



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

Para optar el título profesional de Licenciado en Enfermería

Percepciones y creencias sobre el virus Covid-19 en pacientes
con tuberculosis pulmonar en un establecimiento de salud de
Lima Este - 2021

PRESENTADO POR

Reinoso Acuña, Rosina
Calle Gonzales, Flor Gladys

ASESOR

Méndez Nina, Julio César

Lima, Perú, 2022

Agradecimiento

A Dios, por acompañarme todos los días. A mis padres, quienes han sido ejemplo en este camino sobre todo cuando cometía errores ya que han sabido corregirme con valores y mucha constancia en cada paso; asimismo, agradezco a mis hermanas Rola, Rosalinda, Ruth y Rushi, por apoyarme incondicionalmente desde inicio hasta la actualidad. A mi docente Mg. Julio César Méndez Nina, por transmitir la confianza y conocimientos en este trabajo de investigación.

Rosina Reinoso Acuña

A Dios todopoderoso, por darme la fortaleza para no dejarme vencer ante las diferentes pruebas que la vida me ha presentado, demostrándome que siempre está conmigo y por permitirme el desarrollo de este trabajo de investigación; a mi novio, por el apoyo emocional desinteresado que me ha brindado cada día para desarrollar la carrera. A mi docente Mg. Julio César Méndez Nina, por transmitir sus conocimientos, enseñanzas para desarrollar el trabajo de investigación, por su asesoría, su tiempo y ser nuestro apoyo en el presente trabajo. A todos muchas gracias.

Flor Calle Gonzales

Dedicatoria

A mis padres, por estar siempre en cada momento brindando su apoyo incondicional; asimismo, a mis hermanas, quienes estuvieron en cada etapa de mi progreso profesional inculcándome los buenos valores; también a los docentes, por brindar su apoyo en este proyecto; además a los pacientes con tuberculosis pulmonar de la DIRIS Lima Este, quienes me apoyaron participando gustosamente en las entrevistas para realizar este trabajo.

Rosina Reinoso Acuña

Este trabajo está dedicado primeramente a Dios y a mis queridos padres, por ser mi ejemplo de fortaleza, valentía, lucha constante y sobre todo por su amor, por formarme con valores correctos, ser mi protección y apoyo permanente para cumplir mis metas como profesional. A mi novio, por motivarme cada día a seguir adelante, para culminar la carrera profesional; a los pacientes con tuberculosis pulmonar, son ellos quienes me motivaron para realizar este estudio, agradecerles por su participación contribuyendo en la realización de este trabajo.

Flor Gladys Calle Gonzales

Índice General

Agradecimiento	1
Dedicatoria	2
Índice General	3
Índice de Tablas	4
Índice de Anexos	5
Resumen	6
I. INTRODUCCIÓN	8
II. MATERIALES Y MÉTODOS	20
2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	20
2.2 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO	20
2.3 CATEGORÍA(S) DE ESTUDIO	22
2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	23
2.5 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS	27
2.5.1 Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos	27
2.5.2 Aplicación de instrumento de recolección de datos	27
2.6 MÉTODOS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO	28
2.7 ASPECTOS ÉTICOS	31
III. RESULTADOS	34
IV. DISCUSIÓN	40
4.1 DISCUSIÓN PROPIAMENTE DICHA	40
4.2 CONCLUSIONES	45
4.3 RECOMENDACIONES	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
ANEXOS	59

Índice de Tablas

Tabla 1. Características sociodemográficas de pacientes entrevistados	34
Tabla 2. Categorías, subcategorías y códigos sobre las percepciones halladas sobre el COVID-19 en pacientes con TBC pulmonar.	37
Tabla 3. Categoría, subcategorías y códigos sobre las creencias halladas sobre el COVID-19 en pacientes con TBC pulmonar.....	39

Índice de Anexos

Anexo A. Operacionalización de las categorías y subcategorías apriorísticas	60
Anexo B. Instrumento de recolección de datos	61
Anexo C. Consentimiento informado.....	63
Anexo D. Acta o dictamen de informe de comité de ética.....	65
Anexo E. Validación por jueces expertos de la guía de entrevista	66
Anexo F. Evidencias del trabajo de campo.....	70

Resumen

Objetivo: La investigación tuvo por objetivo explorar la percepciones y creencias sobre el virus COVID-19 en pacientes con tuberculosis pulmonar en un establecimiento de salud de Lima Este.

Materiales y métodos: Estudio de enfoque cualitativo que utilizó el diseño fenomenológico. Se entrevistó a 15 pacientes con diagnóstico y tratamiento de tuberculosis. La técnica empleada fue la entrevista semiestructurada y el instrumento fue la guía de entrevista. La guía contó con 12 preguntas agrupadas en cuatro subcategorías apriorísticas propuestas por las investigadoras.

Resultados: El análisis del contenido inductivo de los participantes permitió la aparición de seis subcategorías emergentes: vulnerabilidad frente al COVID-19, sentimientos frente al COVID-19, cumplimiento de medidas preventivas frente al COVID-19, síntomas del COVID-19 y la tuberculosis, creencias sobre el origen del COVID-19 y desinformación y desconfianza frente a la vacuna contra el COVID-19.

Conclusiones: El estudio demostró que la mayoría de los pacientes con tuberculosis mostraron su preocupación por que un contagio de COVID-19 podría agravar su condición de vulnerabilidad. Mostrando muchos de los pacientes miedo, temor y preocupación de contagiarse por COVID-19. Además, reportaron cumplir con las medidas preventivas frente a la situación de la pandemia. Sobre sus creencias se encontró entre las respuestas de los pacientes desconfianza y desinformación sobre la vacuna contra el COVID-19, así como en un grupo de pacientes aceptación de la vacuna.

Palabras clave: Percepciones, pacientes, infecciones por Coronavirus, tuberculosis pulmonar (Fuente: DeCS).

Abstract

Objective: The aim of this research was exploring the perception and beliefs about the COVID-19 virus in patients with pulmonary tuberculosis in a health facility in Lima Este.

Materials and methods: This is a qualitative approach study, which used the phenomenological design. 15 patients diagnosed and treated for tuberculosis were interviewed. The technique used was the semi-structured interview and the instrument was the interview guide that contains 12 items grouped into four a priori subcategories proposed by the researchers.

Results: The inductive content analysis of the participants allowed the appearance of six emerging subcategories: vulnerability against COVID-19, feelings to COVID-19, compliance with preventive measures against COVID-19, symptoms of COVID-19 and tuberculosis, beliefs about the origin of COVID-19 and misinformation and distrust of the COVID-19 vaccine.

Conclusions: The study showed that the majority of tuberculosis patients expressed concern that a COVID-19 infection could make their vulnerability condition even worse, which make many of the patients to feel fear, anxiety and concern of being infected by COVID-19. In addition, they reported complying with the preventive measures to cope with the situation during the pandemic. Regarding their beliefs, it was found among the patient responses distrust and misinformation about the COVID-19 vaccine, as well as acceptance of the vaccine in a group of patients.

Keywords: perception, patients, Coronavirus infections, pulmonary tuberculosis (Source: DeCS)

I. INTRODUCCIÓN

La enfermedad por coronavirus (COVID-19) continúa extendiéndose en el mundo a pesar de las medidas tomadas a nivel mundial. Según los datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), al 20 de enero del 2022 ha llegado a 213 países y se han notificado 336 mil millones de casos confirmados con más de 5,5 millones de muertes y se han administrado un total de 9,5 millones de dosis de vacunas. El 30 de enero de 2020 el Comité de Emergencia de la OMS catalogó a este brote como una emergencia de salud global basada en las crecientes tasas de notificación de casos en China y otros países (1). Asimismo, el secretario general de la OMS Antonio Guterres indicó que aún se está lejos de lograr la meta de inmunizar al 70% de la población mundial (2).

En el Perú a partir de marzo 2020 la expansión del COVID-19 provocó una profunda crisis sanitaria que impactó en los grupos de mayor vulnerabilidad social. En el reporte que brinda la sala situacional COVID-19 al 21 de enero del 2022 se han presentado 2,7 millones casos confirmados y 203,750 muertes por COVID-19. Además, el Ministerio de Salud (MINSA) informa que el número de casos que se está incrementando en las últimas semanas es por la variante ómicron, detectadas en Lima metropolitana y Callao principalmente (3).

El SARS-CoV-2 pertenece a la familia de coronavirus cuyo material genético es de tipo ARN (ácido ribonucleico), su morfología es esférica con una cáscara de núcleo y una superficie que se asemeja a una corona solar. Son cuatro subfamilias de coronavirus: alfa, beta, gamma y delta. Los alfa y delta tienen su origen en mamíferos, principalmente murciélagos, y se cree que causan enfermedades más graves y mortales en humanos (4).

Según la OMS la transmisión del SARS-CoV-2 se da por medio de gotitas respiratorias y vías de contacto. El proceso de la transmisión de gotitas se da a través del contacto directo cuando una persona se expone a las gotitas respiratorias infecciosas, cuando se encuentran a menos de un metro de una persona con síntomas respiratorios. Asimismo, la transmisión también puede darse por medio del contacto indirecto a través de fómites en superficies que se

encuentran en el entorno inmediato de la persona infectada (5). Por ende, la importancia de los mecanismos dispuestos a nivel mundial para su prevención como son el lavado de manos con agua y jabón, el uso de alcohol para su desinfección, el aislamiento social y el uso de mascarillas para reducir su contagio.

En relación con la sintomatología que provoca el COVID-19, se da con mayor frecuencia entre los días cuatro y cinco de la exposición; sin embargo, las investigaciones han demostrado que el periodo puede extenderse hasta los 14 días. Entre los síntomas más comunes que figuran en la literatura descrita hasta la actualidad se encuentran la fiebre, tos, fatiga y dificultad para respirar, que son similares a otras infecciones virales, incluida la gripe estacional (6). Otros síntomas menos frecuentes que afectan a algunas personas son los dolores y molestias, la congestión nasal, el dolor de cabeza, la conjuntivitis, el dolor de garganta, la diarrea, la pérdida del gusto o el olfato y las erupciones cutáneas o cambios de color en los dedos de las manos o los pies. Estos síntomas suelen ser leves y comienzan gradualmente. Algunas de las personas infectadas solo presentan síntomas leves.

A diferencia del COVID-19, se conoce que la tuberculosis (TB) afecta al mundo desde hace miles de años y ha sido reconocida como una emergencia mundial por la OMS desde 1993. Según las estimaciones de la OMS para el 2020, al igual que en los últimos años, se señala que a nivel mundial existen aproximadamente 10 millones de personas con TB, esto es equivalente a 127 casos por 100,000 habitantes. En los últimos años ha ocurrido una reducción en la incidencia de TB por cada 100,000 habitantes como parte de la estrategia para poner fin a la tuberculosis. El próximo hito al 2025 es lograr una reducción del 50% en comparación de lo alcanzado el 2015. El objetivo de desarrollo sostenible 3 (ODS3) incluye una meta más ambiciosa de una reducción al 80% para poner fin a esta epidemia mundial al 2030 (7). No obstante, a pesar de la disponibilidad de terapias preventivas o curativas y de los múltiples esfuerzos logrados en los últimos años, la TB persiste como un grave problema de salud en todo el mundo. Además, de esta situación epidemiológica, es importante destacar el aumento de la tuberculosis multirresistente (MDR-TB) que según la OMS ha pasado de

una simple tendencia de aumento a un riesgo de control a nivel global. En el 2019 se estima que hubo 465,000 casos de MDR-TB, que equivale al 11% del número total de casos de TB en el mundo (7).

En América Latina se presentan aproximadamente 500,000 casos nuevos de tuberculosis (TB) cada año, estimándose en Latinoamérica y el Caribe un total de 645,000 casos (8). Según información del MINSA, en el Perú la TB sigue siendo un problema de salud pública, en el 2022 se informó que el 57% de casos de TB pertenecen a Lima y Callao. Mientras que en el 2021 el 88% de los casos nuevos fueron de estas regiones (9). Además, la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este (DIRIS Lima Este) ocupó el tercer lugar en incidencia y morbilidad por TB (193 y 303 x 100 000 hab. respectivamente) (10).

Es de conocimiento público que en el 2020 apareció el COVID-19, que ha impactado en todo el sistema de salud a nivel mundial y la tuberculosis no es ajena a su impacto. Como sabemos el SARS-CoV-2 y el *Mycobacterium tuberculosis* se relacionan por los determinantes sociales comunes. Diversas investigaciones concluyen que las tasas de infección de ciertas enfermedades son desproporcionalmente altas en grupos socialmente desfavorecidos y desatendidos, que impacta en su salud y estado de bienestar conduciendo a estas poblaciones vulnerables a ciclos de enfermedad y pobreza (11). Aunque aún no hay investigaciones que profundicen y den una mayor claridad que asocien los resultados clínicos más graves de COVID-19 con la TB, es fundamental considerar que tanto el SARS-CoV-2 y el *Mycobacterium tuberculosis* afectan principalmente a los pulmones y a las poblaciones de mayor vulnerabilidad social.

Diversos determinantes sociales de la salud como la pobreza, la falta de vivienda, la desnutrición y la discriminación racial y étnica impactan considerablemente en la tasas de mortalidad y morbilidad del COVID-19 (12). De esta forma los determinantes sociales tienen un impacto en la salud al influir en quienes se enferman y que grupo poblacional es el más vulnerable. La pandemia de COVID-19 exacerba el impacto en las desigualdades mencionadas, principalmente en aquellos que ya presentan diversas barreras, como son las personas afectadas con tuberculosis. Por lo tanto, el atender la mejora de las

viviendas, la reducción en el hacinamiento, la mejora en la nutrición y el aumento en la resiliencia económica y social disminuye el impacto de estas enfermedades infecciosas como son la TB y el COVID-19 (13) (14) (15) (16).

