

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

SEDE - JAÉN



TESIS:

VIVENCIAS DE LAS PERSONAS QUE SE ATIENDEN EN LA
ESTRATEGIA SANITARIA DE CONTROL Y PREVENCIÓN DE
TUBERCULOSIS - HOSPITAL GENRAL DE JAÉN, 2013

PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADO DE ENFERMERÍA

PRESENTADO POR:

GLORIA AMELÍ DELGADO TANTALEÁN
JESÚS DEL PILAR SÁNCHEZ LLUÉN

ASESORA:

ELENA VEGA TORRES

JAÉN - CAJAMARCA

2013



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

SECCION JAEN

"Norte de la Universidad Peruana"

Fundada por Ley N° 14015 del 13 de Febrero de 1,962

Bolívar N° 1368 Plaza de Armas - Telf. 431907

JAEN - PERU

"AÑO DE LA PROMOCIÓN DE LA INDUSTRIA RESPONSABLE Y DEL COMPROMISO CLIMÁTICO"

MODALIDAD "A"

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA(O) EN ENFERMERÍA

En Jaén, siendo las 5 p.m del 22 de Abril de 2014 los integrantes del Jurado Evaluador, designados por Consejo de Facultad a propuesta de Departamento Académico de Enfermería, reunidos en el ambiente Auditorio de la Escuela de Enfermería, dan inicio a la Sustentación de Tesis, de (las-los) Bachiller en Enfermería:

1. Gloria Anneli Delgado Tantalean
2. Jesús del Pilar Sánchez Lueñ

Concluida la Sustentación de Tesis y realizadas las deliberaciones de estilo, se obtuvo el promedio final de:

1. Gloria Anneli Delgado Tantalean (18)
2. Jesús del Pilar Sánchez Lueñ (17)

Por lo tanto el Jurado acuerda la aprobación de (los) (las) mencionadas (os) Bachiller (es) en Enfermería. Encontrándose aptos (as) para la obtención del Título Profesional de Licenciada (o) en Enfermería.

[Signature]
PRESIDENTE

[Signature]
SECRETARIO(A)

[Signature]
VOCAL

[Signature]
ASESOR(A)

[Signature]
ASESOR(A)

COPYRIGHT © 2013 by

GLORIA AMELÍ DELGADO TANTALEÁN Y JESÚS DEL PILAR SÁNCHEZ
LLUÉN

Todos los derechos reservados

Entiendo que este informe de tesis será parte permanente de la colección de la biblioteca de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca. La firma abajo, autoriza el uso de este informe de tesis para cualquier lector que lo solicite. De igual manera, la posible publicación por parte de la Escuela Académico Profesional de Enfermería.

Gloria Amelí Delgado Tantaleán y Jesús del Pilar SánchezLuén

A:

Al término de esta hermosa etapa no puedo dejar de mencionar a los docentes de esta universidad, quienes fueron parte esencial en mi formación profesional.

A Dios gracias por acompañarme, darme fortaleza en los momentos difíciles y por permitir que mis sueños se hagan realidad.

A mis Padres... por su esfuerzo, preocupación y apoyo constante durante estos años, gracias por confiar en mí y darme la oportunidad de ser profesional.

Jesús del Pilar

A:

Dios, por darme el don de la vida, por todos los logros grandes y pequeños que me ha concedido alcanzar, pero sobre todo por la familia que él escogió para mí.

A mis amados padres, Ranulfo y Gotty por su abnegado sacrificio, apoyo y estímulo incondicional.

Gloria Amelí

AGRADECIMIENTO

Agradecer en primer lugar a nuestros padres que nos han dado la vida y fortaleza día a día para culminar este trabajo de investigación.

A nuestra asesora a la vez maestra y amiga Dra. Elena Vega Torres, por su paciencia, ayuda intelectual y espiritual.

Al director del Hospital General de Jaén y a la Licenciada responsable de la Estrategia Sanitaria de Tuberculosis, por el permiso concedido y su apoyo para la ejecución del proyecto.

A todas las personas que sufren de Tuberculosis, aquellos que viven aún en la sombra de la indiferencia y especialmente a los participantes del estudio, por su gentileza al proporcionarnos sus vivencias, sentimientos, experiencias, sin los cuales no hubiera sido posible alcanzar la meta.

**VIVENCIAS DE LAS PERSONAS QUE SE ATIENDEN EN LA ESTRATEGIA
SANITARIA DE CONTROL Y PREVENCIÓN DE TUBERCULOSIS -
HOSPITAL GENERAL DE JAÉN, 2013**

ÍNDICE

Ítem	Página
LISTA DE ABREVIACIONES.....	x
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT.....	xii
INTRODUCCIÓN.....	13
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO.....	16
1.1. Antecedentes.....	16
1.2. Bases Teóricas.....	17
CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO.....	24
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	34
CAPÍTULO IV: CONSIDERACIONES FINALES.....	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
ANEXOS.....	66

LISTA DE ABREVIACIONES

TBC	: Tuberculosis.
MDR	: Multidrogorresistente.
ESN- PCT	: Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis.
MINSA	: Ministerio de Salud.
DISA	: Dirección de Salud.
EMIC	: Testimonio tal como lo expresa el entrevistado.
ETIC	: Descripción que hace el investigador sobre el testimonio del entrevistado sin perder su significado.
UNC-SJ	: Universidad Nacional de Cajamarca –Sede Jaén.

RESUMEN

La presente investigación de tipo cualitativo, con abordaje descriptivo, tuvo como objetivo: Identificar, describir y analizar las vivencias de las personas que se atienden en la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de la Tuberculosis del Hospital General de Jaén. Se aplicó la entrevista a profundidad a cuatro personas de la segunda fase del tratamiento de tuberculosis que se atienden en la Estrategia. Se utilizó el análisis propuesto por Orlandi. Los resultados obtenidos incluyen tres categorías: La primera: Experimentando un estado de conmoción como producto de la Tuberculosis, con las subcategorías: sentimiento de ira, inutilidad, y de temor a la muerte; la segunda: Tomando conciencia frente a la enfermedad, con las subcategorías: sentimiento de tristeza, de culpabilidad, de soledad y la tercera: Aceptación y adaptación de la enfermedad, con las subcategorías: Autocuidado durante la enfermedad, deseo de estar sano, sentimiento de alegría, agradecimiento a Dios y al apoyo de la familia

Palabras claves: Vivencias, persona con tuberculosis.

ABSTRACT

This qualitative study, with descriptive approach, aimed to: Identify, describe and analyze the experiences of people who receive services at the Health Strategy for Control and Prevention of Tuberculosis of the General Hospital of Jaen. Depth interviews with four of the second phase of TB treatment are handled by the strategy was applied. Orlandi proposed for analyzes. The results include three categories: The first: Experiencing the person a state of shock as a result of TB, with subcategories: feelings of anger, helplessness, and fear of death, the second: Awareness of the individual against disease, with subcategories: feelings of sadness, guilt, loneliness and the third: Acceptance and adaptation of the individual to the disease, with subcategories: Self-care during illness, desire to be healthy, feeling of joy, gratitude and faith in God.

Keywords: Experiences, person with tuberculosis, Health Strategy.

INTRODUCCIÓN

Las investigadoras durante la práctica pre – profesional, en sus estudios de pregrado, han tenido la oportunidad de percibir que la atención de salud a los pacientes en la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de Tuberculosis del Hospital General de Jaén está avocada al aspecto biológico, biomédico, sin tener en cuenta el aspecto psicosocial de la persona con tuberculosis.

En la práctica cotidiana y en contacto directo con ellos se observó a pacientes tensos, nerviosos, inseguros, con dudas y que no querían que nadie se entere de su enfermedad; al interactuar con alguno de ellos acerca de su estado de salud, referían que *“no sé si me voy a curar”, “el tratamiento es muy largo, por las puras tomo tanta pastilla de repente ni me curo”, “este tratamiento toma mucho tiempo”*; cuando se les preguntó *¿Cómo es el trato en el servicio?* respondían: *“Aquí me tratan bien, me preguntan mi nombre y buscan mi taper, me entregan mis pastillas en un vasito para tomarlas ”*; respecto a *¿Cómo se sienten?* refieren: *“al inicio de la enfermedad nuestra situación es complicada, debido a que tratamos de buscar respuestas de cómo nos infectamos, pero no recibimos ninguna explicación, somos rechazados por la sociedad y terminamos aislándonos por temor a contagiar a nuestros amigos, familiares y compañeros de trabajo, incluso nos pueden despedir del trabajo”, “Sentimos miedo porque pueden reconocernos algunos vecinos y amigos, todos se van a enterar de la enfermedad que padecemos”*.

Al dialogar con la enfermera responsable de la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de Tuberculosis del Hospital General de Jaén, refiere que: *“se presenta una alta incidencia de abandonos y recaídas. Algunos pacientes abandonan el tratamiento porque les genera pérdida de tiempo debido a su largo tratamiento, otros tienden a excluirse para no demostrar sospechas de su enfermedad, por el temor a ser discriminados, negándose a aceptar la atención preventiva que le proporciona los profesionales de salud.*

El enfermero(a) dentro de sus funciones está comprometido a educar a la persona y a la familia, quienes deben recibir la formación necesaria para poder responder adecuada y funcionalmente a este nuevo desafío que le presenta la vida: El cuidado a las personas infectadas con tuberculosis.

Esta situación es preocupante para nosotras como futuras enfermeras, el saber que estas personas se sienten rechazadas por algunos de sus familiares por temor al contagio, pero sobre todo por el estigma social que rodea a la enfermedad y las condiciones de pobreza acentúan el aislamiento de los pacientes. Frecuentemente nos preguntamos: ¿Cómo disminuir su tensión o como evitar conductas negativas, prejuicios y estereotipos que deterioran la salud de estas personas?, ¿Cuáles son sus vivencias en una sociedad pre-conceptualizadora?

Estas insatisfacciones permanecían en las investigadoras que motivó a revisar los registros del Hospital General de Jaén, en el año 2012, reportándose 32 casos de tuberculosis y en el presente año hasta el mes de julio se atiende un total de 14 pacientes los que fluctúan entre las edades de 20- 56 años.

En el año 2012, en el distrito de Jaén se reportó 69 casos y en el departamento de Cajamarca 202 casos de tuberculosis¹. En los últimos años los reportes indican que, América Latina concentra del 5% al 6% de todos los casos registrados de tuberculosis; siendo el Perú el segundo país que tiene un promedio de 30 mil personas afectadas, seguido de Brasil que es uno de los países más afectados del mundo.²

La tuberculosis es considerada un problema de salud pública a nivel mundial, debido a que oprime un tercio de la población, aproximadamente 2000 millones de personas sufren esta enfermedad, no sólo causa alteraciones físicas y biológicas, sino que también influye en el aspecto social, familiar y emocional de la persona que vive a diario con esta enfermedad.³

La presente investigación intentó develar las vivencias de las personas que se atienden en la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de Tuberculosis- Hospital General de Jaén, para ello nos planteamos la siguiente interrogante ¿Cuáles son las vivencias de las personas que se atienden en la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de la Tuberculosis - Hospital General de Jaén, 2013?, teniendo como objetivos: Identificar las vivencias de las personas que se atienden en la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de la Tuberculosis; describir y analizar las vivencias de las personas que se atienden en la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de la Tuberculosis.

Esta investigación se justifica por ser trascendental, debido a que en la mayoría de los estudios en el campo de la salud sólo abordan aspectos estadísticos, dejando de lado la connotación psicológica como son las vivencias de las personas infectadas con tuberculosis; enfermedad que no sólo ocasiona alteraciones físicas y biológicas, sino que también influye en el aspecto social, económico, familiar y emocional de la persona.

Además se observa un incremento de abandonos y recaídas en los pacientes con tuberculosis, que puede producir multiresistencia a las drogas antituberculosas poniendo en riesgo la recuperación de la persona.

En ese sentido la metodología cualitativa permitirá analizar con mayor profundidad esta problemática, cuyos resultados de esta investigación ayudarán a los enfermeros y a otros profesionales de la salud a tener una visión más amplia en cuanto a la realidad en la que viven las personas con tuberculosis, y a partir de ello establecer propuestas para la prevención, promoción y mejoramiento de la calidad de vida de este grupo de personas.

Así mismo, cabe señalar que esta investigación tendrá un aporte teórico porque permitirá ampliar los conocimientos del tema y servirá de base para futuras investigaciones cualitativas de abordaje descriptivo.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

A través de la revisión bibliográfica se ubican algunas investigaciones que guardan relación con el presente estudio, tanto en el ámbito internacional como nacional.

1. 1. Antecedentes

Aedo A, Aracena C⁴, estudió, Vivenciando el fenómeno de enfermar con Tuberculosis en Chile descubrieron experiencias personales que convergen en varios puntos relacionados con el entorno social, el temor a la discriminación por tener una enfermedad infectocontagiosa y además la importancia de contar con una sólida red de apoyo familiar y social al momento de vivir esta crisis no normativa.

Por otro lado en la investigación realizada por Ladino L⁵, sobre, Creencias y prácticas sobre la tuberculosis en un grupo de pacientes y sus familiares de la ciudad de Bogotá – Colombia, concluye que existe una congruencia entre las creencias y las prácticas alrededor de la tuberculosis (TBC). Así, las creencias y las percepciones que se tejen alrededor de la enfermedad, tienen importantes implicaciones en las prácticas que el individuo realiza en su camino en busca de la curación y deben ser identificadas y reconocidas por el equipo de salud con el fin de promover una atención en salud, a partir del contexto sociocultural de las personas que viven con TBC, y mejorar la calidad de vida.

Meca S, Vegas M.⁶, estudió sobre Las concepciones, y acciones del usuario(a), afectado(a) con tuberculosis en El Hospital Sullana–Perú. Investigación de

naturaleza cualitativa, concluye que las personas identificaron sentimientos negativos tales como: Tristeza, llanto, depresión, timidez, vergüenza y un aislamiento hacia los demás por la enfermedad, afectando físicamente el organismo mostrando cansancio, debilidad y déficit en la interacción social. Es necesario brindar cuidado integral a la persona afectada por la tuberculosis, para lograr una mejor calidad de vida y un nivel de afectividad, aceptación y convivencia de las personas.

Así mismo Cruz M.⁷, investigó acerca de la percepción del paciente con tuberculosis sobre el apoyo emocional que le brinda su grupo familiar y el personal de salud en la satisfacción de sus necesidades emocionales. Lima – Perú, concluye que los sentimientos dominantes entre los pacientes al saber el diagnóstico de la tuberculosis son: Cólera, frustración, vergüenza así como de culpabilidad, debido a que surgen alteraciones en su dinámica social, familiar, laboral y educativa. La percepción que tienen los pacientes sobre la relación terapéutica que establece con el profesional de salud, en un inicio es el temor de ser ignorados, discriminados o rechazados, percepción que se va modificando a medida que transcurre el tratamiento, pues el apoyo que reciben del personal es alentador y se manifiesta con el buen trato, la paciencia, la motivación, comprensión, la confianza e incluso la educación a la familia, sintiéndose así aceptado y con necesidad de afecto.

1.2. Bases teóricas conceptuales

La presente investigación se sustenta en los conceptos de vivencias.

Díaz R⁸, señala que las vivencias son fenómenos interiores y subjetivos que transcurren en la esencia de su propio ser, que hacen referencia al estado consciente de la vida. Desde esta perspectiva, puede decirse que las vivencias pueden ser intencionales y no-intencionales.

Las vivencias intencionales se suscitan en el interior del hombre por las distintas relaciones significativas conscientes, inteligentes y espirituales que éste

establece con los objetos de la realidad. Estas se manifiestan a través de los valores y sentimientos como: la alegría o la tristeza. Así por ejemplo el obtener una buena calificación en un examen surge en el interior del hombre alegría. Por otra parte, un accidente ocurrido a un familiar hace surgir en el interior del hombre ocasiona tristeza.

Las vivencias no-intencionales no surgen en el interior del hombre propiamente por las relaciones significativas que éste establece con los objetos de la realidad, sino que son causadas, provocadas, ocasionadas psíquicamente en él; en primer lugar, por las distintas relaciones físicas que tienen entre su ser y el ambiente que lo rodea, como los cambios de temperatura, la presencia de agentes irritantes como: el ruido, la polución o los estímulos visuales; en segundo lugar, por determinadas circunstancias por las que atraviesa en algunos momentos de su vida como: el exceso de fatiga, la disminución de los momentos de reposo, padecimientos de salud, alimentación inadecuada.

