando no vengo al tratamiento, ella se preocupa...a veces me riñe con cariño, ... me pregunta porque no vine...eso cualquiera no lo hace, ... ella puede pensar que eso no es su problema, pero la enfermera se da cuenta si vengo o no... y así está atenta de mi tratamiento.... (E.2)

Los discursos evidencian que el cuidado enfermero brindado al paciente con tuberculosis nace en la buena interrelación enfermera-paciente, es decir un vínculo afectivo que refuerza la efectividad del cuidado de su interés, en el cumplimiento del tratamiento, ponerse en su lugar y preocupación porque se cumpla y se cure de la enfermedad. El paciente percibe que no es uno más, ella se involucra en sus problemas de persona, con el límite que corresponde, hasta le llama la atención, que ellos aceptan. La necesidad de mantener buenas relaciones con los pacientes con

tuberculosis se percibe más bien como una amistad o una asociación en la que las enfermeras, los pacientes y sus familiares luchan juntos, conducido por un común meta, la cura de la enfermedad y el retorno a sus vidas libres de tuberculosis ⁴³.

El vínculo debe provenir del profesional de la salud, y construido sobre la base de una relación que posibilite, la expresión de sentimientos y de necesidades por parte del enfermo. Así, la adhesión (por el cuidado) es un proceso construido en lo cotidiano: Proviene del ofrecimiento del medicamento, de orientaciones, de la inserción del enfermo en el servicio, de su acceso al servicio siempre que es necesario y de la disponibilidad de un profesional que sea referencia para la atención⁴⁴; aporte teórico que se relaciona con las características mayoritarias del cuidado enfermero que se ofrece en el CSPPA.

A la par y de forma simultánea el cuidado enfermero al paciente con tuberculosis es reforzado por una estrategia sencilla y a su vez eficaz: DOTS (tratamiento acortado estrictamente supervisado), que cumplido con responsabilidad asegura el éxito del tratamiento contra la TB; esta estrategia no solo es importante para la enfermera, los pacientes más temprano que tarde, la reconocen como una forma de garantizar el cumplimiento de su tratamiento, sin embargo, hay algunas percepciones que deben evaluarse en pos del logro eficiente de su aplicación. Dichas percepciones son relatadas por los pacientes en la siguiente subcategoría:

2.2 El cumplimiento del DOTS una estrategia controversial desde la percepción del paciente

Existe una estrategia que garantiza que el paciente ingiera sus medicamentos de forma oportuna y cumpla con éxito su tratamiento

antituberculoso, y a la vez que ofrece un momento propicio para que la enfermera establezca un espacio de diálogo y conocimiento del paciente, se trata de la estrategia DOTS. Según la OMS ⁹², el tratamiento supervisado, que puede tener que incluir la observación directa del tratamiento (DOT), ayuda al paciente a tomar los medicamentos de forma regular y a completar el tratamiento, logrando así la curación y evitando la aparición de farmacoresistencia. Este aspecto normativo si es cierto que disminuye el fracaso del tratamiento, y alienta a una cura más rápida y efectiva, no es menos cierto que los pacientes en algunos casos lo perciben como una supervisión vertical, o desconocen esta, aduciendo que si es para su bien lo deben de cumplir, estas percepciones son vertidas por los pacientes de la siguiente manera:

La Enfermera me ve si tomo los medicamentos...a veces me pongo nervioso...de que me esté mirando, como si desconfiara...pero yo pienso que ellas tienen razón en observarnos porque hay unos pacientes que botan las pastillas o se las llevan... (E.5)

Cuando yo vengo a tomar mi medicamento algunas veces me da la enfermera y otras la técnica de enfermería...se quedan cuidándome para tomar todas las pastillas, pero también las tomo solo, cuando ellas están en su oficina viendo documentos... (E.6)

...ellas, sí me miraban cuando tomaba las pastillas, pero como que me daban cólera, porque yo no las vomito, pero se paraban a mi costado las técnicas o la enfermera...me miraban y como que eso en el inicio me intimidaba un poco, voy a tener tres meses en el tratamiento y jamás he vomitado las pastillas... ya no me miran tanto, a veces si me hacen la conversación y mientras voy tomando conversamos y de paso me miran que ya tomé las...pastillas. (E.1)

Los discursos, emitidos por los pacientes de la ESNPCTB evidencian controversia, ya que, por un lado, la supervisión directa, abierta, les genera una percepción equívoca del objetivo de acompañamiento, a ellos, les intimida, les da cólera, lo toman como una falta de confianza, y, por otro lado, admiten que aun siendo la responsabilidad del paciente tomar sus pastillas, su presencia garantiza, la continuidad del cuidado. Por tanto, el acompañamiento o supervisión debe ser adaptada al contexto y a las necesidades del paciente, para cumplir el objetivo de garantizar la

observancia por parte tanto de los profesionales sanitarios (quienes deben prestar una asistencia y un apoyo adecuados a cada paciente) como de los pacientes (quienes deben tomar el tratamiento con regularidad).⁹²

Dicha responsabilidad la asume la enfermera en concordancia con la Norma Técnica (NTSAPT^B)⁹ vigente, que indica que el profesional de enfermería de la ESNPCTB es responsable de organizar la atención integral de la persona afectada por TB, su familia y la comunidad, señalando en una de las funciones específicas que deberá administrar el tratamiento anti-TB directamente observado (observar la ingesta), y registrar las dosis administradas en la tarjeta de control de tratamiento, vigilando la presencia de RAM.

Por otro lado, el mismo paciente hace referencia a que es observado por la enfermera, para verificar la toma de los medicamentos; quien, por conocimiento de su trabajo, sabe las reacciones adversas del mismo (náuseas, vómitos, inapetencia, signos de gastritis, etc.), lo cual la hace presumir que de llevarse a cabo por sí solos, sería muy difícil que concluyan con éxito su tratamiento. En este caso, el acompañamiento percibido en dos vertientes por los pacientes, la aplicación con la máxima responsabilidad por las enfermeras, confirma que: Los profesionales de la salud que más presentaron compromiso en la operacionalización de la DOTS pertenecían al equipo de enfermería⁴⁴, ratificando su labor, que si bien es cierto tiene dos corrientes de percepción, ella actúa e interviene sin distinción, permitiendo que todos hablen el mismo idioma, con un solo objetivo, la remisión total de la enfermedad.