En ese sentido, las investigaciones predicen el impacto potencial de la pandemia de COVID-19 en los servicios de TB y sugieren que las medidas abordadas para frenar la pandemia del COVID-19 van a debilitar la respuesta en la atención de pacientes con tuberculosis (17) (18) (19). Más aun, cortas interrupciones en estos servicios podrían tener un impacto a largo plazo en el control de la TB (17). Según diversas investigaciones, estos se percibirían en países de alta morbilidad y mortalidad de TB donde aumentaría en 6,3 millones y 1,4 millones en el 2020 y el 2025, respectivamente (17). Siendo los retrasos en el diagnóstico y el tratamiento preventivo como los posibles catalizadores en estos resultados desalentadores (17)(19). En una revisión sobre este tema se evidencia el impacto de la pandemia de COVID-19 en los servicios de TB del nivel de atención primaria, donde los temas que se abordaron fueron el efecto de la pandemia de COVID-19 en los servicios de TB, las experiencias de los pacientes y trabajadores de la salud y las recomendaciones para los servicios de TB durante la pandemia de COVID-19. Una revisión bibliográfica de las principales bases de datos de revistas indexadas demostró que de 820 artículos solo 21 cumplieron con los criterios de elegibilidad, se halló que las estrategias de mitigación para enfrentar la pandemia del COVID-19, así como el miedo y el estigma experimentados al inicio de la pandemia pueden haber llevado a que no se detecten a nivel mundial nuevos casos de TB y que los tratamientos hayan sido mermados (19).

Frente a esta situación del encuentro de dos pandemias, la COVID-19 y la TB, la atención primaria en salud como primer contacto entre la población y los centros de salud cumple un papel fundamental en el acceso equitativo a los servicios de la salud y la continuidad de la atención son reconocidas como herramientas fundamentales para lograr el cumplimiento de los ODS en salud (20). Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reafirma que los vínculos entre la atención primaria y la mejora de los resultados de la salud y la equidad y el aumento de la seguridad convierten a la atención primaria en

salud en la piedra angular para el fortalecimiento de la salud a nivel mundial (21). Además, la OMS ha remarcado que los avances en cumplir los ODS para contener la epidemia de la TB puede acelerarse cuando este se integre con la atención primaria en salud (APS), siendo los servicios de APS de alta calidad un predictor positivo del cumplimiento de las estrategias de control de la TB (22). En consecuencia, los cuidados de enfermería son aspectos medulares en la actividad de las APS. Estudios recientes sobre el significado del cuidado por parte del enfermero se refieren a la atención oportuna, rápida, continua y permanente, centrada en atender los problemas que afectan la dimensión personal de las personas que requieren un servicio institucionalizado (23). Por lo expuesto, la pandemia de la COVID-19 saturó los sistemas de salud a nivel mundial y en nuestro país generó que los pacientes afectados por TB disminuyeran su acceso a una atención primaria. Por ende, es importante fortalecer el servicio de atención de pacientes con TB por tratarse de un grupo socialmente vulnerable.

La investigación tuvo un abordaje cualitativo que permitió dar un acercamiento a la realidad, permitiendo la exploración y comprensión de las percepciones y creencias de los pacientes con tuberculosis. Por consiguiente, presentó como marco teórico el interaccionismo simbólico que permite captar aspectos subjetivos de la experiencia y permiten la comprensión de los significados presentados en situaciones concretas, como lo son los estudios cualitativos que tienen por finalidad acceder a las subjetividades de los seres humanos (24). El marco conceptual del interaccionismo simbólico fue propuesto por Herbert Blumer que considera los significados como un producto social, que emerge de las actividades e interacciones entre individuos dentro de un contexto social. Para el autor, el interaccionismo simbólico descansa en tres premisas: la primera, consiste en que las personas basan sus experiencias y acciones cotidianas en los significados que estas mismas tienen para ellos; es decir, todo aquello que las personas perciben a su alrededor. Segundo, los significados son resultados de la interacción entre los seres humanos y tercero, los seres humanos pueden ser modificados por medio de un proceso denominado interpretativo que inicia cuando se da la interacción del ser humano con su entorno (25). El interaccionismo simbólico como teoría conductora de estudios

cualitativos contribuye a analizar de forma profunda los procesos o contextos específicos para entender un fenómeno social. En ese sentido, el ser humano se encuentra en constante formación de significados, experiencias relacionadas con la salud, la enfermedad, la muerte, el duelo, la vinculación con el personal de enfermería y con otros seres humanos que comparten sus experiencias y vivencias (26). Asimismo, es importante conceptualizar las percepciones que se definen como el proceso por el cual se reúne y se interpreta la información relevante encargado de generar un estado de claridad y lucidez consciente que permita el desempeño dentro del mayor grado de racionalidad y coherencia posibles con el mundo circundante, realizando abstracciones a través de las cualidades que definen lo esencial de la realidad externa e interna de la persona humana. La experiencia perceptiva involucra la capacidad de conceptualización, en el sentido de que un estado o un episodio debería estar al frente para la reflexión del ser humano que toma una recepción de cualquier evento susceptible o un suceso donde evalúa de manera racional y analítica (27). Mientras que las creencias se definen como la comprensión del contraste potencial del pensamiento y los valores, entre lo que se tiene por verdadero y lo que es realmente verdadero, entre nuestra concepción subjetiva de las cosas y el modo en que las cosas son en realidad externa e interna. (28).

Un estudio realizado por Dos Santos et al. (29) cuyo objetivo fue analizar los discursos de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis multirresistente (MDR) durante la pandemia de COVID-19, en una ciudad de Brasil, encontraron por medio del análisis del discurso la aparición de cuatro ejes temáticos en relación con la tuberculosis MDR y el COVID-19. Se entrevistó a siete participantes quienes cumplieron con los criterios de elegibilidad. Mientras que los datos fueron recolectados por medio de llamadas telefónicas, considerando las medidas sanitarias por el contexto de la pandemia. Para el análisis de los discursos se utilizó el software Atlas.ti 8.0. Entre los cuatro ejes temáticos encontrados, el primero fue el impacto de los determinantes sociales en el desarrollo de la tuberculosis multirresistente; segundo, las barreras para buscar atención y dificultades para acceder a los servicios de salud por el contexto de la pandemia de COVID-19; tercero, las percepciones de los efectos secundarios y su impacto en el tratamiento de la TB multirresistente y, por último, la

tuberculosis y el COVID-19: Un diálogo necesario. A continuación, se mencionan algunas citas ejemplificadoras en cada uno de los ejes temáticos recogidos de las entrevistas:

"Mi hijo se enfermó primero, pero mi casa no es grande, y todos dormidos en la misma habitación, creo que por eso yo también me enfermé" (paciente 01).

"Mira, así, trato de no salir de casa, tengo miedo de salir a buscar la medicina. Llamo al hospital cuando tengo que conseguir la medicación, ya sabes, reciben la receta y me la envían, para que pueda quedarme aislada..." (paciente 02).

En la misma línea de la investigación, Mwamba et al. (30) realizaron una investigación cualitativa en un grupo de pacientes recién diagnosticados con TB en Zambia, con la finalidad de explorar como el COVID-19 puede haber influenciado en la búsqueda de atención médica para la TB durante los primeros meses de la pandemia de COVID-19. Se realizaron entrevistas en profundidad a 17 personas que cumplieron con los criterios de elegibilidad para la investigación. Se utilizó como instrumento una guía de entrevista que contenía preguntas abiertas que exploraban las aptitudes y el conocimiento hacia el COVID-19 y TB, el impacto potencial de COVID-19 en el comportamiento y búsqueda de la salud y tratamiento de TB y las recomendaciones de los pacientes para alentar a otras personas con TB a utilizar los servicios de atención médica durante la pandemia de COVID-19. Para el análisis de datos se utilizó el software de análisis cualitativo Dedoose v7.0.23 con el propósito de organizar y codificar las transcripciones. En ese sentido, se realizó el análisis temático utilizando un enfoque híbrido de codificación que incluyó las categorías apriorísticas como las categorías emergentes. De las entrevistas de los participantes se agruparon los códigos en las siguientes categorías: las actitudes, las percepciones y los conocimientos relacionadas con el COVID-19, el impacto de COVID-19 en el diagnóstico y tratamiento de TB y las recomendaciones de los pacientes para alentar a otras personas con TB a utilizar los servicios de atención médica durante la pandemia de COVID-19. A continuación se transcriben las citas más ejemplificadoras en orden de las categorías mencionadas:

“La tuberculosis es mejor porque hay medicamentos para ella, a diferencia del COVID-19, donde solo necesitará estar en cuarentena ... y solo intentarán bajar su temperatura. De lo contrario, es solo por la gracia de Dios.” (Hombre, Kanyama).

“... Mi estilo de vida en casa, cómo encontrar comida y alquileres [han cambiado por el coronavirus] ... Cuando vayas a pedir prestado, o a cobrar dinero de tus deudores, o a buscar trabajo, ellos solo te dirán que están en la misma situación...” (Hombre, Matero).

La investigación concluyó que los pacientes recién diagnosticados con TB en Zambia muestran disposición a buscar atención y seguir manteniendo su tratamiento para mejorar su salud a pesar de los miedos y temores de contraer COVID-19. Por lo tanto, para poder proteger a las personas con TB y apoyar su compromiso por mantener su atención en los centros de salud durante la pandemia de COVID-19, las estrategias y acciones sanitarias deben combinarse con mensajes de salud pública que fomente la búsqueda oportuna de atención y destaquen las medidas de control de la pandemia que se están tomando en los centros de salud para proteger a estas personas vulnerables.

Asimismo, en la investigación realizada por Soko et al. (31) que aborda los efectos de la pandemia de la COVID-19 en las notificaciones de casos de tuberculosis en la ciudad de Blantyre, Malawi. Los investigadores tuvieron como objetivo principal la estimación del número de notificaciones de casos de TB omitidos. Asimismo, para explicar los principales factores causales de las notificaciones de TB se realizó un estudio cualitativo con los trabajadores de salud que están en comunicación con los pacientes de TB. La técnica utilizada para el recojo de los datos cualitativos fueron las entrevistas en profundidad en 12 trabajadores de la salud pertenecientes a los centros de atención primaria de Blantyre. Entre los resultados se encontró que la pandemia condujo a una disminución del 35,9% en las notificaciones de TB en abril del 2020. Sin embargo, las notificaciones posteriores aumentaron en un 4% mes a mes. Por lo tanto, se estimó que la epidemia del COVID-19 impactó directa e indirectamente a 333 menos notificaciones de TB, una reducción del 23,7% en las notificaciones de TB. Además, en los resultados cualitativos, las categorías que surgieron de las entrevistas en profundidad se vinculan con la reducción de las personas que

asisten a los centros de atención primaria para su atención y/o tratamiento de TB. Dentro de las principales categorías que emergieron tenemos: la asistencia reducida de los pacientes de TB a los centros de salud por temor a infectarse con COVID-19; efectos en las medidas de prevención de COVID-19 en el acceso a la atención médica y el estigma de COVID-19 debido a síntomas similares a la tuberculosis como la tos y fiebre. En una de las entrevistas con los trabajadores de salud sobre las razones por la cual menos personas fueron diagnosticadas con tuberculosis durante la pandemia se lee:

“la gente tenía miedo de infectarse si venían a las instalaciones”.

“Los signos y síntomas de COVID-19 y TB eran de alguna manera similares, por lo que debido a que los signos eran similares, las personas tenían miedo de venir al hospital porque asumían que en lugar de hacerles pruebas de TB les haríamos pruebas de COVID-19”

Khan et al. (32) en una investigación que tuvo el objetivo de recoger las experiencias de los profesionales de la salud con la finalidad de identificar las estrategias para mitigar la interrupción de los servicios de atención médica causada por la pandemia del COVID-19. Se realizó un estudio de corte transversal entre profesionales de salud como médicos, enfermeras, técnicos de laboratorio, proveedores de atención médica comunitaria, directores de centros de salud, etc. que trabajan en la primera línea de atención de TB y VIH en países de ingresos bajos y medios de todo el mundo. Entre los meses de mayo y agosto del 2020 se recopilaron datos cuantitativos y cualitativos por medio de una encuesta en línea en 11 idiomas. Se usó el Survey Monkey para administrar la encuesta en línea que tuvo nueve preguntas cerradas y dos preguntas abiertas que recogieron el texto libre y estas constituyeron la data cualitativa de la investigación. De los 669 encuestados de 64 países, más del 40 % indicó que era imposible para los pacientes con TB y VIH llegar a los centros de salud desde el inicio de la pandemia de COVID-19. Entre las barreras más comunes que se informó que impactaron a los pacientes fueron: el miedo a infectarse con SARS-CoV-2 y las interrupciones en el transporte y restricciones de desplazamiento debido al confinamiento y aislamiento social obligatorio. Además, el 37% y el

28% de las respuestas sobre TB y VIH declararon que el acceso a los servicios de atención primaria se vio gravemente afectado. Asimismo, las respuestas cualitativas evidenciaron la preocupación por el aumento en la estigmatización de los pacientes con TB y VIH debido a los cambios en la prestación de servicios. Entre las respuestas proporcionadas por los encuestados se encontraron la estigmatización cuando se pidió a los pacientes con VIH que mostraran sus tarjetas de salud para viajar, cuando los pacientes que presentaban síntomas de TB fueron aislados y examinados por primera vez para COVID-19, y cuando se llama la atención sobre los pacientes con TB o VIH en sus comunidades durante la distribución comunitaria de medicamentos. Entre las principales conclusiones de esta investigación centrada en las experiencias de los profesionales de la salud que atienden en primera línea, se destacan que los pacientes y profesionales de la salud enfrentaron enormes desafíos para acceder a las instalaciones de atención médica y mantener la prestación rutinaria de salud enfocada en el diagnóstico y tratamiento después de la pandemia de COVID-19. Además, los profesionales de la salud identificaron importantes estrategias de mitigación del impacto de la pandemia, incluidas adaptaciones para la reducción de costos o la necesidad que los pacientes con TB y VIH realicen viajes hacia el centro de salud, medidas para abordar la seguridad y la motivación de los proveedores de atención médica y enfoques para abordar el aumento del estigma.

