

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE  
MOGROVEJO**



**“COMUNICACIÓN EDUCATIVA DEL PERSONAL  
DE ENFERMERÍA EN LA ESTRATEGIA SANITARIA  
NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE  
TUBERCULOSIS. MICRORED CHICLAYO 2011”**

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

**AUTOR: Bach. Erika Alvites Díaz**

**Chiclayo, 14 Febrero del 2012**

**“COMUNICACIÓN EDUCATIVA DEL PERSONAL  
DE ENFERMERIA EN LA ESTRATEGIA SANITARIA  
NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE  
TUBERCULOSIS. MICRORED CHICLAYO 2011”**

POR:

**Bach:** Erika Alvites Díaz

PRESENTADO A LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD  
CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO, PARA OPTAR EL TÍTULO  
DE: **LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

APROBADO POR:

---

Mgtr. Iliana Muro Exebio  
Presidente de Jurado

---

Lic. Isabel Juárez  
Secretaria de Jurado

---

Lic. Aurora V. Zapata Rueda  
Vocal/Asesor de Jurado

**CHICLAYO, 2012**

## DEDICATORIA

A la señorita Lic. Aurora V. Zapata Rueda, por su apoyo incondicional, paciencia, motivación e importante guía para la investigación y sobre todo por esa gran amistad que me ha confiado, y por ser un ejemplo de profesional a seguir.

A mis padres por su amor, sacrificio, fortaleza y su apoyo incondicional de todos estos años quienes fueron mis guías al impulsarme a lograr mis objetivos personales y profesionales.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por la vida y sabiduría, la cual me sirvió para culminar mi carrera profesional de Enfermería.

A mi asesora Aurora Zapata Rueda por brindarme sus conocimientos y comprensión para culminar el presente trabajo de investigación.

A mi jurado, por sus contribuciones siendo de gran ayuda para mi investigación.

## INDICE

	Pág.
<b>Dedicatoria</b>	<b>iii</b>
<b>Agradecimiento</b>	<b>iv</b>
<b>Índice</b>	<b>v</b>
<b>Resumen y Abstract</b>	<b>vi</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>8</b>
<b>I Marco teórico conceptual:</b>	<b>12</b>
1.1 Antecedentes del problema	12
1.2 Base teórico-conceptual	12
<b>II Marco metodológico:</b>	<b>19</b>
2.1 Tipo de investigación	19
2.2 Abordaje Metodológico	20
2.3 Sujetos de Investigación	25
2.4 Escenario	25
2.5 Instrumentos de recolección de datos	26
2.6 Procedimiento	26
2.7 Análisis de datos	27
2.8 Criterios Éticos	28
2.9 Criterios de Rigor Científico	30
<b>III Resultados y Análisis</b>	<b>32</b>
Consideraciones finales	55
Recomendaciones	56
<b>Referencias bibliográficas</b>	<b>57</b>
<b>ANEXO 1: Consentimiento Informado</b>	<b>62</b>
<b>ANEXO 2: Guía de Observación Participante</b>	<b>63</b>
<b>ANEXO 3: Entrevista abierta a los Pacientes</b>	<b>64</b>
<b>ANEXO 4: Entrevista abierta al personal de enfermería</b>	<b>65</b>

## RESUMEN

La presente investigación titulada “Comunicación Educativa del personal de Enfermería en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis MicroRed Chiclayo, 2011”, se realizó con el objetivo de describir, analizar y comprender la comunicación educativa del personal de enfermería en dicha Estrategia. El tipo de investigación fue cualitativa, con abordaje metodológico de estudio de caso. Los participantes fueron profesionales de enfermería y/o técnicos en enfermería encargados de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis y los pacientes que reciben tratamiento de esquema uno (primera y segunda fase)., para la recolección de datos se empleó la entrevista abierta a profundidad y observación no participante. Las categorías obtenidas fueron características del proceso de comunicación educativa; limitaciones y barreras para el proceso de comunicación educativa, limitaciones y barreras para el proceso de comunicación educativa y necesidades emergentes en el proceso de comunicación educativa en la Estrategia de Tuberculosis. Se obtuvo como consideración final; que la comunicación educativa en esta estrategia es una herramienta fundamental en enfermería lo que es reconocido por ellas, pero no es percibido, por las personas que la reciben, de allí que exista deficiente interrelación comunicativa, verticalidad en la comunicación, comunicación intersubjetiva desatendida y falta de refuerzo visual por lo que se necesita mejorar este proceso vital para el cuidado de la persona con TBC.

Se garantizó en todo momento el rigor científico aplicando los principios de confiabilidad y validez; y el rigor ético, a través del cumplimiento de los principios de la bioética personalista de Sgreccia.

**Palabras Claves:** Comunicación educativa, Enfermería, Tuberculosis

## **SUMMARY**

This study, "Educational Communication nursing staff in the National Health Strategy for Tuberculosis Prevention and Control of Microgrid Chicago 20011." It was performed in order to describe, analyze and understand the communication of nursing education in the Health Strategy for Tuberculosis Prevention and Control. The type of research was qualitative, with a methodological approach of case study. The participants were nurses and / or nursing technicians in charge of the Health Strategy for Prevention and Control of Tuberculosis and patients receiving a treatment scheme (first and second phase)., Using as an instrument, the open interview depth. The categories obtained were: characteristics of the educational communication process, limitations and barriers to educational communication process and finally the emerging needs in the educational communication process Tuberculosis Program. Was obtained as a final consideration, that education in this communication strategy is a fundamental tool in nursing which is recognized by nurses, but it is not perceived by the people who receive it, hence there is poor inter-communication, communication verticality , unattended intersubjective communication and lack of visual reinforcement for what they represent ways to improve in this vital process for the care of the person with TB. Is guaranteed at all times the scientific rigor by applying the principles of reliability and validity, and ethical rigor, through compliance with the principles of personal ethics raised by Sgreccia.

**Keywords:** Communication Education, Nursing, Tuberculosis

## INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad de trascendencia social que acarrea serios problemas de salud pública, desde el punto de vista social y económica, las personas afectadas por tuberculosis son las más vulnerables a la enfermedad ocasionando aun mas desempleos y extrema pobreza, factores que permiten la permanencia del foco infeccioso y su propagación, complementado el hacinamiento, deficiente nivel educativo para la salud, mala alimentación, que padecen estas clases necesitadas.

En Estados Unidos, el Sistema Nacional de Prevención y Vigilancia de Tuberculosis, el índice de cumplimiento terapéutico en sus grandes ciudades a finales de los años ochenta y principios de los noventa era del 74-77%. En 1999 aproximadamente un tercio de los pacientes que empezaron la terapia incumplieron la pauta de tratamiento en los doce meses siguientes. Los Centros de Control y Prevención de Enfermedades y el Comité Asesor para la Eliminación de la Tuberculosis de Estados Unidos establecieron como objetivo que un 90% de los pacientes con tuberculosis completasen su tratamiento. Aunque el índice de cumplimiento mejoró a finales de los años noventa, este objetivo no se ha alcanzado en todo el país (1).

En España en 1998, el índice de cumplimiento terapéutico fue alrededor de 58%, mientras que en algunos países en vías de desarrollo, donde se encuentra la mayoría de la tuberculosis mundial, el índice de cumplimiento es inferior al 20%. Por tanto, es fundamental identificar y comprender los componentes de las intervenciones efectivas para alcanzar altos índices de cumplimiento terapéutico en los pacientes con tuberculosis, con el fin de lograr su control efectivo y unos mejores resultados (3).

En el Perú , en 1999 el Ministerio de Salud mediante el ex Programa Nacional de Control de Tuberculosis, actualmente Estrategia

Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis decidió implementar la estrategia DOTS: Terapia directamente observada de corta duración, recomendada por la Organización Mundial de la Salud para el control de la tuberculosis por ser altamente costo efectiva. La aplicación de esta estrategia ha contribuido a disminuir la tasa de incidencia de Tuberculosis (2).

Durante el año 2005, en el país se han diagnosticado y tratado gratuitamente a 35,541 personas enfermas con Tuberculosis en todo el país, cifra que traducida en tasa de morbilidad es de 129.02 x 100,000 habitantes. Sin embargo a pesar de los esfuerzos, el número de casos de personas con tuberculosis no se reduce significativamente por el contrario en los últimos años se estableció un tratamiento autoadministrado, las causas de incumplimiento son variadas, entre ellas, el sentirse mejor, el no comprender o no haber sido informado sobre la importancia de la toma regular de los medicamentos y/o el no contar con los medios económicos para trasladarse. Se generan así los abandonos, y en ocasiones, retratamientos inadecuados o cumplidos parcialmente que a su vez generan más multirresistencia (2).

Dentro de los objetivos planteados por la estrategia de tuberculosis está el promover la comunicación estratégica en el marco de desarrollo de la ciudadanía en salud; brindando una atención integral a la persona y/o familia en riesgo a enfermar o morir por tuberculosis. Dentro de la aplicación de estrategias innovadoras que garanticen el logro de sus objetivos, recobra importancia el rol de la persona en su propia recuperación y la conservación de la salud de los miembros de su familia; en tanto la enfermera y/o personal técnico dentro de esta estrategia requiere generar cambios en la persona a través de la información, educación y comunicación para modificar la respuesta al proceso salud – enfermedad (2). Si bien es cierto en nuestro país la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis se encuentra a cargo de un equipo multidisciplinario, el seguimiento es responsabilidad del

profesional de enfermería, sin embargo no se cumple con los objetivos y metas planificadas, como lo hemos podido constatar durante nuestras prácticas pre profesionales en los distintos establecimientos. Los pacientes quizás no reciben un trato cálido, oportuno, seguro e individualizado, sumándose a ello la falta de educación, motivación y comunicación por parte del personal a cargo de la estrategia.

La comunicación es vital para todas las personas, la manera como nos relacionamos puede aumentar la satisfacción obtenida o causar sensaciones de angustia; es un componente básico para enfermería, se debe saber escuchar y entender al paciente de esto depende la calidad de vida y la satisfacción de las personas en general, los enfermos y sus familias en particular. El comunicarse no sólo implica dialogar entre dos o más personas, sino también los gestos, miradas, posturas, contacto físico, etc. La comunicación es el gran instrumento de la relación, y sin embargo a veces somos demasiado confiados respecto a nuestra eficacia comunicativa y luego nos sorprenden los extraños efectos que se derivan de ella (3).

El contacto social nos ayuda a conocer a los demás, a trabajar con los pacientes, a compartir con ellos, intercambiar ideas y sentirnos menos solos. El problema de la Tuberculosis no sólo causa estragos en el organismo de los que la padecen sino que también tiene connotaciones sociales como: la discriminación, el proceso de enfermedad los estigmatiza como una persona contagiosa, sufriendo el rechazo de la sociedad y por algunos profesionales de la salud, lo que podría verse reflejado en la comunicación educativa.