Sin embargo, por las características propias del sistema de salud, en nuestro medio, en el que el principal problema es la dotación óptima de personal, ocurre casos donde no se cumple a cabalidad la observación directa por la enfermera, situación que el paciente la percibe y manifiesta de la manera siguiente:

...quien me da el tratamiento, no podría decirle porque no conozco el nombre de las personas... sé que es una técnica de enfermería que viste de color blanco, ella va incluso a mi casa a preguntar cómo me encuentro. A veces también tomo solo el medicamento, si es un bien para mi salud, no es necesario que alguien me esté controlando o mirando... es más me ponen un poco nervioso si hacen eso. (E.4)

...llego a recibir el tratamiento y luego me voy, lo tomo solo, porque las enfermeras están en su oficina, llenando papeles o conversando... algunas veces si se quedan a observarme para que tome todo supongo... pero sé que es para mi bien, yo me curo solo, es mi responsabilidad. (E.5)

Los discursos transmitidos por los pacientes, aunque manifiesten tomar solos la medicina, sentir nerviosismo, desconocer la importancia del tratamiento supervisado y hasta no reconocer quién les da el tratamiento; ambos evidencian y llegan a la conclusión que es un bien para ellos mismos. Esto último manifiesta el reconocimiento del tratamiento como un bien para su salud, si bien es cierto es algo positivo y rescatable en un paciente con TB y que de hecho ayudará y reforzará la continuidad del mismo, no debe bastar para que asegure que el paciente cuando llega al Centro de salud tome su tratamiento correspondiente, este momento de cuidado debe servir para que éste reconozca a su cuidador, la enfermera; y que ella le explique para que no se sienta intimidado y tenga conocimiento que es necesario que se le supervise a través del DOTS.

Es importante explicar los beneficios de la DOTS a cada paciente y resaltar el hecho de que no se trata de un castigo, sino más bien de una manera muy eficaz para que el paciente y el trabajador de la salud cooperen para completar satisfactoriamente un régimen adecuado. Los trabajadores de la salud también pueden informar al paciente que la DOTS es una norma nacional de práctica (supervisión) para el tratamiento contra la enfermedad de tuberculosis⁴⁵. La explicación oportuna acerca de los cuidados que pueda dar la enfermera al paciente con TB se da a través de la educación y es la manera más eficaz para que éste comprenda el proceso de su tratamiento que es la base de su curación.

3. EL CUIDADO COMPARTIDO A PARTIR DE LA EDUCACIÓN SANITARIA

El cuidado enfermero es un acto que no solo involucra al profesional de la salud, es además una acción recíproca: enfermera – paciente, en la que los cuidados compartidos potencian a las personas ²⁴; es decir, que el cuidado a partir de la educación sanitaria impartida involucre tanto a la enfermera, en brindar educación adecuada y al paciente, en realizar y hacer obra en lo que es orientado en bien de su propia salud.

La educación sanitaria, para que sea eficaz, necesita de una respuesta por parte del paciente con TB que se traduzca en acciones favorables que contribuyan con el régimen terapéutico farmacológico y no farmacológico, como: alimentación, vivienda, exámenes auxiliares, citas mensuales programadas, atención interdisciplinaria, etc.; para que de esta forma la educación no sea mera teoría sino participación activa del paciente. La educación sanitaria es una herramienta importante para el cuidado personal que involucra la participación entre todos los profesionales de la salud y usuarios, en ello, la enfermera puede ayudar a la persona a prepararse para ser el agente de su autocuidado⁴⁶. Testimonios de los pacientes acerca de la educación brindada por la enfermera y la manera cómo ellos viven estos cuidados se evidencian en las siguientes subcategorías.

3.1 Educación sanitaria, para una participación activa en el tratamiento

De la mano del tratamiento farmacológico para el éxito de la curación de la tuberculosis, la enfermera debe desarrollar una adecuada educación sobre la enfermedad: Qué es, cómo se cura, información del tratamiento y sus efectos, cuidados en el hogar, etc., información necesaria para que el

paciente sabiendo a lo que se enfrenta, actúe y corresponda de manera activa a la educación brindada, de lo contrario, difícilmente será responsable en pos de su curación, generando una mala adhesión al tratamiento que incluso puede llevarlo a su abandono.

Al respecto Gomes⁴⁷ afirma, el conocimiento del paciente sobre el proceso de la enfermedad influye en la percepción de la enfermedad y en la adhesión o no adhesión. Cuanto más conocimiento el paciente tiene acerca de la enfermedad, mayor es la autonomía frente al problema; así hacen referencia los siguientes discursos:

...la enfermera me mencionó los cuidados que debía tener, como alimentarme bien, mantenerme lejos de las personas que están enfermas, y debo de llevar una vida ordenada, distinta a la que estaba llevando, y desde que empecé el tratamiento así lo he hecho. (E.1)

...la Enfermera me dijo que debía distanciarme por una temporada de otras personas, mientras estoy en el tratamiento, para no contagiar, me explicó que la tuberculosis puede darle a cualquier persona por eso me realizo mensualmente la prueba de esputo para conocer la cantidad de bacterias que tengo, además me explico y ahora se los efectos de los medicamentos que sí los he percibido... esos alcances que me dio, gracias a Dios me ayudaron mucho aceptar y cumplir mi tratamiento y por el momento los estoy haciendo... (E.6)

La enfermera me informó que debo estar bien alimentado, comer papá, camote, menestras, pescado...así mi forma de alimentarme ha cambiado, antes mis comidas eran ligeras, pero ahora son más nutritivas... ella me explico la importancia de mi alimentación en mi tratamiento. (E.8)

Los testimonios evidencian que una buena educación sanitaria brindada por la enfermera, acerca de la enfermedad que padecen, refuerza en ellos la intención de participar en su tratamiento y seguir sus enseñanzas generando una participación activa que el paciente realiza, consiente de las consecuencias de su participación, respecto a su alimentación, medidas de protección hacia otros en su vida social, procedimientos mensuales que cumplir y los efectos de los medicamentos, las formas de superarlos, y la importancia de que estos no sean causa de abandono del tratamiento.