Finalmente, la investigación realizada por Sharma y Khokhar (33) con la finalidad de identificar los factores de riesgo y percepciones sobre el COVID-19 entre pacientes con tuberculosis en Delhi, India. El estudio fue descriptivo de corte transversal donde se recopiló información sobre el perfil sociodemográfico, el perfil de la enfermedad de TB, los antecedentes de COVID-19 y las percepciones sobre la TB y la confección de COVID-19. De los resultados se encontró que de un total de 107 participantes, el 42,1% de los participantes percibieron que los pacientes con TB tenían un mayor riesgo de COVID-19. Además, 22,4 % de los participantes estuvieron de acuerdo que el consumo de tabaco aumenta el riesgo de TB y COVID-19 y la mayoría de los participantes de la investigación estuvieron de acuerdo en seguir el comportamiento adecuado frente al COVID-19. Sin embargo, los números de la línea de apoyo frente al COVID-19 no eran

conocidos por la mayoría de los participantes del estudio. En las conclusiones, se evidenció que la quinta parte de los pacientes con TB nunca se sometieron a pruebas de COVID-19 a pesar de las directivas de detección bidireccional para ambas enfermedades; además, un porcentaje significativo de los participantes del estudio percibieron que los pacientes que tenían TB tenían un mayor riesgo de COVID-19.

Por lo expuesto, la presente investigación mantiene la línea de estudio del impacto que está dejando la pandemia de COVID-19 en nuestro país, uno de los países más afectados por la pandemia en la región. Asimismo, considerando que somos un país con alta tasa de prevalencia de TB, el estudiar desde las experiencias de pacientes con tuberculosis las percepciones y creencias que manifiestan sobre el COVID-19 contribuye a explorar el impacto que ha tenido la pandemia en la salud de estos pacientes con tuberculosis. En ese sentido, la investigación muestra su importancia y se suma a diversas investigaciones que en el plano mundial han identificado el impacto que está dejando la pandemia del COVID-19 en los servicios de atención primaria de la salud en pacientes con tuberculosis.

La investigación da a conocer desde las percepciones y creencias de los pacientes con TB, el papel que juega en este contexto de la pandemia de COVID-19 las necesidades de mantener los servicios de atención primaria como principal medio de apoyo, control, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. Por consiguiente, evidencia su relevancia social al ser la tuberculosis un problema de salud mundial y más aún en nuestro país con una infraestructura en salud aún insuficiente a las demandas de la población y que la pandemia ha agudizado estos problemas principalmente en los grupos poblaciones de mayor vulnerabilidad. Por eso, la investigación contribuye a dar información específica en una población con factores determinantes de vulnerabilidad identificando barreras y cuellos de botella que por motivos de la pandemia están dificultando el acceso a los servicios de atención primaria frente a la TB. Finalmente, en relación con el aporte metodológico, la investigación contribuye desde el enfoque cualitativo abordar una problemática mundial desde la comprensión de la realidad en subjetiva e intersubjetiva de los participantes aportando con un marco

metodológico distinto a un problema común como es el impacto que está dejando la pandemia del COVID-19 en los servicios de atención primaria a los pacientes con tuberculosis. Por lo expuesto, la investigación tuvo como objetivo principal explorar las percepciones y creencias sobre el virus COVID-19 en pacientes con tuberculosis pulmonar en un establecimiento de salud de Lima Este.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La investigación se abordó desde el enfoque cualitativo, la cual se sustenta en la realización de un procedimiento metodológico que por medio de las palabras, textos, discursos, dibujos, gráficos e imágenes se puede llegar a comprender y/o explicar un fenómeno o hecho social (34). En ese sentido, la investigación cualitativa hace referencia a una categoría de enfoques de investigación que producen hallazgos sin depender únicamente de una medición cuantitativa o un análisis estadístico (35). Además, para Greenhalgh (36) en el contexto clínico, estas investigaciones contribuyen a comprender por qué las intervenciones clínicas prometedoras no funcionan siempre en su práctica real, como los pacientes experimentan la atención y cómo piensan los profesionales de la salud. La investigación presentó como diseño de investigación a la fenomenología, esta como diseño de investigación posibilita a los profesionales de la salud a entender y aprender las experiencias de otras personas. La fenomenología como forma de investigación cualitativa tiene su aspecto medular en el estudio de las experiencias vividas por un individuo o un grupo de personas dentro de nuestra sociedad (37). Para diversos autores este diseño contribuye a dar respuesta a preguntas de investigación como: ¿Cuál es la experiencia de la vergüenza y el impacto de esa experiencia para los estudiantes de medicina?(38), ¿Cuál es la experiencia de fracaso de los estudiantes de medicina en los exámenes de alto riesgo? (39) y ¿Qué significa ser un profesional de la salud empático?(40). Las respuestas a tales preguntas nos permiten comprender las experiencias para obtener nuevos conocimientos sobre un fenómeno particular. Por lo tanto, el objetivo de la fenomenología es describir los significados de las experiencias, tanto en términos de lo que se experimentó como de cómo se experimentó (41).

2.2 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

La población de estudio estuvo constituida por 120 pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar que se atienden en un centro de salud de Lima Este. Para la selección de los participantes de la investigación se aplicó un plan de muestreo cualitativo que presentó las siguientes características: en primer lugar, los

participantes de la investigación fueron muestreados deliberadamente. En segundo lugar, el tamaño de la muestra fue de número reducido de participantes. En tercer lugar, el número de participantes que integran la muestra pueden reducirse o ir incrementando según avanza el proceso de recolección de datos. Cuarto lugar, la muestra está determinada por requisitos conceptuales y no los criterios de representatividad. Finalmente, los criterios de inclusión y exclusión pueden modificarse en base al desarrollo de la investigación (42). Por lo planteado, el plan de muestreo permitió contemplar una variedad de posibilidades para inclusión de los participantes de la investigación con la finalidad de obtener datos enriquecidos y proporcionar la información necesaria para una mayor comprensión del problema de investigación. Es así como se aplicó el muestreo por conveniencia y se seleccionó a los participantes que estuvieron mayor acceso a la aplicación del instrumento de investigación. En total, participaron 15 pacientes con TB que respondieron a la entrevista semiestructurada. La cantidad de participantes se limitó por el criterio de saturación. El principio de saturación implica que el muestreo se realiza hasta lograr la saturación de datos. Esta saturación de datos significa que la recopilación de datos cualitativos se da hasta el punto donde el investigador alcanza la sensación que las nuevas entrevistas ya no aportan nueva información relevante a la investigación (43).

Criterios de inclusión

- Pacientes con tratamiento de TB activo en el segundo semestre del 2020.
- Pacientes con TB de ambos sexos y con mayoría de edad.
- Pacientes que hayan aceptado participar de la investigación por medio del consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes con TB con limitaciones físicas y psicológicas que le impidieran participar de la investigación.
- Pacientes con TB XDR (extremadamente resistente).
- Pacientes con TB extrapulmonar.

2.3 CATEGORÍA(S) DE ESTUDIO

En una investigación de enfoque cualitativo es el investigador quien asigna el significado a los resultados de la investigación. Por lo tanto, un aspecto central a considerar es la elaboración y selección de tópicos a partir de los que se recoge y organiza la información cualitativa. Es así que el estudio se ha creado en base a aspectos recogidos en revisión bibliográfica de la investigación categorías, que denotan un tópico en sí mismo y las subcategorías, que detallan micro aspectos de cada categoría propuesta (44) . Además, estas categorías y subcategorías como se construyen antes del proceso de recolección de la información reciben el nombre de apriorísticas. En la investigación las categorías apriorísticas propuestas fueron: las percepciones y creencias sobre el COVID-19. Mientras, que las subcategorías fueron: impacto del COVID-19, medidas preventivas frente a la pandemia, diferencias entre signos y síntomas, origen del virus y cambio de hábitos.

Definición conceptual categorías apriorísticas:

Las percepciones se definen como el proceso por el cual se reúne y se interpreta la información, relevante encargado de generar un estado de claridad y lucidez consciente que permita el desempeño dentro del mayor grado de racionalidad y coherencia posibles con el mundo circundante, realizando abstracciones a través de las cualidades que definen lo esencial de la realidad externa e interna de la persona humana (27).

Las creencias se definen como la comprensión del contraste potencial del pensamiento y los valores, entre lo que se tiene por verdadero y lo que es realmente verdadero, entre nuestra concepción subjetiva de las cosas y el modo en que las cosas son en realidad externa e interna (28).

Definiciones operacional categorías apriorísticas

Son las percepciones y creencias sobre el COVID-19 que en base a las experiencias vividas manifestaron los pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en un centro de salud de Lima Este. Estas manifestaciones fueron recogidas mediante una entrevista semiestructurada de preguntas abiertas que incluyeron las subcategorías apriorísticas de la investigación como fueron: El

impacto sobre el COVID-19, las medidas preventivas frente a la pandemia, la diferenciación de signos y síntomas, el origen del virus y cambio de hábitos.

2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Técnica de recolección de datos:

La técnica utilizada para el recojo de información fue la entrevista semiestructurada. Esta técnica de recolección de datos permite construir discursos a partir de las experiencias de los participantes de la investigación (29). En la entrevista el investigador hace las preguntas a los participantes, cara a cara, por teléfono o en línea con la finalidad de comprender el significado de lo que dicen los participantes (45)(46). Una entrevista cara a cara es una entrevista individual, es decir, una conversación entre el investigador y el participante de la investigación. En la mayoría de investigaciones cualitativas la entrevista inicia con preguntas abiertas para obtener un panorama amplio de lo que sucede. Los expertos del tema sugieren que no se debe proporcionar una gran cantidad de orientación y se debe evitar influir en las respuestas para que se ajusten a el punto de vista del investigador, ya que se debe obtener las propias experiencias, pensamientos, percepciones, creencias y sentimientos de los participantes. A medida que la entrevista avanza, las preguntas de la guía de entrevistas se vuelven más acotadas. Además, una entrevista cara a cara puede durar entre 10 a 60 minutos aproximadamente (42).

Instrumentos de recolección de datos:

Cuando se emplea como técnica de investigación a la entrevista semiestructurada, se debe preparar una guía de entrevista como instrumento de recolección de datos que permita cubrir las categorías y subcategorías apriorísticas propuestas por el investigador. Por tal motivo, para construir una guía de entrevista se debe tener en consideración los siguientes aspectos: primero, identificar los requisitos previos para el uso de una entrevista semiestructurada y evaluar si la entrevista es el método adecuado para la recopilación de datos. Segundo, recuperar y utilizar los conocimientos previos revisados en la investigación para proponer las categorías y subcategorías apriorísticas de la investigación. Tercero, formular una guía preliminar de

entrevista cuyas preguntas integre las categorías y subcategorías apriorísticas de la investigación. Cuarto, probar la guía preliminar de la entrevista para confirmar la cobertura y relevancia del contenido e identificar la necesidad de reformular las preguntas (47).

En tal sentido, se cumplió con todas las consideraciones para la construcción y diseño de la guía de entrevista y antes de su aplicación se procedió a validar la guía de entrevista preliminar y evaluar su cobertura y relevancia por medio del análisis del contenido de jueces expertos y una prueba piloto. Primero, se diseñó una solicitud (Anexo D) dirigida a dos especialistas en el tema con la finalidad que analicen la guía de entrevista preliminar evaluando el contenido e idoneidad de las preguntas propuestas. Segundo, se realizó una prueba piloto con cuatro pacientes con TB. Ambos procedimientos permitieron reformular, mejorar y reducir las preguntas para obtener la guía de entrevista definitiva. La guía de entrevista definitiva después de estos dos procesos presentó nueve preguntas abiertas que contempló las subcategorías apriorísticas propuesta para la investigación. Las preguntas tuvieron como ejes temáticos: el impacto del COVID-19, las medidas preventivas frente a la pandemia, diferenciación entre los síntomas y signos de la TB y el COVID-19, el origen del virus y los cambios de hábitos.

Validez y confiabilidad de la investigación:

En las investigaciones cuantitativas que se encuentran bajo el enfoque positivista existen diversos tipos de validez, donde todas tienen por finalidad de verificar si la realidad que medimos es lo que la investigación se propone a medir. De la misma forma para orientación epistemológica, la confiabilidad se relaciona con la posibilidad de la reproducibilidad de la investigación con idénticos resultados (48). En una investigación de enfoque cualitativo que se basa en las ciencias histórico-hermenéuticas que producen conocimiento producto de la vida de cada ser humano y de la comunidad a la cual pertenece los criterios de validez y confiabilidad obedece a una forma de pensar distinta a las investigaciones cuantitativas. En ese sentido, los criterios de calidad utilizados en la investigación cuantitativa como son la validez interna y la confiabilidad no son adecuados para juzgar una investigación cualitativa.