Durante la investigación en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis, la investigadora evidenció que durante la comunicación que brinda el personal de salud, no hace uso del material audiovisual como: rotafolio, folletos, afiches, trípticos lo cual no contribuye a fortalecer el proceso de comunicación educativa a las

personas que padecen esta enfermedad. Asimismo se percibió que los pacientes se muestran ansiosos, preocupados por saber si el tratamiento dará resultado, sienten vergüenza ante el hecho de que la gente los vea concurrir al programa, la falta de apoyo familiar aunado en ocasiones a la indiferencia de la enfermera u otro personal sanitario agudiza esta situación, de allí que se genere la siguiente interrogante de investigación: ¿Cómo es la comunicación educativa del personal de enfermería en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis. MicroRed Chiclayo?, siendo los objetivos que guiaron la investigación: describir, analizar y comprender la comunicación educativa del personal de enfermería en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis.

El objeto de estudio fue la comunicación educativa del personal de enfermería en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de tuberculosis. Micro Red Chiclayo.

Esta investigación es importante porque representa la realidad de la comunicación de la enfermera y/o personal técnico con las personas, dado que nuestra profesión es netamente humanística; es decir trabajamos con personas que demandan necesidades de aspecto fisiológicas, psicosociales y uno de los problemas que se presenta es la comunicación deficiente por ambas partes; en primer lugar el profesional de salud que transmite información y el paciente que en afecciones como la tuberculosis le embarga el miedo y por lo tanto le limita el comunicarse.

La presente investigación servirá de motivación en el contexto de la Estrategia Sanitaria de Tuberculosis, para promover líneas de comunicación eficaz y crear una buena relación desde el primer contacto con el paciente, de manera que asista al servicio y confíe en la información recibida; y así ayudar a cumplir uno de los criterios del plan

de cuidados que es el de mejorar el estado de salud de los pacientes a través del diálogo terapéutico.

Se espera, por otro lado que la investigación sirva de reflexión para las enfermeras y/o personal técnico de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis, considerando la comunicación como eje principal en la relación enfermero - paciente y punto clave para la recuperación del paciente y evitación de la propagación de la enfermedad.

En cuanto a los establecimientos de salud es relevante la dotación de personal, protección de sus trabajadores, infraestructura de salud adecuada, cumplimiento de la estrategia; por ende los profesionales de salud pueden preservar una estrategia con una buena organización y recursos humanos y así lograr el involucramiento de la comunidad.

## **I. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL**

### **1.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA**

Antecedentes relacionados directamente con el objeto de estudio no se han encontrado. Pero si se han realizado estudios directamente relacionados con la enfermedad.

### **1.2. BASES TEÓRICO- CONCEPTUAL.**

La comunicación es la consideración y acción de impeler un impulso o partícula desde el punto fuente, a través de una distancia, hasta el punto receptor; con la intención de hacer que exista en el punto receptor, una duplicación y comprensión de lo que emanó del punto fuente (4). Existen elementos del proceso de la comunicación; donde las personas muchas veces pueden ser o no conscientes de cada elemento de la comunicación. Dentro de los elementos de la comunicación encontramos al emisor, es la persona que inicia la comunicación

interpersonal; transmite algo a los demás. El mensaje, es la información emitida o expresada por el emisor y está formada por las ideas y conceptos sobre un determinado aspecto de la realidad. El mensaje más eficaz es la más clara, estructurada y expresada de una manera que el receptor entiende. El mensaje puede ser verbal o no verbal y se emite a través de un canal de comunicación. El canal, son los medios conductores o portadores de la transmisión de mensajes, como la vista, el oído y el tacto. Cuantos más canales utilice un profesional de enfermería para transmitir un mensaje, mejor lo comprenderá el paciente (5).

Otro elemento es el receptor, que es la persona que recibe el mensaje a través del canal y lo interpreta. El código, es un conjunto de signos sistematizado junto con unas reglas que permiten utilizarlos. El código permite al emisor elaborar el mensaje y al receptor interpretarlo. El emisor y el receptor deben utilizar el mismo código. La lengua es uno de los códigos más utilizados para establecer la comunicación entre los seres humanos. Y por último está el contexto, que es la relación que se establece entre las palabras de un mensaje y que nos aclaran y facilitan la comprensión de lo que se quiere expresar.

Existen varios tipos de comunicación entre las más utilizadas encontramos a la comunicación intrapersonal, denominada así porque se da en forma individual de cada persona; viene hacer una autoconversación en la cual vamos a dilucidar nuestras acciones diarias. Otro tipo de comunicación es la interpersonal, se realiza entre dos personas que están físicamente próximas. Cada una de las personas produce mensajes que son una respuesta a los mensajes que han sido elaborados por la otra persona implicada en la conversación. En el campo de enfermería este tipo de comunicación se da entre enfermera – paciente que permite identificar los problemas de salud por la cual está atravesando la persona (6).

La comunicación grupal o intermedia, es la que se produce en grupos que comparten una finalidad común relacionada con la educación, el trabajo y la participación comunitaria en la solución de los problemas de salud. Se establece este tipo de comunicación cuando se emplean técnicas educativas de discusiones grupales, grupos focales, afectivo-participativos, charlas y otras. Finalmente la comunicación masiva, es la que se desarrolla mediante los medios de comunicación social, radio, televisión, prensa, etc. Este tipo de comunicación promueve la salud para impedir ante todo que las personas sean vulnerables a la enfermedad como es la tuberculosis (7).

El comunicador Uruguayo, Gabriel Kaplún, señala que los problemas y necesidades de comunicación pueden centrarse en: **La necesidad o la dificultad para establecer o restablecer vínculos.**- estos son los problemas de comunicación que surgen cuando se piensa que relación se quiere establecer con algunos individuos o con algún grupo en particular para trabajar sobre algo; en este caso la enfermera de la Estrategia Sanitaria Nacional de Tuberculosis tiene dificultad para acercarse a las personas que son atendidas en dicha estrategia para tratar aspectos sobre su enfermedad.

**La necesidad o dificultad para producir, compartir y hacer circular sentidos.**- cuando hablamos de sentido hablamos de los significados, de la dirección y el valor que le otorguemos a los mensajes y discursos que producimos. Esta dirección y valor está dada por ideas compartidas, lo que habitualmente conocemos como “una forma de ver el mundo” que vamos construyendo en las diversas dimensiones de nuestra vida. Por ejemplo cuando hablamos de salud y enfermedad y de los modos de hacer promoción de la salud, son problemas de comunicación; pero además son problemas vinculados a la educación (8).

El rol del equipo de salud desde la **dimensión comunicativa** abarca: La intervención comunicativa de todo equipo desde la promoción de salud, determina cierto trabajo de comunicación como por ejemplo: Promover la construcción colectiva de una vida “saludable”, requiere implementar planes de comunicación para facilitar la participación de la población en los procesos de incorporación de prácticas que mejoren la calidad de vida. Aportar a la generación de políticas públicas en salud, colocar en la agenda pública los temas de salud prioritarios para la población (8).

Desarrollar intervenciones en comunicación que proporcionen condiciones favorables para la adopción individual y colectiva de comportamientos saludables, diseñando planes efectivos de comunicación; restableciendo vínculos, creación, circulación de sentidos compartidos. Al comunicarnos es inevitable que transmitamos al mismo tiempo sentimientos relativos a esas mismas ideas; manifestándose a través del tomo de voz; es decir aquello que en la comunicación oral se encuentra más próximo al lenguaje natural y que aún la comunicación escrita reproduce (8).

A pesar de ser una tarea difícil, la buena comunicación en el ámbito laboral y profesional, no solo es muy deseable, sino que resulta factible, se trata de poner en práctica unos cuantos principios, los que no se deben convertir en hábito y con ello se mejora nuestra habilidad para comunicarnos (9). La enfermera en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y control de la Tuberculosis, debe realizar una comunicación efectiva; es posible que no lo realice adecuadamente por el entorno. Como se sabe a este lugar concurren personas con tuberculosis a recibir su tratamiento diario, en donde se crea un “ambiente de temor” al pensar de ser contagiados por conversar.

Es preponderante que el personal sanitario evite palabras y actitudes discriminatorias, la función de enfermería es brindar

información adecuada, crear una relación empática, comprender y hacer comprender a la persona por las circunstancias de vida que atraviesa la persona enferma.

Para comunicarse también es necesario un espacio concreto, porque el ser humano es un ser social, que implica que por lo menos haya dos actores que pueden ser personas, grupos u organizaciones; pero no habrá relación comunicacional desde la existencia y voluntad de un sólo acto (10). Ante esta situación los profesionales de salud deben ser buenos comunicadores, educar para la salud es algo más que la mera transmisión de información, y su finalidad es algo tan difícil como conseguir cambios en las actitudes y en los estilos de vida (4).

La enfermera a cargo de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis realiza la entrevista; al inicio, al cambio de fase y al término del tratamiento. Esta actividad es registrada en el formato respectivo y en la tarjeta de tratamiento con firma y sello del profesional que lo ejecuta.

La entrevista tiene objetivos, dentro de ellos encontramos educar a la persona con tuberculosis y familia, sobre su enfermedad, formas de contagio, importancia del tratamiento supervisado y baciloscopia y cultivos de control mensual.

Establecer canales de comunicación y responsabilidad compartida con la persona con tuberculosis y la familia, con el fin de garantizar la adherencia al tratamiento, al seguimiento de casos y estudio de contactos a través de la aplicación de la Estrategia DOTS: Terapia directamente observada de corta duración y DOTS Plus (2).

La enfermera realizará tres entrevistas, en la **primera entrevista** establece un ambiente de cordialidad y privacidad mediante esta conversación la enfermera educará a la persona sobre su enfermedad,

formas de contagio, tratamiento, posibles reacciones medicamentosas, exámenes de control, nutrición, con palabras sencillas haciendo uso de material audiovisual como rotafolios, afiches, etc.

**La segunda entrevista**, se realiza al cambio de fase del tratamiento para controlar la evolución de la persona, es relevante seguir educando esclarecer dudas. En esta oportunidad la enfermera tiene que crear una relación más estrecha y abarcar aspectos familiares y sociales para ver la parte psicosocial, y como es que la persona afronta su enfermedad. Se solicitará la opinión sobre la atención que recibe en el establecimiento de salud.

Por último la **tercera entrevista**, se realiza al término del tratamiento, el paciente pasará consulta médica de alta y reforzar el autoestima de la persona y regresar al establecimiento de salud si presentara sintomatología respiratoria o alguno de sus familiares.

Además el profesional de enfermería realiza sesiones educativas sobre tuberculosis, con la finalidad de que la persona y/o familia conozca y modifique estilos de vida para incrementar su calidad de vida. Mediante este proceso educativo se transmite información a las personas. La comunicación para la salud se define como "la modificación del comportamiento humano y los factores ambientales relacionados con ese comportamiento que directa o indirectamente promueven la salud, previenen enfermedades o protegen a los individuos del daño", o como un proceso de presentar y evaluar información educativa persuasiva, interesante y atractiva que dé por resultado comportamientos individuales y sociales sanos (11). Los elementos claves de un programa de comunicación para la salud son el uso de la teoría de la persuasión, la investigación y segmentación de la audiencia, y un proceso sistemático de desarrollo de programas.

