UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Licenciatura en Instrumentación Quirúrgica

Diversas técnicas de comunicación dirigidas a pacientes hipoacúsicos

Guadalupe González

Licenciada en Instrumentación Quirúrgica

Diciembre, 2024

RESUMEN

Introducción: durante el presente trabajo de investigación se abordarán las técnicas de comunicación que emplea el instrumentador quirúrgico cuando se trata de atender pacientes y como estos métodos pueden cambiar ante la presencia de una persona hipoacúsica en el área quirúrgica. **Metodología:** el tipo de estudio que se llevará a cabo es de tipo cualitativo, descriptivo, prospectivo, transversal y accidental. Con una muestra de 32 instrumentadores quirúrgicos que trabajan en el Sanatorio Británico de Rosario, a quienes se les realizó un cuestionario anónimo, cerrado, dicotómico y de respuestas múltiples. **Resultados:** sobre el total de la muestra, el 62.5% considera importantes las diversas técnicas de comunicación dirigidas a pacientes hipoacúsicos según los atributos que tienen más valor durante la comunicación verbal con el paciente, el 65.6% sostiene que una comunicación satisfactoria con el paciente previamente a la cirugía influye a que el procedimiento resulte exitoso, el 71.9% cree que el impedimento de lectura de labios por el uso de barbijo genera dificultad al intentar comunicarse con un paciente hipoacúsico, el 71.9% considera muy relevante una técnica de comunicación alternativa que mejore el trabajo profesional con pacientes hipoacúsicos, el 100% estaría dispuesto a recibir una técnica de comunicación alternativa que facilite la interacción con pacientes hipoacúsicos. **Conclusiones:** en el Sanatorio Británico de Rosario, los instrumentadores quirúrgicos consideran que, ante la falta de técnicas de comunicación alternativas dentro del área quirúrgica, sería relevante la disponibilidad de ellas para cumplir una comunicación satisfactoria con y para el paciente hipoacúsico.

PALABRAS CLAVES: comunicación; técnicas: hipoacusia; pacientes quirúrgicos

ABSTRACT

Introduction: during the present research work, the communication techniques used by the surgical instrument maker when attending patients and how these methods can change in the presence of a hearing-impaired person in the surgical area will be discussed. **Methodology:** the type of study to be carried out is qualitative, descriptive, prospective, transversal and accidental. With a sample of 32 surgical instrumentators working at the Sanatorio Británico of Rosario, who were given an anonymous, closed, dichotomous, multiple-choice questionnaire. **Results:** out of the total sample, 62.5% considered important the different communication techniques addressed to hearing impaired patients according to the most valuable attributes during verbal communication with the patient,

65.6% stated that a satisfactory communication with the patient prior to surgery influences the success of the procedure, 71.9% believe that the impediment of lip reading due to the use of a surgical masks generates difficulty when trying to communicate with a hearing impaired patient, 71.9% consider that an alternative communication technique that improves professional work with hearing impaired patients is very relevant, 100% would be willing to receive an alternative communication technique that facilitates interaction with hearing impaired patients. **Conclusions:** at the Sanatorio Británico of Rosario, the surgical instrumentator consider that, given the lack of alternative communication techniques in the surgical area, the availability of these techniques would be relevant to achieve a satisfactory communication for the hearing-impaired patient.

KEY WORDS: comunication; techniques; deafness; surgical patients

ÍNDICE

RESUMEN **1**

ÍNDICE **3**

JUSTIFICACIÓN **4**

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN **5**

OBJETIVO GENERAL **6**

OBJETIVOS ESPECÍFICOS **7**

MARCO TEÓRICO **8**

COMUNICACIÓN Y LENGUAJE 8
COMUNICACIÓN VERBAL 9
COMUNICACIÓN NO VERBAL 10
COMUNICACIÓN EN EL ÁREA QUIRÚRGICA 11

HIPOACUSIA **12**

EL PACIENTE HIPOACÚSICO EN UN ENTORNO MÉDICO 13

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES **16**

DISEÑO METODOLÓGICO **23**

ANÁLISIS DE RESULTADOS **24**

CONCLUSIÓN **48**

PROPUESTA DE MEJORA **49**

BIBLIOGRAFÍA **51**

ANEXOS **53**

ANEXO I: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 53
ANEXO II: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS 54
ANEXO III: MATRIZ DE DATOS 59

ÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN **60**

JUSTIFICACIÓN

Se tendrá como finalidad, en este trabajo, abordar las diversas técnicas de comunicación dirigidas a la atención de calidad de pacientes hipoacúsicos.

Dentro de los parámetros de un quirófano, los profesionales de la salud del equipo médico ejercen una comunicación crucial y efectiva que evita la posibilidad de cometer errores. Asimismo, es trasladada hacia los pacientes que ingresan al área quirúrgica y es fundamental para que su seguridad física y emocional no se vea comprometida.

La metodología de intercambio verbal con dichos pacientes puede ser adquirida durante la formación académica o puede presentarse como una disposición natural de los propios profesionales. De una manera u otra, no existen técnicas específicas que tengan en cuenta el trato de aquellos que presenten una dificultad sensorial como la hipoacusia.

Puesto que el manejo de pacientes dentro del quirófano es siempre delicado, cuando se trata de pacientes hipoacúsicos, quienes se verán a ellos mismos en un entorno fuera de su control, se debería tener en cuenta el trato característico y poner en práctica la ambientación de sus cuidados.

El paciente hipoacúsico presenta una pérdida parcial de la audición que puede variar en severidad y en el tipo de pérdida. Esta patología afecta la forma en que percibe los sonidos, y le genera dificultad en el momento de comunicarse en un entorno no apto para su condición. En este caso, se requerirán métodos alternativos para habilitar una comunicación segura.

Es posible que, en el quirófano, que maneja una dinámica propia de constante movimiento, el paciente requerirá que se le repiten o aclaren instrucciones. Ahora bien, un paciente que manifiesta dificultades auditivas, el impedimento de no poder comunicarse y la sensación de aislamiento que esto produce, puede generarle frustración y un entorpecimiento en el flujo de las actividades. Sin embargo, esto resultaría innecesario en el caso de poseer las herramientas adecuadas de comunicación que eviten dicho tipo de percances.

Desde un punto de vista legal, una comunicación segura dentro del quirófano garantiza la seguridad del paciente, la obtención de un consentimiento informado adecuado y la prevención de errores médicos. En definitiva, la falta de ella previene una correcta

conducción de los pasos a seguir en un procedimiento quirúrgico, ya sea del equipo quirúrgico a cargo y/o del paciente en las manos de dicho equipo.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La diversidad de técnicas de comunicación para la atención de calidad de pacientes hipoacúsicos, según los instrumentadores quirúrgicos en el Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre 2024, a quienes se les enviará un cuestionario de Google Forms.

OBJETIVO GENERAL

Investigar la diversidad de técnicas de comunicación para la atención de calidad de pacientes hipoacúsicos, según los instrumentadores quirúrgicos en el Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre 2024.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conocer las técnicas ya existentes de comunicación de los instrumentadores quirúrgicos dirigidas al paciente hipoacúsico.

Indagar sobre las necesidades del paciente hipoacúsico dentro del espacio quirúrgico.

Comprender la influencia de una comunicación efectiva en el flujo de actividades dentro de un procedimiento quirúrgico.

MARCO TEÓRICO

1. COMUNICACIÓN Y LENGUAJE

Para los autores Yerena, Pérez, Ramírez, y Hernández, (2013, pág. 2) comunicar es "llegar a compartir algo de nosotros mismos. Es una cualidad racional y emocional específica del hombre que surge de la necesidad de ponerse en contacto con los demás, intercambiando ideas que adquieren sentido o significación de acuerdo con experiencias previas comunes."

Es decir, la comunicación parte de un elemento natural del ser humano en la búsqueda de intercambiar información y hacer saber los conocimientos que surgen de manera espontánea o predestinada hacia un tercero. Siguiendo estas mismas palabras, la comunicación está relacionada a aquello que lleva al hombre a trasladar en palabras lo que raciona y entiende por sí mismo, esperando de manera retroalimentativa, una respuesta del otro.

Ahora bien, el intercambio de ideas entre dos seres humanos puede variar en su ejecución, aunque siempre va a estar relacionada con la representación auditiva, verbal y/o escrita que un lenguaje propio puede proveer. Este mismo ayuda a manifestar en la conjugación de frases y expresiones aquella compresión individual que se quiera compartir o simplemente aportar en la cotidianeidad. "El lenguaje es la herramienta que posibilita al hombre realizar o expresar sus ideas, pensamientos, sentimientos y que se materializa a través de signos verbales produciendo la comunicación." (Gómez, 2016).

Es en la historia del ser humano, que el lenguaje y la comunicación fueron conformándose para llevar a cabo la estructura de civilizaciones y la continuación de ellas. Esto ha perdurado en el tiempo porque es un fenómeno que nace de manera connatural y "es un proceso inherente a la relación humana." (Gómez, 2016).

Carmona, González, y Riviere, (1992) señalan que "el estudio del lenguaje suele ser considerado un cometido importante de la psicología científica en la medida en que probablemente forma parte del diseño genético de nuestra especie y contiene rasgos y propiedades que nos acercan y diferencian a la vez de otras especies."

Para recalcar, el lenguaje es una herramienta dentro del proceso comunicativo, pero la comunicación en sí misma es el resultado de la interacción compleja entre varios elementos, incluidos los contextos y las percepciones individuales de cada uno.

1.1 COMUNICACIÓN VERBAL

La comunicación verbal atribuye, con una disposición que rompe con las reglas de la sintaxis, la manera automática que, con nuestros propios modismos verbales y expresiones autóctonas, nos ayudan a relacionarnos en las situaciones que se nos presenten en cada día. Describiendo la comunicación verbal, la autora Ángela Hernández (2016) menciona que "hay comunicación oral donde quiera que se diga algo a través de la palabra hablada. La expresión oral consiste en el empleo de la palabra (hablada) y del pensamiento, en forma correcta, elegante y clara."

"La comunicación oral es la transmisión de información entre dos o más individuos a través del habla y del código contemplado en un idioma. Generalmente se contrapone a la comunicación escrita, en la cual la información se halla inscripta en algún soporte material para resistir al paso del tiempo." (Farías, 2024).

El contenido que se expresa en la comunicación oral no se limita a sí mismo ya que está afianzado a la espontaneidad que la propia persona impone en el momento que decide hablar. Según los autores Yerena, Pérez, Ramírez, & Hernández, (2013, pág. 13) "la comunicación oral está ligada a un tiempo, es siempre dinámica en un continuo ir y venir. Normalmente, las personas interactúan hablando y escuchando; el hablante tiene en mente al oyente y el oyente al hablante."

Más aún, los sonidos que conforman las palabras, el lenguaje que se adquiere desde la infancia, el racionamiento psicológico que se emplea previamente a expresarse, son distintos factores que componen la comunicación verbal. En ella, existe una amplia variedad de métodos en la que se manifiesta. Por otra parte, no está ligada a una continuidad coherente como la comunicación escrita y a diferencia de esta, tiende a perderse con el paso del tiempo.

Asimismo, cuando se habla de comunicación verbal, se refiere a los diferentes tipos de comunicación que nacen de ella. La comunicación oral, ya descrita, se interpela con la comunicación escrita, que surge naturalmente desde nuestra palabra.

"La comunicación escrita es aquella que se establece a través de las palabras o de cualquier otro código escrito. El emisor y el receptor deben compartir el conocimiento de ese código para que la comunicación sea efectiva." (Giani, 2024).

A diferencia de la oral, la comunicación escrita le permite al transmisor desligarse de un discurso informal y puede estructurar sus pensamientos de manera que el que los reciba disponga de ellos continuamente. Volviendo a utilizar las palabras de los autores Yerena, Pérez, Ramírez, & Hernández, (2013, pág. 13) "el escritor está lejos del lector, además, a menudo no sabe quién será el que reciba el mensaje."

En definitiva, ambos tipos de comunicación contribuyen y son parte de establecer conexiones humanas, cada uno a su propia manera. Su efectividad va a depender del contexto, el propósito y las preferencias de sus participantes, y a su vez, a aquello que los demande a disponer de relaciones interpersonales a su alrededor.

1.2 COMUNICACIÓN NO VERBAL

La comunicación no verbal surge de manera entrelazada con la comunicación verbal, pero no depende de ella para cumplir con el mismo objetivo. "El lenguaje no verbal es, inclusive más importante que lo que se dice con los labios. Ya que son estos gestos y posturas los que dan o no sentimiento y validez a nuestras expresiones verbales." (Quesada, 2016).