Para los investigadores cualitativos, la credibilidad de la investigación cualitativa es el equivalente de la validez interna en la investigación cuantitativa, por lo tanto, se encarga del aspecto del valor de la verdad (49). Según Korstjens y Moser en su publicación sobre las orientaciones prácticas para la investigación cualitativa, para conseguir esta credibilidad se deben garantizar los siguientes criterios: el compromiso prolongado, la observación persistente, la triangulación y la verificación de los miembros (50).

El compromiso prolongado se expresa durante el proceso del trabajo de campo de la investigación, en los momentos donde se invierte tiempo para familiarizarse con el entorno y contexto de la población con la finalidad de dar confianza a los participantes y enriquecer los datos de la investigación. Asimismo, la presencia duradera en el proceso de la realización de las entrevistas. En el estudio, las investigadoras por tener contacto con el personal de enfermería del centro de salud, se pudo hacer un mayor seguimiento de la población de estudio y comprometer a la población en participar de forma activa y con alta predisposición durante las entrevistas. Además, se realizaron indagaciones previas sobre la población de estudio para acotar a la población elegible a las cuales se les iba a realizar las entrevistas.

La observación persistente permite identificar las características y elementos que son más relevantes para el problema de la investigación y centrarse en ella. El desarrollo de este criterio se cumplió en la investigación cuando las investigadoras y el asesor leyeron y releeron constantemente los datos recogidos con la finalidad de identificar los párrafos de mayor relevancia que permitieron hacer una codificación y recodificación para identificar las nuevas categorías y subcategorías emergentes de la investigación.

La triangulación se logra por medio de las siguientes estrategias: el uso de múltiples técnicas de investigación para la recopilación de datos, la recopilación de datos de diferentes tipos de personas y características, por ejemplo, diversas edades, sexo, familiaridad y la participación de dos o más investigadores para la toma de decisiones en la codificación, análisis e interpretación. Ese criterio se cumplió debido a la participación de dos investigadoras, donde una vez que se realizaron las primeras cinco entrevistas se realizaron reuniones de coordinación

con la finalidad de analizar los datos recogidos y evaluar el comportamiento de la guía de entrevista.

La verificación entre los miembros consiste en la retroalimentación de los datos, categorías, interpretaciones y conclusiones a los investigadores que obtuvieron los datos. Este momento fortalece los datos, especialmente porque los investigadores miran los datos con ojos diferentes. Finalmente, este criterio se evidenció cuando todas las transcripciones de las entrevistas fueron comentadas por las investigadoras y el asesor para obtener comentarios. Asimismo, durante el proceso de codificación, análisis e interpretación de los datos recogidos se realizaron constantes coordinaciones entre las investigadoras y el asesor de la tesis. Esto permitió corregir las interpretaciones iniciales y llegar a un acuerdo sobre el análisis de dato recogido.

En la misma línea de reflexión, para los investigadores cualitativos la confiabilidad de la investigación se presenta cuando se cumplen los criterios de la transferibilidad, la reflexibilidad, la confiabilidad y conformidad (49).

La transferibilidad se refiere al proceso de aplicabilidad donde la responsabilidad del investigador es proporcionar una descripción amplia de la muestra y el proceso de investigación que permita al lector evaluar si los hallazgos son transferibles a su propio entorno. Este criterio se cumple en la investigación porque se cuenta con un conjunto de datos descriptivos sobre la población, muestra, características demográficas, los procesos de elaboración de la guía de entrevista, los audios completos de las entrevistas.

La reflexibilidad es un proceso constante donde el investigador examina desde su propia lente conceptual sus ideas preconcebidas, sus valores y como estos pueden impactar en las distintas etapas de la investigación. Además, es un proceso donde el investigador regresa sobre sí mismo con el objetivo de evaluar críticamente el efecto que tiene sobre el estudio y el impacto de las participaciones de los entrevistado (51). Este criterio se cumplió en la investigación cuando las investigadoras acompañaron después de cada entrevista notas reflexivas que describieron el entorno y aspectos particulares de

la entrevista que ayudaron al proceso de transcripción y análisis del dato cualitativo.

La confiabilidad incluye a la consistencia de la investigación en base al cumplimiento del método científico. Mientras que la conformidad se refiere a la neutralidad de la investigación. Ambos criterios se cumplen cuando de forma clara y transparente se describen los procesos y pasos realizados desde el inicio de la investigación hasta el desarrollo y presentación de los hallazgos e informe de investigación. La investigación contiene toda la data acumulada (entrevistas, notas de análisis, proceso de codificación y análisis) y sistematizada del trabajo de campo para que pueda ser revisada por algún auditor.

2.5 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

2.5.1 Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos

Para poder iniciar la recolección de datos se coordinó con los responsables del centro de salud de Lima Este. Por medio de coordinaciones telefónicas y visitas al del centro de salud se obtuvieron los datos telefónicos de los pacientes con TB. Asimismo, las investigadoras realizaron coordinaciones previas con los participantes ofreciéndoles aclaraciones generales de su participación según las consultas y para evaluar su disposición frente a la entrevista, con la finalidad de coordinar el día y hora de la entrevista telefónica.

2.5.2 Aplicación de instrumento de recolección de datos

En la recolección de datos se reclutaron tanto varones y mujeres que cumplieran con los criterios de inclusión planteados en la investigación. Se realizaron 15 entrevistas semiestructuradas. Las entrevistas se realizaron después que cada paciente consintiera verbalmente fue participación. Tomando en consideración el contexto de la pandemia y las medidas de distanciamiento social, los datos fueron recolectados por medio de llamadas telefónicas entre los meses de octubre y septiembre del 2020. Cada entrevista tuvo una duración de 10 minutos en promedio y fueron realizadas por las dos investigadoras. Las entrevistas fueron grabadas para su posterior transcripción.

2.6 MÉTODOS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis de datos en una investigación cualitativa difiere de la investigación cuantitativa. En las investigaciones cualitativas el proceso analítico se da durante la recopilación de datos. Para algunos investigadores este análisis tiene la ventaja de permitir a los investigadores dar una mirada hacia atrás con la finalidad de retroalimentar y refinar las preguntas de la guía, el marco teórico, los objetivos de trabajo, las categorías apriorísticas etc. (52). Tomando en consideración la relación entre la recolección de datos y el análisis de datos cualitativos diversos autores explican que el proceso de análisis de datos implica los siguientes momentos: la reducción de datos (extraer su esencia), la visualización de datos (organización para el significado) y sacar conclusiones (explicar hallazgos) (53). En la misma línea de investigación, otros investigadores señalan que el producto final del análisis cualitativo es la identificación de categorías, temas y patrones. En ese sentido, se evidencia la flexibilidad que presenta una investigación cualitativa frente al análisis de datos en una investigación cuantitativa.

Por lo expresado, el análisis de contenido cualitativo busca que los datos hablen por sí mismos, donde el investigador tiene que estar abierto a múltiples posibilidades o formas de pensar sobre el problema de investigación. De allí, que en las investigaciones cualitativas existan diversos enfoques de análisis del contenido cualitativo. Para la investigación se usó el enfoque de análisis de contenido dirigido que consiste los 16 pasos. Este método de análisis de contenido dirigido es una propuesta que contribuye a reducir la brecha y diversidad de propuestas sobre esta temática. Para la propuesta de esta metodología los autores realizaron una profunda revisión bibliográfica de principales bases de datos, donde se recopilaron artículos de investigación cualitativa y se realizó una sistematización de los análisis de datos que se emplearon en cada artículo. Dando como resultado la propuesta de este método confiable, transparente y completo para investigaciones cualitativas (54).

A continuación, se explican los 16 pasos y las tres fases del método de análisis de contenido dirigido: la fase de preparación (de 1 a 7 pasos), la fase de organización (de 8 a 15 pasos) y la fase de informe (paso 16).

Fase de preparación:

Paso 1: adquisición de competencias necesarias

Paso 2: selección de la estrategia de muestreo

Paso 3: decisión sobre el análisis de contenido manifiesto y/o latente

Paso 4: desarrollo de una guía de entrevista

Paso 5: realización y transcripción de la entrevista

Paso 6: especificación de la unidad de análisis

Paso 7: estar inmerso en los datos

Fase de organización:

Paso 8: desarrollo de una matriz de categorización

Paso 9: definición teórica de las principales categorías y subcategorías

Paso 10: determinación de reglas de codificación para las categorías

Paso 11: prueba previa de la matriz de categorización

Paso 12: elegir y especificar las muestras de anclaje para cada categoría y subcategoría principal

Paso 13: realizar el análisis de datos principales

Paso 14: abstracción inductiva de las principales categorías y subcategorías a partir de los códigos preliminares

Paso 15: establecimiento de vínculos entre las categorías genéricas y categorías principales.

Fase de presentación de informe:

Paso 16: informar todos los pasos del análisis de contenido dirigido y los hallazgos.

Con relación a la fase de preparación, los pasos desarrollados del primero al cuarto paso fueron explicados en los capítulos anteriores. Para el quinto paso, en base a la guía de entrevista, después de un grupo de entrevistas (2 a 3), estas fueron transcritas textualmente con sumo cuidado. Considerando el contenido latente de cada entrevista (silencios, pausas, suspiros, risas, posturas etc.) y su relación con el contenido manifiesto. En relación con el sexto paso, para la unidad de análisis se consideró cada entrevista con su contenido manifiesto y latente. Para el cumplimiento del paso siete, las entrevistas transcritas se leyeron y revisaron varias veces con la consideración de las siguientes preguntas: ¿Quién lo está contando? ¿Cómo lo está contando? ¿Por qué? y ¿En qué contexto se da la entrevista?, estas preguntas contribuyeron a las investigadoras a sumergirse en los datos y ser capaces de identificar los principales significados de la amplitud de datos encontrados en la transcripción.

La fase de organización, el paso ocho, implicó el desarrollo de una matriz de categorización formativa, es decir, en base al marco teórico y las investigaciones existentes sobre el tema las investigadoras dedujeron categorías y subcategorías apriorísticas. Asimismo, en base al proceso mismo del análisis del contenido cualitativo fueron apareciendo nuevas categorías y subcategorías emergentes. El paso nueve, se describió desarrollando una clara definición conceptual y operacional de las categorías apriorísticas principales. En el paso 10, las reglas de codificación se establecieron desarrollando para cada categoría principal sus subcategorías correspondientes. Cada subcategoría contempla un microaspecto de la categoría principal y se propuso en base al marco teórico y los antecedentes de la investigación. En el paso 11, como se indicó en la sección sobre el instrumento de la recolección de datos, las investigadoras realizaron una prueba piloto con la participación de 4 pacientes. Esta prueba contribuyó a afinar las preguntas de la guía de entrevista y la matriz de categorización apriorística. En el paso 12, para cada categoría y subcategorías se identificaron las citas de mayor ejemplificación. Estas citas se seleccionaron a partir del análisis realizado durante la transcripción de la entrevista. Para algunos investigadores a esta actividad le dicen preanálisis, mientras que para los autores que proponen el análisis cualitativo dirigido lo llaman unidades de significado. El paso 13, consistió en la abstracción inductiva donde los códigos

identificados se clasificaron según sus significados, similitudes y diferencias tomando en consideración el problema de estudio y los objetivos de la investigación. El paso 14, consistió en el alineamiento, asociación y agrupación entre los códigos similares hallados con las subcategorías y estas con las categorías principales. Es aquí donde emergen nuevas categorías a las propuestas durante el proyecto de investigación.

Por último, la fase de presentación de informe, este paso se detalla en la siguiente sección de resultados. Aquí se presentan los resultados de forma sistemática considerando los objetivos de la investigación y la asociación entre los datos recogidos y la matriz de categorización.

Es importante mencionar que esta metodología utilizada de análisis cualitativo dirigido no contempla como se deben crear los códigos en una investigación cualitativa. En ese sentido, se utilizó la propuesta de Ulin, Robinson y Tolley (55) donde indican que una vez que el investigador ha leído y releído el texto transcrito y se ha familiarizado con ellos, puede empezar a codificar los temas. Para estos autores los códigos contemplan un conjunto de palabras que permiten señalar ideas contempladas en un párrafo que proviene de la transcripción. Una vez identificados estos códigos es más fácil poder buscarlos, recuperarlos, agruparlos y evaluar su asociación con las categorías y subcategorías. Por lo tanto, el proceso de la codificación consiste en asignar rótulos a líneas de texto de tal modo que el investigador pueda agrupar y comparar fragmentos similares o relacionados con la información recolectada. En esta misma línea de ideas, recomiendan que para el proceso de codificación: se debe asignar un nombre con pocas palabras (de tres a cinco letras y con un adjetivo) que haga referencia a las ideas de los párrafos, evitar hacer referencias al contexto o a información añadida del tipo “ el autor considera que...”, o “ en este texto se pretende destacar” (56).

2.7 ASPECTOS ÉTICOS

Se tomaron en cuenta los aspectos de protección de los participantes humanos de la investigación y los principios bioéticos de autonomía, no maleficencia,

beneficencia y justicia (57). Asimismo, se empleó el consentimiento informado previa información clara a los pacientes (58).