El interés por entender lo que motiva a las personas a adoptar o no comportamientos que mejore su calidad de vida ha sido un tema de investigación para muchas disciplinas. Entre las teorías usadas con frecuencia para explicar este proceso se encuentran las relacionadas con los modelos de las etapas del cambio de comportamiento y las teorías de la persuasión, que pueden aplicarse a distintas culturas y a distintos comportamientos relacionados con la salud. En persuasión se estudia el mensaje, los individuos que la emplean y su percepción de la coacción que ejerce el contexto sobre sus opciones de conducta (12). La persuasión no es algo que una persona ejerza sobre otra, es un medio por el cual las personas colaboran unas con otras en la conformación de sus versiones de la realidad, privadas o compartidas. Entraña cambios recíprocos en actitudes y conductas. El grado de reciprocidad varía en relación con el potencial de realimentación que proporcione el contexto de interacción.

Durante las entrevistas, la enfermera educará a la persona impartiendo conocimientos y haciendo uso de material gráfico para mayor captación y comprensión de las sesiones educativas. Los materiales gráficos son combinaciones con palabras escritas e imágenes, dentro de ellos encontramos a los afiches, carteles, volantes, trípticos, folletos, diarios murales, boletines, rotafolios, etc. (8). Estos materiales son de bajo costo, no requieren de muchos conocimientos técnicos para elaborarlos; pero requieren de una serie de aspectos en su realización para garantizar su efectividad. Los profesionales de enfermería hacen uso de los materiales antes mencionados con la finalidad de ahondar los conocimientos que brindamos sobre temas en cuanto a salud generando en la población una reflexión más adecuada y profunda.

Para ser válido el material gráfico es necesario tener conocimientos previos para poder ser leídos; es por ello la importancia del rol que juega la enfermera al impartir las sesiones educativas, debe tener en cuenta el grado de instrucción de la persona y/o familiares a las que se dirige, acorde a ello saber expresarse. En el lenguaje gráfico se

debe establecer relación entre las imágenes y las palabras de las experiencias de la población a la cual nos dirigimos. El lenguaje gráfico presenta diferentes etapas como: El punto de partida es la de producción del contenido; es sobre la búsqueda y construcción del texto y de las imágenes con las que vamos a trabajar. El segundo momento es el de la diagramación o diseño; es la organización de lo producido es material gráfico específico como: cartel, folleto, volante, rotafolio, etc. Después sigue el momento de la impresión; donde se plasma lo diseñado y podremos ver el producto final y sigue la distribución del material.

## **II. MARCO METODOLÓGICO**

### **2.1 Tipo de Investigación**

La presente investigación es tipo cualitativa, “es un tipo de investigación que permite obtener respuestas a fondo a cerca de lo que las personas piensan y sienten. Es de índole interpretativa y se realiza con grupos pequeños de personas cuya participación es activa durante todo el proceso investigativo (13). La investigación se centra en la comprensión de la globalidad, lo cual es congruente con la filosofía holística de la enfermería, desde el marco contextual del holismo; explora en la profundidad, la riqueza y la complejidad inherente a un fenómeno.

La investigación cualitativa implica la utilización y recogida de una gran variedad de materiales, entrevista, experiencia personal, historia de vida, observaciones, textos históricos, imágenes, sonidos que describen la rutina y las situaciones problemáticas y los significados en la vida de las personas (14).

La investigadora utilizó el tipo de investigación cualitativa que permitió comprender mejor la manera o forma de comunicarse de las enfermeras – pacientes en estudio en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis a fin de continuar brindando una

atención de calidad a la población atendida en la misma. Por lo tanto dicha investigación me permitió descubrir experiencias, conocimientos, sentimientos de las enfermas-pacientes.

## **2.2 Abordaje metodológico**

El abordaje de la presente investigación es un estudio de caso; es el análisis de una corta historia descriptivo-narrativa (real o ficticia) que encierra un conflicto entre personas o grupos (15).

El estudio de caso, es una forma particular de recoger, analizar y organizar datos (16). La recolección de datos secuenciales es un largo periodo, que permite al investigador con base en un problema determinado, realizar observaciones y asistir al proceso de cambio o evolución de un individuo o grupo durante el ciclo vital o parte de éste. Todas las características las tipifica para realizar comparaciones que se basen en observaciones periódicas y generen una mayor comprensión del comportamiento humano o del proceso salud-enfermedad.

Según el propósito que se persiga con la investigación se obtiene ciertos resultados, produce hallazgo a los que no se llega por medio de procedimientos estadísticos ya que se trata de investigaciones sobre la vida de la gente, experiencias, comportamientos, emociones, funcionamiento organizacional permitiendo descubrir nuevas relaciones y conceptos (17).

Los estudios de caso permiten a los investigadores tomar decisiones con respecto al mejoramiento del individuo, seguimiento tendiente a encontrar la solución del problema; estos estudios enfatizan el porqué, cómo y cuáles resultados se obtienen gracias a la investigación efectuada en determinado momento del desarrollo de la investigación.

La principal ventaja de los estudios de caso es la profundidad a la que se puede llegar cuando se investiga un número reducido de individuos, instituciones o grupos. Aunque otros tipos de investigaciones suele objetarse que los datos tienden a ser superficiales, los estudios de caso brindan al investigador, la oportunidad de llegar a conocer íntimamente las condiciones, pensamientos, sentimientos, actos pensados y presentes, las intenciones y el entorno de la persona (18).

En la presente investigación se utilizó el estudio de caso, puesto que pretende estudiar la manera en que la enfermera brinda la comunicación educativa a los pacientes en la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de la tuberculosis.

En la presente investigación se consideró las tres fases en relación al estudio de caso propuestas por Roberto Hernández Sampieri (19).

La primera fase **exploratoria**, se inicia con una plan muy incipiente que se va delineando más claramente en la medida en que se desarrolla el estudio, surgiendo algunas preguntas o puntos críticos que son explicados, reformulados o eliminados, en la medida en que se muestran más o menos relevantes en la situación estudiada.

En la presente investigación la fase exploratoria se inicia desde la identificación de la problemática que es la comunicación educativa de la enfermera hacia los pacientes con tuberculosis, evidenciándose la deficiente comunicación en los establecimientos de salud; motivando a revisar las bases conceptuales del proceso de comunicación y su aplicación en el quehacer de enfermería hasta formular un proyecto de investigación con instrumentos que permitan recoger información relevante para acercarnos al objeto de estudio.

La segunda fase de **delimitación del estudio**, una vez identificados los elementos claves y los límites aproximados del problema, el investigador puede proceder a recolectar sistemáticamente las informaciones, utilizando instrumentos más o menos estructurados, técnicas más o menos variadas, su elección determinada por las características propias del objeto de estudio. La importancia de conocer los focos de investigación y establecer los límites del estudio es consecuencia del hecho de que nunca será posible explorar todos los ámbitos del fenómeno en un tiempo razonable limitado.

En esta fase se realizó la recolección de la información, a través de la observación no participante y la entrevista abierta.

La tercera fase de **análisis sistemático y la elaboración del informe**, en esta fase se unirá la información obtenida para analizarla lo que permitirá una mejor comprensión de los discursos, se identificarán los temas lo que permitirá establecer categorías y subcategorías las cuales se confrontarán con la literatura para luego elaborar un informe suscrito, utilizando un lenguaje sencillo y de fácil entendimiento del usuario.

Para la elaboración del informe se realizó el análisis de información respectivo lo que permitió generar categorías y subcategorías. Se redactó en informe escrito a través de un lenguaje sencillo para que sea fácil acceso al público, el que se presenta a través del estilo narrativo.

Al realizar la investigación se tuvieron en cuenta características o principios de estudio de caso por Ludke M. (20). Los estudios de caso se **dirigen al descubrimiento**, esta característica es fundamental en que el conocimiento no es algo acabado, que es una construcción que se hace y rehace en el desarrollo de la investigación.

En esta investigación el marco conceptual sirvió de estructura básica a partir del cual se intentó detectar nuevos aspectos, elementos o dimensiones, que fueron sumados a medida del avance en el estudio del proceso de comunicación educativa de la enfermera.

**Los estudios de caso enfatizan la interacción en el contexto**, para una comprensión más completa del objeto, es preciso tener en cuenta el contexto en que él se sitúa.

En el desarrollo de la investigación la investigadora tuvo en cuenta aspectos diversos de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis en la MICRO RED- CHICLAYO, que permitirán comprender la realidad que se presenta en relación a la Comunicación Educativa del personal de enfermería.

**Los estudios de caso buscan retratar la realidad en forma compleja y profunda.** El investigador procura revelar la multiplicidad de dimensiones presentes en una determinada situación o problema, enfocándolo como un todo. Este tipo de abordaje enfatiza la complejidad natural de las situaciones, evidenciando la interrelación de sus componentes.

La presente investigación pretendió reflejar la realidad de cómo es la comunicación educativa que brinda la enfermera; cómo interactúa la enfermera con el paciente que llega a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis, considerando también múltiples aspectos y teniendo en cuenta varios informantes.

**Los estudios de caso usan variedad de fuentes de información.** Al desarrollar el estudio de caso, el investigador recurre a una variedad de datos, recolectados en diferentes momentos y con una variedad de tipos de informantes.

En el presente estudio se recolectó datos en diferentes situaciones y con diferentes informantes. Se procedió a recolectar la información de las enfermeras y/o técnicos en enfermería que laboran en la estrategia de tuberculosis de la Micro Red Chiclayo y de los pacientes que fueron atendidos durante el periodo de estudio en dicha área del establecimiento de salud.

**Los estudios de caso procuran representar los diferentes y a veces conflictivos puntos de vista.** El supuesto que se basa en el principio es: “la realidad puede ser vista por diferentes perspectivas, no habiendo una única que sea la más verdadera”.

En la investigación se encontraron opiniones divergentes, sin embargo no se dejaron de lado sino que se trajeron a colación de tal manera que el investigador emitiera también su punto de vista.

Los estudios de caso revelan experiencias secundarias pero importantes generalizaciones naturales.

El investigador procuró describir a detalle la realidad encontrada de tal manera que los lectores puedan transferir la realidad encontrada a su propio escenario esto es lo que se conoce como generalizaciones naturales.

**Los estudios de caso utilizan un lenguaje sencillo de fácil entendimiento.** Al momento de realizar el informe de los datos obtenidos estarán plasmados de manera sencilla y entendible para su fácil comprensión e interpretación y de modo narrativo. En la investigación se utilizó un lenguaje sencillo, fácil de entender pero sin perder la rigurosidad científica, se utilizó el estilo narrativo.

### 2.3 Sujetos de la Investigación

Icart, describe que la población es el conjunto de individuos que tienen ciertas características o propiedades que son las que se desean estudiar, pero trabajar con toda la población es prácticamente imposible debido a factores como: falta de tiempo, escasez de recursos humanos y económicos, dificultad para acceder a todos los sujetos, etc., sólo se estudia a una parte de ellos, para posteriormente generalizar o inferir los resultados obtenidos a todo el grupo.