El lenguaje que adquieren los seres humanos desde infantes es expresado mayormente por palabras, y suele originar de un lugar espontáneo durante el intercambio oral. De la misma forma, complementan estas palabras con distintos métodos o señas que las acompañan a dirigir un mensaje semejante. "Estas señas o señales son gestos, movimientos de la cabeza o corporales, postura, expresión facial, la mirada, proximidad o cercanía, tacto o contacto corporal, orientación, tonalidad de voz y otros aspectos vocales, el vestuario y el arreglo personal." (Hernández, 2016).

La autora Flora Davis, (1976) alude a la palabra "intuición" y la califica como una habilidad que "la aprendemos en la primera infancia y la utilizamos a nivel subconsciente durante toda la vida, y es en realidad la mejor manera de hacerlo. En un instante interpretamos cierto movimiento corporal o reaccionamos ante un tono de voz diferente y lo leemos como parte del mensaje total. Esto es mejor que barajar varias docenas de distintos componentes de un mismo mensaje y llegar a la conclusión de que algunos se contradicen entre sí."

Esto no quiere decir que en el intervalo entre un diálogo hablado y gesticulado no se pierda información, pero es probable e importante destacar que se aprenderá más de lo que se podrá llegar a no captar. De acuerdo con investigaciones, se ha reconocido que los

seres humanos se relacionan a través de la comunicación no verbal en un mayor porcentaje que de manera verbal y se puede atestiguar en diversos contextos sociales inclusive si uno fuese o no consciente de ello.

1.3 COMUNICACIÓN EN EL ÁREA QUIRÚRGICA

Una comunicación efectiva dentro del área quirúrgica es primordial en la actividad laboral que se desenlaza dentro de su espacio. Dicha actividad se vería expuesta a una falta completa de su ejecución si los profesionales de la salud decidieran no involucrarse en un trato fluido y colectivo al cumplir con los quehaceres que les corresponde individualmente.

Acerca de aquellos roles que cumplen los individuos dentro del área, estos podrían considerarse únicos en cada uno. El desempeño laboral el cual demuestra cada trabajador está definido por los rumbos personales que decida dominar, su propia templanza y las formas que los conocimientos académicos incorporados dan fruto durante su carrera profesional. Así también, dichas cualidades no se mantienen acopladas en una misma persona, ya que no pueden evitar ser moldeadas a la labor en equipo que se desenvuelve en un campo de trabajo como lo es el quirófano y todo lo que va ligado a él. En otras palabras, el desarrollo unipersonal es importante mientras esté unido a un desarrollo en conjunto.

Entonces, cuando se habla del trabajo en equipo, específicamente dentro del área quirúrgica y relacionado a la atención de pacientes, es inevitable dar relevancia a una buena comunicación realizada. Aun así, el concepto de comunicación puede tener diversos significados dentro de un quirófano y fuera de él.

Primero que nada, resulta imprescindible relegar una comunicación correcta hacia el paciente que los profesionales tienen a cargo, y en caso de la cirugía propia, el instrumentador quirúrgico circulante es quien se verá encargado de realizar la verificación legal de su estadía, representada en un check-list quirúrgico. Durante este procedimiento, el profesional empleará una comunicación oral y escrita con el paciente y verá influenciado en su oficio los resultados de estas mismas. Es aquí, donde un buen intercambio de palabras otorgará al paciente una seguridad que por sus propios temores no puede manifestar por sí solo. “Debemos hacer hincapié en la “resiliencia”, la capacidad potencial del ser humano para sobreponerse a una adversidad y salir fortalecido de ella.

Muchas veces, este potencial humano necesita de ayuda de quienes lo rodean para activarse y lograr su objetivo.” (Pruden, Scocco, & Barbieri, 2012, pág. 22)

Como previamente se ha mencionado, la comunicación no solo se limita a ser verbal. Son ciertos comportamientos, gestos, expresiones y modalidades que llevan a los seres humanos a percibir las intenciones de aquel que esté en frente suyo. Al ser el área de la salud un área dinámica y de constante flujo de trabajo, la comunicación no verbal acaba siendo de igual importancia que el uso de la palabra directa; es por eso que las interacciones entre profesionales tienen una gran influencia en cómo responden los pacientes al ingreso y egreso del área quirúrgica y durante el procedimiento quirúrgico en sí, además de lograr una labor efectiva y exitosa durante el curso profesional.

“La comunicación efectiva es un elemento fundamental en el área quirúrgica, ya que evita desgastes, roces, incongruencias, repetición de procesos, pérdida de tiempo y errores en la práctica de la salud; favorece así las relaciones interpersonales, el éxito en las tareas que se emprendan, con el objetivo final de garantizar la seguridad del paciente.” (Romina Daniela Aguirre, 2019, pág. 36)

1. HIPOACUSIA

“La hipoacusia, sordera o deficiencia auditiva, es un trastorno sensorial que consiste en la incapacidad para escuchar sonidos, y que dificulta el desarrollo del habla, el lenguaje y la comunicación. Puede presentarse en forma unilateral, cuando afecta a un solo oído, o ser bilateral cuando ambos oídos están afectados.” (Salud, 2024)

El grado de hipoacusia en un individuo puede medirse según decibeles, siendo esto lo que representa el nivel de sonido que puede escuchar en un oído o en ambos. Dependiendo del número ascendiente de decibeles, la deficiencia auditiva se clasificará en leve, moderada, severa o profunda.

En lo que concierne el tipo de hipoacusia, existen tres. En el tipo de hipoacusia conductiva, el paso de sonidos hacia el oído interno está imposibilitado por algo que afecta el funcionamiento del oído medio y externo, y suele manifestarse a causa de complicaciones relacionadas a la disposición anatómica del oído y patologías que inflijan al mismo. Es aquí donde se habla de soluciones protésicas e implantes acústicos de conducción ósea, colocados quirúrgicamente.

El segundo tipo de hipoacusia es el neurosensorial, que afecta no solo el oído interno si no también el nervio auditivo que está asociado directamente con el sistema nervioso. Dentro de esta clasificación, las causas se dividen en congénitas y adquiridas. Las causas congénitas conllevan factores genéticos y hereditarios, así como las condiciones de gestación durante el embarazo, ya sea falta de oxígeno, infecciones, el mal uso de medicamentos, entre otros factores. Por otro lado, las causas adquiridas ocurren luego del nacimiento y se presentan como casos de enfermedades infecciosas no tratadas, tumores, traumatismos, exposición al ruido excesivo por arriba de los decibeles recomendados por la OMS, etc.

El tercer y último tipo de hipoacusia es el mixto, el cual combina lesiones auditivas del oído interno y externo con el nervio auditivo. Las causas se verán condicionadas ante el grado que presente tanto la hipoacusia conductiva como la neurosensorial en una misma persona; “si la hipoacusia es mayoritariamente conductiva, el habla tiende a sonar inteligible, pero solo cuando el volumen es lo suficientemente alto y no hay demasiado ruido de fondo. Si la hipoacusia es mayoritariamente neurosensorial, puede ser difícil entender el habla, incluso cuando parece que tiene el volumen suficiente.” (Cochlear, 2019)

Ahora bien, el tratamiento de la discapacidad sensorial auditiva puede variar cuando se consideran todos los factores que se han descripto. Entre los que se han desarrollado a lo largo de las décadas, se encuentran los audífonos, implantes cocleares, implantes acústicos de conducción ósea o tronco cerebral, cirugía de reparación de oído interno, intervención fonoaudiológica temprana, rehabilitación auditiva, así como la implementación de herramientas de comunicación como la lectura de labios y el lenguaje de señas.

1.1 EL PACIENTE HIPOACÚSICO EN UN ENTORNO MÉDICO

Antes de entender las particularidades que conlleva tratar con un paciente hipoacúsico dentro de una institución de salud, se debe comprender qué atributos nacen en un entorno médico que hace que surja una atención de calidad a partir de la interacción del profesional con su paciente a cargo.

Aquella persona que ejerza una carrera sanitaria da por hecho, en su día a día, que su trabajo comprende de relacionarse con individuos en situaciones de vulnerabilidad y que buscan en el entorno médico, una solución a la disposición que lo determina como persona

enferma o en tratamiento. Desde la perspectiva de los profesionales, la condición de su labor lleva a que estas relaciones las incorporen de manera tanto efímeras como pasajeras. ya sea que esto lo hagan consciente o inconscientemente dependerá de su idiosincrasia personal. Esto no quiere decir que la índole de esta dinámica tenga que afectar directamente al trato correcto que el paciente merece y que por derecho legal debe obtener. Por eso, según la Ley 26.529, "el paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes, le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes."

Ahora bien, desde la perspectiva del propio paciente, el vínculo que forme con el profesional no estará determinado por lo breve que sea el intercambio comunicativo sino por la relevancia que el individuo a cargo le dará a su condición física y emocional. El rol de autoridad que efectúa un médico, un enfermero o un instrumentador quirúrgico no debe permitir que eclipse el rol de autonomía que cumple el paciente y que, por naturalidad, o por su propia fragilidad, tiende a dejar ensombrecer.

"Es importante que se den un respeto y una confianza mutuos entre el paciente y los profesionales. También el que estos hagan ver que toman los problemas de los pacientes seriamente, mostrando interés por cómo se encuentran, cómo viven su enfermedad y tratamiento.

Es bueno que en las conversaciones entre los profesionales y pacientes el profesional ayude a que el paciente se encuentre relajado y que facilite el que hable abiertamente sobre los temas que le interesen, haga preguntas o exprese comentarios y emociones. Este animar al paciente a hablar debería complementarse con un respeto de su privacidad – deseo del propio paciente de no hablar de algunos temas." (Arraras, 2012)

Entonces, teniendo en cuenta estos conceptos, al trasladarlos a un paciente llevadero de una discapacidad auditiva tendrán el mismo peso y relevancia, aunque se verán moldeados a una atención específica que llamará a ser aplicada en la instancia médica. A su vez, cada rango etario requerirá un enfoque individualizado que contemple su desarrollo y situación particular, ya que no será la misma experiencia la que transite un adolescente hipoacúsico en un entorno médico que la que transite un adulto mayor hipoacúsico en uno igual.

Los pacientes hipoacúsicos enfrentan en su vida diaria diversas barreras de comunicación que pueden dificultar su interacción comunicativa dentro de diferentes contextos. En primer lugar, la pérdida de audición puede hacer que les resulte complicado entender palabras y sonidos, lo que puede llevar a malentendidos en la situación en que se encuentren. Además, el ruido ambiental en lugares como hospitales o espacios públicos puede complicar aún más la comunicación, sumando a que son ambientes en los que están obligados a ceder el control ante lo desconocido. La necesidad de leer los labios y las expresiones faciales hace que la falta de atención visual sea un obstáculo significativo, ya que, si el interlocutor no está en su campo de visión, surgiría una dificultad al intentar seguir la conversación.

“En el entorno sanitario, estas barreras se han visto incrementadas por el uso generalizado de mascarillas, así como por las nuevas fórmulas de atención no presencial a los pacientes (solicitud de citas médicas y consultas telefónicas) que, a pesar de su gran utilidad, están suponiendo una gran limitación para los pacientes con sordera que no pueden mantener una comunicación telefónica convencional.” (medicosypacientes, 2023)

Además, la falta de intérpretes de lenguaje de señas o personal capacitado en entornos críticos, como el médico, representa una barrera adicional. Estas dificultades subrayan la necesidad de estrategias de comunicación efectivas que sean accesibles para mejorar la interacción con los pacientes hipoacúsicos. “Estos pacientes necesitan elementos visuales que les aporten la información que no pueden percibir por medio del sentido del oído, por lo que sería adecuado tener presentes siempre señales visuales.” (Niño, 2015)

La persona con una discapacidad auditiva tiene a su disponibilidad herramientas de comunicación que incorporan a lo largo de su vida y que llevan arraigadas en el día a día con el fin de elaborar una comunicación efectiva con su alrededor. Es el lenguaje de señas, la lectura de labios y la comunicación escrita que les permite enlazarse socialmente y que evitan un aislamiento en sus empeños personales. Aun así, será inevitable que no se les presenten situaciones en las que el receptor no compartirá sus mismas herramientas de comunicación y se forme una displicencia comunicativa que no favorecerá a ningún partido. A partir del de reconocimiento de esta disyuntiva, se tomará relevancia encontrar un terreno en común que coopere en el modo más cercanamente correcto al momento de comunicarse con un paciente hipoacúsico.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Categorías
Sexo				Femenino. Masculino.
Edad				21 – 30 años. 31 – 40 años. 41 – 50 años. Más de 51 años.
Nivel académico	Es un método a través del cual se califica el grado de conocimientos que poseen los estudiantes.	Nivel académico alcanzado del instrumentador quirúrgico.	¿Es usted técnico o licenciado?	Instrumentador quirúrgico. Licenciado en Instrumentación Quirúrgica.
		Años ejercidos de la profesión del instrumentador quirúrgico.	¿Cuántos años hace que ejerce la profesión?	1 – 10 años. 11 – 20 años. Más de 21 años.
Comunicación	Trato, correspondencia entre dos o más personas.	Comunicación verbal.	Cuando recibe pacientes en el área quirúrgica, ¿qué atributos considera que tienen más valor durante la comunicación verbal con ellos?	Que las preguntas del check-list quirúrgico se brinden de manera pausada. Que la información dada sea concisa.

