

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

ESCUELA DE POSTGRADO



**“INTERACCIÓN COMUNICATIVA DE LA ENFERMERA EN
EL CUIDADO DE LA PERSONA CON TUBERCULOSIS DE LA
MICRORED DE SALUD YUGOSLAVIA. NUEVO CHIMBOTE”**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

AUTORA

Ms. LUZ FENITIDA FALLA JUAREZ

ASESORA

DRA. ELIZABETH SÁNCHEZ RONCAL

NUEVO CHIMBOTE-PERÚ

2017



CONSTANCIA DE ASESORAMIENTO DE LA TESIS DOCTORAL

Yo, Elisabeth Sánchez Roncal, mediante la presente certifico mi asesoramiento de la Tesis Doctoral titulada: **INTERACCIÓN COMUNICATIVA DE LA ENFERMERA EN EL CUIDADO DE LA PERSONA CON TUBERCULOSIS. MICRORED DE SALUD YUGOSLAVIA. NUEVO CHIMBOTE** elaborada por la Magister Luz Fenitida Falla Juárez para obtener el Grado Académico de Doctor en **Ciencias de Enfermería**, en la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional del Santa.

Nuevo Chimbote, 05 de Setiembre 2017

.....
Dra. Elisabeth Sánchez Roncal

Asesora



HOJA DE CONFORMIDAD DEL JURADO EVALUADOR

INTERACCIÓN COMUNICATIVA DE LA ENFERMERA EN EL CUIDADO DE LA PERSONA CON TUBERCULOSIS. MICRORED DE SALUD YUGOSLAVIA. NUEVO CHIMBOTE.

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR: EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

Revisado y Aprobado por el Jurado Evaluador:

.....
Dra. Isabel Matilde Morgan Zavaleta
PRESIDENTA

.....
Dr. Juan Miguel Ponce Loza
SECRETARIO

.....
Dra. Elizabeth Sánchez Roncal
VOCAL

DEDICATORIA

A la memoria de mis padres, mi hermana, mis tías, tíos, les hubiera gustado vivir este acontecimiento.

A mis hermanas, hermanos, sobrinas, sobrinos, sobrinos nietos que con su alegría permitieron que alcance con éxito mis objetivos personales y profesionales.

A mi tío Alejandro, mi reconocimiento y eterna gratitud.

A mi amiga, mis amigas y compañeras de promoción de Pre-Grado; son especiales para mí.

A todas las (os) docentes de la Escuela Profesional de Enfermería que me han brindado su apoyo y colaboración.

AGRADECIMIENTO

A Dios por estar conmigo en cada paso que doy, por todo lo que hasta hoy en la vida me ha proporcionado y me sigue proporcionando.

A la Universidad Nacional del Santa por haber financiado mis estudios Doctorales.

Expreso mi más sincera y profunda gratitud a la Asesora de esta investigación Dra. Elizabeth Sánchez Roncal, por su orientación, seguimiento, motivación, y el apoyo recibido a lo largo de estos años.

Especial reconocimiento y agradecimiento merece el interés mostrado por mi trabajo y las sugerencias recibidas de mi estimada amiga la Dra. Isabel Matilde Morgan Zavaleta.

A las Licenciadas en Enfermería: Karim Guevara Acero, Julia Palacios Carranza, Grace Llajamanco Castillo, auténticos pilares de este trabajo, su apasionada historia es el reflejo de la memoria viva de lo que somos y hemos sido, con su buena disposición se han constituido en el núcleo de esta investigación.

A las personas con Tuberculosis que han participado en este estudio que me enseñaron tanto, abriéndome las puertas de sus vidas y ayudándome a entender sus vivencias a todas y todos ellas y ellos, mi profundo respeto y reconocimiento.

A mi hermana Esperanza, a mi Dannahe, a la Licenciada Evelin Fiorella Vílchez Shuan por su apoyo, me brindaron una ayuda inestimable.

INTERACCIÓN COMUNICATIVA DE LA ENFERMERA EN EL CUIDADO DE LA PERSONA CON TUBERCULOSIS DE LA MICRO RED DE SALUD YUGOSLAVIA. NUEVO CHIMBOTE.

Autora : Ms. Luz Fenítida Falla Juárez

Asesora : Dra. Elizabeth Sánchez Roncal

RESUMEN

La presente investigación cualitativa tuvo como objeto de estudio la interacción comunicativa de la enfermera en el cuidado de la persona con tuberculosis de la Micro Red de Salud Yugoslavia, cuyo objetivo fue describir y analizar la interacción comunicativa de la enfermera en el cuidado de la persona con tuberculosis de la Micro Red de Salud Yugoslavia.

Esta investigación fue abordada a través del método creativo sensible, el cual tiene su fundamento en la pedagogía liberadora de Freire, y en las dinámicas de creatividad y sensibilidad, discusión de grupo y observación participante. La dinámica de creatividad aplicada fue la del almanaque, con la finalidad de codificar, decodificar y recodificar los saberes en temas y subtemas.

La interpretación de los resultados se obtiene de algunos de los conceptos de la Teoría de Jurgen Habermas.

Los temas y subtemas fueron: Vivenciando la noticia (cambios en su vida y sentimientos negativos; temor a contagiar y preocupación por sus hijos); Frustración (dependencia/independencia); Cumplimiento del tratamiento (las drogas producen malestar/rechazo aceptación), Siente apoyo de la enfermera; Intervención de la familia (sintiendo el rechazo de la familia; sintiendo el apoyo de la familia). Confianza en Dios.

Palabras claves: interacción comunicativa, cuidado de enfermería, persona con Tuberculosis.

COMMUNICATIVE INTERACTION OF THE NURSE IN THE CARE OF THE PERSON WITH TUBERCULOSIS OF THE MICRO YUGOSLAVIA HEALTH NETWORK. NEW CHIMBOTE.

Author : Ms. Luz Fenítida Falla Juárez

Adviser : Dra. Elizabeth Sánchez Roncal

ABSTRACT

The present qualitative research had as object of study the communicative interaction of the nurse in the care of the person with tuberculosis of the Micro Network of Health Yugoslavia, whose objective was to describe and to analyze the communicative interaction of the nurse in the care of the person with tuberculosis of the Micro Health Network Yugoslavia.

This research was approached through the sensitive creative method, which is based on the liberating pedagogy of Freire, and on the dynamics of creativity and sensitivity, group discussion and participant observation. The dynamics of applied creativity was that of the almanac, with the purpose of codifying, decoding and recoding the knowledge in themes and sub-themes.

The interpretation of the results is obtained from some of the concepts of the Jurgen Habermas Theory.

The themes and sub-themes were: Experiencing the news (changes in his life and negative feelings, fear of contagion and concern for his children); Frustration (dependency / independence); Compliance with treatment (drugs produce discomfort / rejection acceptance), Feel support from the nurse; Family intervention (feeling the rejection of the family, feeling the support of the family). Trust in God.

Keywords: communicative interaction, nursing care, person with tuberculosis.

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad Problemática	01
1.2. Caracterización y Naturaleza del objeto de investigación	20
1.3 Pregunta Orientadora	23
1.4. Objetivos	23
1.5. Contexto de Estudio	23
1.6. Importancia y Justificación de la Investigación	26

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Fundamentos Filosóficos Teóricos.	29
2.2. Marco Conceptual	36

CAPITULO III: TRAYECTORIA METODOLÓGICA

3.1. Tipo de Estudio	41
3.2. Método	41
3.3. Población	45
3.4. Técnicas e Instrumentos.	46
3.5. Procedimiento	47
3.6. Procesamiento y Análisis de Datos.	48
3.7. Consideraciones Éticas y de Rigor.	50

CAPITULO IV: RESULTADOS Y ANÁLISIS

4.1 Resultados y Análisis	53
4.2. Hallazgos	55

CAPITULO V: CONSIDERACIONES FINALES

5.1. Consideraciones Finales.	87
-------------------------------	----

RECOMENDACIONES	89
------------------------	----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
-----------------------------------	----

ANEXOS	103
---------------	-----

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad Problemática

Según la visión holística de la salud, la enfermedad no es una infección o la deficiencia de un órgano, es el organismo entero el que está desequilibrado y debilitado, y el proceso de curación implica un replanteamiento de sí mismo, de sus valores, comportamientos, relaciones, con los otros, manera de vivir, y su autocuidado.

Desde esta óptica, el papel de la enfermera (o) consiste en considerar a la persona con tuberculosis como un sistema abierto, compuesto de dimensiones físicas, afectivas, cognitivas, sociales y espirituales, indisolubles en su funcionamiento y comprensión (CHaiifour, L.1994).

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad tan antigua, como la humanidad, en estudios realizados en el Perú, se han encontrado lesiones óseas, relacionadas con esta etiología, en momias incaicas, así como representaciones que evidencian cifosis dorsales en los humanos que fueron estudiados a comienzos del presente siglo, con el denominado mal que describió Pott en 1779 (Huamán, L.1999).

El manejo de la persona con TBC no pudo ser afrontado científicamente hasta el presente siglo, en que se produce la gran revolución del conocimiento científico. Robert Koch en 1882, aísla el micobacterium o bacilo de Koch y lo relaciona directamente con ésta enfermedad, período en el que se producía una gran mortalidad en la sociedad alemana de aquella época, por ésta causa. En Alemania se reporta que uno de cada dos fallecidos de 15 a 40 años se debía a TBC. En 1924 se empieza a trabajar con la vacuna antituberculosa mediante la utilización de bacilos atenuados (BCG), siglas que representan a sus descubridores, los bacteriólogos franceses Albert Calmette y Camille Guérin (Ibíd.).

En el Perú en 1921 fue construido en la ciudad de Jauja, distrito del Departamento de Junín, un Sanatorio para este tipo de enfermedad, donde fueron trasladadas muchas personas con tuberculosis. Jauja fue reconocida por su clima seco, especialmente beneficioso, según la medicina de la época, para los enfermos de las vías respiratorias y tuberculosis. Asimismo en los hospitales importantes de Lima y Callao como: 2 de Mayo, Guadalupe, Bellavista y Arzobispo Loayza, se asignaron camas con servicios exclusivos para el internamiento de estas personas (Ibíd).

En 1940, el Ministerio de Salud (MINSA) del Perú, frente a esta situación crea el Servicio Nacional Antituberculoso y luego el Plan Nacional del Control de la tuberculosis (PNCT) y en 1943, se promulga un Decreto Supremo que dispone la vacunación obligatoria con BCG a los menores de 15 años, ésta disposición, fue dada por la gran incidencia, mortalidad y secuelas que producía la meningitis tuberculosa en ese grupo etáreo (Ibíd.).

En 1944, el médico científico ucraniano-estadounidense, Abraham Waksman descubre la Estreptomicina en Estados Unidos, cuyo uso recién fue extendido en 1947, después de haber sido experimentada en el ejército durante la Segunda Guerra Mundial. Luego en 1946 Jorgen Lehnmann introduce el ácido para aminosalicílico y finalmente en 1952 Edward H. Robitzek introduce en el tratamiento específico la Isoniacida, las tres drogas se transformaron en pilares terapéuticos importantes en la lucha contra la tuberculosis (Ibíd.).

En la década del 80 el Ministerio de Salud del Perú, confrontaba serios problemas relacionados con la organización y el acceso de los pacientes para el tratamiento gratuito, que solamente alcanzaba al 50% de los casos diagnosticados (Ibíd).

A principios de los años 90, la reestructuración del control de la TBC en el Perú, coincide con el inicio de la aplicación de la estrategia DOTS, (siglas en inglés, tratamiento acortado enteramente supervisado o directamente observado) promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Esta estrategia es altamente costo efectiva y considera cinco componentes básicos: a) Compromiso político del gobierno para garantizar los recursos necesarios para el control de la TBC, b) Detección de casos mediante las pruebas bacteriológicas de calidad garantizada, c) Tratamiento acortado con observación directa de la toma de medicamentos por el personal del establecimiento de salud) Sistema eficaz de suministro y gestión de los medicamentos. e) Sistema de vigilancia, evaluación y medición del impacto, donde la participación del personal de enfermería es sumamente importante.

Según el (Ministerio de salud, 2013), las personas con TBC pulmonar, frotis positivo o negativo, TBC extra pulmonar, excepto compromiso miliar, sistema nervioso central (SNC) y osteoarticular, nuevos o antes tratados (recaídas y abandonos recuperados), tienen el siguiente tratamiento:

ESQUEMA PARA ADULTOS:

Primera Fase: 2 meses Isoniacida (H) 300 mg; Rifampicina (R) 600mg, Etambutol (E) 600mg, Pirazinamida (Z) 2000 mg diario; 50 dosis.

Segunda Fase: 4 meses, (H3); R (3); tres veces por semana, 54 dosis.

ESQUEMA PARA PERSONAS DE 15 AÑOS O MÁS:

Primera Fase:

Isoniacida 300 mg, Rifampicina 600 mg, Pirazinamida 2000 mg, Etambutol 1600 mg, diarios.

Segunda Fase:

Isoniacida 900 mg y Rifampicina 600mg, tres veces por semana.

ESQUEMA PARA PERSONAS MENORES DE 15 AÑOS

Primera fase:

Isoniacida 300 mg, Rifampicina 600 mg, Pirazinamida 1500 mg y Etambutol 1200 mg, diarios.

Segunda Fase:

Isoniacida 900 mg y Rifampicina 600 mg tres veces por semana.

ESQUEMA PARA TB EXTRA PULMONAR CON COMPROMISO DEL SNC U OSTEOARTICULAR:

- Primera Fase: 2 meses (HRZE) diario, 50 dosis.
- Segunda Fase: 10 meses (HR) diario, 250 dosis.
- Esquema para TB con infección por VIH/SIDA:
- Primera Fase: 2 meses (HREZ), diario, 50 dosis.
- Segunda Fase: 7 meses (HR) diario, 175 dosis.

Desde 1997 hasta 2014, se han detectado a nivel nacional más de 15 mil casos de tuberculosis multidrogorresistente (TBMDR), han hecho resistencia simultánea a Isoniacida, Rifampicina, o durante el tratamiento, con inadecuada evolución clínica y bacteriológica y con tendencia creciente en los últimos 4 años. El mayor porcentaje de los casos de TBMDR han sido reportados en departamentos de la Costa, Lima con el 83% y un 12% en otros departamentos de la Costa. (Ministerio de Salud, 2016), el esquema para el tratamiento de este tipo de tuberculosis es indicado por el médico consultor y es el siguiente:

Primera Fase: 6-8-meses: Ethambutol (E) 4 tabletas x 400 mg cada una, diario, Pirazinamida (Z) 4 tabletas x 500 mg cada una diario, Levofloxacino (Lfx) 2 tabletas x 500 mg cada una diario, Kanamicina (Km) 1 frasco x 1 gr I.M. diario, Etionamida (Eto) 4 tabletas x 250 mg cada una, diario, Cicloserina (Cs) 4 tabletas x 250 mg cada una, diario.

Segunda Fase: 12-16-meses: Ethambutol 4 tabletas diario, Pirazinamida, 4 tabletas diario, Levofloxacino 2 tabletas diario, Etionamida 4 tabletas diario, Cicloserina 4 tabletas diario.

No obstante el esfuerzo y dadas las políticas del programa, en 1999 se detectó el primer caso con tuberculosis extremadamente resistente (TBXDR) que es aquel con resistencia simultánea a la Isoniacida, Rifampicina, una Fluoroquinolona y un inyectable de segunda línea (Amikacina, Kanamicina o Capreomicina), se determina mediante prueba rápida molecular o convencional. (Ministerio de Salud, 2013).

El esquema individualizado para el paciente con TBXDOR es elaborado por el médico tratante de la Unidad Especializada de Tuberculosis (UNET) y revisado por el Comité Nacional de Evaluación de Retratamiento (CNER). Entre los años 2008 y 2014 se han diagnosticado más de 600 casos, el mayor número de casos detectados fue en los distritos de Lima Metropolitana y el Callao, principalmente en San Juan de Lurigancho, el Agustino, Ate, Santa Anita, La Victoria, San Martín de Porras, y Lima Cercado (Ministerio de Salud, 2016).

En 2013-2014, se notificaron al sistema de vigilancia epidemiológica entre 226 y 241 casos de TBC en trabajadores de salud (TS) y se estimó una incidencia a nivel nacional de 100 y 101 casos nuevos de TBC por cada 100 mil (TS). Del total de casos notificados, el 68% de casos trabajan en establecimientos de salud del MINSA, 21% en Es Salud y 11% en Establecimientos Privados, Fuerzas Armadas, y Policía Nacional del Perú. El 83% de los TS fueron profesionales y técnicos: médicos, enfermeras, técnicos de enfermería (Ministerio de Salud, 2016).

En el año 2014, la incidencia de tuberculosis en personas privadas de la libertad (PPL) fue de 2,213 casos nuevos de TBC por cada 100,000 mil, en algunos establecimientos penitenciarios, han reportado tasas superiores a 5000 casos de TBC por cada 100,000 PPL. Se reportaron alrededor de 2100 afectados por tuberculosis, 25% más que el año anterior y 60% más de lo reportado en 2009. Así mismo se reportaron 201 PPL con TBMDR, 4 veces más de lo reportado en años anteriores (Ministerio de Salud, 2016).

Respecto a la mortalidad y carga de enfermedad por TBC la información estimada de mortalidad en nuestro país muestra que se alcanzó la meta de reducir la mitad de mortalidad por TBC respecto al año 1990, con una disminución estimada de 71%, de 34 muertes por cada 100,000 habitantes, 9.8% en 2012. Ocho departamentos tuvieron tasas superiores a nivel nacional: Ucayali, Loreto, Moquegua, Huánuco, Madre de Dios, Tacna, Lima y Callao. El 65% de defunciones por TBC ocurrieron en personas

mayores de 50 años. La edad promedio de muerte por TBC varió entre 50 y 55 años (Ministerio de Salud, 2016).

La tuberculosis representa el 1.4 % de la carga de enfermedades en el país y fue responsable de que se perdieran 51,597 años saludables en el 2012 (Ministerio de Salud, 2015).

El estado tiene una deuda histórica con el Sistema de Salud, no preparado para enfrentar los retos y las exigencias que demandan la reforma y la descentralización, con un sistema de salud fragmentado, con debilidades estructurales y funcionales, con presupuesto deficitario, débil capacidad de gasto por la complejidad de los procesos, no articulado a los otros actores gubernamentales y sociedad civil, además problemas en gestión, infraestructura, equipamiento, recurso humano y otros (Ministerio de Salud, 2008).

El problema de la TBC no se podrá solucionar sino se considera una alternativa holística, que conlleve a mejorar la situación del sistema de salud en las condiciones actuales y se aborde los determinantes sociales (factores sociales, económicos y políticos) (Ministerio de Salud, 2015).

A partir del 2003, cuando se estableció el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) y se eliminó de la estructura orgánica del Ministerio de Salud (principal proveedor del servicio) el Programa de Tuberculosis, no fue posible identificar gastos presupuestales, sino sólo información estadística del número de casos tratados, los cuales se registran en la respectivas estrategias sanitarias nacionales que a la fecha están encargadas de la parte normativa y del planteamiento que corresponde a los programas (Ministerio de Salud, 2010)

En este trabajo de investigación, se ha tomado como referencia lo planteado en las normas técnicas y las funciones de la enfermera, y se ha adoptado algunos conceptos principales de la teoría de la acción comunicativa de Jurgen Habermas, en relación al mundo social, subjetivo y objetivo, por tener coherencia y pertinencia con las propuestas vigentes y actuales que ha

formulado el Ministerio de Salud (MINSA) a través de las Normas Técnicas emitidas para el Programa de Control de Tuberculosis.

En la década del año 2000, el enfoque de la tuberculosis se centró fundamentalmente en el tratamiento antituberculoso, la resistencia del micobacterium, dejando de lado otras variables o factores que determinaron esta evolución desfavorable de la incidencia y prevalencia en el país entre otras, así como las condiciones sanitarias, de vivienda, educación y otras oportunidades que no fueron implementadas y quedaron como aspiraciones, las instituciones universitarias forman médicos y enfermeras (os), con visión biológica y estrategias formuladas en el programa, el cual indica una entrevista inicial para impartir educación y evitar el abandono.

A fin de dar cumplimiento a la atención de la persona con tuberculosis se dictaron normas, entre las que se citan:

- **Resolución Ministerial.N°-313-87-SA/DM-21-05-1987.**Aprueba las Normas y Procedimientos para el Control de la Tuberculosis en el Perú.

Esta Resolución norma el seguimiento del tratamiento con las siguientes acciones, la cual textualmente dice:

- Entrevista inicial de enfermería al 100% de personas con tuberculosis que inician tratamiento para impartir educación y evitar el abandono del tratamiento.
- Consiste en el dialogo entre el personal de enfermería del Programa de Control de Tuberculosis y persona con TBC, con palabras sencillas sobre su enfermedad, diagnóstico, tratamiento oportuno, controles periódicos, consecuencia de las inasistencias o abandono, medidas higiénicas, así como invitarlo a que lleve a sus familiares que son contactos al establecimiento de salud para su control.

- Control de Contactos.-Es responsabilidad de enfermería, en la primera entrevista se censará a los contactos y se registrará en la tarjeta de tratamiento.
- Vigilancia clínica en la comunidad.
- Administrar medicamentos según esquema. Respecto a la administración de medicamentos, el tratamiento era supervisado o autoadministrado.
- Estudiar causas de inasistencia y medidas correctivas.
- Control de baciloscopias
- Visita Domiciliaria:
 - a) Al inicio del tratamiento para la confirmación domiciliaria y jurisdiccional.
 - b) Durante el tratamiento para la recuperación de personas inasistentes al tratamiento.
- Difusión a grupos, la persona, su familia y comunidad, sobre el problema de tuberculosis y el Programa de Control de Tuberculosis buscando su participación activa.
- Coordinar con otros establecimientos de salud, para la transferencia de las personas diagnosticadas, así como de aquellas en tratamiento por cambio de domicilio según jurisdicción.
- Coordinar con la comunidad organizada para la recuperación de inasistentes al tratamiento y para evitar el abandono.
- Después del alta no es necesario el seguimiento de la persona se le indica que regrese si presenta signos o síntomas respiratorios.

En esta Resolución Ministerial, se explicita la función de la enfermera, recomendando durante la entrevista dialogar con la persona que tiene tuberculosis y emplear términos sencillos, es probable que cada enfermera adopte un diálogo desde su propio paradigma.

Habermas, refiere que las acciones comunicativas son aquellas orientadas al consenso, al entendimiento mutuo, sin que medie intervención, coerción, donde dos sujetos (enfermera-persona con tuberculosis), capaces de lenguaje y acción, entablan una relación interpersonal.

La comunicación es un medio terapéutico, las enfermeras para lograr establecer o brindar cuidado a la persona con tuberculosis requieren un diálogo o comunicación efectiva sin la cual no es posible brindar ningún cuidado (Moreira, R, y otros, 2001).

- **Resolución Ministerial. N° 0191-91-SA/DM-05-03-1991.**Instrumento Normativo denominado: Doctrina, Normas y Procedimientos para el Control de la Tuberculosis en el Perú.”

Tuvo como objetivo atender gratuitamente y dar protección integral a la persona, familia y a la comunidad de los riesgos de enfermar y morir por tuberculosis como contribución a mejorar su calidad de vida.

- En la atención curativa entre otros se considera: la Entrevista de Enfermería que consiste en el dialogo entre el personal y la persona que inicia el tratamiento.
- Educar a la persona con TBC explicándole el diagnóstico, mecanismos de transmisión, importancia de seguir el tratamiento, medidas higiénicas, dietéticas y control de contactos.
- Orientación y atención en planificación familiar para evitar embarazo durante el tratamiento.
- Transferir a la zona que le corresponda, si la persona con TBC no vive en el ámbito de la jurisdicción.
- Aperturar la respectiva “Tarjeta de Control de Asistencia y Administración de Medicamentos”.

Se reconoce a la enfermera como profesional importante para el control de la tuberculosis en el país, desde este año se fortalece el tratamiento supervisado, se da énfasis a la educación y comunicación para la salud como cambio importante en los estilos de vida; no obstante, no se toma en cuenta el proyecto de vida de las personas con TBC, ni otros temas emergentes de comunicación, como su sentir, experiencias de vida, sus vivencias; el problema de la tuberculosis va más allá de una comunicación normativa, no se considera el contexto socio-cultural que oriente a encontrar consenso.

- **Resolución Ministerial.N°-759-95-SA/DM-27-10-1995.**Instrumento Normativo denominado:"Actualización de la Doctrina Normas y Procedimientos para el Control de la Tuberculosis en el Perú".

El objetivo fue disminuir progresiva y sostenidamente con niveles técnicamente aceptables, la incidencia de tuberculosis en el Perú, contribuyendo a crear simultáneamente una nueva cultura sanitaria nacional.