En consecuencia la selección del grupo de estudio se ha de realizar en base a unos criterios preestablecidos, que permitan obtener unos resultados en el que reflejen lo que realmente sucede en todo el gran grupo que no ha sido posible estudiar (21).

En la presente investigación los sujetos de investigación lo constituyeron tanto el profesional de salud como los pacientes que asistían a su tratamiento en la Estrategia Sanitaria de Prevención y control de la Tuberculosis, entre los entrevistados tenemos:

- Centro de Salud José Olaya: 35 pacientes (Fase I:19 pacientes; Fase II:16 pacientes), técnica en enfermería
- Centro de Salud Jorge Chávez: 17 pacientes (Fase I:8 pacientes; Fase II:9 pacientes), Enfermera .
- Centro de Salud Túpac Amaru: 7 pacientes (Fase I:4 pacientes; Fase II:3 pacientes), Enfermera .
- Centro de Salud San Antonio: 21 pacientes (Fase I: 7 pacientes; Fase II:14 pacientes), Enfermera y técnica en enfermería.

### 2.4 Escenario

Los Centros de Salud de la MicroRed Chiclayo:

- Centro de Salud José Olaya.

- Centro de Salud Túpac Amaru.
- Puesto de Salud Jorge Chávez
- Centro de Salud San Antonio.

## 2.5 Instrumentos de recolección de los datos

Se procedió a la recolección de datos previa firma del consentimiento informado, en original y copia. Los datos se obtuvieron a través de la guía de observación no participante, y la entrevista abierta que se aplicó al personal de enfermería y/o técnico encargado de la Estrategia en los Centros de Salud de la Microred Chiclayo: Centro de Salud José Olaya, Centro de Salud Túpac Amaru, Puesto de Salud Jorge Chávez, Centro de Salud San Antonio.

La observación no participante, como su nombre lo indica, en este tipo de observación el investigador no participa en el funcionamiento regular del grupo, únicamente se limita a observar de forma silenciosa y desde un punto donde no estorbe, al grupo a estudiar. Dentro de esta técnica se presenta dos tipos de observación, la directa y la indirecta, y según Enrique Mata se define de la siguiente forma: **directa**, comprende todas la formas de investigación sobre terreno, en contacto inmediato con la realidad, y se fundamenta en la entrevista y el cuestionario; **indirecta**, se basa en datos estadísticos (censos) y fuentes documentales (archivos, prensa), si bien el investigador no participa en la obtención de estos.

Para la presente investigación se utilizó la observación no participante de tipo directa.

## 2.6 Procedimiento

Una vez obtenido el permiso para ejecución del proyecto se procedió a realizar una visita previa a los sujetos de investigación para concertar citas y poder recoger la información.

Se seleccionó los participantes de acuerdo a los criterios de inclusión considerados y se les dio a conocer los objetivos de la investigación y de acuerdo a su decisión se procedió a la firma del consentimiento informado. La observación no participante se dio por periodos cortos de tiempo, en cada establecimiento de salud.

## 2.7 Análisis de los datos

El análisis de los datos es la etapa de búsqueda sistémica y reflexiva de la información obtenida a través de los instrumentos que constituye uno de los momentos más importantes del proceso de investigación e implica trabajar los datos, recopilarlos, organizarlos en unidades manejables, sintetizarlos, buscar regularidades o modelos entre ellos, describir que es importante y que va aportar a la investigación (24).

Para Bardin, el análisis de los datos consiste en reducir, categorizar, clasificar, sintetizar y comparar la información con el fin de obtener una visión lo más completa posible de la realidad objeto de estudio (25). Sobre todo consiste en la interpretación para luego organizarlo en un esquema explicativo teórico.

El análisis por categorías sirve de base para describir las principales fases de un análisis de contenido. El análisis temático es una estrategia de análisis que se utilizará en diseños cualitativos, la cual consiste en analizar cada una de las entrevistas como un todo, para codificar el contenido. (26).

Las etapas son: **Pre análisis**, es la etapa de organización del material en lo que se diseñan los planes que permitirá estudiar los datos y realizar el análisis.

Se transcribió y organizó las entrevistas y se colocó sólo su nombre que certificará privacidad.

**La etapa de codificación**, consiste en la transformación de “datos brutos” a los “datos útiles”; implica fragmentar el texto en unidades y categorización de elementos.

Se realizó la lectura de las entrevistas, separando los datos útiles, se estableció discursos y unidades significativas.

Por último está la **etapa de categorización** que es la clasificación de lo obtenido en base a criterios de diferenciación. El criterio fundamental de la categorización en un análisis temático es semántico, se agruparán las unidades en relación a la similitud de significado.

En esta etapa se procedió a la lectura y la relectura de las entrevistas transcritas, la abstracción de las unidades de significado, a partir de las cuales se identificaron y nombraron las categorías y finalmente el análisis de los discursos en base al marco teórico recopilado.

## **2.8 Criterios éticos**

Las investigaciones en el área de la salud, generalmente son desarrolladas con seres humanos, como principales sujetos de investigación; es por esto que los criterios éticos tienen como finalidad que estas personas estén protegidas.

La condición de persona es el fundamento ontológico-real que sustenta y da validez a los principios teóricos de la bioética personalista. Los principios que operan como ayuda y guías de la acción y que deben ser tomados en consideración en cada decisión relativa a la relación con el paciente y en la investigación con seres humanos (27).

**Principio de respeto a la vida humana**, con este principio tuvo en cuenta el valor fundamental de la vida, ya que sin él todo lo demás

incluida la libertad es inexistente. El respeto a la vida, así como su defensa y promoción, tanto la ajena como la propia, representan el imperativo ético más importante del ser humano, es un valor absoluto que hay que respetar siempre, es lo más sagrado que tenemos, la vida de cada cual es única, irrepetible, insustituible e inviolable.

Para la presente investigación se tuvo en cuenta este criterio ético puesto que se asumió a cada persona como ser humano y por ende a cada una de las personas que participaron en la investigación como un ser holístico el cual merece respeto en todos los aspectos incluida su vida desde que nace hasta su muerte natural.

**Principio de libertad y responsabilidad**, este principio señala que las personas son libres de decidir, pues esta decisión se debe tomar en base a un conocimiento racional de los hechos y desde su propia libertad; esta libertad debe venir acompañada de responsabilidad, en el sentido de que le corresponde colaborar con sus propios cuidados y salvaguardar su propia vida.

Para dar garantía del cumplimiento de este principio en la investigación no se obligó a las personas a participar, ellos tienen que hacer prevalecer su derecho de libertad.

**Principio de sociabilidad y subsidiaridad**, este principio implica la condición de que las personas son un ser social, quiere decir que como personas, todos están involucrados en la vida y en la salud de los demás; en la ayuda al otro y promover el bien común, respetando siempre los derechos de la persona. Surge así una obligación social de garantizar la salud de los ciudadanos y de ocuparse de la destinación y distribución de los recursos sanitarios. Asimismo la Subsidiaridad, consistió en atender las necesidades de los demás sin sustituirles en su capacidad de decidir y actuar, implica que las instancias superiores de la sociedad, gobiernos,

instituciones, organizaciones internacionales no deben suplantar, sino ayudar, a las instancias inferiores: individuos, familias, asociaciones, etc.

## 2.9 Criterios de rigor científico

Los criterios utilizados para un estudio cualitativo (28):

**Confidencialidad**, referido a la identidad y a los secretos expresados por los participantes que salen a la luz, no se hizo de conocimiento público.

La información que se solicitó para la investigación se obtendrá de las personas atendidas en la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de la tuberculosis y de las enfermeras respetándose su identidad; quienes ayudaron a la recolección de datos.

**Credibilidad**, se refiere al valor de verdad, confiando siempre en que la información que se obtuvo durante la entrevista y se pegue a la realidad.

Mediante este criterio, los datos y resultados se analizaron tal cual las personas manifiesten sus ideas, opiniones, etc. Plasmándolo en el presente trabajo de investigación.

**Transferencia**, la información y resultados de la investigación fueron ajustados a otros lectores quienes determinaron si el presente estudio realizado se puede aplicar a un contexto diferente de estudio.

La investigación se transfirió y se aplicó, ya que se encontraron aspectos en la persona que son reales y que coinciden con la teoría.

**Coherencia**, el presente trabajo se describió de tal forma que sea entendible y coherente con lo investigado relacionándolo con las necesidades que las personas del programa de tuberculosis presentan.

**Consentimiento Informado:** durante la investigación los pacientes firmaron el consentimiento informado tras haberseles informado sobre la investigación.

### **III. Resultados y Análisis**

Los datos fueron analizados a través del análisis temático, obteniendo como resultado 3 categorías con sus respectivas subcategorías lo cual se detallan a continuación:

#### **1- Características del proceso de comunicación educativa**

- Deficiente interrelación comunicativa
- Comunicación intersubjetiva desatendida
- Verticalidad en la comunicación educativa
- Falta de reforzamiento visual

#### **2.- Limitaciones y barreras para el proceso de comunicación educativa**

- Estigmatización
- Rutinización del tratamiento

#### **3.- Necesidades emergentes en el proceso de comunicación educativa en la Estrategia de Tuberculosis**

- Renovación y adaptación del material educativo
- Ambientes adecuados para el proceso efectivo
- Adaptación del lenguaje por parte del profesional de Enfermería.

## **I.- Características del proceso de comunicación educativa**

La comunicación educativa es un proceso de interacción que tiene como finalidad optimizar el intercambio y recreación de significados que contribuyan al desarrollo de la personalidad de los participantes (47). Para enfermería es un componente básico, juega un papel fundamental en la calidad de vida y la satisfacción de las personas.

Por otro lado tenemos que la comunicación educativa, es un tipo de comunicación humana que persigue logros educativos (48). En el ámbito laboral y profesional de Enfermería, no solo es muy deseable, sino que resulta factible pues trata de poner en práctica aquellas características indispensables en la comunicación educativa, lo cual nos puede llevar a una efectividad en el mensaje que se quiere transmitir.

El personal de enfermería en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y control de la Tuberculosis, debe realizar una comunicación educativa y efectiva; es posible que no lo realice adecuadamente por el entorno, así tenemos espacio reducido, poco ventilado, inadecuada ubicación en el establecimiento; aspectos que no benefician la comunicación.

Para brindar una comunicación educativa también es necesario un espacio concreto, porque el ser humano es un ser social, que implica que por lo menos hayan dos actores que pueden ser personas, grupos u organizaciones; pero no habrá relación comunicacional desde la existencia y voluntad de un sólo acto (10). Ante esta situación los profesionales de salud deben ser buenos comunicadores, educar para la salud es algo más que la mera transmisión de información, y su finalidad es algo tan difícil como conseguir cambios en las actitudes y en los estilos de vida (4).