La educación sanitaria, sobre la tuberculosis tiene que comenzar en la visita inicial del paciente y debe continuar en cada encuentro. Esto incluye información sobre lo siguiente: la transmisión y patogénesis de la tuberculosis; los resultados esperados del tratamiento; los beneficios y posibles efectos adversos del régimen de tratamiento; los métodos de supervisión, como la terapia de observación directa (DOT); la evaluación de la respuesta al tratamiento; la contagiosidad y el control de la infección⁴⁶. Sin duda, desarrollar trabajos educativos es de suma importancia para que la población se apropie del problema, para tener condiciones de participar efectivamente en las cuestiones de salud⁴⁸.

Por otro lado, si la educación sanitaria que realiza la enfermera, no es brindada oportunamente, puede ser percibido por el paciente como una omisión de cuidado, porque nadie le ha informado sobre los síntomas desagradables que, por falta de educación sanitaria, podrían poner en riesgo la continuidad del mismo, y cuando ésta no se da de manera planificada, él puede apreciar que se le dio de manera incompleta. Esta percepción es manifestada en los siguientes discursos.

La enfermera no me ha dado ninguna información hasta ahora, solo el doctor... Me gustaría que me expliquen para tener conocimiento qué es lo que tengo...No me ha explicado de los efectos que tienen las pastillas en mi cuerpo... porque yo sí lo he experimentado. (E.4)

...la enfermera nunca habló conmigo ni me ha explicado nada acerca del tratamiento y de las pastillas (con gestos de molestia), me hubiera gustado que me informe de mejor manera acerca de la enfermedad, pero no se les puede pedir más a las enfermeras, supongo que se cansan al explicar lo mismo a cada paciente... ella sólo me aconsejó que coma bien,... pero a veces en casa no hay suficiente economía para comprar lo que ella sugiere, ...no sé cómo cambiarlo por algo más barato, sin embargo, siempre trato de alimentarme bien. (E.10)

Como se evidencian en los discursos, los pacientes manifiestan su padecer ya que refieren que la enfermera nunca les ha explicado acerca del tratamiento que iniciaron, perciben que es una incomodidad para ella explicar a cada paciente lo referente a la enfermedad y su tratamiento, le dan

indicaciones que no están a la alcance de su economía, pero no le indican como sustituir los alimentos con otros más baratos pero de igual o mayor valor nutritivo, se deduce que con este proceder de la enfermera se está menoscabando la gran influencia que tiene la educación sanitaria en asegurar la adhesión y el no abandono del tratamiento.

Al respecto Gomes⁴⁷ menciona que la educación en salud es una importante estrategia para la reducción de las tasas de abandono del tratamiento de la enfermedad, pues la falta de información o su inadecuada asimilación concurre a una ingesta no apropiada de la medicación y/o interrupción del tratamiento.

Debido a esto la educación sanitaria de la enfermera, en la ESNPCTB, para que el cuidado que brinda sea integral debe ser supervisado y reforzado además en el hogar, es decir que su cuidado trasciende los muros del Centro de Salud e involucra a la familia que encuentra en el hogar de la persona con tuberculosis, función además asignada en la NTSAPTB, por tanto es importante también saber cómo percibe el paciente, la necesidad de continuar el tratamiento en el hogar, al respecto se analiza en la siguiente sub categoría.

3.2 La continuidad del cuidado en el hogar

La tuberculosis es una enfermedad que requiere y no sólo basta que el cuidado enfermero se quede en captar los sintomáticos respiratorios (SR) para asegurar la prevención, o dar los medicamentos y realizar la observación directa del tratamiento (DOT) para curarla, es una enfermedad donde las condiciones de vida como vivienda, alimentación, higiene, relaciones interpersonales, etc., necesitan ser corroboradas a través de la visita domiciliar que realiza la enfermera. Además, porque en el hogar se

encuentra a la familia que ayuda y colabora con el paciente para mejorar su salud, da un apoyo y ayuda al paciente en su enfermedad y rehabilitación⁴⁸; de esta forma se logra los cuidados compartidos: enfermera- paciente y familia.

La visita domiciliaria emerge como una estrategia que integra la valorización del cuidado especial y el reconocimiento del paciente de tuberculosis, ampliando las posibilidades terapéuticas, a partir de la adhesión y conclusión del tratamiento, componentes esenciales para el control efectivo de la tuberculosis y la reducción de multidrogoresistencia⁴⁹.

La enfermera, por medio de su interacción con el enfermo y la familia en la visita domiciliaria, debe ofrecer apoyo e información, tiene que garantizar que no solo el individuo enfermo, sino cada miembro de su familia, comprenden la enfermedad, su tratamiento y los efectos del tratamiento; es importante saber qué significado tiene para ellos que la enfermera vaya a su casa, cual es la utilidad de estas visitas, así como su aceptación o rechazo, todo ello lo manifiestan de la siguiente manera:

...la enfermera fue a mi casa a los 2 días después que inicié el tratamiento, verificó la dirección del domicilio, habló con mi mamá y mi esposa, les explicó cómo se pudo haber originado la enfermedad; que necesitaba descanso, dormir solo...también les dieron frascos a toda mi familia para que se realicen el análisis de esputo, me pareció muy bien que ella fuera la que les explicara. (E. 6)