Perspectivas para 1995-1999 en el Control de la Tuberculosis

El PCT en el Perú ha ingresado a una fase de consolidación, hecho que se traduce en una disminución total entre 1993 y 1994 de un 7% al 11% de las tasas de incidencia y morbilidad en relación a 1992,año en que se llegó a los niveles más elevados del quinquenio y de mantenerse en los próximos cinco años, las condiciones operacionales y epidemiológicas actuales con una cobertura de diagnóstico superior al 70% de la incidencia estimada de casos bacilíferos, una eficiencia de tratamiento superior al 90%,y una eficacia terapéutica del 99%,se está en condiciones de afirmar que antes de ingresar al siglo XXI, la magnitud del problema de la TBC se habrá reducido entre un 40% y 50%.

En el capítulo Atención Curativa se define Atención de Enfermería referente a:

- Visita domiciliaria, se realizará al inicio y durante el tratamiento.
- Entrevista inicial y de control.
- Administración del Tratamiento y Registro en la Tarjeta de Control de Asistencia y Administración de Medicamentos.

El Programa de Control de Tuberculosis de diferentes formas reconoce la función de la enfermera, no obstante no define los atributos o características de la enfermera con la persona que se encuentra en tratamiento.

Las Normas Técnicas están basadas en un modelo biomédico, divide la atención de la enfermera en actividades administrativas y asistenciales, la que se centra en la entrevista que se basa en el interrogatorio, en el diálogo que debe ser grupal para obtener información, el cual no es terapéutico, es necesario encontrar canales de solución para que la persona con TBC entienda la importancia del tratamiento, y formule preguntas.

- Con **R: M: N°-771-2004/MINSA-27-07-2004**. Se establecen las Estrategias Sanitarias Nacionales del Ministerio de Salud, entre ellas la: Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis.
- **Norma Técnica de Salud. N°025-MINSA/DGSP.V.01. 03-03-2005** Actualización en la atención de personas con tuberculosis multidrogorresistente (TBMDR).

El objetivo de esta norma es: uniformizar los criterios y técnicas empleadas en el diagnóstico y tratamiento de la TBMDR en el país.

No obstante, los logros obtenidos, la tuberculosis continúa siendo un importante problema sanitario, por lo que es necesario fortalecer las estrategias para su control, especialmente de la TBMDR.

En el Perú desde Octubre de 1997, se viene aplicando un esquema de Retratamiento Estandarizado para personas con TBMDR, según recomendaciones de la OMS.

Las actividades que realiza la enfermera (o) son: la entrevista de enfermería que considera consejería a la persona con TBC, y a su familia para garantizar la adherencia al tratamiento; visita domiciliaria, con la finalidad de verificar su

situación y domicilio, así mismo brinda atención integral, educación y comunicación para la salud.

Solamente con la comunicación efectiva el profesional de enfermería podrá ayudar a la persona con TBC a evaluar sus problemas, enfrentarlos, visualizar su participación en la experiencia y alternativas de solución de los mismos, más allá de ayudarlo a encontrar nuevos patrones de comportamiento. Mas entre los niveles profesionales del área de salud, la enfermera, puede interaccionar directamente, precisa estar más atenta al uso adecuado de las técnicas de comunicación interpersonal (Paes Da Silva.M, 2006).

- **Norma Técnica de Salud N°-041-MINSA/DGSP.V.01-20-04-2006**-Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis.

Tiene como objetivo disminuir progresiva y sostenidamente la incidencia de tuberculosis mediante detección, diagnóstico y tratamiento oportuno, gratuito y supervisado de las personas con tuberculosis en todos los servicios de salud del país, brindando atención integral, de calidad; con la finalidad de disminuir la morbilidad y sus repercusiones sociales y económicas.

El MINSA a través de ESNPCT garantiza que las personas afectadas por tuberculosis accedan en forma gratuita en todo el territorio nacional a detección, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, asegurando las buenas prácticas de atención con enfoque de derechos humanos, sin ningún tipo de discriminación, ya sea de género, edad, nivel socioeconómico, raza o etnia y otros.

Educación y Comunicación para la Salud.

La comunicación es un etapa muy importante en el control de la tuberculosis, proceso de interacción y diálogo entre la enfermera (o), el personal de los servicios de salud y los ciudadanos en diversos escenarios y espacios (individual, familiar y comunitario), con la finalidad de influir y lograr

estilos de vida saludables que disminuyan la transmisión de la infección en la comunidad (Medina, J. 1999).

La estrategia principal es alentar políticas de salud a través del refuerzo de valores, democracia, participación, organización e iniciativa para el desarrollo comunal, en un contexto de respeto y protección al medio ambiente y a la identidad cultural y nacional. Ello es posible mediante el enfoque de comunicación en Salud Pública.

La terapia psicológica es importante para las personas con TBC porque presentan depresión reactiva al conocer su diagnóstico y tratamiento prolongado. Es necesario que el personal de salud evite palabras y actitudes discriminatorias, debe dar información adecuada, ganarse la confianza y entender las circunstancias de vida, la ESNPCT contará con un equipo de salud constituido no sólo por la enfermera y el médico sino por el psicólogo, nutricionista, asistente social para favorecer la comunicación interactiva.

Atención de Enfermería. La organización de la atención integral e individualizada de la persona con TBC y TBMDR, su familia y la comunidad, es responsabilidad del profesional de enfermería del establecimiento de salud. Entrevista de enfermería: se realiza al inicio, al cambio de fase y al término del tratamiento.

Visita domiciliaria.-El profesional de enfermería acude al domicilio de la persona con TBC, con la finalidad de brindarle educación, lo mismo a su familia, se debe efectuar dentro de las primeras 48 horas de realizado el diagnóstico.

En esta norma el enfoque de comunicación está basado en los derechos humanos, dando énfasis a la atención integral de salud, a través del dialogo, permite que la persona con TBC pasa a ser sujeto y deja de ser objeto, y pueda mejorar sus estilos de vida, respetando la interculturalidad, sus creencias ideología, decisiones, después de dialogar se establece una comunicación terapéutica, la enfermera toma en consideración sus creencias y vivencias.

La comunicación, la educación y la salud coinciden y se encuentran en la persona humana; la comunicación favoreciendo el desarrollo de comportamientos y estilos de vida saludables a través de los medios de comunicación. La comunicación interpersonal y la educación activando sus capacidades para el desarrollo de las mismas y su ejercicio en la vida social, productiva, reproductiva, política, creativa, cultural; y la salud creando condiciones físicas, mentales, sociales y ambientales, para que esa persona pueda serlo y actuar como tal (Medina, J. 1999).

- **Norma Técnica de Salud N°104-MINSA/DGSP-08-11-13.-Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de la Personas Afectadas por Tuberculosis”.**

Tiene como objetivo actualizar los criterios técnicos y procedimientos de las intervenciones sanitarias de prevención y control de la TBC en las instituciones públicas y privadas del Sector Salud del país.

Atención de Enfermería.

El profesional de enfermería de la ESPCTB, es responsable de organizar la atención integral de la persona afectada por TBC, su familia y la comunidad, para la cual deberá:

- Educar y brindar consejería a la persona antes de iniciar el tratamiento.
- Organizar el estudio de contactos y la administración de la terapia preventiva, la búsqueda de casos; la derivación y la transferencia; y el sistema de registro e información y análisis de la información.

El Ministerio de Salud del Perú, conforma un equipo integrado por las instituciones públicas y privadas del Sector Salud, reconoce el papel preponderante que desarrolla la enfermera (o), en el Programa de Control de Tuberculosis.

Respecto al cuidado de enfermería a las personas con tuberculosis está orientado a brindarles un cuidado integral; a la familia y comunidad, así como realizar actividades preventivo-promocionales, control y seguimiento de

los casos, con la finalidad de contribuir a disminuir la mortalidad, y asegurar el cumplimiento de las metas del programa de control de tuberculosis (Rojas,G.2006).

El estado, en su compromiso, de superar las determinantes sociales del daño, realizará el esfuerzo conjunto y multisectorial con participación del sector público en sus niveles: Nacional, Regional, Local, Sector Privado y la Sociedad Civil, para tener una respuesta multisectorial concertada, integral y eficaz para erradicar la tuberculosis en el país, implementando los Programas de Control de tuberculosis, en la década del 80.

En Chimbote en Octubre de 1980, en el Hospital La Caleta, se instaló el Programa de Control de Tuberculosis (PCT), recibiendo capacitación la autora, la Licenciada en Enfermería María Elena Carbajal Arteaga y el Dr. Alfonso Iwanaga Nakamura, en el programa modelo en el Hospital Cayetano Heredia de Lima, a cargo de la Srta. Licenciada en Enfermería Rosa Ruiz.

En Junio de 1981, en la Escuela de Salud Pública del Perú, se dictó el primer curso de Epidemiología de Control de la Tuberculosis, participando en este evento, el Dr. Alfonso Iwanaga Nakamura y la Licenciada en Enfermería María Elena Carbajal Arteaga, quienes a su regreso implementaron dicho programa en el Hospital La Caleta, empezando a funcionar con tratamiento supervisado, coordinando el Programa el Dr. Alfonso Iwanaga Nakamura y responsable la Licenciada en Enfermería María Elena Carbajal Arteaga, posteriormente en esta década se instala el PCT en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón a cargo del Dr. Alfonso Iwanaga Nakamura y la Licenciada en Enfermería Rosa Hurtado Sánchez, descentralizándose el programa a los Hospitales de Casma y Huarney. Con el proceso de Regionalización, se instalan las Redes de Salud que son órganos desconcentrados, cada uno con sus Micro redes, constituidas por Centros de Salud, los que agrupan a los Puestos de Salud, según el área de influencia, establecimientos donde se desarrolla el PCT:

Durante los años 1991 y 1995 en el equipo de la Dirección Nacional de Control de la Tuberculosis participaron las enfermeras como asesoras y revisoras del instrumento normativo denominado “Doctrina, Normas y Procedimientos, para el Control de la Tuberculosis en el Perú”, en esta década se ve el trabajo multidisciplinario, la enfermera es asignada para cada programa de tuberculosis, tiene mayor espacio de dialogo y comunicación con las personas adscritas a este programa.

Siendo la tuberculosis una enfermedad que tiene un componente social, psicológico, interesa ahondar sobre los procesos de comunicación que se desarrollan entre las personas con tuberculosis y la enfermera; asumiendo que el diálogo o la comunicación entre ambos, es un componente importante que puede impactar positiva o negativamente en el tratamiento y recuperación de las mismas.

La comunicación con las personas no solo está dada por palabras pues como expresa De La Cuesta, el desafío para los cuidadores ahora es hacerse entender del cliente y entenderle a él, hablar con él, con un lenguaje que para ambos tenga sentido, y cuando no haya palabras encontrar la manera de comunicarse (Herrera, Z, y Torres. 2007).

La acción comunicativa es aquella en la que los actores buscan entenderse sobre una situación para coordinar de común acuerdo sus planes, en la acción comunicativa, los actores negociarán , la definición de la situación susceptible de consenso a través del mundo lingüístico, de manera que este último, tal y como veremos con el vínculo ilocucionario, se convierte en un mecanismo catalizador de coordinación de la acción (Arrieta,R.2009).

Solamente la acción comunicativa se vuelca en el lenguaje como un medio de entendimiento donde hablantes y oyentes consensan la definición de la situación bajo una tridimensional ubicación en el mundo objetivo, social y subjetivo; que se substancia por parte de un hablante,

como un contenido proposicional, una oferta de relación interpersonal y una expresión intencional (Vega, M.2003).

Peplau, en su “Modelo de Relaciones Interpersonales en Enfermería”, afirma que la interacción enfermera (o) persona, es un proceso interpersonal, terapéutico y significativo que funciona en cooperación con otros procesos humanos a fin de hacer alcanzable la salud a los individuos y a la sociedad.

Al respecto, se han realizado investigaciones relacionadas al presente estudio: Gonzales, R. (2005), en Ribeirao Preto, En su investigación “O tratamento supervisionado no domicilio para o controle da tuberculose no Municipio de Ribeirao Preto, SP-Brasil: Avaliacao do desempenho” tuvo como objetivo evaluar el desempeño de los servicios de salud que ejecutan el programa domiciliar de control de tuberculosis (PCT) en las unidades de salud del municipio, los indicadores estudiados mostraron que el planeamiento de recursos, la organización del trabajo por el equipo de salud, la definición de funciones y la sistematización de acciones en el proceso de tratamiento de la persona con tuberculosis puede influenciar en el mejor desempeño del servicio de salud en términos de cobertura, aprovechamiento de los recursos, agilización, monitorización de la administración de medicamentos, y tiempo empleado en la visita domiciliaria, así mismo ante las restricciones de recursos humanos y materiales en el sector salud, existe la necesidad de reconsiderar otras formas de supervisión y/o integración de actividades de tratamiento y control de la enfermedad y otras estrategias de intervención que resulten del uso racional de recursos, mejora en el cuidado de la salud y el éxito del tratamiento.

De Souza, E. y otros (2005), en su trabajo de investigación: “A intricado no cuidado: uma questao na enfermagem fundamental” los objetivos fueron describir las interacciones entre clientes y profesionales y discutirlos como fundamentales al cuidado de enfermería. Refiere que el contacto entre el equipo de enfermería y el cliente no es solamente y objetivamente técnico, hay conversaciones informales que traducen interés por la persona y su familia. la interacción entre equipo y cliente se vale

de las características individuales de los sujetos, atender prontamente al cliente, demostrando consideración, oyéndolo y mirándolo atentamente, cualifica la interacción caracterizándose como fundamental el cuidado de enfermería, en especial, en el establecimiento de salud.

Braga, E.(2006); su trabajo “Competencia em comunicacao: uma ponte entre aprendizado e ensino na enfermagem” tuvo como objetivo caracterizar referencias de competencias comunicativas interpersonales y proponer bases teóricas-metodológicas para el aprendizaje de la comunicación interpersonal en la enseñanza de enfermería, los resultados obtenidos muestran que la competencia en comunicación es un proceso interpersonal que debe alcanzar el objetivo de los comunicadores, presupone conocimientos básicos de comunicación, tomar conciencia de lo verbal y no verbal en las interacciones comunicativas.

Craco, P. (2007); su estudio “Acao comunicativa no cuidado a saude da familia: encontros e desencontros entre profissionais de saude e usuarios” planteó el siguiente objetivo: comprender las comunicaciones y acciones de sujetos profesionales de la salud y usuarios, desarrolladas en el cuidado de la salud de la familia e interpretar las posibilidades y dificultades de la acción comunicativa en el cuidado. En este escenario se resalta la dimensión comunicacional de encuentro entre profesionales de salud y usuarios con un proceso de diálogo, que garantice y estimule una creciente integración entre las finalidades técnicas de trabajo y los proyectos de vida de los usuarios. Los resultados reportados conllevan a la necesidad de aunar esfuerzos para el control de enfermedades, destacándose preguntas que se refieren al grado y calidad de información, más allá de mejorar las condiciones de vida de la población.

Hernández, M.(2008); en su investigación “Acao comunicativa com mulheres de alcoolistas,uma aproximacao ao seu mundo da vida” tuvo como objetivo explorar el mundo de vida de mujeres de una comunidad suburbana en el estado de Queretaro,México; cuyos resultados los presentaron considerando los tres ámbitos del mundo de vida : mundo

social o consumo de alcohol, mundo subjetivo identificado por los estados de ánimo negativos como depresión; baja autoestima, culpa y miedo que los lleva a sentirse como objetos, mundo objetivo evidenciando violencia intrafamiliar.

Rodríguez, E.(2003), expresa que el cuidado de la salud del ser humano, es la esencia de la disciplina de enfermería, requiere de un profundo conocimiento de la persona y de su experiencia frente a la salud, enfermedad, vida, muerte, es decir al acercamiento e interacción afectiva, interpersonal, transpersonal, e intersubjetiva individual y colectiva que conlleva al autoconocimiento, auto cuidado y autoconciencia, para lograr la armonía con su entorno.

Melés, (1985), refiere que la enfermera interactúa en la situación de cuidado de la salud con el ser humano, quien es parte integral de su contexto sociocultural y que está en alguna forma de transición o de anticipación a esta; las interacciones del cliente-enfermera están organizadas alrededor de algún propósito y la enfermera utiliza acciones deliberadas para reforzar, causar o facilitar la situación de salud.

Enfermería como practica social se define a partir del concepto de cuidado, la acción social es cuidar, es decir interactuar con otros, con el fin de promover su salud y atenderlos durante la enfermedad, el cuidado es una forma de interacción cuyos motivos y fines se encuentran en el horizonte de la salud y la enfermedad (Moreira, y Otros.2001).

El cuidado de enfermería a las personas con tuberculosis, está orientado a brindar una atención integral no sólo a la persona, sino a la familia y comunidad, así como realizar actividades preventivo-promocionales, control y seguimiento de los casos, con la finalidad de contribuir a disminuir la morbimortalidad de la tuberculosis (Garayar,N.2007).

Oiler, (1986), dice que el profesional de enfermería enfatiza la reverencia por la experiencia de los clientes y está interesada en la

calidad de vida de ellos y por la calidad de la interacción enfermera-cliente (Barrera, L. 2005).

Pinto (1998), afirma que el cuidado humano requiere gran reconocimiento, reverencia por la persona, la vida humana y libertad de escogencia, hay un valor en el mundo subjetivo de la persona que lo experimenta y como (cliente-enfermera), están percibiendo y experimentando la condición de la salud y la enfermedad, se hace énfasis en ayudarlas a obtener conocimiento de sí mismo; al autocontrol y alistarse para la propia sanación sin considerar la condición externa de salud, la enfermera se ve coparticipe en el proceso de cuidado humano y por ello se da un alto valor a la relación entre ambos.

1.2. Caracterización y naturaleza del Objeto de Investigación.

A. Caracterización

Siendo la tuberculosis una de las más típicas de las enfermedades sociales, en la que convergen múltiples condiciones socioeconómicas una de forma directa, facilitando los contagios interhumanos mediante la aglomeración y hacinamiento, facilitada por la rapidez de dispersión de los diseminadores de bacilos, y otras de forma indirecta, al disminuir las condiciones de resistencia del organismo frente al germen, en este aspecto desempeñan gran importancia la vivienda, alimentación, trabajo, urbanismo, economía, colectividades humanas, escuelas, ejercito, guerra e, higiene.

La inmigración y el fenómeno de los movimientos migratorios internos masivos está dificultando el control, los inmigrantes reproducen en el país de destino la misma situación endémica que tienen en sus países de origen y esta situación la mantienen aún dos y tres generaciones después de haberse establecido en el nuevo país, la gran mayoría de ellos viven en una situación de mayor o menor marginalidad, lo que dificulta el acceso al sistema sanitario y a la posible detección y tratamiento de casos.

En el año 1992 se notificaron más de 55 mil casos, en el 2007 se logró reducir esta cifra en 32,7%, la meta al 2011 fue disminuir el número de casos en 50%, se ha mejorado e incrementado la capacidad de diagnosticar personas con tuberculosis multidrogoresistente (TBMDR) y tuberculosis extremadamente resistente (TBXDR), no obstante la tuberculosis MDR y XDR, la comorbilidad tuberculosis/ VIH-SIDA, el estigma, la discriminación y complicado de las intervenciones técnicas, socioeconómicas y culturales significan un reto para el mejoramiento.

Del 58% de casos de tuberculosis, el 82% de casos de TBMDR y 93% de TBXDR son notificados por Lima y Callao. El primer caso de TBXDR fue notificado en el año 1999 y hasta Agosto del 2008 se han notificado 186 casos acumulados, de los cuales el 85% se concentran en los distritos de la Victoria, Lima, Santa Anita y el Agustino (Bonilla, C, 2003).

El tratamiento completo de la tuberculosis pulmonar requiere como mínimo seis meses a más de terapia diaria con tres o más antibióticos. El tratamiento incompleto puede facilitar el desarrollo de bacterias que resisten a los fármacos habituales desarrollándose la tuberculosis polifarmacorresistente la que se produce fundamentalmente debido a un suministro insuficiente de medicamentos, el tratamiento erróneo de las personas, el abandono del tratamiento, gestión deficiente de los programas, cliente con una carga psicológica y social muy grande lo que genera sentimientos de desvalorización, inseguridad, con poca autoestima, la mayoría no son aceptados por el personal de salud, su familia y amigos.

La persona con tuberculosis tiene necesidades y problemas que van más allá del escenario hospitalario y por lo tanto requiere múltiples puntos de cuidado, su tratamiento, ejercicio, vida laboral, de todas ellas se atribuye un destaque fundamental que es el aspecto social, así mismo generan una serie de emociones como sentirse excluidos, rechazados, desvalorizados, mal consigo mismo, con su pareja, restan importancia al tratamiento, abandonándolo, porque tal vez no se sintió satisfecho y porque está enfermo

del alma, si es MDR o XDR está pensando que pronto dejará de existir porque ya no tiene curación.

Lo que concentra la atención de enfermería es el tratamiento médico, restando importancia a la parte espiritual, emocional, social y para estos aspectos no existe un tratamiento por lo que se debe implementar.

El contexto donde se administra el tratamiento a la persona con TBC se realiza intramuros, actualmente de acuerdo a la normatividad vigente se ejecuta en los centros y puestos de salud, dedicados a la atención curativa que es la actividad central del cuidado, implementando como medidas generales: atención médica, de enfermería que comprende visitas domiciliarias, entrevistas, administración de tratamiento, atención social al cliente; al grupo; comunidad y alta de la persona.

Dentro de las funciones que desempeña la enfermera (o) en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis, están las visitas domiciliarias, entrevistas para educar sobre tuberculosis, importancia del tratamiento, medidas higiénico dietéticas, administración del tratamiento, visitas en caso de abandono del tratamiento, registros en la tarjeta y otras, como se puede observar, este trabajo tiene como presupuesto que el cuidado profesional de enfermería a las personas en estudio se caracteriza por ser protocolizado, formal, con poco diálogo, escasa acción comunicativa que permita acercarse a su mundo interno, tener conocimiento de sus dudas, miedos, temores, con respecto a la experiencia de vida que está atravesando (Ministerio de salud, 2006).

La persona con tuberculosis se sentirá aceptada si la enfermera lo mira y acepta como ser humano y le habla con un tono pausado y amable, esto contribuirá a que la profesional de enfermería pueda aproximarse a su mundo interior y subjetivo que se encuentre en su relación. Que comprenda sus sentimientos y emociones, su mundo interno a través de la teoría de la Acción Comunicativa para construir un cuidado mutuo, individual y de manera conjunta, la enfermera debe aceptar responsabilidades de expresarse bien y

escuchar atentamente cuando alguien habla, en este caso la persona con TBC para que se entere de lo que le preocupa, escuchar con cuidadoso interés, ayuda a transmitir el pensamiento “Tu eres importante y quiero llegar a conocerte para brindarte un buen cuidado”. El cuidado debe darse en una situación de horizontabilidad, donde se respetan deberes y derechos, sino hay interacción comunicativa no hay cuidado.

B. Objeto de estudio

Interacción comunicativa de la enfermera en el cuidado de la persona con Tuberculosis de la Microred de Salud Yugoslavia. Nuevo Chimbote.

1.3. Pregunta Orientadora

Ante lo expuesto surge la siguiente pregunta:

¿Cómo es la interacción comunicativa de la enfermera en el cuidado de la persona con tuberculosis de la Microred de Salud Yugoslavia. Nuevo Chimbote?

1.4 Objetivos

1. Describir la interacción comunicativa de la enfermera en el cuidado de la persona con tuberculosis.
2. Analizar la interacción comunicativa de la enfermera en el cuidado de la persona con tuberculosis.

1.5. Contexto de Estudio

La Microred de Salud Yugoslavia, constituye un conjunto de servicios de salud que pertenece a la Red de Salud “Pacífico Sur” – Dirección Regional de Salud Ancash – MINSA, con un Centro de Salud y 8 Puestos de Salud.

Está constituido política y administrativamente por dos distritos: Nuevo Chimbote y Samanco, los cuales se ubican en la zona árida de la Costa Norte del Perú, a orillas de la Bahía del Ferrol y de Samanco a 420Km, al Norte de la ciudad de Lima, en la Provincia del Santa, Departamento de Ancash. La

población asignada representa el 50% de la Red de Salud “Pacífico Sur”, que equivale a 244,381 habitantes.

La Microred de Salud Yugoslavia, (MRSY) tiene a su cargo en la actualidad 9 Establecimientos de Salud (C. S. Yugoslavia I - 4, P. S. Satélite I - 2, P. S. 3 de Octubre I - 2, P. S. Garatea I - 2, P. S. Villa María I - 2, P. S. Samanco I - 2, P. S. Huambacho I - 2 y P. S. Los Chimus I – 1 y Policlínico de la Universidad San Pedro). Los establecimientos de la (MRSY) ofrecen servicios básicos para atender patologías de baja complejidad.

El Centro de Salud Yugoslavia cabecera de la Microred con nivel de categorización I – 4 MINSA, es el único establecimiento de salud dentro de la Microred que ofrece el servicio materno infantil y emergencia las 24 horas.