La comunicación educativa presenta ciertas características tales como la postura abierta en el emisor y receptor para lograr un clima de mutuo entendimiento; la bidireccionalidad del proceso, para que el flujo de los mensajes pueda circular en ambos sentidos, si bien mayoritariamente lo haga de educador a educando; la interacción en el proceso, que suponga la posibilidad de modificación de los mensajes e intenciones según la dinámica establecida; y la moralidad en la tarea, para rechazar tentaciones de manipulación.

Así lo podemos evidenciar en los siguientes discursos:

*“...es brindar información a la persona de manera clara, respetando sus opiniones, interactuar con ellos, con esto nos permite llegar a ellos y lograr cambios en sus estilos de vida con fin de mejorar su salud...”*

**(DEZA)**

*“...es un proceso que nos permite interacción con las personas y conseguir cambios en ellos...”*

**(ENFERMERA J. CH.)**

Como vemos para el personal de enfermería encargado de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y control de la Tuberculosis, la comunicación educativa es vital y fundamental, sobre todo que conseguir que el mensaje emitido por el profesional sea efectivo y productivo para los pacientes de allí que sea una herramienta muy utilizada e indispensable en esta estrategia sanitaria presenta características que ayudarán a que sea efectiva, pero existen discrepancias con respecto a los discursos obtenidos de las entrevistas a los pacientes que acuden a dicha estrategia , dando lugar a las siguientes subcategorías:

### 1.1. Deficiente interrelación comunicativa

La educación no es un ente en sí, es una acción, de ahí la importancia de estudiar las interacciones que llevan a cabo, una de las características más relevantes que envuelven dichas interacciones es la comunicación. La importancia de la comunicación en la acción educativa proviene del hecho de que esta última posee un carácter eminentemente relacional y recíproco. (30)

El distanciamiento entre las enfermeras y pacientes evidencia que hay una falta de compenetración entre ambos que imposibilita el aprendizaje. Esa falta de compenetración está siempre acompañada de una inadecuada interacción comunicativa, debe priorizarse la consejería y comunicación interpersonal inicial a los pacientes y sus familiares, sustentada por materiales didácticos. Esta intervención deberá luego continuar con una serie de actividades de información que paulatinamente refuercen el mensaje de adherencia al tratamiento. Es imprescindible que las actividades sean programas en consideración al tipo de paciente, nivel de conocimiento e historial del paciente. Muchas veces conversamos con otros pero el interlocutor no capta o no comprende el asunto. Esto significa que no hay comunicación, es absolutamente necesario que haya una relación en la cual lo que se dice sea comprendido por quien recibe la información.

Así lo podemos evidenciar en los siguientes discursos:

*“... si nos educan, pero no permiten casi que uno pueda expresarles algo, siempre hablan y hablan ellas.*

**(DEZA)**

*“... algunas veces solicitan mi opinión, pero cuando hay varios pacientes solo nos dan la medicina y luego nos vamos...”*

**(PUPÍ)**

Para **Galindo**, la interacción es “el corazón de una comunicación posible”. Esta dimensión puede ser considerada una de las más importantes para comprender los fenómenos comunicativos (33). Los seres humanos establecen relaciones con los demás por medio de interacciones que pueden calificarse como procesos sociales (34). Así, la comunicación es fundamental en toda relación social, es el mecanismo que regula y que hace posible la interacción entre las personas. Y con ella, la existencia de las redes de relaciones sociales que conforman lo que denominamos sociedad. Esto equivale a decir que toda interacción se fundamenta en una relación de comunicación.

En la investigación se evidencian discursos donde las enfermeras manifiestan cómo es que ellas realizan la comunicación educativa siendo la ideal; pero al entrevistar a los pacientes no se percibe una buena interrelación con el profesional por ende la comunicación educativa no es la adecuada. Como se menciona anteriormente la comunicación es la interacción de ambos; que cada uno emita sus opiniones y que se comprenda lo hablado para un mayor entendimiento. El personal de enfermería y/o técnico brinda información a los pacientes pero las personas que reciben este cuidado manifiestan que la comunicación es escasa y sólo se da cuando hay pocas personas para dar tratamiento pues si no se centran en asegurarse que se cumpla con la administración de fármacos dejando de lado la interacción, la relación afectiva con la persona, aspecto, que origina la siguiente subcategoría:

### **1.2. Comunicación intersubjetiva desatendida**

Se denomina comunicación intersubjetiva, a la relación vital, afectiva, existencial, en la que se hace partícipe al otro de la propia subjetividad. El objeto de la comunicación es todo lo específico del ser humano, así como sus conocimientos, proyectos, la realidad que lo rodea, él mismo. En efecto la comunicación intersubjetiva es una dicotomía donde puede aportar optimización, mejora, aunque no sea palpable o muy al

contrario tener un efecto negativo dadas las condiciones en que se ha llevado a cabo esa acción comunicativa.

La enseñanza puede abrirse a la persona, a la relación intersubjetiva; hay modos de realizarla que no la reducen a información, sino que abren a la comunicación, a la educación. Para conseguir esto, se requiere atender a las acciones personales de la persona, pero no buscando su adecuación con la información, sino al revés, buscando la personalización de la información objetiva que constituye la enseñanza (35).

El profesional de enfermería asume la responsabilidad de su trabajo cumpliendo con cada una de las funciones que señala el programa de tuberculosis; pero no lo realiza con entrega y amor a sus pacientes; esto se pudo evidenciar durante la investigación cuando el personal de salud no daba muestras de afecto y acercamiento más próximos, creando en ellos una barrera que puede impedir la adherencia a su tratamiento o en casos extremos al abandono del mismo, perjudicando la salud de la persona. *(Diario de campo Miércoles 24 de diciembre de 2010- 3pm)*

Además se puede evidenciar en los siguientes discursos:

*“... cuando nos dan la información solo la enfermera habla no pregunta si sabemos algo como para comentar también nosotros.*

**(CARLITOS)**

*“... a veces me preguntan del tratamiento, pero la mayoría de los días que voy las enfermeras son las que hablan y solo dan el tratamiento...”*

**(LIRIO)**

Como se observa en los discursos, la comunicación intersubjetiva es desatendida por parte del personal de enfermería, dejando de lado la relación afectiva, cuya relación permite llegar más a la persona conocerla en todas sus dimensiones y poder brindar cuidados adecuados y oportunos

La comunicación ayuda a que el ser se desenvuelva dentro de su entorno, tomando como punto inicial la verdadera interacción con los demás, mientras que la educación juega un papel importante en el desarrollo de la comunicación, tomándolo como un ámbito más en donde se desenvuelve. En este contexto podemos decir que la comunicación intersubjetiva comparte el objeto empírico de la comunicación interpersonal pero se diferencia de ella en la perspectiva que la persona tiene de su entorno, conllevando así a un buen desarrollo de la misma, que comienza desde la formación de sí mismo y que luego se convierte en un progreso hacia la sociedad. Pero cuando esta comunicación intersubjetiva es desatendida por parte del personal de enfermería al paciente, no conseguirá un cambio rotundo del individuo ya sea en sí mismo como en su entorno. Lo analizado anteriormente se enfatiza en el hecho de caracterizarse la comunicación por su verticalidad, lo que se analiza en la siguiente subcategoría:

### **1.3. Verticalidad en la comunicación educativa**

La comunicación educativa, es un proceso de interacción entre el profesional de enfermería y los pacientes, que tiene como finalidad crear un clima psicológico favorable, para optimizar el intercambio y recreación de significados y sentidos que contribuyan al desarrollo de la personalidad de los pacientes. (30)

No es solamente la comunicación que se da en el centro de salud entre las enfermeras y los pacientes, sino es mucho más amplio, relaciones que se dan en la sociedad y en la institución. La creación de este clima de intercambio estimula y favorece el mejor desarrollo del proceso de

educación hacia los pacientes. En esa interacción se transmiten contenidos, elaboración de los significados de la realidad, recreados, elaborados, donde participan todos y este proceso contribuye al desarrollo.

Las enfermeras manifiestan que comunicarse con sus pacientes lo hacían de forma empática, solicitando sus opiniones y escuchándolos acerca de alguna inquietud que tengan ya sea de su enfermedad o personalmente. Caso contrario al escuchar a los pacientes manifestaron que muchas veces son ignorados, no les piden sus opiniones y solamente la enfermera es quien habla.

Así lo podemos evidenciar en los presentes discursos:

*“...la comunicación con los pacientes de TBC debe ser como si conversáramos con cualquier persona, debe ser recíproca que él manifieste también lo que sabe, lo que siente entre otras cosas...”*

**(ENFERMERA S.A.)**

*“... por supuesto sino no sería una comunicación efectiva, no sólo me centro a hablar de la enfermedad sino cosas personales y hacerles sentir que podemos ser amigos y no solo una enfermera...”*

**(TECNICA ENFERMERIA S.A.)**

*“... yo vengo a recibir mi tratamiento y me voy pues la enfermera no me platica o solo me pregunta si ya termine de tomar mis pastillas y después me voy...”*

**(CARLITOS)**

*“... solo tomo mis pastillas y me voy rápido, no converso mucho con la enfermera pues no me pregunta como estoy...”*

**(JJ)**

Que puede estar ocurriendo entonces si la enfermera afirma que se educa y el paciente refiere que no, puede entonces que ésta (técnica de enfermería y/o enfermera) se limite a dar información, lo que desde un paradigma de categorización denominaríamos educación bancaria o de depósito, la que se caracteriza básicamente por su verticalidad, es decir, es la enfermera el ente que conoce, domina y que deposita en el paciente lo que ella sabe, de allí que la persona (el paciente) sienta y refiera que ellos no participan en la comunicación educativa, que la enfermera tal como enuncia JJ solo toma sus pastillas no conversan nada y la enfermera no me pregunta como estoy.

Es probable también desde el punto de vista de la investigadora que toda la información (poca o mala) que la enfermera dé al paciente si no está centrada en las necesidades del paciente, pues éste luego no la recuerde, de allí que mencione que la enfermera no le educa.

Además la educación sólo se logra a partir de una auténtica relación personal, en los discursos expuestos no se evidencia esa relación, pues para que se dé es necesario que exista comunicación, único fundamento de toda relación educativa. Es decir, todo contacto con el otro debe trascender el dominio de la simple información. De allí la necesaria relación e interacción educativa, que se define como esa comunicación dinámica que se produce dentro del proceso educativo entre educador y educando y la acción directa que desarrollan entre sí (4).

Además dicho proceso educativo a veces se ve debilitado por un inadecuado reforzamiento visual, lo cual no ayudaría a conseguir que la persona capte la información necesaria y por ende no ayudaría a cambiar actitudes en ella para mejorar su salud. Es así que se da pase a la siguiente subcategoría:

#### 1.4. Falta de reforzamiento visual

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la comunicación en la salud abarca el estudio y el uso de estrategias de comunicación para informar e influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoren la salud. Este tipo de comunicación es reconocida como un elemento necesario en los esfuerzos para mejorar la salud pública y personal (37).