...la enfermera ha ido a mi casa, ha inscrito a todos los que vivimos allí, luego mandó a que se realicen la prueba de esputo y placas, para saber si tienen tuberculosis y los citó a otra fecha para realizarse nuevamente los análisis y así prevenir...creo que fue bueno porque ella supo cómo decirles lo que estaba ocurriendo... (E.7)

De los comentarios, se deduce que el profesional de enfermería al realizar la visita domiciliaria, no sólo se ocupa de paciente con TB, sino que al estar en contacto de las personas que viven con él, realiza pruebas para descartar la aparición de nuevos casos, además de ser una puerta de entrada ideal para que la enfermera escuche, resuelva dudas acerca del tratamiento

y se percate de sus necesidades en la misma realidad donde se desenvuelve, algo que desde el Centro de salud no puede evidenciar. De Sales ⁴⁹ asevera que el seguimiento de los casos de tuberculosis por los profesionales de la salud de la familia debe basarse en el rescate de la humanización del cuidado, por medio de la escucha solidaria, a partir de la identificación de las necesidades del paciente. De este modo, el paciente se vuelve más receptivo al equipo que lo acompaña a la terapéutica propuesta. Se evita, así, el abandono, la ocurrencia de multirresistencia y se facilita la quiebra de la cadena de transmisión.

Así mismo la NTSAPT⁹, documento guía en la atención a la persona con TB en el Perú, refiere que se debe realizar la visita domiciliaria dentro de las primeras 48 horas, después de conocer la baciloscopía positiva en una persona, con los objetivos: Educar y orientar al grupo familiar sobre el plan de tratamiento del afectado e importancia del soporte familiar, orientar en el domicilio las medidas de prevención y control de infecciones, confirmar el censo y organizar el estudio de contactos, identificar SR entre los contactos y tomar las muestras de esputo.

A partir de los discursos de los pacientes, también se hace notoria la fortaleza en la educación de enfermería sobre medidas preventivas e involucrar de mejor manera a la familia en el tratamiento de la enfermedad, así lo reconoce el paciente confirmando que es una intervención importante en el manejo del paciente con TB. Acerca de ello, Gomes⁴⁷ puntualiza que la participación de la familia en el proceso terapéutico es fundamental para el enfrentamiento de la enfermedad, ya que influye en la adopción de hábitos, estilos y conductas. Tanto el paciente como su familia deben ser orientados sobre la enfermedad, a fin de que todos puedan participar en el proceso de tratamiento del paciente con TB.

Es interesante notar que la visita domiciliaria trae un nuevo significado a las prácticas de los profesionales, porque esa visita se ejerce junto al individuo / familia, además de estimular el intercambio de experiencias, integra el proceso de educación en salud e involucra, por lo tanto, la necesidad de que los profesionales de la salud tengan un conocimiento amplio, que vaya más allá de los aspectos clínicos y fisiopatológicos, y que incluya la comprensión del que es vivir con la tuberculosis, buscando la curación⁴⁹.

4. LA PRÁCTICA ÉTICA EN EL CUIDADO APRECIADO COMO UNA RESPONSABILIDAD INHERENTE A LA ENFERMERA.

El cuidado enfermero lleva implícito en su esencia el respeto y la responsabilidad hacia la persona cuidada, la dignidad que posee le otorga un valor inapreciable, por ende, la enfermera tiene el deber de dirigir sus cuidados de manera ética, sin trasgredir la autonomía del paciente, a pesar de la autoridad que le concede el ser profesional. Pérez⁵⁰ indica que el actuar del profesional implica una gran responsabilidad, sobre todo cuando estos cuidados están dirigidos hacia personas que en ocasiones no tienen la posibilidad de hacer valer su voluntad, juicio o reclamo por iniciativa propia y que se encuentran a expensas de nuestras acciones como el paciente con tuberculosis.

Se considera ética la disciplina que se ocupa de las acciones responsables y de las relaciones morales entre las personas, motivadas por una solicitud, la ética del cuidado tiene que ver con ese valor que le damos a la intimidad de quien uno cuida⁵¹. Por ello el cuidado que debe brindar la enfermera toma mayor importancia e implica suma delicadeza al encontrarse ante una persona con tuberculosis, enfermedad como cualquier otra, sin embargo, altamente estigmatizada por la sociedad e incluso por

profesionales de salud quienes, por desconocimiento o ignorancia, discriminan o subordinan al paciente que atraviesa esta situación. Los pacientes manifiestan las experiencias que han vivido con alguna enfermera por su enfermedad, diciendo:

Desde que yo inicié el tratamiento hasta la fecha de hoy, me han atendido de lo mejor, hay enfermeras que te dicen un montón de cosas y tratan de discriminarte... aquí las enfermeras no, al contrario, han estado conmigo, me brindan su apoyo y eso es lo que más me gusta, por eso continúo en el tratamiento. (E.1)

Las enfermeras me atienden bien, siempre me dan el trato como debe de ser, no hay ningún problema ni discriminación, porque hay algunas enfermeras y médicos, en otros sitios que por la enfermedad lo pueden marginar a uno. (E.2)

A través de estos discursos se puede evidenciar la comparación que hacen los pacientes cuando en algún momento se han sentido discriminados a causa de su enfermedad, en relación al cuidado actual que reciben en el CSPPA, donde no se sienten postergados por la enfermera, sino resaltan que ella siempre les ha atendido con un trato adecuado, suscitando ello un estímulo para continuar en el tratamiento. Carvajal⁵² reconoce que el compromiso personal de los profesionales de salud con el éxito terapéutico requiere en todo momento de actitudes que no sean excluyentes, separatistas y/o reduccionistas hacia los pacientes sintomáticos sospechosos y confirmados y sus familias.

Esto que resaltan como algo positivo de la enfermera es respaldado por la Ley de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú⁵³ que señala: La denuncia por discriminación por ser persona afectada por tuberculosis debe ser interpuesta por la persona agraviada o su representante ante la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), al ser la entidad encargada de velar por el cumplimiento del acceso, calidad y oportunidad de la atención, conforme a lo previsto en el artículo 42 de la Ley N° 30287.

