Ciclo de Complementación Curricular
Licenciatura en Instrumentación Quirúrgica

Trabajo Final Integrador

Autora: Nadia Morcella

BARRERAS DE LA INCLUSIÓN

Análisis de la comunicación preoperatoria y propuestas de estrategias basadas en lengua de señas para pacientes sordos, 2025

2026

Tutora: Lic. Karina Ceballos

Citar como: Morcella N. Barreras de la inclusión: análisis de la comunicación preoperatoria y propuestas de estrategias basadas en lengua de señas para pacientes sordos, 2025. [Trabajo Final de Grado]. Buenos Aires: Universidad ISALUD; 2026.

REPOSITORIO INSTITUCIONAL DIGITAL (RID ISALUD)

BIBLIOTECA ISALUD
DR. NÉSTOR RODRÍGUEZ CAMPOAMOR
VENEZUELA 847, CABA.

RESUMEN

En el centro quirúrgico de un hospital público se reciben diariamente una cantidad de personas de diversas características e individualidades. La comunicación efectiva entre el equipo de salud y el paciente es un factor importante y determinante en la atención. A través del lenguaje (oral, corporal, gestual) se otorga información y herramientas para enfrentar el proceso de enfermedad, generando confianza y bienestar emocional y físico en el paciente. Sin embargo, las personas sordas enfrentan obstáculos significativos debido a la ausencia de profesionales capaces de solventar las barreras de lenguaje y lograr una buena comunicación a fin de satisfacer sus necesidades. A través de un análisis descriptivo y observacional se identifican las principales barreras en la comunicación entre el equipo de salud interviniente y el paciente sordo en las etapas preoperatorias del proceso quirúrgico, asimismo se proponen estrategias inclusivas basadas en la incorporación de la Lengua de Señas, sensibilización del personal, y el desarrollo de protocolos institucionales que promuevan el acceso comunicacional. El trabajo concluye destacando la necesidad de políticas de inclusión sostenibles que garanticen el derecho a una atención equitativa, fortaleciendo la competencia comunicativa del equipo interdisciplinario y fomentando un modelo de salud verdaderamente inclusivo.

Palabras claves: comunicación efectiva, protocolos institucionales, barreras del lenguaje, bienestar emocional, calidad de atención, lengua de seña, inclusión.

ABSTRACT

In the surgical center of a public hospital, a number of people of various characteristics and individuals are received daily. Effective communication between the health team and the patient is an important and determining factor in care. Through language (oral, body, tacit) information and tools are provided to face the disease process, generating confidence and emotional and physical well-being of the patient. However, deaf people face significant obstacles due to the absence of professionals capable of solving language barriers and achieving good communication in order to meet their needs. Through a descriptive and observational analysis, the main barriers in communication between the intervening health team and the deaf patient in the preoperative stages of the surgical process are identified, and inclusive strategies are also proposed based on the incorporation of Sign Language, staff awareness, and the development of institutional protocols that promote communication access. The work concludes by highlighting the need for sustainable inclusion policies that guarantee the right to equitable care, strengthening the communicative competence of the interdisciplinary team and promoting a truly inclusive health model.

Keywords: effective communication, institutional protocols, language barriers, emotional well-being, quality of care, sign language, inclusion.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN 5
   1.1.Planteamiento del problema 6
   12.Pregunta principal 6
   1.3.subpreguntas 7
   1.4.Justificación 7
2. OBJETIVOS 7
   2.1.Objetivos generales 7
   2.2.Objetivos específicos 7
3. MARCO TEÓRICO 8
   3.1. Salud como derecho 8
   3.2.¿sordo, sordo-mudo, o hipoacúsico? 8
   3.3.El centro quirúrgico 9
   3.4.Consideraciones generales para el centro quirúrgico y las unidades funcionales 10
   3.5.Personal del bloque quirúrgico 11
   3.6.Etapas del proceso quirúrgico y responsabilidades del equipo interdisciplinario 11
   3.7. La comunicación en el ámbito de la salud 13
   3.8.Variables de estudio 13
   3.9.Operacionalización de variables 14
4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN 14
   4.1. Población 15
   4.2. Criterios de inclusión 15
   4.3.Criterios de exclusión 15
   4.4.Muestra 15
   4.5.Técnica 15
5. RESULTADOS 16
6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS 23
7. CONCLUSIÓN 24
8. RECOMENDACIONES FINALES 24
9. REFERENCIAS 26
10. ANEXOS 27

1. INTRODUCCIÓN

La inclusión en el ámbito de la salud es un pilar fundamental para garantizar el acceso equitativo de la población a los servicios hospitalarios. En este contexto las personas con sordera enfrentan desafíos particulares que limitan su participación plena y segura dentro del sistema de atención médica. Una de las principales dificultades la encontramos en la comunicación preoperatoria, entendida como el conjunto de interacciones entre el personal de salud y el paciente antes de la etapa intraoperatoria y postoperatoria.

Durante este proceso la comunicación clara y efectiva es esencial para reducir la ansiedad del paciente, transmitir información relevante del procedimiento quirúrgico y los antecedentes clínicos del paciente, para reafirmar el consentimiento informado y prevenir errores médicos. Sin embargo, cuando el paciente presenta sordera la falta de herramientas y/o estrategias de comunicación del personal, acompañado de la falta de protocolos específicos, puede convertirse en una barrera de inclusión, afectando la calidad de atención y comprometiendo el derecho del paciente.