				Que se les brinde atención a sus temores.
		Comunicación no verbal.	Considerando que los seres humanos tienden a comunicarse más de manera no verbal, ¿qué señas corporales considera importantes al relacionarse con los pacientes quirúrgicos?	Lenguaje corporal abierto. Contacto corporal. Contacto visual.
		Tipo de comunicación.	De los tipos de comunicación verbal y no verbal, ¿cuál es el que más usa?	Comunicación verbal. Comunicación no verbal.
		Respuesta del paciente a contención médica.	¿Cree usted que la contención por parte del equipo quirúrgico hacia el paciente que ingresa al área quirúrgica colabora a reducir sus posibles temores?	Sí, colabora a reducir sus posibles temores. Colabora en alguna medida. No colabora a reducir sus posibles temores.
		Información relevante según	En la función de instrumentador quirúrgico	Antes de entrar al quirófano.

		instancia previa a la cirugía.	circulante, ¿durante qué instancia previa a la cirugía, cree que la información que se le brinda al paciente es la más importante?	Dentro del quirófano.
		Comunicación satisfactoria.	En la función de instrumentador quirúrgico circulante, ¿cree usted que una comunicación satisfactoria con el paciente previamente a la cirugía influye a que el procedimiento resulte exitoso?	Influye mucho. Influye. A veces influye. No influye.
			Considerando que la actividad dentro del quirófano es muy dinámica, ¿cree usted que la falta de comunicación entre el personal puede afectar la comunicación con el paciente?	Sí, creo que puede afectar. En algunas ocasiones puede afectar. No creo que puede afectar.

Pacientes hipoacúsicos	Trastorno sensorial que consiste en la incapacidad para escuchar sonidos, y que dificulta el desarrollo del habla, el lenguaje y la comunicación.	Cantidad de pacientes.	En el periodo de un año, ¿cuántos pacientes hipoacúsicos acompañó en el quirófano?	Ningún paciente. Pocos pacientes. Algunos pacientes. Muchos pacientes.
		Dificultad de comunicación según rango de edad del paciente.	¿En qué rango de edad encontró más dificultad con la comunicación durante la instancia previa quirúrgica en sí?	Niños/as. Adultos jóvenes. Adultos. Adultos mayores.
		Efectividad de la comunicación.	¿Cree que el rango de edad en un paciente hipoacúsico afecta el intercambio comunicativo con él?	Sí afecta. Generalmente afecta. No afecta.
		Diferencia entre paciente no hipoacúsico con paciente hipoacúsico.	En el caso de no haber recibido pacientes con dificultades auditivas, ¿cómo considera que cambia el trato profesional cuando se trata de	Tono de voz más alto. Gesticulación con las manos. Contacto visual.

			un paciente hipoacúsico?	
		Impedimento de lectura de labios.	Teniendo en cuenta que el uso de barbijo impide la lectura de labios, ¿cree que esto genera dificultad al intentar comunicarse con un paciente hipoacúsico?	Sí, genera dificultad. Generalmente dificulta. No genera dificultad.
		Información legal del paciente.	De la información legal que se requiere del paciente, ¿cuál considera que es la más necesaria destacar a un paciente con dificultad auditiva?	Consentimiento informado. Check-list quirúrgico. El marcado del lado a operar.
		Información anímica del paciente.	En cuanto al estado anímico del paciente hipoacúsico, ¿cuál de todos considera el más relevante tener en cuenta previo al	Dolor. Discomfort. Miedo.

			procedimiento quirúrgico?	
		Herramientas de comunicación de paciente hipoacúsico.	Según las herramientas de comunicación que emplea el paciente hipoacúsico hacia una persona oyente, ¿cuál considera la más común?	Lenguaje de Señas (LSA). Lectura de labios o labiofacial. Comunicación escrita.
		Conocimiento de Lenguaje de Señas (LSA).	¿Tiene usted conocimiento de Lenguaje de Señas (LSA)?	Sí. Un poco. No.
			En caso de no saber el Lenguaje de Señas (LSA), ¿qué tan relevante consideraría una técnica de comunicación alternativa que mejore el trabajo profesional en casos particulares como estos?	Muy relevante. Relevante. Poco relevante. No relevante.
			En el caso de recibir alguna herramienta de comunicación alternativa que	Estaría dispuesto a recibirlo.

			facilite la interacción con pacientes hipoacúsicos, ¿estaría dispuesto a recibirla?	No estaría dispuesto a recibirla.
		Tipo de herramienta de comunicación.	¿Qué herramienta de comunicación le parecería más cómoda para utilizar con un paciente hipoacúsico?	Escalas de dolor. Imágenes descriptivas. Pictogramas.
			Un pictograma puede utilizarse para describir una acción, idea u objeto sin tener que explicar con palabras, ¿tiene usted acceso a esta herramienta de comunicación dentro de los quirófanos en los que trabaja?	Sí, tengo acceso a esta herramienta. No tengo acceso a esta herramienta.

Instrumento de recolección de datos (ver anexo II)

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO: cualitativo, descriptivo, prospectivo, transversal y accidental.

ÁREA DE ESTUDIO: quirófano de Sanatorio Británico de Rosario, Provincia de Santa Fe. Ubicado en calle Paraguay 40, ciudad de Rosario.

UNIVERSO: los instrumentadores quirúrgicos en el Sanatorio Británico de Rosario**.**

POBLACIÓN ACCESIBLE: los instrumentadores quirúrgicos en el Sanatorio Británico de Rosario**.**

MUESTRA: 32 instrumentadores quirúrgicos del Sanatorio Británico de Rosario.

UNIDAD DE ANÁLISIS: cada uno de los 32 instrumentadores quirúrgicos del Sanatorio Británico de Rosario.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: los instrumentadores quirúrgicos del Sanatorio Británico de Rosario.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: jefas/jefes del servicio de cirugía del Sanatorio Británico de Rosario; médicos del servicio de cirugía del Sanatorio Británico de Rosario; personal administrativo del Sanatorio Británico de Rosario; personal de limpieza del Sanatorio Británico de Rosario.

MUESTREO: no probabilístico y accidental.

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: cuestionario anónimo, cerrado, dicotómico y de respuestas múltiples.

PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS: realización de tablas y gráficos.

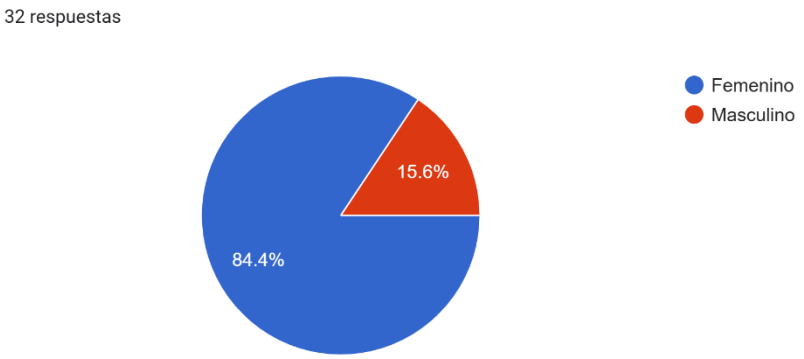
ANÁLISIS DE RESULTADOS

TABLA N°1: distribución de frecuencia según, sexo de los instrumentadores quirúrgicos, del Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre de 2024.

SEXO DE LOS INTRUMENTADORES QUIRÚRGICOS	*f*
FEMENINO	27
MASCULINO	5
TOTAL	32

Fuente: datos obtenidos de la encuesta realizada a los instrumentadores quirúrgicos del Sanatorio Británico de Rosario.

GRÁFICO N°1: distribución de porcentaje según, sexo de los instrumentadores quirúrgicos, del Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre de 2024.



ANÁLISIS:

El 84.4% de los instrumentadores quirúrgicos son femenino, el 15.6% de los instrumentadores quirúrgicos son masculinos.

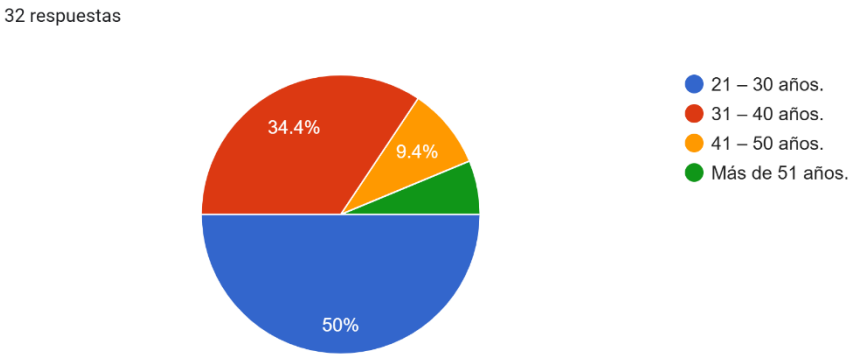
MO: femenino.

TABLA N°2: distribución de frecuencia según, edad de los instrumentadores quirúrgicos, del Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre de 2024.

EDAD DE LOS INTRUMENTADORES QUIRÚRGICOS	*f*
21 – 30 AÑOS	16
31 – 40 AÑOS	11
41 – 50 AÑOS	3
MÁS DE 51 AÑOS	2
TOTAL	32

Fuente: datos obtenidos de la encuesta realizada a los instrumentadores quirúrgicos del Sanatorio Británico de Rosario.

GRÁFICO N°2: distribución de porcentajes según, edad de los instrumentadores quirúrgicos, del Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre de 2024.



ANÁLISIS:

El 50% de los instrumentadores quirúrgicos tienen entre 21 – 30 años; el 34.4% de los instrumentadores quirúrgicos tienen entre 31 – 40 años; el 9.4% de los instrumentadores quirúrgicos tienen entre 41 – 50 años; el 6.3% de los instrumentadores quirúrgicos tienen más de 51 años.

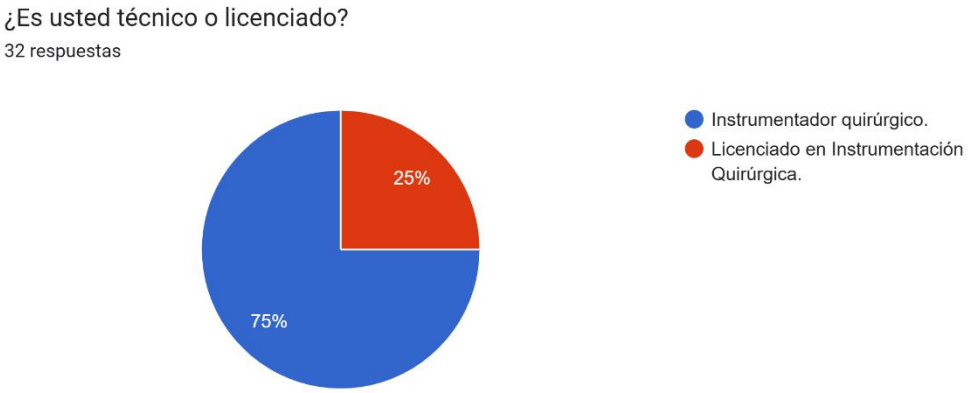
MO: 21 – 30 años.

TABLA N°3: distribución de frecuencia según, nivel académico alcanzado de los instrumentadores quirúrgicos, del Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre de 2024.

NIVEL ACADÉMICO ALCANZADO DE LOS INTRUMENTADORES QUIRÚRGICOS	*f*
INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO	24
LICENCIADOO EN INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA	8
TOTAL	32

Fuente: datos obtenidos de la encuesta realizada a los instrumentadores quirúrgicos del Sanatorio Británico de Rosario.

GRÁFICO N°3: distribución de porcentajes según, nivel alcanzado de los instrumentadores quirúrgicos, del Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre de 2024.