En este marco el Centro de Salud Yugoslavia salud se constituye en el establecimiento de salud referencial de mayor nivel resolutivo de las unidades de red asignadas del Distrito de Nuevo Chimbote y Samanco, cuenta con recursos profesionales y técnicos.

EL PUESTO DE SALUD NICOLÁS GARATEA

El Puesto de Salud Nicolás Garatea se encuentra ubicado en el Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash, Región Chavín, en la localidad Nicolás Garatea.

El 14 de Febrero del 2005, mediante Resolución Directoral N° 0361-2004, hacen entrega del establecimiento de salud a la UTES Eleazar Guzmán Barrón (EGB) resolviendo:

Art.1. Aprobar el funcionamiento del Puesto Salud Nicolás Garatea

Art.2. Otorgar la categorización a Puesto de Salud de acuerdo a normas.

Art.3. La UTES EGB queda facultada para implementar con el personal y equipamiento de acuerdo a nivel.

En Abril del año 2005, se reapertura oficialmente la atención del Puesto de Salud Garatea, con la presencia del equipo de salud constituido por: médico, enfermera, obstetra, asistente social, técnico de enfermería, brindando atención durante dos meses, cerrándose por problemas administrativos.

Surgen cambios en la UTES EGB, lo que incluye la distribución de la población, preparando la funcionalidad como redes y micro redes, las autoridades de salud, toman la decisión de reaperturar el puesto de salud Nicolás Garatea, asignándole una población de 48,125 habitantes, con el propósito de facilitar la atención a la población asegurada y promover las estrategias sanitarias de salud en toda el área de influencia, se reapertura el establecimiento de salud el 01 de marzo del 2007, el equipo de salud estuvo constituido por: médico, enfermera y técnico de enfermería y desde el 1 de Mayo 2007 se suma el personal Serums de enfermería y obstetricia.

PUESTO DE SALUD “EL SATÉLITE”

El Puesto de Salud el Satélite está ubicado en el distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash, Región Chavín, en la localidad el Satélite.

El Puesto de Salud Satélite fue creado mediante Resolución N°013298-UTES/EGB-Nuevo Chimbote, funcionando a partir del 31 de Marzo de 1993, pertenece a la Micro red de Salud

Yugoslavia; de la Red de Salud Pacífico Sur.

Durante los últimos años se ha visualizado un sorprendente crecimiento demográfico, produciéndose invasiones de terrenos, dada la alta incidencia de habitantes por la necesidad de una vivienda, surgiendo de esta manera la jurisdicción del Puesto de Salud, iniciándose en la localidad del PPAO, que fue utilizado para prácticas militares desde 1972.

1.6 Importancia y Justificación del Estudio

La comunicación es un medio terapéutico, los (las) enfermeras(os) para brindar cuidado a la persona con tuberculosis requieren establecer una interacción a través del dialogo o comunicación efectiva sin la cual no es posible proporcionar ningún cuidado.

Para lograr una efectiva comunicación es importante tener en cuenta características tales como la edad, el sexo, el nivel educativo, socioeconómico y la religión, conociéndolas, se puede definir como acercarse, que términos utilizar para obtener un adecuado acercamiento donde se ejerzan habilidades y destrezas como sonreír, interpretar los gestos de la persona, satisfacer sus necesidades crear disposición para el dialogo, ser asertivo, generar confianza, dar seguridad y brindar apoyo efectivo (Herrera, Z;y Torres, B. 2007).

Para brindar cuidado integral y una comunicación efectiva es importante establecer entre la (el) enfermera (o) y persona una relación terapéutica, utilizando una terminología clara y comprensible, tratando de satisfacer las necesidades de forma asertiva y oportuna, brindando disposición al diálogo, a escuchar, además la (el) enfermera (o) debe tener la capacidad de aceptarla tal y como es, generar en ella confianza, serenidad, brindarle seguridad y apoyo efectivo.

El profesional de enfermería debe ser capaz de crear por medio de la comunicación, una relación terapéutica enfermera (o) persona con TBC mediante la cual se puede conocer a la persona cuidada, entender sus necesidades, prestar ayuda cuando la necesite, aliviar su dolor aun en el caso de que no lo pueda expresar, debe aprender o interpretar sus gestos, ser asertiva, creativa, ingeniosa, noble, tolerante, respetuosa, discreta y entre muchas otras cosas, capaz de lograr la evolución de la profesión, que requiere nuevos procesos para alcanzar la formación profesional desde una perspectiva más general y humana.

Por lo expuesto se considera que la realización de la presente investigación tiene como propósito ampliar y profundizar fundamentalmente los conceptos principales de la profesión como: interacción, comunicación, cuidado, cuidar, sujetos del cuidado, permitirá ratificar que por la naturaleza de enfermería, el cuidado requiere de la participación de por lo menos dos sujetos, uno de ellos como persona/cliente y el otro (a), en el caso de nuestro estudio, los sujetos del cuidado los constituye, la enfermera (o), del programa de PCT y persona ambulatoria con tuberculosis; ambos con capacidades lingüísticas (medios verbales o extra verbales), que les permite establecer una relación interpersonal, es decir de persona a persona que posibilita una acción de cuidado compartida, por ser producto del accionar conjunto, y por tanto es concertada, consensuada, participativa, entre los sujetos del cuidado.

El concepto, contexto del cuidado, es aquel que recibiría una contribución, todo cuidado de enfermería, basado en una interacción entre los sujetos participantes, se da en un fondo socio-cultural, con referencia a los cuales se toman decisiones y acciones atendiendo al pensamiento de Habermas en su teoría de la acción comunicativa, es importante porque determina la interpretación, decisión y acción, que en este caso, el sujeto (sujeto de cuidado), adopta frente a su condición de ser cliente.

Otra contribución es en cuanto al ejercicio de la práctica profesional, permitirá que emerja con gran claridad una de las piedras angulares del cuidado de enfermería, en su perspectiva humanística, entendiendo lo humanístico no en el sentido antropológico, sino en el sentido social, de inter subjetividad, o interacción. Pues un presupuesto de este estudio es que todo cuidado de enfermería para considerarse humanístico debe estar sustentado en la interacción, respeto e interés genuino a la persona.

CAPITULO II
MARCO TEÓRICO y
CONCEPTUAL

2.- MARCO TEÓRICO

2.1. Fundamentos Filosóficos Teóricos

“El ser humano tiene la dignidad de persona: no es solamente algo, sino alguien, con sensibilidad, con historia, que piensa, que tiene alegrías, dudas, proyectos, alma...tener tuberculosis no anula el ser persona”

El presente trabajo de investigación de abordaje cualitativo utilizó el método creativo sensible, propuesto por la Dra. Ivonne Cabral (1998-2002) que favorece la implementación de estrategias de formación, que permiten emerger saberes inconscientes, desconocidos, inspirados, que expresan el fondo interno de las personas; de este modo, lo sensible, emocional, intuitivo, son maneras de conocer el mundo y energías vitales que componen lo que Figueredo, Cabral, Santos y Sobral llaman la “ciencia sensible”. Dentro de la perspectiva de la acción comunicativa de Habermas, este estudio tuvo como base el análisis de las interrogantes que nortearon esta investigación y formular explicaciones teóricas confiables. (Maurice, Cabral y de Melo, 1998).

El método creativo sensible, combina la sensibilidad del discurso teórico a través de ideas colectivas y el lenguaje artístico, valorizando el contexto global y la dimensión social, histórica, política, económica y colectiva del conocimiento, amplía el poder de participación de los sujetos pensantes del grupo, favoreciendo la liberación de los sentidos, de las palabras que callan. Tiene como características la utilización de materiales y actividades que permiten la creación de los sujetos de la investigación, a través del arte, en el interior de las dinámicas, hay un estímulo a la creatividad que deja aflorar la sensibilidad de cada participante, moviliza la interacción grupal, orienta a la enunciación de situaciones existenciales, inicia la elaboración de producción de tipo artística y fomenta la discusión grupal (Cabral, L.1999).

Este abanico de posibilidades, se orienta por una definición general que entiende la comunicación como proceso básico para la construcción de la vida

en sociedad, como mecanismo activador del diálogo en convivencia entre sujetos sociales.

El enfoque habermasiano, ante una competencia comunicativa de las personas que pueden generar consenso sobre las normas y hechos sociales en los muy variados discursos cotidianos, admite contemplar en primer lugar la hipótesis de que esta competencia comunicativa, es la instancia posibilitadora de disensión, constitutivo, tanto, como el consenso para la comunicación humana (Radl, L.1999).

Habermas, en 1976, desarrolló la Teoría de la Acción Comunicativa, que es aquella en la que los actores buscan entenderse sobre una situación para poder así coordinar de común acuerdo, sus planes de acción. Solamente en la acción comunicativa se vuelca el lenguaje como un medio de entendimiento, donde hablantes y oyentes negocian la definición de la situación en el mundo objetivo, social y subjetivo, que se substancia por parte de un hablante, como un contenido proposicional, una oferta de relación interpersonal y una expresión intencional (Habermas, J.1987).

La interacción hace referencia a la influencia recíproca que la personas ejercen en sus acciones respectivas cuando están en presencia física inmediata, los unos con los otros, sus miradas, gestos, posturas y el lenguaje son parte constitutiva de la situación que se establece entre sí (Carhuachin, CH, 2014).

La comunicación enfocada desde la perspectiva del habla se alcanza mediante una comprensión de los rasgos distintivos de la comunicación. Así un hablante y un oyente tienen como meta la comprensión mutua, renunciando a los fines egoístas del éxito o la imposición violenta. “esta comprensión” de los hablantes en un “acuerdo” permite una confianza mutua y un conocimiento compartido (Habermas, J.2009).

El concepto de acción comunicativa fuerza u obliga a considerar a los actores como hablantes u oyentes que se refieren a algo en el mundo objetivo, social y subjetivo (Arrieta,R.2009).

Los sujetos comunicativamente actuantes no son sólo reflexivos y constructivos, que interpretan y construyen activamente su realidad, sino que además de esto cambian y mejoran dentro del marco estructural, puesto que resuelven conflictos mediante el discurso, tema que lleva a un acuerdo no solo ficticio, “se basa en convicciones compartidas” (Ibíd).

Así la acción comunicativa para Habermas sólo es posible sobre un fondo de consenso respecto a los conceptos de veracidad, exactitud y comprensibilidad este es el ideal del discurso científico, en el que los conflictos se resuelven por argumentaciones no manipuladas, ni por fuerzas coercitivas.

La comunicación desde un enfoque conductual es : la interacción mediante la cual gran parte de los seres vivos acoplan sus conductas frente al entorno, se le ha concebido como el propio sistema de transmisión de mensajes o información entre personas, a través de medios personalizados o de masas, mediante un código de signos, convenidos o fijados de forma arbitraria, y más aún, el concepto de comunicación comprende al sector económico, que aglutina las industrias de la información, de la publicidad, y de servicios no publicitarios para empresas e instituciones (Arrieta,R.2009).

La comunicación es la base de toda interacción social, y como tal es el principio básico, la esencia de la sociedad. Sin comunicación diría Niklas Luhmann (1993), no puede hablarse de sistema social .todo lo que es comunicación es sociedad (la comunicación se instaura como un sistema emergente, en el proceso de civilización). Los seres humanos se hacen dependientes de éste sistema emergente de orden superior o con cuyas condiciones pueden elegir los contactos con los otros seres humanos (Pinto, N.2006).

Berger, Luckman y Goffman, coinciden en considerar que la interacción es un proceso eminentemente social y de carácter inevitable en la vida de las personas, lo cual implica tener en cuenta aspectos básicos para relacionarse con los demás, como: aprender a utilizar bien el lenguaje, aprender a escuchar atentamente y a comprender a los demás para que esta relación sea provechosa para ambos (Carhuachin, CH.2014).

La comunicación puede ser abordada por diferentes perspectivas una como dice la real academia, otro mediante el proceso de comunicación, luego según como lo define Travelbee y la última según la teoría de la acción comunicativa de Habermas y cuidado humano desde la perspectiva de Waldow y Watson (Travelbee, J.1971).

Partiendo de estas afirmaciones se diría que los rasgos o características de la interacción- comunicativa entre la enfermera y persona, tienen como meta la comprensión, renunciando a los fines e intereses individuales, al autoritarismo o imposición y orientarse por una comunicación entre enfermera y cliente, guiados para llegar a un acuerdo sobre una situación de salud y de vida en un clima de confianza mutua y de reconocimiento como sujetos de derecho, acción y decisión (Vega, M.2003).

La enfermería como profesión del cuidado a personas, necesita profundizar las vertientes del conocimiento para ampliar su visión del mundo y desarrollar el pensamiento crítico, por ello al igual que en otros países latinoamericanos como el nuestro, se está enfatizando la importancia de aprender y explorar la investigación cualitativa (Muñoz, I. 1995).

En el campo de enfermería la teoría de la acción comunicativa de Habermas ya ha sido considerada por algunas enfermeras para el área de formación, (Pinto, N 2006), señala que la comunicación tiene una puerta de entrada que es la acogida.

Cuando la persona con quien se habla siente la acogida, hace que entendamos que enfrente tenemos un ser humano y no un objeto; es necesario percibirlo tal como es, debe haber conocimiento de si mismo ya que esto ayuda a comprenderlo y aceptarlo, como es la relación de la enfermera y la persona con TBC.

La acogida es el prelude de la escucha, es una introducción a la comunicación, es el primer contacto que mueve montañas en la atención, es la puerta de entrada a la comunicación, tiene tres significados que la hacen ser:

Reconocer al otro. Se trata de ser reconocido como existente, de ser acogida como persona, como ser humano total, que no puede ser reducido a una función: no como casualidad, ni como número, ni como objeto, sino como un ser viviente de vida propia; capaz de pensamiento personal, consciente de las propias necesidades y aspiraciones. Ante nosotros no tenemos nunca un caso sino personas.

La acogida es un intercambio de confianza. El diccionario dice que acoger más que recibir significa aceptar, agradecer, la verdadera acogida es pues, apertura, disponibilidad al don hecho; por el otro sin resistencias; ni de una parte, ni de la otra. La persona con tuberculosis se sentirá acogida si la enfermera muestra apertura y disposición para tratarlo con amabilidad y como persona humana.

La importancia de la mirada. La persona tiene la necesidad tácita de ser recibida tal como es, con su ambivalencia, con todas sus facetas. Son pocos los que logran permanecer espontáneos ante una mirada crítica de quien indaga y espía. Se puede decir que la mirada y la voz pueden ser indicadores de cuidado para quien es cuidado. La persona con tuberculosis se sentirá aceptada si la enfermera la mira y acepta como ser humano y le habla con un tono pausado y amable, esto contribuirá a su pronta recuperación porque se va a sentir aceptada y cuidada.

Los problemas más grandes de la comunicación, no son aquellos que no se encuentre con quien hablar, sino más bien que no se sepa escuchar, es necesario aprender a escuchar con todo el ser, saber escuchar bien no es un comportamiento activo, requiere superar dificultades, porque la verdadera escucha tiene su origen en actitudes interiores, que no son de ninguna manera innatas, sino que hay que formarlas para poderlas adquirir (Pinto, N.2006).

Respecto a la definición de cuidado:

Según Waldow (2006), como “cuidado” se entiende el fenómeno resultante del proceso de cuidar, representa la forma como ocurre el cuidar entre la cuidadora y el ser cuidado, el cuidar involucra verdaderamente una acción interactiva, esa acción y comportamiento; está contenida en los valores y en el conocimiento del ser que cuida para con el ser que es cuidado y que pasa a ser cuidador.

El cuidado es imprescindible en todas las situaciones de enfermedad, incapacidad y durante el proceso de morir, el cuidado humano es una forma de vivir y de relacionarse, sin duda está instruido de valores, los cuales independientemente del enfoque priorizan la paz, la libertad, el respeto, el amor entre otros aspectos (Waldow, R.2008).

Waldow, (1998 p, 61), refiere que el cuidado humano consiste en una forma de vivir, de ser y de expresarse, es una postura ética y estética frente al mundo, es un compromiso con estar en el mundo y contribuir con el bienestar general, en la preservación de la naturaleza, de la dignidad humana y de la espiritualidad, es contribuir en la construcción de la historia del conocimiento y de la vida.

Según Jane Watson, teórica de enfermería, establece una filosofía del cuidado basado en la teoría de las relaciones interpersonales, y tiene las siguientes implicancias para la profesión: aporta un nuevo significado y dignidad al mundo de la enfermería y al cuidado de la persona (Fawcett, J.1995).

La teoría de Watson trae consigo un aire de renovación al mundo enfermero, al sustentar el carácter humanitario del cuidado, basado fuertemente en el desarrollo emocional del profesional y en su capacidad para entender al otro como un ente separado de sí y cómo a través de la relación que surge entre los dos se puede generar una fuerza desarrolladora, tanto del terapeuta como de la persona, el interés fundamental es comprender la salud y enfermedad como experiencia humana (Ibíd.).

Al tener un enfoque fuertemente humanista, Watson propone al fenómeno de la enfermedad no como un suceso anormal dentro de la fisiología del cuerpo, sino como una experiencia que vive el individuo y que afecta el curso de su vida. Su trabajo surge de valores, creencias y percepciones sobre la personalidad, vida, salud y curación, al trabajar con los fenómenos de la vida y la muerte, y en cierta medida manipularlos, Watson propone un fuerte desarrollo personal, en el cual se debe trabajar a conciencia para ofrecer un cuidado humano y asume los siguientes postulados:

Cuidado y amor comprenden energía física primaria y universal, son piedras angulares de lo humano, nutrientes básicos de las necesidades humanas, y es la capacidad de mantener el cuidado humano que determina la contribución de la enfermería a la sociedad.

Las contribuciones de la enfermería a la sociedad yacen en los compromisos hacia los ideales del cuidado humano en la teoría, la práctica y en la investigación.

Se debe tener en cuenta que el cuidado es el elemento central y unificador de la práctica de enfermería, la profesión enfermera se basa fuertemente en el cuidado, es su corazón, su cerebro, sus manos y su alma, solo mediante relaciones persona a persona, el cuidado se puede demostrar y practicar de manera eficaz, debido a la naturaleza interpersonal del cuidado, solo puede existir en el contexto de una relación entre dos individuos.

La enfermedad en la persona con tuberculosis constituye una ruptura en su vida, en sus relaciones y las enfermeras(os) deben revalorar la importancia de la comunicación y brindarles un cuidado humano que contribuirá en su pronta recuperación y reincorporación a la sociedad y como lo dice Watson el cuidado es el elemento central y unificador de la práctica de enfermería.

La comunicación según Travelbee es el proceso por el cual el enfermero(a) es capaz de establecer una relación de persona a persona con el cliente y realizar así el propósito de enfermería, este es, ayudar a los individuos o a las familias a prevenir o a enfrentarse con la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento y en caso necesario ayudarles a encontrar un sentido a dichas experiencias, así mismo enfatiza el interés de enfermería por la interacción entre yo (enfermera) y el otro (cliente) ambos considerados sujetos o personas, y esta es una premisa considerada válida para el presente trabajo de investigación.

2.2. Marco Conceptual

El presente estudio, de investigación aborda los conceptos centrales: Interacción comunicativa, cuidado de enfermería, persona con tuberculosis.

Interacción comunicativa. Según Habermas, obliga a considerar a los actores como hablantes y oyentes que se refieren a algo en el mundo objetivo, social y subjetivo, en el caso de las personas con tuberculosis:

El mundo social: Esta representado por determinantes sociales como la pobreza, inequidad, exclusión, hacinamiento, desempleo, bajo ingreso per cápita familiar, lo que tiene efectos sobre la calidad de vida de estas personas.

El mundo subjetivo: Se identifica por estados de ánimo negativos como depresión, rechazo, discriminación, tristeza, miedo, llorar mucho, sin deseos de comer, situaciones que los llevan a sentirse como objetos.

El mundo objetivo: Temor a contagiar a sus hijos y a morir, preocupación porque sus hijos se quedarían solos, problemas familiares, perder el trabajo, quedarse sin recursos económicos, el esposo amenaza con quitarle a su hijo.

La interacción es un proceso eminentemente social, mediante la cual se realiza una comunicación directa, recíproca, dinámica e inevitable, entre la enfermera y el cliente, en un determinado momento del proceso salud-enfermedad, la persona pasa a ser sujeto y deja de ser objeto, merece respeto, a sus creencias, ideologías, decisiones, entablando una comunicación terapéutica en diálogo sujeto-enfermera, tomando en consideración sus creencias y vivencias (Arista, G. 2003).

La comunicación puede ser abordada desde diferentes perspectivas entre ellas como lo dice la Real Academia Española (RAE). Comunicar significa hacer a otro participe de lo que uno tiene, en otras palabras, es interacción, entendimiento, puesta en común el dialogo, estar en contacto y no únicamente emitir un mensaje sin preocuparse si ha llegado al receptor, si ha calado, si ha comprendido, que reacciones ha producido (Lozano, S.1996).

La comunicación según Travelbee, teórica de enfermería es compartida con la Teoría de Habermas, refiere que es el proceso por el cual la enfermera (o) es capaz de establecer una relación de persona a persona con el cliente y realizar así el propósito de enfermería, esto es ayudar a los individuos o a las familias a prevenir o a enfrentarse con la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento y en caso necesario ayudarles a encontrar un sentido a dichas experiencias (Marriner-Tomey, A.1997).

Cuidado de Enfermería. Es la esencia de la disciplina de Enfermería, requiere de un profundo conocimiento de la persona y de su experiencia frente a la salud, enfermedad, vida, muerte, es decir al acercamiento e interacción afectiva, individual, y colectiva que conlleva al autoconocimiento, autocuidado y autoconciencia, para lograr la armonía con su entorno (Rodríguez, E.2001).

Newman et al., refiere que el cuidado de enfermería es terapéutico y humano, debe ser operacionalizado como relación de ayuda terapéutica y de educación para la salud (Moreira y Otros.2001).

Cuidar en enfermería implica un conocimiento propio de cada persona, un darse cuenta de sus actitudes, aptitudes, interés y motivaciones, además de sus conocimientos requiere su manifestación como persona única, autentica, capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo afectivo (Grupo Cuidado.1997).

El cuidado de enfermería a las personas con TBC está orientado a brindar un cuidado integral al cliente, familia y comunidad, así como realizar actividades preventivo promocionales, el control y seguimiento de los casos, con la finalidad de contribuir a disminuir la mortalidad.

Persona con Tuberculosis.

TUBERCULOSIS. Es una enfermedad transmisible, extendida por todo el mundo, constituye un grave problema personal y de Salud Pública, afecta a las poblaciones de bajos recursos económicos, convirtiéndose en un problema social, vinculado a la pobreza y a las malas condiciones de trabajo y de vida. La pobreza se destaca como el mayor factor de riesgo individual de padecer TBC, la pobreza extrema condiciona desnutrición (Ramos, D. y Aguirre, R.2010).

La TBC es producto de la combinación de una multiplicidad de factores: cambios demográficos (migraciones internas, urbanizaciones con hacinamiento), económicos (desempleo, bajo ingreso percapita familiar), adaptación del microorganismo desarrollando resistencia a los antibióticos existentes para un control y deterioro global de las intervenciones de Salud Pública (Bonilla, C.2006).

Persona con Tuberculosis.-La persona que padece tuberculosis, está expuesta a la discriminación en el entorno laboral, escolar y familiar, presenta

trastornos emocionales, manifestándolos a través de sentimientos de culpa, miedo, ignorancia, agresividad y depresión, convirtiéndose esta situación en una exigencia en la demanda de los servicios de salud y de la atención optima del personal de enfermería (Carhuachin, CH.19).

CAPITULO III

TRAYECTORIA

METODOLÓGICA

3. TRAYECTORIA METODOLÓGICA

3.1 Tipo de Estudio

Corresponde a una investigación cualitativa, dentro de la perspectiva de la teoría de la acción comunicativa de Jurgen Habermas, estudio que interroga el fenómeno directamente, tratando de describir o llegar al objeto que corresponde a la interacción comunicativa de la enfermera en el cuidado de la persona con tuberculosis.

3.2. Método

El método abordado es el creativo y sensible, propuesto por la Dra. Ivonne Cabral(Maurice y Col,1998),el cual constituye una nueva metodología para la investigación cualitativa, que tiene sus bases teóricas en la siguiente triada:

a. Dinámica de creatividad y sensibilidad

Los sujetos son seres personales (individuales) y a la vez sociales (colectivos) y que por tanto lo subjetivo, se manifiesta en lo colectivo y en la inter-subjetividad (yo y el otro); cuya dinámica genera creatividad y sensibilidad (producción artística) en el sujeto que participa de ellas, afectos y emociones por los temas de su interés, al pensar y hacer, genera placer o desagrado que permite manifestar sus saberes mediante el cuerpo y su movimiento, que constituyen producciones artísticas (pintar, modelar, dibujar, cortar y pegar entre otras).