Para que la educación que se brinda a los pacientes sea efectiva el personal de salud tiene que reforzar sus conocimientos con material educativo; siendo este visual, ya que es una estrategia para la adquisición y comprensión de conocimientos. La finalidad es que los pacientes reciban y utilicen la información en su toma de decisiones. Las ayudas visuales son medios que se emplean para expresar “visualmente” un concepto o una idea y sirven para estimular la imaginación de los oyentes o para poner de relieve una idea básica en nuestro discurso (38).

Estas ayudas visuales sirven de complemento a las formas verbales y contribuyen a presentar el tema en forma más clara y más convincente, las comunicaciones visuales son mensajes sintéticos que hablan a los ojos y son más eficaces que las palabras.

En la investigación se pudo evidenciar que el personal de enfermería esporádicamente hace uso del material visual y muchos de ellos están en zonas poco vistas y en su mayoría están desactualizados, siendo esto un problema para los pacientes (*Diario de campo Jueves 2 de diciembre de 2010- 3pm*). Al entrevistar a las enfermeras mencionan que el Ministerio de Salud les envía material audiovisual para educar a los pacientes, pero en la práctica no se evidenciaba. En este contexto las personas que acuden a recibir su tratamiento manifiestan que el material no es adecuado por contener términos desconocidos y por ende conlleva a que la persona no pueda captar el mensaje. También se debe considerar el

interés por parte del profesional de enfermería para exigir a la institución que brinden el adecuado material, o si no utilizar la creatividad que permitirá contribuir en mejorar el material necesario en la educación de las personas que lo necesitan.

Así lo podemos evidenciar en los presentes discursos:

*“... nos explican sobre mi enfermedad en láminas que no se ven casi nada...”*

**(PAQUITO)**

*“... no me muestran muy seguido algún material con información...”*

**(REYNA)**

*“... nos muestran dibujos con las distintas formas de información de la tuberculosis, pero hay cosas que no entiendo...”*

**(PEPA)**

*“... a mí me explicaron cuando recién ingresé a curarme, pero de ahí no he visto otro tipo de afiches y como que hay términos que no son fáciles de entender...”*

**(CARLITOS)**

*“... señorita ellas nos hablan de nuestra enfermedad muy poco y no hacen uso del material que usted dice, yo realmente no sé en qué consiste ni porque me dio esa enfermedad...”*

**(DEZA)**

Como se evidencia en los discursos la comunicación educativa no se ve reforzada al momento de brindar educación a las personas por el inadecuado material visual, impidiendo que la información sea captada

correctamente, con esto se puede conseguir poco entendimiento y quizás restar importancia de curarse de la enfermedad, el desinterés por contribuir a mejorar, la manera correcta de prevenir el contagio, entre otros. (38).

## **II.- Limitaciones y barreras para el proceso de comunicación educativa**

La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, plantea idealmente un trabajo en conjunto que permita contribuir a la erradicación de la Tuberculosis, sin embargo existen limitaciones, barreras de diversas índoles que han emergido de las declaraciones de los sujetos en estudio y que dan origen a las siguientes subcategorías:

### **2.1. Estigmatización**

La tuberculosis hace énfasis, de las consecuencias físicas de un tratamiento médico prolongado e intenso, en la estigmatización social de los pacientes, la exclusión laboral a la que se enfrentan y el rechazo familiar, hasta llegar al abandono que, en algunos casos, debido al cúmulo de toda esa presión dan como consecuencia el suicidio del enfermo (39). La discriminación significa diferenciar, distinguir, separar una cosa de otra. La discriminación es una situación en la que una persona o grupo es tratado de forma desfavorable a causa de prejuicios, generalmente por ser diferente. (40)

Una de las características del estigma, está constituido por una información incompleta y demasiado generalizada y su componente afectivo está asociado a elementos de rechazo muy arraigados que a su vez constituyen una barrera a nuevos conocimientos. Este prejuicio afecta a una de las necesidades fundamentales como la aceptación social; necesidad que para intentar satisfacerla motiva diferentes comportamientos que

dependerán de las características de la personalidad de cada individuo y del contexto en que se desenvuelve (40).

Entonces la estigmatización y discriminación califican negativamente la respuesta social limitando la no adherencia al tratamiento ocasionando su resistencia, determinándose en los tres espacios donde la persona asistida interactúa con los servicios de salud y prestadores de servicios de salud, con la familia y con la comunidad.

La intención de evitar esta estigmatización influye muchas veces en la búsqueda tardía de atención como en la irregularidad e incumplimiento del tratamiento por parte del paciente, (41) lo que explicaría el acúmulo del número de personas con Tuberculosis, el abandono del tratamiento, entre otros:

*“... a veces siento que tienen miedo de contagiarse, pues no conversan mucho conmigo, solo me dan el tratamiento y me voy...”*

**(PEDRO)**

*“... me siento a veces como rechazado, pues solo me dan el tratamiento y no me pregunta cómo me siento”*

**(LOLO)**

Como se sabe a cada centro de salud concurren personas con tuberculosis a recibir su tratamiento diario, en estos centros existe temor por parte del personal de salud, este temor es percibido por las personas tal como se evidencia en las unidades de significado y por ende es un aspecto que debilita la comunicación entre el personal de salud y las persona.

El temor existente de ser contagiado conlleva al rechazo de las enfermeras hacia las personas que van a recibir el tratamiento,

consiguiendo poca participación en la recuperación e incluso contribuirá negativamente en la prevención.

Es preponderante entonces, que el personal sanitario evite palabras y actitudes discriminatorias, la función de enfermería es brindar información adecuada, crear una relación empática, comprender y hacer comprender a la persona por las circunstancias de vida que atraviesa la persona enferma. Sin embargo es importante dar las condiciones y ambiente adecuado al personal de salud a cargo de la Estrategia para generar confianza y poder cumplir adecuadamente con su trabajo.

A continuación se presenta la siguiente subcategoría:

## **2.2. Rutinización del tratamiento**

Si bien el tratamiento de las personas que viven con tuberculosis lo establece el médico tratante, es importante que la enfermera esté familiarizada con este tipo de tratamientos, para poder dar una orientación a los pacientes.

La adherencia al tratamiento es un fenómeno complejo que comprende desde el inicio, seguimiento, verificación de reacciones indeseables y orientaciones hasta alcanzar la continuidad y término del tratamiento. Un factor importante que interviene en la adherencia terapéutica es la adopción de las estrategias en Tuberculosis, promulgada universalmente para facilitar el apego estricto al tratamiento, misma que ha sido defendida como la única manera de completar el tratamiento y lograr la curación de los pacientes.(42)

La adherencia al tratamiento se relaciona de manera importante con el apoyo proporcionado por los familiares así como con una red de apoyo social que ayude al paciente a lograr sus objetivos. Además se consideran factores como el número de fármacos, sus reacciones adversas,

el acceso a los servicios de salud y de manera sustantiva, la comunicación entre el personal de salud y el paciente.

De allí que el personal en enfermería quienes tienen el privilegio de supervisar la toma de medicamentos, haga de este espacio un escenario para educar, conocer y evaluar al paciente.

La evidencia de rutinización del tratamiento se puede evidenciar en los discursos:

*“... los días que voy todo es igual, me dan el tratamiento, verifican que tome todo el tratamiento y me voy, eso es todo...”*

**(POLI)**

*“... cuando yo voy, solo me dan el tratamiento, preguntan a veces como estoy y me voy...”*

**(JQ)**

*“... todos los días es lo mismo se tiene que dar el tratamiento, verificar que lo cumplan, a veces hay casos especiales pero todo el procedimiento es igual...”*

**(ENFERMERA T.A.)**

Es importante que el personal de salud esté motivado, desarrollando sus labores con estrategias diferentes favorables tanto para la enfermera-paciente. Pero se puede evidenciar en los discursos, con respecto a la rutina, que las enfermeras se dedican solo a dar el tratamiento a las personas que asisten a recibirlo. Esta mecánica de trabajo muchas veces depende de la enfermera, ya que esta rutina puede afectar a las personas que la rodean, e incluso hacer que el interés de realizar bien su trabajo sea escaso, por ende va a contribuir a una inadecuada

comunicación educativa entre la enfermera – paciente, provocando el desinterés de ambos.

### **III.- Necesidades emergentes en el proceso de comunicación educativa en el Programa de Tuberculosis**

Producto del análisis realizado los mismos participantes de la investigación plasman en forma de necesidades las posibilidades para mejorar y optimizar el proceso de comunicación educativa en el programa de TBC.

#### **3.1. Renovación y adaptación del material educativo**

Se evidenció en cada servicio de Tuberculosis de los Centros de Salud escenarios de la investigación sólo cuentan con el material educativo que brinda el Ministerio de Salud, en muchas ocasiones no concuerda con la realidad de las personas atendidas; se recomendó al personal que labora modificar o renovarlo para mayor entendimiento. Uno de los problemas encontrados fueron algunas palabras así como: “**esputo**”, siendo una palabra desconocida para los pacientes, pudiendo ser cambiado por **saliva, flema, etc.**

Esto se puede evidenciar en los siguientes discursos:

*“... adentro hay una gigantografía donde se habla de la tuberculosis, es bien bonito, a mí me explicaron cuando recién ingresé a curarme, pero de ahí no he visto otro tipo de afiches y como que hay términos que no son fáciles de entender...”*

**(CARLITOS)**

*“...algunas cosas son claras, pero en esos dibujos hay palabras como esputo, prueba de BK, extra pulmonar que no entiendo, con las imágenes ya uno entiende mejor...”*

**(PEPA)**

*“... al inicio de mi tratamiento me explicaban con un afiche mientras hablaban. Una vez estaban las alumnas de una Universidad dando charlas sobre la tuberculosis...eso ayuda mucho el que nos eduquen así...”*

**(REYNA)**

La necesidad de renovar y adaptar a la realidad el material educativo es con la finalidad de llegar efectivamente a la población teniendo en consideración el contexto; según el grado de instrucción de los pacientes atendidos, sus necesidades, entre otros; sin embargo renovar y adaptar requiere realizar un diagnóstico de las necesidades de la población en relación a la comunicación educativa. Además no es suficiente la renovación y adaptación del material sino que la persona que utilice este material, en este caso la enfermera y/o técnico de enfermería tiene que conocer la estructura, contenido y función y actualizar los contenidos asociados a las capacidades y actitudes que promoverán los materiales educativos (8).

Cabe resaltar la importancia del material educativo en apoyar eficazmente en la enseñanza como instrumento de comunicación; como es la motivación ya que generan expectativas sobre su aprendizaje y los impulse hacia el logro de sus objetivos, también facilita la adquisición de nuevos conocimientos, actitudes y destrezas. Los materiales educativos participan en la presentación de informaciones, posibilitan diversas actividades y experiencias, inducen a la exteriorización de lo aprendido en conductas observables y por último la evaluación que facilitan la comprobación y reforzamiento del aprendizaje (4).