ANÁLISIS:

El 75% de los instrumentadores quirúrgicos son instrumentadores quirúrgicos; el 25% de los instrumentadores quirúrgicos son licenciados en instrumentación quirúrgica.

MO: instrumentador quirúrgico.

TABLA N°4: distribución de frecuencia según, años ejercidos de los instrumentadores quirúrgicos, del Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre de 2024.

AÑOS EJERCIDOS DE LOS INTRUMENTADORES QUIRÚRGICOS	*f*
1 – 10 AÑOS	20
11 – 20 AÑOS	10
MÁS DE 21 AÑOS	2
TOTAL	32

Fuente: datos obtenidos de la encuesta realizada a los instrumentadores quirúrgicos del Sanatorio Británico de Rosario.

GRÁFICO N°4: distribución de porcentajes según, años ejercidos de los instrumentadores quirúrgicos, del Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre de 2024.



ANÁLISIS:

El 62.5% de los instrumentadores quirúrgicos ejercieron entre 1 – 10 años; el 31.3% de los instrumentadores quirúrgicos ejercieron entre 11 – 20 años; el 6.3% de los instrumentadores quirúrgicos ejercieron más de 21 años.

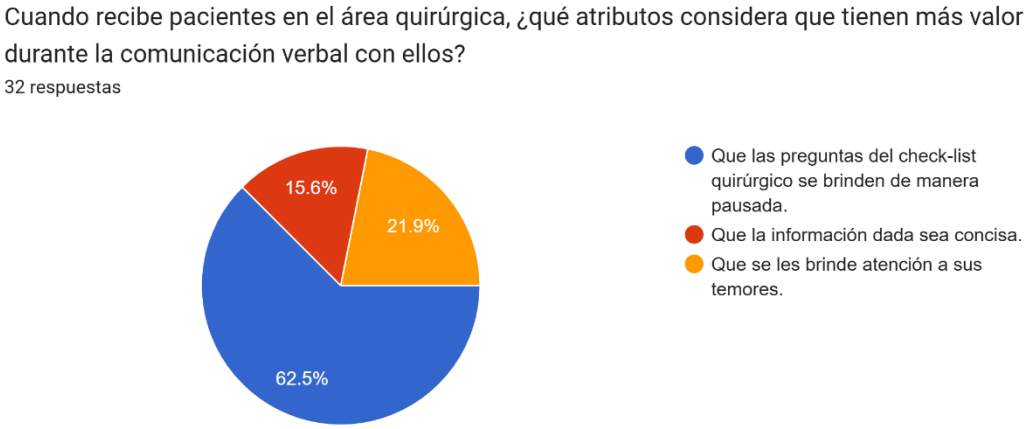
MO: 1 – 10 años.

TABLA N°5: distribución de frecuencia según, atributos de la comunicación verbal de los instrumentadores quirúrgicos, del Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre de 2024.

ATRIBUTOS DE LA COMUNICACIÓN VERBAL DE LOS INTRUMENTADORES QUIRÚRGICOS	*f*
QUE LAS PREGUNTAS DEL CHECK-LIST QUIRÚRGICO SE BRINDEN DE MANERA PAUSADA	20
QUE LA INFORMACIÓN DADA SEA CONCISA	5
QUE SE LES BRINDE ATENCIÓN A SUS TEMORES	7
TOTAL	32

Fuente: datos obtenidos de la encuesta realizada a los instrumentadores quirúrgicos del Sanatorio Británico de Rosario.

GRÁFICO N°5: distribución de porcentajes según, atributos de la comunicación verbal de los instrumentadores quirúrgicos, del Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre de 2024.



ANÁLISIS:

El 62.5% de los instrumentadores quirúrgicos considera que las preguntas del check-list quirúrgico se brinden de manera pausada; el 21.9% de los instrumentadores quirúrgicos considera que se les brinde atención a sus temores; el 15.6% de los instrumentadores quirúrgicos considera que la información dada sea concisa.

MO: que las preguntas del check-list quirúrgico se brinden de manera pausada.

TABLA N°6: distribución de frecuencia según, señas corporales de los instrumentadores quirúrgicos, del Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre de 2024.

SEÑAS CORPORALES DE LOS INTRUMENTADORES QUIRÚRGICOS	*f*
LENGUAJE CORPORAL ABIERTO	23
CONTACTO CORPORAL	0
CONTACTO VISUAL	9
TOTAL	32

Fuente: datos obtenidos de la encuesta realizada a los instrumentadores quirúrgicos del Sanatorio Británico de Rosario.

GRÁFICO N°6: distribución de porcentajes según, señas corporales de los instrumentadores quirúrgicos, del Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre de 2024.



ANÁLISIS:

El 71.9% de los instrumentadores quirúrgicos considera importante el lenguaje corporal abierto; el 28.1% de los instrumentadores quirúrgicos considera importante el contacto visual.

MO: lenguaje corporal abierto.

TABLA N°7: distribución de frecuencia según, tipos de comunicación de los instrumentadores quirúrgicos, del Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre de 2024.

TIPOS DE COMUNICACIÓN DE LOS INTRUMENTADORES QUIRÚRGICOS	*f*
COMUNICACIÓN VERBAL	25
COMUNICACIÓN NO VERBAL	7
TOTAL	32

Fuente: datos obtenidos de la encuesta realizada a los instrumentadores quirúrgicos del Sanatorio Británico de Rosario.

GRÁFICO N°7: distribución de porcentajes según, tipos de comunicación de los instrumentadores quirúrgicos, del Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre de 2024.



ANÁLISIS:

El 78.1% de los instrumentadores quirúrgicos usa comunicación verbal; el 21.9% de los instrumentadores quirúrgicos usa esa comunicación no verbal.

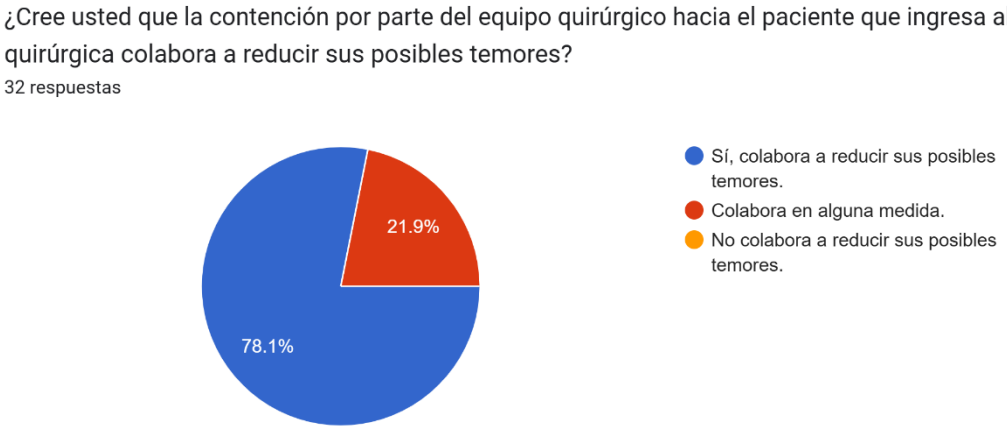
MO: comunicación verbal.

TABLA N°8: distribución de frecuencia según, contención por parte del equipo quirúrgico, de los instrumentadores quirúrgicos, del Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre de 2024.

CONTENCIÓN POR PARTE DEL EQUIPO QUIRÚRGICO LOS INTRUMENTADORES QUIRÚRGICOS	*f*
SÍ, COLABORA A REDUCIR SUS POSIBLES TEMOPORES	25
COLABORA EN ALGUNA MEDIDA	7
NO COLABORA A REDUCIR SUS POSIBLES TEMORES	0
TOTAL	32

Fuente: datos obtenidos de la encuesta realizada a los instrumentadores quirúrgicos del Sanatorio Británico de Rosario.

GRÁFICO N°8: distribución de porcentajes según, contención por parte del equipo quirúrgico, de los instrumentadores quirúrgicos, del Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre de 2024.



ANÁLISIS:

El 78.1% de los instrumentadores quirúrgicos cree que colabora a reducir sus posibles temores; el 21.9% de los instrumentadores quirúrgicos cree que colabora en alguna medida.

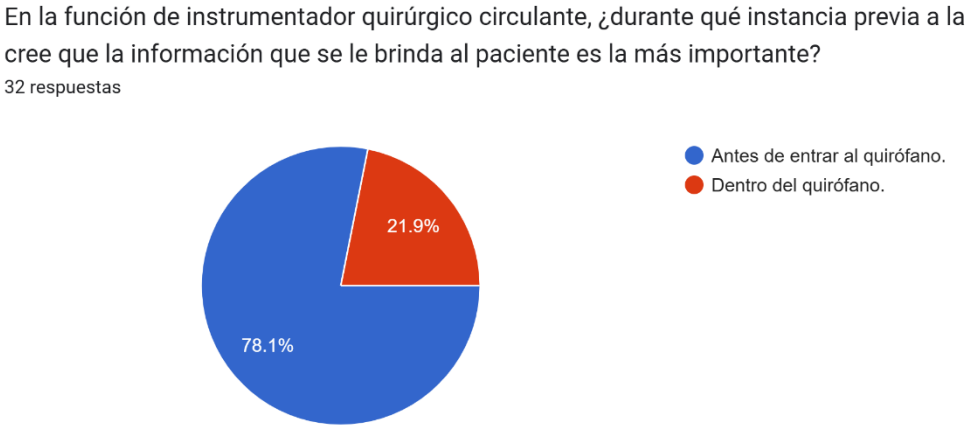
MO: sí, colabora a reducir sus posibles temores.

TABLA N°9: distribución de frecuencia según, información brindada al paciente durante la instancia previa a la cirugía, de los instrumentadores quirúrgicos, del Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre de 2024.

INSTANCIA PREVIA A LA CIRUGÍA DE LOS INTRUMENTADORES QUIRÚRGICOS	*f*
ANTES DE ENTRAR AL QUIRÓFANO	25
DENTRO DEL QUIRÓFANO	7
TOTAL	32

Fuente: datos obtenidos de la encuesta realizada a los instrumentadores quirúrgicos del Sanatorio Británico de Rosario.

GRÁFICO N°9: distribución de porcentajes según, instancia previa a la cirugía, de los instrumentadores quirúrgicos, del Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre de 2024.



ANÁLISIS:

El 78.1% de los instrumentadores quirúrgicos cree que antes de entrar al quirófano; el 21.9% de los instrumentadores quirúrgicos cree que dentro del quirófano.

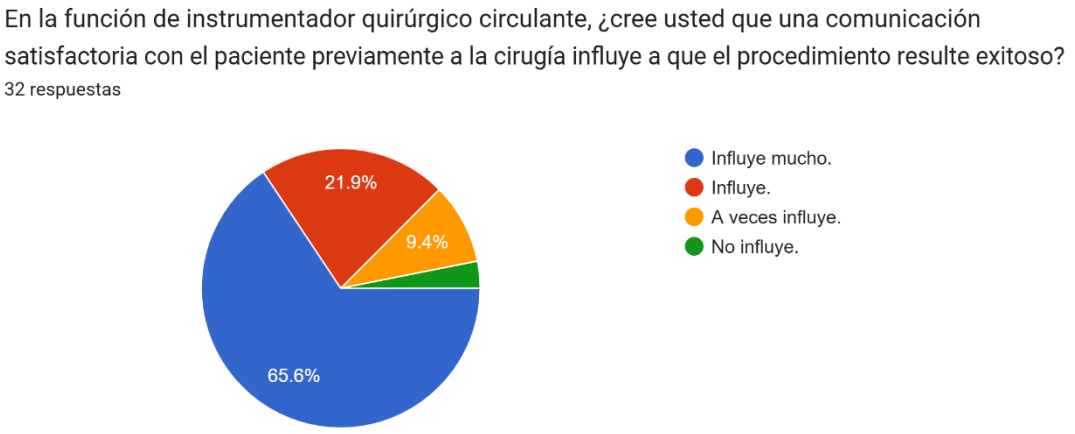
MO: antes de entrar al quirófano.

TABLA N°10: distribución de frecuencia según, comunicación satisfactoria con el paciente, de los instrumentadores quirúrgicos, del Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre de 2024.

COMUNICACIÓN SATISFACTORIA CON EL PACIENTE DE LOS INTRUMENTADORES QUIRÚRGICOS	*f*
INFLUYE MUCHO	21
INFLUYE	7
A VECES INFLUYE	3
NO INFLUYE	1
TOTAL	32

Fuente: datos obtenidos de la encuesta realizada a los instrumentadores quirúrgicos del Sanatorio Británico de Rosario.