Estas vivencias humanas son, en sentido estricto, inconscientes, no implican la capacidad de comprender de la inteligencia y carecen de índole espiritual, pues más bien son de naturaleza psicofísica.

Según Dilthey⁹, vivencia es la experiencia que deja una huella en la personalidad surge en relación con la capacidad vivencial de cada persona, con el umbral de la profundidad de la vivencia.

Hernández A¹⁰, señala que, la vivencia, como toda la subjetividad humana, está condicionada por la cultura, la sociedad, y las redes vinculares que se establecen en la misma; se manifiesta no solo como funciones de su vida anímica personal, sino como un fenómeno de significación y valores sociales, además de proyectarse en la vida, el aprendizaje de los significados culturales es lo que capacita al hombre para expresarse posteriormente a nivel emocional-cognitivo.

La situación política, cultural, económica y social de la época en que vive y se desenvuelve el sujeto atraviesa el entramado sistema de relaciones que él

establece con el medio, constituyendo la subjetividad, sus peculiaridades y expresiones. La vivencia implica siempre una transformación, pues lo externo, la realidad, se individualiza, siendo reestructurada y significada en función de la personalidad del individuo.

Esta idea remite a la contemplación del carácter individual de la vivencia, en tanto la personalidad, única e irrepetible, interviene en el fenómeno de manera activa, lo dota del sello personal. La vivencia es una categoría intransferible, dada sólo al protagonista que la experimenta. No permite replicaciones o imitaciones, es única y comprensible solo con la ayuda y participación de quien la experimente.

La personalidad, determinada histórico-socialmente, alcanza distintos niveles de estructuración y complejidad. Estos niveles están en estrecha relación con el nivel de desarrollo alcanzado por el individuo. La influencia que la realidad ejerce sobre el sujeto y su desarrollo depende no sólo de las relaciones que establece el individuo con el medio, también depende del nivel de comprensión, entendimiento e interpretación que haga de ese entorno y sus relaciones.

La vivencia influye en el curso del desarrollo del sujeto, propiciando la aparición de nuevas formaciones psicológicas atribuyendo a orientar y redirigir la conducta, poseen características que las hacen susceptibles de ser almacenadas en la memoria humana, tributando con ello a la conformación de la experiencia de vida acumulada del sujeto, su memoria histórica personal.

En la vivencia, el sujeto percibe una determinada situación y le asigna un valor emocional, un significado propio, un sentido. Si se separa el elemento cognitivo de la vivencia, ésta no puede fluir, no existe. Se necesita de la díada cognición-afecto para dar como resultado la vivencia, decimos que en cada vivencia, en cada una de sus manifestaciones aparece en efecto, un cierto momento intelectual. La vivencia tiene que ser vista como parte compleja que representa al todo, partes (lo cognitivo o lo afectivo) como saturadas por el todo; la unión de estas partes produce una síntesis completamente diferente a las características de

cada una de ellas por separadas, porque ambos son engranajes de un mismo proceso, el decurso de la vida psíquica que supone la presencia de los dos como constituyentes evidentemente inseparable.

Desde el punto de vista de los diferentes autores, las investigadoras plantean que las vivencias son fenómenos subjetivos que se dan en el interior del ser y se manifiestan a través de experiencias que se producen durante la vida cotidiana a través del tiempo, dejan huella en la personalidad. Estas vivencias son el resultado de la unión de lo afectivo con lo cognitivo.

Las vivencias más comunes que experimentan las personas asociadas psicológicamente al proceso de enfermar son: La regresión, la inculpación, la evasión, el desarraigo y la negación de la realidad.

La regresión es una experiencia muy frecuente en la que la persona regresa a edades cronológicas más tempranas debido al estado de dependencia que la propia enfermedad genera. Esta regresión puede ser pasiva o de entorno hospitalario; la primera se produce cuando la persona depende de los demás, y la segunda, cuando la persona se convierte en objeto de cuidados por su propio capricho. *La inculpación* se produce cuando la persona enferma se siente culpable de lo que le está sucediendo, produciendo acciones autopunitivas. *La evasión* tiene lugar cuando el enfermo se escapa de las dificultades de su vida, exagerando los síntomas de la enfermedad o minimizando los efectos del tratamiento correspondiente. *El desarraigo* hace referencia al hecho de que la persona enferma rompe toda relación con aquel medio familiar y social que le resulta desagradable. *La negación* de la realidad consiste en negar o restar importancia a la propia enfermedad, evitando de esta manera, las implicaciones en su tratamiento.¹¹

Contextualizando, en este estudio las vivencias de las personas con tuberculosis se categoriza en:

Estado de conmoción: Se denomina al conjunto de representaciones ante un hecho espontáneo, no planeado, ni buscado, que produce una reacción fisiológica, un shock emocional que se desencadena, producto de la situación que lo provocó y da por resultado una emoción.¹² Ésta es un episodio relativamente breve de cambios conductuales, autónomos y cerebrales que facilitan la respuesta a eventos internos o externos de especial significado.¹³

En el estado de conmoción se expresa la negación que sucede cuando la persona se entera de que padece una enfermedad y piensa que la situación es irreal o que el diagnóstico es erróneo. Es un mecanismo de defensa mediante el cual se auto-engaña ignorando los síntomas. Comienzan a manifestarse diversos sentimientos de ansiedad, miedo, inutilidad; los cuales disminuyen a medida que tiene lugar o que aparecen sentimientos de indignación, hostilidad, ira. La ira se produce en el momento en que es consciente de que su diagnóstico es real, entonces se vuelve una persona intolerante, irascible, reivindicativa, acusándose a sí misma y a su entorno de su situación. La negociación es el intento de la persona de asimilar el significado de la enfermedad a través de diferentes promesas que hace en un sentido religioso. Estas promesas hacen referencia al intento de cambiar, de mejorar, con el propósito de tener más tiempo de vida, menos dolor.¹¹

Toma de conciencia de la persona: Consiste en una especie de esclarecimiento que no modifica ni añade nada si no es la visibilidad de lo que está vivenciando la persona. La depresión ocurre cuando la persona es consciente de que la enfermedad tiene lugar y comienza a surgir en ella reacciones emocionales como: miedo, soledad, tristeza, silencios prolongados, además recuerdos pasados y pensamientos futuros que no se van a realizar.

Así el padecimiento de una enfermedad o incapacidad física o psicológica provoca en la persona disminución del funcionamiento biológico, físico y emocional que se manifiesta en una indiferencia hacia la reducción de la autoestima, disminución de la actividad laboral, aumento en la dependencia hacia otras personas, incremento de los sentimientos de *culpa* por lo que está pasando, disminución de las relaciones sociales, interpersonales y familiares.

Por lo tanto, se debe tener en cuenta que, en muchas ocasiones, la propia enfermedad y el estrés que se genera suponen una amenaza a la vida cotidiana de la persona, implicando sus planes presentes y futuros, por lo que tendrá que adecuarse a una nueva situación y a un nuevo ambiente físico y social.

Por este motivo, es necesario conocer cómo el enfermo se adapta a su nueva situación respondiendo a la enfermedad con los componentes cognoscitivos, afectivos y tendenciales reactivos.

La respuesta cognoscitiva de la persona enferma consiste en una interpretación del dolor, se pregunta por sus causas y consecuencias, por el sentido de su vida a partir de ese momento, qué va a poder hacer, cuánto va a afectar a su vida personal y social. El enfermo va a reaccionar a nivel afectivo-emocional ante la enfermedad, enfadándose, llorando, gritando, con ansiedad. La tendencia reactiva de una persona con una enfermedad puede oscilar desde la verbalización o el silencio de sus propias emociones y sensaciones, cumpliendo o no las indicaciones médicas, hasta la posibilidad de modificación de su estilo de vida.

En función de los recursos del enfermo y de los del medio en el que vive se puede lograr un mejor o peor resultado en el proceso de curación. Aunque no siempre es posible, se considera necesario y beneficioso para las personas con tuberculosis que aprendan ciertas estrategias de afrontamiento y mecanismos de adaptación a la enfermedad, los cuales deben ser utilizados teniendo en consideración las diferentes etapas en el desarrollo de la enfermedad.

La aceptación y adaptación: La aceptación sucede cuando el paciente una vez comprendida y asimilada su situación, aprende a vivir con la enfermedad y decide *adaptarse* de acuerdo a su medio o entorno en el que vive.¹¹

El ser humano crece y se desarrolla a través de un proceso de adaptación continuo. La adaptación hace referencia a la capacidad de la persona para enfrentarse a los cambios internos y externos del medio, manteniendo el equilibrio y potenciando el crecimiento y desarrollo personal.

Las respuestas adaptativas que cada persona desarrolla frente a una situación determinada puede ser positiva o negativa, entendiendo por respuestas adaptativas positivas aquellas que constituyen y proporcionan equilibrio personal y respuestas adaptativas negativas aquellas formas de comportamiento disfuncionales.¹⁴

CAPÍTULO II

MARCO METODOLÓGICO

Tipo y abordaje del estudio.

El presente estudio es de tipo cualitativo de abordaje descriptivo. Cualitativo porque responde a cuestiones muy particulares y se preocupa de la realidad que no puede ser cuantificada; es decir trabaja con el universo de significados, motivos, aspiraciones, creencias, valores, actitudes que corresponden a un espacio más profundo de las relaciones, de los procesos y de los fenómenos que no pueden ser reducidos a operacionalización de variables.¹⁵

Es descriptivo porque a través de la descripción exacta de los participantes permitió conocer las vivencias que experimentan las personas con TBC, mediante técnicas especializadas como el cuestionario socio demográfico y la entrevistas a profundidad para obtener respuestas a fondo¹⁶, adquiriendo datos descriptivos con el uso de su propias palabras, habladas o escritas, más que un conjunto de técnicas para recoger datos; es un modo de encarar el mundo empírico donde el investigador ve al escenario y al objeto de estudio dentro de una perspectiva holística.¹⁷

Sujetos de Investigación

Los sujetos de investigación fueron las personas que se atienden en la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de la Tuberculosis del Hospital General de Jaén. El total de personas con tuberculosis son 07, de los cuales ingresaron a ser parte de nuestra investigación sólo 04 personas, de acuerdo a la técnica de

saturación y redundancia. Se obtuvo nueva información y ésta comenzó a ser redundante.¹⁸

Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta para la selección de los sujetos que participaron en la investigación fueron: Personas con diagnóstico de tuberculosis que se encontraron en la segunda fase del tratamiento, personas de 25 a 85 años de edad atendidas en la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de la TBC del Hospital General de Jaén.

Escenario

El escenario donde se desarrolló el estudio fue en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis del Hospital General de Jaén.

El Hospital en mención, de dependencia orgánica de la Dirección de Salud (DISA) – Jaén, cuenta con un nivel de atención tipo II-1 y se encuentra ubicado en el distrito de Jaén, provincia del mismo nombre, departamento de Cajamarca. Los servicios más importantes que brinda este establecimiento de salud son: Cirugía, Medicina general, Pediatría, Neonatología, Gineco- obstetricia, Alojamiento conjunto, Emergencias, Odontología, Radiografía, Ecografías, Tomografías, consultorios de Psicología, Psiquiatría. También desarrolla Estrategias de Salud como son: Componente de Crecimiento y Desarrollo, Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones (ESNI), Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de Tuberculosis entre otros.

La Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de Tuberculosis brinda a las personas infectadas tratamiento terapéutico, psicológico, nutricional y social; así como actividades preventivas promocionales. Dentro de las políticas de salud tiene una norma técnica de control y prevención de la enfermedad en donde las personas infectadas siguen un régimen terapéutico, los pacientes de la primera fase acuden diariamente a tomar su medicamento por cuatro meses y los de la segunda fase, dos veces por semana durante dos meses; se le solicita

mensualmente el examen de baciloscopia y se les controla el peso; al término de la primera fase, se realiza control médico y visita domiciliaria para brindar orientación y consejería al paciente y familia.

La ESN- PCT cuenta con dos ambientes los cuales son pequeños y pocos ventilados, en el primer ambiente se cuenta con los insumos y materiales adecuados para el tratamiento de los pacientes y el segundo ambiente donde se brinda atención directa al paciente y se realiza la entrega de los medicamentos con la observación directa del personal de salud.

El equipo de salud de la ESN- PCT está conformado por un médico, una licenciada en enfermería y un técnico en enfermería. El horario de atención es de lunes a sábado de 7:30 a.m. a 1:30 p.m.

Contextualización

A nivel mundial la tuberculosis es considerada como un grave problema de Salud Pública, alrededor de ocho millones de individuos son diagnosticados con tuberculosis, mientras que dos millones mueren por esta enfermedad, ocupando el séptimo lugar en la clasificación mundial de causas de muerte y se estima que de no darse cambios certeros en su tratamiento y atención, esta situación podría mantenerse hasta el 2020. El 95% de las muertes por tuberculosis ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos, esta enfermedad es una de las tres causas principales de muerte en la mujeres entre los 15 y los 44 años de edad.

El padecer de tuberculosis, es definitivamente un factor de empobrecimiento, por la reducción de ingresos familiares (resultado de la disminución del rendimiento para trabajar o estudiar, que repercute en menores ingresos actuales o futuros) y la intensificación de gastos sanitarios asumidos por las familias. Es determinante, como parte de un análisis apropiado de esta enfermedad, contemplar sus efectos en el ámbito económico-social en la población afectada; actividades laborales, relaciones sociales, estado de ánimo, ingresos. Todos estos

elementos que conforman la vida cotidiana de los individuos se ven severamente alterados para las personas que adquieren tuberculosis en nuestra sociedad.

En América Latina y el Caribe existen más de 230 000 casos anuales de individuos diagnosticados con tuberculosis; sin embargo se estima que en realidad hay cerca de 400 000 casos, lo que revela un subregistro por encima del 40% de casos de tuberculosis. La rápida expansión e incremento de casos de TBC, en especial de la TBC multidrogoresistente (MDR) ha generado que se considere a la tuberculosis como una emergencia global.¹⁹

Esta enfermedad está relacionada con diferentes factores sociales, culturales, demográficos y económicos que dificultan una adecuada y homogénea respuesta nacional para contrarrestarla. El Perú es uno de los países con alta incidencia de tuberculosis, se ha establecido como prioridad el control y prevención de la tuberculosis, pero a pesar del énfasis que desde las políticas públicas se instituye para reducir los resultados aún no son los esperados.

En los últimos 15 años ha ocurrido cambios importantes en el trabajo operativo para el control eficiente de la tuberculosis, para ello fue necesario convocar a profesionales y técnicos con experiencia de campo mejorando los conocimientos y destrezas de los trabajadores de los establecimientos de salud, compromisos que permitieron activar una nueva cultura en la calidad de la atención.

El control de la tuberculosis se convirtió en una prioridad en la agenda del Gobierno, que mediante resolución Ministerial N° 01602001-SA/DM, de fecha 07 de marzo del 2001, se aprobó el instrumento normativo denominado: “*actualización de la doctrina, normas y procedimientos para el control de la tuberculosis*” con el objetivo de disminuir progresiva y sostenidamente, con niveles técnicamente aceptables la incidencia de la tuberculosis, creando en forma simultánea una nueva cultura sanitaria nacional: El Programa de Control de la Tuberculosis; y a partir del año 2006 se denomina: Estrategia Sanitaria Nacional, la que permite insertar el control de la enfermedad, en una realidad

institucional y por lo tanto, fortalecer la respuesta nacional en relación a este problema de salud pública.

Esto ha permitido que en la actualidad mejore las actividades de gestión incrementando la búsqueda de sintomáticos respiratorios y el acceso al diagnóstico y tratamiento absolutamente gratuito para todo ciudadano peruano que lo requiriera; acciones que fueron acompañadas de la conformación de equipos multidisciplinarios, una mejor articulación de los diferentes niveles de atención, el fortalecimiento del sistema de información y registro que permite el análisis de la situación y la toma de decisiones.

Sin embargo, a pesar de existir planes operativos y estrategias diseñadas en los aspectos biomédicos para tratar la enfermedad altamente contagiosa, nos encontramos con el otro lado de la realidad que vive el enfermo con tuberculosis pulmonar frotis positivo como es: deficiente atención oportuna del estado en el aspecto psicológico, emocional y el desconocimiento de una red social suficientemente amplia que cumpla con las funciones de soporte social durante el tratamiento antituberculoso que recibirá el enfermo.