Las dinámicas creatividad y sensibilidad, permiten liberar parcialmente los sentidos reprimidos, aquí los sentidos hablan y se entrecruzan para generar un conocimiento colectivo (Maurice, Cabral y de Melo;1998 en Sanchez,E.2001).

b. Discusión de grupo

La perspectiva socio histórica ha demostrado que hay varios grupos culturales en una misma sociedad y que la cultura académica ignora.

El gran desafío epistemológico es el de ampliar el poder de participación de los sujetos pensantes del grupo, en la definición de la hipótesis científica, en el análisis e interpretación de los resultados.

La pedagogía liberadora o crítico-reflexiva de Freire, permite ampliar el poder de participación de las personas en una investigación, es por ello que se constituye en una base fundamental para el método creativo-sensible, pues posibilita que los integrantes de un grupo por intermedio de la dialogicidad colectivicen sus producciones artísticas para construir el significado de lo que fue producido, generando temas a ser debatidos en el proceso colectivo. Este mismo debate permite la validación de los resultados de la investigación; pues el propio grupo va conformando lo que es común y particular.

Dentro de este método los sujetos integrantes de grupo no son reducidos a simples objetos de investigación, pues en el pensamiento crítico-reflexivo, enfatiza la participación activa en la búsqueda del conocimiento y de la perspectiva del sujeto, inclusive aquello que aparentemente no tiene relación inmediata y directa con la investigación.

En el método creativo sensible las discusiones de grupo son desencadenadas por producciones artísticas que primeramente son individuales y posteriormente colectivas, además preparan al grupo de dialogo, facilitan la organización del pensamiento para la enunciación del discurso y dirigen el proceso de análisis con intervención del investigador.

Solamente en la relación entre la objetividad, y subjetividad, es posible penetrar en la realidad concreta de los sujetos y hacer surgir el conocimiento buscado por ambos; investigador y el sujeto de la investigación (Maurice, Cabral, y de Melo,1998).

c. Observación participante

Constituye otra de las bases teóricas en que se sustenta el método creativo-sensible. La observación participante es el registro descriptivo del comportamiento de los actores sociales que participaron en la investigación que se realiza en el ambiente físico donde se desarrollan las discusiones de grupo, y que posibilitan contacto estrecho con el fenómeno a estudiar.

El grado de participación del investigador en el trabajo puede variar desde la total explicación hasta la no revelación; dando lugar:

a)participante total (gran participación con el grupo, pero la identidad y los propósitos de la investigación no son revelados), b) participante como observador (solo parte de los objetivos y propósitos de la investigación son revelados) ,c)observador como participante (tanto la identidad del investigador como los objetivos de la misma son revelados), d) observador total (no hay interacción con el grupo).

En base a esta triada teórica el método se puede organizar en tres momentos:

PRIMER MOMENTO DE LA INTERACCIÓN GRUPAL: DINÁMICAS DE CREATIVIDAD Y SENSIBILIDAD.

Para el desarrollo de la dinámica de creatividad y sensibilidad, se optó por la producción artística del almanaque, los cuales fueron elaborados por los sujetos de investigación, personas con tuberculosis y enfermeras responsables de la Estrategia Sanitaria del Control de la Tuberculosis, la producción artística de almanaques permitió visualizar más de una dimensión del objeto de estudio y correspondió a la fase de

codificación del método de Freire, o fase del descubrimiento del universo vocabular y, que inicialmente fueron individuales y luego colectivos.

En el método creativo sensible, la codificación tomó la forma de una fotografía o de un diseño que representa una situación real o existencial construida por los sujetos de la investigación, que la codificaron en la dinámica del almanaque.

En consecuencia la producción de los almanaques se constituyó en un medio para operacionalizar el método creativo sensible, en primer lugar prepara al grupo para el diálogo, facilitando la organización de pensamiento para el subsiguiente enunciado del discurso y en segundo lugar porque sirven de base para los dos momentos que continúan.

SEGUNDO MOMENTO DE LA INTERACCIÓN GRUPAL: DISCUSIÓN DE GRUPO

Con la producción individual de los almanaques, que son la expresión de la representación de un conocimiento (codificación), estos fueron interpretados individualmente lo cual lleva a la decodificación, denominado desdoblamiento o descomposición del código en sus elementos constituyentes, estas interpretaciones individuales permiten que los participantes perciban las relaciones entre los elementos de la codificación con los hechos de la situación real planteada y se establezca a partir de allí un análisis colectivo de las respuestas, para una síntesis o recodificación conjunta de todos los participantes de la dinámica.

En tal sentido el conocimiento codificado, es decir los temas fueron priorizados por el grupo basándose en criterios previamente establecidos, para posteriormente pasar a su análisis y reflexión de lo cual se extrajeron los subtemas.

TERCER MOMENTO DE LA INTERACCIÓN GRUPAL: OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

Como investigadora procure que mi voz sea una más entre los integrantes del grupo, se actuó como un coinvestigador en la producción de conocimiento y en el análisis de datos.

Se optó por actuar en la perspectiva de observadora como participante, se explicó a los integrantes del grupo los propósitos, objetivos y sistemática de trabajo tratando de preservar la espontaneidad individual, se grabaron los encuentros a fin de garantizar la integridad de los discursos, se tomó fotografías y se filmó a los participantes, previa solicitud de autorización.

3.3. Población

3.3.1. Universo de estudio

Estuvo conformado por las enfermeras responsables de la Estrategia Sanitaria del Programa de Control de Tuberculosis y las personas con tuberculosis que pertenecen a la Microred de Salud Yugoslavia, Puesto de Salud Garatea, de Nuevo Chimbote.

3.3.2 Muestra

Considerando que la Microred del Centro de Salud Yugoslavia cuenta con 8 Puestos de Salud, se trabajó con las personas con tuberculosis del Puesto de Salud Garatea y con las enfermeras responsables de la Estrategia Sanitaria del Programa de Control de Tuberculosis de los Puestos de Salud Satélite, Garatea y Centro de Salud Yugoslavia.

El tamaño de la muestra fue determinado mediante la técnica de saturación, se refiere a que el número de participantes, se determinó en la medida que los discursos empezaron a repetirse, haciendo un total de dos (02) dinámicas, ocho (08) personas con TBC y tres (03) enfermeras responsables de la estrategia de TBC.

Los integrantes reunieron los siguientes criterios de inclusión:

Ser enfermera responsable de la Estrategia Sanitaria del Programa de Control de Tuberculosis de la Microred de Salud Yugoslavia nombrada o contratada, y personas con tuberculosis, en segunda fase de tratamiento que acuden al Puesto de Salud Garatea perteneciente a la Microred de Salud Yugoslavia, que aceptaron voluntariamente participar después de explicar el propósito, objetivos y métodos del trabajo.

3.3.3 Recolección de datos

Para la obtención de los discursos o temas se utilizó la producción del dialogo interactivo en las discusiones de grupo, organizando a los participantes de la investigación en dos (02) grupos:

Grupo: 1 conformado por ocho (08) personas con tuberculosis en segunda fase de tratamiento que acuden al Puesto de Salud Garatea que pertenece a la Microred de Salud Yugoslavia, las que fueron convocadas por la enfermera responsable de la Estrategia Sanitaria del Programa de Control de Tuberculosis de ese establecimiento de salud, previa coordinación de la investigadora, se desarrolló la dinámica del almanaque.

Grupo: 2 Constituido por tres (03) enfermeras responsables de la Estrategia Sanitaria del Programa de Control de Tuberculosis de los Puestos de Salud Satélite, Garatea y Centro Salud Yugoslavia, la investigadora coordinó con cada una de ellas para concertar fecha, hora y lugar de la reunión, la que se realizó en el Puesto de Salud Garatea.

3.4. Técnicas e Instrumentos

Las dinámicas de creatividad y sensibilidad fueron desarrolladas a través de la Técnica del Almanaque que tiene los siguientes momentos:

Técnica de la dinámica del Almanaque

Para profundizar sobre las prácticas y saberes que las enfermeras tienen acerca del cuidado de las personas con tuberculosis y de las vivencias de las personas diagnosticadas con tuberculosis, se realizó la técnica del almanaque, la cual fue organizada con los siguientes momentos:

Primer Momento, correspondió al de la presentación individual de los integrantes, dándoseles la posibilidad de identificarse con un pseudónimo o su nombre si así lo creía conveniente.

Segundo Momento, los integrantes del grupo tomaron contacto con el material a utilizar en la dinámica (láminas, revistas, tijeras, goma, papelotes, plumones).

Tercer Momento, se explicó la dinámica considerando los siguientes aspectos: Seleccionar entre las revistas, láminas, plumones, tijeras, goma, el material relacionado con el texto a plasmar según su sentir.

Construir su almanaque con las figuras que podían acompañar al texto, en caso que deseen incluir algo adicional que remarque o complemente las figuras.

Cuarto Momento, cada uno de los integrantes del grupo elaboraron sus almanaques e hicieron la presentación de sus producciones artísticas.

Quinto Momento, al finalizar se realizó el análisis colectivo, formulándose las preguntas siguientes: ¿Podrían Uds. explicar lo que hicieron?, ¿Qué lectura hacen de los almanaques construidos?

3.5. Procedimiento

Para ejecutar la presente investigación se procedió de la siguiente manera:

Se coordinó con la enfermera responsable de la Estrategia Sanitaria del Programa de Control de Tuberculosis del Puesto Salud Garatea, solicitándole

permiso y autorización para realizar en su establecimiento la recolección de datos.

La enfermera responsable de la Estrategia conversó y convocó a las personas que reciben segunda fase de tratamiento antituberculoso en el establecimiento antes mencionado.

La investigadora coordinó con las enfermeras responsables de la estrategia de los establecimientos de salud: Garatea, Satélite, Yugoslavia.

La enfermera responsable de la Estrategia del Puesto de Salud Garatea presentó a la investigadora ante las personas con tuberculosis y las enfermeras de los establecimientos de salud indicados.

Se les dió a conocer los objetivos de la investigación y se solicitó el consentimiento informado para su participación formulando las siguientes interrogantes:

- **Cuando le diagnosticaron tuberculosis, como se sintió Ud., que cambió en su vida. La enfermera le brindo información y consejería?**

- **Cómo enfermera cuál es su percepción, cuando le comunica a la persona que tiene tuberculosis, en qué momento le brinda consejería?**

El análisis de los discursos obtenidos en las dinámicas, fue realizado por la investigadora siguiendo los momentos de codificación, decodificación y recodificación.

3.6 Procesamiento y análisis de datos.

El procesamiento se realizó a través del análisis del discurso crítico-reflexivo de Freire, quien trabaja con el principio de codificación y decodificación de las situaciones problemas emergentes del universo cultural

de las personas y enfermeras de la Estrategia Sanitaria del Programa de Control de Tuberculosis.

Primera fase: Descubrimiento del universo vocabulario o de codificación. En esta fase los participantes en forma individual representaron sus experiencias personales y culturales en una producción artística, utilizando para esta investigación la dinámica del almanaque.

Segunda fase: Correspondiente a la decodificación del método de Freire. Se seleccionó conjuntamente con las personas con TBC y enfermeras, los problemas prioritarios sobre los conocimientos y sentimientos de los participantes en base a los criterios siguientes:

- a) Su relación con el contexto de vida natural, comprendido con un mundo de percepciones, sentimientos y emociones.
- b) Que sea reconocido por las personas como instrumento para desarrollar habilidades para autocuidarse.
- c) Que sea reconocido por la enfermera como un instrumento importante en conceptos científicos aplicables al desarrollo global de la Estrategia en beneficio de las personas con tuberculosis.

Es importante remarcar que en la priorización de los problemas hubo, aproximación de todos los sujetos involucrados en la investigación y en el “análisis para la decodificación”, se hizo un distanciamiento entre el grupo de participantes y de enfermeras para proceder a un análisis crítico de los conocimientos, sentimientos, emociones y saberes por separado.

Tercera fase, recodificación; esta fase se desarrolló simultáneamente al análisis colectivo de las producciones artísticas (almanaque) y de las reflexiones sobre la temática en el debate colectivo, con la finalidad que emerja un nuevo conocimiento común al grupo.

3.7 Consideraciones Éticas y de Rigor

La investigación cualitativa se basa en criterios éticos y de rigor que tienen como finalidad asegurar la calidad, objetividad y validación del trabajo de investigación.

Los datos fueron obtenidos con autorización de los participantes en el estudio, garantizando el anonimato y la confidencialidad, se les solicitó permiso para tomarles fotografías, grabar los discursos y filmarlos.

CRITERIOS DE RIGOR

El rigor metodológico de la investigación estuvo dado por los criterios de rigor ético y de credibilidad, auditabilidad y aplicabilidad (Castillo, E. y Vásquez, M. 2003).

RIGOR ÉTICO:

Se cumplió con los siguientes principios:

Principio de beneficencia: Toda persona debe hacer el bien; el desarrollo del presente estudio beneficia asistencial, académico y administrativamente a la profesión de enfermería, especialmente al usuario, sujeto de cuidado.

Principio de no maleficencia: Basado en el principio hipocrático “ante todo no hacer daño”. En este estudio no se utilizó ninguna situación o conocimiento que pudo perjudicar a los participantes

Principio de justicia: La información obtenida, vertida por los participantes se mantuvo en estrecha confidencialidad, se les hizo valer su derecho a un trato justo y a la privacidad, se garantizó la reserva de los nombres, razón por la cual los discursos reciben un seudónimo.

Principio de respeto o dignidad humana: Los participantes y las enfermeras en forma voluntaria, decidieron participar en la investigación (Velásquez, A. (1999).

Credibilidad. Este criterio busca la exactitud de las fechas, se cumplió, porque los hallazgos fueron reconocidos como reales o verdaderos por las personas que participaron en el estudio.

Auditabilidad o Confirmabilidad. Este criterio se cumplió porque la investigadora describió textualmente lo descrito y narrado por los informantes.

La confirmabilidad. Se refiere a la neutralidad de la interpretación o análisis de la información que se logra cuando otro investigador puede seguir la “pista” al investigador original y llega a hallazgos similares.

Aplicabilidad o Transferibilidad. Este criterio se cumplió porque existe la posibilidad de transferir los resultados a otros contextos o grupos.

Para estudiar la interacción comunicativa de la enfermera en el cuidado de las personas con tuberculosis de la Microred del Centro Salud Yugoslavia de Nuevo Chimbote y entender este fenómeno se requiere de un método que permita el estudio de los fenómenos subjetivos y describa a la enfermera en constante interacción con los participantes con tuberculosis en toda su complejidad, que les permita manifestar sus vivencias, como ellas y ellos se sienten y expresen libremente sus diferentes formas de vida.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y

ANÁLISIS

4.1 RESULTADOS Y ANÁLISIS

Para conocer la interacción comunicativa de la enfermera en el cuidado de la persona con tuberculosis, se tuvo en cuenta los conocimientos y experiencias de vida de cada uno de los participantes en la investigación.

Lo que correspondería al sentido común como lo llama Freire, y mediante dinámicas y diálogo se aplicó el método creativo sensible, que permitió que los conocimientos y prácticas de las enfermeras y las experiencias que las personas con TBC tienen, se pusieran de manifiesto en la dinámica del almanaque.

Los participantes fueron ocho (08) personas, cuyas edades fluctúan entre 17 y 68 años, cinco (05) mujeres y tres (03) hombres, todos ellos provenientes de la clase económica D y E, solo tres (03) de ellos 37.5% trabajan; dos (02) hombres en construcción civil y mercado y una (01) mujer en un restaurant, y cinco (05) o el 62.5% no trabajan, cuatro (04) mujeres y un (01) hombre, cuatro (04) mujeres y dos (02) hombres tiene educación secundaria, y Primaria Completa, y una (01) mujer y un (01) hombre estudios superiores.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la tasa de desempleo aumentó, tanto en hombres como en mujeres, el mayor crecimiento se observó en el primer grupo, sin embargo a lo largo del año se ha observado que esta tasa es mayor, para el segundo grupo, lo que quiere decir en términos relativos que hay más mujeres buscando trabajo sin poder insertarse en el mercado laboral.

Como se observa en las personas con tuberculosis, participantes en la investigación; más son mujeres las que no trabajan cuyas edades fluctúan entre 17 y 37 años.

Según el INEI las personas de 14-24 años, mejoraron su situación laboral, pero la tasa de desempleo de este grupo sigue siendo la más alta

(13.2%), y los grupos de 25 a 44 años y de 45 a más, aumentaron su índice de desempleo.

Las personas con tuberculosis tienen que afrontar gastos considerables, sobre todo los que sostienen a su familia, se arriesgan a perder temporal o definitivamente el empleo.

Producto del diálogo utilizando la Teoría de Habermas con las personas con tuberculosis y las enfermeras de la Estrategia Sanitaria de Control de la Tuberculosis, sobre la interacción comunicativa y cuidados que brindan, revelaron sus prácticas, conocimientos y vivencias, expresando sus dudas y temores, surgiendo temas y subtemas.

Los temas y subtemas se elaboraron haciendo un análisis de los discursos, donde se identificaron las interrelaciones, coincidencias y divergencias, sobre interacción comunicativa de la enfermera en el cuidado de la persona con tuberculosis.

4.2. HALLAZGOS

<p>PERSONAS CON TUBERCULOSIS</p> <p>TEMAS /subtemas</p>	<p>ENFERMERAS DE LA ESPCT</p> <p>TEMAS/subtemas</p>
<p>A. VIVENCIANDO LA NOTICIA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cambios en su vida y sentimientos negativos 2. Temor a contagiar y preocupación por sus hijos 	<p>A. COMUNICA LA ENFERMEDAD</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informa a la persona y brinda apoyo emocional
<p>B. FRUSTRACIÓN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dependencia/independencia 	<p>B. CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Motiva a cumplir el tratamiento y brinda consejería
<p>C. CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Las drogas producen malestar/rechazo y aceptación 2. Siente apoyo de la enfermera 	
<p>D. INTERVENCIÓN DE LA FAMILIA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sintiendo el rechazo de la familia 2. Sintiendo el apoyo de la familia 	<p>C.INTERVENCION DE LA FAMILIA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Orienta hacia el apoyo familiar
<p>E. CONFIANZA EN DIOS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gracias a Dios estoy mejor 	<p>D.FUNCIONES DE LA ENFERMERA RESPONSABLE DE LA ESTRATEGIA.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Desempeña múltiples funciones

A. VIVENCIANDO LA NOTICIA (PERSONA CON TUBERCULOSIS)

Los discursos de las personas con tuberculosis, a través de la dinámica del almanaque expresaron sus experiencias emergiendo como tema Vivenciando la Noticia, y los Subtemas: cambios en su vida, y sentimientos negativos, temor a contagiar y preocupación por sus hijos.

Las personas con tuberculosis, participantes (100%) manifestaron que al enterarse de la enfermedad que tenían, se sintieron muy mal, algunos refirieron, “mi vida cambió”; “todo se me vino abajo”. Afirmaciones que indican que sus actividades cotidianas de recreación, de trabajo, entre otros, se vieron modificadas, algunos, dejaron de hacer deporte, no fueron al gimnasio, al modelaje, otros manifestaron que se sintieron rechazados, discriminados, deprimidos, tristes, lloraban mucho, dejaron de comer. Enfrentaron situaciones emocionales, como: sentimiento de rechazo, depresión y discriminación. Necesitan soporte psicológico, la persona reacciona como una unidad; como se evidencia en los discursos:

1. CAMBIOS EN SU VIDA/sentimientos negativos

“Cuando me enteré que tenía tuberculosis, mi vida cambió, todo se me vino abajo, dejé el gimnasio, modelaje, el estudio, no comía, estuve muy mal, me deprimí mucho, me sentí sola, rechazada, discriminada, lloraba todos los días, pero me da cuenta que eso sólo estaba en mí”.

ROSA

“Bueno, cuando me enteré que tenía esta enfermedad, para mí fue algo muy delicado, me sentí discriminada, a veces, me da depresión, parecía que el mundo se me acababa porque tengo dos niños”

YAHAIRA

“Yo me sentí mal al saber que tenía tuberculosis, porque tengo tres hijos”.

SOLEDAD

“Al enterarme que tenía tuberculosis, cambió mi vida, porque trabajaba de noche y dormía de día, tomé conciencia de mis actos, porque en realidad estaba haciendo mal, no puedo hacer deporte”.

ERASMO

“Me hicieron muchos análisis, cuando el doctor me dijo que tenía tuberculosis mamaria, la verdad; por un lado me sentí tranquila, tener tuberculosis es mejor que tener cáncer, pero la verdad que es horrible estar enfermo; me deprimí, dejé de comer, no quería ver a nadie, soy madre soltera, tengo un hijo”

ANDREA

“Cuando me enteré que tenía tuberculosis, me puse muy triste y lloraba mucho”

TOMAS

“Me sentí muy mal, cuando me dijeron que tenía tuberculosis, me deprimí, me asusté, tuve miedo, hablé con la psicóloga.

JUANITA

“La tuberculosis, empezó con mis dos hijos, yo también tengo esta enfermedad, es muy terrible esto, (llora), emocionalmente me afectó al saber que tenía que dejar de trabajar, hacer deportes.

JULIO

Según Habermas, la situación se torna relevante para las personas con tuberculosis y sería el momento de interactuar para modificar patrones de comportamiento a mediano y largo plazo (Hernandez,M.2008)

La interacción comunicativa de la enfermera, debe estar orientada a la comprensión y entendimiento de las personas afectados de tuberculosis, dándoles un trato digno, brindándoles confianza para lograr con éxito su recuperación (Alvitez,E.2011).

Boff, refiere que la enfermedad significa, un daño a la totalidad de la existencia, por lo tanto, no es una parte que está enferma, es la vida que enferma en sus varias dimensiones; en relación a sí mismo, con la sociedad y con el sentido global de la vida, como es el caso de las personas con tuberculosis, que no sólo, están enfermos físicamente, sino emocionalmente, porque se sienten tristes, deprimidos, y socialmente se sienten rechazados, discriminados (Alamo, M. 2011)

Boff, dice, alguien puede estar mortalmente enfermo y ser saludable, porque con esta situación de muerte, crece, se humaniza, y sabe dar sentido a aquello que padece.

La Tristeza, es un estado de ánimo normal, una persona puede estar triste un día o por un periodo de tiempo a causa de alguna situación particular, está deprimida, la tristeza y el decaimiento general del estado de ánimo es permanente, continuo, y sin límite alguno; la depresión, se caracteriza por el cambio en el comportamiento o en la forma de pensar, se asocia con un sentimiento de vacío.

La depresión puede presentarse por distintas causas, el principal motivo por el cual puede producirse es por una pérdida, esta puede ser la enfermedad, como las personas con tuberculosis que manifestaron sentirse deprimidos, tristes y rechazados, estas situaciones son emociones que impactan en el éxito o fracaso del tratamiento; lo que los hace más vulnerables a abandonar el tratamiento o volverse Multidrogorresistentes.

Las personas con tuberculosis (TBC), necesitan soporte psicológico, reaccionan como una unidad, la ESNPCT/MINSA, refiere que la enfermera (o), al educar y brindar consejería antes de iniciar el tratamiento, debe orientar y referirlos, al servicio de nutrición, psicología y servicio social.

Respecto, a los derechos de la persona, con tuberculosis en cuanto a información, debe recibir una descripción oportuna, concisa y clara de la enfermedad, con diagnóstico, pronóstico, y el tratamiento propuesto, con la comunicación de los riesgos comunes, las opciones y alternativas (Carta Ottawa. 2006).

La transición de la salud a la enfermedad es una vivencia compleja y personal, se acompaña de sensaciones desagradables, como manifiestan las personas con tuberculosis, que su vida cambió, parecía que el mundo se les acababa, se sintieron muy mal, que es horrible estar enfermo, presentan una sensación de culpabilidad, algunos sienten que toman conciencia de sus actos, porque en realidad estaban haciendo mal, la enfermedad, se constituye en un desafío, al que se debe hacer frente (Leddy, S. y Pepper, J.1989).

La discriminación, en algunos casos existe en el entorno familiar o social de la persona, incluso en algunos casos por algún personal de salud, pero principalmente es parte de la equivocada percepción personal que lo desmotiva y desvaloriza, porque se siente el centro de los comentarios, burlas y rechazo, aunque en realidad no es así (Manrique, I. y Maza, J.2005).

2. TEMOR A CONTAGIAR/preocupación por sus hijos.

El 62.5% de pacientes, mostró temor a contagiar a sus hijos y familiares, mostrando mucha preocupación por ellos, los discursos que emergieron de este subtema son:

“Me sentí mal, porque tenía a mi hijita, no podía estar cerca de ella, no le daba de lactar, parecía que me iba a morir, mi pareja se alejó un poco de mí, cuando se enteró de mi enfermedad”

ROSA

“Yo tengo dos niños, soy muy apegada a mis hijos, tenía miedo que al abrazarlos, los contagie, estaba muy preocupada por eso.”

