



Universidad Abierta Interamericana

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Licenciatura en Instrumentación Quirúrgica

Trabajo Final de Carrera

La comunicación con pacientes hipoacúsicos

The communication with hearing – impaired patients

Belen Denis Valdes

BelenDenis.Valdes@alumnos.uai.edu.ar

Diciembre 2025

Resumen

Introducción: La comunicación con pacientes hipoacúsicos en el ámbito quirúrgico sigue siendo un desafío. Este trabajo examina las percepciones y estrategias de los instrumentadores quirúrgicos, así como las barreras existentes. **Objetivo:** Analizar cómo se comunican los instrumentadores quirúrgicos con pacientes hipoacúsicos mediante una encuesta en línea. **Materiales y método:** Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y prospectivo, realizado mediante un muestreo no probabilístico y accidental. Se encuestó a 33 técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica mediante un cuestionario anónimo, cerrado y autoadministrado en línea. **Resultados:** El 76% tuvo contacto con pacientes hipoacúsicos y el 67% logró comunicarse, aunque sin fluidez. Ninguno maneja Lengua de Señas Argentina. **Conclusión:** Es necesario fortalecer la formación en comunicación accesible y en LSA para mejorar la atención inclusiva y segura.

Palabras claves: comunicación; hipoacusia; instrumentación quirúrgica; lengua de señas; accesibilidad.

Abstrac

Introduction: Communication with hearing-impaired patients in surgical settings remains challenging. This study explores perceptions, strategies, and barriers among surgical instrumentation professionals. **Objective:** To analyze how these professionals communicate with hearing-impaired patients through an online survey. **Materials and methods:** This quantitative, descriptive, cross-sectional, and prospective study was conducted using non-probability, convenience sampling. Thirty-three surgical instrument technicians and graduates were surveyed using an anonymous, closed-ended, self-administered online questionnaire. **Results:** Seventy-six percent had contact with hearing-impaired patients and 67% communicated with them, though not fluently. None had knowledge of Argentine Sign Language. **Conclusion:** Training in accessible communication and Argentine Sign Language is needed to ensure safer and more inclusive care.

Keywords: communication; hearing impairment; surgical instrumentation; sign language; accessibility.

Índice

Justificación	1.
Planteamiento del problema de investigación	2.
Objetivo general	3.
Objetivos específicos	4.
Marco teórico	5.
La comunicación y el lenguaje.....	5.
Barreras comunicacionales	6.
Hipoacusia	6.
Lengua de señas	8.
LSA en el ámbito de la salud	9.
Iniciativas en Argentina	11.
Cuadro de operación de variables	12.
Diseño metodológico	19.
Análisis de resultados: tablas y gráficos	21.
Conclusión	50.
Propuesta de mejora	52.
Primera etapa	52.
Protocolo	53.
Segunda etapa	55.
Impacto esperado	55.
Consideraciones éticas	56.
Referencias Bibliográficas	57.

Anexos	59.
1- Cronograma de actividades	59.
2- Instrumento de recolección de datos	60.
3 - Matriz de datos	66.
4 - Propuesta de mejora	67.
Ejemplo ilustrado	67.
5 - Autorización de uso de redes sociales	68.

Justificación

Considero que la comunicación en el ámbito quirúrgico es un elemento clave para garantizar una atención segura, eficiente y centrada en el paciente.

En este entorno, donde cada detalle es crucial y el trabajo en equipo es indispensable, el intercambio de información debe ser claro, preciso y accesible para todos los involucrados.

Esta necesidad de comunicación clara y precisa cobra aún más importancia cuando se trata de pacientes hipoacúsicos, quienes enfrentan barreras comunicacionales que pueden comprometer no solo la calidad de la atención, sino también su seguridad y bienestar generando una profunda sensación de vulnerabilidad en un momento ya de por sí estresante.

Ya que cuando el paciente presenta una discapacidad auditiva, las interacciones pueden verse significativamente afectadas si el personal no cuenta con herramientas y estrategias adecuadas para garantizar una comunicación efectiva.

Los instrumentadores quirúrgicos desempeñan un rol fundamental en la preparación preoperatoria del paciente, ya que son los encargados de ejecutar los protocolos de verificación y necesitan poder brindarle y recibir información de este.

La falta de comprensión mutua en este punto del proceso puede derivar en errores clínicos, retrasos en la identificación de complicaciones y una disminución notable en la confianza y satisfacción del paciente.

Considero que mejorar la comunicación con pacientes hipoacúsicos en el ámbito quirúrgico no es solo una cuestión de accesibilidad, sino un compromiso con la calidad, la equidad, la seguridad e inclusión real.

Esta investigación busca generar conciencia y aportar herramientas concretas que fortalezcan al profesional de instrumentación quirúrgica, promoviendo así un entorno más inclusivo, empático y eficaz para todos.

Planteamiento del Problema de Investigación

La comunicación con pacientes hipoacúsicos según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplicó una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.

Objetivo General

Analizar la comunicación con pacientes hipoacúsicos según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025.

Objetivos Específicos

- * Indagar herramientas para comunicarse con pacientes hipoacúsicos.
- * Identificar beneficios de la comunicación no verbal.
- * Investigar las consecuencias de comunicación deficiente en el quirófano.

Marco teórico

La comunicación y el lenguaje

El ser humano es un ser sociable que necesita del contacto con otras personas, ya sea físico o a través de la comunicación.

La capacidad de expresarse y comunicarse con los demás, mediante el sonido o a través de otros sistemas de signos, es una de las características fundamentales de la persona.

El lenguaje y la comunicación están estrechamente vinculados, mientras el lenguaje se basa en las palabras, los gestos y los símbolos, la comunicación los utiliza dentro de un conjunto más amplio de elementos que permiten la transmisión del mensaje.

Para que esta transmisión ocurra, es necesario que se desarrolle dentro de un contexto adecuado, donde el lenguaje se aplique de forma clara, coherente y comprensible.

Una definición amplia y útil es la propuesta por Geiger y Bradac, quienes entienden la comunicación como "un proceso de intercambio de mensajes en el entorno social, que supone actividad cognitiva, estados afectivos y resultados conductuales. Este proceso es uno de los componentes fundamentales de la conducta social."(1)

Asimismo, la comunicación puede definirse como un proceso de transmisión y recepción de señales —ideas, mensajes, datos— mediante un código compartido, es decir, un sistema de signos y reglas que ambos interlocutores comprenden y manejan. (2)

Aunque el lenguaje verbal es fundamental, una parte igual de importante en la interacción humana es a través de la comunicación no verbal.

Estos son los “Gestos, expresiones faciales, posturas corporales, contacto visual y el paralenguaje (tono, volumen y velocidad de la voz)” (3).

Ellos se vuelven elementos cruciales que complementan o incluso contradicen el mensaje verbal ya que no solo enriquecen la comunicación, sino que también pueden ser fuente de barreras si no son comprendidas o si difieren culturalmente, impactando en la efectividad del mensaje transmitido.

Por eso para que la comunicación sea efectiva, es indispensable que el emisor (quien envía el mensaje) y el receptor (quien lo recibe) compartan el mismo idioma o dispongan de una forma de comunicación que ambos entiendan.

Cuando esto no ocurre, surgen barreras comunicacionales que impiden que el mensaje llegue o sea comprendido de manera eficaz.

Barreras comunicacionales

La definición de cuatro barreras comunicacionales que presentan Esteban y Posada abre un abanico de problemáticas a considerar al buscar una comunicación efectiva. Estas barreras incluyen (4):

- “Barreras Psicológicas: Relacionadas con la personalidad y la percepción individual del contexto. Surgen de las discrepancias entre el emisor y el receptor causadas por sus diferencias de personalidad.
- Barreras Ideológicas: Estrechamente ligadas al contexto sociocultural de quienes establecen la comunicación. Cada hablante emplea la lengua de su grupo social o comunidad de pertenencia, donde las palabras y las señas adquieren un significado particular asignado por dicha comunidad.
- Barreras Físicas: Afectan los medios utilizados para la transmisión y recepción del mensaje.
- Barreras Motivacionales: Estas han sido estudiadas desde el desarrollo del niño sordo en familias oyentes que no hablan la Lengua de Señas.”

Actualmente se sumó otra barrera que es la barrera digital que apareció de la mano con los avances en tecnologías digitales. “La forma en que nos comunicamos ha evolucionado drásticamente y las plataformas como las redes sociales, el correo electrónico y las aplicaciones de mensajería instantánea han facilitado una inmediatez en el intercambio de información” (5).

La ausencia de señales no verbales en la comunicación escrita digital puede llevar a malentendidos, mientras que la sobrecarga de información y la brecha digital presentan desafíos para una comunicación efectiva e inclusiva.

Hipoacusia

En el contexto de la comunicación humana y sus barreras, la hipoacusia (pérdida auditiva) emerge como un factor crítico que impacta profundamente en la capacidad de conexión y participación social de una persona.

La audición es el sentido predominante para la adquisición del lenguaje hablado y para gran parte de la comunicación interpersonal.

Por lo tanto, cualquier grado de pérdida auditiva puede generar barreras significativas que van más allá de las ya mencionadas, afectando directamente la recepción y comprensión de los mensajes sonoros.

Según el Manual MDS la hipoacusia no es una condición homogénea; se clasifica según su tipo (conductiva, neurosensorial, mixta). (6)

- Hipoacusia de conducción: es secundaria a lesiones en el conducto auditivo externo, la membrana timpánica o el oído medio. Estas lesiones impiden que el sonido sea conducido de manera eficaz al oído interno.
- Hipoacusia neurosensorial: causada por lesiones del oído interno (sensorial) o del nervio auditivo (VIII) (neural). Esta distinción es importante porque la hipoacusia sensorial a veces es reversible y rara vez implica un peligro para la vida del paciente. La hipoacusia neural rara vez puede recuperarse y puede deberse a un tumor cerebral potencialmente mortal (en general, un tumor del ángulo pontocerebeloso). Un tipo adicional de hipoacusia neurosensorial se denomina trastorno del espectro de la neuropatía auditiva, cuando el sonido puede detectarse, pero la señal no se envía correctamente al cerebro; se cree que se debe a una anomalía en las células ciliadas internas o en las neuronas que las inervan dentro de la cóclea.
- Pérdida mixta: puede ser causada por un traumatismo craneoencefálico grave, con o sin fractura del cráneo o del hueso temporal, por infección crónica o por uno de los muchos trastornos genéticos. También puede producirse cuando una hipoacusia de conducción transitoria, en general debida a otitis media, se superpone a una hipoacusia neurosensorial.

La Oficina Internacional de Audiofonología (BIAP) (7) establece la siguiente clasificación atendiendo a la pérdida en decibelios y a la relación entre audición y lenguaje:

- Deficiencia auditiva leve: de 21 a 40 dB. Se percibe el habla si la voz es normal, pero hay dificultades para oír la voz baja o distante. Se perciben la mayoría de los ruidos familiares.
- Deficiencia auditiva moderada: 41 a 70 dB. Es necesario elevar la intensidad de la voz para percibir las palabras. El sujeto entiende mejor cuando mira al interlocutor. Se perciben algunos sonidos familiares.
- Deficiencia auditiva grave: 71 a 90 dB. Solo se percibe la voz fuerte cerca del oído y los ruidos fuertes.
- Deficiencia auditiva profunda: 91 a 119 dB. No se percibe el habla, solo se oyen los ruidos muy fuertes.

- Cofosis: por encima de 120 dB. Pérdida total de audición, no se oye nada. Son sorderas muy excepcionales.

Cada clasificación tiene implicaciones distintas en cómo una persona percibe y procesa el sonido, estas diferencias influyen directamente en la eficacia de la comunicación.