Es importante considerar que el profesional de Enfermera quien debe tener presente diversidad de instrumentos mediadores que faciliten la construcción de conceptos y conocimientos, como elementos

ilustrativos. Los materiales educativos deben ser contruidos y elaborados por la persona; quien actúa seleccionando, reuniendo y elaborando. Dichos materiales significan un apoyo y no su reemplazo. (44) De allí que la enfermera debe interactuar, dialogar con la persona y no limitarse a transferir información.

Por otro lado la educación debería ser periódica y no sólo al inicio del tratamiento, además de considerar la retroalimentación del proceso.

### **3.2. Ambientes adecuados para un el proceso de comunicación educativa.**

La relación educativa no es exclusivamente tarea de dos, ni se da en un solo sentido; son necesarios otros elementos como el contexto; estos elementos tanto personales como materiales que conforman ese espacio comunicativo están condicionando las respuestas comunicativas que se desarrollan en ese ámbito. De tal manera que una información comienza a ser “comunicativa”, comienza a ser educativa, cuando se convierte en un lugar de formación en el que se convive, que se participa y habita conjuntamente, en el que se coincide o se discrepa. Así la relación educativa cobra todo su sentido cuando sabemos analizarla en su natural complejidad, en este sentido el ambiente físico se constituye en uno de los aspectos del contexto (31).

En relación a esto el ambiente de atención para pacientes con tuberculosis deberá ser un área de espera abierta y bien ventilada evitando la presencia conjunta de pacientes con tuberculosis potencialmente infecciosa con otros pacientes sin tuberculosis, especialmente en aquellos con alto riesgo a enfermar como los inmuno-comprometidos. La ventilación es el método más sencillo y barato el objetivo es eliminar y diluir el aire de las personas con tuberculosis lejos de las personas sin tuberculosis, esto se puede realizar mediante la apertura de ventanas (2)

Durante la investigación se evidenció en los centros de salud las inadecuadas condiciones de bioseguridad. El ambiente para atender a los afectados no contaba con buena iluminación en algunos centros de salud contaban solo con una ventana y otros con dos ventanas cuyo tamaño no ayudaba a la buena ventilación del ambiente; así mismo el material educativo está ubicado en zonas poco vistosas, siendo estos centros de salud de espacio pequeño. (*Diario de campo Miércoles 2 de diciembre de 2010- 3pm*)

A continuación se describe en las entrevistas realizadas:

*“... El espacio es chico, nos atienden en el pasadizo y nos explican sobre mi enfermedad en láminas que no se ven casi nada...”*

**(PAQUITO)**

*“... las gigantografías no se ven, están detrás de las vitrinas y como a nosotros nos atienden en el pasadizo más aún no se ve nada...”*

**(REYNA)**

Mejorar la implementación del servicio de atención de tuberculosis ofrecerá una atención integral al paciente y su familia, se reducirá el riesgo de contagio además de constituirse en un ambiente culturalmente aceptado y con bajo costo de instalación y mantenimiento. Estos cambios motivarían al personal de salud que percibirá una mayor seguridad para los pacientes y para ellos mismos.

El ambiente de la estrategia de TBC del centro de salud José Olaya es muy reducido, los pacientes reciben el tratamiento en el pasadizo y es escaso el contacto con a enfermera. En el centro de salud de San Antonio, el ambiente es amplio, ventilado, el personal que labora hace uso de medidas de bioseguridad, pero la enfermera del servicio muchas veces no

se encuentra dejando el campo al personal técnico, quienes se limitan solo a dar tratamiento y no a educar, a conversar aspectos personales breves quizás también por el temor al contagio.

En el centro de salud Jorge Chávez, el espacio de la estrategia es bastante reducido con deficiente ventilación e iluminación. A todo esto se suma que el personal de enfermería y/o técnico son muchas veces de apoyo en otros servicios dejando solo al servicio de TBC. Se pudo observar que los pacientes esperan al personal para que puedan recibir sus medicamentos, les deriven a nutrición para que les entreguen víveres para llevar a casa, siendo esto quizás un incentivo para acudir al servicio y no abandonar el tratamiento.

En el centro de salud Túpac Amaru, el espacio se encuentra aislado de otros servicios, siendo la construcción de material de triplex, no cuenta con las comodidades para atender a los pacientes; no hay sillas, material visual, poca iluminación y ventilación por presentar pequeñas y pocas ventanas. En este centro de salud hay una enfermera designada exclusivamente para atender en dicha estrategia.

Otra necesidad es la que a continuación mencionamos:

### **3.3. Adaptación del lenguaje por parte del profesional de Enfermería**

La comunicación, es la relación que se establece entre dos o más personas o instituciones para intercambiar ideas y emociones. Busca motivar a las personas a adoptar nuevas actitudes o comportamientos saludables. Esta comunicación generalmente es interpersonal (cara a cara); también puede ser masiva (40). Sin embargo el lenguaje debe ser el más adecuado considerando el nivel educativo, procedencia, etc.

Una buena comunicación permite que las personas tengan confianza a quienes dirigirse frente alguna situación o problema que enfrenten, no teniendo temor alguno de decirlo (10). El lenguaje que deben utilizar los profesionales de salud al relacionarse con los pacientes debe ser de fácil entendimiento, la semántica se refiere a los aspectos del significado, sentido o interpretación del significado de un determinado elemento, símbolo, palabra, expresión o representación formal. La semántica estudia las diferentes relaciones que contrae un signo con todos los demás, pues todo el léxico constituye un sistema, cuya estructuración facilita a los hablantes la adquisición de ese léxico (45).

Hay que tomar en cuenta que los símbolos con los cuales nos comunicamos tienen varias limitaciones y una de ellas son los significados múltiples, ya que un mismo símbolo tiene distintos significados y si al interpretar elegimos el significado erróneo o simplemente diferente al que eligió el emisor, podemos tergiversar el mensaje, tenemos que cuidar mucho el contexto en que se utiliza una palabra, o un símbolo, porque es el contexto el que decide el significado de una palabra (46). Como por ejemplo lo que sucede con las personas que acuden a la estrategia de TBC no comprenden que significa esputo, BK.

Algunas barreras personales son con frecuencia de origen mental, y cuando es así, son una forma de disimular el temor al riesgo, funcionan como protectores, pero pueden afectar negativamente la comunicación. Son mecanismos de defensa que se ponen en marcha casi automáticamente y pueden ser más o menos inconscientes (46).

Algunas de estas barreras pueden ser:

**Del que habla, del que se expresa:** pensar que el otro no es tan importante, trivializando la comunicación; hablar medio en serio, medio en broma; dogmatizar la comunicación, mostrando mucha seguridad en nuestras opiniones, tratando de ocultar o disfrazar la

inseguridad; los mensajes simultáneos incompatibles (decir oralmente algo y con nuestros gestos, movimientos, actitudes o comportamientos, decir todo lo contrario); si creemos que sólo nosotros tenemos la razón y lo que dice el otro no tiene validez, por el simple hecho de que viene de él; si nos mostramos rígidos, autoritarios y distantes, podemos aumentar tanto el temor al riesgo que podemos inhibir a los demás(46).

En este contexto se pudo observar en los centros de salud durante la atención del paciente que acude a recibir su tratamiento, la poca interacción por parte del personal, mostrándose poco comunicativos, expresivos, solo limitándose a dar el tratamiento.

**Del que habla y del que escucha:** encasillar al otro y sólo percibir aquello que reafirma la etiqueta que le hemos puesto; la aceptación pasiva de un mensaje sin analizarlo ni tratar de interpretarlo correctamente; sólo oír y no "escuchar"; juzgar y evaluar al otro de manera precipitada: Prejuiciar; si no admitimos lo original y diferente del otro y queremos que sienta y piense como nosotros (46).

En la investigación, las entrevistas a los pacientes y/o personal de salud se pudo recolectar información donde se evidencia que la enfermera dice brindar la educación de una forma adecuada y entendible que sería lo ideal ya que contribuiría al mejoramiento de la salud del paciente, sin embargo los pacientes no lo perciben así.

A continuación se han considerado las unidades de significado, que enuncian lo siguiente:

*“... En la comunicación debemos tener en cuenta el grado de instrucción de estas personas, muchas de ellas son analfabetas y hay que hablarles de una manera que nos puedan entender...”*

**(ENFERMERA SA)**

*“... la información que me dan en el hospital si es clara, pero hay veces que hablan en términos médicos que solo ellos entienden...”*

**(GIRASOL)**

*“... su tuberculosis es pulmonar o extra pulmonar. Señorita yo no sabía que contestarle porque no entendía...”*

**(GIRASOL)**

*“... hay algunas cosas que yo no entiendo como esputo, me dicen sácate la prueba de BK...”*

**(REYNA)**

Se evidencia en las entrevistas que para los pacientes es otra la realidad, ellos mencionan no comprender la información que se les da, siendo estos en muchos casos discursos muy técnicos que limitan la comprensión y entendimiento. Además que las enfermeras siempre hablan no permitiendo que los pacientes expresen algunas opiniones y refieren hacerlo por limitaciones como el tener que atender a otros pacientes.

Definitivamente cuidar a través de la comunicación educativa a una persona que reciba tratamiento de TBC, se constituye todo un reto por lo agresivo de la enfermedad, la discriminación, el estigma, el tratamiento; podrían considerarse muchos puntos a favor de la enfermera para no involucrarse “demasiado”. Sin embargo es nuestro deber, y es un derecho de las personas. Por otro lado existen normas y estrategias para protegernos, pero lo que no debemos permitir es no tratar como “personas” a las “personas” que participan en esta estrategia, y si no tenemos estas garantías es nuestro deber y también nuestro derecho el exigir las.

**Consideraciones finales:**

En relación al grupo de estudio consideramos lo siguiente:

- ✓ La comunicación educativa de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis Micro red Chiclayo se evidencia a través de los discursos debilidades, en relación a la comunicación educativa que el personal de enfermería brinda a la población que tiene a cargo en la estrategia de TBC así como una comunicación escasa, ínter subjetividad desatendida, verticalidad y la falta de reforzamiento visual descuidada, podrían explicar aunque parcialmente el abandono del tratamiento, no tomar en consideración las medidas preventivas, etc.
- ✓ La educación sólo se logra a partir de una auténtica relación personal, esto no se evidencia en los discursos, por el contrario existe verticalidad en la comunicación educativa (profesional de la salud/paciente), por ello los sentimientos y las opiniones de los pacientes no son tomados en cuenta por la enfermera; lo que acrecienta más la distancia entre ambos.
- ✓ Para que la comunicación educativa sea efectiva es necesario tener apoyo visual adecuado , o en la investigación encontramos discursos que consideran que el material que utilizan en los centros de salud no son los adecuados por no estar actualizados, presentar palabras técnicas que son desconocidas para las personas; por ende esto no ayuda al entendimiento de los pacientes.
- ✓ La rutinización y la estigmatización se constituyen en limitantes o barreras para el proceso de comunicación educativa; La rutinización porque la enfermera se limita a entregar tratamiento y supervisar que la persona lo ingiera sin tomar en cuenta otros aspectos, aún los establecidos en la norma técnica, esto quizás apoyado en el estigma que la enfermedad lleva consigo y que también es vivido por el personal de salud.