YAHAIRA

“Tengo tres hijos cuando me enteré que tenía tuberculosis me sentí mal, tuve temor de contagiar a mis niños”

SOLEDAD

“La tuberculosis empezó con mis dos hijos, yo también tengo esta enfermedad, si tienen hijos pequeños, no los contagien, tengan cuidado”.

JULIO

“Tengo un hijo de cuatro años, tenía temor a contagiarlo, mi esposo no me apoyaba, quería quitarme a mi hijo. Pensé que me iba a morir, me preocupaba con quien se quedaría mi hijo”.

ANDREA

La persona con tuberculosis se siente estigmatizada por la enfermedad, que contiene referentes de conducta marginal y pobreza, como temor al contagio (Huaynates, C.2006).

La persona con tuberculosis, tienen la responsabilidad, de proporcionar información, acerca de los contactos, con su familia inmediata, hijos, amigos u otros que quizá sean vulnerables, hayan sido infectados por el contacto más cercano (Carta Ottawa, 2006).

Boff, dice, con razón el gran poeta latino Horacio manifestó, el cuidado es el compañero permanente del ser humano lo que quiere decir: el cuidado siempre acompaña al ser humano porque este nunca dejará de amar y desvelarse por alguien como las madres con tuberculosis, que tienen temor de contagiar a sus hijos, se muestran preocupadas e inquietas por la persona

amada, sino fuera así, no se sentirían involucradas, con ello, y se mostrarían, negligentes y apáticas por su vida y entorno

El miedo es una respuesta emocional caracterizada por suponer que sufrirán daños o consecuencias desagradables, la naturaleza del miedo es genuina en las madres con tuberculosis (Wolff y Otros.1983).

La actitud de cuidado puede provocar preocupación, inquietud y sentido de responsabilidad, como es la situación de las madres que tienen tuberculosis, que están muy preocupadas, por el temor de contagiar a sus hijos.

La infección por TBC, se transmite con mayor frecuencia por contacto directo de una persona que tiene enfermedad activa, a través de la gotitas de saliva de la tos, los estornudos y al escupir (Scherer, J.1993).

Las madres y padres de familia portadores de TBC, tienen dentro de sí la capacidad latente de entender que los factores que en su vida les causan angustia y dolor son las limitaciones para acariciar y abrazar a sus hijos (Rogers, C.2000).

Las personas con TBC adquieren su capacidad máxima por medio de un proceso de aprendizaje, por consiguiente el primer tratamiento que necesitan es la enseñanza. Hall considera que quien mejor puede proporcionar este proceso es la enfermera responsable de la Estrategia Sanitaria de Control de la Tuberculosis que los orienta sobre las medidas de prevención en el hogar, y realizando visitas domiciliarias (Marriner-Tomey, A, 1997)

En los establecimientos de salud, de la Microred de Salud Yugoslavia, se cuenta con un Manual de Normas de la Estrategia de Control de la Tuberculosis, donde se explicita las acciones que el personal de salud, debe cumplir, entre ellas las medidas de protección en el hogar a través de la visita domiciliaria.

B. FRUSTRACIÓN

1. Dependencia/independencia

El 50% de pacientes con tuberculosis, manifestaron que esta enfermedad les truncó sus proyectos, por ejemplo dejaron sus estudios universitarios porque trabajaban y estudiaban, otros dejaron de trabajar teniendo familia a quien mantener, esto creó en ellos sentimientos de dependencia e independencia, cuando mejoraron continuaron con su trabajo, como se refleja en los discursos que se enuncian a continuación:

“Dejé de trabajar, porque así me recomendó la enfermera, mi hijo me apoyaba”.

TOMAS

“Esta enfermedad ha truncado mis proyectos, dejé de estudiar administración de empresas, en Marzo 2016, voy a reiniciar mis estudios, así mismo dejé de trabajar como barman.”

ERASMO

“La enfermera me recomendó que deje de trabajar, algunos días he faltado a mi trabajo, no es fácil dejar de trabajar cuando se tiene una familia que mantener”.

JULIO

“Dejé de trabajar, como ya estoy mejor he retomado mi trabajo, porque soy madre soltera”

ANDREA

Respecto, a los derechos de la persona con tuberculosis, en el inciso 8, sobre seguridad, refiere, que tienen derecho a la seguridad del trabajo, después del diagnóstico, o la rehabilitación apropiada, una vez terminado el tratamiento, cabe mencionar que las personas que son el sostén de su familia, reanudan su trabajo en cuanto se sienten mejor, por el cuidado que tuvieron

con ellos mismos, en si las instituciones de salud, poco o nada pueden hacer por este derecho porque la mayoría tiene trabajo eventual (Carta Ottawa 2006).

Las familias tienen que afrontar gastos considerables por concepto de diagnóstico, tratamiento y transporte, los afectados por tuberculosis que sostienen a su familia, se arriesgan a perder temporal o definitivamente el empleo, los empleadores ven disminuido el rendimiento de sus trabajadores. En los países pobres, un solo caso puede entrañar, la pérdida de entre 3 a 4 meses de tiempo laboral, promedio, como resultado de las afectaciones provocadas por la tuberculosis (Lozano, J y Otros.2003).

Cuidar de nuestro cuerpo significa, cuidar de la vida que lo anima, cuidar del conjunto de relaciones con la realidad circundante, las que se refieren a la higiene, la alimentación, al aire que les permitió recuperarse y continuar con su trabajo (Boff, L.1999).

El Sistema Integrado de Salud (SIS), como Organismo Público Ejecutor (OPE) del MINSA, tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud.

Según la Ley N° 29951-Ley de Presupuesto 2013 en el art. 19. Programas presupuestales en materia de salud, dispone que en el presupuesto del pliego SIS se consigne el monto de 94'040,613.00 (noventa y cuatro millones, cuarenta mil seiscientos trece y 0/100 nuevos soles), con el objeto de transferirlos a las unidades ejecutoras de salud de los gobiernos regionales correspondientes, para el pago de bienes y servicios de las prestaciones de salud, de los programas presupuestales para la prevención y control de la tuberculosis y el VIH-Sida.

En la Norma Técnica de Salud (NTS) N° 104-MINSA/DGSP V.01, Para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis, no figura si la persona con tuberculosis debe dejar de trabajar, si en caso es nombrado en una institución pública sí tiene derecho al descanso con goce de haber, no así

los trabajadores eventuales, que tienen apoyo del SIS en cuanto a ayudas diagnósticas, tratamiento, mas no económicamente.

C. CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO

1. Las drogas producen malestar/rechazo y aceptación

El 50% de las personas manifestaron, que cuando tomaban sus medicamentos, presentaban náuseas, dolor de cabeza, se negaban, acudir al establecimiento de salud a tomar su tratamiento, una de ellas se mostró rebelde, posteriormente, con la ayuda de la enfermera continuaron con el tratamiento, porque comprendieron que, se recuperarían; de los discursos se extrae lo siguiente:

“Vine al establecimiento de salud un poco rebelde, no quería tomar las pastillas, con el tiempo empecé a tomar los medicamentos, mi abuelita falleció con tuberculosis, porque no terminó su tratamiento”.

ROSA

“Cuando tomaba las pastillas me daba náuseas, ya no quería ir a tomarlas y mi hijo me decía que vaya”.

TOMAS

“El tratamiento al inicio me chocó, me dolía la cabeza, me dió náuseas, mi hija me acompaña todos los días, a tomar mi tratamiento”.

JUANITA

“Sólo les digo cuídense, no dejen de tomar sus pastillas y terminen su tratamiento, para que se curen.”

JULIO

El tratamiento farmacológico tiene un periodo largo de duración, cargado de efectos secundarios, como dolor de cabeza, náuseas, vómitos, sueño, gastritis, reacciones cutáneas, anorexia, mialgias, poliartralgias, que conllevan a que la persona asista irregularmente al establecimiento de salud, no porque no desea llegar sino por motivos a veces de discriminación, aspectos laborales. Muchas veces este incumplimiento se tilda de conducta “irresponsable”, sin conocer el contexto, por ello el entorno familiar, juega un papel muy importante como red de soporte social durante el proceso de la enfermedad, actuando como clima rehabilitador, los cambios en la dinámica familiar, son sumamente importantes y cruciales, porque disminuye el sufrimiento físico y emocional, debido a las transformaciones en los roles sociales y cotidianos (Espinoza, S, Olivera, J. 2014).

La eficacia terapéutica depende en gran medida de la voluntad y capacidad de la persona para tomar los medicamentos de una forma regular, según lo prescrito. La toma esporádica de los medicamentos se asocia con fracaso terapéutico y desarrollo de cepas resistentes a los fármacos. El éxito de tratamiento contra la tuberculosis no sólo es la adherencia estricta al tratamiento farmacológico, sino a su vez cumplir con las indicaciones de seguimiento, y el régimen de indicaciones por el equipo de salud (Tacuri, M, 2009).

Adherencia según la OMS (2003) es “el grado en que la persona se compromete a tomar el medicamento, seguir el régimen alimentario, ejecutar cambios de estilos de vida y cumplir las recomendaciones acordadas con el personal de salud” (Ministerio de Salud, Argentina, 2014).

Respecto a derechos y responsabilidades de las personas con tuberculosis, tienen derecho al acceso libre y equitativo en el cuidado de la tuberculosis, desde el diagnóstico hasta la terminación del tratamiento, independientemente de los recursos económicos, raza, generosidad, idioma, situación jurídica, creencias religiosas, orientación sexual, cultura o teniendo otra enfermedad, las personas con TBC de los establecimientos de salud: de Garatea, satélite, Centro Salud Yugoslavia que pertenecen a la Microred de

Salud Yugoslavia, todos reciben por parte de la enfermera, un trato igualitario (Carta,Otawa2006).

Asimismo tiene derecho a conocer los nombres y dosificaciones de cualquier medicamento o intervención a ser prescrita, las acciones rutinarias y los efectos colaterales potenciales y su repercusión posible sobre otros padecimientos o tratamientos, la enfermera responsable de la estrategia, diariamente refuerza a cada una de las personas sobre la importancia de cumplir con el tratamiento, medidas de prevención, su trabajo, problemas personales entre otros (Carta, Ottawa.2006).

La comunicación entre la enfermera y persona con TBC sobre los efectos colaterales del tratamiento debe ser clara, precisa y completa de modo que esta se constituya en el diálogo que lleve a la comprensión y el entendimiento, que comprenda lo que le orienta la enfermera, expresarse con frases sencillas, dentro de un clima de confianza, no autoritario, es muy importante la comunicación sobre las molestias que los medicamentos pueden dar.

De igual manera, la persona con TBC tiene la responsabilidad de seguir el plan de tratamiento prescrito y acordado, y a cumplir a conciencia con las instrucciones recibidas para proteger y cuidar su salud y la de otras personas y practicar su autocuidado (Carta, Ottawa2006).

Orem refiere que el autocuidado, es una conducta que se aprende y surge de la combinación de las experiencias sociales y cognoscitivas, las cuales permiten al ser humano realizar actividades que promociónen su estado óptimo de salud y bienestar

Boff, dice, cuidar de nuestra salud significa, mantener nuestra visión integral buscando un equilibrio, siempre por construir entre el cuerpo, la mente y el espíritu, para trabajar juntos, es decir equipo de salud (medico, enfermera, nutricionista, psicólogo, asistente social, técnicos de enfermería), mirando la

totalidad del ser humano, es lo que hace falta en los establecimientos de salud, que no cuentan con un equipo multidisciplinario.

2. Siente apoyo de la enfermera

El 87.5% de personas, manifestaron que se sienten muy apoyados por la enfermera, reciben buen trato, son amables, les dan ánimo, los aconsejan, mantienen una buena comunicación, conversan con ellos, y por eso se sienten bien, se destaca el diálogo con la enfermera, les brindan consejería, los orientan y aclaran sus dudas, como se evidencia en los siguientes discursos:

“Con la enfermera todo muy bien, siempre me aconseja, que me alimente bien, hay una buena comunicación.”

ROSA

“La enfermera me ayudó a comprender la enfermedad, cada que acudo al establecimiento de salud, conversa conmigo y con el tiempo he ido asimilando las cosas”.

YAHAIRA

“Las enfermeras me trataron bien, son amables, me aconsejaron bastante, me siento bien”.

SOLEDAD

“Gracias a la enfermera ahora me siento mejor, me dijo que voy a sanarme, me apoyó mucho.

TOMAS

“La enfermera me apoyó mucho, me aconsejó que tome mis alimentos a la hora, me daba ánimos y me siento mejor”.

JUANITA

“Encontré, el apoyo en la enfermera, en las charlas, consejos de cómo llevar la enfermedad”.

JULIO

“La enfermera bastante me ha apoyado, son amables y nos ayudan a todos, me orienta que me alimente bien, participo en la reuniones de la OATB en Casma, Yugoslavia y la Florida.”

ANDREA

El profesional de enfermería debe ser una persona capaz de crear por medio de la comunicación, una relación terapéutica enfermera-cliente, en la cual se pueda conocer a la persona cuidada, entender sus necesidades; prestar ayuda cuando la necesite, aliviar su dolor, aun en el caso, de que no lo pueda expresar (Rodríguez,E.2003).

Boff, define la amabilidad, como la capacidad que tiene el ser humano por captar el valor intrínseco de las cosas, volviéndolas así significativas para nosotros y susceptibles de nuestro cuidado, al tiempo que enriquecen y transforman.

La persona con tuberculosis, tiene derecho a ser tratada con respeto, dignidad, amabilidad y ternura, incluyendo la prestación de los servicios de salud, sin estigma, prejuicio o discriminación, sin autoritarismo, por parte de la enfermera, de los proveedores de los servicios de salud y las autoridades, las personas refieren que son bien tratadas por la enfermera responsable de la estrategia de tuberculosis.

El lenguaje no se entiende como un instrumento para la transmisión de contenidos subjetivos, sino como el medio en el que los implicados pueden compartir intersubjetivamente la comprensión de algo (Arce, J.1993)

Boff, refiere, que la ternura es vital, es sinónimo de cuidado esencial, es el afecto que dedican las enfermeras a las personas con tuberculosis y el cuidado que aplican a las situaciones existenciales, emerge del propio acto de existir en el mundo con los otros. La ternura irrumpe cuando el sujeto se descentra de sí mismo, sale en la dirección del otro, participa de su existencia, se deja tocar por su historia de vida, se detiene en el otro no por las sensaciones que le produce, sino por el amor, por el aprecio de su diferencia, y por la valorización, de su vida y lucha; es lo que hace la enfermera responsable de la estrategia, tratarlos con respeto, dignidad, ternura, porque así lo manifiestan ellos.

La ternura es el afecto que se brinda a las personas y el cuidado que se aplica a las situaciones existenciales, se manifiesta como inteligencia que intuye, que ve hasta lo profundo y establece comunión con el cuidado sin obsesión.

Cuidar en salud requiere tener características de actitud, de un modo de ser y no solo una tarea que se da en un momento determinado. La enfermera cumple un rol importante en el cuidado de las personas con tuberculosis y de sus familiares, no basta con ser experta en el manejo de procedimientos y técnicas, es necesario dedicar tiempo especial a cada paciente, para que estos cuidados se tornen humanos y de calidad, se necesita el fundamento de un saber comprensivo, sobre lo que la persona está viviendo y necesitando y ese conocimiento se puede construir mediante estudios cualitativos.

D. INTERVENCIÓN DE LA FAMILIA

1. Sintiendo el rechazo de la familia.

El 25% de los pacientes refieren que se sintieron como si su familia los estuviera discriminando, una de ellas dijo mí esposo no me apoyaba, me decía que yo me busqué la enfermedad, porque me dejé contagiar, así lo manifiestan en los discursos:

“Mi familia dice que yo voy a contagiar a mis hijos, me sentí como si me estuvieran discriminando”.

YAHAIRA

“El papá de mi hijo no me apoyaba, me decía que yo me había buscado la enfermedad por dejarme contagiar, quería quitarme a mi hijo”.

ANDREA

La reacción de la familia ante una enfermedad contagiosa no es igual en todos los casos, algunas reaccionan rechazando a la persona, aislándola, o en otros casos abandonándolos, la enfermera les explica sobre las medidas de prevención, control de contactos, hasta obtener la aceptación y el apoyo que necesita.

Las personas con tuberculosis se sienten abandonadas y aisladas de familiares y amigos, piensan que han sufrido tantos cambios, que se han vuelto inaceptables como seres humanos, o ignorados (Rojas, G, 2006).

Se considera que la falta de apoyo familiar a la persona en tratamiento contra la tuberculosis y los efectos adversos constituye uno de los riesgos para el abandono del mismo, entre otros que se presentan, con mayor frecuencia (Dalens, E, 2012).

La enfermera le da la tranquilidad, y apoyo para que modifique su manera de pensar, se continúa haciéndoles sentir que forman parte de la humanidad y les expresa el reconocimiento de su individualidad y valía como personas.

2. Sintiendo el apoyo de la familia.

El 12.5% de las personas con TBC no se manifestaron al respecto, y el 62.5% se sintieron apoyados por sus familiares, supieron comprender su

enfermedad, poco a poco se están recuperando y se sienten bien, como se observa en los siguientes discursos:

“Con la ayuda de mis familiares supe comprender la enfermedad, ahora me siento de maravilla.”

ROSA

“Con la ayuda de mi familia, poco a poco me estoy recuperando”

SOLEDAD

“Mi hijo me animaba, que vaya a tomar mis pastillas, ahora me siento mejor”

TOMAS

“Mi familia, sobre todo mi hija, me apoya mucho, me acompaña todos los días a tomar las pastillas”

JUANITA

“Mi familia y amistades, todos me han apoyado”

JULIO

Una de las funciones de la familia es proporcionar ayuda y apoyo a sus miembros en época de problemas. La familia u otras personas importantes son quienes proporcionan a la persona con tuberculosis el apoyo que necesitan, en sus discursos les agradecen por su recuperación.

En la mayor parte de los casos, la familia y los amigos de una persona consideran que está enferma cuando hay cierta restricción en sus actividades o cuando su enfermedad requiere que se tomen ciertas precauciones que interfieren la forma normal de vivir. La persona con tuberculosis está incapacitada para ir al trabajo, escuela, universidad por un tiempo determinado o puede no ser capaz de desarrollar ciertas actividades.

La enfermera proporciona atención a las necesidades emocionales de la persona con tuberculosis y a los familiares, brindándoles información sobre las medidas de prevención, cuidados, importancia del tratamiento, y todas las medidas relacionadas con la salud, de tal manera que genere resultados más satisfactorios y mejore su calidad de vida.

E. CONFIANZA EN DIOS

1. Gracias a Dios estoy mejor

El 37.5 % de las personas con tuberculosis, agradecen a Dios estar mejor, sentirse bien, lo conciben como un Dios de misericordia y de gracia, como se aprecia en los discursos.

“Gracias a Dios estoy súper bien”

ROSA

“Gracias a Dios me siento bien, sigo con mi vida”

YAHAIRA

“Gracias a Dios primeramente, estoy mejor”.

JULIO

Boff, refiere, cuidar de nuestra salud, significa mantener nuestra visión integral, buscando un equilibrio siempre por construir entre el cuerpo, la mente, y el espíritu, para trabajar juntos mirando la totalidad del ser humano. El ser humano como ser hablante e interrogante es un ser espiritual, como se refleja, en lo que manifiestan las personas con tuberculosis, su fé en Dios, que por él están mejor.

El tratamiento integral de la persona requiere asistencia física, emocional, y espiritual, la creencia espiritual, les proporciona, la fortaleza interna, que está íntimamente relacionada, con la salud emocional y el bienestar físico.

La espiritualidad es el corazón de la existencia del individuo, integrando y trascendiendo las dimensiones físicas, emocionales, intelectuales y sociales (CHaiifour J.1994).

En los cuidados de enfermería, el reconocimiento de la dimensión espiritual, de la persona por parte de la enfermera, se refleja en el respeto que esta tiene por la persona, por la vida, por la hostilidad que presenta el cliente, por su forma de acompañar la muerte, y por el sentido que da a su trabajo (CHaiifour, J, 1994).

Considerar al ser humano en sentido global, es decir en su dimensión física, emocional, relacional, espiritual, social e intelectual, supone una actitud de servicio hacia afuera y adentro de la organización (Salas, M.2016).

A. COMUNICA DE LA ENFERMEDAD (ENFERMERAS)

1.-Informa a la persona y brinda apoyo emocional.

En la codificación, decodificación y recodificación de los conocimientos y prácticas de las enfermeras, realizadas por medio de la dinámica del almanaque se identificó el tema: Comunica la enfermedad y subtemas: informa a la persona y brinda apoyo emocional.

Todas las enfermeras participantes manifiestan que cuando les comunican a las personas que tienen tuberculosis, reaccionan dudando, no creen, no aceptan que tienen esta enfermedad, se tornan muy tristes, deprimidos, sienten vergüenza, refieren que su familia y amigos los van a rechazar, como se observa en los siguientes discursos:

“Al informarle su diagnóstico me pregunta: ¿Cómo? ¿Por qué? ¿Me voy a morir? ¿Está segura señorita? ¿Se han equivocado?, la persona duda. Trato de tranquilizarlos, les explico que es una enfermedad que se cura, que todos estamos expuestos.”

ALICIA

“Las personas reaccionan de diferente manera, algunos se ríen, otros, están tristes, lloran, tienen vergüenza, se sienten muy mal, preguntan: ¿Cómo me sucedió? ¿Quién me contagio?, tiene muchas dudas, les hago sentir que no están solos; durante el tratamiento se les da un buen trato, se conversa, se les escucha, se sienten cómodos y a gusto, se les da su lugar, se les hace sentir importantes, se les respeta, no quieren irse.”

ROSAURA

“Algunas personas vienen tristes, ansiosas, irritables, molestas y otras tranquilas. Les hago sentir que tienen a la enfermera y a todo el personal de salud, las aconsejo y les explico en qué consiste el tratamiento, que se van a curar, a salir sanos y fuertes, los abrazo y animo a seguir con su vida”.

ZENAIDA

La enfermedad genera una situación de indefensión con una carga emocional importante, que hace sentir a la persona desvalida por lo cual se necesita que la relación enfermera (o) cliente sea lo más humana posible (Fernández, M.2016).

Para lograr una efectiva comunicación es importante tener en cuenta características tales como la edad, el sexo, el nivel educativo, socioeconómico y la religión, conociéndolas, podemos definir cómo acercarnos, qué términos utilizar para lograr una comunicación adecuada donde se ejerzan habilidades y destrezas como sonreír, interpretar los gestos de la persona, satisfacer sus necesidades, crear disposición para el diálogo, ser asertivo, generar confianza, dar seguridad y brindar apoyo efectivo, entre otras (Herrera, Z. y Torres, B. 2007).

La persona con tuberculosis tiene derecho a la privacidad personal, y respeto a su dignidad, creencias religiosas, y cultura (Carta, Ottawa, 2006).

Los profesionales de enfermería, disipan sus dudas, les hacen ver que no están solos, les explican que es una enfermedad que tiene curación, es decir establecen una interacción muy estrecha con ellos, ellas(os), perciben que la persona con tuberculosis, requiere en las primeras etapas de la enfermedad apoyo psicológico para aceptar su situación, porque la sensación de culpabilidad, vergüenza y negación predominan en esta etapa inicial de la enfermedad.

La negación es un mecanismo de defensa que consiste en engañarse así mismo. La persona que lo usa se rehúsa a reconocer la existencia de algo que lo perturba, la persona con tuberculosis, recurre a la negación, cuando no acepta su diagnóstico o pronóstico (Wolff, y Otros.1983).

Boff, refiere que la peor enfermedad es negar su existencia, de forma semejante la peor aberración del cuidado es su negación.

A las personas cuando se les informa el diagnóstico de su enfermedad, algunos intentan negar que estén enfermos y responden con enojo ante la amenaza de la enfermedad, otros se aíslan y consideran que es un castigo, se pueden sentir culpables.

La comunicación entre enfermera y cliente, debe tener como foco principal los problemas, intereses, sentimientos y actividades de la persona, la mayoría se comunica con bastante facilidad cuando hay alguien que los escucha con atención, que no les imponga sus valores, ni les ofrezca consejos que no desean, percibe a la enfermera que está interesada en él como persona y dedica tiempo y energía para escucharlos.

La enfermera, responsable de la Estrategia Sanitaria de Control de Tuberculosis, los trata con cordialidad, como resonancia del cuidado, vemos en el corazón una dimensión del espíritu, de finura, porque la persona cordial, ausculta, pega el oído a la realidad, presta atención y pone cuidado, en todas las cosas (Boff, L.1999).

Durante la formación del profesional de enfermería, se enfatiza que el cuidado que se brinda a la persona debe caracterizarse, por ser integral, humano, un ser holístico, con características biológicas ,psicológicas ,sociales, culturales y espirituales propias, donde la interacción del profesional de enfermería y el cliente, se constituye en el aspecto medular de la relación repercutiendo en la calidad del cuidado recibido, sin embargo en la práctica y experiencia profesional diaria, no se logra concretizar, porque en la mayoría de los establecimientos de salud, el profesional de enfermería, desempeña múltiples funciones, limitando el proceso terapéutico e interpersonal, no obstante se considera a las personas con tuberculosis, como seres humanos de forma integral, para lograr la satisfacción plena de sus necesidades y por ende el éxito del tratamiento, así como su reinserción social (Carhuachin,Ch.2014).