Por ejemplo, una persona con hipoacusia conductiva podría beneficiarse de un aumento de volumen, mientras que alguien con hipoacusia neurosensorial severa podría necesitar ayudas auditivas o sistemas alternativos de comunicación para lograr entender el mensaje.

Aquí, las barreras físicas adquieren una dimensión adicional, ya que no solo se refieren a los medios externos (como el ruido ambiente), sino también a la condición auditiva del propio receptor.

Además, las barreras psicológicas e ideológicas pueden verse empeoradas por la hipoacusia, debido a la frustración comunicativa, el aislamiento social o los estigmas asociados a la pérdida auditiva.

Incluso las barreras motivacionales, como señalaron Esteban y Posada, son particularmente relevantes en el contexto de familias oyentes con niños hipoacúsicos, donde la falta de una lengua compartida (como la Lengua de Señas) puede generar profundas dificultades en la interacción y el desarrollo.

Lengua de señas

Gracias a los avances tecnológicos los audífonos e implantes cocleares se volvieron cruciales para muchas personas, permitiéndoles mejorar la interacción con personas oyentes.

Pero para un sector significativo de la comunidad sorda, especialmente aquellos con hipoacusia profunda desde el nacimiento o edades tempranas, la Lengua de Señas se volvió lo único que les permite poder comunicarse con el exterior volviéndose su lengua natural.

A diferencia de lo que comúnmente se cree, las Lenguas de Señas no son universales ni meras representaciones de las lenguas orales.

“La Lengua de Señas Argentina (LSA) también conocida como Lenguaje de signos argentino, no es una mera traducción visual del español, sino que constituye una lengua en sí misma, con sus propias reglas gramaticales y estructura lingüística. Al igual que cualquier otra lengua, evoluciona y se adapta a las necesidades y realidades de la comunidad” (8).

Posee su propia gramática, sintaxis y vocabulario, que se articulan a través de configuraciones de las manos, movimientos, orientaciones, expresiones faciales y el uso del espacio.

Es una lengua viso-gestual que ha evolucionado de forma natural dentro de la comunidad sorda argentina, reflejando su cultura, historia e identidad.

El reconocimiento de la lengua de señas como lengua natural y oficial ha sido un proceso gradual a nivel mundial.

En Argentina, este reconocimiento se formalizó recientemente con la Ley 27.710 de 2023 (9), un hito fundamental para la comunidad sorda.

La adquisición temprana de la LSA es crucial para el desarrollo cognitivo, emocional y social de los niños sordos, permitiéndoles acceder al conocimiento, interactuar con su entorno, construir su pensamiento, desarrollar una identidad plena y, además, es el principal elemento de transmisión cultural.

LSA en el ámbito de la salud

En el ámbito de la salud, la comunicación es un pilar fundamental para la atención sanitaria, adquiriendo una importancia aún mayor en contextos de alta complejidad, como el quirúrgico.

En particular en la labor del profesional de instrumentación quirúrgica, la comunicación es un elemento clave para la atención segura y de calidad.

La naturaleza compleja de este entorno, caracterizado por la necesidad de coordinación multidisciplinaria, el uso de protocolos rigurosos y la atención al detalle, exige una comunicación precisa y sin ambigüedades.

La omisión o distorsión de un mensaje puede tener consecuencias clínicas graves, tanto para el paciente como para el equipo asistencial.

Además, es fundamental reconocer las capacidades comunicativas de los pacientes, en particular aquellos con discapacidad auditiva o hipoacusia.

La falta de estrategias adecuadas para comunicarse puede generar barreras significativas en la atención, afectando la calidad del cuidado, la seguridad del paciente y la relación terapéutica.

La ausencia de comprensión mutua puede derivar en errores durante la anamnesis, confusión sobre procedimientos, disminución de la adherencia al tratamiento, y un aumento del estrés o la ansiedad del paciente.

- Compromiso de la Seguridad del Paciente: Sin una comunicación efectiva, el instrumentador quirúrgico no puede obtener información crucial sobre el estado del paciente (alergias, miedos, dudas, necesidades urgentes) o brindar instrucciones preoperatorias y postoperatorias de manera comprensible. Esto aumenta el riesgo de malentendidos, errores en la identificación del paciente o del sitio quirúrgico, y una atención inadecuada. La comunicación deficiente es una de las principales causas de eventos adversos en cirugía.
- Violación de los Derechos del Paciente: El derecho a una comunicación accesible y a participar activamente en las decisiones sobre su propia salud es un derecho fundamental (10). La falta de instrumentadores quirúrgicos que conozcan LSA niega este derecho a los pacientes sordos, forzándolos a depender de familiares (que pueden no traducir con precisión o estar emocionalmente comprometidos) o de intérpretes externos que no siempre están disponibles, especialmente en situaciones de emergencia.
- Impacto Psicológico y Emocional en el Paciente: La imposibilidad de comunicarse directamente genera ansiedad, miedo e indefensión en el paciente sordo, que se encuentra en un estado de vulnerabilidad extrema.
- Limitaciones en la Recopilación de Información: Antes de una cirugía, el instrumentador (junto a otros profesionales) necesita recabar datos importantes del paciente. La barrera del idioma en LSA impide esta recolección directa y fiable, afectando la planificación y la ejecución del procedimiento.

Un estudio realizado por Calderón Valencia y Tovar Cuevas en Colombia mostró que los profesionales de enfermería suelen experimentar sentimientos de impotencia al interactuar con pacientes sordos, debido a la falta de herramientas comunicativas como la Lengua de Señas. (11)

Esta situación puede llevar a catalogar a estos pacientes como “difíciles”, cuando en realidad lo que falta es una preparación adecuada.

Por su parte, Ule desarrolló un sistema de pictogramas para facilitar la interacción con personas sordas en el entorno hospitalario, especialmente en situaciones de urgencia. Aunque ha sido útil, ella misma reconoce que no sustituye la necesidad de capacitar a los profesionales en lengua de señas, lo cual sigue siendo una deuda del sistema sanitario. (12)

Y en este mismo sentido, un informe de Enfermería²¹ alerta que la mayoría de los profesionales de la salud no están preparados para comunicarse con pacientes sordos, ya que durante su formación académica no se incluyen contenidos obligatorios sobre Lengua de Señas u otras estrategias inclusivas. (13)

Esta carencia repercute directamente en la calidad de la atención, y se constituye en una problemática tanto ética como profesional.

En estos casos, el profesional de instrumentación quirúrgica debe estar capacitado para emplear recursos como la lectura labial, lenguaje de señas, escritura o apoyos visuales, adaptando su lenguaje a las necesidades específicas del paciente.

La comunicación accesible e inclusiva no solo es un derecho del paciente, sino también un elemento esencial de la atención centrada en la persona.

Ignorar estas diferencias comunicativas representa una problemática ética y profesional, especialmente en escenarios de alta exigencia como el quirófano, donde la claridad y precisión en la información son críticas.

Iniciativas en Argentina

En Argentina, no existe una ley que establezca la obligatoriedad de la Lengua de Señas Argentina (LSA) para todo el personal de salud, pero la UBA (Universidad de Buenos Aires) brinda un curso para capacitar al personal de salud el cual consta de 16 encuentros donde se le brinda información básica para la comunicación y el cuidado de los pacientes sordos. (14)

Dos universidades más tuvieron iniciativas con este tema y brinda la materia LSA como optativa en diversas carreras.

La Universidad Nacional de Quilmes informo que, “A partir del segundo cuatrimestre de 2022 los y las estudiantes podrán inscribirse a esta materia de carácter electiva, que será dictada por una pareja pedagógica constituida por un profesor sordo y una profesora oyente, ambos con formación específica y trayectoria en la temática. Propuesta de cursos del Diploma en Ciencias Sociales” (15).

Y “La Universidad Nacional de Avellaneda (UNDAV) desde agosto comenzó a dictar como optativa la materia de Lengua de Señas Argentina (LSA) y Accesibilidad I para las carreras de Periodismo y Turismo. Además, ya fue aprobada su incorporación para el 2023 a las carreras de la Licenciatura de Enfermería, la Licenciatura de Actividad Física y Deportes y la Tecnicatura en Prótesis Dental” (16).

Cuadro de operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Categoría
Edad				- 21 a 30 años - 31 a 40 años - 41 a 50 años - 51 en adelante
Sexo				- Femenino - Masculino
Nivel educativo alcanzado				- Tecnicatura - Licenciatura
Cantidad de años ejerciendo				- 1 a 5 años - 6 a 10 años - 11 a 15 años - 16 a 20 años - Más de 21 años
Comunicación	Proceso de transmisión y recepción de señales mediante un código compartido.	Verbal	¿Usted cree que una comunicación efectiva influye directamente en la seguridad del paciente?	- Si influye - Influye muy poco - No influye
		No verbal	¿Usted cree que es importante a la hora de hablar con un paciente hipoacúsico profundo la comunicación no verbal?	- Muy importante - Poco importante - Nada importante

			¿Cree usted que la comunicación no verbal es igual de importante que la verbal?	- Ambas son importantes - La verbal es más importante - La no verbal es más importante - Ninguna es importante
		Área de trabajo	¿Usted ha identificado situaciones en su área de trabajo que considera podrían mejorarse?	-Sí identifique algunas -No identifique ninguna
			¿Usted considera que en su institución de trabajo existe un espacio formal para presentar propuestas de mejora?	- Sí lo considero - No lo considero
			Cuando usted presenta ideas de mejora, ¿siente que son escuchadas por sus superiores?	- Siempre son escuchadas - A veces son escuchadas - Nunca son escuchadas

			¿Qué tan importante cree usted que es fomentar la participación del personal en las propuestas de mejoras dentro del área de trabajo?	- Muy importante - Poco importante - Nada importante
			¿Usted considera que en su área de trabajo se aplican prácticas de mejora continua?	- Se aplican de manera sistemática - Se aplican, pero de forma ocasional - No se aplican
			¿Usted considera que se evalúa la calidad de los procesos de manera frecuente en su área de trabajo?	- Sí lo considero - A veces lo considero - No lo considero
			¿Cree usted que la implementación de acciones de mejora continua impacta positivamente en la calidad del	- Sí lo creo - En parte lo creo - No lo creo

			servicio que se brinda?	
		Errores	¿Presenció usted alguna situación de riesgo derivada de una mala comunicación en el quirófano?	-Presencie muchas situaciones -Presencie pocas situaciones -Nunca he presenciado
		Barreras comunicativas	¿Piensa usted que existen jerarquías que dificultan la comunicación abierta en el equipo quirúrgico?	- Si, nunca puedo comunicar las cosas - Depende del equipo con el que se trabaje - No, cada integrante puede expresarse libremente
		Tecnología	¿Cree usted que la incorporación de Software de checklist sería útil?	- Si, muy útil - Nada útil
		Capacitaciones	¿Considera usted que la capacitación en comunicación efectiva debería formar parte obligatoria del	- Si, es sumamente necesaria - Si, pero no de forma obligatoria - No es necesario

			entrenamiento quirúrgico?	
Pacientes con Hipoacusia	Paciente que experimenta una pérdida parcial o total de la capacidad auditiva, también conocida como pérdida auditiva o sordera.	Experiencia personal del instrumentador quirúrgico	¿Ha presenciado usted alguna intervención quirúrgica con pacientes hipoacúsicos?	- Presencie muchas intervenciones - Presencie muy pocas intervenciones - No he presenciado ninguna
			¿Cómo considera que fue la comunicación de usted con el paciente hipoacúsico?	- Pude comunicarme sin dificultades - Tuve algunas dificultades, pero logré comunicarme - No logré comunicarme
			¿Conto con la ayuda de algún interprete al intentar comunicarse usted con	- Si, interprete de la clínica - Un familiar realizo ese rol - No conté con ayuda

			pacientes hipoacúsicos?	
			¿Sabe usted comunicarse a través de la Lengua de Señas?	- Sé comunicarme con fluidez - Sé comunicarme, pero con dificultad - No sé comunicarme
			¿Le interesa a usted aprender a comunicarse a través de la lengua de señas?	- Si me interesa - No me interesa
			Al no poder comunicarse a través del mismo lenguaje ¿usted logro entablar una relación de confianza con el paciente?	- Si lo logre - Algunas veces lo logre - No lo logre
			¿Se sintió usted conforme con la comprensión del paciente con las preguntas del checklist?	- Muy conforme - Poco conforme - Nada conforme
		Herramientas	¿Cree usted que un checklist con dibujos ayudaría	- Si ayuda - Ayuda un poco - No ayuda

			a brindar información de forma más efectiva?	
			¿Qué método cree usted que es más efectivo para comunicarse con un paciente con pérdida auditiva grave?	- Hablar lento y modulando bien - Escribir o dibujar - Que un familiar sea de interprete
		Lengua de señas	¿En qué programa de formación considera usted que sería necesario incorporar la materia Lengua de Señas?	- Tecnicatura en instrumentación quirúrgica - Licenciatura en instrumentación quirúrgica - No debe estar en el programa de la carrera de instrumentación quirúrgica
			¿Cree usted que estar capacitado en Lengua de Señas influye en la confianza del paciente?	-Si influye - A veces influye -No influye