Asimismo, podrá hacer uso de las demás vías legales para lograr la restitución de su derecho vulnerado y su inmediata reparación ante la Defensoría del Pueblo, el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y el Ministerio Público⁵³, dispositivos que respaldan el aspecto legal de los derechos del paciente, que la enfermera debe complementar con su actuar ético, el cual debe involucrar a la familia y entorno, toda vez, que este tipo de pacientes se sienten avergonzados de portar con esta enfermedad, por tanto deben ser conscientes que el aparterles de su entorno es para protección de ellos y no un acto de discriminación. Ellos perciben esta situación de la siguiente manera:

...cuando la enfermera fue a mi casa y explicó a mi familia sobre la enfermedad, les dijo que era contagiosa y pidió separar mis enseres, separarme de mis amigos... primero me senti mal, luego ella fue explicando y entendí que era por mi bien y el de mi familia, también de mis amigos... poco a poco nuevamente volví a relacionarme con mis amigos y hasta con mi enamorada... gracias a ello no me senti marginado...(E.5)

Por otra parte se hace necesario destacar también que las cuestiones relacionadas a las actitudes y creencias sobre el prejuicio, el temor del estigma y la discriminación por parte de la familia, amigos y vecinos, llevan a la restricción de las relaciones interpersonales de parentesco y amistad, la modificación, así de los hábitos y estilo de vida¹⁴, de allí que surge la importancia de una intervención pronta y apropiada, por parte de la enfermera, para que el paciente acepte y reconozca que las modificaciones temporales en sus actividades cotidianas, son parte de su tratamiento, en ningún caso es un acto discriminatorio, todo lo contrario, la enfermera será la que vele siempre por un trato humano, digno, que encaje dentro del cuidado ético, en ese tipo de pacientes.

CONSIDERACIONES FINALES

El análisis de las percepciones de los pacientes que se atienden en el Consultorio de Prevención y Control de Tuberculosis, el cual se ha realizado a partir de los discursos contrastados con la teoría pertinente, ha permitido arribar a las siguientes consideraciones finales:

1. El cuidado enfermero percibido por el paciente, radica principalmente en la confianza, generada a partir del buen trato que recibe, lo cual fomenta la apertura espontánea para que sea capaz de consultar acerca de alguna duda o inconveniente sobre su tratamiento, originando de esta manera los cuidados compartidos, donde ambos crecen en el momento del cuidado, tomando conciencia del valor de sentirse persona de cuidados y cuidadora, a pesar de las limitaciones del sistema.
2. Los pacientes que se atienden en la ESNPCTB, en este establecimiento, reconocen que para estimular un tratamiento eficiente es necesario el confort, ellos perciben que los ambientes ventilados, aseados, que les asegure privacidad, les ayuda a continuar el tratamiento, además éste trasciende a la realidad física y abarca aspecto psico - espiritual, social, por ello también el buen trato que reciben les ayuda a estar confortados.
3. El cuidado como motivación para continuar en el tratamiento es percibido cuando se genera un vínculo enfermera- paciente. Este vínculo se da en el momento que la enfermera no sólo limita su trabajo en función a procedimientos administrativos o entregar los medicamentos, sino que aprovecha la ocasión, cuando hace la supervisión de la ingesta a través del Tratamiento Acortado Directamente Observado (DOTS), en interesarse por

conocer las limitaciones del paciente haciendo posible la expresión de sentimientos y necesidades por parte del enfermo, fortaleciendo la adhesión y evitando la deserción del tratamiento.

4. Otros pacientes no reconocen que haya un vínculo entre la enfermera y ellos, pues cuando llegan a recibir sus tratamiento, no las encuentran y manifiestan que el DOTS, aunque ellos no sepan que es una estrategia establecida a nivel mundial, es algo que sirve para inspeccionarlos, lo cual consideran innecesario, pues se consideran responsables, evidenciando una percepción no favorable acerca de esta estrategia.
5. La educación sanitaria para que sea efectiva debe involucrar: paciente-enfermera y familia, en donde el contenido del mensaje y la transmisión debe contextualizarse en relación de la persona con tuberculosis para lograr el cuidado compartido y la efectividad de la educación sanitaria que radica en que el paciente haga obra de las orientaciones brindadas.
6. La continuidad del cuidado enfermero en el hogar a través de la visita domiciliaria es una función importante que se realiza en los pacientes del CSPPA- MINSA, ellos reconocen la importancia de que sea la enfermera la que directamente informe a la familia y hacen énfasis en el descarte de la TB en sus familiares como medida de prevención.
7. La práctica ética en el cuidado del paciente en tratamiento de tuberculosis, se evidencia, cuando el paciente reconoce que las modificaciones temporales de sus actividades cotidianas, son en beneficio de su recuperación, y en ningún caso manifestaciones de exclusión, por persona alguna.

RECOMENDACIONES

En base a estas consideraciones la investigadora se permite poner a orden las siguientes recomendaciones con el fin de contribuir en la mejora del cuidado que brinda la enfermera en el Consultorio de Prevención y Control de Tuberculosis que tendrá repercusión en la calidad del cuidado enfermero que redundará en la recuperación óptima de paciente.

A la institución de Salud:

1. Considerar los resultados de la presente investigación, que son aportes obtenidos de primera fuente, los pacientes de la ESPCTB, como estrategias para planes de mejoramiento, concorde en brindar atención y un cuidado de enfermería relacionado a cumplir la finalidad de la OMS: Poner alto a la tuberculosis.
2. Estimar necesaria la evaluación de dotación de personal en esta área, ya que la deficiencia en funciones de enfermería se origina por falta de tiempo y estar encargadas de otras estrategias, a su vez importantes, pero debido al número de pacientes que reciben tratamiento, se hace prioritario más personal para que se lleve a cabo lo establecido según la NTSAPTB.