### **3.2. Recomendaciones**

- ✓ Instaurar una comunicación educativa efectiva en las Estrategias de TBC, creando espacios de confianza y de escucha activa entre la enfermera y el paciente, para poder orientar y ayudar a la persona en la resolución de sus problemas concernientes a su salud tanto física como emocional, para lo cual se harían demostraciones, charlas educativas utilizando materiales como los rotafolios de acuerdo a su realidad.
- ✓ Erradicar el estigma y la discriminación a los pacientes con TBC concientizando a la población que esta enfermedad se cura y se necesita del apoyo de la familia, comunidad, lo cual contribuye a finalizar el tratamiento y su recuperación.
- ✓ El material visual debe elaborarse de acuerdo a la realidad de los pacientes, esto incluye frases, imágenes de su vida cotidiana; la cual facilitará un mejor entendimiento y captación de la información impartida.
- ✓ Mejorar los ambientes de las estrategias de TBC, con una ventilación e iluminación adecuada, hacer los ambientes con ventanas grandes con entrada y salida de aire para evitar la propagación de los microorganismos.
- ✓ Sensibilizar al personal de salud sobre su rol en la Estrategia de Tuberculosis y de las consecuencias por la estigmatización y discriminación por causa de TB en las personas afectadas y la comunidad.
- ✓ Incentivar al personal de la estrategia mediante reconocimientos por medio de certificados, capacitaciones y aumento de remuneraciones logrando concientizar al personal haciendo suya la atención de calidad al paciente.

**Referencias bibliográficas:**

1. Evaluación en salud: lecciones aprendidas de la gestión de la tuberculosis pulmonar. Gac. Sanit. vol. 22 n° 4. Barcelona July/Aug.2008. disponible en [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0213-9112008000400011&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0213-9112008000400011&script=sci_arttext)
2. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis. 1º edición. Lima. 2006
3. Peplau H. Relaciones interpersonales en enfermería. Barcelona: Salvat editores. 1990
4. Aguilar Olano, B. Psicología de la Comunicación”. Editorial DESA S.A. Perú. 1990
5. Potter, Patricia y Perry, Anne. Fundamentos de Enfermería: teoría y práctica 3º edición. Editorial Harcourt Brace. México. 1996
6. Fernández Collado, Carlos; Dahnke, Gordon. La Comunicación humana: Ciencia social. Editorial Mc Graw – Hill Interamericana. 1º Edición. México. 1995
7. Centro Nacional de Prevención ITS/VIH/SIDA. Comunicación. Ciudad de La Habana, Marzo 2005. Disponible en <http://gsdl.sld.cu/collect/sida/index/assoc/HASH1f5b.dir/doc.pdf>
8. Programa de Reforma de la Atención Primaria de Salud (PROAPS). Manual de Comunicación para la Salud. Córdoba. 2007
9. Melgosa Julián. Sin Stress. 2º edición. Editorial Interamericana. México. 1998

10. Bobadilla R, Francisco y Masías V, Carlos. Comunicación Interpersonal y Resolución de Conflictos. Chiclayo. 2008
11. Sánchez M, Antonio. Actuación en Enfermería Comunitaria. Los Sistemas y Programas de Salud. 3º edición. Barcelona: Editorial: McGraw-Hill-Interamericana. 2000
12. Marquez Rebollo MC, Tornel- Costa MC. Diseño de un método de comunicación no verbal por viñetas. Rev. Neurol 1997
13. Pineda, E.B.; Alvarado, E.L.; Canales, F.H. Metodología de la investigación: manual para el desarrollo de personal de salud. 2º ed. Editorial Organización Panamericana de la Salud. Washington DC 1994.
14. Polit, Denise F; Hungler, Bernadette. Investigación científica en ciencias de la salud: Principios y Métodos, México MC Graw Hilli. 2001
15. Flores B, José. El estudio de caso. 1ª edición. Lima. 2007
16. Rodríguez García, Gregorio. Metodología de la investigación cualitativa. 1era edición. 1996.
17. Valderrama Mendoza, Santiago. Pasos para elaborar proyectos y tesis de investigación científica. 1ª edición. Lima: editorial San Marcos; 2003.
18. Morse, Janice: “Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa”. Universidad de Antioquia. Colombia. 2003
19. Hernández Sampieri, Roberto: “Metodología de la investigación”. 4º edición. Ed Hill Interamericana. 2006

20. Ludke Menga, A. El estudio de caso: su potencial en educación. 1998
21. Icart M.T. Fuentelsaz C., Pulpón A.M., Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y una tesina. 1º ed. Ediciones Universitat Barcelona, 2006
22. Blasco Hernández T. y Otero G. Técnicas convencionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: la entrevista. Centro Nacional de Medicina Tropical. Instituto de Salud Carlos III. Nure Investigación, número 33, Marzo - Abril 2008
23. Callejo Gallego J. Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. Revista Española de Salud Pública, Septiembre - Octubre, Vol. 76, número 5 Ministerio de Sanidad y Consumo. Pp. 409-422. España
24. Breilh Jaime. Nuevos conceptos y técnicas de investigación. 2da edición. Ecuador. 1995
25. Bardin, L. Análisis de contenido. 1era edición, editorial a kal. 1997
26. Lupiceno Iñiguez, Ana victoria. Metodología de la investigación cualitativa. 1era edición. España. 2003
27. Elio Sgreccia. Bioética Personalista. Modelo personalista ontológico
28. J. de Morse. Métodos de Investigación Cualitativo, 2da. Edición, Editorial Hill Interamericana, España 1994.
29. Alcántara, Jorge. Ayudas audiovisuales. Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Lima – Perú. 1996
30. Bruner, J. Desarrollo cognitivo y educación. Selección de textos por Jesús Palacios. 3ª edición. Madrid. 1998

31. Gutiérrez Alfonso. Evaluación De La Comunicación En Las Aplicaciones Multimedia Educativas.2005
32. Siliceo Alfonso. Liderago. Editorial Mc Graw-Hill.2005
33. Frías, Xavier. Introducción a la Semántica de la oración del español. Ianaua. Revista Philologica Romanica. Suplemento 03. 2001
34. Plan comunicacional: Día mundial de lucha contra TB. Oficina general de comunicaciones MINSA. Lima. 2008
35. Bouché Peris, Henri. Antropología de la educación. Madrid. 2002
36. Nitsche, R. Estrategias y Recursos Instruccionales- Recursos Audio-visuales. On line  
<http://hermescronida.files.wordpress.com/2009/01/recursos-audio-visuales.pdf>
37. Chiavenatto, Adalberto. Introducción a la teoría general de la administración. 5ta edición. Ed. Mc Graw. Hill. Interamericana, Colombia. 1999
38. Koontz, Harol. Administración, una perspectiva global. 11ª edición. Ed. Mc Graw Hill. México.2001
39. Diccionario de la lengua española. 12º edición. Real Academia Española, 2001.
40. Galindo, Jesús (2004) "Hacia una comunicología posible en México. Notas preliminares para un programa de investigación", artículo en línea, disponible en <http://www.geocities.com/arewara/arewara.htm>

41. OPS (Organización Panamericana de la Salud/Programa de Promoción de la Salud). Manual de comunicación social para programas de salud. Washington, D.C., USA. 1995
42. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. USAID/Calidad en Salud. Manual de la educadora comunitaria en salud y nutrición. Guatemala, 2008.
43. Córdova, Jenny. Comunicación educativa en salud oficina de comunicaciones del Ministerio de Salud. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2005
44. Calleja Pascual, José Manuel. Paciente asintomático que rechaza el alta laboral. SEMERGEN. Málaga. 2008
45. Costa, Joan. La comunicación en acción. Informe sobre la nueva cultura de la gestión, Paidós, Barcelona. 1999
46. Bravo, Luis. Caracterización educacional de los niños de aprendizaje lento. 1994
47. Borrego, Martha. comunicación: herramienta para el trabajo en enfermería. Editorial ciencias médicas. La Habana ;2007
48. SÁNCHEZ CERESO. Tecnología de la educación. Madrid, Editorial Santillana; 1991

**Anexo N° 01**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo -----de  
----- años de edad, identificado con DNI -----con  
domicilio..... habiendo recibido  
consejería e información de Tuberculosis y en pleno uso de mis  
facultades mentales autorizo participar en la investigación titulada  
“la Comunicación Educativa del profesional de Enfermería en la  
Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de  
Tuberculosis. MicroRed Chiclayo”, admito haber sido informado (a)  
de los objetivos de la presente investigación por lo cual accedo a  
que la presente entrevista sea grabada y que el investigador utilice  
la información de acuerdo con los fines que crea conveniente.

Firmo la presente para dar fe de mi testimonio.

Chiclayo, 2011

-----

FIRMA



UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO  
TORIBIO DE MOGROVEJO

## GUIA DE OBSERVACION PARTICIPANTE

**Fecha:**

**Hora:**

**Código del Observado:**

**OBJETIVO:** identificar la forma de comunicación del profesional de enfermería durante la educación que brinda.

**1.- Postura:**

Atenta  Rígida

**2.- Expresión facial:**

Sonriente  Seria

**3.- Tono de voz:**

Alto  Bajo

**4.- Distancia:**

Intimo  Personal

**5.- Contacto Físico:**

Presente  Ausente

**6.- Aspecto:**

Ordenada  Desordenada

**7.- Forma de escuchar:**

Con movimiento de cabeza positivo y mirando a la persona

Con movimiento de cabeza negativo y sin mirar a la persona

**8.- Material educativo:**

Hace uso y es entendible  Hace uso y no es entendible

No hace uso



UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO  
TORIBIO DE MOGROVEJO

## Entrevista abierta a los Pacientes

**Fecha:**

**Hora:**

**Código del Entrevistado:**

**OBJETIVO:** identificar a través de los pacientes la comunicación que brinda la enfermera.

1. ¿Qué conoce Ud. sobre la tuberculosis?
2. ¿Qué material educativo utiliza la enfermera cuando lo educa y sólo la enfermera o también la técnica de enfermería?
3. ¿La información que le brinda la enfermera es clara?
4. ¿Cuando la información se la explico la técnica en enfermería hubo alguna dificultad?
5. ¿Le solicitan sus opiniones?
6. ¿En algún momento sintió rechazo por parte de la enfermera u otro profesional de salud?



UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO  
TORIBIO DE MOGROVEJO

### **Entrevista abierta al personal de enfermería**

**Fecha:**

**Hora:**

**Código del Entrevistado:**

**OBJETIVO:** identificar la forma de comunicación que emplea la enfermera con el paciente.

1. ¿Cómo se comunica Ud. con el paciente de tuberculosis para brindar la educación?
2. ¿Qué medios utiliza?
3. ¿Qué dificultades tiene para comunicarse con los pacientes de tuberculosis?
4. ¿Solicita a los pacientes sus opiniones?
5. ¿Cómo contribuye el personal técnico en la comunicación educativa?
6. ¿Qué es para usted comunicación educativa?