Instrumento de recolección de datos

(Ver anexo 2)

Diseño Metodológico

Tipos de estudio: de enfoque cuantitativo, descriptivo, prospectivo, transversal, no probabilístico y accidental.

Área de estudio: todos los técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, pertenecientes a un grupo cerrado de WhatsApp, en diciembre del 2025. A quienes se les aplico una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.

Universo: todos los técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplico una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.

Muestra: 33 técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplico una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.

Unidad de análisis: cada uno de los 33 técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplico una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.

Criterios de inclusión: técnicos en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplico una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales y que aceptaron participar de esta investigación.

Licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025, que aceptaron participar de esta investigación. A quienes se les aplico una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.

Criterios de exclusión: técnicos en instrumentación quirúrgica que no pertenezcan al grupo cerrado de WhatsApp, en diciembre 2025.

Licenciados en instrumentación quirúrgica que no pertenezcan al grupo cerrado de WhatsApp, en diciembre 2025.

Muestreo: no probabilístico y accidental.

Método de recolección de datos: cuestionario anónimo, cerrado, dicotómico y de repuestas múltiples.

Plan de tabulación y análisis: realización de tablas de frecuencias y gráficos.

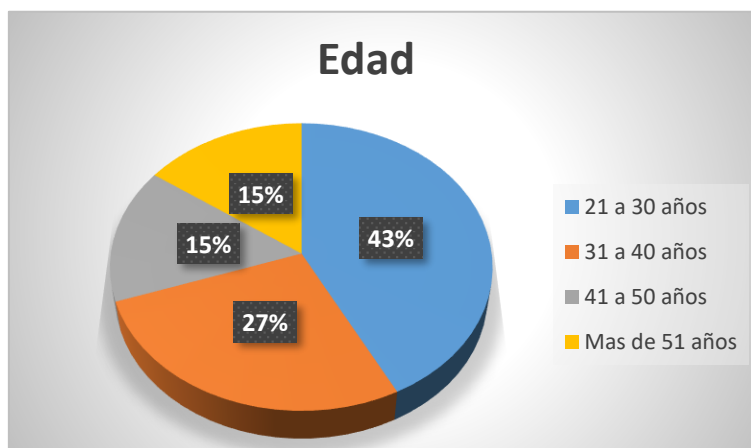
Análisis de resultados: tablas y gráficos

Tabla N° 1: distribución de frecuencias de edades, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplicó una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.

Variable	Cantidad	f	f_1
21 a 30 años	14	14	0.4242
31 a 40 años	9	9	0.2727
41 a 50 años	5	5	0.1515
Más de 51 años	5	5	0.1515
Total	33	33	-

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N° 1: distribución de porcentajes de edades, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplicó una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.



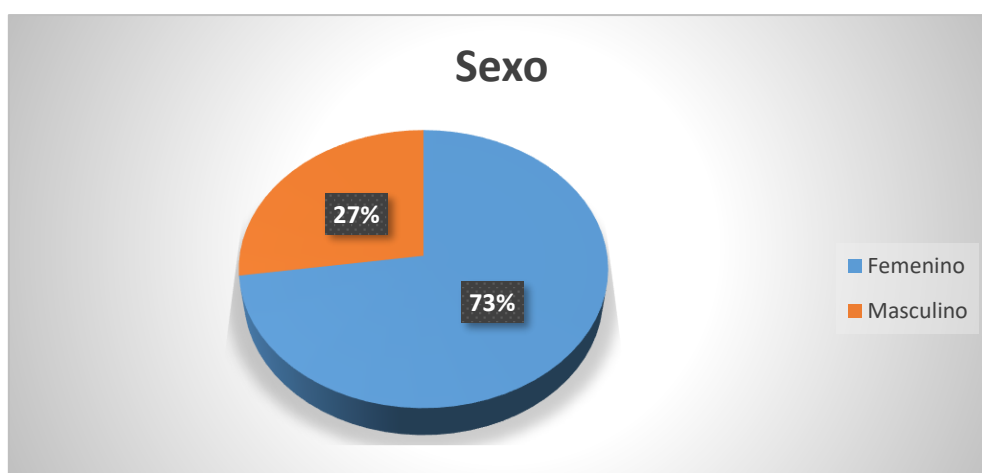
Análisis de datos: se observa que el grupo etario predominante corresponde a participantes de entre 21 y 30 años, quienes representan el 43% del total. En segundo lugar, el 27% se ubica en el rango de 31 a 40 años. Finalmente, los grupos de 41 a 50 años y de más de 51 años constituyen cada uno el 15% de la muestra.

Tabla N° 2: distribución de frecuencias del sexo, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplico una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.

Variable	Cantidad	f	f_1
Femenino	24	24	0.7272
Masculino	9	9	0.2727
Total	33	33	-

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N° 2: distribución de porcentajes del sexo, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplico una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.



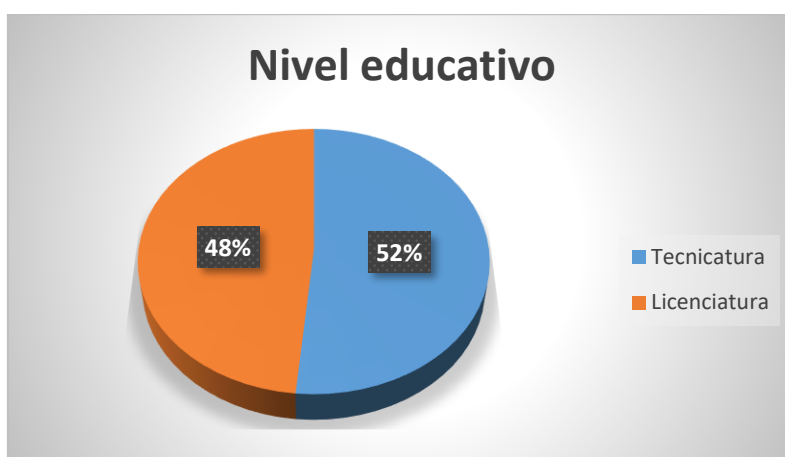
Análisis de datos: Se observa un claro predominio del género femenino, con 24 participantes que representan el 73% del total de la muestra. En contraste, el género masculino corresponde al 27%, con 9 participantes.

Tabla N° 3: distribución de frecuencias del nivel educativo, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplicó una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.

Variable	Cantidad	f	f_1
Tecnicatura	17	17	0.5151
Licenciatura	16	16	0.4848
Total	33	33	-

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N° 3: distribución de porcentajes acerca de nivel educativo, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplicó una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.



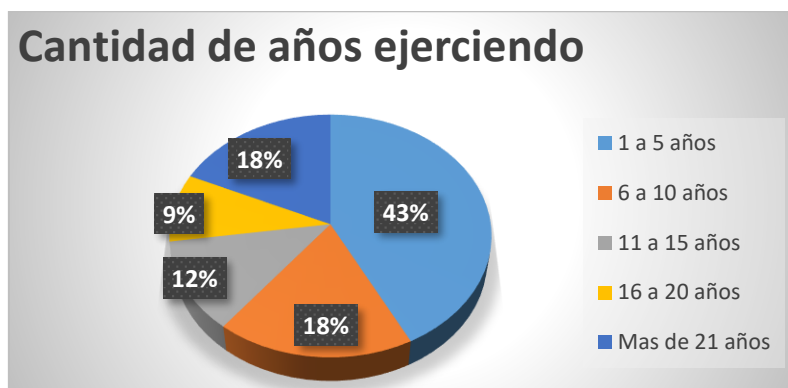
Análisis de datos: se observa que 17 de los encuestados (52%) poseen el título de Técnico en Instrumentación Quirúrgica, mientras que 16 participantes (48%) cuentan con el título de Licenciado en Instrumentación Quirúrgica.

Tabla N° 4: distribución de frecuencias sobre la cantidad de años ejerciendo, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplico una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.

Variable	Cantidad	f	f_1
1 a 5 años	14	14	0.4242
6 a 10 años	6	6	0.1818
11 a 15 años	4	4	0.1212
16 a 20 años	3	3	0.0909
Mas de 21 años	6	6	0.1818
Total	33	33	-

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N° 4: distribución de porcentajes sobre la cantidad de años ejerciendo, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplico una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.



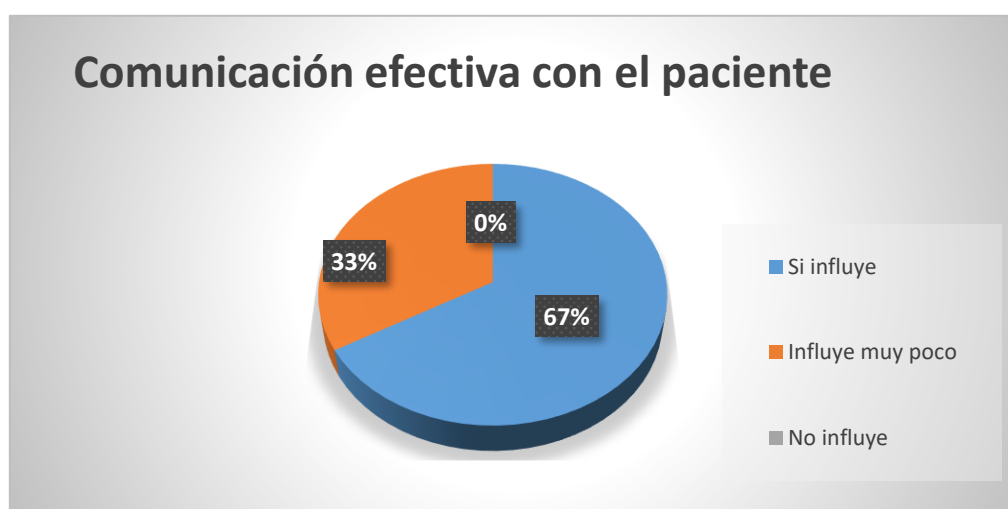
Análisis de datos: se observa que el 43% de los encuestados cuenta con entre 1 y 5 años de ejercicio profesional. El 18% posee entre 6 y 10 años de experiencia, seguido por un 12% que registra entre 11 y 15 años de trayectoria. Además, el 9% refiere tener entre 16 y 20 años de ejercicio profesional y el 18% restante indica contar con más de 21 años de experiencia.