GRÁFICO N°10: distribución de porcentajes según, comunicación satisfactoria con el paciente, de los instrumentadores quirúrgicos, del Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre de 2024.



ANÁLISIS:

El 65.6% de los instrumentadores quirúrgicos cree que influye mucho; el 21.9% de los instrumentadores quirúrgicos cree que influye; el 9.4% de los instrumentadores quirúrgicos cree que a veces influye; el 3.1% de los instrumentadores quirúrgicos cree que no influye.

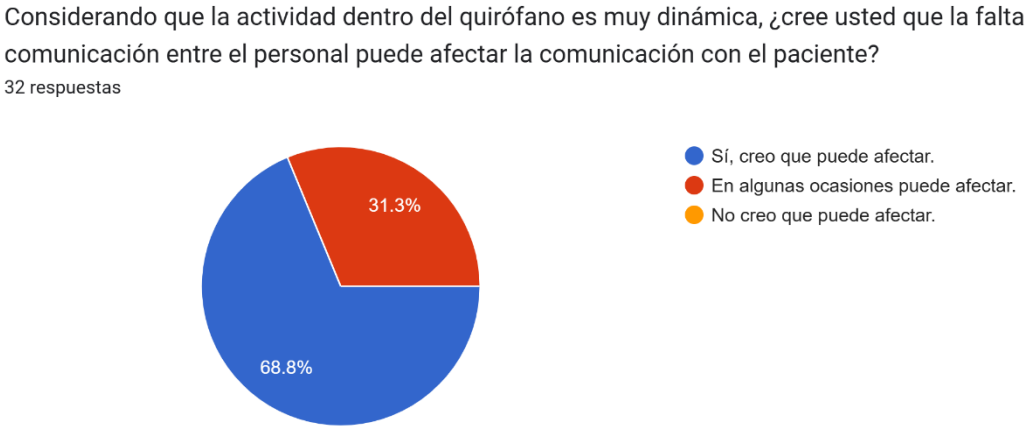
MO: influye mucho.

TABLA N°11: distribución de frecuencia según, falta de comunicación entre el personal, de los instrumentadores quirúrgicos, del Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre de 2024.

FALTA DE COMUNICACIÓN ENTRE EL PERSONAL DE LOS INTRUMENTADORES QUIRÚRGICOS	*f*
SÍ, CREO QUE PUEDE AFECTAR	22
EN ALGUNAS OCASIONES PUEDE AFECTAR	10
NO CREO QUE PUEDE AFECTAR	0
TOTAL	32

Fuente: datos obtenidos de la encuesta realizada a los instrumentadores quirúrgicos del Sanatorio Británico de Rosario.

GRÁFICO N°11: distribución de porcentajes según, falta de comunicación entre el personal, de los instrumentadores quirúrgicos, del Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre de 2024.



ANÁLISIS:

El 68.8% de los instrumentadores quirúrgicos cree que sí, puede afectar; el 31.3% de los instrumentadores quirúrgicos cree que en algunas ocasiones puede afectar.

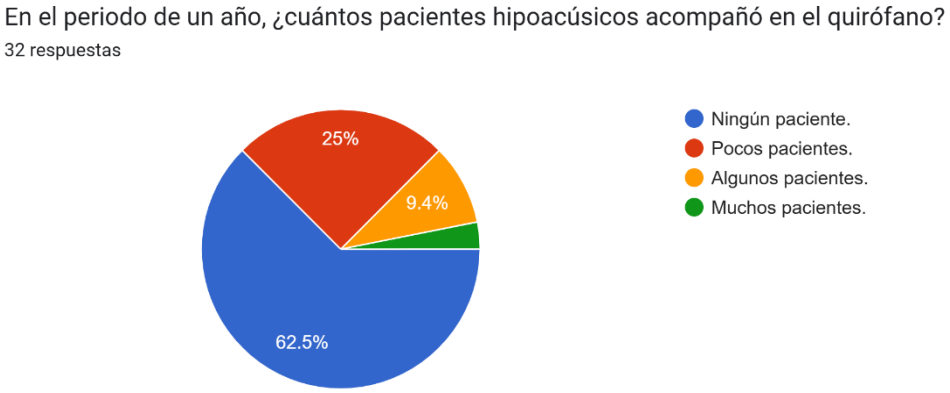
MO: sí, creo que puede afectar.

TABLA N°12: distribución de frecuencia según, cantidad de pacientes hipoacúsicos, de los instrumentadores quirúrgicos, del Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre de 2024.

CANTIDAD DE PACIENTES HIPOACÚSICOS ACOMPAÑADOS DE LOS INTRUMENTADORES QUIRÚRGICOS	*f*
NINGÚN PACIENTE	20
POCOS PACIENTES	8
ALGUNOS PACIENTES	3
MUCHOS PACIENTES	1
TOTAL	32

Fuente: datos obtenidos de la encuesta realizada a los instrumentadores quirúrgicos del Sanatorio Británico de Rosario.

GRÁFICO N°12: distribución de porcentajes según, cantidad de pacientes hipoacúsicos, de los instrumentadores quirúrgicos, del Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre de 2024.



ANÁLISIS:

El 62.5% los instrumentadores quirúrgicos acompañó a ningún paciente; el 25% de los instrumentadores quirúrgicos acompañó a pocos pacientes; el 9.4% de los instrumentadores quirúrgicos acompañó a algunos pacientes; el 3.1% de los instrumentadores quirúrgicos acompañó a muchos pacientes.

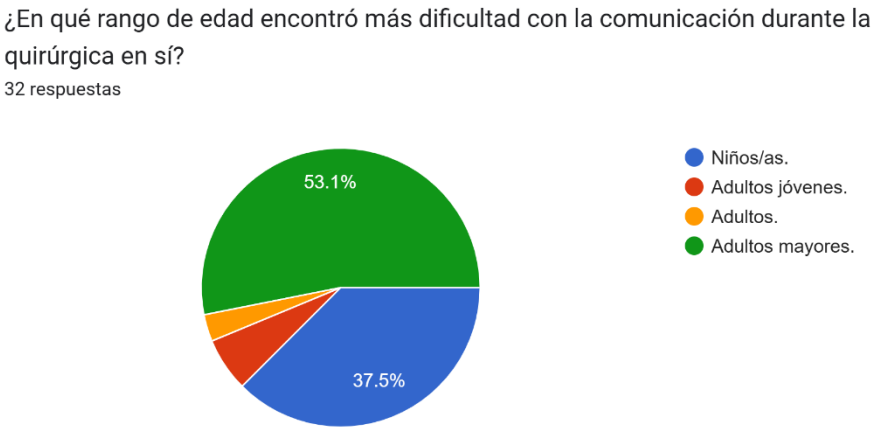
MO: ningún paciente.

TABLA N°13: distribución de frecuencia según, rango de edad del paciente hipoacúsico, de los instrumentadores quirúrgicos, del Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre de 2024.

RANGO DE EDAD DEL PACIENTE HIPOACÚSICO DE LOS INTRUMENTADORES QUIRÚRGICOS	*f*
NIÑOS/AS	12
ADULTOS JÓVENES	2
ADULTOS	1
ADULTOS MAYORES	17
TOTAL	32

Fuente: datos obtenidos de la encuesta realizada a los instrumentadores quirúrgicos del Sanatorio Británico de Rosario.

GRÁFICO N°13: distribución de porcentajes según, rango de edad del paciente, en el quirófano de los instrumentadores quirúrgicos, del Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre de 2024.



ANÁLISIS:

El 53.1% de los instrumentadores quirúrgicos encontró más dificultad con adultos mayores; el 37.5% de los instrumentadores quirúrgicos encontró más dificultad con niños/as; el 6.3% de los instrumentadores quirúrgicos de los instrumentadores quirúrgicos encontró más dificultad con adultos jóvenes; el 3.1% de los instrumentadores quirúrgicos encontró más dificultad con adultos.

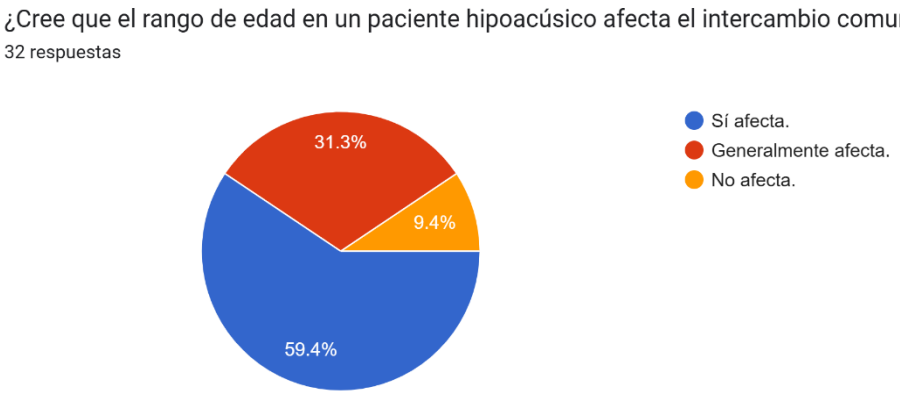
MO: adultos mayores.

TABLA N°14: distribución de frecuencia según, si afecta el rango de edad en la comunicación con el paciente, de los instrumentadores quirúrgicos, del Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre de 2024.

SI AFECTA EL RANGO DE EDAD EN LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE DE LOS INTRUMENTADORES QUIRÚRGICOS	*f*
SÍ AFECTA	19
GENERALMENTE AFECTA	10
NO AFECTA	3
TOTAL	32

Fuente: datos obtenidos de la encuesta realizada a los instrumentadores quirúrgicos del Sanatorio Británico de Rosario.

GRÁFICO N°14: distribución de porcentajes según, si afecta el rango de edad en la comunicación con el paciente en el quirófano de los instrumentadores quirúrgicos, del Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre de 2024.



ANÁLISIS:

El 59.4% de los instrumentadores quirúrgicos cree que sí afecta; el 31.3% de los instrumentadores quirúrgicos cree que generalmente afecta; el 9.4% de los instrumentadores quirúrgicos cree que no afecta.

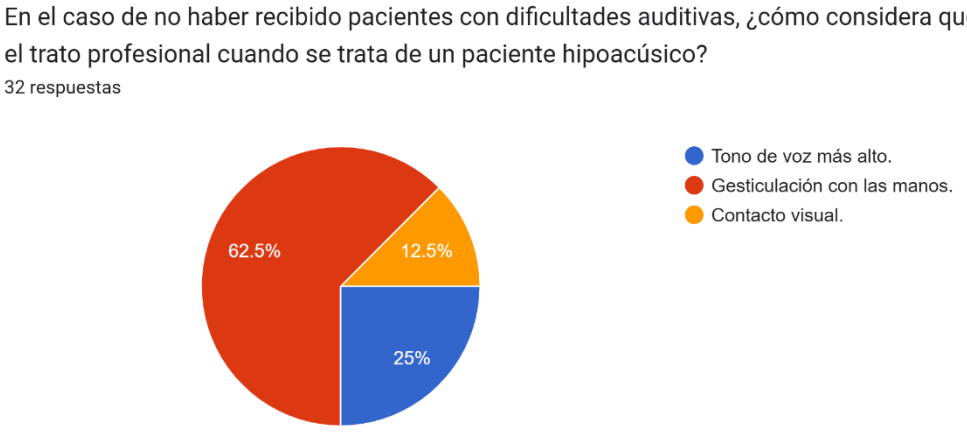
MO: generalmente afecta.

TABLA N°15: distribución de frecuencia según, el trato profesional, de los instrumentadores quirúrgicos, del Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre de 2024.

TRATO PROFESIONAL DE LOS INTRUMENTADORES QUIRÚRGICOS	*f*
TONO DE VOZ MÁS ALTO	8
GESTICULACIÓN CON LAS MANOS	20
CONTACTO VISUAL	4
TOTAL	32

Fuente: datos obtenidos de la encuesta realizada a los instrumentadores quirúrgicos del Sanatorio Británico de Rosario.

GRÁFICO N°15: distribución de porcentajes según, el trato profesional de los instrumentadores quirúrgicos, del Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre de 2024.



ANÁLISIS:

El 62.5% de los instrumentadores quirúrgicos considera que cambia la gesticulación con las manos; el 25% de los instrumentadores quirúrgicos considera que cambia el tono de voz más alto; el 12.5% de los instrumentadores quirúrgicos considera que cambia el contacto visual.