Principio de autonomía

Se define como el respeto que se debe tener por los derechos de cada persona a opinar libremente y a tomar sus propias decisiones, en investigación el principio de autonomía se concreta con la obtención de un consentimiento informado, comprensivo, competente y voluntario de la persona que va a participar en una investigación. El proceso de consentimiento en investigación clínica es un ejercicio de elección inteligente que hace la persona basada en información suficiente y comprensible a los participantes.(25).

Este principio se aplicó en el estudio mediante un consentimiento informado que solicitó la autorización del paciente en la participación de la investigación, previo a esto se le informó de qué trata la presente investigación para finalmente contar con su colaboración respetando su voluntad y decisión durante todo el proceso de participación.

Principio de beneficencia

Se define como hacer el bien, este principio es el más evidente de todos ya que el personal de salud ha sido educado y formado para hacer el bien, no solo al individuo enfermo sino a la sociedad en su conjunto. Se basa en que los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se apliquen deben beneficiar al paciente, es decir, ser seguros y efectivos(60). Antes de llevar a cabo el estudio se explicó a los pacientes sobre los beneficios que se obtendrán con los resultados, ya que estos ayudan como referencia para crear estrategias en la atención a los pacientes con tuberculosis pulmonar.

Principio de no maleficencia

Este principio trata precisamente de evitar hacer daño, evitar la imprudencia y la negligencia. Se debe prevenir el daño físico, mental, social o psicológico(61), por ello se explicó a los participantes que no enfrentarían ningún riesgo que afecte su salud durante el proceso de la participación de la investigación.

Principio de justicia

Este principio se fundamenta en la equidad de la distribución de los riesgos y beneficios de la investigación. La aplicación concreta del principio de justicia tiene que ver directamente con los criterios de selección de los pacientes con tuberculosis pulmonar en los niveles: individual y social. La justicia individual en la selección de los participantes implica que el investigador es equitativo en ofrecer a cada persona las mismas posibilidades de riesgo o beneficio, independientemente de su condición social, étnica o de género (59).

Por lo expuesto, los pacientes fueron tratados con respeto y de manera equitativa además no se permitió actos de discriminación durante el proceso de la investigación.

III. RESULTADOS

Para la investigación se realizaron 15 entrevistas, de las cuales 10 pacientes contaban con una edad mayor de 30 años. Asimismo, ocho de ellos fueron de sexo masculino. Con respecto en estado civil siete de ellos son convivientes y 13 entrevistados cuentan con secundaria completa, finalmente ocho de los entrevistados se encuentran en situación de desempleo (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de pacientes entrevistados

Entrevistados	Edad	Sexo	Estado Civil	Grado de instrucción	Ocupación
Entrevista 1	62	Femenino	Soltero	Superior	Desempleado
Entrevista 2	40	Femenino	Soltero	Secundaria	Independiente
Entrevista 3	43	Masculino	Conviviente	Secundaria	Desempleado
Entrevista 4	27	Masculino	Conviviente	Secundaria	Desempleado
Entrevista 5	27	Femenino	Soltera	Secundaria	Desempleada
Entrevista 6	55	Masculino	Conviviente	Primaria	Independiente
Entrevista 7	19	Femenino	Soltera	Secundaria	Desempleado
Entrevista 8	25	Femenino	Conviviente	Secundaria	Ama de casa
Entrevista 9	36	Masculino	Soltero	Primaria	Eventual
Entrevista 10	43	Masculino	Conviviente	Secundaria	Desempleado
Entrevista 11	34	Femenino	Conviviente	Secundaria	Desempleado
Entrevista 12	48	Masculino	Soltero	Primaria	Eventual
Entrevista 13	38	Femenino	Conviviente	Secundaria	Desempleado
Entrevista 14	28	Masculino	Soltero	Secundaria	Eventual
Entrevista 15	65	Masculino	Casado	Secundaria	Eventual

Fuente: Elaboración propia

Con respecto a los hallazgos de la investigación se presentan sistematizados y alineados en base a los objetivos, categorías y subcategorías emergentes. Por lo tanto, en primer lugar, se presenta la categoría percepciones sobre el COVID-19 que contemplan a las subcategorías siguientes: vulnerabilidad frente al COVID-19, sentimientos frente al COVID-19, cumplimiento de medidas preventivas frente al COVID-19 y síntomas del COVID-19 y la TB. En segundo lugar, la categoría creencias sobre el COVID-19 con sus respectivas

subcategorías: creencias sobre el origen del COVID-19 y desinformación y desconfianza frente a la vacuna para COVID-19.

Percepciones sobre el COVID-19

En esta categoría se presentaron cuatro subcategorías o subtemas que exploran las percepciones que presentan los entrevistados sobre el COVID-19. En ese sentido, una primera subcategoría que emerge es la preocupación y angustia de los entrevistados por ser conscientes de su enfermedad pulmonar y saben que el contagiarse de COVID-19 los pondría en mayor vulnerabilidad frente al COVID-19. En este punto los pacientes que padecen de tuberculosis pulmonar revelaron sus preocupaciones sobre su situación de vulnerabilidad como un aspecto de gran significado en su vida frente al COVID-19. Así, en las siguientes citas textuales se evidencia lo hallado:

“Me parece muy bien porque somos personas de riesgo y si no tomamos las pastillas podemos empeorar y morir por TBC y no por el virus” (Entrevista 12).

“Somos personas de riesgo nos podemos contagiar” (Entrevista 11).

La angustia y temor por contagiarse de COVID-19 en su estado de vulnerabilidad lleva a los entrevistados a mostrar diversos tipos de sentimientos como son el miedo, la angustia, la depresión, el temor frente a la situación que se vive en la pandemia. Por ejemplo, se tienen los siguientes testimonios:

“La verdad si me asusté mucho, me sentí muy nerviosa pensé que se podría morir por que es una persona de 60 años” (Entrevista N° 9).

“Me asusté mucho, pensé que mi familiar podría morir por ser una persona vulnerable por su edad” (Entrevista N° 15).

En la siguiente subcategoría se encuentra el cumplimiento de medidas preventivas frente al COVID-19. Varias de las personas entrevistadas dijeron cumplir con las diversas indicaciones y protocolos de bioseguridad frente al COVID-19. En sus propias palabras, los entrevistados indican que:

“Si creo que todos hemos cambiado nos lavamos las manos con más frecuencia que antes, nos alimentamos mucho mejor que antes no hay comidas chatarras usamos más alcohol para desinfectarnos las manos” (Entrevista 12)

“Las Indicaciones que nos brindó el MINSA son muy importantes para las personas que sufrimos con esta enfermedad de TB” (Entrevista7).

Finalmente, la última subcategoría refiere a los síntomas del COVID-19 y síntomas de la TB. La gran mayoría de pacientes identifica los síntomas de su enfermedad que es la TB y cuando se les consulta sobre el COVID-19 la personas identifican similitudes, confusiones y diferencias entre los síntomas de ambas enfermedades.

“Si mucho, puede confundir porque virus te da dolor de pecho, tos, fiebre, dolor de espalda, sudoración al igual que la TB.” (Entrevista 12).

“Los Síntomas son muy parecidos pero la agresividad de la enfermedad es distinta” (Entrevista 5).

Tabla 2. Categorías, subcategorías y códigos sobre las percepciones halladas sobre el COVID-19 en pacientes con TB pulmonar

Categoría	Subcategoría	Códigos
Percepciones sobre el COVID-19	Vulnerabilidad frente al COVID-19	Pacientes vulnerables
		Personas de riesgo que se pueden contagiar
	Sentimientos frente al COVID-19	Temor frente a la muerte
		Susto frente a la pandemia
		Preocupación por contagio a la familia
		Miedo y depresión por contagio de un familiar
	Cumplimiento de medidas preventivas frente al COVID-19	Cumplir protocolos
		Bioseguridad
		Autocuidado
		Alimentación balanceada
	Síntomas del COVID-19 y TB	Identificación
		Similitudes
		Confusión
		Diferencias

Fuente: Elaboración propia

Creencias sobre el origen del COVID-19

Los hallazgos obtenidos sobre las creencias de los pacientes con tuberculosis pulmonar se presentaron dos subtemas o subcategorías que describen las creencias que presentan los entrevistados sobre el COVID-19. En ese sentido, una primera subcategoría que emerge de las entrevistas son las creencias sobre el origen de COVID-19, la minoría de pacientes entrevistados muestran diversos tipos de creencias como virus creado en laboratorio, descuido de los científicos por buscar enfermedades raras. Por ejemplo, se tiene los siguientes testimonios:

“Bueno la verdad muchos dicen que este virus es fabricado en un laboratorio y otros dicen que es una mutación de otros Virus” (Entrevista 1).

“Origen accidental del virus por manipulación de científicos” (Entrevista 6).

En la segunda subcategoría se encuentra la desinformación y la desconfianza frente a la vacuna del COVID-19. Un grupo de personas entrevistadas evidencian su incertidumbre y desconfianza a la vacuna como medio de protección frente a la pandemia. En la misma línea de comentarios aparece una opuesta a la primera que es la aceptación a la vacuna. En las siguientes frases se evidencia esta dualidad frente al papel de la vacuna en la prevención de la pandemia:

“yo pienso que, si habrá cura, pero no sé cómo se dará la ampolla, será buena o mala, [...] el problema que, si va ver cura, pero qué efectos tendrá la ampolla ósea puede eliminar o empeorar a otras enfermedades]” (Entrevista 3).

“Tengo la esperanza que se encuentre la vacuna para estar protegidos de esta enfermedad” (Entrevista 1).

“Según la información que tenemos sobre las vacunas nos da confianza para vacunarnos para esta enfermedad de COVID-19” (entrevista 12).

Tabla 3. Categoría, subcategorías y códigos sobre las creencias halladas sobre el COVID-19 en pacientes con TB pulmonar

Categoría	Subcategoría	Códigos
Creencias sobre el COVID-19	Creencias sobre el origen del COVID-19	Virus de laboratorio
		Origen zoonótico
	Creencias sobre la vacuna frente al COVID-19	Efectos secundarios
		Incertidumbre
		Desconfianza
		Aceptación

IV. DISCUSIÓN

4.1 DISCUSIÓN PROPIAMENTE DICHA

La pandemia de COVID-19 además de causar millones de muertes en el mundo ha impactado directamente en el cierre de servicios de salud a nivel mundial. Sin embargo, no debemos dejar de lado a otras enfermedades como la tuberculosis. La TBC al igual que el COVID-19 son un problema de salud mundial y una de las principales causas de infección. Considerando una alta prevalencia de TBC a nivel mundial y la creciente carga de COVID-19, el presente estudio tuvo como objetivo explorar la percepción y comprender las creencias sobre el COVID-19 en pacientes con tuberculosis pulmonar en un establecimiento de salud de Lima Este en el 2020. Considerando que en la TBC influyen los determinantes sociales y económicos como son las condiciones de pobreza, hacinamiento, desempleo, inequidad social etc. (62), la investigación se desarrolló en pacientes con tuberculosis pulmonar pertenecientes a un centro de salud de la región Lima Este que agrupa los distritos de mayor prevalencia de TBC y condiciones socioeconómicas de vulnerabilidad (63).

La investigación demostró sobre las percepciones y creencias del COVID-19 la aparición de seis subcategorías: vulnerabilidad frente al COVID-19, sentimientos frente al COVID-19, cumplimiento de medidas preventivas frente al COVID-19, síntomas del COVID-19 y TBC, desinformación y desconfianza frente a la vacuna para COVID-19 y creencias sobre el origen del COVID-19.

Los entrevistados manifestaron su preocupación y angustia por contraer COVID-19, ellos consideran que son una población vulnerable. Este hallazgo coincide con el estudio realizado en Brasil (29) en el que los participantes manifestaron un alto nivel de miedo y ansiedad sobre la posibilidad de una coinfección con COVID-19, debido a que a la fecha no existe un tratamiento conocido y además puede ser fatal. Asimismo, en la investigación realizada en Zambia (30) en pacientes con tuberculosis, algunas personas entrevistadas pensaron que la TBC y la coinfección por COVID-19 era una combinación letal dada la gravedad de las dos enfermedades. Si bien en nuestra investigación y los estudios realizados en otros contextos evidencian la preocupación de los pacientes por

una coinfección, es importante considerar que estas poblaciones son un grupo vulnerable no solo por padecer de una enfermedad infecciosa como es la TBC, sino que las situaciones de pobreza y pobreza extrema son condiciones fundamentales que agudizan la vulnerabilidad frente al COVID-19. Datos estadísticos señalan que la contingencia sanitaria de esta pandemia ha puesto en contradicción los cumplimientos de sus medidas para enfrentarla como son el aislamiento obligatorio en casa y el lavado de manos, medidas elementales que se enfrentan a las grandes desigualdades que existen en zonas de alta pobreza en el mundo donde las familias no cuentan con condiciones de habitabilidad de viviendas, acceso y calidad de servicios básicos, como el agua (64).