Tabla N° 5: distribución de frecuencias acerca de la comunicación efectiva con el paciente, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplicó una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.

Variable	Cantidad	f	f_1
Si influye	22	22	0.6666
Influye muy poco	11	11	0.3333
No influye	0	0	0
Total	33	33	-

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N° 5: distribución de porcentajes acerca de la comunicación efectiva con el paciente, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplicó una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.



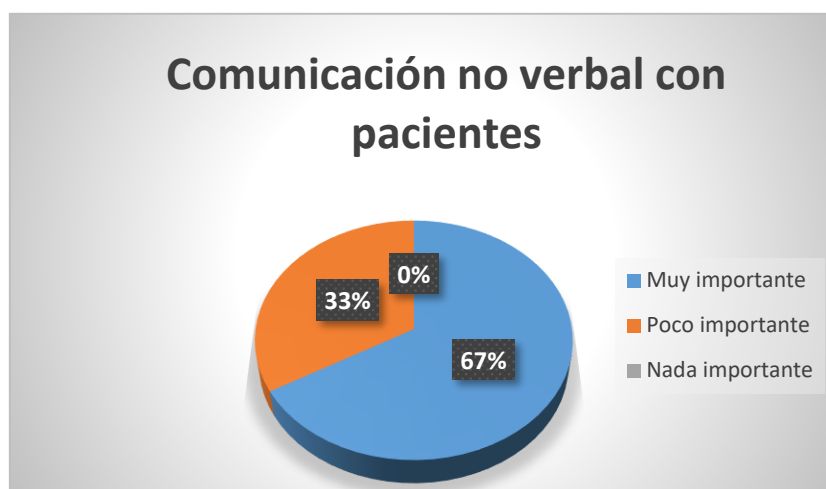
Análisis de datos: ante la pregunta “¿Usted cree que una comunicación efectiva influye directamente en la seguridad del paciente?”, la mayoría de los encuestados respondió que sí influye (67%). El 33% considera que la comunicación influye “muy poco” y ninguno de los participantes (0%) manifestó que no influye.

Tabla N° 6: distribución de frecuencia acerca de la comunicación no verbal con el paciente, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplicó una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.

Variable	Cantidad	f	f_1
Muy importante	22	22	0.6666
Poco importante	11	11	0.3333
Nada importante	0	0	0
Total	33	33	-

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N° 6: distribución de porcentajes acerca de la comunicación no verbal con el paciente, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplicó una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.



Análisis de datos: ante la pregunta “¿Usted cree que es importante, a la hora de hablar con un paciente hipoacúsico profundo, la comunicación no verbal?”, el 67% de los encuestados consideró que es muy importante.

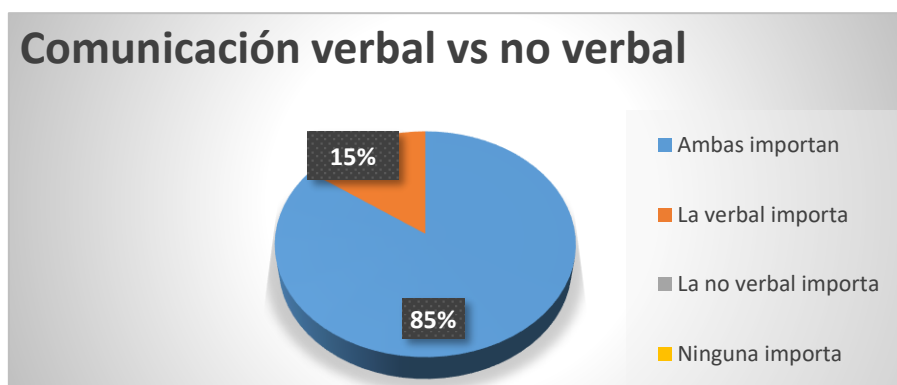
El porcentaje que considera esta comunicación como “poco importante” es de un 33% y nadie (0%) considera que es nada importante la comunicación no verbal con pacientes hipoacúsicos.

Tabla N° 7: distribución de frecuencias acerca de la comunicación verbal vs no verbal, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplicó una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.

Variable	Cantidad	f	f_1
Ambas importan	28	28	0.8484
La verbal importa	5	5	0.1515
La no verbal importa	0	0	0
Ninguna importa	0	0	0
Total	33	33	-

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N° 7: distribución de porcentajes acerca de la comunicación verbal vs no verbal, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplicó una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.



Análisis de datos: frente a la pregunta “¿Cree usted que la comunicación no verbal es igual de importante que la verbal?”, el 85% de los encuestados consideró que ambas son igualmente importantes. El porcentaje minoritario que prioriza la comunicación verbal corresponde al 15%. Ningún participante (0%) manifestó que la comunicación no verbal sea más importante que la verbal, ni que ninguna de ellas resulte relevante.

Tabla N° 8: distribución de frecuencias acerca de las situaciones a mejorar, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplico una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.

Variable	Cantidad	f	f_1
Si identifique	20	20	0.6060
No identifique	13	13	0.3939
Total	33	33	-

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N° 8: distribución de porcentajes acerca de las situaciones a mejorar, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplico una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.



Análisis de datos: ante la pregunta “¿Usted ha identificado situaciones en su área de trabajo que considera podrían mejorarse?”, el 61% de los encuestados respondió que sí identificó algunas, mientras que el 39% manifestó no haber identificado ninguna.

Tabla N° 9: distribución de frecuencias acerca de los espacios para propuestas, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplico una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.

Variable	Cantidad	f	f_1
Si lo considero	15	15	0.4545
No lo considero	18	18	0.5454
Total	33	33	-

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N° 9: distribución de porcentajes acerca de los espacios para propuestas, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplico una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.



Análisis de datos: ante la pregunta “¿Usted considera que en su institución de trabajo existe un espacio formal para presentar propuestas de mejora?”, el 45% de los encuestados respondió que sí, mientras que el 55% manifestó que no.

Tabla de N° 10: distribución de frecuencias acerca de si sus propuestas son escuchadas, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplico una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.

Variable	Cantidad	f	f_1
Siempre escuchan	7	7	0.2121
A veces escuchan	16	16	0.4848
Nunca escuchan	10	10	0.3030
Total	33	33	-

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N° 10: distribución de porcentajes acerca de si sus propuestas son escuchadas, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplico una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.



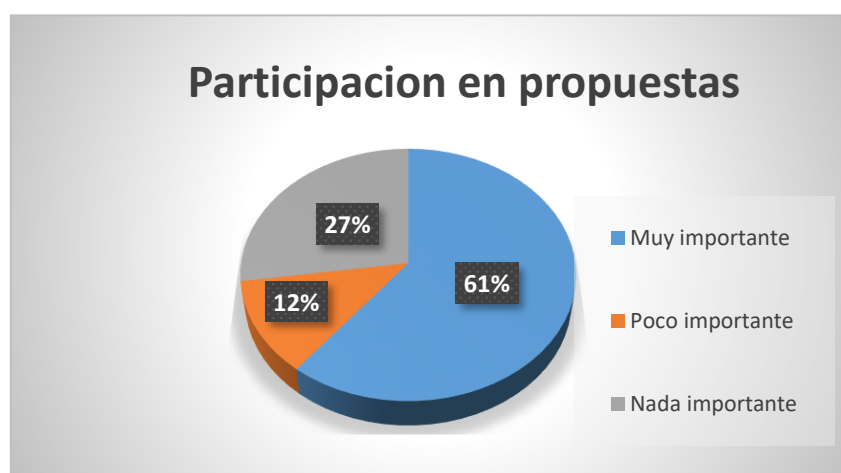
Análisis de datos: ante la pregunta “Cuando usted presenta ideas de mejora, ¿siente que son escuchadas por sus superiores?”, solo el 21% de los encuestados manifestó que sus ideas siempre son escuchadas. El 49% considera que a veces son escuchadas y el 30% indica que sus propuestas de mejora nunca son escuchadas.

Tabla N° 11: distribución de frecuencias sobre la participación de propuestas, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplico una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.

Variable	Cantidad	f	f_1
Muy importante	20	20	0.6060
Poco importante	4	4	0.1212
Nada importante	9	9	0.2727
Total	33	33	-

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N° 11: distribución de porcentajes sobre la participación de propuestas, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplico una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.



Análisis de datos: ante la pregunta “¿Qué tan importante cree usted que es fomentar la participación del personal en las propuestas de mejora dentro del área de trabajo?”, el 61% de los encuestados consideró que es muy importante.

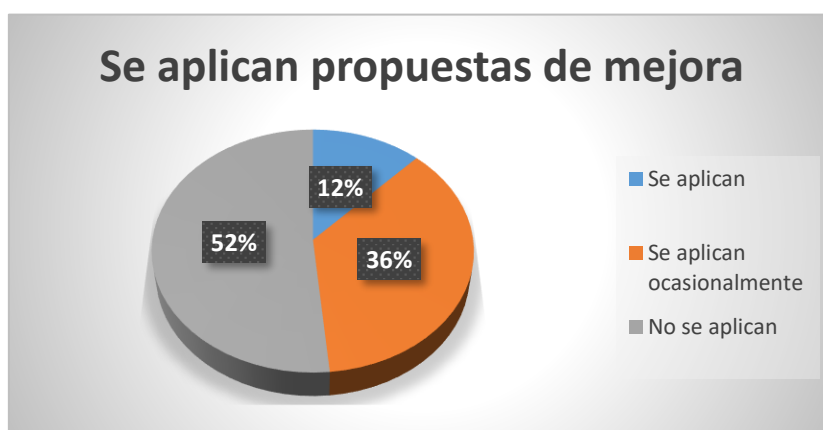
El 27% indicó que no es importante en absoluto, mientras que el 12% manifestó que es poco importante.

Tabla N° 12: distribución de frecuencia sobre la aplicación de propuestas de mejora, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplico una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.

Variable	Cantidad	f	f_1
Se aplican	4	4	0.1212
Se aplican ocasionalmente	12	12	0.3636
No se aplican	17	17	0.5151
Total	33	33	-

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N° 12: distribución de porcentajes sobre la aplicación de propuestas de mejora, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre de 2025. La información se obtuvo a partir de una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.



Análisis de datos: ante la pregunta “¿Usted considera que en su área de trabajo se aplican prácticas de mejora continua?”, el 52% afirmó que no se aplican.

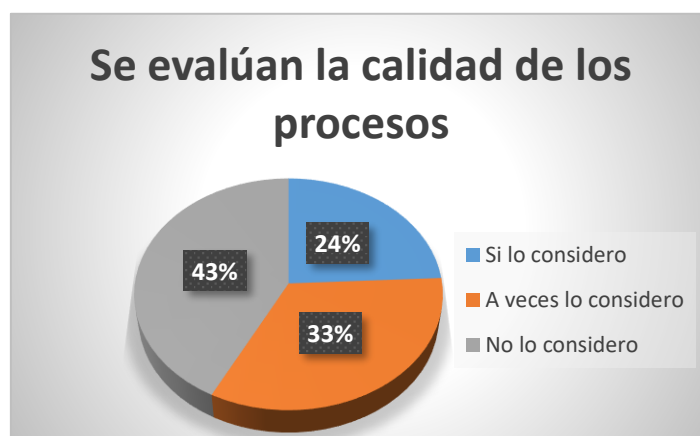
El 36% reconoce una aplicación ocasional y solo el 12% considera que dichas prácticas se aplican de manera efectiva.