A las enfermeras de la ESNPC TB:

1. Proseguir con el empeño de reafirmar las percepciones expresadas por los pacientes, a través de la práctica del trato humano, la generación de confianza, la donación de confort, físico y psíquico, incluyendo lo espiritual, haciendo uso de su creatividad para superar las limitaciones, que dificultan el cumplimiento del cuidado compartido.

2. Es necesario ofrecer al paciente que asiste a recibir su tratamiento antituberculoso, un cuidado de confort para que se lleve a cabo un tratamiento eficaz, puesto que la persona estará en constante relación con el ambiente, y las comodidades que se le puede ofrecer, debido al prolongado tiempo que implica, lo cual hace apremiante la percepción del confort en todas sus dimensiones.
3. Revalorizar la estrategia DOTS como parte fundamental del cuidado enfermero en esta área y realizar la delegación responsable cuando sea necesario, maximizar el aprovechamiento de este momento idóneo de encuentro con el paciente, para conocer sus limitaciones y sentimiento acerca del proceso de enfermedad y tratamiento y fortalecer la interrelación profesional y humana.
4. Continuar, en sus esfuerzos por garantizar un cuidado de calidad y responsable, ante una enfermedad que ha hecho necesaria la creación de la estrategia sanitaria nacional; a pesar de las limitaciones del sistema, asumiéndolos como un reto de su diario que hacer y un compromiso profesional, en bien del paciente y la sociedad.
5. Dar a conocer a los pacientes de forma verbal o a través de anuncios dentro de área donde reciben el tratamiento, la Ley N° 30287, Ley de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú, que los protege ante acontecimientos de discriminación, que aunque no sucedan en el establecimiento de trabajo, les servirá para defender sus derechos y el respeto a su dignidad que les asiste como personas.

A la investigadora:

1. Dar a conocer la investigación en eventos científicos, a través de exposición y publicación de resultados, así como al personal de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis del Centro de Salud Pedro Pablo Atusparia, para que tengan acceso a ellos, motivándose no sólo para lograr que la percepción del paciente supere sus expectativas, de calidad y calidez del cuidado, con sus intervenciones; sino además asumir la responsabilidad que le compete como profesional de salud, en el control de esta enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fauci AS, Kasper DL, Braunwald E, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. Harrison Principios de Medicina. Vol 1. 16ª ed. México: Mc Graw Hill; 2006.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). [Internet]. 2017[Actualizado 16 febrero 2018; consultado: 18 mayo 2018]. Disponible en: http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2017_executive_summary_es.pdf?ua=1
3. Oficina Regional para las Américas. [Internet].2016 [citado 2017 Abril 18. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=38627&lang=en
4. Situación del control de la tuberculosis en las Américas [Internet]; 2017 [citado 2017 Abril 21. Disponible en : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=38726&lang=es
5. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades- MINSA. Distribución de casos según edad, y género. [Internet]. Lima; 2017 [citado 2017 abril 21.Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=14:sala-situacional&catid=8:fortalecimiento-institucional&Itemid=121
6. Ministerio de Salud (MINSA). Impacto socioeconómico de la Tuberculosis en el Perú. 2012 [Internet]. Perú: Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis (ESN-PCTB); [citado 22 Abril 2017] Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1820.pdf>
7. Ministerio de salud. Análisis de la situación epidemiológica del Perú. 2016 [Internet]. Perú: Dirección General de Epidemiología; febrero 2016 [citado 22 Abril 2017] Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/tbc/asistbc.pdf>

8. Lazo O; Alcalde J; Espinoza E. El sistema de salud en Perú: Situación y desafíos [Internet]. Lima: Colegio Médico del Perú; 2016. [Internet]. [Revisado el 23 de abril del 2017] Disponible en: <http://bibliotecavirtual.insnsb.gob.pe/el-sistema-de-salud-en-peru-situacion-y-desafios/>
9. Ministerio de Salud (MINSA). NTS N°101-1 - MINSA/DGSP Norma técnica para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis [Internet]. . Perú: Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas; diciembre 2013 [Consultado 23 de abril del 2017]. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180308083418.pdf>
10. Gerencia Regional de Salud - Lambayeque. Análisis de la situación de salud- ASIS 2016. Lambayeque; 2016.GERESA. Análisis de Situación de Salud - ASIS Lambayeque; 2016.
11. MINSA. Guía Técnica para la Categorización de Establecimientos del Sector Salud. RM Nro. 076-2014/Minsa. Perú; 2014
12. Diógenes C, Melo S, Batista C, Freires V, Menescal J, Galvao E. Proceso de trabajo junto a la persona con tuberculosis en atención primaria de salud. Revista Bahiana de Enfermagem. [Internet]. 2015 Julio[Consultado 25 de abril 2017]; 29(3). Disponible en: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/13038>
13. Da Silva D, Dos Santos J, Ferreira M. Evaluación de la implementación de la estrategia de tratamiento breve bajo observación directa para la tuberculosis en una gran ciudad. Rev. esc. enferm. USP. Scielo[Internet]. 2016 Abr [Consultado 21 de Junio 2017]; 50 (2): 247-254. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000200247&lng=en
14. De Sales F; Santos M; De Souza M; Cardoso J; Castro E; Nunrs F. Tuberculosis: Desvelando conflictos personales y sociales. Rev. Emferm BVS[Internet]. 2011 Agosto [Consultado 21 de Junio 2017];