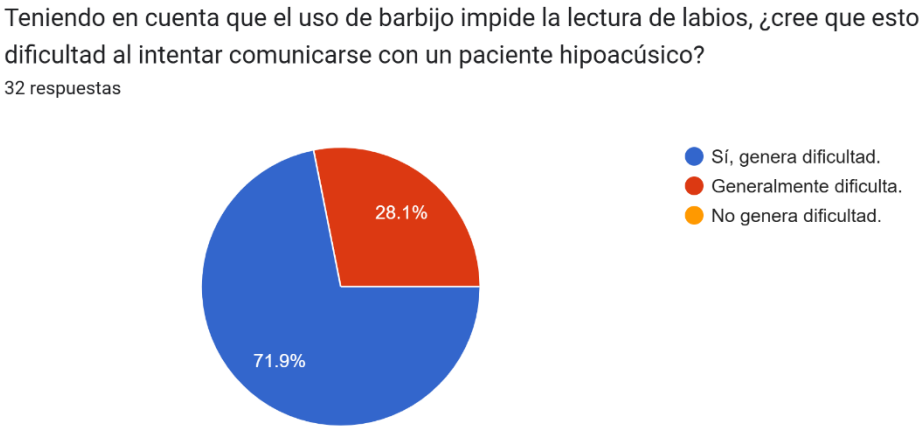
MO: gesticulación con las manos.

TABLA N°16: distribución de frecuencia según, uso de barbijo, de los instrumentadores quirúrgicos, del Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre de 2024.

USO DE BARBIJO DE LOS INTRUMENTADORES QUIRÚRGICOS	*f*
SÍ, GENERA DIFICULTAD	23
GENERALMENTE DIFICULTA	9
NO GENERA DIFICULTAD	0
TOTAL	32

Fuente: datos obtenidos de la encuesta realizada a los instrumentadores quirúrgicos del Sanatorio Británico de Rosario.

GRÁFICO N°16: distribución de porcentajes según, uso de barbijo, de los instrumentadores quirúrgicos, del Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre de 2024.



ANÁLISIS:

El 71.9% de los instrumentadores quirúrgicos cree que sí, genera dificultad; el 28.1% de los instrumentadores quirúrgicos cree que generalmente dificulta.

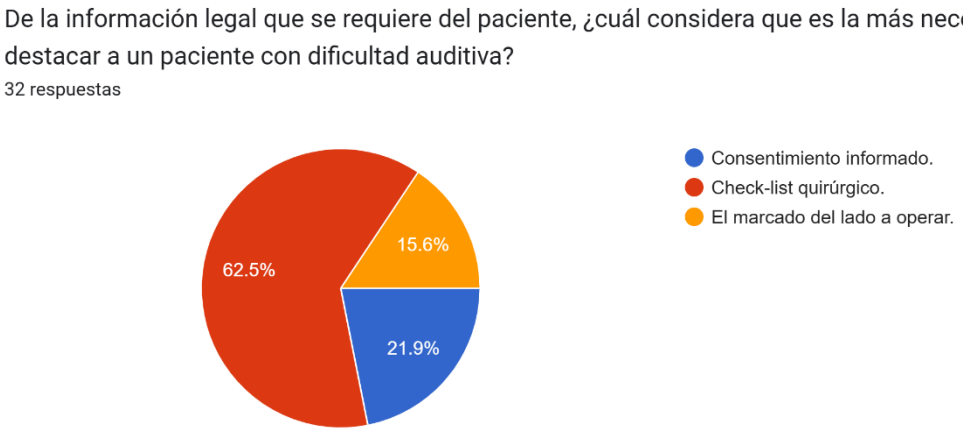
MO: sí, genera dificultad.

TABLA N°17: distribución de frecuencia según, información legal necesaria destacar, de los instrumentadores quirúrgicos, del Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre de 2024.

INFORMACIÓN LEGAL NECESARIA DESTACAR DE LOS INTRUMENTADORES QUIRÚRGICOS	*f*
CONSENTIMIENTO INFORMADO	7
CHECK-LIST QUIRÚRGICO	20
EL MARCADO DEL LADO A OPERAR	5
TOTAL	32

Fuente: datos obtenidos de la encuesta realizada a los instrumentadores quirúrgicos del Sanatorio Británico de Rosario.

GRÁFICO N°17: distribución de porcentajes según, información legal necesaria destacar, de los instrumentadores quirúrgicos, del Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre de 2024.



ANÁLISIS:

El 62.5% de los instrumentadores quirúrgicos considera más necesario destacar el check-list quirúrgico; el 21.9% de los instrumentadores quirúrgicos considera más necesario destacar el consentimiento informado; el 15.6% de los instrumentadores quirúrgicos considera más necesario destacar el marcado del lado a operar.

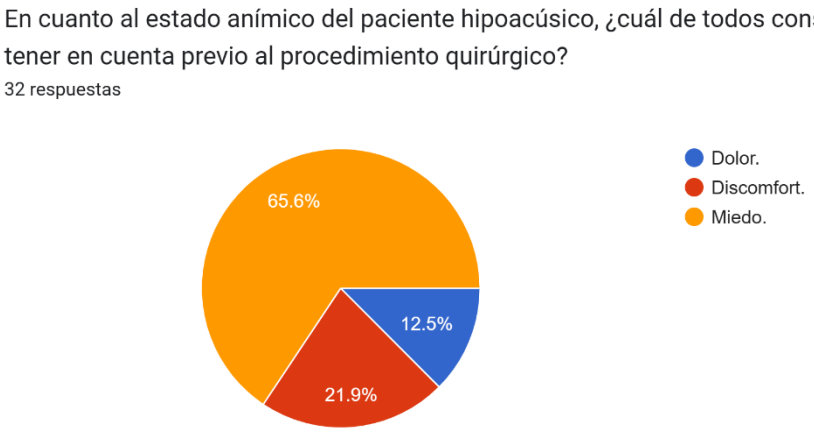
MO: check-list quirúrgico.

TABLA N°18: distribución de frecuencia según, estado anímico relevante que tener en cuenta del paciente hipoacúsico de los instrumentadores quirúrgicos, del Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre de 2024.

ESTADO ANÍMICO RELEVANTE QUE TENER EN CUENTA DEL PACIENTE HIPOACÚSICO DE LOS INTRUMENTADORES QUIRÚRGICOS	*f*
DOLOR	4
DISCOMFORT	7
MIEDO	21
TOTAL	32

Fuente: datos obtenidos de la encuesta realizada a los instrumentadores quirúrgicos del Sanatorio Británico de Rosario.

GRÁFICO N°18: distribución de porcentajes según, estado anímico relevante que tener en cuenta del paciente hipoacúsico de los instrumentadores quirúrgicos, del Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre de 2024.



ANÁLISIS:

El 65.6% de los instrumentadores quirúrgicos considera el más relevante el miedo; el 21.9% de los instrumentadores quirúrgicos considera el más relevante el discomfort; el 12.5% de los instrumentadores quirúrgicos considera el más relevante el dolor.

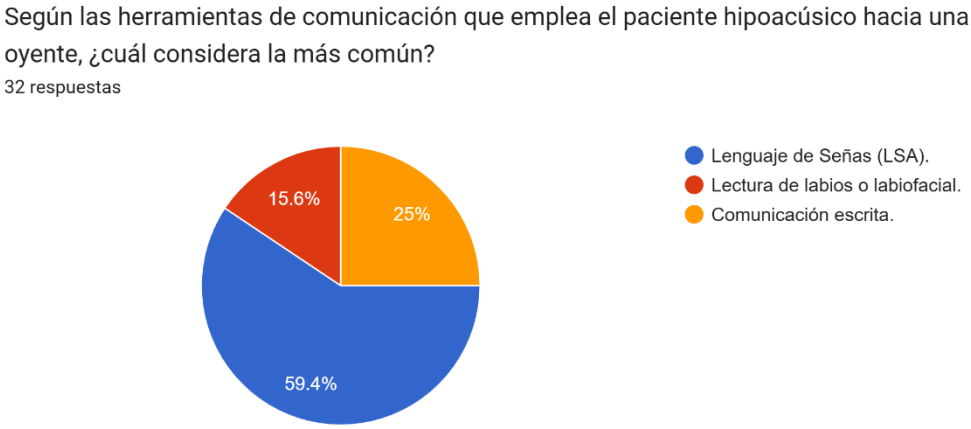
MO: miedo.

TABLA N°19: distribución de frecuencia según, herramientas de comunicación empleadas por el paciente hipoacúsico de los instrumentadores quirúrgicos, del Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre de 2024.

HERRAMIENTAS DE COMUNICACIÓN EMPLEADAS POR EL PACIENTE HIPOACÚSICO DE LOS INTRUMENTADORES QUIRÚRGICOS	*f*
LENGUAJE DE SEÑAS (LSA)	19
LECTURA DE LABIOS O LABIOFACIAL	5
COMUNICACIÓN ESCRITA	8
TOTAL	32

Fuente: datos obtenidos de la encuesta realizada a los instrumentadores quirúrgicos del Sanatorio Británico de Rosario.

GRÁFICO N°19: distribución de porcentajes según, herramientas de comunicación empleadas por el paciente hipoacúsico de los instrumentadores quirúrgicos, del Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre de 2024.



ANÁLISIS:

El 59.4% de los instrumentadores quirúrgicos considera el más común el Lenguaje de Señas (LSA); el 25% de los instrumentadores quirúrgicos considera la más común la comunicación escrita; el 15.6% de los instrumentadores quirúrgicos considera la más común la lectura de labios o labiofacial.

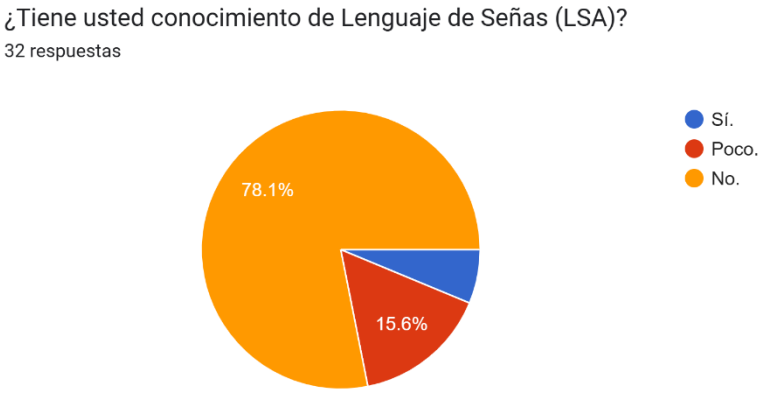
MO: Lenguaje de Señas (LSA)

TABLA N°20: distribución de frecuencia según, conocimiento de Lenguaje de Señas (LSA) de los instrumentadores quirúrgicos, del Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre de 2024.

CONOCIMIENTO DE LENGUAJE DE SEÑAS (LSA) DE LOS INTRUMENTADORES QUIRÚRGICOS	*f*
SÍ	2
POCO	5
NO	25
TOTAL	32

Fuente: datos obtenidos de la encuesta realizada a los instrumentadores quirúrgicos del Sanatorio Británico de Rosario.

GRÁFICO N°20: distribución de porcentajes según, conocimiento de Lenguaje de Señas (LSA) de los instrumentadores quirúrgicos, del Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre de 2024.



ANÁLISIS:

El 78.1% de los instrumentadores quirúrgicos no conoce de Lenguaje de Señas (LSA); el 15.6% de los instrumentadores quirúrgicos tiene poco conocimiento de Lenguaje de Señas (LSA); el 6.3% de los instrumentadores quirúrgicos sí conoce de Lenguaje de Señas (LSA).

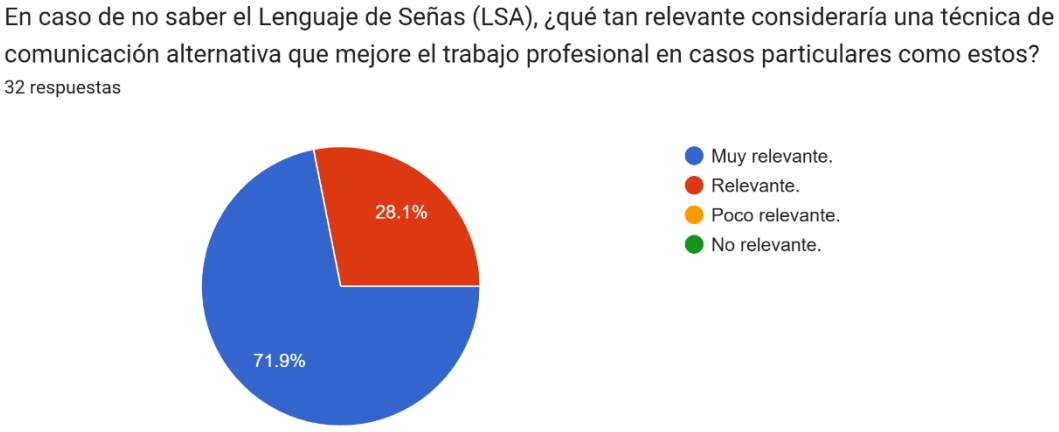
MO: no.