En lo que respecta a la subcategoría sentimientos frente al COVID-19, nuestros hallazgos evidencia al miedo, la angustia, la depresión frente al contexto de la pandemia. El cual es agudizado por el temor a contagiarse de COVID-19 que los expondría por su estado de vulnerabilidad. Este hallazgo es compartido con la investigación realizada por Mwamba et al. (30), quienes en las entrevistas a pacientes diagnosticados con TBC en tres centros de salud en Lucasa, Zambia, encontraron que los pacientes expresaron un alto nivel de miedo y ansiedad por contraer COVID-19. En la misma línea de la investigación, Dos Santos et al. (29) encontraron que los pacientes con MDR expresaron su preocupación por alta cantidad de muertos por COVID-19, donde el miedo y la ansiedad de contagiarse por COVID-19 fue un tema recurrente, por ser una enfermedad sin tratamiento conocido y que en su forma grave es mortal. Asimismo, la investigación realizada por Soko et al. (31) en Malawi, en profesionales de la salud que realizan diagnóstico de TBC, señalaron que los pacientes tenían más miedo de contagiarse de COVID-19 que de TBC porque sabían que la TBC se podría curar; sin embargo, si tenían COVID-19 tendrías que aislarte. Para la OMS el miedo, estrés y la preocupación son respuestas normales frente a la posibilidad de contraer el virus (65). No obstante, es importante atender esta situación de estrés y miedo en una población con diagnóstico de TBC. Diversas investigaciones dan cuenta que en el ser humano el estrés psicosocial produce un aumento en la susceptibilidad y evolución de una enfermedad infecciosa (66). Además, el estrés conjuntamente con un deterioro de la salud general son

factores de riesgo a considerar en la TBC por favorecer la progresión de la enfermedad (67).

La investigación evidenció la preocupación, autocuidado y cumplimiento de las medidas preventivas frente al COVID-19 por parte de los pacientes encuestados. En el estudio realizado por Mwamba (30) en Zambia, los entrevistados demostraron conocimientos adecuados sobre la transmisión y medidas preventivas de TBC y COVID-19, aunque, no hubo una comprensión discernible entre las medidas preventivas de cada enfermedad, los pacientes citaron la importancia de quedarse en casa, el distanciamiento social, la higiene de manos y el uso de mascarillas. Sin embargo, la investigación realizada por Sharma et al. (33) en pacientes con TBC y sus factores de riesgo de COVID-19, encontraron que aproximadamente el 50% de participantes de la investigación no sabían cómo se propaga la tuberculosis y el COVID-19. El cumplimiento de medidas preventivas frente a COVID-19 es fundamental para salvaguardar la vida y salud de la población. Por ende, la OMS implementó medidas de bioseguridad como el lavado de manos, uso de mascarilla, distanciamiento físico, al toser, cubrirse la boca y la nariz con el codo flexionado para evitar la propagación de contagio de COVID-19 (68).

En referencia a los síntomas del COVID-19 y síntomas de TBC, entre los entrevistados se evidenció que había pacientes que identificaban los síntomas de TBC y COVID-19, pero también pacientes que no podían diferenciar los síntomas. En la investigación realizada por Mwamba et al. (30) se encontró que la mayoría de pacientes con TBC estaban bien informados sobre los síntomas del COVID-19. Sin embargo, estos demandaban más información actualizada con énfasis en su transmisión y medidas preventivas. Mientras, que el estudio realizado en Malawi (31) señaló que debido a las restricciones en acceso de atención durante la pandemia de COVID-19 las pruebas y diagnósticos de TBC se vieron afectadas debido a la similitud en la presentación de la clínica de TBC y COVID-19. Otro estudio realizado en 64 países de ingresos bajos y medios, donde se incluyen países de América Latina, encontró que más del 40% de encuestados declararon que era complicado para los pacientes con TBC llegar a los centros de salud por las barreras de aislamiento, cierre de centros de

atención, interrupciones en el transporte y miedo a contagiarse de COVID-19. Siendo la interrupción de los servicios de transporte y la prestación de atención en salud un tema recurrente en las entrevistas cualitativas en países como África, Asia y América Latina (32). El impacto de las interrupciones en la atención primaria durante el 2020 afectó seriamente los servicios para el diagnóstico y tratamiento de la TBC con sus repercusiones en los pacientes que sumado al temor de contagiarse por COVID-19 generó una barrera entre los pacientes y los centros de salud. Siendo los centros de atención primaria espacios de apoyo e información veraz sobre los síntomas y medidas preventivas de TBC y COVID-19. Por tanto, urge implementar nuevas formas de información y comunicación que superan las barreras físicas de aislamiento. Más aún, en un contexto donde la infodemia sobre el COVID-19 generó una sobreabundancia de información errónea y falsa sobre las medidas de prevención y síntomas clínicos del virus SARS CoV-2 (69).

En la subcategoría creencias sobre el virus del COVID-19, un grupo de entrevistados manifestaron identificar el origen biológico del virus y los demás mantienen la creencia que fue un virus creado en un laboratorio por la manipulación de científicos. Es importante analizar estos hallazgos al contexto que fueron desarrolladas las entrevistas que fue durante los inicios de la segunda ola de la pandemia. Un momento donde las altas tasas de mortalidad, la falta de camas en las unidades de cuidados intensivos (UCI) y la escasez de balones de oxígeno (70) fueron un caldo de cultivo para la desinformación sobre el origen del virus y su letalidad. Una investigación realizada en seis países latinoamericanos, incluido el Perú, sobre la diseminación de noticias falsas en el contexto de mortalidad por COVID-19, encontró que la población peruana presentó el mayor porcentaje de incapacidad para identificar noticias falsas sobre la pandemia y el COVID-19 y además, el segundo con mayor confianza en noticias que provienen de las redes sociales (71).

Finalmente, la última subcategoría que emergió de las entrevistas reveló en la mayoría de entrevistados incertidumbre, desconfianza y temor por los efectos secundarios de la posible vacuna frente al COVID-19. Solo un grupo reducido de entrevistados manifestó su aceptación de la vacuna. Estos hallazgos podrían

estar influenciados por la cantidad de información falsa que se ha manejado durante el contexto de la pandemia como lo señalado Nieves-Cuervo et al. (71). En una investigación cualitativa realizada en el Reino Unido los participantes señalaron una amplia gama de información equivocada sobre el COVID-19, la cual generaba confusión, angustia y desconfianza. En ese sentido, señalaron que la vacilación frente a la vacunación podría deberse a preocupaciones sobre la seguridad de la vacuna, historias negativas y conocimientos sobre las vacunas. Por lo tanto, cuando más confundidos, angustiados y desconfiados se sentían las personas eran más vacilantes a la vacunación (72). Asimismo, es importante señalar que los efectos secundarios de una vacuna se dan en casi todas las vacunas disponibles en la actualidad, de ahí la importancia de generar mecanismos adecuados para informar sobre los posibles efectos adversos de la vacuna frente al COVID-19 y así generar la confianza en el público (73).

Dentro de las limitaciones presentadas por la investigación se tienen la forma como se procedió al muestreo por conveniencia, el cual reflejó el contexto en el cual se realizó el trabajo de campo en plena segunda ola de la pandemia. Si bien los hallazgos de la investigación no se pueden generalizar, la investigación brindó una oportunidad para escuchar a los pacientes con TBC en una zona de vulnerabilidad social sus percepciones y creencias sobre el COVID-19. Esto puede contribuir a mejorar las estrategias y programas del centro de salud con los pacientes de TBC.

4.2 CONCLUSIONES

En conclusión, los pacientes con tuberculosis entrevistados en el centro de salud de Lima - Este percibieron su enfermedad como una situación de vulnerabilidad frente al COVID-19. Motivo por el cual emergieron sentimientos de miedo, temor, angustia y preocupación frente al COVID-19. Además, los pacientes son conscientes de su autocuidado por mantener las medidas de bioseguridad y protocolos informados por el MINSA. En relación con la identificación de síntomas sobre la TBC y el COVID-19 se encontró e identificó, confusión y reconocimientos de similitudes en la sintomatología de ambas enfermedades. Finalmente, entre las creencias emergieron entre los entrevistados la desinformación y desconfianza frente a vacuna como medio de protección contra el COVID-19.

4.3 RECOMENDACIONES

- En la medida que la pandemia de COVID-19 continúa avanzando en nuestro país se deben implementar estrategias a nivel de los centros de atención primaria sobre la prevención, diagnóstico e información a los pacientes actuales y nuevos pacientes sobre el cuidado de la salud frente a la tuberculosis y la COVID-19.
- Se sugiere mejorar la comunicación e información a los pacientes con tuberculosis sobre sus síntomas y la diferenciación con los del COVID-19.
- Fortalecer los mecanismos de prevención y control de tuberculosis en el centro de salud con la participación de la comunidad para lograr una mayor vinculación.
- Concientizar a la población con TBC sobre la importancia de la vacunación frente al COVID-19.
- Ampliar la investigación con otros enfoques que permitan cuantificar en la población las categorías, subcategorías y códigos que emergieron de la investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19) [Internet]. Ginebra: OMS; 2020 [actualizado 30 de julio 2020; citado 20 de noviembre de 2021] Disponible en: <https://who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>
2. World Health Organization. Coronavirus (COVID-19) Dashboard | WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard With Vaccination Data [Internet]. Ginebra: OMS; 2022 [citado enero de 2021]. Disponible en : <https://covid19.who.int/>
3. Ministerio de Salud. Covid 19 en el Perú - Ministerio del Salud [Internet]. Lima: Minsa; 2022 [citado 21 de enero de 2021]. Disponible en : https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp
4. Chams N, Chams S, Badran R, Shams A, Araji A, Raad M, et al. COVID-19: A Multidisciplinary Review. Front Public Heal [Internet]. 2020 [citado 21 de enero de 2021];2(3):1–20. Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7403483/pdf/fpubh-08-00383.pdf>
5. Organización Mundial de la Salud. Modos de transmisión del virus causante de COVID-19: implicaciones para las recomendaciones de precaución de la CIP [Internet]. Ginebra: OMS; 2020 [citado 21 de enero 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/modes-of-transmission-of-virus-causing-covid-19-implications-for-ipc-precaution-recommendations>
6. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia. N Engl J Med [Internet]. 2020 [Citado 6 de julio del 2022];382(13):1199–207. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7121484/pdf/NEJMoa2001316.pdf>

7. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la tuberculosis 2021 [Internet]. Ginebra: OMS; 2021 [citado 21 de enero de 2021]. Disponible en : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037021>

8. Noia EL, Gonçalves E, Pretti MM. Tuberculose e coronavírus: o que sabemos? . Epidemiol e Serviços Saúde. [Internet]. 2020 [citado 21 de enero 2021];29(2).1-10. Disponible en: <http://www.scielosp.org/article/ress/2020.v29>

9. Ministerio de Salud . Día mundial de lucha contra la tuberculosis [Internet]. DPCTB; 2022 [citado 13 julio 2022]. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/?adlt=strict&toWww=1&redig=516489520B1146F48A8EA0F46E3F1A9A>

10. Dirección de Redes Integradas de Salud. Información Epidemiología tuberculosis [Internet]. Lima: Minsa; 2022 [citado 22 julio 2022]. Disponible en : http://www.dirislimaeste.gob.pe/Epidemio_d.asp

11. McNeely CL, Schintler LA, Stabile B. Social Determinants and COVID-19 Disparities: Differential Pandemic Effects and Dynamics. World Med Heal Policy [Internet]. 2020 [citado 21 junio 2022];12(3):206–17. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/wmh3.370>

12. Abrams EM, Szeffler SJ. COVID-19 and the impact of social determinants of health. Lancet Respir Med [Internet]. 2020 [citado 22 enero 2022];8(7):659–61. Disponible en: <http://www.thelancet.com/article/S2213260020302344/fulltext>

13. Visca D, Ong CWM, Tiberi S, Centis R, D’Ambrosio L, Chen B, et al. Tuberculosis and COVID-19 interaction: A review of biological, clinical and public health effects. Pulmonology. 202 [citado 22 enero 2022] 1;27(2):151–65.

14. Butler-Jones D, Wong T. Infectious disease, social determinants and the need for intersectoral action. Canada Commun Dis Rep [Internet]. 2016 [citado 22 enero 2022];42(S1):18–20. Disponible en: <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac->

aspc/publicat/ccdr-rmtc/16vol42/dr-rm42s-1/assets/pdf/16vol42s-1_ar-04-eng.pdf

15. Ong M., Migliori GB, Raviglione M, MacGregor-Skinner G, Sotgiu G, Alffenaar JW, et al. Epidemic and pandemic viral infections: Impact on tuberculosis and the lung. *Eur Respir J* [Internet]. 2020 [citado 22 enero 2022];56(4). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1183/13993003.01727-2020>
16. Dara M, Sotgiu G, Reichler, Chiang CY, Chee CBE, Migliori GB. New diseases and old threats: Lessons from tuberculosis for the COVID-19 response. *Int J Tuberc Lung Dis* [Internet]. 2020 [citado 22 enero 2022];24(5):544–5. Disponible en: <https://www.ingentaconnect.com/content/iuatld/ijtld/2020/00000024/00000005/art00019>
17. Cilloni L, Fu H, Vesga JF, Dowdy D, Pretorius C, Ahmedov S, et al. The potential impact of the COVID-19 pandemic on the tuberculosis epidemic a modelling analysis. *EClinicalMedicine* [Internet]. 2020 [citado 22 enero 2022];28:100603. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100603>
18. Finn McQuaid C, McCreesh N, Read JM, Sumner T, Houben RMGJ, White RG, et al. The potential impact of COVID-19-related disruption on tuberculosis burden. *Eur Respir J* [Internet]. 2020 [citado 22 enero 2022];56(2). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7278504/pdf/ERJ-01718-2020.pdf>
19. Hogan AB, Jewell BL, Sherrard-Smith E, Vesga JF, Watson OJ, Whittaker C, et al. Potential impact of the COVID-19 pandemic on HIV, tuberculosis, and malaria in low-income and middle-income countries: a modelling study. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2020 [citado 22 de enero de 2022];8(9):e1132–41. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X20302886>