Según el análisis realizado por el Ministerio de Salud (MINSA), la enfermedad suele generar, tanto en el paciente como en la familia, alteraciones negativas en una o más esferas de su vida cotidiana: en lo familiar, la separación física de los miembros; laboral, dejar de trabajar o cambiar de trabajo; en lo social, la reducción de sus redes sociales; educativa al disminuir el rendimiento escolar o dejar de estudiar; psicológico, el sentimiento de vergüenza y culpa. Todo ello generados por la estigmatización en los diferentes espacios de socialización de la persona. El mayor o menor impacto de estas alteraciones, la influye en el éxito o no del tratamiento de la enfermedad del paciente y la salud de la familia.²⁰

Esta enfermedad afecta a la población económicamente activa, siendo los grupos de edad más afectados, los comprendidos entre los 20 y 54 años de edad, en el presente año se han incrementado el número de pacientes adolescentes y adultos mayores, quienes representan alrededor de la tercera parte del total de casos.

En Cajamarca, existen factores determinantes sociales, como: pobreza, analfabetismo, inequidad, constante movimiento migratorio a zonas de costa con mayor incidencia, en los últimos años migración de la zona rural a la urbana, urbano marginal y muchos de ellos viven en condiciones de hacinamiento.²¹

En los últimos años las actividades de la Estrategia se han debilitado especialmente en la Sub Región de Jaén y Cutervo, debido al mínimo presupuesto para el desarrollo de las actividades programadas, lo que impidió realizar reuniones de evaluación, supervisión y monitoreo, para detectar oportunamente las debilidades y aplicación de medidas correctivas.²²

Instrumentos de recolección de datos:

Los instrumentos que se aplicaron en el estudio fueron cuestionario y guía de entrevista a profundidad, tal como se detallan a continuación:

Cuestionario sociodemográfico, Rodríguez, afirma que la aplicación del cuestionario ofrece una visión panorámica del contexto a estudiar.²³

En el estudio se les aplicó el cuestionario sociodemográficos (Anexo N° 02) a los cuatro participantes, como una forma de conocer mejor a los sujetos de estudio a partir de su caracterización.

Guía de entrevista a profundidad, pasó a ser el principal instrumento y a través de ella fue posible obtener información más completa y profunda, debido a que admitía una extensa indagación a través de las preguntas abiertas, ello permitió obtener una información más completa acerca de las vivencias de las personas con tuberculosis.

La guía contiene preguntas exploratorias que permiten al informante expresar libremente sobre los tópicos de interés a través de tres preguntas orientadoras, en cuatro sesiones, que se detalla a continuación: *¿Cómo ha sido su experiencia al sufrir de tuberculosis?*, *¿Qué sentimientos le genera a usted convivir con esta*

enfermedad?, ¿Cómo afecta la enfermedad en su vida personal?(Anexo 03) teniendo en cuenta la disponibilidad de tiempo del sujeto de investigación, la entrevista tuvo una duración de veinte minutos y fue grabada en medio magnético (Grabadora digital), con el consentimiento del entrevistado, se desarrolló normalmente en el ambiente de la ESN-PCT.

Dicha entrevista inicialmente se aplicó en una muestra piloto, surgiendo durante el transcurso de la conversación nuevas preguntas lo que favoreció a la validación del instrumento de investigación y profundización al objeto de estudio. Se consideraron tres interrogantes siendo modificada la primera de ellas para lograr el acercamiento al objeto de estudio.

Concluida la validación del instrumento se procedió a su aplicación en el escenario de investigación, proporcionándonos un acercamiento a sucesos personales no observables directamente.

Para aplicar el instrumento se solicitó el permiso al director del Hospital General de Jaén por medio de la directora de La Escuela Académico Profesional de Enfermería con la finalidad de obtener la autorización para ejecutar el trabajo de investigación, posteriormente al responsable de la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de Tuberculosis, luego a las personas con diagnóstico TBC de segunda fase, para conocer directamente sus vivencias frente a la enfermedad. Previo a esto se les explicó a los participantes los objetivos del estudio y se obtuvo el consentimiento informado.

El instrumento permitió captar las vivencias a través del relato por cada uno de los pacientes que viven con esta enfermedad, sintiendo libertad de expresar y narrar su testimonio.²⁴

Procesamiento y análisis de la información:

Se utilizó la técnica del análisis del discurso, propuesto por Orlandi, que tiene como base los momentos de la trayectoria descriptiva: En este primer punto se

describe de manera textual lo expresado por los participantes del estudio durante la entrevista. Los datos corresponden a la descripción de las vivencias de las personas con tuberculosis dando especial atención a cómo la persona devela el fenómeno vivido, se identificaron los temas de importancia para el informante, se rescató el modo de expresarse y el lenguaje utilizado, de aquí se obtuvieron las unidades de significado, las cuales expresan la esencia del fenómeno que se pretende describir y por lo tanto serán la base para establecer patrones en los datos.²⁵

Las entrevistas en un inicio fueron transcritas tal y como lo expresaron los sujetos participantes texto EMIC, reproducidas de tal forma que los lectores puedan comprender con mayor claridad lo manifestado por los informantes, luego se transcribió el texto ETIC, sin perder la esencia del mensaje. Posteriormente se revisó, ordenó, clasificó y codificó los discursos, para luego realizar un análisis profundo de lo que quiso decir el entrevistado.²⁶

La técnica del análisis del discurso, consideró tres etapas distintas y son:

1. Lectura y recorte del texto (identificación de fragmentos en el mensaje): en esta etapa, la unidad del cuerpo de datos puede corresponder a una entrevista u otro documento y las unidades de contexto son fragmentos resultantes de recortes en la base textual.
2. Identificación de los elementos presentes en la base textual y su codificación en temas: Para proceder a la búsqueda de los elementos existentes en cada texto, sus fragmentos deben ser leídos atentamente para identificar los temas en ellos expresados a través de palabras claves o expresiones significativas.
3. Tratamiento de resultados e interpretación (Categorías).

El presente trabajo tiene como sujetos de investigación a las personas infectadas con tuberculosis, por lo tanto se tuvo en cuenta el rigor científico y los criterios éticos

Rigor científico:

- ***Credibilidad o valor de verdad:***

La credibilidad, se hizo referencia al valor de la verdad de las versiones obtenidas durante las entrevistas, considerándose el chequeo con los informantes, tratando de contrastar la versión de las investigadoras de lo que han creído detectar con las opiniones de los sujetos de la investigación; así como de los resultados que emergieron del estudio. La pieza clave en la calidad de la investigación se encuentra en el modo en que es narrada y en las evidencias que se presentan para apoyar su autenticidad. A través del informe de investigación se demostró la veracidad de los argumentos.

- ***Transferencia o aplicabilidad:***

Consiste en la posibilidad de transferir los resultados de la investigación a otros contextos; por lo que se ofrece una descripción densa que permita al lector manejar la información necesaria y suficiente que facilite establecer comparaciones y transferir dichos resultados. La generalización no es posible dado al carácter único e irrepetible de los contextos, conductas y fenómenos que se estudian, sí que cabe la posibilidad de algún tipo de transferencia entre contextos, dependiendo del grado de similitud entre los mismos.

- ***Confirmación:***

En la medida que se expone de forma clara y precisa los resultados del trabajo así como las vías utilizadas para lograrlo, se deja garantizada la fiabilidad externa o confirmabilidad. De esta manera a través de un análisis de los datos aportados en el cuerpo teórico del trabajo y en los anexos del mismo, dichos resultados pueden ser trasladados y ajustados a otros contextos concretos. En tal sentido, la negociación sistemática entre todos los investigadores va generando fiabilidad dejando todo clarificado en cada caso oportuno.²⁷

Criterios éticos:

- ***El respeto y la privacidad:*** La persona con tuberculosis tuvo derecho a ser informada para tomar su propia decisión. Se mantuvo este principio durante todas las etapas de la investigación para que los resultados sean los más adecuados.
- ***Consentimiento informado:*** Documento importante tanto para el investigador como para el informante clave, pues en él se estableció que la persona participe voluntariamente y que conozca sus derechos.
- ***El anonimato:*** Se conservó sobre el anonimato establecido, de forma tal, que no pueda identificarse a los titulares, salvo que estos hayan dado su consentimiento para la publicación, aspecto que habitualmente no se contempla.
- ***Principio de justicia:*** A todos los participantes del estudio se les brindó un trato justo, sin importar la edad, sexo o estado socioeconómico, se respetó sus derechos y sus opiniones.²⁸

CAPITULO III

RESULTADOS

3.1. Perfil general de los participantes del estudio

Cuadro 1. Perfil general de las personas con diagnóstico de tuberculosis.

Pseudónimo	Edad	Sexo	Ocupación	Estado civil	Grado de instrucción	N° de personas que viven con el ud.	Tratamiento			Antecedentes familiares sobre la tbc
							Tiempo de tratamiento	Abandono	Recaída	
Lalo	54	M	Comerciante	Divorciado	Primaria	4	6 Meses	Si	Si	No
Mateo	58	M	Construcción	Soltero	Superior	6	5 Meses	No	No	Mamá
Pablo	25	M	Detective privado	Soltero	Superior	6	5 Meses	No	No	No
Justo	82	M	Sin ocupación	Casado	Primaria completa	2	5 Meses	No	No	No

Según el cuadro 1. En su totalidad las personas entrevistadas viven en la jurisdicción del distrito de Jaén, oscilan entre las edades de 25 y 82 años de edad, en su mayoría son de sexo masculino; grado de instrucción primaria incompleta a superior; en sus domicilios habitan de dos a seis personas; todos se encuentran en la II fase de tratamiento; en su mayoría no presentaron abandono ni recaídas.

A continuación se describe ciertas características sociodemográficas de los participantes en el estudio:

Lalo, de 54 años de edad, con grado de instrucción primaria incompleta, estado civil divorciado, con seis meses de tratamiento, abandonó el tratamiento al ver su mejoría, meses después tuvo recaída, empeoró su salud y decide continuar con el tratamiento.

Mateo, de 58 años de edad, con grado de instrucción superior, estado civil soltero, con 5 meses de tratamiento, refiere que por primera vez padece la enfermedad de tuberculosis, entre sus antecedentes su madre también tuvo esa enfermedad, hace 4 años falleció.

Pablo, de 25 años de edad, con grado de instrucción superior, estado civil soltero, con 5 meses de tratamiento, por primera vez adquiere la enfermedad repercutiendo en su estado laboral. Al enterarse del diagnóstico de tuberculosis se deprimió y quería quitarse la vida.

Justo, de 82 años de edad, con grado de instrucción primaria completa, estado civil casado, por primera vez se enfermó de tuberculosis con cinco meses de tratamiento y al conocer su diagnóstico señala que Dios le dio la vida y él sabrá hasta cuándo terminará su existencia.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

A continuación se presentan los resultados obtenidos del análisis de los textos transcritos de las entrevistas individuales, previo a la codificación e interpretación; con el fin de aprovechar los datos se han ordenado los hallazgos según las categorías propuestas para el análisis y dentro de ellas las sub-categorías específicas surgidas durante el proceso de codificación que han resultado más relevantes para la presente investigación:

PRIMERA CATEGORÍA: EXPERIMENTANDO UN ESTADO DE CONMOCIÓN COMO PRODUCTO DE LA TUBERCULOSIS

Esta primera categoría agrupa a las declaraciones que centran el momento del estado de conmoción de la persona con diagnóstico de tuberculosis y a partir de allí, la persona experimenta en su interior sentimientos que genera producto de la enfermedad al percibir el impacto emocional que les conduce al vacío reflejado en el alma, vivencias no intencionales que marcan de una u otra forma su personalidad.

Según Hallan, indica que frente a un diagnóstico de esta naturaleza, la primera reacción de la persona afectada es de una reacción dramática, con una fuerte carga emocional, por los sentimientos encontrados y por el aislamiento social.²⁹

Asimismo Hardwing Schuneamann, afirma que ante un estado de conmoción producto de un diagnóstico da lugar a la perturbación del sentimiento de seguridad y a la defraudación de la confianza de sí mismo. Esto significa que en el momento de mayor

tristeza, el estado emocional convierte a los sentimientos potencialmente violentos o destructivos.³⁰

De esta categoría surgen tres subcategorías que develan el estado de conmoción que se manifiesta por la negación de las personas con tuberculosis como: Sentimiento de inutilidad, sentimiento de ira y temor a la muerte; las que a continuación se detallan:

1.1. Sentimiento de inutilidad

Según las autoras, este sentimiento que genera la enfermedad produce cambios en la vida personal y en la dinámica familiar del enfermo, enfrentándose a una situación nueva que va a suponer una pérdida de independencia personal, por un lado, el tratamiento que genera una insatisfacción por el nuevo estilo de vida y por otra parte la dependencia de la familia ocasionando un sentimiento de carga al necesitar ayuda para un desenvolvimiento normal en su vida cotidiana. No es fácil tener la tuberculosis y un trabajo a la vez; para ellos, les genera incomodidad el tener que dejar de trabajar o se han visto en la necesidad de escoger entre el trabajo y el tratamiento por parte de la familia quien se preocupa por la pronta recuperación.

Las personas con tuberculosis son vistas como fuente de contagio, sufren incomodidad frente al rechazo de las personas e incapacidad para realizar sus actividades cotidianas y laborales, muchas se ven obligadas a dejar su trabajo o son despedidos sintiéndose inútiles como personas, por ser en su mayoría el sustento de sus hogares, como se manifiesta en el siguiente testimonio:

“La enfermedad me afectó mucho, al inicio fue incómodo porque uno tiene que buscar trabajo por la necesidad de tener que alimentarme y vestirme, la gente te ve como alguien inútil que no sirves para nada, te tienen asco y no se acercan por temor al contagio”. (Lalo)

“Dejé de trabajar porque mi familia no me lo permitió, me desempeñaba como detective privado y por esta enfermedad dejé el trabajo por largo tiempo...Es incómodo porque dejas de hacer algo que te gusta... ¡me afectó! me sentí inútil al enterarme que tenía esta enfermedad”. (Pablo).

Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) la alimentación, el alojamiento y el trabajo son pilares básicos de salud, porque ésta se mantiene y se pierde ahí donde la población vive y trabaja. Estos tres pilares son la expresión del factor económico. El problema económico viene dado por no poder seguir desempeñando su actividad laboral. Todo esto lleva consigo a la búsqueda de alternativas con prestaciones económicas de menor cuantía no pudiendo mantener el nivel de ingresos y generando la aparición de una serie de desequilibrios personales y familiares, sobre todo cuando los miembros de la familia son menores de edad o están estudiando no tienen la calificación y preparación suficiente para desarrollar una actividad laboral, añadiéndose la dificultad actual de encontrar empleo.³¹

1.2. Sentimiento de ira.

La ira es una emoción normal y generalmente sana. Pero cuando está fuera de control y se vuelve destructiva, puede conducir a diversos problemas como los laborales, en las relaciones personales y en la calidad de vida de una persona. La ira a menudo surge cuando las expectativas de un individuo no se cumplen, las cuales pueden estar relacionadas a uno mismo o un acontecimiento vital;³² como la situación de abandono por la que atraviesan las personas con tuberculosis, expresándolo a través de sus discursos:

“Yo estaba sensible... al principio cuando me entere de la enfermedad, tenía cólera porque separaron mis servicios: la cuchara, los platos y la taza, luego los lavaban y guardaban... yo me sentía mal... les decía: No se preocupen por mí, no creo que sea tan pegadiza mi enfermedad (...) Ahí renegué con Dios, decía porque a mí esta enfermedad, yo pensaba todos me tienen asco...renegaba contra mi vida, decía más bien que Dios me hubiera recogido...” (Justo).

“Nunca en mi vida he tenido esta enfermedad de la tuberculosis, tenía cólera, rabia que quería quitarme la vida, prácticamente estaba al borde de la desgracia, ya no quería saber nada... Además como mi papá vende cajones, me dije; yo ya tengo asegurado mi cajón, quería morir porque no le encontraba sentido a la vida, me deprimí bastante, me

encerré en mi cuarto dos semanas no quería hablar con nadie... me quería morir”
(Pablo).