- 19(4):638-43. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/enfermagem/resource/pt/bde-22498>
15. Puellas Y. Percepción del paciente con tuberculosis sobre la calidad de atención que brinda en profesional de enfermería en la Estrategia Sanitaria de prevención y Control de Tuberculosis de los Centros de Salud de la Microred I Lima ciudad -2016. [Tesis de licenciatura]. Lima: USMP; 2016 [Consultado 21 de Junio 2017]. 65p. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/USMP_6179bae56f25850aa00bcba89bf7ec05
 16. Coronel H, Soto I. Calidad del cuidado enfermero desde la percepción del usuario en tratamiento de tuberculosis, Centro de Salud Manuel Sánchez V. La Victoria, Chiclayo-Perú 2013. [Tesis de licenciatura]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2013 [Consultado 21 de Junio 2017]. 115p. disponible en: <http://tesis.usat.edu.pe/handle/usat/432>
 17. Matlin M, Foley H. Sensación y percepción. 3a ed. México: Prentice Hall; 1996.
 18. Sternberg R. Psicología cognoscitiva. 5a ed. México: Cengage; 2011.
 19. Best J. Psicología cognoscitiva. 5a ed. México; 2002.
 20. Vargas L. Sobre el concepto de percepción. Alteridades [Internet]. 1994 [Consultado 21 de Junio 2017]; 4(8): 47-53. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/747/74711353004.pdf>
 21. Bruce E. Sensación y percepción. 6a ed.: Thomson; 2006.
 22. Organización Mundial de la Salud. Proseguir la expansión y mejora de un DOTS de calidad. [Internet]; 2016 [Citado 8 Mayo 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/tb/dots/treatment/es/>
 23. Tazon M; García J; Asequinolaza L. Relación y comunicación. La relación interpersonal: fundamento de la ciencia y disciplina de la enfermería. Madrid: Editorial Difusión Avances de Enfermería; 2000:48-50.
 24. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 7a ed. Barcelona: Elsevier; 2011.

25. Grove S, Gray J, Burns N. Investigación en enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. 6a ed. Barcelona: Elsevier; 2016.
26. Guerrish K, Lacey A. Investigación en enfermería. 5a ed. España: McGraw-Hill; 2008.
27. Lüdke M, Marli E. Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas André-São Paulo: E.P.U. Editora Pedagógica e Universitaria LTDA; 1986.
28. GERESA- Reporte anual de atenciones 2016.
29. Bardin L. Análisis de contenido Madrid: Acal; 2006.
30. Sgreccia E. Manual de biética- Modelo personalista ontológico; 1999.
31. Lincoln Y, Guba E. Naturalistic inquiry Beverly Hills, California: Sage; 1985.
32. Juarez P, García M. La importancia del cuidado de enfermería. Revista de enfermería de Instituto Mexicano del Seguro Social. 2009 Mayo-agosto; 17(2). [Citado 12 noviembre 2017.] Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092j.pdf>
33. Schoenhofer S, Boykin. Discovering the evaluate of nursing in high-technology environments. International for human Caring. 1994; 12(4).
34. Inca M. Percepción del paciente sobre el cuidado humanizado del equipo de enfermería del Centro quirúrgico de la Clínica Internacional de San Borja. [Tesis de especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017. [Citado 12 noviembre 2017] Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/6473/1/Inca_sm.pdf
35. Rivera A. Práctica ética de enfermeras jefes en la gestión del cuidado, Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2013. Tesis de maestría. Chiclayo: Universidad Santo Toribio de Mogrovejo; 2013. [Citado 24 noviembre 2017] Disponible en:

http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/598/1/TM_Rivera_Gutierrez_An_aMaria.pdf

36. Gutiérrez-Meléndez L. El trato humano, ¿incrementa el costo en la calidad de la atención? Rev. Enferm Inst. México. Seguro Social. 2007; 15 (3): 121-123 [citado el 28 noviembre de 2017] disponible en <https://www.um.es/calidadsalud/archivos/Articulo1-2007.pdf>
37. Herrera L, Villamiel V, Pelcastre B, Cano F, Lopez M. Relación del personal de salud con los pacientes en la ciudad de México. Rev Saúde Pública. 2009; 43(4). [citado 13 noviembre 2017.] Disponible en : <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n4/7289.pdf>
38. Donabedian A. La calidad de la atención médica. 3 ed. México: La Prensa Médica Mexicana; 1984.
39. Uribe A, Torrado I, Acevedo Y. Confort en los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía. Dialnet. 2012; 9(2). [citado 13 noviembre 2017.] Disponible en: <https://bit.ly/2xw9gWz>
40. Lindao K, Santisteban K, Fernandez J. Evaluación del cumplimiento de medidas para evitar el riesgo de contagio de tuberculosis pulmonar en los establecimientos de salud MINSA- Lambayeque 2015. Revista del Cuerpo médico del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo. 2015; 9(2). [citado 13 noviembre 2017.] Disponible en: <http://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/RCMHNAAA/article/view/31>
41. Avispón M, Mendes R. Competencias relacionales y preservación de la intimidad en el proceso de cuidado. Scielo. 2015 Marzo - Abril; 68(2). [Citado 14 noviembre 2017.] Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000200191
42. Muggeburg M, Riveros A. Interacción enfermera - paciente y su repercusión el cuidado hospitalario. Scielo. 2012 Enero - Marzo; 9(1). [Citado 14 noviembre 2017.] Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000100005
43. Franco E; Guerreiro D. Compromiso del enfermero con el cuidado a la persona con tuberculosis. Scielo. 2016 agosto; 25 (3). [Citado el 1 de abril del 2018] Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-&lng=en&tln07072016000300306g=en

44. Terra M, Bertolozzi M. ¿El tratamiento con supervisión directa “DOTS” contribuye para la adhesión al tratamiento con tuberculosis? Revista Latino-Americana de Enfermagem. Scielo.2008 julio; 16(4).[citado el 1 de abril del 2018]disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692008000400002&script=sci_abstract&tlng=es
45. Departamento de salud y servicios humanos de los estados unidos. Manejo de pacientes con tuberculosis y mejora de la adherencia al tratamiento. [Citado el 19 de abril del 2018] Disponible en: <https://www.cdc.gov/tb/esp/publications/guides/ssmodules/spanishssmodule6.pdf>
46. Andrade, R; Maia V; Fuentes R; Carreiro G; Villa T; Pinto E. Contribución profesional de atención primaria de salud para el autocuidado asistida a pacientes con tuberculosis. en: Revista de Investigación: El cuidado es fundamental Online Social Science Open Acces Repository (2016), 3, p. 8 (3): [citado el 20 de abril del 2018] disponible en: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4857-4863>
47. Gomes L; Vieira N; Félix F. Análisis de los atributos de primaria de la salud en la atención a la tuberculosis en brasil: Una revisión integral. Revista De enfermería de Centro Minero Oeste. BVS. [Internet]. 2015 [Citado 18 de abril del2018]; 5 (2. Disponible en: <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?issn=2236-6091&lang=pt>
48. Zomeño G. Incorporación del familiar del enfermo hospitalizado a los cuidados enfermeros intrahospitalarios. Tesis, 2015.España [acceso 15 de mayo del 2018] disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/47031/1/tesis_ginesa_zome%C3%B1o_ros.pdf
49. De Sales F; Nunes F. Tuberculosis: acogida e información en la perspectiva de la visita domiciliaria. Revista de Enfermagem Uerj. [Internet]. 2015; 23(3)[Citado 15 de mayo del 2018]. Disponible en: <http://www.e-uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/4289>