20. Hone T, Macinko J, Millett C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? *Lancet* [Internet]. 2018 [citado 22 de enero de 2022];392(10156):1461–72. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673618318294>
21. Organización Panamericana de la Salud. Atención primaria en salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. OPS/OMS. [citado 22 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud>
22. Davis JL, Katamba A, Vasquez J, Crawford E, Sserwanga A, Kakeeto S, et al. Evaluating tuberculosis case detection via real-time monitoring of tuberculosis diagnostic services. *Am J Respir Crit Care Med* [Internet]. 2011 [citado 22 enero 2022];184(3):362–7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3175538/pdf/AJRCCM1843362.pdf>
23. Casteñeda C, Romero K. La Atención Primaria de Salud y la Enfermería Primary Health Care and Nursing. *Tecnol e Innovación* [Internet]. 2016 [citado 22 enero 2022];3(3):18. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/235988059.pdf>
24. Minayo MC . La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
25. Brumer H. *Symbolic Interactionismo*. London: University of California Press; 1964.
26. Izcara S. *Manual de investigación cualitativa*. Mexico D.F.: Editorial Fontamara; 2014.
27. Sánchez J, Forero C. Concepciones y percepciones sobre salud, calidad de vida, actividad física en una comunidad académica de salud. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2011 [citado 22 de enero de 2022];27(2):159–70. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v27n2/enf08211.pdf>

28. Rosales JJ. Percepción y experiencia. *Episteme* [Internet]. 2015 [citado 22 enero 2022];35(2):21–36. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-43242015000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es

29. Dos Santos FL, Souza LLL, Bruce ATI, De Almeida Crispim J, Arroyo LH, Ramos ACV, et al. Patients' perceptions regarding multidrugresistant tuberculosis and barriers to seeking care in a priority city in Brazil during COVID-19 pandemic: A qualitative study. *PLoS One* [Internet]. 2021 [citado 22 enero 2022];16(4 April):1–19. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8034748/pdf/pone.0249822.pdf>

30. Mwamba C, Kerkhoff AD, Kagujje M, Lungu P, Muyoyeta M, Sharma A. Diagnosed with TB in the era of COVID-19: patient perspectives in Zambia. *Public Heal Action* [Internet]. 2021 [citado 22 enero 2022];10(4):141–6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7790493/pdf/i2220-8372-10-4-141.pdf>

31. Soko RN, Burke RM, Feasey HRA, Sibande W, Nliwasa M, Henrion MYR, et al. Effects of coronavirus disease pandemic on tuberculosis notifications, Malawi. *Emerg Infect Dis* [Internet]. 2021 [citado 22 enero 2022];27(7):1831–9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8237899/pdf/21-0557.pdf>

32. Khan MS, Rego S, Rajal JB, Bond V, Fatima RK, Isani AK, et al. Mitigating the impact of COVID-19 on tuberculosis and HIV services: A cross-sectional survey of 669 health professionals in 64 low and middle-income countries. *PLoS One* [Internet]. 2021 [citado 22 enero 2022];16(2 February 2021):1–12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7853462/pdf/pone.0244936.pdf>

33. Sharma P, Khokhar A. Risk factors and perceptions about coronavirus disease among tuberculosis patients in Delhi, India: A cross-sectional

- study. *Indian J Tuberc.* [internet]. 2021 [citado 22 de enero de 2022];1(4): 1-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijtb.2021.10.006>
34. Sánchez FA. Fundamentos Epistémicos de la Investigación Cualitativa y Cuantitativa: Consensos y Disensos. *Rev Digit Investig en Docencia Univ* [Internet]. 2019 [citado 22 enero 2022];13:101–22. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/ridu/v13n1/a08v13n1.pdf>
 35. Hamilton A, Finley E. Qualitative Methods in Implementation Research: An Introduction. *Psychiatry Res* [Internet]. 2019 [citado 22 enero 2022];176(3):139–48. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7023962/pdf/nihms-1538477.pdf>
 36. Greenhalgh T, Swinglehurst D. Studying technology use as social practice: The untapped potential of ethnography. *BMC Med* [Internet]. 2011 [citado 22 enero 2022];9(1):45. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/9/45>
 37. Neubauer BE, Witkop CT, Varpio L. How phenomenology can help us learn from the experiences of others. *Perspect Med Educ* [Internet]. 2019 [citado 22 enero 2022];8(2):90–7. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6468135/pdf/40037_2019_Article_509.pdf
 38. Bynum WE, Artino AR, Uijtdehaage S, Webb AMB, Varpio L. Sentinel Emotional Events: The Nature, Triggers, and Effects of Shame Experiences in Medical Residents. *Acad Med* [Internet]. 2019 [citado 22 enero 2022];94(1):85–93. Disponible en: https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2019/01000/Sentinel_Emoional_Events__The_Nature,_Triggers,.28.aspx
 39. Patel RS, Tarrant C, Bonas S, Shaw RL. Medical students' personal experience of high-stakes failure: Case studies using interpretative phenomenological analysis. *BMC Med Educ* [Internet]. 2015 [citado 22 enero 2022];15(1):1–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12909->

015-0371-9

40. Hooker C. Comprender la empatía: por qué la fenomenología y la hermenéutica pueden ayudar a la educación y la práctica médica. *Med Heal Care Philos* [Internet]. 2015 [citado 22 enero 2022];18:541–552. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11019-015-9631-z#citeas>
41. Teherani A, Martimianakis T, Stenfors-Hayes T, Wadhwa A, Varpio L. Choosing a Qualitative Research Approach. *J Grad Med Educ* [Internet]. 2015 [citado 22 enero 2022];7(4):669–70. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4675428/pdf/i1949-8357-7-4-669.pdf>
42. Moser A, Korstjens I. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *Eur J Gen Pract* [Internet]. 2018 [citado 22 enero 2022];24(1):9–18. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375091>
43. Polit D, Beck C. Investigación en enfermería: Generación y evaluación de evidencia para la practica de enfermería. [Internet]. 10 ed. Lippincott W& W, editor. Filadelfia (PA); 2008. 370 p. Disponible en: https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=Ej3wstotgkQC&oi=fnd&pg=PA1&ots=whMyCM8yym&sig=le5TIm9RyesP18RPTg_Zrsi3pOc&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
44. Cisterna F. Categorization and Triangulation As Processes of Validation of Knowledge in Qualitative Investigations. *Theoria* [Internet]. 2005 [citado 12 junio 2022];14(1):61–71. Disponible en: <http://www.ubiobio.cl/theoria/v/v14/a6.pdf>
45. Albino M, Korstjens I, Van der Weijden T, Tange H. Toma de decisiones del paciente en la selección de un hospital para cirugía ortopédica electiva. *Eval Clin Pr* [Internet]. 2010 [citado 12 junio 2022];16(6):1262–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20727062/>

46. Bonevski B, Randell M, Paul C, Chapman K, Twyman L, Bryant J, et al. Reaching the hard-to-reach: A systematic review of strategies for improving health and medical research with socially disadvantaged groups. *BMC Med Res Methodol* [Internet]. 2014 [citado 12 junio 2022];14(1):1–29. Disponible en: *BMC Medical Research Methodology*
47. Salmons J. *Qualitative Online Interviews*. Second Ed. Vicki K, editor. London: SAGE Publications, Inc.; 2015.
48. Martínez Miguélez M. Validez y confiabilidad en la metodología cualitativa. *Paradigma* [Internet]. 2006 [citado 12 junio 2022];27(2):07–33. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1011-22512006000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
49. Lincoln Y, Guba E. *Indagación naturalista*. SAGE publi. London; 1985.
50. Korstjens I, Moser A. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing. *Eur J Gen Pract* [Internet]. 2018 [citado 12 junio 2022];24(1):120–4. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375092>
51. De la Cuesta-Benjumea C. La reflexividad: un asunto crítico en la investigación cualitativa. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2011 [citado 12 junio 2022];21(3):163–7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-la-reflexividad-un-asunto-critico-S1130862111000520>
52. Barber N. Principles of statistical data analysis. *Pharm Pract* Second Ed [Internet]. 2017 [citado 12 junio 2022];320(1):455–66. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117368/pdf/114.pdf>
53. Cleland JA. The qualitative orientation in medical education research. *Korean J Med Educ* [Internet]. 2017 [citado 12 junio 2022];29(2):61–71. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5465434/pdf/kjme-2017-53.pdf>

54. Assarroudi A, Heshmati Nabavi F, Armat MR, Ebadi A, Vaismoradi M. Directed qualitative content analysis: the description and elaboration of its underpinning methods and data analysis process. *J Res Nurs* [Internet]. 2018 [citado 12 junio 2022];23(1):42–55. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7932246/pdf/10.1177_1744987117741667.pdf

55. Ulin PR, Tolley ET, Robinson EE. *Aplicada en salud pública Métodos cualitativos*. 1 ed. Organización Panamericana de la Salud, editor. Washintong; 2006. 250 p.

56. Penalva C, Alaminos A, Francés F, Santacreu Ó. *La investigación cualitativa: técnicas de investigación y análisis con Atlas.ti*. 1ed. PYDLOS Ediciones, editor. Quito; 2015.

57. López M. *Ética profesional y complejidad. Los principios y la religación*. *Perfiles Educ* [Internet]. 2013 [citado 12 junio 2022];35(142):43–52. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/peredu/v35n142/v35n142a20.pdf>

58. Cañete R, Guilhem D, Brito K. Consentimiento informado: algunas consideraciones actuales. *Acta Bioeth* [Internet]. 2012 [citado 12 junio 2022];18(1):121–7. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2012000100011

59. Arguedas-Arguedas O. Elementos básicos de bioética en investigación. *Acta méd costarric* [Internet]. 2010[citado 12 junio 2022];76–8. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022010000200004

60. Azulay Tapiero A. Los principios bioéticos: ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal? *An Med Interna* [Internet]. 2001 [citado 12 de junio de 2022];18(12):650–4. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/ami/v18n12/humanidad.pdf>

61. Mora L. principios eticos y bioeticos aplicados a la calidad de atencion de enfermeria. Am J Ophthalmol [Internet]. 2015 [citado 12 de junio de 2022];2(6):458. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/oft/v28n2/oft09215.pdf>

62. Puyen Z, Garcia R. Contribución de la prueba Genotype MTBDRPLUS del Instituto Nacional de Salud, desde un enfoque social de la tuberculosis. Bol Inst Nac Salud [Internet]. 2017;23(1-2):9-19. Disponible en: <https://boletin.ins.gob.pe/wp-content/uploads/2017/Año23N1-2/a06v23n1-2.pdf?adlt=strict&toWww=1&redig=8D9E0F5A0B164669AECC973126CA89C8>

63. Minsa. La Victoria, San Juan de Lurigancho y Cercado de Lima, figuran entre los distritos con mayor riesgo de transmisión de tuberculosis en Lima Centro - DIRIS LIMA CENTRO [Internet]. Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro. 2020 [citado 16 de julio de 202]. A Disponible en: <https://dirislimacentro.gob.pe/la-victoria-san-juan-de-lurigancho-y-cercado-de-lima-figuran-entre-los-distritos-con-mayor-riesgo-de-transmision-de-tuberculosis-en-lima-centro/?adlt=strict&toWww=1&redig=E6856DFD25A448E5A36DA7C0FF20EE6A>

64. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales . Ante la contingencia sanitaria creada por la pandemia Covid-19 - CLACSO [Internet]. Grupo de Trabajo CLACSO. 2020 [citado 16 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.clacso.org/pronunciamento-del-grupo-de-trabajo-clacso-pobreza-y-politicas-sociales-ante-la-contingencia-sanitaria-creada-por-la-pandemia-covid-19/?adlt=strict&toWww=1&redig=EC5D616ACC3E406A9A69DF401ACF9C0F>

65. Organización Mundial de la Salud. Salud Mental y COVID-19 [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. 2020 [citado 16 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/salud-mental-covid-19?adlt=strict&toWww=1&redig=9457CFACBFD64647A4E090701C0DF7>

66. Gomez B, Escobar A. Estrés y sistema inmune. Psicooncología Investig y clínica biopsicosocial en Oncol [Internet]. 2006;23(1):35–48. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2003350&orden=161284&info=link%5Cnhttps://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=2003350>
67. Andueza J, Perez A, Suárez J, C. M. Factores de riesgo asociados a la tuberculosis respiratoria. Med Integr [Internet]. 2000 [citado 16 de julio de 2022];36(7):266–9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-factores-riesgo-asociados-tuberculosis-respiratoria-12964?adlt=strict&toWww=1&redig=9EE7ABF689664FEE9B4B0E141AF532E2>
68. OMS. Orientaciones para el público [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2020 [citado 16 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>
69. Organización Mundial de la Salud. Gestión de la infodemia sobre la COVID-19: Promover comportamientos saludables y mitigar los daños derivados de la información incorrecta y falsa [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2020 [citado 16 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/23-09-2020-managing-the-covid-19-infodemic-promoting-healthy-behaviours-and-mitigating-the-harm-from-misinformation-and-disinformation?adlt=strict&toWww=1&redig=AF739847115943018A2FC5945E2A9A80>
70. El Comercio. Por qué Perú es el país con la mayor tasa de mortalidad entre los más afectados por la pandemia [Internet]. BBC-noticias. 2020 [citado 16 de julio de 2022]. Disponible en: <https://elcomercio.pe/tecnologia/ciencias/covid-19-por-que-peru-es-el-pais-con-la-mayor-tasa-de-mortalidad-entre-los-mas-afectados-por-la-pandemia->

noticia/?adlt=strict&toWww=1&redig=E8C867840D3F4C6BAE1CAC80C6F6C94C

71. Nieves-Cuervo G, Manrique-Hernández EF, Robledo-Colonia AF, Grillo EKA. Infodemia: noticias falsas y tendencias de mortalidad por COVID-19 en seis países de América Latina. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2021 [citado 12 junio 2022];45(1):1–9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8118087/pdf/rpsp-45-e44.pdf>
72. Lockyer B, Islam S, Rahman A, Dickerson J, Pickett K, Sheldon T, et al. Understanding COVID-19 misinformation and vaccine hesitancy in context: Findings from a qualitative study involving citizens in Bradford, UK. *Heal Expect* [Internet]. 2021 [citado 12 junio 2022];24(4):1158–67. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8239544/pdf/HEX-24-1158.pdf>
73. Orebi HA, Emara HE, Alhindi AA, Shahin MR, Hegazy AH, Kabbash IA, et al. Perceptions and experiences of COVID-19 vaccines' side effects among healthcare workers at an Egyptian University Hospital: a cross-sectional study. *Trop Med Health* [Internet]. 2022 [citado 12 de junio de 2022];50(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s41182-022-00427-2>

ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de las categorías y subcategorías apriorísticas

OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORIAS APRIORISTICAS	SUBCATEGORÍAS APRIORÍSTICAS	PREGUNTAS DE LA GUÍA DE ENTREVISTA
Explorar las percepciones y comprender las creencias sobre el virus COVID-19 en pacientes con tuberculosis pulmonar en un establecimiento de salud de Lima Este-2021	Son las percepciones y creencias sobre el COVID-19, que en base a las experiencias vividas manifestaron los pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en un establecimiento de salud de Lima Este. Estas manifestaciones fueron recogidas mediante una entrevista semiestructurada de preguntas abiertas que incluyeron las subcategorías apriorísticas de la investigación como fueron : el impacto sobre el COVID-19, las medidas preventivas frente a la pandemia, la diferenciación de signos y síntomas y el origen del virus.	Percepciones sobre el COVID-19	Impacto del COVID-19	¿Tiene o a tenido algún pariente o familiar con corona virus? ¿Cuál ha sido su impresión frente a esta situación? ¿por qué cree que su familiar y parientes no se ha contagiado hasta el momento? ¿Crees que el brote del virus COVID-19 es una amenaza para ti y tu familia? ¿Por qué?
			Medidas preventivas frente a la pandemia	¿Cuál es tu apreciación sobre las medidas preventivas sobre el contagio del COVID-19 dadas por el MINSA para las personas con TBC?
			Diferenciación de signos y síntomas	¿Considera que los síntomas del COVID-19 se asemejan a los síntomas de la tuberculosis pulmonar?
		Creencias sobre el COVID-19	Origen de virus	¿Consideras que el COVID-19 tiene o tendrá cura? ¿Por qué? ¿Por qué cree que apareció el COVID-19 el mundo?
			Cambios hábitos	¿Crees que debes cambiar de tus hábitos de vida para evitar contagiarte?

Anexo B. Instrumento de recolección de datos

GUÍA DE ENTREVISTA

I. PRESENTACIÓN

Sr(a) o Srta.:

Buenos días, somos estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad de Ciencias Humanidades, estamos realizando un estudio cuyo objetivo es. Cuáles son las percepciones y creencias sobre el virus de COVID-19 en pacientes con tuberculosis pulmonar en un establecimiento de salud de Lima Este - 2021.

Pedimos su colaboración para que nos facilite los datos que nos permitirán llegar a un objetivo de estudio en mención.

II. INSTRUMENTOS GENERALES

Las guías de entrevista no contienen preguntas correctas ni incorrectas. Por favor responda con total sinceridad, además los datos serán de forma anónima y confidencial. Si usted viera alguna duda, pregúntale a la persona a cargo.

Datos generales:

Edad:

Sexo del entrevistado:

a. Femenino () b. masculino ()

Estado civil

() Soltero(a) () Casado(a) () conviviente

() Divorciado(a) () viudo (a)

Grado de instrucción

() Sin instrucción () Primaria () Secundaria () Técnico () Profesional

Indicación de recuperación

Trabajador estable () eventual () sin ocupación () jubilado ()

IMPRESIONES SOBRE EL COVID-19

1. ¿Tiene o a tenido algún pariente o familiar con corona virus?

Si es si: ¿Cuál ha sido su impresión frente a esta situación?

Si es no: ¿por qué cree que su familiar y parientes no se ha contagiado hasta el momento?

2. ¿Cuál es tu apreciación sobre las medidas preventivas sobre el contagio del COVID-19 dadas por el MINSA para las personas con TBC?

3. ¿Consideras que el COVID-19 tiene o tendrá cura? ¿Por qué?

4. ¿Considera que los síntomas del COVID-19 se asemeja a los síntomas de la tuberculosis pulmonar?

CREENCIAS SOBRE EL VIRUS COVID-19

1. ¿Por qué cree que apareció el COVID-19 el mundo?

2. ¿Crees que el brote del virus COVID-19 es una amenaza para ti y tu familia? ¿Por qué?

3. ¿Cree que debes cambiar de tus hábitos de vida para evitar contagiarte?

Anexo C. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación en salud. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

Título del proyecto: Percepción y creencias sobre el virus COVID-19 en pacientes con tuberculosis pulmonar en un establecimiento de salud de Lima Este - 2021

Nombre de los investigadores principales:

REINOSO ACUÑA ROSINA

CALLE GONZALES FLOR GLADYS

Objetivo del estudio: Explorar las percepciones y creencias sobre el virus en pacientes con tuberculosis pulmonar en un establecimiento de salud de Lima Este -2021.

Beneficios por participar: Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados (de manera individual o grupal) que le puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional.

Inconvenientes y riesgos: Ninguno, solo se le pedirá responder la entrevista.

Costo por participar: Usted no hará gasto alguno durante el estudio.

Confidencialidad: La información que usted proporcione estará protegido, solo los investigadores pueden conocer. Fuera de esta información confidencial, usted no será identificado cuando los resultados sean publicados.

Renuncia: Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin sanción o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

Consultas posteriores: Si usted tuviese preguntas adicionales durante el desarrollo de este estudio o acerca de la investigación, puede dirigirse a Méndez Nina Julio César coordinador de equipo.

Contacto con el Comité de Ética: Si usted tuviese preguntas sobre sus derechos como voluntario, o si piensa que sus derechos han sido vulnerados, puede dirigirse a HERNAN MATA del Comité de Ética de la UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES. ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Av. Universitaria 5175, Los Olivos, Lima-Perú. Asimismo, a rosreinosoa@uch.pe.

Participación voluntaria:

Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído y comprendido, tuve tiempo y oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente acepto participar voluntariamente en el estudio.

Nombres y apellidos del participante o apoderado	Firma o huella digital
Nº de DNI:	
Nº de teléfono: fijo o móvil o WhatsApp	
Correo electrónico	
Nombre y apellidos del encuestador(a)	Firma
Nº de DNI	
Nº teléfono	
Datos del testigo para los casos de participantes iletrados	Firma o huella digital
Nombre y apellido:	
DNI:	
Teléfono:	

Lima 10 de julio del 2020

Certifico que he recibido una copia del consentimiento informado.

Anexo D. Acta o dictamen de informe de comité de ética

 **UCH** UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
Licenciada el 23 de noviembre de 2017
Resolución N° 071-2017-SUNEDUCO

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
"Año de la universalización de la salud"

ACTA CEI N° 048	23 de julio de 2020
-----------------	---------------------

ACTA DE EVALUACIÓN ÉTICA

En el distrito de Los Olivos, el día 23 del mes de julio del año dos mil veinte, el Comité de Ética en Investigación en seres humanos y animales ha evaluado el proyecto: "PERCEPCIÓN Y CREENCIAS SOBRE EL VIRUS COVID-19 EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE LIMA ESTE- 2020" con Código ID-048-20, presentado por el(los) autor(es): REINOSO ACUÑA ROSINA Y CALLE GONZALES FLOR GLADYS.

Teniendo en cuenta que el mismo reúne las consideraciones éticas.

POR TANTO:

El Comité de ética en Investigación,

RESUELVE

APROBAR, el proyecto titulado "PERCEPCIÓN Y CREENCIAS SOBRE EL VIRUS COVID-19 EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE LIMA ESTE- 2020".
Código ID-048-20.


Miguel Ángel Gómez
Presidente
de Comité de Ética en Investigación

30445, INC

www.uch.edu.pe

Av. Universitaria 5175 Los Olivos - Telef.: 500-3100

Anexo E. Validación por jueces expertos de la guía de entrevista

Solicitud de validación de guía de entrevista

Lima, 01 de setiembre del 2020

Solicito: Colaboración en proceso de validación de guía de entrevista

Nos es grato dirigirnos a Usted para saludarlo cordialmente y a su vez para presentarnos. Actualmente somos estudiantes de la carrera de enfermería en la Universidad de Ciencias y Humanidades y estoy desarrollando mi trabajo de investigación titulado:

“PERCEPCIONES Y CREENCIAS SOBRE EL VIRUS COVID-19 EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE LIMA ESTE - 2021”

Cuyo objetivo: Explorar las percepciones y creencias sobre el virus COVID-19 en pacientes con tuberculosis pulmonar en un establecimiento de salud de Lima - Este.

Conocedoras de su experiencia y trayectoria profesional en el tema, solicitamos a Ud. su colaboración en calidad de experto para la fase de validación de la guía de entrevista.

Agradeciendo anticipadamente su apoyo y la atención a la presente, me despido de Ud.

Atentamente,


ROSINA REINOSO ACUÑA


FLOR GLADYS CALLE GONZALES

RESUMEN DEL PROYECTO

La investigación tiene como objetivo explorar las percepciones y creencias sobre el virus COVID-19 en pacientes con tuberculosis pulmonar en un establecimiento de salud de Lima Este.

La población está conformada por pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar que se atienden en un centro de salud de Lima Este. La investigación es de enfoque cualitativo y diseño fenomenológico que Explora las percepciones y creencias sobre el virus COVID-19 en pacientes con tuberculosis pulmonar en un establecimiento de salud de Lima Este, que la técnica que se usó la entrevista y la herramienta el guión de entrevista (preguntas) que fue validada por juicio de expertos. Además, la población fue seleccionada por medio de un muestreo cualitativo, lo cual implica un número reducido de participantes en base al tipo de muestreo que se empleó, el muestreo por juicio. Asimismo, el proyecto pasó por un comité de ética para su aprobación. Donde se cumple la aplicación de los cuatro principios éticos en una investigación biomédica como son: el principio de autonomía, principio de beneficencia, principio de no maleficencia y principio de justicia.

OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORÍAS APRIORÍSTICAS	SUBCATEGORÍAS APRIORÍSTICAS	PREGUNTAS DE LA GUÍA DE ENTREVISTA
Explorar las percepciones y comprender las creencias sobre el virus COVID-19 en pacientes con tuberculosis pulmonar en un establecimiento de salud de Lima Este-2021	Son las percepciones y creencias sobre el COVID-19, que en base a las experiencias vividas manifestaron los pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en un Centro de Salud de Lima. Estas manifestaciones fueron recogidas mediante una entrevista semiestructurada de preguntas abiertas que incluyeron las subcategorías apriorísticas de la investigación como fueron : el impacto sobre el COVID-19, las medidas preventivas frente a la pandemia, la diferenciación de signos y síntomas y el origen del virus.	Percepciones sobre el COVID-19	Impacto del COVID-19	¿Tiene o a tenido algún pariente o familiar con corona virus? ¿Cuál ha sido su impresión frente a esta situación? ¿por qué cree que su familiar y parientes no se ha contagiado hasta el momento? ¿Crees que el brote del virus COVID-19 es una amenaza para ti y tu familia? ¿Por qué?
			Medidas preventivas frente a la pandemia	¿Cuál es tu apreciación sobre las medidas preventivas sobre el contagio del COVID-19 dadas por el MINSA para las personas con TBC?
			Diferenciación de signos y síntomas	¿Considera que los síntomas del COVID-19 se asemejan a los síntomas de la tuberculosis pulmonar?
		Creencias sobre el COVID-19	Origen de virus	¿Consideras que el COVID-19 tiene o tendrá cura? ¿Por qué? ¿Por qué cree que apareció el COVID-19 el mundo?
			Cambios hábitos	¿Crees que debes cambiar de tus hábitos de vida para evitar contagiarte?

MATRIZ DE EVALUACIÓN DEL GUIÓN DE LA ENTREVISTA

Preguntas	Observaciones y/o recomendaciones de jueces	Propuesta de pregunta
¿Tiene o a tenido algún pariente o familiar con corona virus?		
¿Cuál ha sido su impresión frente a esta situación?		
¿por qué cree que su familiar y parientes no se ha contagiado hasta el momento?		
¿Crees que el brote del virus COVID-19 es una amenaza para ti y tu familia? ¿Por qué?		
¿Cuál es tu apreciación sobre las medidas preventivas sobre el contagio del COVID-19 dadas por el MINSA para las personas con TBC?		
¿Considera que los síntomas del COVID-19 se asemejan a los síntomas de la tuberculosis pulmonar?		
¿Consideras que el COVID-19 tiene o tendrá cura? ¿Por qué?		
¿Por qué cree que apareció el COVID-19 el mundo?		
¿Crees que debes cambiar de tus hábitos de vida para evitar contagiarte?		

Anexo F. Evidencias del trabajo de campo