Según Rivero R., el deseo de morir representa la inconformidad e insatisfacción de la persona con su modo de vivir en el momento presente. Esta insatisfacción se manifiesta por la ira que tiene la persona cuando está fuera de control como: *“la vida no merece la pena vivirla”, “lo que quisiera es morirme”, “para vivir con esta enfermedad, lo mejor es estar muerto”*.... En estas circunstancias la persona siente un dolor emocional insoportable, se siente desesperada, piensa que nada va a cambiar, que no tiene el apoyo de nadie y la única salida que encuentra a este sufrimiento es la muerte.

Sin embargo, la persona que está padeciendo esta angustia no quiere morir, lo que realmente quiere es dejar de sufrir, pero su estado mental le impide pensar en otras soluciones. En esos momentos la memoria se vuelve selectiva y la persona sólo se centra en los aspectos negativos de su vida sin ser capaz de tener en cuenta los positivos,³³ como se presentó en algunos de los declarantes.

Así mismo las investigadoras manifiestan que el deseo de morir surge por la ira que sienten las personas, es decir, es una respuesta emocional normal ante amenazas, frustraciones y acontecimientos dolorosos que expresan las personas que tienen diagnóstico de tuberculosis. El tener que adaptarse a situaciones diferentes o cambios en su estilo de vida como el tener que aprender a vivir en el entorno familiar y social, como por ejemplo: El compartir la mesa familiar, los utensilios tener que ser separados, los dormitorios no tienen que ser compartidos para prevenir la enfermedad; pero muchas veces estas personas no ven de esta manera sino piensan que están siendo discriminados o marginados por parte de la familia y la sociedad.

Al padecer de esta enfermedad las personas sufren un daño emocional demostrándose sensibles y débiles, al encontrarse solos frente a la enfermedad surgen pensamientos negativos de ira como: *¿por qué a mí? mi vida ya no será igual, no tiene sentido seguir viviendo con esta enfermedad...* Se sienten inútiles al desempeñar una labor por el temor a contagiar a los suyos, estos pensamientos de ira se dan por el temor a perder

relaciones personales y familiares como alejarse o perder a seres queridos que han amado durante su vida, tal como lo expresa la siguiente persona:

“¡Qué cólera! Por la enfermedad tuve que terminar con mi enamorada, no quería que ella se enterara que tenía la tuberculosis y no me tuviera lastima...” Pablo

Es por eso que teniendo un acumulo de sensaciones negativas la persona desencadena una expresión de salida al problema pero de este modo de una forma negativa porque se encuentran frente a la desesperación y la angustia.

1.3. Sentimiento de temor a la muerte

Para las personas que sufren de tuberculosis es un gran temor pensar en la muerte, sienten angustia e incertidumbre al preguntarse si sanarán o no, sobre todo en aquellas que son adultos mayores, mencionan que no tienen las fuerzas para luchar con esta enfermedad tan agresiva. El problema de la muerte exige una mente no sólo racional, lógica, sensata, sino que también sea capaz de mirar directamente el hecho, de ver el fenómeno como es y no sentirse abrumado, debido a que la muerte es un evento futuro e incierto que llegará, para nuestra tranquilidad no sabremos cómo ni cuándo. Se evidencia en la siguiente declaración:

“Cuando me daba fiebre no podía ni pararme, tenía miedo a la muerte porque a la edad (82 años) que tengo, decía que con esta enfermedad ya no me podre sanar, porque ni la medicina me va a curar y me tendré que ir de este mundo” llora... (Justo)

Según Pérez J. El temor a la muerte a lo largo de la historia ha sido contemplado en todas sus facetas, convirtiéndose en tema de reflexión personal con variadas consecuencias sociológicas recogidas por las leyes de todo tiempo y de todos los grupos humanos. Suscita, junto con la enfermedad y el sufrimiento, sentimientos de malestar y de rechazo.

La experiencia de morir, de vivir, es intransmisible. Hablamos de ella cuando es algo futuro, sin haberla experimentado. Escapa a los intentos de comprensión racional y se siente como un reto a la condición humana. La vida es un proceso continuo con

principio y fin, pero los seres singulares dejan de existir. Muerte y vida son inseparables.

Las corrientes filosóficas y literarias de corte existencialista postulan que la angustia surge del hecho de la muerte, pero la experiencia nos muestra que los pensamientos y sentimientos del moribundo no son necesarios de angustia ni de ansiedad aunque muchas veces el hombre ante la muerte experimente la conciencia de su transitoriedad, el tiempo de su propia disolución, una amenaza personal de extinción.

A casi todos nos atemoriza la muerte y tratamos de escapar de ese temor, buscando explicaciones a la misma o aferrándonos a diversas creencias, racionales o irracionales, fabricadas asimismo por el pensamiento.³⁴

SEGUNDA CATEGORÍA: TOMANDO CONCIENCIA FRENTE A LA ENFERMEDAD

Después que la persona recibe el diagnóstico positivo de tuberculosis, se enfrenta a una nueva realidad desde la perspectiva de la enfermedad en un ambiente familiar, social, económico y laboral, de ahí la persona toma conciencia del problema de salud que padece y tiene que solucionar para sanarse, además necesita del apoyo de familiares cercanos para el cumplimiento del tratamiento y su pronta recuperación. Esta vivencia le conduce a experiencias que marcan su personalidad de una manera positiva o negativa conduciendo a la recuperación o al fracaso de la enfermedad.

Según Gershenson, la toma de conciencia sólo consiste en una especie de esclarecimiento real donde la realidad no es modificada. Es decir el ser humano es consciente de observar los hechos tal y cómo se le presente. Este autor considera los postulados de Freud, donde compara la conciencia como un órgano interno de los sentidos, incidiendo que la sensación se limita a recibir una materia exterior sin ser susceptible a transformarla.³⁵

Las investigadoras señalan mientras más permanezca el paciente infectado con tuberculosis en su actitud de negación o más demore la asimilación de la realidad observable será más lenta la toma de conciencia.

De esa categoría surgen cuatro subcategorías que devela el secreto del alma de la conciencia al conocer su realidad.

2.1. Sentimiento de tristeza

La Red de Salud Mental (RSM) señala que la sensación de sentirse triste, decaído emocionalmente y perder interés en las cosas que antes disfrutaba es lo que se llama depresión, que va progresando cada día afectando los pensamientos, sentimientos, salud física y su forma de comportarse. La depresión no es culpa de la persona que la padece, como tampoco es una debilidad de la personalidad. Es una enfermedad médica-psicológica que es muy frecuente y puede afectar a cualquier persona.³⁶

El término tristeza es utilizado para designar a una de las sensaciones o emociones más típicas y básicas del ser humano; la cual se caracteriza por generar sentimientos de desazón, angustia, preocupación y pérdida de energía o de voluntad; es generada por diferentes tipos de situaciones y normalmente el modo en que cada individuo se ve afectado por cada situación es muy particular; mientras una situación puede generar gran sentimiento de tristeza en alguien, puede no tener el mismo efecto en otra persona. Es un estado afectivo provocado por un decaimiento de la moral; es la expresión del dolor afectivo mediante el llanto, el rostro abatido, la falta de apetito³⁷. El llanto es una reacción casi instantánea ante una situación de pérdida, dolor o insatisfacción³⁸, como es la situación de las personas que tienen diagnóstico de tuberculosis, tal como se evidencia en los siguientes discursos:

(La TBC) es una enfermedad que no se cura fácil... no se cura rápido... Son 6 meses de tratamiento, me sentía preocupado, triste porque uno piensa que no se va a curar, que se va a morir y es penoso morir con esta enfermedad. A uno le falta aire y se asfixia... siempre lloraba solito en mi cuarto. (Lalo)

“Durante los primeros meses, me sentí deprimido, decía por qué a mí?, de nuevo recaer... Me sentí culpable de haber hecho tanto desarreglo y no haberme cuidado, era incómodo para mí seguir el tratamiento porque era todos los días. (Lalo)

“Recuerdo que... cuando me enteré de mi enfermedad estaba en Lima y me empeoré, ya no podía caminar, mis piernas se doblaban y ya no podía pararme, y pensaba: Si Dios me ha dejado hasta esta edad, son 82 años ya, es su voluntad, de verdad no pensé vivir tantos años...” Lloro... (Justo)

Como investigadoras observamos que las personas con tuberculosis tienen mayor tendencia a manifestar tristeza y depresión debido a que cambian totalmente sus vidas: El aislamiento con su entorno, el abandono de sus actividades laborales, el tiempo largo y continuo del tratamiento, y sobre todo el sufrimiento físico que causa esta enfermedad en los familiares. En los pacientes a menudo surgen sentimientos de tristeza y de dolor al ver que son rechazados por sus amistades, familiares y personal de salud. También manifiestan sentimientos de incomodidad por tener que ser aislados al momento de recibir el tratamiento como medidas de bioseguridad para evitar la transmisión de la enfermedad. Sumado a esto en los testimonios señalan cómo el núcleo familiar se ve afectado por el auto aislamiento y auto estigmatización del paciente.

2.2. Sentimiento de culpa

Según Fernández V, señala que la culpa surge ante una falta que hemos cometido. Su función es hacer consciente al sujeto que ha hecho algo mal para facilitar los intentos de reparación. Su origen tiene que ver con el desarrollo de la conciencia moral, que se inicia en nuestra infancia y que se ve influida por nuestras diferencias individuales.

Existen personas que confunden esta emoción con la vergüenza, incrementando su malestar emocional, ya que al mezclar ambos sentimientos se retroalimentan entre sí. Mientras que la culpa aparece ante el dolor por el daño causado, la vergüenza se experimenta cuando se percibe una falta de una habilidad o capacidad que se presumía que deberíamos tener,³⁹ tal como se muestra a continuación:

(...) yo había estado por Moyobamba e hice desarreglos, vine acá (Jaén) con esa enfermedad a incomodar, me sentía un poco mal...me quería regresar, pero como mi familia siempre ha estado al tanto de mí, me han apoyado y es por eso que me quedé. (Lalo)

Durante los primeros meses, me sentí bastante deprimido, muy mal, decir: por qué a mí, recaer de nuevo... Me sentí culpable de haber hecho tanto desarreglo y no haberme cuidado, era incómodo para mí (seguir el tratamiento) porque era todos los días. (Lalo)

Muchos autores coinciden en definir la culpa como un afecto doloroso que surge de la creencia o sensación de haber traspasado las normas éticas personales o sociales especialmente si se ha perjudicado a alguien en este caso a la familia.

Para las investigadoras el sentimiento de culpa es considerado como una emoción negativa que, si bien a nadie le gusta experimentar esta enfermedad que, influye negativamente en el bienestar de la persona de modo que las personas que padecen de tuberculosis tienden a auto culpabilizarse, sintiendo malestar emocional y desvalorización.

2.3. Sentimiento de Soledad

El sentimiento de soledad está relacionado con el aislamiento, la noción de no formar parte de algo, la idea de no estar incluido en ningún proyecto y entender que a nadie le importamos lo suficiente como para pertenecer a su mundo. El sentimiento de no pertenencia nos lleva a la depresión, cuando además nos sentimos culpables de nuestra propia soledad.

La depresión por estar solo sin acompañamiento de una persona, puede tener origen en diferentes causas, una enfermedad contagiosa (tuberculosis), o hábitos socialmente distraídos. Por otra parte, la soledad durante períodos más largos suele ser vista como desagradable, causando aislamiento y reclusión, resultado de una incapacidad de establecer relaciones con los demás.

Los síntomas de soledad impuesta frecuentemente incluyen ansiedad, alucinaciones, o incluso distorsiones de la percepción y el tiempo.⁴⁰

Para las investigadoras la persona que padece de tuberculosis desea estar sola para evitar transmitir la enfermedad a otros miembros de su familia o amigos cercanos; con frecuencia expresan que durante los primeros meses de la enfermedad se aíslan por completo en sus casas sin tener que salir a la calle para no ser vistos y no tener que ser estigmatizados por la sociedad; por este motivo algunos enfermos adoptan conductas de evitación y en consecuencia tienen comportamientos de auto-discriminación. Así mismo, emerge la idea de eludir situaciones desagradables como el de ser rechazados. Sin embargo, resulta paradójico al manifestaren sus discursos de no haber vivido experiencia real de rechazo por parte de la familia, como lo podemos corroborar en los siguientes testimonios:

“Al inicio yo mismo me aislé no podía saludar de cerca a un amigo... (...), toser en la calle o escupir... pensar que vaya a pasar una criatura y lo contagiaba...Nos aislamos también de la familia porque cuando mi hermana venía a visitarme, yo salía a la calle porque me daba miedo contagiar a mis hijos, mi familia no me rechaza hasta el momento....”. (Lalo)

“No me daba gusto de conversar ni de salir a la calle me encerré en la casa, porque no quería que nadie me viera y se enterara que tenía la enfermedad. Pasó unos meses y durante ese tiempo no visité a ningún familiar, después, salí a visitar a mi hermano y recién se enteró cuando había pasado dos meses..., yo no los visitaba porque pensaba que me iban a rechazar porque a veces, hay gente que dice: esa enfermedad es peligrosa y te puede contagiar...Y por eso trate de evitar, de mi casa al hospital y del hospital a mi casa pero mi familia nunca me ha rechazado. A veces...la gente bueno te tiene un poco de rechazo por eso mejor no salía para evitar que me estén mirando y murmurando”. (Mateo)

“Deje toda clase de amigos nunca permití que ellos se enteraran de mi enfermedad, de ahí que me vi obligado a terminar con mi enamorada; no quería que ella se enterara

que tenía la tuberculosis, llamaba...llamaba por teléfono... y no le contestaba, no quería que ella me tuviera lástima". (Pablo).

Según Lacida B., el aislamiento social es definido como la soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros, es la disminución o falta total (ausencia) de relaciones sociales y/o familiares, manifestadas por sentimientos de ser distintos, baja autoestima, temor a los demás y expresión de rechazo hacia sí mismo.⁴¹

Así mismo Humet J, Carmona R y Torruella J, señalan que la exclusión social, como se ha venido repitiendo, es el resultado de una cadena de acontecimientos y condiciones estructurales que han desconectado a multitud de personas de las diferentes esferas de la sociedad. A la vez, es también el resultado y el desencadenante de procesos de marginación que contribuyen a perpetuar y agravar las condiciones objetivas de segregación. El ámbito de las relaciones sociales presenta aquí su especificidad en la medida en que los factores que lo componen pueden operar como agravantes de los riesgos de exclusión y/o marginación social, independientemente de la naturaleza de éstos.⁴²

Por otra parte, el estado de las redes familiares y sociales puede constituir en sí mismo una forma de exclusión que trascienda la dimensión afectiva, convirtiéndose, en ocasiones, en un mecanismo de edificación de barreras objetivas y subjetivas para la inclusión social de las personas enfermas.

Así, tanto la familia como los vínculos comunitarios ejercen soportes para hacer frente a las situaciones de riesgo y/o vulnerabilidad, constituyendo un apoyo emocional y práctico para contrarrestar la encarnación de las desigualdades sociales. Por el contrario, la ausencia y/o la precariedad de las redes de solidaridad y sociabilidad tanto familiares como sociales pueden conducir al desamparo de las personas marginadas y/o excluidas, agravando su situación.

2.4. Soporte de la familia a la persona con tuberculosis

Según Reyes C. Resalta la importancia de la cooperación de la familia en la recuperación del paciente, desde los aspectos físicos, económicos y emocionales. Es necesario enfatizar la unión familiar para la mejoría de alguien enfermo. Por ello, los especialistas en la salud recomiendan a los familiares brindar ayuda y participar del proceso de recuperación del paciente.

Los miembros de una familia se pueden rotar para ofrecer al paciente sus cuidados dirigidos a su desarrollo físico, psicológico y social, tales como terapias, aseo personal, dieta balanceada, administración de medicamentos a la hora indicada y otros requisitos especiales que se le asigna a cada paciente, todo esto bajo una supervisión médica,⁴³ como se puede constatar en los siguientes afirmaciones:

Mi familia me ha apoyado en esos momentos difíciles, me han dado fuerzas para seguir luchando con el tratamiento y no abandonarlo. (Lalo)

Yo recibí bastante apoyo de mi esposa...ella se enteró de mi enfermedad cuando yo tenía una semana de tratamiento... bueno; me dijo; qué vamos a hacer; ahora hay que recurrir a la medicina porque tienes que curarte. Hablé con mis hijos y les dije que el tratamiento lo voy a recibir en Jaén, bueno ellos me dijeron que desde ahí me iban a apoyar y sí, me apoyan en alguna cosa. (Mateo)

Una familia bien organizada puede participar y aportar de manera positiva ante una enfermedad de un miembro, brindándole su amor y sus atenciones para mejorar su bienestar. Las personas que padecen de tuberculosis mencionan que reciben la atención necesaria de parte de su familia, influyendo en su recuperación. Esto nos muestra que una persona que tiene una enfermedad no solo requiere el cuidado médico sino también el apoyo que se recibe en su entorno familiar.