Tabla N° 13: distribución de frecuencias acerca de si se evalúan la calidad de los procesos, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplico una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.

Variable	Cantidad	f	f_1
Si lo considero	8	8	0.2424
A veces lo considero	11	11	0.3333
No lo considero	14	14	0.4242
Total	33	33	-

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N° 13 distribución de porcentajes acerca de si se evalúan la calidad de los procesos, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplico una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.



Análisis de datos: ante la pregunta “¿Usted considera que se evalúa la calidad de los procesos de manera frecuente en su área de trabajo?”, el 24% de los encuestados respondió que sí.

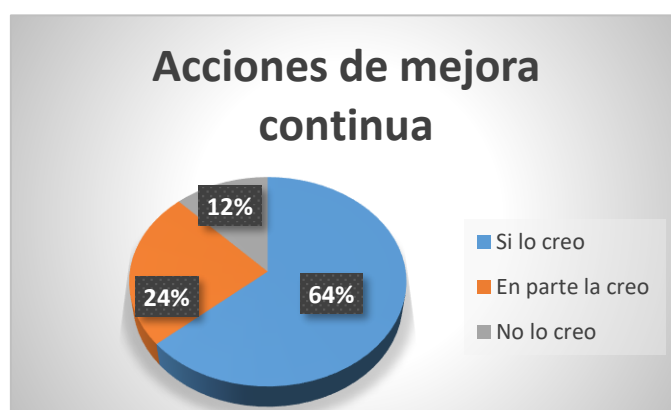
El 43% considera que esta práctica no se realiza regularmente y el 33% expresa una percepción intermedia, indicando que a veces se lleva a cabo.

Tabla N° 14: distribución de frecuencias acerca de las acciones de mejora continua, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplico una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.

Variable	Cantidad	f	f_1
Si lo creo	21	21	0.6363
En parte la creo	8	8	0.2424
No lo creo	4	4	0.1212
Total	33	33	-

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N° 14: distribución de porcentajes acerca de las acciones de mejora continua, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplico una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.



Análisis de datos: ante la pregunta “¿Cree usted que la implementación de acciones de mejora continua impacta positivamente en la calidad del servicio que se brinda?”, el 64% de los encuestados respondió que sí.

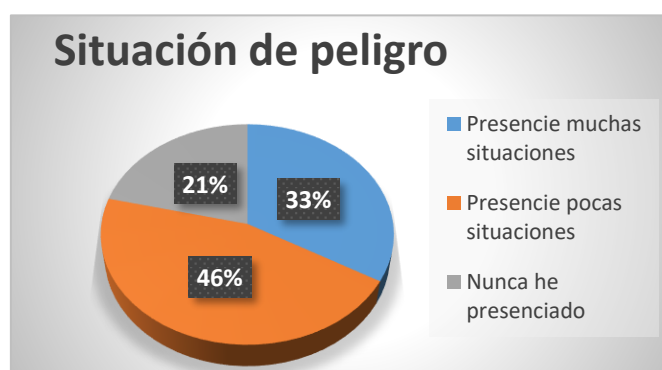
El 24% considera que impacta parcialmente y el 12% manifestó que no cree que estas acciones influyan en la calidad del servicio.

Tabla N° 15: distribución de frecuencias acerca de las situaciones de peligro, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplico una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.

Variable	Cantidad	f	f_1
Presencie muchas situaciones	11	11	0.3333
Presencie pocas situaciones	15	15	0.4545
Nunca he presenciado	7	7	0.2121
Total	33	33	-

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N° 15: distribución de porcentajes acerca de situaciones de peligro, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplico una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.



Análisis de datos: ante la pregunta “¿Presenció usted alguna situación de riesgo derivada de una mala comunicación en el quirófano?”, la suma de quienes manifestaron haber presenciado muchas o pocas situaciones alcanza el 79%.

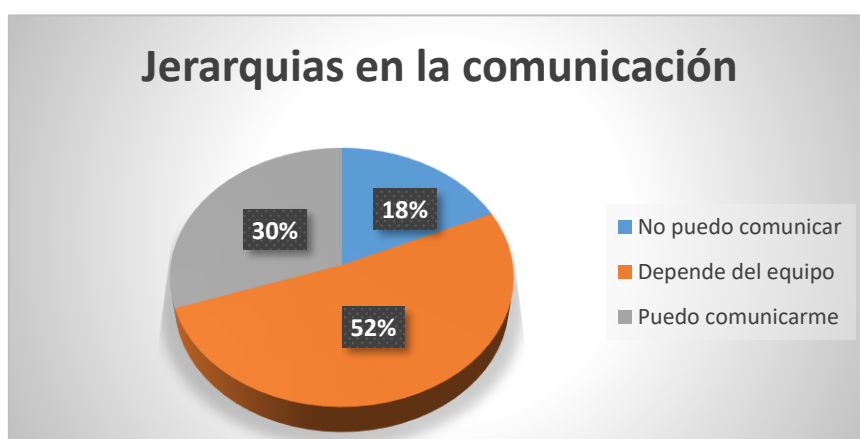
De este grupo, el 46% indicó haber observado pocas situaciones de riesgo vinculadas a una mala comunicación. Por otro lado, el 21% señaló que nunca presenció este tipo de situaciones.

Tabla N° 16: distribución de frecuencias acerca de la jerarquía en la comunicación, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplico una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.

Variable	Cantidad	f	f_1
No puedo comunicar	6	6	0.1818
Depende del equipo	17	17	0.5151
Puedo comunicarme	10	10	0.3030
Total	33	33	-

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N° 16: distribución de porcentajes acerca de la jerarquía en la comunicación, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplico una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.



Análisis de datos: ante la pregunta “¿Piensa usted que existen jerarquías que dificultan la comunicación abierta en el equipo quirúrgico?”, el 52% manifestó que esto depende del equipo con el que se trabaje.

El 18% afirmó que no puede comunicarse libremente, mientras que el 30% percibe una comunicación abierta dentro del equipo.

Tabla de frecuencia N° 17: distribución de frecuencias acerca de la incorporación de software, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplico una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.

Variable	Cantidad	f	f_1
Si, muy útil	32	32	0.9696
Nada útil	1	1	0.0303
Total	33	33	-

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N° 17: distribución de porcentajes acerca de la incorporación de software, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplico una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.



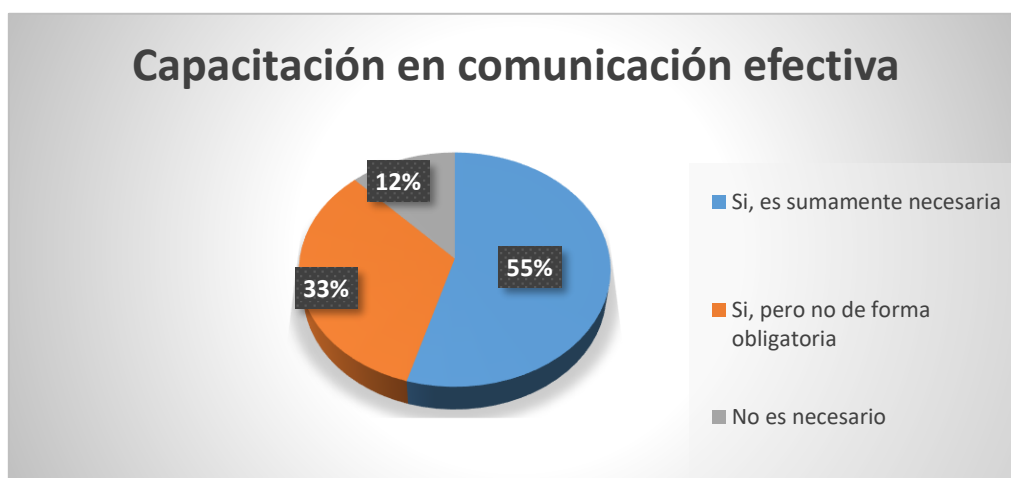
Análisis de datos: ante la pregunta “¿Cree usted que la incorporación de software de checklist sería útil?”, el 97% de los encuestados respondió que sería muy útil, mientras que un porcentaje minoritario (3%) no considera útil esta herramienta.

Tabla N° 18: distribución de frecuencias acerca de la capacitación en comunicación efectiva, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplicó una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.

Variable	Cantidad	f	f_1
Si, es sumamente necesaria	18	18	0.5454
Si, pero no de forma obligatoria	11	11	0.3333
No es necesario	4	4	0.1212
Total	33	33	-

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N° 18: distribución de porcentajes acerca de la capacitación en comunicación efectiva, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplicó una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.



Análisis de datos: ante la pregunta "¿Considera usted que la capacitación en comunicación efectiva debería formar parte obligatoria del entrenamiento quirúrgico?", el 55% de los encuestados respondió que sí, que es sumamente necesaria.

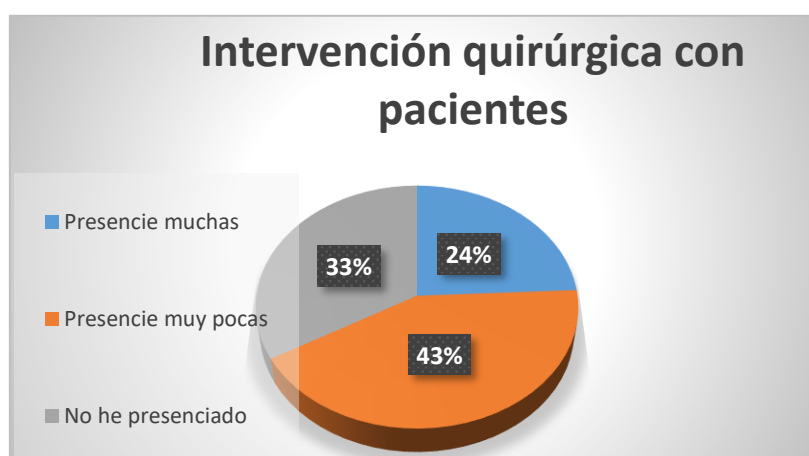
Un 12% manifestó que no lo considera necesario y el 33% indicó que la capacitación en comunicación efectiva es importante, pero no debería ser obligatoria.

Tabla N° 19: distribución de frecuencias acerca de la intervención quirúrgica con pacientes, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplico una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.

Variable	Cantidad	f	f_1
Presencie muchas	8	8	0.2424
Presencie muy pocas	14	14	0.4242
No he presenciado	11	11	0.3333
Total	33	33	-

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N° 19: distribución de porcentajes acerca de la intervención quirúrgica con pacientes, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplico una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.



Análisis de datos: ante la pregunta “¿Ha presenciado usted alguna intervención quirúrgica con pacientes hipoacúsicos?”, los resultados muestran que la mayoría de los profesionales (76%) ha tenido algún grado de contacto con este tipo de pacientes, aunque mayormente de manera ocasional o esporádica (43%).

Por otro lado, el 33% indicó no haber presenciado ninguna intervención quirúrgica con pacientes hipoacúsicos.

Tabla N° 20: distribución de frecuencias acerca de la comunicación con el paciente, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplico una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.

Variable	Cantidad	f	f_1
Pude comunicarme	4	4	0.1212
Tuve algunas dificultades	18	18	0.5454
No logré comunicarme	11	11	0.3333
Total	33	33	-

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N° 20: distribución de porcentajes acerca de la comunicación con el paciente, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplico una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.



Análisis de datos: ante la pregunta “¿Cómo considera que fue la comunicación de usted con el paciente hipoacúsico?”, los resultados reflejan que la mayoría de los profesionales (67%) logró comunicarse con el paciente, aunque en muchos casos con limitaciones o barreras comunicacionales (55%).