La calidad de atención de los servicios de salud, es responsabilidad de los diferentes profesionales que laboran en un establecimiento de salud, sin embargo el papel de la (el) enfermera (o), es de particular importancia, porque es quien brinda atención directa y está en contacto por más tiempo con la persona (Silva, G y Martínez, P.2004).

La enfermera (o), debe cuidar a la persona combinando técnicas sobresalientes y gran habilidad comunicativa, cuidar dando apoyo y seguridad, sabiendo escuchar, y creando un ambiente de confianza y empatía con la persona, la familia y la comunidad (Bravo,M.2004).

El Proceso de Enfermería, trata a la persona como un todo, es único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a ella en todas sus dimensiones y no sólo a su enfermedad (Bravo, M.2004).

Según Waldow, López y Meyer (1995), refieren que el cuidado humano o cuidado expresivo, consiste en esfuerzos transpersonales de ser humano, en el sentido de proteger, promover, y preservar la humanidad, ayudando a las personas a encontrar significado a su dolencia, sufrimiento y dolor, así como a

su existencia, en el caso de las enfermeras de la ESNPCT, intervienen dando apoyo y explicaciones a las personas con tuberculosis.

Boff, refiere, sin el cuidado, no hay atmosfera que propicie el florecimiento, de aquello que verdaderamente humaniza, brindando ternura a la persona con tuberculosis, se le está dando afecto, porque la actitud de cuidado provoca preocupación, inquietud y sentido de responsabilidad.

Las enfermeras manifiestan que abrazan a las personas, les hablan de manera cariñosa, la caricia constituye una de las expresiones máximas del cuidado, es esencial cuando se transforma en una actitud positiva, en un modo de ser que califica a la persona en su totalidad, en la psiquis, en el pensamiento, en la voluntad, en la integridad y en las relaciones que establece.

Boff, refiere, que el órgano de la caricia es fundamentalmente la mano, las manos que tocan, la mano que acaricia, la mano que establece relación, la mano que arrulla, la mano que trae quietud. La mano no es simplemente mano, es la persona humana que a través de la mano revela un modo de ser cariñoso, como es el caso de las enfermeras responsables de la estrategia de tuberculosis, que refieren que abrazan a las personas, la caricia toca lo profundo del ser humano, exige total altruismo, respeto por el otro, porque es una inversión de cariño y amor a través de la mano, el afecto no existe sin la caricia, la ternura y el cuidado. La mano que toca, cura porque lleva caricia, devuelve confianza, recibe al otro, y le dispensa cuidado. La mano hace nacer la esencia humana en aquellos que son tocados.

B. CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO

1. Motiva a cumplir el tratamiento/brinda consejería

El 100% de las enfermeras refieren que desde el primer día establecen una relación de ayuda y comunicación con la persona con tuberculosis, les explican en qué consiste el tratamiento, beneficios del cumplimiento, riesgos de abandono, diariamente les preguntan cómo se sintieron, si presentaron alguna

reacción a los medicamentos, y les refuerzan la importancia de continuar tomando sus medicamentos, manifiestan que el cuidado es más visible, en esta estrategia porque al mes o dos meses, se ven resultados, la persona no sólo cambia de semblante sino de ánimo, y agradecen a las enfermeras, como se evidencia en los discursos que a continuación se detallan:

“Desde el primer día les explico en qué consiste el tratamiento, diariamente les refuerzo y les pregunto cómo se sienten por los malestares que dan los medicamentos y los motivo a continuar las consejerías son paulatinas, el cuidado que brinda la enfermera es más visible en esta estrategia, al mes o dos meses de tratamiento la persona cambia de semblante, de ánimo, se ven resultados, nos agradecen.”

ALICIA

“Le aconsejo diariamente a la persona para que no abandone el tratamiento, lo que me gusta de esta estrategia, es que cuando ingresa alguien, entre ellos se apoyan, están pendientes, les recomiendan que no falten, esto es una familia, paulatinamente se refuerza la consejería, el cuidado de la enfermera es más notorio en esta estrategia, el trabajo no solo es asistencial sino administrativo.”

ROSAURA

“Los animo a que cumplan con su tratamiento desde el inicio, hasta la fecha no me ha tocado alguien que esconda los medicamentos, los veo que poco a poco lo toleran bien”

ZENAIDA

La persona con tuberculosis, tiene la responsabilidad de seguir el plan de tratamiento prescrito, acordado, y a cumplir a conciencia con las instrucciones recibidas para proteger su salud y la de otras personas (Carta, Ottawa.2006).

Se les brinda consejería diariamente, para que continúen cuidándose, y asistiendo puntualmente al establecimiento de salud, a tomar su tratamiento, cuidar del cuerpo, significa, buscar asimilación creativa de todo lo que nos pueda ocurrir en la vida, asumir compromisos y trabajos, encuentros significativos y crisis existenciales, sucesos y fracasos, salud y sufrimiento (Boff, L.1999).

Los seres humanos de diferentes culturas del mundo han cuidado y siguen cuidando la mayor parte del tiempo. Sin cuidado en palabras de Leonardo Boff (1999), el ser humano deja de serlo.

Pensadores antiguos y contemporáneos como Boff (1999) indican que la esencia humana no se encuentra en la inteligencia, en la libertad o en la creatividad sino básicamente en el cuidado, porque el cuidado, es el soporte real de la inteligencia, de la libertad y de la creatividad.

Las enfermeras desempeñan un papel fundamental para que la persona progrese por las diversas etapas de la enfermedad como es la tuberculosis, de manera que recupere su autonomía y pueda cuidarse de nuevo sin ayuda.

La enfermera dedica mucho interés en la participación de la persona con tuberculosis como un miembro del equipo terapéutico, se le estimula a participar del cumplimiento de su tratamiento, y sus controles, es importante crear un clima en el que esto sea posible, debe sentirse libre para expresar sus necesidades y deseos, y sentir que se respetan sus opiniones cuando la persona con tuberculosis participa en el planeamiento de su cuidado y todo se hace, no para él, sino con él, asume mayor responsabilidad para lo que venga (Kozier-Du Gas,1974).

Durante la intervención de la enfermera, según la actitud con que brinde el cuidado; influirá en el bienestar físico-emocional de la persona, convirtiéndose en un valioso elemento para la predicción de conductas, ya que la enfermera que cuida, establece una relación profesional sostenedora de

confianza mutua, seguridad, y es capaz de comunicar sentimientos de calor humano, comprensión y aceptación (Garayar, N.2007).

La enfermera provee los cuidados, administra los tratamientos, es compañera y confidente que intenta proporcionar confort, tranquilidad, comprensión, quien escucha atentamente las vicisitudes, inquietudes y emociones de la familia y de sus familiares sobre problemas de salud y de aquella problemática que está alrededor de ella, intenta ponerse en su lugar para comprenderlo y atenderlo mucho mejor, poniendo en práctica sus conocimientos culturales, sociales, económicos, políticos, biológicos, ecológicos y sobre todo humanísticos que la enfermera debe conocer y aplicar a través de sus acciones, palabras, actitudes, destrezas y habilidades, en esta relación se debe establecer una interacción humana, cálida, positiva que genere respeto, confianza y empatía, permitiéndole conocer a la persona que ayuda, acepte y participe del cuidado que recibe y se empodere de un saber que le permita cuidarse de sí mismo (Carhuachin,Ch,2014).

C. INTERVENCIÓN DE LA FAMILIA

1. Orienta hacia el apoyo familiar.

El 100% de las enfermeras manifestaron que trabajan con los familiares de las personas con tuberculosis, porque tienden a aislarlos, rechazarlos o abandonarlos, sobre todo cuando se trata de adultos, mayores como expresan en los discursos:

“Se trabaja con la familia porque tiende a aislar a la persona (cuarto, cuchara y plato aparte), por temor a contagiarse, se les incluye en los cuidados, se les habla sobre la importancia de los medios de prevención, ventilación en el hogar, uso de mascarilla, se les explica sobre evaluación de contactos, Es importante darles bastante confianza, empatía, y no rechazarlos”.

ALICIA

“Es importante intervenir con la familia para que participe de los cuidados, porque aleja y rechaza a sus familiares con TBC, se les habla de las familiares, de las medidas preventivas”.

ROSAURA

“Se trabaja mucho con la familia, porque tienden a abandonarlos sobre todo cuando se trata de adultos mayores”.

ZENAIDA

La familia constituye el sistema de apoyo natural del individuo, es la mejor fuente de apoyo social y personal del que disponen las personas, tanto en los periodos de dependencia como en los de independencia, y es lo único que tiene continuidad en el tiempo (Ministerio de Salud, El Salvador,2005).

La persona con tuberculosis, respecto a su dignidad, tiene derecho, al cuidado de la salud, con calidad y calidez, en un ambiente digno, con apoyo moral de la familia, los amigos y de la comunidad en general (Carta, Ottawa.2006).

Así mismo la persona con TBC tiene derecho a la seguridad nutricional o alimentos suplementarios, que son necesarios, para cumplir con los requerimientos del tratamiento, reciben una canasta de alimentos (Carta Ottawa.2006).

Boff, refiere que el cuidado tiene dos significados básicos ligados entre sí: actitud de desvelo, de solicitud, y de atención para con el otro, preocupación, inquietud, porque la persona que es cuidada, se siente involucrada y afectivamente ligada al otro.

La comunicación terapéutica, es el proceso mediante el cual el profesional de enfermería establece una relación con la persona, para lograr una efectiva comunicación, es importante tener en cuenta características, tales

como: edad, sexo, nivel educativo, socioeconómico y religión, conociéndolas, se puede definir como acercarse a él, se tiene que utilizar una adecuada comunicación donde se ejerzan hábitos y destrezas, como sonreír, interpretar los gestos de la persona, satisfacer sus necesidades, crear disposición para el diálogo, ser asertivo, generar confianza, dar seguridad y brindar apoyo afectivo, entre otros (Herrera, Z. y Torres, B.2007).

La mayoría de las personas con TBC y sus familias, se adaptan adecuadamente a la nueva situación, no obstante las tensiones y reestructuraciones que exigen, son capaces de reorganizar e incluso fortalecer los lazos. La enfermera que se encuentra abordando la situación debe estar atenta a aquellas familias que se encierran en sí mismas y quedan atrapadas, llegando a asumir en exceso la responsabilidad del cuidado limitando la autonomía e independencia.

La enfermera identifica el sentir de los miembros de la familia y les solicita ayuda en las áreas de cuidados de la persona con TBC, sobre todo en las medidas de prevención, los familiares se sienten más tranquilos y están capacitados para ayudar en su recuperación.

La comunicación en el control de la tuberculosis es un proceso de interacción y dialogo entre el personal de los servicios de salud y los ciudadanos de diversos escenarios y espacios (individual, familiar y comunitario), con la finalidad de influir y lograr estilos de vida saludables (Garayar, N.2007).

D. FUNCIONES DE LA ENFERMERA RESPONSABLE DE LA ESTRATEGIA

1. Desempeña múltiples funciones

El 100% de enfermeras, refieren que, la práctica de enfermería, está dirigida al cuidado, de las experiencias de salud, del ser humano, en sus dimensiones individual, familiar y comunitario, utilizando su propio método de trabajo, a fin de solucionar problemas de salud, que no se pueden resolver por

sí mismos, ya sea por carencia de información, falta de recursos profesionales de enfermería para la Estrategia Sanitaria de Tuberculosis, como lo manifiestan las enfermeras en sus discursos:

“En esta estrategia no se considera la función administrativa que desempeña la enfermera, realiza múltiples funciones porque atiende otras estrategias, como son: Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones, de Enfermedades no Transmisibles: Diabetes, Hipertensión Arterial, Cáncer, Ceguera, de Atención Integral del Niño, Trastornos de Agudeza Visual y Ceguera en niños, Prevención y Control de las enfermedades Metaxénicas, entre otras, nuestros jefes creen que solamente se realiza función asistencial. La ESNPCT es rechazada por muchos por temor al contagio, sin la enfermera no funciona”.

ALICIA

“No sólo se hace trabajo asistencial, sino administrativo, el cual no se puede consignar en el HIS y como no se puede demostrar estadísticamente a nivel Regional y Nacional no lo consideran”.

ROSAURA

“Nuestros jefes sub-estiman el trabajo que realiza la enfermera en la estrategia de tuberculosis”.

ZENAIDA

El Sistema de Información en Salud (HIS), es una herramienta informática que se utiliza en el Registro Diario de Atención y de Otras Actividades de Consulta Externa. Permite la digitación, procesamiento, consultas y exploración de los datos por el personal de salud, tiene como objetivo mejorar los procesos de gestión clínica, asociados a la exploración de la información.

El Sistema HIS registra; atención de salud: consulta ambulatoria, actividades preventivo-promocionales: visita domiciliaria, sesiones demostrativas, talleres de salud, actividades masivas de salud: BCG, entre otros.

La reforma del Sector Salud, cuyo postulado básico, ha sido lograr la equidad así como mayores niveles de eficiencia y eficacia en la formulación de políticas, regulación, financiamiento, gestión y sobre todo mejorar la prestación de los servicios, por lo que se ha tenido que modificar el rol y funciones de enfermería, dentro de una nueva orientación de la atención de salud. Frente a esto se han generado nuevos modelos de atención de salud, dando prioridad a la salud preventiva, más que curativa.

Las enfermeras, por lo tanto, están preparadas para trabajar, dentro de espacios diferentes, en los sistemas de salud, en los que se da énfasis, a la promoción de la salud, reducción del tiempo de hospitalización, en el que hay aumento de la tecnología sofisticada, requiere desarrollar, una nueva cultura de salud, actitudes que la lleven a niveles de competencia, conocimiento y habilidades de liderazgo que le permitan participar en niveles decisorios en relación con la definición, planificación, ejecución de políticas de salud y educación.

Villalobos (1994) considera el cuidar como una vivencia única para la enfermera y persona, si quien lo proporciona entiende que cuidar significa estar inmerso en una relación personal y moral. Que el cuidar siempre lleva implícita una actitud, un modo de pensar, en relación con las intervenciones de enfermería, una forma de actuar sujeta a repercusiones profesionales y éticas, que determinan que este nunca se repita, en situaciones semejantes, o bajo presión administrativa o de limitados recursos humanos y materiales para cuidar, por eso, sustenta que es necesario saber cuidar para el cuidador (Guerrero, S, 1997).

El factor que dificulta el acercamiento de los profesionales a las personas con tuberculosis, es la limitación del recurso humano y la falta de tiempo, porque en la mayoría de las instituciones hay poco personal, al que, además,

se le asigna un gran número de atenciones y funciones. Establecer una comunicación plenamente humana entre enfermera y cliente requiere tiempo, como lo explica Jovell. Esto trae como consecuencia una inadecuada utilización terapéutica del yo, definida como la capacidad de utilizar la propia personalidad de forma consciente y con plena intención para establecer relaciones y estructurar la intervención de enfermería. Requiere introspección, comprensión de uno mismo, entendimiento de la dinámica de la conducta humana, capacidad para interpretar las aptitudes propias y la de los demás y habilidades para intervenir con eficacia en las situaciones de enfermería (Schütz y Luckmann, T.1997).

La tuberculosis requiere de una atención no sólo clínica y farmacológica, esto no es una mirada biologista, sino más bien un enfoque integral, social y cultural, y el análisis de las inequidades sociales es un punto importante en esta compleja situación. Queda demostrado que si bien es cierto el escenario que rodea a las personas con tuberculosis es de pobreza y desventaja social, es importante conocer las características de esta situación para que las intervenciones sean acertadas y pertinentes (Musayon, F; Loncharich, N y Otros, 2010).

CAPITULO V

CONSIDERACIONES

FINALES

5.1. CONSIDERACIONES FINALES

Considerando que la persona con tuberculosis, que acude a los establecimientos de salud, necesita ser escuchada por la enfermera (o), responsable de la Estrategia Sanitaria Nacional del programa de Control de Tuberculosis, esta escucha, implica estar sensible a las razones y emociones del otro; en una plena interacción comunicativa, llegando a las siguientes consideraciones:

1. La interacción de la enfermera y la persona con tuberculosis, en primer lugar se centró en la reacción emocional (mundo subjetivo) ante el diagnóstico de tuberculosis.
2. La actual Estrategia Sanitaria Nacional del Programa de Control de tuberculosis, es un programa biologista, individual y la persona con tuberculosis, no solamente debe ser atendida y cuidada por la enfermera, sino por el equipo de salud (Psicólogo, Nutricionista y Asistente Social)
3. La interacción comunicativa de la enfermera con la persona con tuberculosis estuvo basada en el dilema del rechazo a los medicamentos (mundo objetivo) por las reacciones adversas, frente al riesgo de no curarse.
4. La interacción comunicativa que se destaca entre los sujetos de la investigación está relacionada con los sentimientos de rechazo y discriminación por parte de sus familiares, desde la perspectiva de la persona con tuberculosis
5. La interacción comunicativa de la enfermera con la persona con tuberculosis es una comunicación vertical, unilateral porque está basada en contenidos y predeterminada en la norma.
6. La comunicación entre la persona con tuberculosis y enfermera se caracterizó porque esta última mantiene un modelo de educación

informativo basado en la enfermedad, tratamiento, complicaciones, abandono y la importancia de terminar el tratamiento.

7. La educación que la enfermera brinda a la persona con tuberculosis está predeterminada por la Norma del Programa de Control de Tuberculosis la que no permite acceder a los significados y creencias (mundo subjetivo y social) que tiene la persona con tuberculosis cuando recibe su tratamiento.
8. Replantear la comunicación lineal, protocolizada, predeterminada, para una comunicación más abierta basada en la necesidades reales de la persona con tuberculosis, donde la enfermera (o) le dé oportunidad para discutir sus temores y creencias, de modo que se establezcan acuerdos, y consensos multilaterales.
9. Incidir en el desarrollo de la competencia comunicativa, y replantear la propuesta del modelo educativo para la tuberculosis.
10. El clima de la comunicación estará compensado únicamente en todos los establecimientos, siempre que se cuente con el equipo de salud porque la tuberculosis es un problema multicausal.

RECOMENDACIONES

- En Relación al Cuidado de Enfermería.

- Que las enfermeras responsables de la estrategia continúen posibilitando una relación enfermera (o) persona, cálida y empática, en la que el cliente se sienta priorizado (a) por el profesional de enfermería, que está dispuesto a atenderlos en todo momento.
- Que las enfermeras, sigan brindando un cuidado, humanizado a la persona, mediante un trato cordial, afectuoso, de confianza, tranquilidad, comodidad, permitiéndole expresar sus sentimientos y emociones.
- Que la enfermera continúe posibilitando el dialogo, liderar el equipo de trabajo, cumplir con la palabra dada, acercarse, ponerse en el lugar del otro, escuchar y comunicarse con cordialidad, llamar a la persona por su nombre, respetar su intimidad y libertad de decisión.
- Que las enfermeras continúen practicando la asertividad, empatía e inteligencia emocional y que ante todo y sobre todo mantengan el foco en el respeto a la persona, a sus familiares y al proceso de tuberculosis que sufren.
- Que las enfermeras de la estrategia, sigan trabajando en la mejora de la imagen profesional de la enfermería y transmitan la mejor imagen social posible, tanto a personas con TBC, como a los familiares y a la comunidad en general.
- En cuanto se les diagnostica, a las personas tuberculosis, la enfermera debe identificar sus necesidades y/o problemas y derivarlos al psicólogo, nutricionista y asistente social, porque necesitan la intervención de estos profesionales, como parte de su tratamiento.

- Brindar cuidado de enfermería holístico a las personas con tuberculosis y a su grupo familiar basado en principios y valores morales. Impartir consejería brindándoles información oportuna, veraz y completa respecto a la prevención, diagnóstico y tratamiento.
- Favorecer la interacción reconociendo a la persona con tuberculosis como ser humano, único e integral, escuchándolo, dándole ánimo, esperanza y, respetando sus sentimientos, actitudes y valores, sin juzgarlo, y no divulgar sus problemas.
- Realizar atención directa a la persona con tuberculosis y a sus familiares, comunidad con calidad y calidez, con fines de educación, control y seguimiento, asimismo actividades de promoción sobre coinfección TB/VIH-Sida.
- Ejecutar actividades de capacitación en servicio a todo el equipo multidisciplinario con la finalidad de mantener actualizados los conocimientos de la ESPCT.
- Desarrollar capacidad de gestión local definiendo limitaciones y aplicando alternativas de solución, mantener coordinación constante con otras instituciones del sector de su área geográfica de influencia.
- Realizar visita domiciliaria a toda persona con tuberculosis, para estudio de contactos importancia del tratamiento supervisado y solicitar su participación en el cuidado del enfermo y otros motivos que hagan necesaria la visita.
- Fomentar el trabajo en equipo, promoviendo las discusiones abiertas y resolución de los problemas en forma activa, orientara la familia sobre medidas preventivas.

- Toda comunicación terapéutica debe estar orientada a la comprensión y entendimiento mutuo bajo esta premisa, la persona no debe ser coaccionada.
- **En Relación a las Autoridades de Salud.**
- Que reconozcan la labor que realizan las enfermeras (os), como parte sustancial e imprescindible del cuidado que brindan a la persona con TBC.
 - El MINSA en la hoja His debe considerar la labor que realiza la enfermera (o), en la ESNPCT, y que se sistematice el trabajo, administrativo que realiza.
 - Que se tome en cuenta la capacidad de las enfermeras de la ESNPCT, por ser el profesional fundamental en el afrontamiento de los nuevos retos del sistema de salud, dado el impacto real que tiene el cuidado enfermero, sobre las nuevas necesidades de los usuarios y de la población en general.
 - Que se reconozca el valor que tiene la enfermera responsable de la ESNPCT, por su alta cualificación, facilitando la adopción de nuevos roles y responsabilidades, que participen en la toma de decisiones, respecto a la salud de la población, en todos los ámbitos.
 - Que se implemente la ESNPCT, con enfermeras (os), exclusivos, que se les proporcione un ambiente confortable tanto para el personal de enfermería como para los beneficiarios.
- **En Relación a la Investigación.**
- Que se continúe con la realización de investigaciones, similares acerca de la interacción comunicativa de la enfermera con la persona con TBC, con la finalidad de confrontar los datos encontrados.

- Que las investigaciones dignifiquen la profesión de enfermería indagando sobre los cuidados brindados, adaptados a la práctica basada en la evidencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álamo, M. (2011). La idea de cuidado en Leonardo Boff. Universidad Autónoma de Madrid.
- Alvitez, E. (2011). Comunicación educativa del personal de enfermería en la Estrategia Sanitaria Nacional del Programa y Control de Tuberculosis. Microred Chiclayo. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. Lambayeque – Perú.
- Arce, J. (1993). Jürgen Habermas: la estructura de la acción comunicativa como recinto crítico. Madrid – España.
- Arista G. (2003). Interacción Enfermera-Paciente en el servicio de medicina del hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Tesis para optar el grado de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú.
- Arrieta, R. (2009). Jürgen Habermas y la Teoría de la Acción Comunicativa.
- Barrera, L. (2005). El cuidado del cuidador que afronta enfermedades crónicas. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia.
- Boff, L. (1999). Saber cuidar: Ética de lo Humano. Compasión por la Tierra. Editora Petropolis. Vozes.
- Bonilla C y Otros. (2006). Evaluación de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis en el Perú. Informe. Lima-Perú.
- Braga, E. (2006). Competencia em comunicacao: uma ponte entre aprendizado e ensinona enfermagem. Disponible en : <http://www.teses.usp.br/teses/disponibeis/7/7136/tde-16102006>
- Bravo, M. (2004). Comunicación Efectiva. Separata. Lima-Perú.
- Cabral, I.E. (1997). Método creativo y sensible. Una estrategia de investigación cualitativa en salud y enfermería.

- Carhuachin, Ch. (2014). Interacción del personal de enfermería-paciente y la calidad del cuidado de enfermería desde la perspectiva de los beneficiarios del Programa de Control de Tuberculosis. MINSA-Tumbes. Tesis para optar el Grado de Maestra en Salud Pública. Trujillo-Perú.
- Castillo, E; Vásquez, M. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Rev Médica. Colombia. Vol. 34 N° 3.
- Castro, M. (2007). Tanatología. La familia ante la enfermedad y la muerte. Ed. Trillas. México
- CHaiifour, J. (1994). La relación, de ayuda en enfermería. Una perspectiva holística humanista. 1° ed. Ed. SG. Editores. Barcelona. España.
- Craco, P. (2007). Ação comunicativa no cuidado á saúde da familia: encontros e desencontros entre profissionais de saúde e usuários. Disponible en: <http://www.teses.usp.br/teses/disponibeis/22/22133/tde27112007>
- Dalens, E. (2012). Factores que inducen al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis. Red de Salud Lima Norte V Rimac – San Martín – Los Olivos. Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Lima – Perú.
- De Souza, E. y otros. (2005). A interacao no cuidado: uma questao na enfermagem fundamental. Revista Enferm. Abr; 9 (1): 39-45. ed. Ed Harcourt. Brace. España.
- Espinoza, S. y Olivera, J. (2014). Nivel de autoestima, apoyo social y cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso en el paciente con tuberculosis del Centro de Salud el Progreso. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. Chimbote – Perú.
- Fawcett, J. (1995). Análisis y Evaluación de la Teorías de Enfermería: La Teoría de Watson del cuidado humano. Separata.