TERCERA CATEGORÍA: ACEPTACIÓN Y ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD

La aceptación no significa que uno se ha dado por vencido o que se ha sucumbido a la enfermedad. Significa que se acepta el hecho de que estamos enfermos, que física y emocionalmente se tiene que hacer grandes cambios en cada aspecto de la vida para poder continuar, como lo hace cualquier otra persona que padece una enfermedad.⁴⁴

La autora Lavado R, dice que la persona que padecen una enfermedad puede sentir que todo su mundo se viene abajo y su vida deja de tener sentido. Es posible que, al principio, niegue el diagnóstico; quizá se llene de ira, se deprima e incluso piensa que han confundido su diagnóstico e intente negociar para al final, darse cuenta de que la única salida para volver a retomar su mundo, su vida y su felicidad es la aceptación total de la enfermedad.

A menudo confundimos la aceptación con la resignación, aunque signifiquen cosas bien distintas. Cuando uno se resigna ante un diagnóstico positivo, le está dando un enfoque negativo al problema que le llevará a tomar, tal vez, decisiones erróneas que trabajarán en contra de su salud física, mental y emocional. Resignarse es, en cierta medida, aceptar la derrota, dejarse afligir por la sumisión, en definitiva, claudicar y sentirse incapaz de hacer nada para superarlo. Sin embargo la aceptación, te ayuda a recibir de un modo positivo aquello que viene, lo quieras o no, a tu vida.

Aceptar es sentirse responsable de uno mismo, abrir el baúl de los recursos propios y ajenos, encontrar las herramientas para vencer la batalla. Aceptar es liberarse de las cargas, abrirse a la transformación y empezar un camino nuevo hacia la felicidad. Esto no significa que la persona se ponga feliz ante la noticia de que a partir de ese momento vivirá con la enfermedad, sino que la realidad no se puede cambiar, no sirve de nada buscar culpables, que si se deprime, deprimirá aún más su sistema inmunitario y no sentirá el ánimo de afrontar la situación ni buscar soluciones tanto médicas como psicológicas que le devuelvan el bienestar.

Para practicar la aceptación, hay que dar un paso previo que es la auto-aceptación, amarse de manera incondicional a uno mismo tal y como se es. Esto engloba nuestro

cuerpo, tanto en la salud como en la enfermedad, nuestra personalidad, nuestras tendencias sexuales y gustos.⁴⁵

Finalmente, las enfermedades aceptadas como una realidad que hay que vivir. Esta se vivencia como una oportunidad para la transformación.

Para el autor Brennan señala que cuando una persona sufre una enfermedad se enfrenta a una situación estresante a la que se debe adaptar con los recursos de los que dispone. Sufrir una enfermedad significa padecer dolor, u otros síntomas desagradables, ver limitadas o modificadas las actividades diarias, tener que someterse a procesos diagnósticos o terapéuticos y tener ante sí un futuro incierto. Adaptarse a la enfermedad significa tanto combatirla como intentar que la enfermedad no deteriore, o deteriore lo menos posible la autoimagen, el desarrollo laboral, las relaciones interpersonales, la afectividad y el bienestar general.⁴⁶

Según Robinson S, la etapa final de la aceptación a una enfermedad es la de adaptación; es decir aprender justamente cómo adaptarte a la vida con la enfermedad. Normalmente lleva mucho tiempo llegar a esta etapa. La persona sabe que no va a volver a tener su vida como era antes. Comenzar a adaptarse a su nueva vida con esta enfermedad, y ajustar sus sueños y metas de acuerdo a lo que físicamente puede hacer.⁴⁴

En relación a esta categoría surgen, cinco subcategorías las que develan las vivencias de la persona que padecen de tuberculosis al aceptar la enfermedad.

3.1 Autocuidado durante la enfermedad.

La teoría del Autocuidado tiene su origen en una de las más famosas teoristas norteamericana Dorotea Orem, manifiesta que: "El autocuidado es una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar."

El concepto básico desarrollado por Orem es que el autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado, por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma.

Las necesidades humanas se manifiestan a través de conductas, las cuales son la expresión de dichas necesidades. Estas necesidades se encuentran presente a lo largo de nuestra vida y van desde las necesidades fisiológicas básicas (para mantener la homeostasis) hasta la autorrealización que representa a necesidades y deseos más elevados,⁴⁷ esto se refleja en el siguiente testimonio:

“Ahora ya estoy más tranquilo a diferencia de antes, me siento mejor, quiero vivir, estoy contento aquí en el servicio recibiendo mi tratamiento, ya me encuentro en la segunda fase; tengo fe que pronto voy a salir de esta y diré que nada pasó en mi vida; ahora estoy reanudando mi trabajo, aunque mi papá me dice que no trabaje porque tiene miedo que me vaya a empeorar pero como le dije estoy tomando vitaminas, tengo cuidado con mi alimentación, tomo mis medicamentos a la hora indicada y pienso que ya no me voy a empeorar. (Pablo)

Entendemos que el autocuidado es una forma propia de cuidarse así mismo, de acuerdo a los testimonios las personas que padecen de TBC, tienen una buena actitud y manifiestan tomar las medidas necesarias para mantener una buena salud al culminar su tratamiento y no recaer nuevamente; para ello, desarrollarán prácticas de autocuidado que se transforman en hábitos que contribuyen a la salud y el bienestar. Todas estas actividades son medidas por la voluntad, son actos deliberados y racionales que se realizan muchas veces sin darnos cuenta, se han transformado en parte de nuestra rutina de vida.

Además las investigadoras señalan que la persona que sufre de tuberculosis experimenta en su interior de su ser, un deseo de sanarse, vencer la enfermedad porque quiere vivir y acepta su enfermedad y no puede dejar la oportunidad de que existe un tratamiento con el que puede combatirla. Al principio siente tristeza profunda, piensa que para él la

enfermedad es injusta no merecedora de allí la expresión: “...*porqué a mí*”, entonces se da cuenta que tiene que aprender a vivir con la enfermedad, desde ese momento se inclina por la recuperación, cumpliendo con el tratamiento y adquiriendo estilos de vida saludables; el tener que cuidarse se manifiesta en las siguientes expresiones: “... *tengo cuidado con mi alimentación...*” tener una dieta saludable y lograr su recuperación, de este modo la persona acepta la enfermedad dando un cambio racional en su vida; “...*quiero vivir...*”, empieza con un nuevo reto adaptándose a su medio, enfrentado el mañana y con nuevos pensamientos positivos.

3.2 El deseo de estar sano.

Pascual P, menciona que generalmente confundimos estar sanos con la ausencia de síntomas o con tener unos parámetros analíticos correctos. Estar sano es un estado equilibrado entre el pensar, sentir y actuar. Es tener en pleno desarrollo todas tus facultades físicas, emocionales, mentales y espirituales, para disfrutar plenamente de la vida.

Un estilo de vida sano es aquel que mantiene los cuatro planos del ser: el físico (debemos cuidar la alimentación, hacer ejercicio...), el emocional (cuidar nuestros sentimientos), el mental (cuidar nuestros pensamientos) y espiritual (cuidar nuestro cuerpo energético).⁴⁸ Como se evidencia en las siguientes narraciones:

“Actualmente ya no trabajo quiero terminar mi tratamiento. Además el doctor me ha dicho que aún no realice trabajos fuertes, y no me exponga al sol, porque al inicio no me cuidaba y cuando tomaba la medicina me empezaba a enrronchar y a picar todo el cuerpo, ahora me cuido ya no expongo al sol, me baño, me alimento mejor, descanso más y siento que estoy más recuperado... (Mateo)

“Ahora camino más libre, ya no tengo ese pensamiento esa idea de que me van a despreciar mis amigos o mis familiares, ahora ya todo ha pasado. ¡Tengo que terminar mi tratamiento y me voy a recuperar! , ahora me estoy acostumbrado a estas pastillas, sé que tengo la enfermedad y que me voy a curar por completo porque ya me falta muy poco para terminar el tratamiento”. (Mateo)

“Me arrancaba el cabello, pensaba que mi vida no tenía valor, me decía: porque a mí, pero ahora me cuido bastante, tomo mis alimentos a la hora, además tomo mis vitaminas y me siento bien como una persona nueva que desea seguir luchando para combatir esta enfermedad”. (Pablo)

Una persona que padece de tuberculosis se enfrenta a situaciones inciertas de estrés en el transcurso de la enfermedad, donde aceptan la enfermedad y aprende a adaptarse al medio en el que vive, porque se da cuenta que estar enfermo es llevar un tratamiento adecuado para lograr una pronta recuperación. La adaptación a la enfermedad se cumple cuando la persona tiene estados de ánimo positivos y ausencia de emociones negativas, como podemos observar en los testimonios que se siente más libre y tiene esa actitud positiva del deseo de sanarse; además aprende a vivir día a día con la enfermedad enfrentarse a los retos que le genera la vida, como el acostumbrarse a los medicamentos y darse la valentía de que le falta muy poco para terminar el tratamiento y cumplir su meta de sanarse.

Entendemos que estar sano significa estar en equilibrio a nivel físico, mental, emocional y espiritual. Las personas que padecen de TBC, cumplen su tratamiento, con el deseo de sanar, retomar sus actividades cotidianas (trabajo, estudios, y otras.)

3.3 Sentimiento de alegría.

Según Fuster Ll. Desde esta perspectiva experimenta alegría cuando nos sentimos amados o cuando las cosas salen como deseamos. La alegría como emoción es sinónimo de divertimento, amenidad o buenas noticias. En su grado máximo la alegría se convierte en euforia: indicativo de negación de los conflictos, las emociones son dependientes de lo que nos sucede a fuera y nos aportan una valiosa información sobre nuestras necesidades y la manera como nos relacionamos, tanto con nosotros mismos como con los demás.

Sin embargo, existe en cada uno de nosotros una capacidad de sentir que traspasa nuestra dimensión estrictamente biológica y cultural, que en lugar de ser dependiente de lo que ocurra a fuera fortalece nuestra independencia. Nos referimos más a los

sentimientos y valores altamente humanos que a las reacciones emocionales propiamente dichas.

Este sentimiento de felicidad está íntimamente relacionado con la aceptación y la esperanza, con la acción constructiva, y con el esfuerzo por mejorar tanto a nivel personal como la realidad de nuestro mundo. Este sentimiento de alegría nos hace sonreír a pesar de las dificultades y, a su vez, nos eleva por encima del pesimismo. Es una puerta a la esperanza y signo de liberación.⁴⁹

“Ahora ya me siento alegre... contento de estar cumpliendo con el tratamiento, como se dice: volver a nacer y quitarse esa enfermedad, tener más cuidado con las personas que tienen esos síntomas, esa tos y ya no volver a enfermarse ...” (Lalo)

“Mi hija ha venido de Lima a visitarme y me está acompañando, me está apoyando, ahora ya me siento más alegre más contento, ahora ya no hay nada que me impida, converso con mi familia y paraqué mi esposa y mis hijos nunca me han dejado de apoyar. (Mateo)

Como podemos evidenciar según los testimonios, las personas que padecen de tuberculosis se sienten más tranquilas, alegres, por lo mismo que ya están en segunda fase, algunos ya les falta pocos días para terminar su tratamiento, y están muy felices de haberlo logrado, gracias a su perseverancia y sobre todo al apoyo incondicional de su familia, quienes forman un papel fundamental en el cuidado. Esto se corrobora con el estudio Vivenciando el fenómeno de enfermar con Tuberculosis en Chile realizado por Aedo A, Aracena C,⁴ quien concluye que es importante contar con una sólida red de apoyo familiar y social al momento de vivir esta crisis no normativa.

3.4 Agradecimiento a Dios y al apoyo de la familia

El agradecimiento es el sentimiento de gratitud que se experimenta normalmente como consecuencia de haber recibido de parte de alguien algo que se esperaba o que se necesitaba, de haber sido ayudado en alguna circunstancia difícil, entre otras situaciones. Es un sentimiento que aflora en los seres humanos cuando se estima algún

favor o beneficio recibido por parte de alguien. Una consecuencia típica de esta sensación es la necesidad de corresponder de algún modo a ese favor o ayuda recibida. Así podrá expresarse una manifestación oral simple, diciéndole gracias por tal o cual cosa, escribirse una nota expresando la enorme satisfacción que se tiene por haber sido depositario de tal acción, también podrá mediar un llamado telefónico en el mismo sentido. Otras maneras recurrentes de agradecer es realizando un obsequio, dando un abrazo, un apretón de manos, un beso o devolviendo la misma gentileza cuando sea necesario hacerlo.

Por otra parte la palabra agradecimiento es un término que ostenta una especial presencia en el ámbito de la religión, dado que en este contexto resulta ser una práctica frecuente, que el creyente, el fiel, agradezca a través de una oración o de una informal charla con su Dios por haberle concedido algún pedido, deseo, entre otros.⁵⁰

“Le doy gracias a Dios porque me está curando y voy a volver a ser la persona de antes... sana”. (Mateo)

“Que hubiese sido de mí si mis papás no me hubiesen apoyado; quizá ya me hubiese muerto pero gracias a ellos ahora ya soy una persona normal y puedo hacer mis actividades”. (Pablo)

“Sé que estoy vivo, ahora debo tener más cuidado con mi alimentación, tratar de cuidarme, aceptar la enfermedad, cumplir con el tratamiento y llegar a la meta de quedar sano; gracias a Dios que el tratamiento es gratis”. (Lalo)

Las personas que padecen la enfermedad expresan un sentimiento de agradecimiento a quienes brindan su apoyo incondicional como: dándoles fortaleza para aceptar la enfermedad y continuar con el tratamiento para no complicar su enfermedad.

La fe en Dios proporciona al ser humano razones para vivir mediante un sistema ético que contribuye a formar una personalidad saludable, mejorar la calidad de vida y fomentar el crecimiento de la capacidad para amar y desarrollarse⁵¹, permitiendo a la

persona vivir con decisión o enfrentarse a situaciones que son difíciles de sobre llevar como el estar enfermo con tuberculosis, esto se ve reflejado en el siguiente discurso:

“Yo estaba muy mal, pensaba que Dios me iba a llevar, por una parte me conformaba que Diosito me ha dado tanta vida, porque para 82 años no es poco, no pensé vivir más... (Llora...llora), le pedí a Dios por mi enfermedad... pero diosito me quiere y me dio otra oportunidad y me recuperé... gracias a él me he mejorado, ahora no faltó a mi tratamiento”. (Justo)

“A veces me sentía aburrid, le pedía a mi Dios que me de fuerzas para soportar la enfermedad y me sane. Gracias a Dios, él me ha favorecido, tengo que tomar con calma las cosas porque él nos pone pruebas que las tenemos que aceptar, Confío en mi Señor que pronto me voy a curar”. (Mateo)

Las autoras señalan que las personas que padecen esta enfermedad tienen la necesidad del consuelo espiritual; aceptan la enfermedad como una prueba que Dios les pone en su vida para demostrar su fe en él, confían en Dios, en su palabra de sanación para aliviar sus angustias y lograr su pronta recuperación.

CAPÍTULO V

CONSIDERACIONES FINALES

En relación a los resultados del trabajo de investigación se puede arribar a las siguientes consideraciones finales:

En la primera categoría: Experimentando el estado de conmoción como producto de la tuberculosis, la persona pasa por un impacto emocional en el momento de que es consciente del diagnóstico real de su enfermedad, que se expresa en la negación manifestada en sentimientos de: Ira, inutilidad y miedo a la muerte, percepción que se va modificando a medida que transcurre el tratamiento. Estas experiencias que desarrollaron estos pacientes son vivencias no - intencionales por ser causadas a partir de la enfermedad de la tuberculosis.