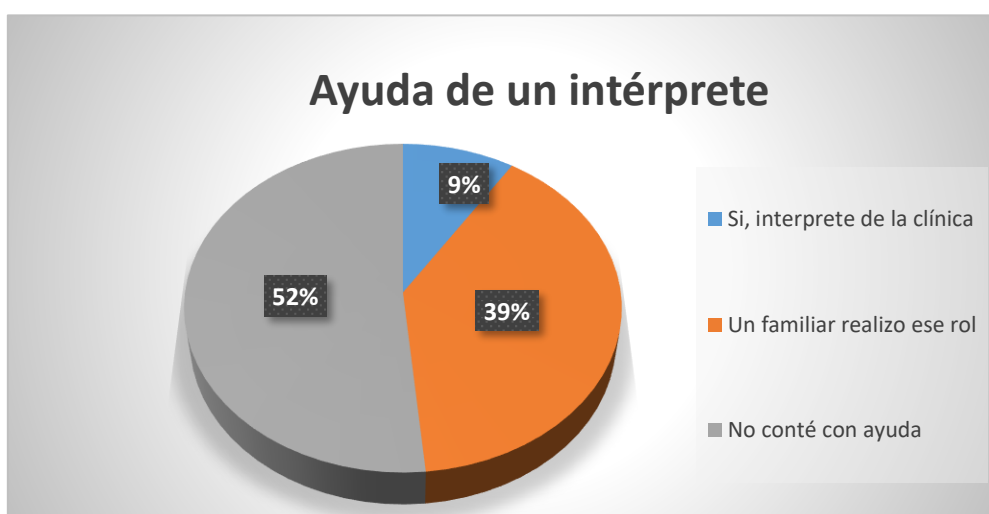
Por otro lado, el 33% indicó no haber logrado una comunicación efectiva con el paciente hipoacúsico.

Tabla N° 21: distribución de frecuencias acerca de la ayuda de un intérprete, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplico una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.

Variable	Cantidad	f	f_1
Si, intérprete de la clínica	3	3	0.0909
Un familiar realizo ese rol	13	13	0.3939
No conté con ayuda	17	17	0.5151
Total	33	33	-

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N° 21: distribución de porcentajes acerca de la ayuda de un intérprete, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplico una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.



Análisis de datos: ante la pregunta “¿Contó con la ayuda de algún intérprete al intentar comunicarse usted con pacientes hipoacúsicos?”, el 9% de los encuestados indicó que contó con un intérprete de la clínica.

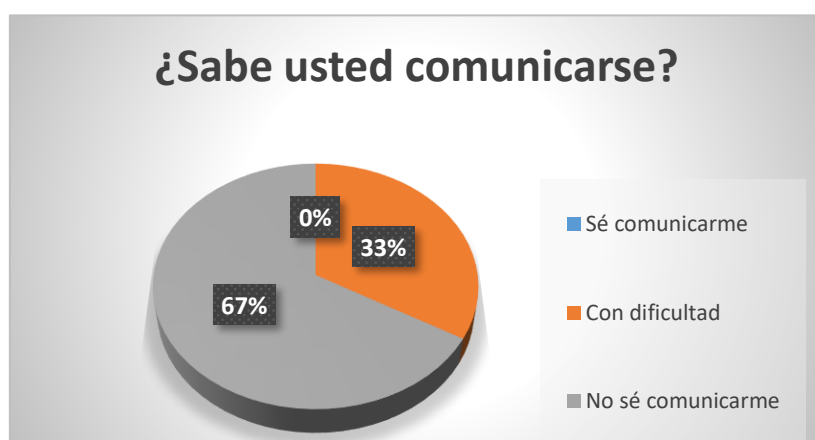
El 52% señaló que no contó con ningún tipo de apoyo externo. En cambio, el 39% manifestó haber recibido ayuda de familiares para poder comunicarse con el paciente hipoacúsico.

Tabla N° 22: distribución de frecuencias respecto del conocimiento sobre la propia capacidad de comunicación, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplico una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.

Variable	Cantidad	f	f_1
Sé comunicarme	0	0	0
Con dificultad	11	11	0.3333
No sé comunicarme	22	22	0.6666
Total	33	33	-

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N° 22: distribución de porcentajes respecto del conocimiento sobre la propia capacidad de comunicación, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, diciembre de 2025. La información proviene de una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.



Análisis de datos: ante la pregunta “¿Sabe usted comunicarse a través de la Lengua de Señas?”, ninguno de los encuestados (0%) indicó saber comunicarse con fluidez.

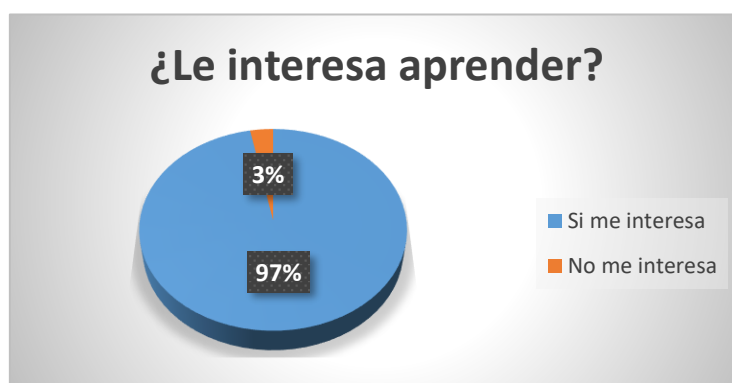
El 33% refirió poseer conocimientos básicos, aunque insuficientes, mientras que el 67% informó no saber comunicarse mediante la Lengua de Señas Argentina.

Tabla N° 23: distribución de frecuencias respecto al interés de aprender la Lengua de Señas Argentina, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplico una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.

Variable	Cantidad	f	f_1
Si me interesa	32	32	0.9696
No me interesa	1	1	0.0303
Total	33	33	-

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N° 23: distribución de porcentajes respecto al interés de aprender la Lengua de Señas Argentina, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplico una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.



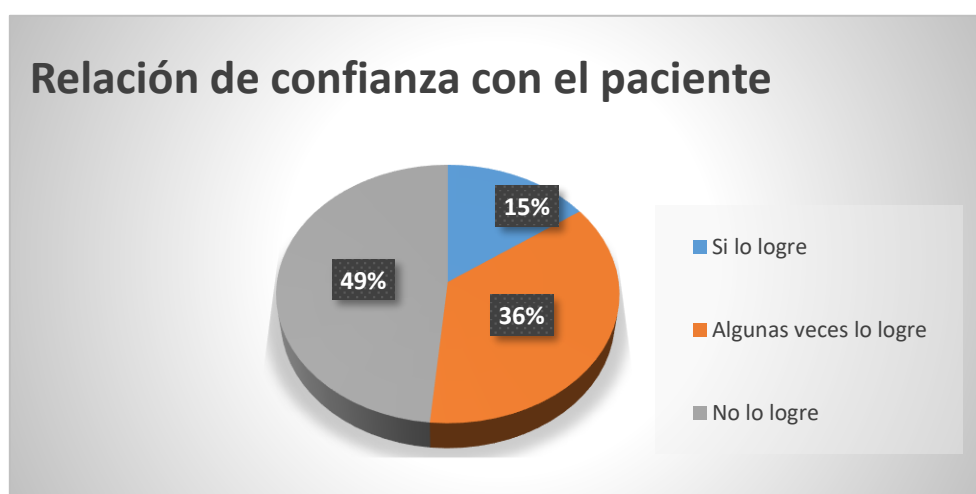
Análisis de datos: ante la pregunta “¿Le interesa a usted aprender a comunicarse a través de la Lengua de Señas?”, el 97% de los encuestados expresó que sí le interesa, mientras que el 3% indicó que no le interesa aprender a comunicarse mediante la Lengua de Señas Argentina.

Tabla N° 24: distribución de frecuencias acerca de la relación de confianza con el paciente, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplicó una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.

Variable	Cantidad	f	f_1
Si lo logre	5	5	0.1515
Algunas veces lo logre	12	12	0.3636
No lo logre	16	16	0.4848
Total	33	33	-

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N° 24: distribución de porcentajes acerca de la relación de confianza con el paciente, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplicó una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.



Análisis de datos: Ante la pregunta “Al no poder comunicarse a través del mismo lenguaje, ¿usted logró entablar una relación de confianza con el paciente?”, el 15% de los encuestados indicó que sí logró establecer una relación de confianza.

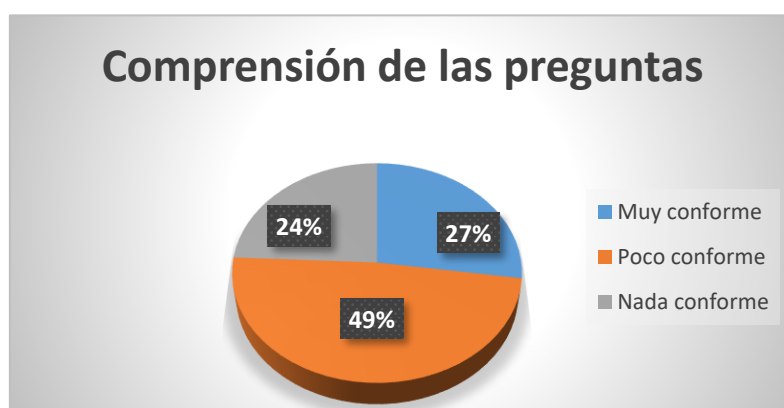
El 49% informó que no logró establecerla y el 36% manifestó haberlo conseguido solo en algunas ocasiones con el paciente hipoacúsico.

Tabla N° 25: distribución de frecuencias acerca de la comprensión de las preguntas, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplico una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.

Variable	Cantidad	f	f_1
Muy conforme	9	9	0.2727
Poco conforme	16	16	0.4848
Nada conforme	8	8	0.2424
Total	33	33	-

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N° 25: distribución de porcentajes acerca de la comprensión de las preguntas, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplico una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.



Análisis de datos: ante la pregunta “¿Se sintió usted conforme con la comprensión del paciente respecto a las preguntas del checklist?”, el 73% de los encuestados manifestó algún grado de insatisfacción o duda respecto a la efectividad de la comunicación: el 49% se declaró poco conforme y el 24% nada conforme con el nivel de comprensión del paciente.

Solo el 27% expresó sentirse muy conforme con la comprensión de las preguntas por parte del paciente hipoacúsico.

Tabla N° 26: distribución de frecuencias acerca de la implementación de un checklist con dibujos, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplicó una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.

Variable	Cantidad	f	f_1
Si ayuda	31	31	0.9393
Ayuda un poco	2	2	0.0606
No ayuda	0	0	0
Total	33	33	-

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N° 26: distribución de porcentajes acerca de la implementación de un checklist con dibujos, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplicó una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.



Análisis de datos: Ante la pregunta “¿Cree usted que un checklist con dibujos ayudaría a brindar información de forma más efectiva?”, los resultados muestran un amplio consenso entre los profesionales, ya que el 94% considera que sería de gran ayuda incorporar recursos visuales en los protocolos de comunicación preoperatoria.

Un pequeño porcentaje (6%) opina que “ayudaría un poco” y ningún encuestado (0%) considera que no ayudaría.

Tabla N° 27 distribución de frecuencias acerca del método para comunicarse, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplico una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.

Variable	Cantidad	f	f_1
Hablar lento	1	1	0.0303
Escribir o dibujar	20	20	0.6060
Que un familiar intérprete	12	12	0.3636
Total	33	33	-

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N° 27: distribución de porcentajes acerca del método para comunicarse, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplico una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.