TABLA N°21: distribución de frecuencia según, relevancia de técnica de comunicación alternativa, de los instrumentadores quirúrgicos, del Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre de 2024.

RELEVANCIA DE TÉCNICA DE COMUNICACIÓN ALTERNATIVA DE LOS INTRUMENTADORES QUIRÚRGICOS	*f*
MUY RELEVANTE	23
RELEVANTE	9
POCO RELEVANTE	0
NO RELEVANTE	0
TOTAL	32

Fuente: datos obtenidos de la encuesta realizada a los instrumentadores quirúrgicos del Sanatorio Británico de Rosario.

GRÁFICO N°21: distribución de porcentajes según, relevancia de técnica de comunicación alternativa, de los instrumentadores quirúrgicos, del Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre de 2024.



ANÁLISIS:

El 71.9% de los instrumentadores quirúrgicos considera una técnica de comunicación alternativa muy relevante; el 28.1 % de los instrumentadores quirúrgicos considera una técnica de comunicación alternativa relevante.

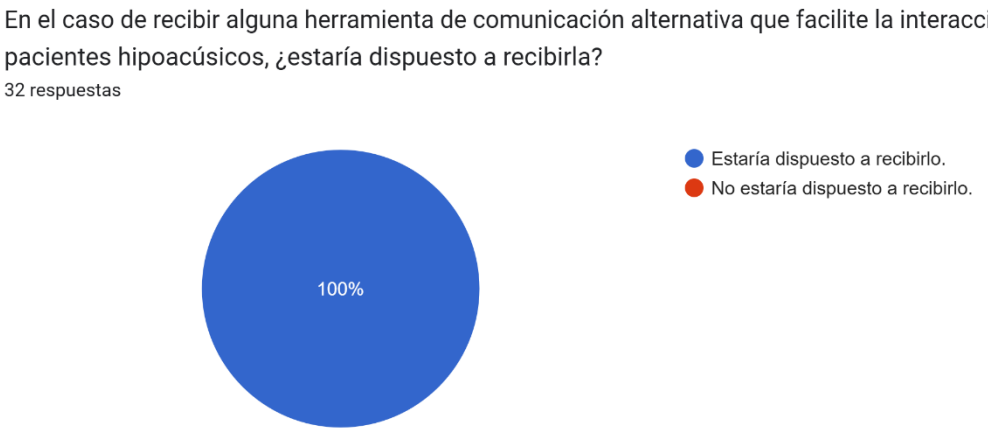
MO: muy relevante.

TABLA N°22: distribución de frecuencia según, disposición a recibir herramienta de comunicación alternativa, de los instrumentadores quirúrgicos, del Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre de 2024.

DISPOSICIÓN A RECIBIR HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN ALTERNATIVA DE LOS INTRUMENTADORES QUIRÚRGICOS	*f*
ESTARÍA DISPUESTO A RECIBIRLO	32
NO ESTARÍA DISPUESTO A RECIBIRLO	0
TOTAL	32

Fuente: datos obtenidos de la encuesta realizada a los instrumentadores quirúrgicos del Sanatorio Británico de Rosario.

GRÁFICO N°22: distribución de porcentajes según, disposición a recibir herramienta de comunicación alternativa, de los instrumentadores quirúrgicos, del Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre de 2024.



ANÁLISIS:

El 100% de los instrumentadores quirúrgicos estaría dispuesto a recibir alguna herramienta de comunicación alternativa.

MO: estaría dispuesto a recibirlo.

TABLA N°23: distribución de frecuencia según, herramienta de comunicación más cómoda, de los instrumentadores quirúrgicos, del Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre de 2024.

HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN MÁS CÓMODA DE LOS INTRUMENTADORES QUIRÚRGICOS	*f*
ESCALAS DE DOLOR	7
IMÁGENES DESCRIPTIVAS	17
PICTOGRAMAS	8
TOTAL	32

Fuente: datos obtenidos de la encuesta realizada a los instrumentadores quirúrgicos del Sanatorio Británico de Rosario.

GRÁFICO N°23: distribución de porcentajes según, herramienta de comunicación más cómoda, de los instrumentadores quirúrgicos, del Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre de 2024.



ANÁLISIS:

El 53.1% de los instrumentadores quirúrgicos le parecerían más cómodas las imágenes descriptivas; el 25% le parecerían más cómodas los pictogramas; el 21.9% de los instrumentadores quirúrgicos le parecerían más cómodas las escalas de dolor.

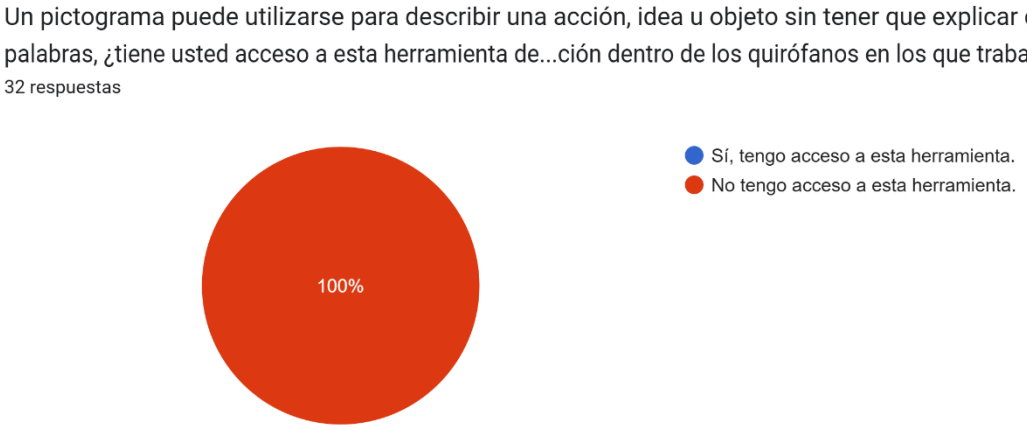
MO: imágenes descriptivas.

TABLA N°24: distribución de frecuencia según, acceso en el quirófano a pictogramas, de los instrumentadores quirúrgicos, del Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre de 2024.

ACCESO EN EL QUIRÓFANO A PICTOGRAMAS DE LOS INTRUMENTADORES QUIRÚRGICOS	*f*
SÍ, TENGO ACCESO A ESTA HERRAMIENTA	0
NO TENGO ACCESO A ESTA HERRAMIENTA	32
TOTAL	32

Fuente: datos obtenidos de la encuesta realizada a los instrumentadores quirúrgicos del Sanatorio Británico de Rosario.

GRÁFICO N°24: distribución de porcentajes según, acceso en el quirófano a pictogramas, de los instrumentadores quirúrgicos, del Sanatorio Británico de Rosario, durante diciembre de 2024.



ANÁLISIS:

El 100% de los instrumentadores quirúrgicos no tiene acceso a esta herramienta.

MO: no tengo acceso a esta herramienta.

CONCLUSIÓN

Durante el presente trabajo de investigación se propone indagar sobre las diversas técnicas de comunicación que emplea el instrumentador quirúrgico hacia pacientes hipoacúsicos. Se realizó una encuesta anónima al área quirúrgica del Sanatorio Británico de Rosario, del cual de los 32 instrumentadores quirúrgicos en planta, el 84.4% es femenino y el 15.6% es masculino.

Analizando los resultados obtenidos, cuando se trata de los atributos de la comunicación verbal que el instrumentador quirúrgico emplea al comunicarse con un paciente, el 62.5% considera que las preguntas del check-list quirúrgico deben brindarse de manera pausada. Por otro lado, cuando se mencionan aquellas señas corporales que los seres humanos transmiten durante la comunicación no verbal, el 71.9% considera importante un lenguaje corporal abierto. Ambos datos dan a comprender que, en nuestros roles como partícipes directos del recibimiento del paciente al área quirúrgica, es indispensable ofrecer seguridad a través de la información que contienen nuestras palabras, así como en este mismo proceso, realizar dicha tarea con una expulsión empática de parte del lenguaje corporal que se pueda trasladar hacia un tercero.

Esto se enfatiza al mencionar la contención por parte del equipo quirúrgico hacia el paciente, de la cual el 78.1% cree que colabora a reducir sus posibles temores cuando ingresa al área quirúrgica. Además, el 65.6% coincide que una comunicación satisfactoria con el paciente previamente a la cirugía influye mucho a que el procedimiento resulte exitoso.

En cuantos a los distintos rangos de edad que los instrumentadores quirúrgicos encuentran dificultad para comunicarse, el 53.1% destacó a los adultos mayores, mientras que el 37.5% consideró que son los niños/as. Al desplazar estos datos a pacientes hipoacúsicos, se puede considerar que los métodos de comunicación se verán obstaculizados si los adultos mayores presentan una hipoacusia avanzada o si en el caso de utilizar audífonos tengan que quitárselos para ingresar al área quirúrgica. En el caso de los niños, se pone en juego la particularidad de tratar con pacientes pediátricos y si se adiciona un grado de hipoacusia, las técnicas de comunicación tendrían que ir ligadas a una especificidad que logre acompañar esta condición.

A los instrumentadores quirúrgicos se les preguntó sobre cómo cambiaría el trato profesional con un paciente hipoacúsico a diferencia de un paciente oyente, y el 62.5%

considera que la gesticulación con las manos es la que cambia. De esta manera se interpreta que instintivamente el instrumentador quirúrgico emplearía un método de comunicación que intentaría interpelar con la condición del paciente, por lo tanto, ilumina la labor del profesional en su rol como intercomunicador. En esta misma línea, se puede decir que el uso del barbijo impide al paciente hipoacúsico realizar una buena lectura de labios, de lo que el 71.9% de los instrumentadores quirúrgicos cree que sí genera dificultad al intentar comunicarse con él.

Esto lleva a preguntarles a los instrumentadores quirúrgicos del Sanatorio Británico de Rosario si tienen conocimiento del Lenguaje de Señas (LSA) y el 78.1% contestó que no tiene conocimiento. Es relevante destacar que el instrumentador quirúrgico no tiene la obligación de aprender el Lenguaje de Señas (LSA) para poder comunicarse con un paciente hipoacúsico si no, en su lugar, puede tener disponibles las herramientas adecuadas en el área quirúrgica que faciliten la intercomunicación con el paciente.

Al concluir con la encuesta, se indagó sobre la disponibilidad de pictogramas en el quirófano en el que trabajan, sobre la cual el 100% de los instrumentadores quirúrgicos determina que no tiene acceso a esta herramienta; aunque teniendo en cuenta este dato, al preguntar en el caso de recibir alguna herramienta de comunicación alternativa que facilite la interacción con pacientes hipoacúsicos, el 100% de los instrumentadores quirúrgicos del Sanatorio Británico de Rosario, estaría dispuesto a recibirla.

PROPUESTA DE MEJORA

Con los datos obtenidos de esta encuesta, se incentiva la accesibilidad de la creación de una cartelera con pictogramas que faciliten la comunicación con el paciente hipoacúsico dentro del área quirúrgica. Los pictogramas pueden utilizarse para describir una acción, idea u objeto sin tener que explicar con palabras logrando, de esta manera, fundar un puente entre el instrumentador quirúrgico y el paciente hipoacúsico, en los casos que el instrumentador quirúrgico no sepa Lenguaje de Señas (LSA) y el paciente hipoacúsico requiera ser informado y contenido en su rol como paciente médico, que no cambia de una persona oyente. Cabe destacar, que esto además asegura el cumplimiento de un procedimiento exitoso desde la instancia pre-quirúrgica hasta la instancia postquirúrgica haciendo que el instrumentador quirúrgico pueda desempeñar una labor profesional que cumpla su propia satisfacción y la del paciente hipoacúsico.



BIBLIOGRAFÍA

Arraras, J. I. (2012). *zonahospitalaria*. Obtenido de https://zonahospitalaria.com/la-relacion-entre-el-paciente-y-los-profesionales-sanitarios/

Carmona, M. B., González, J. M., & Riviere, Á. (1992). Carmona, Mercedes Belichón; González, José Manuel Igoa; Riviere, Ángel. En *Psicología del Lenguaje* (pág. 18).