En la segunda categoría: La toma de conciencia de la persona frente a la enfermedad, se origina producto del rompimiento de la negación. Es aquí donde la persona asume conscientemente su enfermedad, expresado a través de sentimientos: de tristeza, de culpabilidad, de soledad, debido a que surgen alteraciones en su dinámica social familiar, laboral. En esta categoría se resalta el soporte familiar que es la base principal para la recuperación de la persona con tuberculosis. Estas vivencias son intencionales porque son originadas en el interior de la persona de la toma de conciencia y darse cuenta de que tiene la enfermedad.

En la tercera categoría: La aceptación y adaptación de la persona a la enfermedad, considera que la única salida para volver a retomar su mundo, su felicidad es la aceptación total de la enfermedad, de ahí que la persona aprende a adaptarse a su nueva vida con esta enfermedad de la tuberculosis, ajustar sus sueños y metas a lo que físicamente puede hacer, y se manifiesta con: El autocuidado, deseo de estar sano,

sentimiento de alegría, agradecimiento y fe en Dios. Estas vivencias son intencionales porque son provocadas por el afán de recuperar el estado de salud.

RECOMENDACIONES

- Difundir la presente investigación en las Instituciones de Salud, con la finalidad de plantear lineamientos de gestión y práctica del cuidado de enfermería, que fomente la promoción, prevención y cuidado integral a la persona afectada por la tuberculosis, interactuando de manera favorable para lograr una mejor calidad de vida de este grupo de personas con la participación activa de los familiares.
- Continuar desarrollando investigaciones de tipo cualitativo con diferentes abordajes metodológicos sobre la temática, de tal manera que se disponga de mayor información y se generen espacios de discusión que permitan comprender las vivencias de las personas con tuberculosis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salazar. H. Con diversas actividades conmemorarán día mundial de lucha contra la tuberculosis. Cajamarca [Seriada en línea] 2012; [1 página]. [Consultado 2 Mayo 2013]. Disponible en:
<http://www.regioncajamarca.gob.pe/?op=notas&page=4&cmbMes=03&cm bAnio=2012&idnota=1312>
2. Bois F, Perú es el segundo país de la región con más casos de TBC, [Seriada en línea] lima 2011; [1 página]. [Consultado 2 Mayo 2013]. Disponible en:
<http://peru21.pe/noticia/451064/peru-segundo-pais-region-mas-casos-tbc>
3. Méndez I, La tuberculosis mundial en cifras, [Seriada en línea] 2011; [1 página]. [Consultado 2 Mayo 2013]. Disponible en:
http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2011/03/22/87082
4. Aedo A, Aracena C, Vivenciando el fenómeno de enfermar con Tuberculosis. Valdivia-Chile [Tesis] [Seriada en línea] 2008; [107 páginas]. [Consultado 5 Mayo 2013]. Disponible en:
<http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2008/fma246v/doc/fma246v.pdf>
5. Ladino L, Creencias y prácticas sobre la tuberculosis en un grupo de pacientes y sus familiares de la ciudad de Bogotá, Colombia. [Tesis] [Seriada en línea] 2011; [120 páginas]. [Consultado 5 Mayo 2013]. Disponible en:
<https://www.google.com.pe/url?sa=f&rct=j&url=http://www.bdigital.unal.edu.co/4325/1/598589.2011.pdf&q=&esrc=s&ei=vb64UeTxBef64AP87YCgBw&usg=AFQjCNEUZer4VLgiDPRQxU5idQUH7VYQ>
6. Meca, S Vegas M, Concepciones, y acciones del Usuario(a), afectado(a) con tuberculosis. Hospital Sullana-Perú [Tesis][Seriada en línea] 2006; [92 páginas]. [Consultado 5 Mayo 2013] Disponible en:
<http://sigb.uladech.edu.pe/intranet-tmpl/prog/es-ES/PDF/6612.pdf>

7. Cruz M, Percepción del paciente con tuberculosis sobre el apoyo emocional que le brinda su grupo familiar y el personal de salud en la satisfacción de sus necesidades emocionales. Lima - Perú. [Tesis][Seriada en línea] 2010; [120 páginas]. [Consultado 5 de Mayo 2013]. Disponible en:
http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2010/cruz_cm/pdf/cruz_cm.pdf
8. Díaz, R. El hombre y sus “vivencias” cualitativa [Seriada en línea] 2007; [15 páginas]. [Consultado 10 de junio 2013] Disponible en:
<http://diazolguin.wordpress.com/2008/07/17/el-hombre-y-sus-vivencias/>
9. ABC. Vivencia [Seriada en línea] 2007; [1 página]. [Consultado 10 de junio 2013] Disponible en:
<http://www.definicionabc.com/social/vivencia.php#ixzz2YTMTdj32>
10. Hernández, A. Vivencia [Seriada en línea] 2010; [3 páginas]. [Consultado 10 de junio 2013] Disponible en:
<http://psicopediahoy.com/vivencia-como-categoria-de-analisis-psicologia/>
11. Experiencias más comunes asociadas al proceso de enfermar [Seriada en línea] 2011; [115 páginas]. [Consultado 10 de junio 2013] Disponible en:
http://www.ideaspropiaseditorial.com/documentos_web/documentos/978-84-9839-192-3.pdf
12. Israel G. Teorías de los Choques. [Seriada en línea] 2006; [15 páginas]. [Consultado 10 de agosto 2013] Disponible en:
URL:<http://www.monografias.com/trabajos3/histopsico2.shtml?relacionados>
13. Tor J. Procesos Afectivos. Blog Psicología Cepunt [Seriada en línea] 2008(Enero): [1 página]. [Consultado 10 de agosto 2013] . Disponible en:
<http://psicologiacepunt.blogspot.com/2008/01/afectividad-y-actitudes-del-compendio.html>.

14. Novel MG, LLuch CT, López VD. Enfermería psicosocial y salud mental. Barcelona-España: Masson; 2006
15. Minayo, MC. Investigación social. Teoría, método y creatividad Pétrolis; 1994.
16. Vera L, Ponce P, investigación cualitativa [Seriada en línea] 2011; [4 páginas]. [Consultado 10 de junio 2013] Disponible en:
http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/velez_vera__investigacion_cualitativa_pdf.pdf
17. Taylor J, Bogdan R, Introducción a los métodos cualitativos cualitativa [Seriada en línea] 2000; [12 páginas]. [Consultado 10 de junio 2013] Disponible en:
<http://asodea.files.wordpress.com/2009/09/taylor-s-j-bogdan-r-metodologia-cualitativa.pdf>
18. Ruiz J. Metodología de la investigación cualitativa. 15 Vol. España: Universidad Deusto Biblao; 1996.
19. OMS. Informe mundial sobre la tuberculosis. [Seriada en línea] 2012; [4 páginas]. [Consultado 20 de junio 2013] Disponible en:
http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr12_executivesummary_es.pdf
20. MINSA, Construyendo alianzas estratégicas para detener la tuberculosis: La experiencia peruana [Seriada en línea] 2006; [56 páginas]. [Consultado 10 de junio 2013] Disponible en:
http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/145_construy1.pdf
21. Dirección regional de salud Cajamarca- dirección de epidemiología. Análisis de Situación de Salud ASIS -2010, [Seriada en línea] 2012; [141 páginas]. [Consultado 20 de junio 2013] Disponible en:
<http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/ASIS-regiones/Cajamarca/Cajamarca2010.pdf>

22. Rodríguez J. Técnicas de investigación cualitativa. España; 1999

23. ISA. Las entrevistas a profundidad no son cuestionarios. [Seriada en línea] abril del 2007; [1 página]. [Consultado 13 de junio 2013] Disponible en:<http://carpio.wordpress.com/2007/04/14/las-entrevistas-a-profundidad-no-son-cuestionarios/>

24. Orlandine E. Análisis de discurso: principios y procedimientos. 4ta Ed. Brasil; 2002.

25. Díaz C, Construcción De Instrumentos De Investigación Algunas Sugerencias Para Su Diseño y Validación. UPC [Seriada en línea] 2007; [3 páginas]. [Consultado 15 de junio 2013] Disponible en:<http://blog.pucp.edu.pe/media/1551/20080902-construccion%20de%20instrumentos.pdf>.

26. Lugones M, Estrictamente confidencial. Rev. Cubana [Seriada en línea] 2003; 19(2): [1 página]. [Consultado 21 de junio 2013] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_2_03/mgi16203.htm

27. Cortés M, Iglesias M. Generalidades sobre Metodología de la Investigación [Seriada en línea] México 2004; [105 páginas]. [Consultado 21 de junio 2013] Disponible en: http://www.unacar.mx/contenido/gaceta/ediciones/metodologia_investigacion.pdf.

28. Hallan JC: Impacto emocional, 1993. [Consultado 22 de junio 2013] Disponible en: <http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=2801&idrevista=115>

29. Harrdwing S. Teoría de la impresión o conmoción. ; 2004. [Consultado 22 de junio 2013] Disponible en: <http://viex.com/vid./argumento.falta-pena.sujeto.inidoneo-325862>

30. O.M.S. Problemática social del enfermo [Seriada en línea] 2012; [07 páginas]. [Consultado 29 de setiembre 2013] Disponible en: <http://www.carloshaya.net/biblioteca/contenidos/docs/nefrologia/encame/rociolibio.PDF>
31. Jhonson I. Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental. Vol. II. 4ta. España. McGraw-Hill Interamericana; 2000
32. Rivero R. “El deseo de morir” [Seriada en línea] 2013; [02 páginas]. [Consultado 29 de setiembre 2013] Disponible: <http://www.reeditor.com/pdf/9529/24/psicologia/el/deseo/morir>
33. Pérez J. El médico de la muerte. [Seriada en línea]; [01 página]. [Consultado 29 de setiembre 2013] Disponible en: http://bioetica.co/bioetica/index.php?option=com_content&view=article&id=100&Itemid=522
34. Gershenson, La toma de consciencia [Seriada en línea] 2011 [02 páginas]. [Consultado 29 de setiembre 2013] Disponible en: <http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?mgymethod=2801&idrevista=115>
35. Red de salud mental, Depresión: la enfermedad silenciosa [Seriada en línea] 2005; [01 página]. [Consultado 29 de setiembre 2013] Disponible: <http://www.redsaludmental.com/depression.html>
36. Definición de tristeza. 2011. Disponible en: <http://coachingmat.wordpress.com/2011/06/07/definicion-de-tristeza-de-la-wikipedia/>. Consultado Abril 05, 2012.
37. Definición de tristeza. Disponible en URL: Definición de miedo. Disponible en URL: <http://www.definicionabc.com/salud/tristeza.php>. Consultado Abril 17, 2012.

38. Fernández V. El sentimiento de culpa [Seriada en línea] 2013; [1 página]. [Consultado 28 de setiembre 2013] Disponible <http://www.webconsultas.com/mente-y-emociones/emociones-y-autoayuda/el-sentimiento-de-culpa-6574>
39. Wikipedia. Soledad [Seriada en línea] 2013; [1 página]. [Consultado 25 de setiembre 2013] Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Soledad>
40. Lacida B. Aislamiento social [Seriada en línea] 2011; [10 páginas]. [Consultado 25 de setiembre 2013] Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0239.pdf>
41. Humet J, Carmona R y Torruella J. “Análisis de los factores de exclusión social” [Seriada en línea] 2005; [194 páginas]. [Consultado 29 de setiembre 2013] Disponible en: http://www.fbbva.es/TLFU/dat/exclusion_social.pdf
42. Reyes C. La Familia Y La Recuperación Del Paciente [Seriada en línea] 2011; [02 páginas]. [Consultado 29 de setiembre 2013] Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/La-Familia-y-La-Recuperacion-Del/1882332.html>
43. Robinson S. Las etapas de adaptación a una enfermedad [Seriada en línea] Holanda. 2010; [1 página]. [Consultado 25 de setiembre 2013] Disponible en: <https://sites.google.com/site/rededargentina/las-etapas-de-adaptacion-a-una-enfermedad-cronica>
44. Lavado R. “Aceptación a la enfermedad”. [Seriada en línea] 2010; [02 páginas]. [Consultado 30 de setiembre 2013] Disponible en: <http://gtt-vih.org/book/print/5357>

45. Brennan. “El concepto de adaptación a la enfermedad en psicología de la salud” [Seriada en línea] 2001; [02 páginas].[Consultado 30 de setiembre 2013] Disponible en:
<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4740/mbv2de4.pdf;jsessionid=282322217901998ECB4C35E69DB6B9DB.tdx2?sequence=2>

46. Orem D Auto cuidado. [Seriada en línea] 2013; [1 página]. [Consultado 26 de setiembre 2013] Disponible en:
<http://es.wikiversity.org/wiki/Autocuidado>

47. Pascual P. ¡Quiero estar sano, doctor! Una reflexión en torno a qué significa tener salud[Seriada en línea] 2011; [01 página].[Consultado 29 de setiembre 2013] Disponible en: <http://www.revistanamaste.com/quiero-estar-sano-doctor/>

48. Fuster Ll. sentimiento de alegría [Seriada en línea] 2012; [01 página].[Consultado 29 de setiembre 2013] Disponible en:
<http://www.lluisafuster.com/2012/02/el-sentimiento-de-alegria.html>

49. ABC, “El agradecimiento” [Seriada en línea] 2012; [02 páginas].[Consultado 29 de setiembre 2013] Disponible en:
<http://www.definicionabc.com/social/agradecimiento.php>

50. Sánchez P. La fe en Dios.[Seriada en línea] 2006.[03 páginas][Consultado 29 de setiembre 2013] Disponible en:
<http://www.escuelasbiblicas.org/material/12-LaFeEnDios.pdf>.

ANEXOS

ANEXO 1

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SEDE JAÉN**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....Doy voluntariamente mi consentimiento para participar en el trabajo de investigación: “Vivencias de las personas que se atienden en la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de la Tuberculosis - Hospital General de Jaén 2013”, que se realizara por las bachilleres Gloria Amelí Delgado Tantaleán y Jesús del Pilar Sánchez Lluén. Tiene por objetivo describir y analizar las vivencias de las personas atendidas en la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de la Tuberculosis.

Para ello, me han solicitado que participe en las entrevistas que serán grabadas en cinta magnética. Asumiendo que la información dadas serán solamente de conocimiento de la investigadoras y de su asesora, quienes garantizan el secreto, respeto a mi privacidad: Estoy cociente que el informe final de la investigación será publicado, no siendo mencionados los nombres de los participantes, teniendo libertad de retirar mi consentimiento a cualquier momento y dejar de participar del estudio sin que esto genere algún prejuicio y/o gasto. Sé que al tener dudas sobre mi participación podré aclarar con las investigadoras.

Por último declaro que después de las aclaraciones convenientemente realizadas acepto participar de la presente investigación.

Jaén, de 2013

.....
Firma del entrevistado(a)

.....
Gloria Amelí Delgado Tantaleán
Tesisista Enfermería

.....
Jesús del Pilar Sánchez Lluén
Tesisista Enfermería

ANEXO 2

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

VIVENCIAS DE LAS PERSONAS QUE SE ATIENDEN EN LA ESTRATEGIA SANITARIA DE CONTROL Y PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS - HOSPITAL GENERAL DE JAÉN, 2013

Instrucciones:

El presente estudio, tiene por finalidad recolectar información con la única finalidad de investigación por tanto; se le solicita su participación con total veracidad teniendo en cuenta que se considerará su anonimato.

I. DATOS GENERALES

1. Edad: _____ 2. Sexo: M () F ()

3. Ocupación: _____

4. Estado civil:

Soltero: () Casado: () Conviviente: () Viudo: () Divorciado: ()

5. Grado de Instrucción: _____

6. ¿Cuántas personas viven con usted? _____

7. ¿Cuánto tiempo tiene de tratamiento? _____

8. ¿Alguna vez abandonó el tratamiento? Si () No ()

¿Porqué?.....

9. ¿Presentó durante el tratamiento recaída?

Si: () No: ()

10- ¿En la familia hay antecedentes de tuberculosis?

Si: () ¿quiénes?..... No: ()

ANEXO 3

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

GUÍA DE ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

Instrucciones:

La presente entrevista pretende recolectar información respecto a las Vivencias de las personas que se atienden en la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de la Tuberculosis - Hospital General de Jaén.

La información que solicitamos es de carácter confidencial y anónimo.