Análisis de datos: ante la pregunta “¿Qué método cree usted que es más efectivo para comunicarse con un paciente con pérdida auditiva grave?”, el 61% de los encuestados consideró que escribir o dibujar es el método más efectivo.

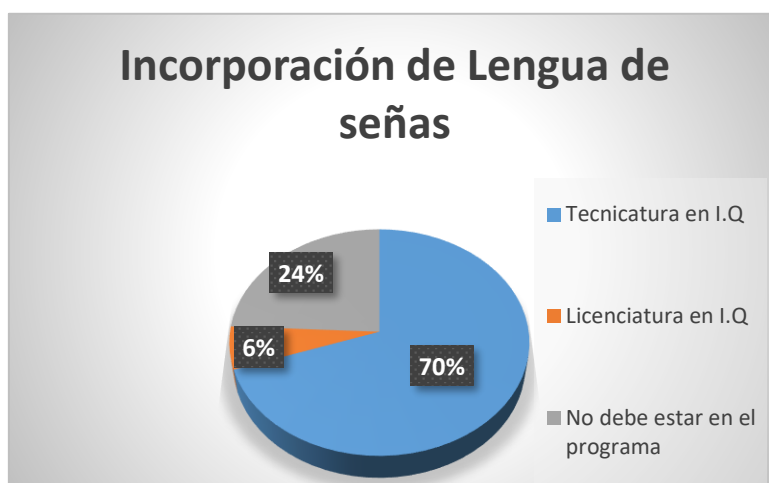
El 36% refirió recurrir al apoyo de un familiar y el 3% confía en la comunicación verbal modulada.

Tabla N° 28: distribución de frecuencias acerca de la incorporación de la Lengua de señas, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplicó una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.

Variable	Cantidad	f	f_1
Tecnicatura en I. Q	23	23	0.6969
Licenciatura en I. Q	2	2	0.0606
No debe estar en el programa	8	8	0.2424
Total	33	33	-

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N° 28: distribución de porcentajes acerca de la incorporación de la Lengua de señas, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplicó una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.



Análisis de datos: ante la pregunta “¿En qué programa de formación considera usted que sería necesario incorporar la materia Lengua de Señas?”, los resultados evidencian una tendencia marcada hacia la incorporación temprana de la formación en Lengua de Señas Argentina (LSA) dentro del trayecto educativo inicial, es decir, en la Tecnicatura (70%).

Un 6% sugiere incluirla en la Licenciatura y el 24% no considera necesaria la incorporación de la materia Lengua de Señas Argentina en el programa de formación de instrumentación quirúrgica.

Tabla N° 29: distribución de frecuencias acerca de LSA y la confianza del paciente, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplico una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.

Variable	Cantidad	f	f_1
Si influye	28	28	0.8484
A veces influye	5	5	0.1515
No influye	0	0	0
Total	33	33	-

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N° 29: distribución de porcentajes acerca de LSA y la confianza del paciente, según técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, en diciembre del 2025. A quienes se les aplico una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.



Análisis de datos: Ante la pregunta “¿Cree usted que estar capacitado en Lengua de Señas influye en la confianza del paciente?”, los resultados reflejan un alto consenso entre los profesionales, ya que el 85% considera que la capacitación en Lengua de Señas Argentina (LSA) influye positivamente en la confianza del paciente.

Un 15% opina que dicha capacitación “a veces influye”, mientras que ningún encuestado (0%) considera que no influya.

Conclusión

El análisis de los resultados obtenidos evidencia una marcada conciencia profesional acerca de la importancia de la comunicación efectiva dentro del ámbito quirúrgico, así como de su impacto directo en la seguridad del paciente y la calidad del servicio brindado.

La mayoría de los encuestados (67%) reconoce que una comunicación fluida con el paciente hipoacúsico es difícil de lograr, y solo un 12% señala haber podido comunicarse sin inconvenientes.

Un 54% expresa haber logrado comunicarse, pero con dificultades, mientras que un 33% directamente no pudo establecer comunicación efectiva. Estos datos reflejan con claridad la presencia de barreras comunicacionales significativas en el entorno quirúrgico.

Asimismo, la falta de formación específica se evidencia en que ningún profesional sabe comunicarse mediante Lengua de Señas Argentina (LSA) con fluidez y solo el 33% posee conocimientos básicos insuficientes.

Pese a esta limitación, la predisposición a capacitarse es notable: el 97% manifestó interés en aprender LSA, lo que representa una oportunidad institucional clave para fortalecer la accesibilidad y mejorar el vínculo con el paciente.

En concordancia, el 85% considera que estar capacitado en LSA influye directamente en la confianza del paciente, reforzando la necesidad de incorporar estas herramientas de manera formal en la formación.

Los resultados también muestran que la construcción de un vínculo de confianza se ve fuertemente afectada por la barrera lingüística.

Solo un 15% logró establecer una relación de confianza con el paciente hipoacúsico, mientras que un 49% no pudo lograrla, y un 36% lo consiguió solo en algunas ocasiones.

Este hallazgo subraya que la comunicación accesible no solo facilita la transferencia de información, sino que también cumple un rol esencial en la contención emocional y la seguridad percibida por el paciente.

Por otra parte, la experiencia previa también es limitada: aunque el 76% de los instrumentadores ha tenido algún contacto con pacientes hipoacúsicos, la mayoría lo hizo de manera esporádica, lo que reduce la posibilidad de desarrollar habilidades comunicativas sólidas.

Esto se suma al hecho de que más de la mitad de los encuestados (52%) no contó con ningún intérprete durante la comunicación preoperatoria, debiendo recurrir en un 39% de los casos a familiares del paciente para cumplir ese rol, una práctica que compromete la confidencialidad y la autonomía del paciente.

En conjunto, los datos reflejan que, si bien existe una clara valoración de la comunicación efectiva y un fuerte interés en adquirir nuevas competencias inclusivas, persisten brechas estructurales en la formación y en los protocolos comunicacionales dentro del entorno quirúrgico.

Este escenario reafirma la necesidad de incorporar estrategias accesibles —como la enseñanza formal de LSA, la disponibilidad de intérpretes, el uso de apoyos visuales y el desarrollo de herramientas gráficas o tecnológicas— para garantizar una atención quirúrgica más segura, humanizada e inclusiva.

Propuesta de mejora

Implementación gradual de herramientas visuales e interactivas para optimizar la comunicación con pacientes hipoacúsicos en el área quirúrgica.

A partir de los resultados obtenidos en esta investigación, se propone desarrollar e implementar una estrategia de mejora orientada a fortalecer la comunicación preoperatoria con pacientes hipoacúsicos mediante el uso de recursos visuales accesibles.

Dada la dificultad identificada en el personal para comunicarse de manera efectiva con esta población y la ausencia de herramientas institucionales específicas, se plantea una propuesta en dos etapas progresivas:

1. Primera etapa: Desarrollo y validación de un checklist visual con pictogramas.

Como intervención inicial, se propone la creación de un checklist preoperatorio ilustrado, compuesto por dibujos simples y universalmente comprensibles que representen las preguntas esenciales del protocolo de ingreso al quirófano (ayuno, elementos metálicos, alergias, medicación, acompañante, entre otros).

Este recurso visual será utilizado como prueba piloto para evaluar si los pacientes hipoacúsicos comprenden con mayor claridad las indicaciones y preguntas del equipo quirúrgico cuando estas se presentan de forma gráfica.

La instrumentadora quirúrgica será la responsable de manipular el checklist, señalar las opciones y registrar las respuestas del paciente.

La implementación de este primer dispositivo permitirá analizar la viabilidad, el nivel de comprensión, la aceptación y el impacto en la seguridad comunicacional durante la preparación preoperatoria.

Protocolo de Uso del Checklist Visual Preoperatorio para Pacientes Hipoacúsicos

Objetivo

Estandarizar la comunicación preoperatoria mediante un checklist visual con pictogramas, garantizando que los pacientes hipoacúsicos comprendan de manera clara, accesible y segura las indicaciones previas al ingreso al quirófano.

Procedimiento

Antes de iniciar

- Presentarse al paciente y explicarle (con apoyo gestual) que se utilizará un material visual para comunicarse mejor.
- Asegurar un ambiente tranquilo, iluminado y sin interrupciones.
- Ubicarse frente al paciente para favorecer la lectura labial si corresponde.

Uso del checklist visual

- Mostrar el checklist completo, señalando cada pictograma.
- Leer o señalar la pregunta correspondiente (por ejemplo, ayuno, medicación, alergias, acompañante).
- Indicar al paciente que responda mediante:
 - Señalar “Sí” o “No”.
 - Asentir o negar con gestos.
 - Escribir brevemente si desea aportar información adicional.
- Verificar comprensión utilizando la técnica “mostrar-confirmar”: Repetir la respuesta del paciente en voz clara y pausada (“Entonces, no tomaste medicación hoy, ¿correcto?”).
- Registrar cada respuesta en la hoja preoperatoria.

Finalización

- Revisar junto al paciente que todas las preguntas estén completas.
- Agradecer su colaboración y explicar brevemente el paso siguiente (traslado, espera, ingreso).
- Guardar el checklist en la carpeta correspondiente, para que el equipo quirúrgico pueda consultarlo.

Consideraciones de Seguridad

- En caso de duda sobre la respuesta, repetir la pregunta con apoyo visual o escrito.
- Si el paciente utiliza lengua de señas y el equipo no la domina, usar recursos visuales adicionales o solicitar intérprete si está disponible.
- No omitir preguntas por asumir que el paciente comprende: se debe verificar cada punto.

Indicadores de Evaluación

- Tiempo promedio del procedimiento de comunicación.
- Porcentaje de checklist completados correctamente.
- Percepción del paciente (escala visual de comprensión).
- Eventos adversos relacionados con fallas comunicacionales.

Resultados esperados

- Mayor claridad en las indicaciones preoperatorias.
- Reducción de errores derivados de la comunicación.
- Mayor autonomía, participación y tranquilidad del paciente hipoacúsico.
- Estandarización del proceso entre todo el equipo quirúrgico.

2. Segunda etapa: Diseño de una aplicación interactiva multilingüe y accesible.

En una fase posterior —y solo si la prueba piloto demuestra mejoras significativas en la comunicación y comprensión del paciente— se proyecta el desarrollo de una aplicación digital interactiva destinada a tabletas disponibles en el quirófano.

Esta aplicación contará con:

- Videos explicativos en Lengua de Señas Argentina (LSA).
- Opciones de audio y subtítulos para personas con hipoacusia parcial.
- Diferentes idiomas, permitiendo su uso también en pacientes extranjeros o con barreras idiomáticas.
- Animaciones amigables, como personajes o figuras que presenten cada pregunta de forma clara y accesible (por ejemplo, un personaje infantil que señale “¿Cuándo fue la última vez que comiste?”).

La instrumentadora quirúrgica tendría el control de la tableta, seleccionando las preguntas pertinentes y permitiendo que el paciente responda mediante opciones táctiles simples. El registro quedará almacenado en un formato estandarizado para su uso por parte de todo el equipo quirúrgico.

Impacto esperado

La aplicación de esta propuesta de mejora permitirá:

- Aumentar la comprensión del paciente hipoacúsico durante la entrevista preoperatoria.
- Reducir errores comunicacionales y riesgos asociados.
- Promover una atención más humanizada, accesible e inclusiva.
- Brindar al personal herramientas concretas para mejorar su práctica diaria.
- Unificar los protocolos comunicacionales dentro del quirófano.

En conjunto, esta propuesta busca fortalecer la seguridad del paciente, promover la equidad en la atención y avanzar hacia una mayor accesibilidad comunicacional en el ámbito quirúrgico.