Cochlear. (2019). Obtenido de escucharahoraysiempre.com: https://escucharahoraysiempre.com/blog2/tipos-de-hipoacusia-y-niveles-de-perdida-auditiva/

Davis, F. (1976). *La comunicación no verbal.*

Farías, G. (2024). *Concepto.de.* Obtenido de https://concepto.de/comunicacion-oral/

Giani, C. (2024). *Concepto.de.* Obtenido de https://concepto.de/comunicacion-escrita/.

Gómez, F. S. (2016). *ve.scielo.org*. Obtenido de https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382016000300002#:~:text=El%20lenguaje%20es%20la%20herramienta,signos%20verbales%20produciendo%20la%20comunicaci%C3%B3n.&text=Otro%20aspecto%20que%20puede%20resultar,es%20con%20respecto%20al%2

Hernández, Á. (2016). *ifssa.edu.ar*. Obtenido de https://ifssa.edu.ar/ifssavirtual/cms/files/EXPRESI%C3%93N%20ORAL%20Y%20ESCRITA%20.pdf

medicosypacientes. (2023). Obtenido de https://www.medicosypacientes.com/articulo/existen-barreras-en-la-comunicacion-medico-paciente-cuando-la-persona-es-sorda/

Niño, C. A. (2015). La Enfermería Ante la Discapacidad Auditiva y Visual. 13.

Pruden, M. E., Scocco, E., & Barbieri, P. (2012). Comunicación en el área quirúrgica. Seguridad del paciente. *SIMPOSIO*.

Quesada, H. L. (2016). *monografias.com*. Obtenido de https://www.monografias.com/trabajos88/gestos-que-hablan-lenguaje-corporal/gestos-que-hablan-lenguaje-corporal

Romina Daniela Aguirre, M. J. (2019). Comunicación en el área quirúrgica. 36.

Salud, M. d. (2024). *argentina.gob.ar*. Obtenido de https://www.argentina.gob.ar/salud/glosario/hipoacusia-sordera

Yerena, M. d., Pérez, A. C., Ramírez, M. I., & Hernández, F. L. (2013). En A. C. Pérez, M. I. Ramírez, & F. L. Hernández, *Comunicación Oral y Escrita* (pág. 2).

Ley 26.529. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. (2009) República Argentina.

ANEXOS

ANEXO I: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	Inicio	14/09/2024	21/09/2024	28/09/2024	04/09/2024	11/09/2024	18/09/2024	19/09/2024	19/09/2024	02/10/2024	09/10/2024	16/10/2024	23/10/2024	30/10/2024	06/11/2024	13/11/2024	20/11/2024	27/11/2024
1: Presentacion de la asignatura, modalidad de cursada, y evaluacion.	14/09/2024																	
2:Realizacion de registro y busqueda de bibliografia, eleccion del tema	21/09/2024																	
3:Aprobacion del tema, por parte de la direccion de la carrera.	28/09/2024																	
4: Presentacion en Classroom de portada, titulo, indice, palabras clave, resumen, introduccion.	04/09/2024																	
5: Introduccion: Justificacion, Planteo del problema.	11/09/2024																	
6: Objetivos general y especificos	18/09/2024																	
7: Presentacion del marco teorico	19/09/2024																	
8: Aprobacion del marco teorico	02/10/2024																	
9: Abordaje metodologico	09/10/2024																	
10: Analisis de variables, operacionalizacion	16/10/2024																	
11: Realizacion de cuestionarios	23/10/2024																	
12: Recoleccion y analisis de la informacion	30/10/2024																	
13: Realizacion de tablas y graficos	06/11/2024																	
14:Discusion y analisis de resultados. Conclusion. Bibliografia	13/11/2024																	
15: Presentacion del TF completo	20/11/2024																	
16: Entrega del Trabajo Final en UAI Ultra	27/11/2024																	

ANEXO II: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Sexo:

Femenino.

Masculino

2. Edad:

21 – 30 años.

31 – 40 años.

41 – 50 años.

Más de 51 años.

3. ¿Es usted técnico o licenciado?

Instrumentador Quirúrgico.

Licenciado en Instrumentación Quirúrgica.

4. ¿Cuántos años hace que ejerce la profesión?

1 – 10 años.

11 – 20 años.

Más de 21 años.

5. Cuando recibe pacientes en el área quirúrgica, ¿qué atributos considera que tienen más valor durante la comunicación verbal con ellos?

Que las preguntas del check-list quirúrgico se den de manera pausada.

Que la información dada sea concisa.

Que se les brinde atención a sus temores.

6. Considerando que los seres humanos tienden a comunicarse más de manera no verbal, ¿qué señas corporales considera importantes al relacionarse con los pacientes quirúrgicos?

Lenguaje corporal abierto.

Contacto corporal.

Contacto visual.

7. De los tipos de comunicación verbal y no verbal, ¿cuál es el que más usa?

Comunicación verbal.

Comunicación no verbal.

8. ¿Cree usted que la contención por parte del equipo quirúrgico hacia el paciente que ingresa al área quirúrgica colabora a reducir sus posibles temores?

Sí, colabora a reducir sus temores.

Colabora en alguna medida.

No colabora a reducir sus posibles temores.

9. En la función de instrumentador quirúrgico circulante, ¿durante qué instancia previa a la cirugía, cree que la información que se le brinda al paciente es la más importante?

Antes de entrar al quirófano.

Dentro del quirófano.

10. En la función del instrumentador quirúrgico circulante, ¿cree usted que una comunicación satisfactoria con el paciente previamente a la cirugía influye a que el procedimiento resulte exitoso?

Influye mucho.

Influye.

A veces influye.

No influye.

11. Considerando que la actividad dentro del quirófano es muy dinámica, ¿cree usted que la falta de comunicación entre el personal puede afectar la comunicación con el paciente?

Sí, creo que puede afectar,

En algunas ocasiones puede afectar.

No creo que puede afectar.

12. En el periodo de un año, ¿cuántos pacientes hipoacúsicos acompañó en el quirófano?

Ningún paciente.

Pocos pacientes.

Algunos pacientes.

13. ¿En qué rango de edad encontró más dificultad con la comunicación durante la instancia previa quirúrgica?

Niños/as.

Adultos jóvenes.

Adultos.

Adultos mayores.

14. ¿Cree que el rango de edad en un paciente hipoacúsico afecta el intercambio comunicativo con él?

Sí afecta.

Generalmente afecta.

No afecta.

15. En el caso de no haber recibido pacientes con dificultades auditivas, ¿cómo considera que cambia el trato profesional cuando se trata de un paciente hipoacúsico?

Tono de voz más alto.

Gesticulación con las manos.

Contacto visual.

16. Teniendo en cuenta que el uso de barbijo impide la lectura de labios, ¿cree que esto genera dificultad al intentar comunicarse con un paciente hipoacúsico?

Sí, genera dificultad.

Generalmente dificultad.

No genera dificultad.

17. De la información legal que se requiere del paciente, ¿cuál considera que es la más necesaria destacar a un paciente con dificultad auditiva?

Consentimiento informado.

Check-list quirúrgico.

El marcado del lado a operar.

18. En cuanto al estado anímico del paciente hipoacúsico, ¿cuál de todos considera el más relevante tener en cuenta previo al procedimiento quirúrgico?

Dolor.

Discomfort.

Miedo.

19. Según las herramientas de comunicación que emplea el paciente hipoacúsico hacia una persona oyente, ¿cuál considera la más común?

Lenguaje de Señas (LSA).

Lectura de labios o labiofacial.

Comunicación escrita.

¿Tiene usted conocimiento de Lenguaje de Señas (LSA)?

Sí.

Un poco.

No.

20. En el caso de no saber el Lenguaje de Señas (LSA), ¿qué tan relevante consideraría una técnica de comunicación alternativa que mejore el trabajo profesional en casos particulares como estos?

Muy relevante.

Relevante.

Poco Relevante.

No relevante.

21. En el caso de recibir alguna herramienta de comunicación alternativa que facilite la interacción con pacientes hipoacúsicos, ¿estaría dispuesto a recibirla?

Estaría dispuesto a recibirlo.

No estaría dispuesto a recibirla.

22. ¿Qué herramientas de comunicación le parecería más cómoda para utilizar con un paciente hipoacúsico?

Escalas de dolor.

Imágenes descriptivas.

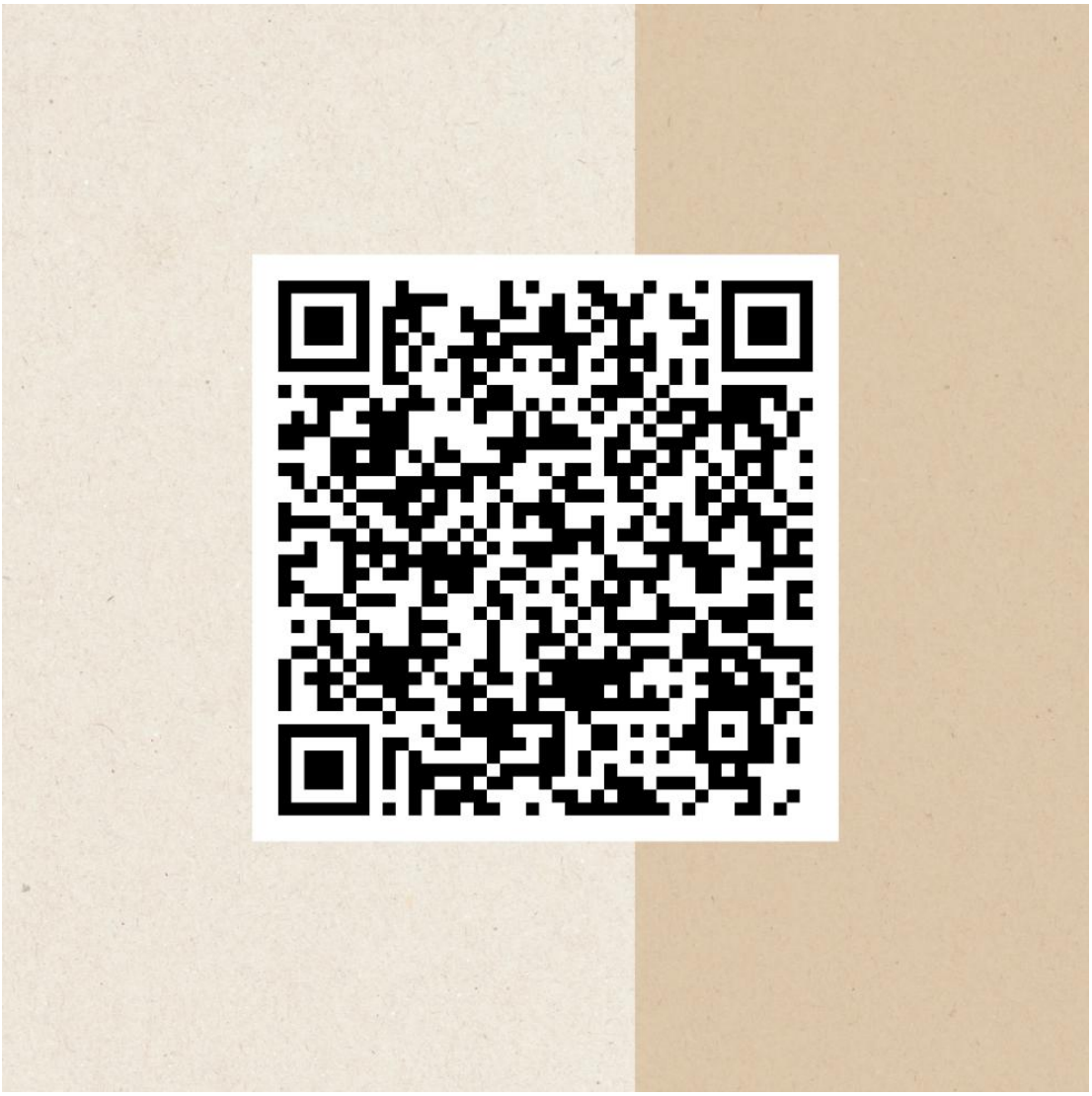
Pictogramas.

23. Un pictograma puede utilizarse para describir una acción, idea u objeto sin tener que explicar con palabras, ¿tiene usted acceso a esta herramienta de comunicación dentro de los quirófanos?

Sí, tengo acceso a esta herramienta.

No tengo acceso a esta herramienta.

ANEXO III: MATRIZ DE DATOS



ÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación fue realizada sin obtener beneficios personales, económicos y de ningún tipo. Cumple con la con la Ley 11.723, la cual garantiza la ausencia de plagio. Además, cumple con la Ley 25.326 la cual protege el honor y privacidad de las personas respetando el anonimato que les corresponde.