- Fernández, M (2016).Estrategia para la Visibilidad del Cuidado Humanizado al 2016-2021.Lima-Perú.
- Galvis, C. (2000). Experiencia del grupo cuidado. Reflexiones y Retos en El Arte y la Ciencia del Cuidado. Grupo de Cuidado, Facultad de Enfermería. U. N Colombia, Bogotá.
- Garayar, N. (2007). Relación entre el nivel de conocimientos y actitudes hacia el cuidado de los pacientes con tuberculosis en estudiantes de enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Lima – Perú.
- Gonzales, R. (2005). O tratamento supervisionado no domicílio para o controle da tuberculose no município de Ribeirao Preto, SP. Brazil: avaliação do desempenho Disponible en: <http://www.teses.usp.br/teses/disponibeis/22/22133/tde.19022003171830/21-02-2008,12288bytes>
- Grupo de Cuidado. (1997).Avances conceptuales del grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia
- Grupo de Cuidado.(2002).El arte y la ciencia del cuidado.1ª. ed. Facultad de Enfermería. Colombia.
- Guerrero, S. (1997). Buscando una forma para investigar el cuidar en El Arte y la Ciencia del Cuidado. Grupo de Cuidado, Facultad de Enfermería. Universidad. Nacional de Colombia, Bogotá.
- Habermas, J. (1999).La Teoría de la Acción Comunicativa. Separata
- Habermas, J. (2009). La razón comunicativa Temas para la Educación. (Revista Digital para profesionales de la enseñanza. Andalucía – España).
- Habermas, J.1987.Habermas y la Teoría de la Acción Comunicativa.

- Hernández, M. (2008). Ação comunicativa ao seu mundo da vida. Disponible en: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde07012008>.
- Herrera, Z y Torres, B. (2007). Adultos dependientes, hospitalizados. La transición del cuidado. Ediciones Enfermería. Vol. 25. N° 1. Medellín – Colombia.
- Huamán, M. (1999).Evolución de la Tuberculosis en el Perú. Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma. disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/rfmh_urp/vo1_n1/a_o5.htm
- Huaynates, C. (2006). Relación entre el nivel de conocimientos de tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes registrados en la Estrategia Sanitaria de Control de Tuberculosis del Centro de Salud San Luis. Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Lima – Perú
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (INEI). (2015). Un Nuevo Rostro De La Pobreza en el Perú. Nota de Prensa. Lima – Perú.
- Kozier– Du Gas. (1974). Tratado de Enfermería Practica. 2° ed. Ed. Interamericana. México
- La carta de Otawa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la promoción de la salud.(2006).Los derechos y responsabilidades del paciente con tuberculosis. Carta del paciente disponible en: <http://worldbarecouncil.org>.
- Leddy S y Pepper, J. (1989). Bases conceptuales de la enfermería profesional. 1° ed. OPS.
- Lozano, S. (1996).La Comunicación.Separata.Trujillo-Perú.
- Lozano, J y otros (2003). La Tuberculosis un problema social disponible en:

- Manrique I y Maza J. (2006). Algunos factores Biosociales y su relación con el nivel de autoestima de las personas atendidas en el Programa de Control de Tuberculosis. H.R “EGB”. Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Nuevo Chimbote – Perú.
- Marriner-Tomey, A.(1997).Modelos y Teorías de Enfermería 3ªed.Ed. Harcourt. Brace. España.
- Maurice, J Cabral, I. Santos, De Melo C. (1998). Pesquisa em Enfermagem Novas Metodologías aplicadas. Ed. Gunabara Koogan S.A Rio de Janeiro, Brasil en Sánchez, E. (2001). Conocimientos y prácticas de enfermeras y madres para el cuidado del niño escolar. Tesis para optar el Grado de Maestra en Enfermería, con mención, en la Salud de la Mujer y Niño. Trujillo – Perú.
- Medina, J. (1999).La Pedagogía del Cuidado.Ed.Laertes. España.
- Meleis. (1985).Perfil Profesional de Enfermería en Colombia. Concepto Cuidado.
- Ministerio de Salud. (2006).Construyendo Alianzas estratégicas para detener la Tuberculosis: La experiencia peruana. Lima. Perú.
- Ministerio de Salud. (2010) Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional de la Tuberculosis en el Perú. PEM-TB. Resumen Lima-Perú.
- Ministerio de Salud. (2010).Impacto socioeconómico de la tuberculosis en el Perú. Lima. Perú.
- Ministerio de Salud. (2013).Resolución Ministerial.Nº-715-2013/MINSA. Lima-Perú.
- Ministerio de Salud. (2015).Análisis de la situación epidemiológica de la tuberculosis en el Perú-Lima –Perú.

- Ministerio de Salud. (2016).Análisis de la situación epidemiológica de la tuberculosis en el Perú-Lima-Perú.
- Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. (2014).Enfermedades infecciosas, tuberculosis, diagnóstico de la tuberculosis, Guía para el equipo de Salud. N° 032ª.Ed.Argentina.
- Ministerio de Salud. Publica. (2005).Guía Técnica de Enfermería para la prevención y control de la tuberculosis. USAID. Salvador. El Salvador.
- Ministerio de Salud (1995).Actualización de la Doctrina, Normas y Procedimientos para el Control de la Tuberculosis en el Perú. Lima - Perú.
- Ministerio de Salud (2008).Situación de la Tuberculosis en el Perú. Informe de Gestión. Perú. Lima - Perú.
- Ministerio de Salud (2010).Impacto Socioeconómico de la Tuberculosis en el Perú. Lima. Perú.
- Ministerio de Salud (2015).Análisis de la Situación Epidemiológica de la tuberculosis en el Perú. Lima -Perú.
- Moreira, R y otros. (2001). A outra margem: filosofia, teorias de enfermagem e cuidado humano. Cuidado como Essencia Humana em Martin Heidegger e a Enfermagem.
- Muñoz, I. (1995).Antecedentes sobre la investigación cualitativa en enfermería. Rev. Horizonte de Enfermería,6,2,18,23.
- Musayon, F; Loncharich, N. y Otros. (2010).El rol de la enfermería en el control de la tuberculosis: una discusión desde la perspectiva de la equidad. Universidad Peruana Cayetano Heredia.Lima-Perú.
- Norma Técnica de Salud.N°104-MNSA/DGSP-V. 2013).Norma Técnica de Salud integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis.Ministerio de Salud. Lima-Perú.

- Orem,D.(1994).Normas Practicas de Enfermería.1ªed.Ediciones Pirámide. España.
-
- Paes Da Silva, M. (2006). Comunicacao Tem Remedio: A Comunicacao nas relacoes interpessoais em saude. 4ª ed. Ed. Loyola. Sao Paulo. Brasil.
- Palmero, D; Cruz, V. y Otros,(2010).Reacciones adversas a fármacos en tuberculosis multirresistente. Vol.70.Nº 05.Buenos Aires. Argentina.
- Pinto, N. (1998).Filosofía na Enfermagem: algumas reflexoes. Pelotas: UFP: Universidad Nacional de Colombia.
- Pinto, N. (2002). El cuidado, familiar del paciente con enfermedad crónica en el arte y la ciencia del cuidado. Grupo de Cuidado, Facultad de Enfermería. Colombia.
- Pinto, N. (2002).El cuidador familiar del paciente con enfermedad crónica. Grupo de Cuidado en el Arte y la Ciencia del Cuidado. Universidad Nacional de Colombia.
- Pinto, N. (2006). Intersubjetividad, Comunicación y Cuidado: Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Separata.
- Radl, R. (1998). La teoría de actuar comunicativo de Jurgen Habermas: un marco para el análisis de las condiciones socializadoras en las sociedades modernas Santiago de Compostela. España.
- Ramos, D y Aguirre. (2010). La tuberculosis un problema social. Revista Ciencias. Com. Lima – Perú.
- Rodríguez, E. (2003). Visión del Quehacer de Enfermería. Separata. Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo – Perú.
- Rogers.C (2000).Teoría de la Personalidad.Separata.Trujillo-Perú.

- Rojas, G. (2006). Actitudes de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis en el Centro de Salud “Tablada de Lurín”. Noviembre – Diciembre, 2005. Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Lima – Perú.
-
- Salas, M. (2016). Estrategias para la visibilidad del cuidado humanizado al 2021. VIII Congreso Internacional de Enfermería. Lima – Perú.
- Scherer, J. (1993). Introducción a la enfermería Médico Quirúrgica. 4° ed. Ed. Harla. México.
- Schütz, A; Luckmann, Th. (1997). La estructura del mundo de la vida. Buenos Aires, Argentina.
- Silva, G y Martínez, P. (2004). La calidad de atención interpersonal de enfermería.
Disponible en: <http://www.tone.udea.edu.co/revista/sep2001/calidad%20del%20cuidado.htm>.
- Sistema Integrado de Salud. (SIS). (2013). Ley de Presupuesto N° 29951. Separata Lima .Perú.
- Tacuri, M. (2009). Relación entre adherencia y nivel de conocimiento sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis en el C.S Primavera. El Agustino. Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Lima – Perú.
- Travelbee, J. (1971). Aspectos interpersonales de enfermería. 2ª ed. Ed. Davis. Filadelfia.
- Vega, M. (2003). Actos de habla y pragmática universal en Habermas. Revista de estudios literarios. Universidad Complutense. Madrid, España.
- Velásquez, A. (1999). Metodología de la investigación científica, Lima. Perú
- Ed. San Marcos en Morgan, Y. (2013). El existir de ser docente de

enfermería en una Universidad Pública. Tesis para optar el Grado de Doctor en Ciencias de Enfermería Chimbote – Perú.

- Venegas, B (2000). Humanización en el cuidado de salud de la mujer, en. El Arte y la Ciencia del Cuidado. Grupo de Cuidado, Facultad de Enfermería. Universidad. Nacional de Colombia, Bogotá.
- Waldow, R. (1998).Cuidado humano-o resgate necesario.Porto Alegre: Sagra Luzzato.
- Waldow, R. (2008).Cuidado: uma revisao teorica.Separata.
- Waldow, R. (2006).Cuidar: expressao humanizadora da enfermagem.Editora Vozes Petropolis.
- Wolff y otros. (1983). Curso de Enfermería Moderna 7° ed. Ed. Harla. México.

ANEXOS

DISCURSOS DE LAS PERSONAS CON TUBERCULOSIS

DISCURSO N° 01

CUANDO LE DIAGNOSTICARON TUBERCULOSIS, ¿COMO SE SINTIO UD.QUE CAMBIO EN SU VIDA.LA ENFERMERA LE BRINDO ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA?

Mi vida cambió, primero yo paraba en el gimnasio, haciendo ejercicios y todo eso, yo no sabía que estaba embarazada al comienzo pero no sé... mi abuelita tenía esta enfermedad al pulmón yo lo tengo a la pleura; entonces en el transcurso que yo iba a verla, yo estaba embarazada, estaba gestando pero no lo sabía entonces igual iba al gimnasio, hacia mi deporte hasta que mi hijito nació prematuro a las 36 semanas, nació pesando 2.850 y yo realmente cuando di a luz yo estaba pasando un embarazo de full anemia porque estaba mal, paraba más que ingresada, sudaba mucho en las noches pero no yo sabía decía bueno, será del embarazo porque me decían que era normal y ya pues... el asunto es que cuando di a luz, y cuando mi hijito nació al mes este... mi hijito ...bueno para que cumpla los dos meses; empecé a tener fiebre por las noches, sudaba, no comía, baje de peso, me dolía mucho la espalda y la pasaba mal pues no, y me fui a un montón de médicos ah me decían que me había contagiado de una influenza que estaba mal , me dieron un montón de medicamentos pero no daban con el tema del pulmón, le decía que me dolía y no! que era otra cosa, que era el tema de la garganta que por eso y no sé qué ...hasta que me fui al doctor que vio a mi abuela y ...osea ya había muerto pues no, entonces decían que el pulmón derecho no se escuchaba o sea como si estuviera tapado ahí mismo el doctor me dijo que me ponga una máscara por el tema que yo tenía a mi bebito y me dijo que me saque análisis , me saque análisis y me hicieron una (...)me aspiraron con unas agujas, horrible lo que pase y yo estaba anémica porque cuando di a luz me quede con 5 de hemoglobina entonces necesitaba sangre uff... la pase mal y ya pues de ahí que me dijeron, el doctor me vio dijo que tenía TBC y ya pues imagínate como me sentí , me sentí mal una porque tenía a mi hijito no podía estar cerca de él no , no le daba de lactar , paraba mal, lloraba todos los días encima peor me deprimí , no comía estaba bien mal , hasta que ya pues poco a poco; inclusive

cuando vine acá vine un poco rebelde, que no quería tomar las pastillas y todo lo demás , y ya después con el tiempo o sea yo estaba estudiando estaba en la pre tenía amigos y como estaba toda rara; toda pálida, todos me decían que tienes y como que me sentía mal pues no, así como que discriminada pero todo estaba en mí , porque la gente normal porque ni sabia y ya pues después con el tiempo empecé a tomar el medicamento, yo tenía miedo porque mi abuelita como les vuelvo a decir murió de esta enfermedad; porque ella no acabo el medicamento porque el páncreas se le empezó a tener una enfermedad la verdad no entiendo mucho y también por su edad del hígado y yo pensando que era mi abuela sentía que me iba a morir pero no pues , gracias a Dios no ya estoy bien, ya voy acabar...bueno si he faltado unas veces no pero ya...pero si ya lo voy acabar; no me afectado al hígado solo me han operado de la vesícula porque tenía cálculos pero ahora estoy bien y sigo con mi vida normal pues no ... me alimento igual y ya todo bien gracias a Dios ,y con la enfermera muy bien, me aconsejaba me decía... siempre me daba consejos de mi alimentación o sea siempre habido una buena comunicación, nunca ha, sido de porque, es enfermera no me habla no, súper bien.

ROSA

DISCURSO 02

CUANDO LE DIAGNOSTICARON TUBERCULOSIS ¿COMO SE SINTIO UD.QUE CAMBIO EN SU VIDA.LA ENFERMERA LE BRINDO ORIENTCION Y CONSEJERIA?

Bueno yo que puedo decir yo cuando me enteré que tenía esa enfermedad de la TBC bueno yo la tengo a la mamá; para mí era muy delicado porque yo tengo dos niños entonces para mí es... como si el contagio... yo soy más apegada a mi hijos, al abrazarlos de repente yo tenía miedo de repente solo al abrazarlos ya les estaba pasando a mis hijos entonces yo me sentía mal incluso yo venía y le dije incluso a la señorita (enfermera), señorita yo tengo el temor de ... mi familia dice que de repente yo le voy a pasar a mi hijos pero para mí era ...como que me estuvieran media discriminando pero gracias a Dios me dijo no pero quien te dice eso , eso no están grave como se dice pero

con el tiempo yo he ido asimilando las cosas y gracias a Dios ahora yo me siento bien a veces como que se me da la (depre) pero sigo con mi vida.

YAHAIRA

DISCURSO 03

CUANDO LE DIAGNOSTICARON TUBERCULOSIS ¿COMO SE SINTIO UD.QUE CAMBIO EN SU VIDA.LA ENFERMERA LE BRINDO ORIENTACION Y CONSEJERIA?.

Yo me sentí mal cuando me dijeron que tenía TBC por mis hijos que tengo tres, me sentí mal pero cuando vine acá las enfermeras me trataron bien, me aconsejaron y gracias a Dios ya me siento bien.

SOLEDAD

DISCURSO 04

CUANDO LE DIAGNOSTICARON TUBERCULOSIS ¿COMO SE SINTIO UD.QUE CAMBIO EN SU VIDA.LA ENFERMERA LE BRINDO ORIENTACION Y CONSEJERIA?.

Cuando me enteré que tenía tuberculosis me puse triste, lloraba mucho, me dijeron que ya no trabaje y dejé mi trabajo, la enfermera me dijo que...me dijo vas a sanar y que tenía que todos los días tomar pastillas, cuando tomaba pastillas me daba náuseas y ya no quería tomarlas mi hijo me decía que vaya a tomarlas y les hacía caso, ahora ya me siento mejor; antes me acompañaban mis nietas a tomar las pastillas; pero ahora vengo solito porque están estudiando.

TOMAS

DISCURSO 05

CUANDO LE DIAGNOSTICARON TUBERCULOSIS ¿COMO SE SINTIO UD.QUE CAMBIO EN SU VIDA.LA ENFERMERA LE BRINDO ORIENTACION Y CONSEJERIA?.

Bueno yo me sentía no este...vine de la selva me sentía mal, no sabía que tengo no, y estaba en Pucallpa y de ahí venia, acá ya estaba con mi medicina ya estaba con esa enfermedad y aquí venia pues ya, tengo una hija que está aquí, y venia estar conjuntamente acá con ella y salió así me mandaron de allá de Pucallpa con mi medicina acá y ahora pues estoy tomando las pastillas y me siento mejor , la enfermera me dijo que siga con mi tratamiento que tome mis pastillas y me dijo para alimentarme, comer bien a la hora todo, ella me daba más ánimos y estoy un poco mejor.

JUANITA

DISCURSO 06

CUANDO LE DIAGNOSTICARON TUBERCULOSIS, ¿COMO SE SINTIO UD.QUE CAMBIO EN SU VIDA.LAENFERMERA LE BRINDO ORIENTACION Y CONSEJERIA?.

Yo cuando me enteré que tenía TBC, en realidad fue una coincidencia conocer a la doctora me agarra en el trabajo ya que consumí una gaseosa helada pensé que me había dado bronco pulmonía y me llevaron, me comenzaron hacer muchos chequeos, también pruebas de esputo salieron negativos yo pensaba que no era eso , ya con las placas y me hicieron tomografías salió eso, en cuestión de bueno, me cambió por lo que me puso un poco más consciente de los actos que estoy haciendo , yo sé en realidad que estaba haciendo mal; con lo que es mi vida diaria , como le puedo decir como que no tomaba mucho en cuenta que son los alimentos ya que de profesión soy barman mayormente paraba todas las noches despierto y todo el día dormía no, y cuando comencé ... lo malo fue que no puedo hacer deporte , no estoy cumpliendo con mi trabajo ahorita por el momento y me ha truncado muchos proyectos que quiero hacer por el momento más que todo (que proyectos?) en

realidad comenzar a estudiar; no me lo va a truncar por lo que empiezo en Marzo estudio administración y nada eso nomas.

ERASMO

DISCURSO 07

CUANDO LE DIAGNOSTICARON TUBERCULOSIS ¿COMO SE SINTIÓ.QUE CAMBIO EN SU VIDA.LA ENFERMERA LE BRINDO ORIENTACION Y CONSEJERIA?.

Quiero decirle que esta enfermedad es... esta enfermedad empezó con mis dos hijos unos que se llama X la doctora (enfermera) lo conoce se trató acá gracias a Dios se recuperó muy bien pero lamentablemente tengo un chiquito de seis años se enfermó, se contagió, tuve que internarlo en el Hospital de Niño, lo lleve lo mandaron de acá del Regional, a mi niño le dio una TBC multisistémica prácticamente como si hubiera afectado casi todos los organismos, estuvo internado casi 7 para 8 meses, luego se trató muy bien, se curó, se recuperó, y tiene su problema que todavía sigue su tratamiento prácticamente mi hijo volvió a nacer y bueno estando al lado de mis hijos cuidándolo allá en Lima bueno yo también me enfermé de esa enfermedad, también tengo la tuberculosis por eso les digo que esta enfermedad no es un juego , los que tenemos hijos, niños pequeños a lado tratar de verlos bien no dejar contagiarlos y como la doctora (enfermera) siempre me decía... me aconsejaba que siga normal, siempre anda con tu mascarilla en tu casa si hay niños pequeños, trata de no estar muy apegados a ellos porque esta enfermedad este...no discrimina a nadie agarra a cualquiera, lamentablemente cuando es fuerte es fatal , bueno pero como le digo gracias a Dios si... estoy muy bien , bueno en mi trabajo he faltado un poco pero sigo trabajando aunque la doctora me dice que deje de trabajar porque lo que la enfermedad este... tengo que tratar de recuperarme pero como ustedes saben cuándo tienes un trabajo y una familia a quine mantener a veces el trabajo no es fácil dejarlo, bueno pero gracias a Dios, a la doctora, a ustedes gracias, y bueno mi vida está cambiando un poco bien ya no me estoy preocupando mucho que estaba viajando casi todas las semanas a veces me quedaba dos o tres meses en el hospital viendo a mi hijo, mi mujer, mi señora se quedaba prácticamente siete,

ocho meses acá sin ver a mis hijos, solo les digo cuídense, lleven sus tratamiento bien, no dejen de seguir tomando sus pastillas y de verdad cuídense y traten de terminar su tratamiento, solo eso le doy gracias a la doctora, a ustedes y a Dios primeramente.

JULIO

DISCURSO 08

CUANDO LE DIAGNOSTICARON TUBERCULOSIS ¿COMO SE SINTIO UD.QUE CAMBIO EN SU VIDA.LA ENFERMERA LE BRINDO ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA?.

Bueno yo este... yo soy madre soltera, yo tengo un solo hijo de cuatro años, yo trabajo en un restaurante, este yo de un día normal, yo trabajaba casi todos los días, al mes descansaba uno o dos veces al día, cuando un día amanecí me acababa de bañar sentí en mi seno un tumorcito entonces yo lo dejé, como trabajaba, trabajaba, pasaron dos meses, entonces yo este... cuando un día este... yo le comente a la señora, a mis amistades o sea me dijeron puede ser una grasita o algo así, entonces yo más por trabajar, yo lo veía todo trabajar porque el papá de mi hijo; muy poco me apoyaba todo, entonces cuando ya llego un día cuando fue más o menos en Julio yo levante así de la nada mi seno se había inflamado tanto, tanto que yo ya no podía dormir, descansar, cuando yo ya llegue al hospital Regional, pase por oncología, el Doctor me dijo tienes cinco tumores en los senos no solo en uno tenía en los dos senos , entonces yo este me quería morir porque la tía de mi hijo mi cuñada murió con cáncer hace dos años; tenía tumores por todo el cuerpo, primero se le murió un pulmón y de ahí el otro dejo de funcionar y murió a los seis meses ,entonces cuando yo me enteré que tenía tumores pensé que tenía cáncer, entonces para mí fue no sé... yo me iba sola a los chequeos todo, cuando yo me fui a sacar una ecografía mamaria porque me mandaron de inmediato porque tenía los senos tan inflamados, por los tumores me detectaron que tenía más o menos uno de 7x5 cm y el otro de 5x4 cm algo así o sea eran demasiados grandes, entonces el doctor también cuando me vio me dijo averíguate si tienes familiares con cáncer, sácate todas las ecografías que puedas al hígado , al riñón porque pueda ser que tengas tumores en todo el cuerpo eso es lo que me

dijeron primero ,y yo decía que voy hacer solamente me dedicaba a trabajar, para mi hijo entonces yo decía que voy hacer si yo muero; mi hijo con quien se queda, una que la familia de mi hijo con la mía no se llevan; se pelean porque me quieren quitar al bebé,, entonces yo decía que voy hacer me muero se pelean; mi hijo con quien va a quedar entonces pase todo, el doctor me mando a sacar una biopsia pero por succión con jeringa, me hincaron todos los tumores o sea era horrible hasta la anestesia llegó hasta cierto límite que no aguanté, sentí las agujas, el doctor cuando metió las agujas comenzó a salir postema cualquier cantidad todo, la única que me acompañó fue mi hermana porque yo solamente tengo una hermana de papá y mamá, mi papá falleció hasta hace ya tiempo ya, entonces mi hermana también se quedó asustada al ver que mis senos, o sea como si estuviera pudriéndose por dentro entonces así paso el tiempo, los senos comenzaron a supurar, comenzó a abrirse por un lado por otro lado por todo sitio, el seno comenzó a reventar a reventar entonces así paso el tiempo el doctor me mando para neumología para que me hagan un cultivo para descartar si tenía TBC y de ahí que yo pase por neumología el doctor me detecto que tenía TBC mamaria, la verdad que yo me sentí más feliz tener tuberculosis a tener cáncer, la verdad que yo me sentí un poco más aliviada pero si deprimida porque deje de comer, no quería ver a nadie , este... la verdad es que es horrible estar enfermo y yo peor pastillas he sido enemiga de la pastillas, a mí me daba gripe y todo, la verdad que lo dejaba ahí, no me gustaba las pastilla pero ahora yo me tomo todas las pastillas que a mí me digan; las tomo a mí, yo soy bien puntual acá tomando pastillas ,pero si... claro me deprimí también porque no trabajaba peor el papá de mi hijo en vez de apoyarme me decía no tú te lo has buscado esta enfermedad para que te dejaste contagiar que porque no te fuiste al doctor o sea comenzó más bien... hasta ultimo he tenido problemas me ha querido quitar al bebé se lo llevaba o sea ... pero para que los doctores, la licenciada Karin ahí que la tengo , bastante nos ha apoyado al menos acá con todos los pacientes hacemos actividades este... hemos hecho polladas, frejoladas, combinado, rifas, todo acá todos los pacientes nos hemos apoyado, encima he ido a las reuniones de la OATB, me he reunido con pacientes de Casma, de acá del Yugoslavo, la Florida con todos los pacientes que llegaban ahí nos hemos reunido este....cualquier cosa, yo también ahorita la licenciada me ha puesto

de secretaria, estoy en eso de las actividades vamos tener una canasta navideña que estamos organizando con casi todos los pacientes algunos ya salieron pero igual están metidos así, estoy un poco mejor, hace quince días empecé nuevamente a trabajar porque para mí el trabajo es ...yo a mí me manden lo que me manden; a trabajar, yo le digo a mi primo mándame a vender piedras; yo me voy porque yo tengo un hijo pero ahora si estoy mejor; ahorita también me he venido corre, corre, a mí la hora la verdad, en la mañana yo me levanto bien temprano dejo todo listo todas mis cosas, lavo ropa todo; me vengo a tomar mi pastillas me voy a trabajar con la misma; llego en la tarde; vuelta a mi hijo y así a las ocho de la noche yo estoy en mi cama porque llego tan cansada porque trabajo en un restaurante lo que es comida y todo y es bien pesado y ahora sí, mi bebé está más tranquila para que mi familia ,mis amistades todo me han apoyado en todo eso; si el único que me ha dado la espalda es el papá de mi hijo pero mejor que ni se aparezca.