Consideraciones éticas

El presente trabajo se desarrolló respetando los principios éticos fundamentales de la investigación en salud: **respeto por las personas, beneficencia y justicia**, conforme a los lineamientos del **Código de Ética de la Asociación Médica Mundial (Declaración de Helsinki)** y a las **normas nacionales vigentes**.

Dado que la investigación no involucró intervención directa con pacientes, sino el análisis de información de carácter académico y datos de dominio público, no se consideró necesario requerir autorización de un comité de ética hospitalario. No obstante, se garantizó en todo momento la **confidencialidad de la información**, evitando la inclusión de datos personales que pudieran permitir la identificación de individuos o instituciones.

El instrumento de recolección de datos fue administrado de manera voluntaria, garantizando el **consentimiento informado implícito** de los participantes, quienes fueron previamente informados sobre los objetivos del estudio, la finalidad académica de los resultados y la utilización anónima de las respuestas.

Asimismo, se respetaron los principios establecidos en la **Ley Nacional N.º 25.326 de Protección de los Datos Personales**, la **Ley N.º 26.529 de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado**, y las disposiciones del **Comité de Bioética de la Universidad Abierta Interamericana**.

Finalmente, se declara que el presente trabajo es de **autoría original**, no contiene plagio y fue elaborado exclusivamente con fines académicos, respetando la propiedad intelectual según la **Ley N.º 11.723 de Derechos de Autor**.

Referencias bibliográficas:

1. Geiger TR, Bradac JJ. Contemporary perspectives on interpersonal communication. London: Edward Arnold; 1981.
2. Shannon CE, Weaver W. The mathematical theory of communication. Urbana: University of Illinois Press; 1949.
3. Agencia comma. Comunicación no verbal [internet]: Comma; 2025.
4. Esteban LG, Posada IE. Barreras comunicativas entre personas sordas y oyentes LGBTI del centro comunitario chapinero, Bogotá. Horizontes pedagógicos. 2012;14(1):158-9.
5. Jódar Marín, Juan Á. (2012). "La Comunicación Digital: Nuevas Posibilidades y Rigor Informativo." Razón y Palabra, (81), 1-13.
6. Manual MSD (versión para profesionales). Trastornos otorrinolaringólogos - Hipoacusia [internet]: Manual MSD; 2024.
7. Bureau International d'Audiophonologie (BIAP). CT-02 Clasificación de las deficiencias auditivas [Internet]: BIAP; 2018.
8. Señas de comunicación. La interpretación está en tus manos [internet] Lengua de señas; 2025.
9. Gobierno de la nación Argentina. Ley 27710 [internet]; Normativas; 2023.
10. Gobierno de la nación Argentina. Ley 26529 [internet]; Normativas; 2009.
11. Calderón Valencia DM, Tovar Cuevas LM. Representaciones sociales del profesional de enfermería frente a la atención en salud al paciente sordo. Cienc Cuid. 2013;10(2):29–38.
12. Ule R. Cómo comunicarse con un paciente sordo. Diario Enfermero [Internet]. 2022.
13. Enfermería21. La gran mayoría del sector sanitario no está preparado para comunicarse con pacientes sordos ni con aquellos que utilicen la LSE como sistema de comunicación. Diario DICEN [Internet]. 2023.

14. Universidad de Buenos Aires. Curso de LSA para el personal de salud. FMED [Internet] 2023.
15. Universidad Nacional de Quilmes. Se incorpora en las curriculas una materia electiva de lengua de señas argentinas. UNQ [Internet] 2022.
16. Red de bienestar universitario. Materia optativa lengua de señas. CIN [Internet] 2023.

Anexo 1

Cronograma de actividades

ACTIVIDAD	Inicio	16/8/2025	23/8/2025	30/8/2025	6/9/2025	13/9/2025	20/9/2025	27/9/2025	4/10/2025	11/10/2025	18/10/2025	25/10/2025	1/11/2025	8/11/2025	15/11/2025	22/11/2025	29/11/2025
1: Presentacion de la asignatura, modalidad de cursada, y evaluacion.	16/8/2025	X															
2: Realizacion de registro y busqueda de bibliografia, eleccion del tema	23/8/2025		X														
3: Indagacion sobre la viabilidad del tema seleccionado	30/8/2025			X													
4: Presentacion de la Guia para construir el TIF.	6/9/2025				X												
5: Introduccion: Justificacion, Planteo del problema.	13/9/2025					X											
6: Objetivos general y especificos	20/9/2025						X										
7: Presentacion del marco teorico	27/9/2025							X									
8: Aprobacion del marco teorico	4/10/2025								X								
9: Abordaje metodologico	11/10/2025									X							
10: Analisis de variables, operacionalizacion	18/10/2025										X						
11: Realizacion de instrumento de recoleccion de datos. Prueba del formulario google forms	25/10/2025											X					
12: Recoleccion y analisis de la informacion	1/11/2025												X				
13: Realizacion de tablas y graficos	8/11/2025													X			
14: Analisis de resultados. Conclusion. Propuesta de mejora. Bibliografia	15/11/2025														X		
15: Presentacion del TF completo y power point para la defensa.	22/11/2025															X	
16: Entrega del Trabajo Final en UAI Ultra	29/11/2025																R

Anexo 2

Instrumento de recolección de datos

1) Edad

21 a 30 años
31 a 40 años
41 a 50 años
51 en adelante

2) Sexo

Femenino
Masculino

3) Nivel educativo alcanzado

Tecnicatura
Licenciatura

4) Cantidad de años ejerciendo

1 a 5 años
6 a 10 años
11 a 15 años
16 a 20 años
Más de 21 años

5) ¿Usted cree que una comunicación efectiva influye directamente en la seguridad del paciente?

Si influye
Influye muy poco
No influye

- 6) ¿Usted cree que es importante a la hora de hablar con un paciente hipoacúsico profundo la comunicación no verbal?
- Muy importante
 - Poco importante
 - Nada importante
- 7) ¿Cree usted que la comunicación no verbal es igual de importante que la verbal?
- Ambas son importantes
 - La verbal es más importante
 - La no verbal es más importante
 - Ninguna es importante
- 8) ¿Usted ha identificado situaciones en su área de trabajo que considera podrían mejorarse?
- Sí identifique algunas
 - No identifique ninguna
- 9) ¿Usted considera que en su institución de trabajo existe un espacio formal para presentar propuestas de mejora?
- Sí lo considero
 - No lo considero
- 10) Cuando usted presenta ideas de mejora, ¿siente que son escuchadas por sus superiores?
- Siempre son escuchadas
 - A veces son escuchadas
 - Nunca son escuchadas

11) ¿Qué tan importante cree usted que es fomentar la participación del personal en las propuestas de mejoras dentro del área de trabajo?

Muy importante

Poco importante

Nada importante

12) ¿Usted considera que en su área de trabajo se aplican prácticas de mejora continua?

Se aplican de manera sistemática

Se aplican, pero de forma ocasional

No se aplican

13) ¿Usted considera que se evalúa la calidad de los procesos de manera frecuente en su área de trabajo?

Sí lo considero

A veces lo considero

No lo considero

14) ¿Cree usted que la implementación de acciones de mejora continua impacta positivamente en la calidad del servicio que se brinda?

Sí lo creo

En parte lo creo

No lo creo

15) ¿Presenció usted alguna situación de riesgo derivada de una mala comunicación en el quirófano?

Presencie muchas situaciones

Presencie pocas situaciones

Nunca he presenciado

16) ¿Piensa usted que existen jerarquías que dificultan la comunicación abierta en el equipo quirúrgico?

Si, nunca puedo comunicar las cosas

Depende del equipo con el que se trabaje

No, cada integrante puede expresarse libremente

17) ¿Cree usted que la incorporación de Software de checklist sería útil?

Si, muy útil

Nada útil

18) ¿Considera usted que la capacitación en comunicación efectiva debería formar parte obligatoria del entrenamiento quirúrgico?

Si, es sumamente necesaria

Si, pero no de forma obligatoria

No es necesario

19) ¿Ha presenciado usted alguna intervención quirúrgica con pacientes hipoacúsicos?

Presencie muchas intervenciones

Presencie muy pocas intervenciones

No he presenciado ninguna

20) ¿Cómo considera que fue la comunicación de usted con el paciente hipoacúsico?

Pude comunicarme sin dificultades

Tuve algunas dificultades, pero logré comunicarme

No logré comunicarme

21) ¿Conto con la ayuda de algún interprete al intentar comunicarse usted con pacientes hipoacúsicos?

Si, interprete de la clínica

Un familiar realizo ese rol

No conté con ayuda

22) ¿Sabe usted comunicarse a través de la Lengua de Señas?

Sé comunicarme con fluidez

Sé comunicarme, pero con dificultad

No sé comunicarme

23) ¿Le interesa a usted aprender a comunicarse a través de la lengua de señas?

Si me interesa

No me interesa

24) Al no poder comunicarse a través del mismo lenguaje ¿usted logro entablar una relación de confianza con el paciente?

Si lo logre

Algunas veces lo logre

No lo logre

25) ¿Se sintió usted conforme con la comprensión del paciente con las preguntas del checklist?

Muy conforme

Poco conforme

Nada conforme

26) ¿Cree usted que un checklist con dibujos ayudaría a brindar información de forma más efectiva?

Si ayuda

Ayuda un poco

No ayuda

27) ¿Qué método cree usted que es más efectivo para comunicarse con un paciente con pérdida auditiva grave?

Hablar lento y modulando bien

Escribir o dibujar

Que un familiar sea de interprete

28) ¿En qué programa de formación considera usted que sería necesario incorporar la materia Lengua de Señas?

Tecnicatura en instrumentación quirúrgica

Licenciatura en instrumentación quirúrgica

No debe estar en el programa de la carrera de instrumentación quirúrgica

29) ¿Cree usted que estar capacitado en Lengua de Señas influye en la confianza del paciente?

Si influye

A veces influye

No influye

Anexo 3

Matriz de datos



Anexo 4

Propuesta de mejora

Checklist

	¿Comió algo?	☐	☐
		Sí	No
	¿Bebiste algo?	☐	☐
		Sí	No
	¿Tienes alergias?	☐	☐
		Sí	No
	¿Alguien te acompaña hoy?	☐	☐
		Sí	No
	¿Tomas algún medicamento?	☐	☐
		Sí	No



Anexo 5

Autorización de uso de redes sociales

RE: Solicitud de confirmación sobre autorización para difusión de encuesta

Desde Burda, Jose <Jose.Burda@UAI.edu.ar>

Fecha Jue 6/11/2025 13:22

Para Valdes, Belen Denis <BelenDenis.Valdes@alumnos.uai.edu.ar>

CC Basconcel, Braian Nahuel <Braian.Basconcel@UAI.edu.ar>; Barroetavena, Patricia Veronica <PatriciaVeronica.Barroetavena@UAI.edu.ar>; Montenegro, Marcelo Claudio <MarceloClaudio.Montenegro@UAI.edu.ar>

Estimada estudiante, ante algunos contratiempos que se han presentado por cuestiones formales con las instituciones médicas conveniadas y con la finalidad de evitar perjuicios en la prosecución de sus trabajos finales, defensa y consecuente graduación, se ha decidido habilitar temporalmente el uso de redes sociales bajo supervisión docente, hasta tanto se subsanen los inconvenientes planteados.

Saludos.

Lic. Jose Burda

Secretario Académico de Licenciatura en Instrumentación Quirúrgica
Buenos Aires
jose.burda@uai.edu.ar

UAI Universidad
Abierta
Interamericana



uai.edu.ar



uai_univ