1. ¿Cómo ha sido su experiencia al sufrir de tuberculosis?
2. ¿Qué sentimientos le genera a usted convivir con esta enfermedad?
3. ¿Cómo afecta la enfermedad en su vida personal?

Agradecemos su atención

ANEXO 4

PROPUESTA DE PROCESO DE CATEGORIZACIÓN

RECORTE DE TEXTO (Unidad de significado)	CODIFICACIÓN (Temas)	PROPUESTA DE CATEGORÍA
<p>(...) yo había estado por Moyobamba haciendo desarreglos y venir acá con esa enfermedad a incomodar a mi familia, me sentía un poco mal...me quería regresar, pero como mi familia siempre ha estado al tanto de mí, me han apoyado y es por eso que trate de quedarme (Lalo).</p>	<p>- Sentimiento de culpabilidad. A</p> <p>- Soporte de la familia a la persona con tuberculosis. B</p> <p>(1)</p>	<p>A-2</p> <p>B-16</p>
<p>Yo me daba cuenta que tenía esa enfermedad por los síntomas: transpiraba por las noches y la tos con flema que no me dejaba, además anteriormente he tenido esa enfermedad un tiempo atrás. Con un amigo de Moyobamba, (...) tomábamos y nos mandábamos a preparar algo y de la misma fuente comíamos y había uno que si tenía bastante tos, yo no me había percatado de eso, se me había olvidado en esos tiempos que tuve esa enfermedad, y para mí que él me había contagiado. Como estaba un poco débil no estaba con defensas,</p>	<p>- Sentimiento de culpabilidad. A</p> <p>(2)</p>	<p>A-2</p>

<p>creo que él me había contagiado por que él había estado con la TBC (Lalo).</p>		
<p>Luego empecé mi tratamiento con la ayuda de mis familiares. Y desde allí en el hospital me han atendido bien, me han aconsejado y he estado al pie de las indicaciones, todas las veces que he ido me apuntaban cuantos días voy, he cumplido con las horas, no he hecho desarreglos y no he faltado a mi tratamiento porque me quiero sanar (Lalo).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Soporte de la familia a la persona con tuberculosis. B - Adaptación a la enfermedad. C - El deseo de estar sano. D <p>(3)</p>	<p>B-16 C-8 D-5</p>
<p>Al inicio me era complicado porque el tratamiento era todos los días y es allí, donde uno lo ve difícil. Pensaba en abandonar el tratamiento, en eso pensaba yo! abandonarlo y largarme de mi casa, además las pastillas nos malogran el estómago y sí, me malograron el estómago.</p> <p>Pero me puse a pensar de que si abandonaba el tratamiento por segunda vez quizá yo ya no me curaba, de repente me moría y como ya no podía caminar, parecía que me faltaba la respiración, es ahí donde dije que. Tenía que sanarme por mí y por mi padre que tanto lo he defraudado y también yo no me quería morir porque aún no estaba arrepentido, así que tome la decisión de curarme y terminar el tratamiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Familia apoyo ante la enfermedad. B - El deseo de estar sano. D - Adaptación a la enfermedad. C <p>(4)</p>	<p>B-16 C-8 D-5</p>

<p>Me dije: tengo que hacer un esfuerzo todos los días y si!, me acostumbré a tomar las pastillas, mi familia... sobre todo mis padres me ayudaron bastante (Lalo).</p>		
<p>Ahora me siento tranquilo, un poco mejor. El tratamiento lo recibo 2 veces por semana y me falta poco tiempo para terminarlo. Las pastillas afectaron mi estómago y me hicieron perder un poco la visión. Por el afán de curarme he hecho todo lo posible, y como me dijo el doctor tengo que curarme por completo de la TBC y luego empezaré a curarme de mi estómago y mis ojos. Para qué, ahora me siento más contento (Lalo).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptación a la enfermedad. C - El deseo de estar sano.. D - Sentimiento de alegría (contento).F <p>(5)</p>	<p>B-16 C-8 D-5 F- 4</p>
<p>(Cuando me enteré de la enfermedad) sentí preocupación, es una enfermedad que no se cura fácil... no se cura rápido... Son 6 meses de tratamiento, me sentía preocupado, triste porque a veces uno piensa que no se va a curar, se va a morir y es penoso morir con esta enfermedad. A uno le falta aire y se asfixia,... lloraba solito en mi cuarto.Mi familia me ha apoyado en esos momentos difíciles, me han dado fuerzas para seguir luchando con el tratamiento y no abandonarlo (Lalo).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimiento de tristeza. G - Sentimiento de temor a la muerte. H - Soporte de la familia a la persona con tuberculosis. B <p>(6)</p>	<p>B-16 G-6 H-5</p>

<p>“Al inicio yo mismo me aislé no podía saludar de cerca a un amigo... (..., toser en la calle o escupir... pensar que vaya a pasar una criatura y lo contagiaba...Nos aislamos también de la familia porque cuando mi hermana venía a visitarme, yo salía a la calle porque me daba miedo contagiar a mi hijos, mi familia no me rechaza hasta el momento....”.</p> <p>(Lalo)</p>	<p>– Sentimiento de Soledad. I</p> <p>(7)</p>	<p>I-7.</p>
<p>Llegó el momento que me dijeron que había cortado el contagio y me sentí un poco más cómodo.</p> <p>Sé que estoy vivo, ahora tener cuidado con mi alimentación, comer frutas como dice el doctor, tratar de cuidarme, aceptar la enfermedad y decir que estamos enfermos, proponerse a curarse y llegar a la meta de quedar sanos con el tratamiento que nos dan, gracias a que es gratis (Lalo).</p>	<p>– Auto cuidado durante la enfermedad. J</p> <p>– Aceptación a la enfermedad. K</p> <p>– El deseo de estar sano.D</p> <p>(8)</p>	<p>D-5</p> <p>J-5</p> <p>K-4</p>
<p>Durante los primeros meses, me sentí bastante deprimido, muy mal, decir: por qué a mí, recaer de nuevo... Me sentí culpable de haber hecho tanto desarreglo y no haberme cuidado, era incómodo para mí (seguir el tratamiento) porque era todos los días. (Lalo)</p>	<p>– Sentimiento de culpabilidad. A</p> <p>– Sentimiento de tristeza, depresión.G</p> <p>(9)</p>	<p>A-2</p> <p>G-6</p>
<p>Ahora me siento bien porque estoy</p>	<p>– Sentimiento de</p>	<p>F - 4</p>

<p>esperando mis últimos análisis y esperando que me diga el doctor.</p> <p>Para que! Ahora ya me siento alegre... contento de haber cumplido, como a veces dice una persona:volver a nacer y quitarse esa enfermedad, tener más cuidado con personas que tienen esos síntomas, esa tos ya no volver a cometer más errores y tener fe en que nos vamos a curar (Lalo).</p>	<p>alegría. F</p> <p>- Fe en Dios. L</p> <p>(10)</p>	<p>L. 10</p>
<p>La enfermedad me afectó mucho, al inicio fue incómodo... porque a veces uno tiene que buscar trabajo, por la necesidad de alimento, vestido,... pero... con esa enfermedad nadie te da trabajo, la familia es la que te apoya, la gente te ve como alguien inútil que no sirves para nada, te tiene asco y no se acerca por temor al contagio(Lalo).</p>	<p>- Sentimiento de inutilidad M</p> <p>- Soporte de la familia a la persona con tuberculosis. B</p> <p>(11)</p>	<p>B - 16</p> <p>M 3</p>
<p>Ahora que ya termino el tratamiento, me siento un poco mejor, ahora empezar a buscar un trabajo, es por eso que he tratado de luchar y terminar mi tratamiento para después trabajar y solventar mis gastos económicamente, luchar por mis hijos que tengo que salir adelante(Lalo).</p>	<p>- Adaptación ala enfermedad. C</p> <p>- El deseo de estar sano. D</p> <p>(12)</p>	<p>C-.8</p> <p>D-5</p>
<p>Yo inicie como una gripe, luego me</p>		<p>B-16</p>

<p>roncaba el pecho, me dio 2 días fiebre compre unas medicinas pero no me pasaba tenia dificultad para respirar parecía que me asfixiaba, no tenía apetito de comeresto me cogió cuando yo estaba en lima, después regrese a Jaén, vine acá al hospital y no me encontraban nada... me hacían el esputo y salió la muestra negativa, me hicieron un cultivo y completando casi los tres meses me llamaron y vine y me dijeron que me había salido positivo y ahí empecé mi tratamiento.</p> <p>Yo pienso que en lima me contagie porque estuve 2 meses por visita a una hija, no me hice ver ahí porque faltaba 8 días para venir y como me paso tomando unas pastillas me regresé a Jaén, aquí ya me vine sintiendo mal (en Jaén), me molestaba para caminar, me roncaba el pecho, me preocupe y dije bueno la medicina me calmó pero no me sentía normal,....así que me vine al hospital.</p> <p>Cuando yo viaje a lima fue a fines de noviembre a pasar navidad y a fines de enero me cogió una tos, en mi pecho tenía unas dificultades entonces, le dije a mi hija: me voy a Jaén, porque si me hago ver acá puede salir cualquier cosa y no</p>	<p>– Adaptación al tratamiento.C</p> <p>– Soporte de la familia a la persona con tuberculosis. B</p> <p>– Fe en Dios. L</p> <p>(13)</p>	<p>C-8</p> <p>L-10</p>
--	---	------------------------

<p>puedo demorarme más tiempo porque mi esposa se encontraba sola. (...) empecé mi tratamiento el 13 de marzo todos los días, al principio era cansado venir al hospital todos los días y si a veces pensaba en abandonarlo y ya no regresar, pensaba que el tratamiento era demasiado largo además el sabor de las pastillas era desagradable querían hacerme vomitar pero eso solamente al principio.</p> <p>Conversando con mi esposa me dice tienes que curarte, solamente tienes que tener fe en Dios y sí,... gracias a Dios el tratamiento no me chocó mucho. Comía normal, tome la decisión que lo soportaría solamente para curarme y vivir como antes en nuestra casa y después de eso ya no he tenido muchas dificultades (Mateo).</p>		
<p>Hace un mes fui a mi chacra llegué por la casa de mi hermano y mi cuñada me invita un huevo frito y si me chocó, llegando a mi casa me cogió una diarrea al otro día un dolor de estómago y me tuvieron que hospitalizar 5 días y me dijo el doctor que había sido una infección fuerte que había tenido, me pusieron antibióticos me dieron medicina y me pasó, es que como esas medicinas</p>	<p>- Adaptación al tratamiento. C</p> <p>- (14)</p>	<p>C-8</p>

<p>te malogran el estómago es por eso que yo me encontraba débil, pero después, empecé a comer bastante, ya los medicamentos lo tomaba con bastante avena, ahora estoy bien (Mateo).</p>		
<p>yo recibí bastante apoyo de mi esposa...ella se enteró de mi enfermedad cuando yo tenía una semana de tratamientobueno me dijo que vamos a hacer ahora hay que recurrir a la medicina para que te sanes porque tienes que curarte, hable con mis hijos que tengo allá en lima y me dijeron sino vente para aquí a lima para que aquí te den tratamiento; yo le dije no hijo, lo voy a recibir aquí nomas, y bueno ellos me dijeron que desde ahí me iban a apoyar y sí, me apoyan en alguna cosa (Mateo).</p>	<p>– Soporte de la familia a la persona con tuberculosis B</p> <p>(15)</p>	<p>B-16</p>
<p>Hoy ya no trabajo quiero terminar mi tratamiento.El doctor me ha dicho que aún no trabaje en trabajos fuertes y que no me soleara mucho porque cuando tomaba la medicina me empezaba a en ronchar y me empezaba a picar el cuerpo y me acordé cuando me dijo la señorita que no me solee mucho, me bañaba y me ponía a descansar y me pasaba, luego tenía más cuidado de no solearme (...) (Mateo).</p>	<p>– El deseo de estar sano. D</p> <p>– Adaptación al tratamiento. C</p> <p>– Auto cuidado durante la enfermedad. J</p> <p>(16)</p>	<p>D-8</p> <p>C-5</p> <p>J-5</p>

<p>No sé cómo me contagie pero mi mamá también tuvo esa enfermedad hace muchos años,(hace) 13 años atrás pero ella también terminó su tratamiento; Después de 4 años se murió estaba muy delicadita y se murió,porque se le complicó con la presión alta, y sí se le complicó y yo tenía miedo...miedo pues de pasar por esa misma situación que mi madre pero después yo dije tengo que terminar mi tratamiento y me voy a recuperar, ahora me estoy acostumbrado a estas pastillas, sé que tengo la enfermedad y que me voy a curar por completo porque ya me falta muy poco para terminar el tratamiento además, el doctor me ha dicho que ya nosotros no contagiamos y si confió en mi señor que pronto me voy a curar (Mateo).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aceptación a la enfermedad. K - Sentimiento de temor a la muerte. H - Fe en Dios. L <p>(17)</p>	<p>K-4</p>
<p>Cuando yo tuve esa enfermedad me impreso, me sentí deprimido me paso al sentimiento me decía: por qué a mí, todas las personas que caemos con esa enfermedad somos despreciados, marginados por los amigos, los familiares, bueno me sentí mal, recordé que mi madre también murió con esta enfermedad y me decía: pero por qué si ya,ha pasado muchos años... y tenía mucho miedo de morir (Mateo).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimiento depresión. G - Sentimiento de temor a la muerte. H - <p>(18)</p>	<p>G- 6 H - 5</p>

<p>No me daba gusto de conversar ni de salir a la calle me encerré en la casa, porque no quería que nadie me viera y se enterara que tenía la enfermedad. Pasó unos meses y durante ese tiempo no visité a ningún familiar, después, salí a visitar a mi hermano y recién se enteró cuando había pasado dos meses..., yo no los visitaba porque pensaba que me iban a rechazar porque a veces, hay gente que dice: “ese es peligroso y te puede contagiar” y por eso trate de evitar, de mi casa al hospital y del hospital a mi casa pero mi familia nunca me ha rechazado. A veces...la gente bueno te tiene un poco de rechazo por eso mejor no salía para evitar que me estén mirando y murmurando. (Mateo)</p>	<p>– Soporte de la familia a la persona con tuberculosis. B – Sentimiento de Soledad. Ñ</p> <p>(19)</p>	<p>B-16 Ñ-7</p>
<p>Mis hijos supieron... normal, me dijeron: papá no te preocupes te vamos a apoyar en lo que podamos y gracias a Dios que lo estoy cumpliendo bien, algunos de mi familia recién se han enterado pero no habido ningún problema, ahora me siento un poco mejor para lo que era antes, ahora camino más libre ya parece ser mi cuerpo, ya no tengo ese pensamiento esa idea de que me van a despreciar mis amigos mis</p>	<p>– Soporte de la familia a la persona con tuberculosis. B – Adaptación a la enfermedad. K – Sentimiento de alegría F</p> <p>(20)</p>	<p>B 16 K- 4 F - 4</p>

<p>familiares, ahora ya todo ha pasado(Mateo).</p>		
<p>Para los primeros días me sentía algo raro no me sentía bien, no me daba gusto de conversar de salir para ningún lado, estaba solo en mi casa, ahí mi esposa salía y le decía anda tu nomas, yo me quedaba en mi casa... y de todas maneras por tratar de no contagiar me quedaba en casa y no salía. A veces, me sentía aburrido pero que iba hacer tenía que aguantármelas, pero si le pedía a Dios que me de fuerzas para soportar la enfermedad y que me curara. (Mateo)</p>	<p>– Sentimiento de Soledad. Ñ – Fe en Dios. L (21)</p>	<p>Ñ-7 L-10</p>
<p>Ahora recién mi hija ha venido de lima a visitarme y me está acompañando, me está apoyando, ahora ya me siento más alegre más contento, ahora ya no hay nada que me impida ya converso y sí para qué mi esposa y mis hijos nunca me han dado la espalda, ya no tengo muchos, los malestares del cuerpo se han ido....al principio me sentía mal pensaba que no me iba a curar y quizá me atacaba otra enfermedad y me moría, me sentía muy mal, triste me deprimí me daba pena de que mi esposa se quedara sola, a veces tenía ganas de llorar pero mi esposa siempre ha estado con migo, nunca</p>	<p>– Soporte de la familia a la persona con tuberculosis. B – Sentimiento de tristeza depresión. G – Sentimiento de alegría F – Fe en Dios. L (22)</p>	<p>B-16 G-6 H-5</p>