50. Pérez K, Prada M. Nivel de conocimiento y Actitud sobre normas de Bioseguridad en enfermeras del servicio de Cirugía de H.R.D.T – 2012. [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional de Trujillo; 2012 [Consultado 24 de mayo 2018]. 93p. disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/8598>
51. Alcántara C, Choroco M. El cuidar-cuidado en el paciente con tuberculosis desde la perspectiva de la enfermera. Hospital Regional Docente de Trujillo.”. [Tesis de licenciatura]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2016 [Consultado 24 de mayo 2018]. 93p. disponible en: <https://bit.ly/2LJvass>
52. Carvajal R, Hoyos P, Varela M, Angulo E, Duarte C. Estigma y discriminación ante la tuberculosis por profesionales de la salud de la costa pacífica colombiana. Scielo. [Internet]. 2018 [Citado 25 de mayo del2018]; 23 (1): 13-25. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v23n1/0121-7577-hpsal-23-01-00013.pdf>
53. Ley de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú. Reglamento de la Ley N° 30287 (Boletín oficial El Peruano, número 587360, de 15 -05 – 16)



ANEXOS

ANEXO N° 01

GUÍA DE ENTREVISTA SEMI- ESTRUCTURADA DIRIGIDA A PACIENTES

La presente entrevista se realizará con el objetivo de describir, analizar y comprender la **PERCEPCIÓN DEL CUIDADO ENFERMERO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS**, centro de Salud I.4-MINSA, Chiclayo 2017

Su participación es voluntaria y toda información que Ud., proporcione será utilizada sólo para fines de la investigación, cuidando la privacidad de lo que manifieste, para ello se le dará un código correspondiente a un número: Informante I1, I2, I3...etc.

DATOS INFORMATIVOS

- Seudónimo _____ Edad: _____ Sexo: _____
- Estado Civil _____
- Grado de instrucción: _____ Ocupación: _____
- Tipo de TB: _____ Tiempo de tratamiento: _____

PREGUNTAS

1. Puede describir cómo es el cuidado que recibe, de la enfermera, durante su tratamiento, (trato, oportunidad, seguridad, conocimiento)
2. ¿Puede detallar cómo es que recibe su tratamiento en el Centro de Salud, quien se lo da?
3. ¿Qué información ha recibido de parte de la Enfermera en relación a su enfermedad, tratamiento y cuidados personales?
4. ¿Qué le parece el lugar donde recibe su tratamiento? ¿Por qué?
5. ¿Qué opina del uniforme o ropa de protección que usa la enfermera, para atenderle a Ud.?
6. ¿Desea agregar algo más?



ANEXO 02

Consentimiento para participar en un estudio de investigación -ADULTOS -

Datos informativos:

Institución : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
Investigadores : María del Rocío Bustamante Chacón.
Título: **“Percepción del cuidado enfermero en pacientes atendidos en el Consultorio de Prevención y Control de Tuberculosis, centro de Salud I.4-MINSA, Chiclayo 2017**

Propósito del Estudio:

Se le invita a participar de esta investigación, con la finalidad de conocer y contribuir en el mejoramiento del cuidado que brinda la enfermera al paciente con Tuberculosis

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se desarrollará los siguientes pasos:

1. Luego de que usted dé su consentimiento, se le realizará algunas preguntas relacionadas con el tema de investigación, el cual será grabada en un grabador de voz, dándole un código que será un número para proteger su identidad. Esta entrevista durará un tiempo estimado de 20 minutos y se realizará en el Centro de Salud.
2. En seguida se procesará la información de manera privada y se emitirá un informe general de los resultados, a la institución donde usted es atendido y a la universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Dicho informe no permitirá identificar a los participantes.
3. Finalmente, los resultados serán probablemente publicados en una revista científica.

Riesgos:

No se prevén riesgos por participar en este estudio.

Algunas preguntas de la entrevista probablemente le traerán recuerdos que le causen en algún momento, nostalgia, tristeza, llanto o algún sentimiento negativo. Sin embargo, estaremos para apoyarlo, escucharlo y comprenderlo, y de ser necesario se suspenderá la entrevista.

Beneficios:

La investigación, no contempla beneficios directos para el paciente, sin embargo, los resultados beneficiaran a los pacientes de estas áreas, al recibir un cuidado de calidad y principalmente humano.

Costos e incentivos:

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema en estudio.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos su información con pseudónimos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida:

Deseamos conservar la información de sus entrevistas guardadas en archivos por un periodo de 2 años, con la finalidad de que sirvan como fuente de verificación de nuestra investigación, luego del cual será eliminada.

Autorizo guardar la base de datos: SI NO

Se contará con el permiso del Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, cada vez que se requiera el uso de la información.

Derechos del participante:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a María del Rocío Bustamante Chacón al tel: 951 774 648 investigador principal.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, al teléfono 074-606200 anexo 1138

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo qué cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin perjuicio alguno hacia mi persona.

Participante
Nombre:
DNI:

Fecha

Investigador
Nombre: María del Rocío Bustamante
Chacón
DNI: 71579759

Fecha