ANDREA

DISCURSOS DE LAS ENFERMERAS

DISCURSO 1

COMO ENFERMERA ¿CUAL ES SU PERCEPCION CUANDO LE COMUNICA A LA PERSONA QUE TIENE TUBERCULOSIS. EN QUE MOMENTO LE BRINDA CONSEJERIA?.

Bueno, referente al tema que se ha venido exponiendo qué es lo que pasa o qué es lo que siente un paciente ante una situación así, cuando nosotros, como enfermeras informamos sobre su diagnóstico en ese momento, ellos mayormente siempre pregunta ¿cómo?, ¿por qué?, ¿me voy a morir?, está segura señorita, o se han equivocado, entonces eh... siempre entra en una controversia el paciente, duda de lo que es el diagnóstico seguro, tuve un paciente que dijo; a mí me ha dado por comer cosas frías, en ese momento al consumir cremolada a las 11 de la noche; comencé a expectorar sangre y fue por eso, mi familia ahora me va a rechazar, la gente me va a rechazar, no quiero que nadie sepa, son ... en ese momento los pacientes pasan por tantos conflictos en su cabeza más que todo rechazo y vergüenza , no quiero que nadie sepa, no quiero que nadie se entere lo que yo tengo; porque para ellos esa enfermedad; es una enfermedad en gente de extrema pobreza, gente que no tiene buenos hábitos, entonces cuando nosotros les empezamos a explicar; señor tiene que estar tranquilo porque esta es una enfermedad que se cura, nos puede atacar a cualquiera, nosotros les explicamos, nosotros mismos estamos infectados, en ese momentos nosotros procedemos; primero antes de explicarle de la enfermedad porque es lo primerito que hacemos, le preguntamos que saben ustedes de la tuberculosis , como piensan ustedes que se han contagiado para tener un basal , luego nosotros, bueno en mi caso de mi persona yo procedo a explicarle en que consiste el tratamiento, por qué es, eso para ellos es lo primordial, como funciona ese tratamiento, que malestares van a tener , que cuidados van a tener en el hogar y a veces van con un familiar y más que todo enfocamos al familiar, incluimos a la familia en ese momento, le explicamos porque ellos, la familia en ese momento dice señorita entonces cuarto aparte, plato aparte, cuchara aparte todo eso... cuando yo les explico el modo de contagio ahí un poco ellos se tranquilizan y dicen entonces señorita pero, y todo nos vamos a contagiar y ahí vienen lo que son las

evaluaciones de contacto , en ese momento nosotros lo que tratamos tanto con la familia como con el paciente es bastante la empatía y la confianza porque es muy importante en estos pacientitos, no rechazarlos porque es lo más común lo que nosotros hacemos por eso también ahora, como comentaban... los medios de prevención, nosotros hablamos siempre de las corrientes de aire entonces lo que nosotros hacemos con los familiares es... yo me coloco siempre a la inversa del paciente y de la familia y, les explico que esa misma técnica tienen que aplicarlo en el hogar, cuando el paciente está ahí él usa mascarilla para protegerse y la ventilación entrada y salida de aire para que los bacilos no lleguen a la persona que está sana, entonces con eso, un poco a la familia, empezamos a incluirla en lo que son los cuidados, yo coloque por eso la familia y lo que es la ventilación y la iluminación porque eso es la base para el tratamiento; la unión familiar, la comprensión de la familia y las medidas de prevención, lo que es la luz y la ventilación, lo que fomentamos en los hogares porque vamos a las casas, por ejemplo yo puse ahí que no hacemos la visita dentro de las 48 horas porque el paciente en ese momentos tiene vergüenza que vayan a su casa, que vean cómo viven entonces nosotros hacemos en el transcurso de la semana y la verdad nosotros quedamos en acuerdos, que día cree usted que nos puede recibir, previamente ya le explicamos los cuidados que deben tener en el hogar porque sea como sea, como ellos tienen vergüenza que lleguemos, entonces tratan de cumplir con las medidas y eso para nosotros es entrar y decir muy bien señor; así debe tenerlo, debe hacer esto, y reforzamos junto con lo que vemos, claro que en algunos casos vemos que no cumple, les enseñamos, le explicamos, señor tiene que abrir la ventana , porque ellos dicen no estoy mal de los pulmones tengo que cerrar porque el aire me hace año entonces ahí le explicamos porque tiene que tener una buena ventilación es por eso que elegí los dibujos de lo que es familia, comunicación y lo que ven ahí el sol y el aire lo que es muy importante para lo que es prevenir la tuberculosis.

¿En qué momento le brindas consejería?

Las consejerías según nuestro protocolo nos hable de tres tipos de consejería al inicio del tratamiento, cambio de fase, y al alta, son esos tres momentos que nosotros hacemos consejería entonces decirle que en ese momentos que el

paciente esta... le damos si una consejería pero no completa no le damos completa porque en si el tema de tuberculosis es bien amplio, y decirle que una... por ejemplo cuando hacemos el ingreso de un paciente tenerlo al paciente una hora, dos horas es cansado y aburrido aparte que el mismo paciente está ansioso que tiene que tomar ya la medicina, que quiere irse a su casa; entonces lo que nosotros hacemos, bueno en mi caso y en el puesto donde estoy en ese momento es explicarle la enfermedad, en que consiste el tratamiento, y al día siguiente que viene le seguimos reforzando en reacciones adversas porque ese es otro punto porque llega el paciente y nosotros decimos señor como se sintió con el tratamiento, que molestia tuvo porque la gran mayoría que yo he preguntado los primero días tienen dolores de cabeza, bastante malestar general, entonces bueno en mi caso al comienzo yo trabajo con eso, al inicio señores van a sentir cansancio, malestar general, dolor de cabeza que les va a ir pasando poco a poco hasta sueño les da a algunos, eso es lo que ellos me refieren la gran mayoría que he entrevistado, entonces al día siguiente seguimos y cómo le va, y cómo se siente, y qué piensa, qué cuidados está teniendo, a veces vienen con diferentes personas vamos reforzando, entonces las consejerías, son paulatinas, no puedo decir que solo una consejería le doy al momento de iniciar el tratamiento pero según protocolo nos piden tres consejerías, tres entrevistas al inicio, al cambio de fase y al alta, Puesto de Salud Satélite.

ALICIA

DISCURSO 2

COMO ENFERMERA ¿CUAL ES SU PERCEPCON CUANDO LE COMUNICA A LA PERSONA QUE TIENE TUBERCULOSIS.EN QUE MOMENTO LE BRINDA CONSEJERIA?.

Bueno, a las preguntas que nos han hecho previamente, el paciente a mi modo ver puede reaccionar de diferente manera, he tenido pacientes desde que se han sonreído desde que se les dijo: tienes la enfermedad de tuberculosis, se han reído, se ponen tristes, algunos lloran, hay diferentes maneras de reacción, tuve un caso de un joven universitario justamente le decía, le conversaba que tenía la enfermedad: ya licenciada yo ya sabía, ya le dije a toda mi familia, ya

saben hasta mis amigos que tengo tuberculosis jajaja; lo vio como si fuera algo no nuevo para él, algo común de la vida diaria, como hay otros también que he visto, cuando les he dicho en este caso paciente mujer llora, ahí en ese momento es aconsejarle que ellos no están solos, uno tienen al personal de salud a su lado, eso es lo que yo hago, personal de salud que les va a apoyar en todo lo que pueda, en todo así pase con el neumólogo, por ejemplo algunos vienen sin SIS, uno le apoya hasta sacar el SIS, tienen el apoyo del personal, apoyo del médico y aparte el apoyo de la familia, y como dice X nosotros también trabajamos con lo que es... con la familia, y la familia tiene que apoyar, al familia no puede rechazarlo, aunque también se ven muchos casos ...porque yo he percibido que la familia lo aleja, la familia sencillamente lo distancia, se sienta allá, la mamá por acá, el papa por acá y al hijo lo distancian, entonces se tiene que intervenir con la familia, hay muchos de diferente manera, en cuanto lo que es consejería, bueno yo sí, casi no coincido con X (discurso 1), yo tengo otra manera de hacerlo que es el paciente llega y yo tengo que ...oriento desde la alimentación hasta lo que es medida preventiva sí, desde la alimentación porque es cierto también X decía ellos te hacen tantas preguntas y una de ellas es cómo me sucedió, quién me contagio, entonces hay que explicarle pauta por pauta y si es cierto que nos llevamos una hora, una hora y media, dos horas en explicarle todo el procedimiento del programa porque el programa es muy amplio, la norma nos pide muchas cosas, o sea la norma pide muchas cosas, tratamos nosotros de repente... darle todos los alcances necesarios para que ellos cumplan con el tratamiento y se sientan como yo les he dicho, ellos aquí están en familia si, para mí la estrategia de TB particularmente es una familia y eso se los he dicho a ellos esto es una familia, y lo que me gusta de la estrategia es que cada paciente se apoya, ellos están pendiente si el otro viene o no vino, y por qué no vino, por qué no has venido, ven a tomar tu tratamiento, entonces si hay un ingreso nuevo ya están diciéndole no faltes, te recomendamos que no faltes, entonces es un apoyo entre ellos y eso es lo que me gusta de repente de la estrategia esto es una familia, ellos no están solos... es cierto a veces tiene vergüenza, se sienten mal pero para eso estamos nosotros para aconsejarles para hablarles que somos el apoyo, y que no hay que sentirnos mal porque la enfermedad le puede dar a cualquiera desde nosotros como personal de salud que estamos

disponible de repente a contraer esa enfermedad porque trabajamos con pacientes de TB hasta la persona más mínima o hasta la persona que más cargo tenga, la enfermedad no mide estatus social, ni económico, ni religión, ni nada por el estilo (*Discurso 1; más que todo medir nuestro cuidado porque el paciente entra tan deprimido, todo tan triste, hasta nivel nutricional tan bajo y gracias a nuestro cuidado porque realmente es nuestro cuidado sale y nos agradece y nos estiman un montón*),llegan pacientes que vienen en motos cargados si ah... por ejemplo en yugoslavo tuve un paciente de mal de POTT que es TB a la columna... entraba en camilla si, luego paso... nueve meses en silla de ruedas ...completó el año de tratamiento caminando dando pasitos como si empezara a caminar de nuevo, como si hubiera nacido recién entonces como dijo X es una satisfacción para nosotros porque en todo ese proceso del trayecto de la recuperación nosotros estamos pendiente de ellos entonces decirle bravo (palmas) lo lograste y si se puede entonces el hecho de tener TB como se les dice a ellos, no es una enfermedad que te mueras, es una enfermedad que con tratamiento y ser un paciente regular, con tu buena alimentación, llevar una alimentación adecuado, en todo ese proceso el paciente se recupera rápidamente pero mucho va a depender de él mismo de querer salir, de querer superarse día a día, y de ahí por ejemplo algunos jóvenes dicen pero no licenciada cuando empiezo a hacer ejercicio, cuando empiezo a ir al gimnasio; ellos apurados o cuando empiezo a estudiar o cuando empiezo a trabajar entonces todo eso se da en su momento al mes porque el médico le da un mes de descanso médico y luego ellos ya inician su vida y esperamos conforme norma técnica , ellos nos dicen quince días en tratamiento ya puede seguir si vida porque ya no contagia pero como muy claro decían en la unidad del CRER(Comité Regional de Evaluación de Retratamientos) o comité del CERN porque no esperamos un mes porque al mes ya se define si él es una bk + o bk- y eso es que deberíamos esperar un cultivo porque lo más certero es el cultivo no la baciloscopia pero, entonces nosotros con el bk ya le podemos dar pase a que él siga con su vida; mayormente es todo lo preventivo la consejería es cierto la norma nos dice 48 horas ya veces esperamos o como por ejemplo yo si tiendo a darle todo el paquete de una vez porque ya les estoy avisando que no pueden tomar leche con el tratamiento , no pueden comer grasa , que beneficios tienen porque aquí

le dan panteve lo que son las canastas lo que da el municipio provincial, le dan también vaso de leche entonces se le trata al menos yo trato de abarcar hasta donde yo pueda y al día siguiente ya se le vuelve a repetir se le vuelve a decir y cómo va, como dice X , los RAM, como saben a veces pasan las RAM las reacciones adversas, preguntarle cómo va, dolor de cabeza, ardor en el estómago y las variedades que hay para poder aconsejarlo al paciente y estar ahí pendientes de ellos (*discurso 1: lo importante a hora es que las cabezas también están priorizando en la estrategia porque ahorita como ustedes nos están escuchando una consejería no dura 5 minutos ahora mayormente nosotros somos multifuncionales de repente las colegas tienen bastantes pacientes tienen más turnos dentro de la estrategias pero en mi caso yo hago vacunas, hago tóxico y tb, y a veces me llega un ingreso y no puedo avanzar más tengo que ir avanzando día a día por qué, porque tengo que vacunar , me espera tóxico, entonces somos multifuncionales a pesar que tenemos ... somos multifuncionales entonces todavía la estrategia, todavía esta es la estrategia que no enfocan el quehacer de la enfermera y a veces ni nuestras mismas jefas, el desconocimiento de la estrategia, la amplitud de la estrategia que no nos entienden ellos dicen ...creen que solo es dar tratamiento y eso no es... a veces también es un poco administrativo, pero el intercambiar con el paciente... es bastante amplio no y nosotros tenemos que estar ahí, y no nos pueden comprender eso) y tienen que tenerle paciencia porque hay paciente por ejemplo que te pueden tomar el tratamiento en diez minutos y muy bien lo toleran, como hay pacientes media hora para tomar el tratamiento y tú tampoco le puedes decir sabes que tómelo y retírese, hay pacientes que ahí están sentaditos y las pastillas lo están pasando uno a uno y peor los MDR que sabemos que la cicloserina y la etionamida no es nada agradables para ellos ahí si se demoran por lo menos una hora o hora y media entonces de esa manera hay que tenerles paciencia y es cierto (*discurso 1: y tienes algunoyo he tenido un paciente en yugoslavo que se hacía que lo tomaba y lo ponía entre sus dedos y lo votaba teníamos que estar mirándolo, llegue a tener un paciente que yo decía a ver mételo en tu boca, lo miraba y así uno por uno que llego hasta molestarse conmigo “no soy una niña señorita”, no toma su medicina tengo que verte uno por uno lo metía en su boca yo le abría y le daba, entonces son cosas que nosotras pasamos con los pacientes que a veces... lo**

más trágico que nuestras propias colegas no notan por qué, por desconocimiento, el desconocimiento es lo que no hace... la magnitud de esta estrategia o nuestros propios jefes porque vienen de Huaraz y dicen pero (gestos) para ellos es fácil decir háganlo , como la mayoría del trabajo que se hace de tb aparte de hacer lo asistencial es administrativo más que todo y no hay como reportar lo administrativo en el His lamentablemente es eso, como no hay como reporte en el his ellos piensan que nosotros aquí en tb no hacemos nada ... como dicen si tienes pacientes dos, tres MDR informes trimestrales, hay que presentarle al CRER, si le tiene que suspender el inyectable hay que hacer un pequeño informe que consta de evolución, informe de enfermería , las tarjetas... y con el paciente es arduo el trabajo entonces no es fácil hacerlo nos toma tiempo es el tiempo más que todo, no hay en el his donde podamos reportarlo a nivel nacional, se puede reportar, se ve nuestro trabajo como si no hubiéramos hecho nada toda una mañana pero es mentira; si estamos trabajando pero como lo demostramos ante ellos, porque ante ellos se demuestra ante el his dicen o ante el SIS, entonces lamentablemente con que venga el paciente y está aquí mire lo que yo he notado en mis pacientes que una vez que llegan y tú le das un buen trato no se quieren ir no sé cómo lo has visto y , se sientan ahí y están que le conversan, licenciada mire tengo esto, licenciada que le parece esto, licenciada que por acá, uno escucha les responde y a veces uno no quiere decirles (gesto con las manos de irse) pero tienes, tienes documentos que hacer, tiene que avanzar con el trabajo y a veces caballero que te queda porque no lo puedes botar, esperas; conversas y a la hora que ya te dicen licenciada nos vemos ...hasta luego, comienzan avanzar con lo que tienes que avanzar entonces es darle de repente el respeto, el lugar al paciente, donde el paciente pueda llegar y sentirse cómodo y a gusto, donde el paciente encuentra una familia donde de repente necesita, tiene el apoyo de esa familia, donde él es importante , donde se sienta importante el paciente, entonces es lo más bonito y lo más gratificante es que por ejemplo para en navidad ha sido que mis pacientes me han venido y así de la nada me han traído panetón, me han traído regalo y yo les digo si yo lo he hecho porque a mí me gusta hacerlo no por recibir algo a cambio pero no licenciada ustedes se lo merece porque me ha atendido ha hecho esto, esto... pero eso es mi trabajo si yo recibo una remuneración por eso pero no

licenciada mire usted es más que una amiga y nosotros vamos a venir a ver en cualquier momento, le digo vengan a ver pero no ingresan como pacientes por si acaso porque ya no los quiero ver que regresan entonces eso es lo gratificante a veces del paciente, como dicen la calidad y la calidez que siempre nos han enseñado es lo primordial, te ganas un amigo más (discurso 1: realmente en esta estrategia se ve eso aunque no lo crean el cuidado de la enfermera se ve más en esta estrategia que en otras estrategias porque yo también que hago CRED, Vacunas no podemos, viene el niño le haces el CRED a pesar que le orientas, le aconsejes pero sigue a veces con su problema a largo plazo pero en TB no paciente 6 meses, 9 meses, un año, y eso que al mes o dos meses tu vez el resultado como cambia su semblante, su confianza, sus ánimos, hasta con nosotros se bromean cuando van ¡licenciada!!, nos cuentan sus anécdotas y nosotros también ahí bromeando con él, entonces hay esa confianza, cosa que en otras estrategias no hay, realmente la estrategia de TB es una estrategia rechazada por muchos por el temor pero realmente a nivel personal como profesión es donde más valoran a la enfermera, ni al médico, la enfermedad, creo que sin una enfermera esta estrategia no resulta), no resulta si ese día que el doctor estuvo acá; me dice porque te traen a ti; porque no me traen a mi (risas) puesto de Salud Nicolás Garatea.

ROSAURA

DISCURSO 3

COMO ENFERMERA ¿CUAL ES SUPERCEPCION CUANDO LE COMUNICA A LA PERSONA QUE TIENE TUBERCULOSIS.EN QUE MOMENTO LE BRINDA CONSEJERIA?.

El paciente reacciona de diferentes maneras , bueno en mi caso mi estrategia en el Centro de Salud Yugoslavo cuenta con 44 pacientes de ellos 8 MDR entonces ellos cuando llegan reaccionan de diferentes maneras pueden estar tristes, ansiosos, irritables también unos llegan tranquilos pero ahí nuestro apoyo de nosotras como enfermeras, actuar en estos diferentes casos un caso por ejemplo tengo una paciente psiquiátrica que sufre de anorexia y bulimia la

paciente ingreso con 37 kilos y ahora me da gusto porque está con 44 kilos, esta paciente que con el hecho de...con su mirada me decía todo que yo era la culpable prácticamente de su enfermedad , entro bien irritable , la mamá me decía que la tenga que observar varias veces porque la señora escondía el tratamiento y es una señora de 44 años pero para que; le agarró el gusto, a la señora se le orientó como dicen yo también hago el papel de ... en la primera entrevista que se le hace al paciente, cómo reacciona se le da... yo aconsejo también desde el inicio como es el tratamiento, en que consta el tratamiento, cual es sus tratamiento que va a seguir de acuerdo a su prueba de sensibilidad, con que tratamiento es que va a seguir también, que tipo de alimentación debe de consumir, luego de que programas esta persona esta beneficiado que es de la Municipalidad Provincial del Santa que es con el Panteve , luego la Municipalidad de Nuevo Chimbote que es con el vaso de leche, luego cuales son las RAM que de acuerdo con este tratamiento poco a poco va a ir tolerando , que el primer día de tomar el tratamiento tal vez puede iniciar con una cefalea , con una gastritis medicamentosa , y de acuerdo a ello ya nosotros le vamos orientando poco a poco en el seguir de los días si es que lo tolero bien o si es que se presentó alguna reacción , luego de ellos también tengo otro caso es de una señora ya de edad de 54 años la señora sufre de diabetes y tiene Parkinson esta señora prácticamente el único apoyo de los cuatro hijos que tiene, es de un hijo: porque ya las hijas mayores tienen la misma enfermedad que su madre también una de ellas ha fallecido de diabetes, las otras prácticamente están aburridas con la mamá, aquí hemos tenido que actuar hasta con la asistente social; porque prácticamente el único quien llega y la baña a su madre es el hijo, y el hijo vive en otra casa, nosotros tenemos que llevar el tratamiento, hemos actuado con la familia pero ya en las hijas se ve ese desapego hacia la mamá, porque ya prácticamente se le orienta mucho pero ya en estos casos en que la familia a veces no responde, ya pone un desinterés porque ya no...prácticamente la ven a la mamá como si fuese una carga para ellos, a la cual nosotros poco a poco les estamos haciendo cambiar esa percepción y que nos tienen que apoyar y me ha dado gusto que hoy día por ejemplo fue con su hija la mayor la cual se negaba más... ha llegado la mamá para colocarle el inyectable y poco a poco ya están tolerando a su mamá, ya le están apoyando en esto de su enfermedad, y a la señora ya con el

hecho que había caído en declive, había bajado de peso no se estaba recuperando ya la señora está recuperando su peso, esta con mejor semblante, y ahí ya estamos contando con el actuar de enfermería, como dijeron mis demás colegas que tan importante es... lamentablemente desde nuestros jefes que son la cabeza subestimen el trabajo de nosotros porque piensan que con el hecho de dar tratamiento ahí se acabó y no es, prácticamente nosotros cuando llega un paciente nuevo no me podrá creer que nos demoramos de una hora a dos horas y a veces ... en mi caso tengo más pacientes que me esperan que yo digo los lunes, miércoles y viernes son los días más difíciles porque a la vez que llegan pacientes nuevos que le tengo que dedicar tiempo me llegan los 44 pacientes para colocarles tratamiento ,son demasiados pero ahí estamos uno como no me podrán dejar mentir tenemos que dividirnos si es posible en tres, en tres, en tres, actuar de uno, ver a otro, tener tus ojos hasta en tu espalda para que no veas que se le esconden el tratamiento, gracias a Dios hasta ahorita no me ha tocado un paciente que esconda el tratamiento, los veo que si lo toleran muy bien y que sobre todo ellos saben muy bien que tiene una amiga y mi personal está presto para actuar, ellos vienen tristes, molestos pero se encuentran conmigo uno les orienta, les aconseja y para que se van con una abrazo de uno y se van contentos y afronten cada día su enfermedad que de ello hay cura y que de ello van a salir sanos, fuertes y a seguir con su vida, Centro de Salud Yugoslavo.

ZENAIDA