<p>me dejo que me derrote me daba ánimo y solo tenía que confiar en Dios y en el tratamiento y si le doy gracias a Dios que me está curando y voy a volver a ser la persona de antes... sana (Mateo).</p>		
<p>(La enfermedad) me afecto bastante yo estaba trabajando y todos mis trabajos tuve que dejarlos, esos trabajos tuve que pasarlos a un amigo y deje de trabajar le dije que iba a viajar que estoy un poco delicado, le dije: termínalo ese trabajo y tú lo cobras, también tengo una chacrita y también no me fui a cosechar ahí se amontono el café.</p> <p>Nadie de mis amigos sabían que tenía esa enfermedad solo yo y mi esposa lo sabíamos acá, me cuide tanto que deje toda clase de amigos porque a veces hay amigos que cuando están bien te llaman tus amigos y luego te abandonan es por eso que me encerré por completo deje de trabar para evitarme salir y que se estén enterando, no quería que me tuvieran lastima de mí, tampoco que me vieran como algo raro tuve que encerrarme por completo (Mateo).</p>	<p>– Sentimiento de inutilidad. M</p> <p>– Sentimiento de Soledad. Ñ</p> <p>(23)</p>	<p>M-3</p> <p>Ñ-7</p>
<p>(...) después la enfermera me dijo</p>	<p>– Temor al</p>	<p>B-16</p>

<p>que ya no contagiamos ahora, ya salgo pero todavía no estoy trabajando, cosa que económicamente me afecto por que a mi dinero no me faltaba pero mis hijos me apoyan, no estoy trabando porque tengo temor a que pueda recaer o me vaya a enfermar más y va hacer más difícil para mí, en el sentido de rehacer mi vida personal es por eso que no falto a mi tratamiento para tener que curarme de completo, ahí si voy a poder trabajar porque trabajo podemos conseguir, mi familia me está apoyando (Mateo).</p>	<p>contagio. I – Soporte de la familia a la persona con tuberculosis. B – Auto cuidado durante la enfermedad. J (24)</p>	<p>L-7 J-5</p>
<p>Gracias a dios él me ha favorecido tengo que tomarlo con calma las cosas porque él también nos pone pruebas y esas pruebas lo tenemos que aceptar (Mateo).</p>	<p>– Fe en Dios. L (25)</p>	<p>L-10</p>
<p>Antes de llegar al programa yo me enferme y me llevaron de emergencia al hospital se pensaba que era una neumonía, allí me diagnosticaron que tenía TBC porque en el afán de tratar de solucionar, el medico ordenó una radiografía de tórax y salió que mi pulmón tenía unos huecos unas cavernas bien grandes y dijo que tenía principios de</p>	<p>– Sentimiento de temor a la muerte. H (26)</p>	<p>H-5</p>

<p>TBC. Al principio tenía un poquito de tos pensado que... como yo duermo sin ropa, entonces el aire cerca de la ventana pensé en un resfrió, de repente tomando alguna pastillita me pasa y no me pasaba, tomaba medicamentos (...)</p> <p>Después me dijo el doctor que tenía que pasar al programa, me salieron los resultados que eran positivos y ya pase al programa es donde empecé a tomar el tratamiento y sí esas pastillas empezaron a ser efecto en mi cuerpo pero era aburrido para mi tener que venir todos los días a recibir las pastillas les decía que mejor me las dieran para llevarlas a mi casa, pero no me quisieron dar, me decían que ahí las tengo que tomar (Pablo).</p>		
<p>Decidí en ya no regresar (al hospital), así que me encerré con llave en mi cuarto para que no me sacaran y allí morirme, las pastillas eran feas y eran muchas las que tenía que tomar además me hacían arrojar la comida así que ya no regrese al hospital como cuatro días .</p> <p>Tengo mi cuñado que rompió la puerta y me saco, me dijo: “filipollas, tienes que recuperarte la TBC es una enfermedad que tiene cura, además cualquiera se puede</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptación al tratamiento. E - Soporte de la familia a la persona con tuberculosis. B - Sentimiento de agradecimiento. P <p>(27)</p>	<p>B-16</p> <p>E-4</p> <p>P-1</p>

<p>enfermar por ser descuidado” y para qué me saco y me trajeron al hospital y desde allí ya no deje el tratamiento. Me sometieron a tomar unas vitaminas para que no me enfermara de anemia y si resulto, ahora ya me siento recuperado, se me han disminuidos los síntomas, antes perdí el apetito, mas paraba durmiendo no tenía ni fuerzas nada, no podía ni pararme pero mi familia me apoyo bastante y no me dejo que me muriera, ahora les estoy agradecidos a ellos. (Pablo).</p>		
<p>Nunca en mi vida he tenido esta enfermedad de la tuberculosis , yo estaba con una tormenta en el cerebro, tenía cólera, rabia que hasta quería quitarme la vida, prácticamente estaba al borde de la desgracia , estaba con mi pensamiento que ya no quería saber nada ya... aparte de eso como mi papa vende cajones me dije yo ya tengo asegurado mis cajones, quería morir porque no le encontraba sentido a la vida, me deprimí bastante, me encerré en mi cuarto 2 semanas no quería hablar con nadieme quería morir, tengo mi cajón asegurado con eso me voy a descansar más rápido (Pablo).</p>	<p>– Sentimiento de tristeza, depresión. G – Sentimiento de ira. Q (28)</p>	<p>G - 6 Q-2</p>

<p>Termine con mi enamorada no quería que ella se enterara que tenía la tuberculosis, llamaba y no le contestaba, al final mi papa tubo que decirle que yo ya tenía otro compromiso, el teléfono sonaba tarde y mañana hasta de noche, yo corte mi relación porque no quería que ella se enterara de que no me tuviera lastima y también tenía que curarme... si quiere me espera si no también me da igual me dije (Pablo).</p>	<p>– Temor al contagio. I</p> <p>(29)</p>	<p>I-7</p>
<p>Cuando me encerré y pensaba en el suicidio estaba solo, luego me sacaron a la fuerza y como también tengo mi cuñado que es una poco más estricto me saco y me dijo: “¡vamos amigo, que pasa tenemos que salir de aquí carajo! tienes que curarte o eres una filipolla, tienes que tener valor es una enfermedad simple que cualquiera le puede pasar y tú te me levantas de esa cama y rápido tenemos que salir” me grito me dio valor y me trajo al hospital yo no tenía ni fuerzas para pararme , mi hermana y mi cuñado me ayudaron en traerme, me internaron en el hospital 3 días me pusieron suero yo pensé salir ese mismo rato pero me tuvieron 3 días estaba aburrido quería escaparme del hospital pero mi papa ahí me estaba cuidando.</p>	<p>– Soporte de la familia a la persona con tuberculosis. B</p> <p>– Adaptación a la enfermedad. K</p> <p>(30)</p>	<p>B-16 K-4</p>

<p>Cuando Salí del hospital me fui a mi casa y desde ese momento empecé con el tratamiento, en mi casa somos seis personas vivimos: mi papa mi mamá mi hermana mi cuñado y mi sobrina y mi cuñado, comemos todos en la misma mesa pero si mi plato es diferente, me están apoyado moralmente, como a la hora que yo quiero como mi cuñado me dice come no más por la comida ni te preocupes. Al principio sentía que me rechazaban o me marginaban porque mi plato era diferente pero después comprendí que era para no poder contagiar al resto de mi familia. (Pablo).</p>		
<p>Me deprimí bastante pensaba solo en la muerte, deje toda clase de amigos nunca permití que ellos se enteraran de mi enfermedad, me arrancaba los pelos, pensaba que mi vida no tenía valor me decía: por qué a mí, pero que hubiese sido de mí, si mis papás no me hubiesen apoyado quizá, ya me hubiese muerto pero gracias a ellos ahora ya soy una persona normal ya puedo hacer mis actividades ahora me cuido bastante, tomo mis alimentos a la hora además tomo mis vitaminas para qué, me siento bien como una persona nueva que desea seguir luchando para</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimiento de Soledad. Ñ - Sentimiento de culpabilidad. A - Auto cuidado durante la enfermedad. J <p>(31)</p>	<p>A-2 J-5 Ñ-7</p>

combatir ésta enfermedad. (Pablo).		
(La enfermedad) me afecto bastante, mi vida estaba por los suelos, ahora no tengo amigos porque ellos me han llevado a la vida mundana, bueno, mi autoestima se me tiro por los suelos ahora ya no converso con nadie e septo con mi familia. (Pablo).	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimiento de Soledad. Ñ - Baja autoestima. R <p>(32)</p>	<p>Ñ 7</p> <p>R-.1</p>
Deje de trabajar, porque mi familia no me permitió que trabaje por la enfermedad, trabajaba como detective privado y por esta enfermedad dejé de trabajar por largo tiempo, es incómodo porque dejas de hacer algo que te gusta, a mí me choco bien feo, me sentí un inútil al enterarme que tenía esta enfermedad (Pablo).	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimiento de inutilidad. M <p>(33)</p>	<p>M-3</p>
Ahora ya estoy más tranquilo a diferencia de antes, ahora me siento mucho mejor, estoy contento aquí en el servicio recibiendo mi tratamiento, yo ya estoy en la segunda fase tengo fe que pronto voy a salir de esta y diré que nada paso en mi vida ahora estoy reanudando mi trabajo aunque mi papá me dice que no trabaje por que tiene miedo que me vaya a enfermar pero como le dije estoy tomando vitaminas y yo pienso que ya no me voy a enfermar. (Pablo).	<ul style="list-style-type: none"> - Fe en Dios. L - Auto cuidado durante la enfermedad. J <p>(34)</p>	<p>L- 0</p> <p>J-5</p>

<p>Yo me sentía mal... desde hace cuatro años sufría de muchos resfriados y me parecía que era una simple gripe nomas, que no era al pulmón (...) pero ya cuando me agrave con la tos mis hijos me mandaron a Lima... Y allá soy examinado, me sacaron algo del pulmón con una sonda por la nariz, luego llego el resultado a los dos meses y me dijeron que era tuberculosis, y por eso es que me han dado el tratamiento, (...) el doctor me dio los pases para acá Jaén, pero cuando vine no sabía que hacer me parecía que no me iban a atender y si! para que me están atendiendo acá... pero ya terminé y ahora estoy tomando dos veces a las semana el tratamiento. (Justo)</p> <p>Recuerdo que... Cuando la tuberculosis me atacaba con fiebre no podía ni pararme, tenía miedo a la muerte porque a la edad (82 años) que tengo decía que con esta enfermedad ya no me podre sanar, porque ni la medicina me va a sanar y me tendré que ir de este mundo... llora...llora... aunque soy indigno pero diosito parece que me quiere más, y gracias a él me he mejorado, no faltó a mi tratamiento. Inicialmente estaba muy mal, me fui</p>	<p>- Fe en Dios. L - Adaptación a la enfermedad. C - Sentimiento de tristeza (llanto). G Sentimiento de temor a la muerte</p> <p>(35)</p>	<p>L-10 C-8 G-6</p>
---	--	-------------------------------

<p>al sacerdote para que me diera el último sacramento, porque me encontraba grave, pensaba en morirme, estaba muy mal, me dolía mi pulmón, me sacaron un quiste de adentro... Y eso me atemorizó, me preocupo y pensaba: ya van hacer horas de que dios me va a llamar, por una parte me conformaba que ya diosito me ha dado tanta vida, porque ya para 82 años no es poquito, ya no es poquito..., yo cuando joven pensaba en mis hijos que diosito me dejara siquiera hasta los sesenta, y lo estoy pasando hasta los ochenta y no sé hasta cuándo... Él me dio otra oportunidad y me recupere... (Justo)</p>		
<p>Yo estaba en manos de mis hijos (...) ellos me cuidaron, porque son muy aparentes conmigo y ahora ya me siento restablecido. Con ellos me sentía contento porque bueno... me distraían un momento, me atendían en la comida, en la medicina en todo..., ya no pensaba en la enfermedad, y cuando estaba solo y no tenía que hacer de nuevo me acordaba (risa)... Pero luego paso, luego paso... Hasta ahora ellos vienen a verme, este sano o este mal, todas las tardes me visitan y me siento contento porque en mi familia todos están cooperando... (Justo)</p>	<p>- Soporte de la familia a la persona con tuberculosis. B</p> <p>(36)</p>	<p>B-16</p>

<p>De la tuberculosis yo pensaba que eso tiene cura, porque un hijo también lo vivió así, pero se trató, demoró pero se sanó... Pero a mí cuando me atacaba con fiebre que no podía pararme, ahí ya no pensaba vivir, pensando en la tuberculosis decía: eso puede haber medicina, pero por la edad que tengo, ya será hora que me tenga que ir de este mundo...</p>	<p>– Sentimiento de temor a la muerte. H</p> <p>(37)</p>	<p>H-5</p>
<p>Y ahora que estoy restablecido me siento contento, solamente dando gracias a dios, a los hijos que me mandaron... y aquí los médicos que me están atendiendo, para que... el tratamiento es más corto (...) (Justo)</p>	<p>– Soporte de la familia a la persona con tuberculosis. B</p> <p>– Fe en Dios. L</p> <p>– Adaptación a la enfermedad. . E</p> <p>(38)</p>	<p>B-16</p> <p>L-10</p> <p>E-4</p>
<p>Cuando me fui a Lima y me entere que era tbc, ahí me preocupo, porque dicen que es pegadiza, que es contagiosa que uno debe comer en servicios aparte, por eso es que me atienden así en la casa, con los servicios aparte, ni para molestarme porque la enfermedad es así, no es porque no me quieren, sino por evitar el contagio, pero por el tiempo que he estado así, comiendo juntos todos por igual, parece que no he</p>	<p>– Aceptación a la enfermedad. S</p> <p>(39)</p>	<p>S-2</p>

contagiado a nadie... (Justo)		
<p>Yo estaba un poco sensible... al principio cuando me entere de la enfermedad tenía cólera porque separaron mis servicios: la cuchara, los platos y la taza todo aparte, luego los lavaban y guardaban para la hora que lo necesite... yo me sentía mal... les decía: No se preocupen de mí, que va hacer tan pegadiza mi enfermedad (...) Ahí renequé con Dios, decía porque a mi esta enfermedad, yo pensaba todos me tienen asco...renegaba contra mi vida, decía más bien que Dios me hubiera recogido....., siempre tenemos un momento de pensar y de recuperar algunos pensamientos buenos... pero no es eso, yo he pensado que es por prevenir contagiar a mi familia. (Justo)</p>	<p>– Sentimiento de ira. Q</p> <p>(40)</p>	<p>Q-2</p>
<p>Algunos de los amigos creen (que la tuberculosis si tiene cura), algunos no, dicen: los médicos nos hacen gastar (dinero), pero yo sí creo en el tratamiento, porque yo estoy sufriendo las consecuencias de esta enfermedad (Justo).</p>	<p>– Aceptación a la enfermedad. S</p> <p>(41)</p>	<p>S-2</p>

<p>Y hoy ya estoy más contento (...), como repito en primer lugar dios, mis hijos que se preocupan, aquí que me están atendiendo, y ahora que ustedes están atendiéndome (risa) doy gracias a dios también, creo que no he logrado esta conversación más antes. (Justo)</p>	<p>– Soporte de la familia a la persona con tuberculosis. B</p> <p>(42)</p>	<p>B-16</p>
---	---	-------------

RESULTADO DE LA CATEGORIZACIÓN: **11 SUBCATEGORÍAS.**

EXPERIMENTANDO UN ESTADO DE CONMOCIÓN COMO PRODUCTO DE LA TUBERCULOSIS	TOMANDO CONCIENCIA FRENTE A LA ENFERMEDAD	ACEPTACIÓN Y ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD
<p>1. Sentimiento de inutilidad.</p> <p>2. Sentimiento de ira.</p> <p>3. Sentimiento de temor a la muerte.</p> <p>–</p>	<p>1. Sentimiento de tristeza.</p> <p>2. Sentimiento de culpabilidad</p> <p>3. Sentimiento de Soledad.</p> <p>4. Soporte de la familia a la persona con tuberculosis.</p>	<p>1. Auto cuidado durante la enfermedad.</p> <p>2. El deseo de estar sano.</p> <p>3. Sentimiento de alegría</p> <p>4. Agradecimiento a Dios y al apoyo de la familia</p>