El presente trabajo surge de la necesidad de visualizar las dificultades comunicacionales que enfrentan las personas sordas dentro del sistema de salud, especialmente en momentos vulnerables como lo es un proceso quirúrgico. En la práctica cotidiana se observa que ante el desconocimiento, la atención se base en la improvisación como mímicas, notas escritas, entre otras, acciones que no son sostenible ni seguras, y que puede llevar a malas interpretaciones tanto a los pacientes sobre los procedimientos quirúrgicos a realizar y al personal sobre información esencial del paciente.

A pesar de los marcos normativos y legales, las personas sordas continúan enfrentando barreras comunicacionales dentro de los servicios sanitarios.

Por ello, este trabajo nace de la motivación personal y profesional de contribuir a construir un sistema de salud más humanizado e inclusivo, donde la comunicación sea un puente y no un obstáculo, para poder acompañar al paciente en todos los estudios o procedimientos que tenga que realizarse de la mejor manera.

En resumen, esta investigación se enfoca en un marco descriptivo y observacional con el propósito de analizar las barreras de comunicación existentes en la atención preoperatoria de pacientes sordos en el quirófano del Hospital Interzonal General de Agudos San Roque de Gonnet, de la ciudad de La Plata y proponer estrategias inclusivas basadas en la Lengua de

Señas Argentina (LSA) dentro del equipo de salud. Buscando de esta manera una atención más empática, segura, y equitativa, contribuyendo al fortalecimiento de una cultura sanitaria inclusiva.

Para ello, en los siguientes apartados se presenta el problema a investigar, los objetivos generales y específicos planteados, la justificación del estudio, y el marco teórico que lo sustenta. Posteriormente se desarrolla un análisis utilizando una metodología seleccionada acorde al trabajo, con el fin de llegar a una conclusión y aportes relevantes.

Finalmente se incluye la bibliografía empleada en el proceso de la investigación

1.1 Planteamiento del Problema

En el ámbito de la salud, la comunicación efectiva entre el paciente y el equipo de salud es un componente esencial para garantizar la calidad de atención, el bienestar y la seguridad del paciente. Sin embargo, en el Hospital Interzonal General de Agudos San Roque de Gonnet se ha observado dificultades en la comunicación con pacientes sordos, surgiendo barreras en la comunicación que dificultan la comprensión mutua y transmisión de información durante el proceso quirúrgico, específicamente en momentos previos a la cirugía.

En estos casos los pacientes se enfrentaron a situaciones donde no siempre pudieron expresar sus necesidades o comprender las indicaciones médicas de manera clara. Esta falla en la comunicación provoca al paciente estrés, inseguridad, ansiedad, y puede provocar errores en la atención médica, cómo no comprender alergias, medicamentos que utiliza el paciente, o simplemente inquietudes, entre otras. Estas dificultades revelan la ausencia de protocolos inclusivos estandarizados, lo que genera la necesidad de diseñar estrategias de comunicación accesibles que garanticen el derecho del paciente a comprender y consentir los procedimientos quirúrgicos.

1.2 Pregunta Principal

¿ Cuáles son las principales barreras comunicacionales durante el proceso preoperatorio con pacientes sordos en el Hospital Interzonal General de Agudos San Roque de Gonnet, en la ciudad de La Plata, en el periodo de octubre a noviembre del año 2025?

1.3 Subpreguntas

¿ Qué nivel de conocimiento o preparación tiene el personal de quirófano respecto al uso de Lenguas de Seña y la atención inclusiva?

¿ Qué estrategias comunicacionales podrían implementarse para mejorar la interacción entre el equipo de quirófano y los pacientes sordos en un contexto preoperatorio?

1.4 Justificación de la Investigación

La relevancia de la investigación radica en que frente a esta realidad, surge la necesidad de analizar las causas y consecuencias de las barreras comunicacionales presentes en el Hospital San Roque de Gonnet que afecta a los pacientes sordos durante el proceso preoperatorio, así como de explorar estrategias inclusivas que fortalezcan la comunicación efectiva entre el personal del quirófano y el paciente. De esta manera, este estudio busca generar evidencia que contribuya a la implementación de protocolos inclusivos y capacitaciones en Lengua de Señas Argentino (LSA) para el personal quirúrgico, promoviendo una atención accesible, equitativa y respetuosa a los derechos de las personas sordas.

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Objetivo General

Analizar las barreras de comunicación presentes en la etapa preoperatoria con pacientes sordos, y proponer estrategias inclusivas basada en la Lengua de Señas Argentina (LSA) de quirófano en el Hospital Interzonal General de Agudos San Roque de Gonnet, de la ciudad de La Plata, en el periodo de Octubre a Noviembre del año 2025.

2.2 Objetivos Específicos

1. Identificar las principales barreras comunicacionales entre el equipo quirúrgico y los pacientes sordos durante la etapa preoperatoria.
2. Describir el nivel de conocimiento del personal quirúrgico al uso de la Lengua de Señas Argentina (LSA) y atención inclusiva.

3. Proponer un conjunto de estrategias y protocolos comunicacionales que mejoren la accesibilidad y calidad de atención en el contexto preoperatorio.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 La salud como derecho

La salud es un derecho humano fundamental que debe garantizarse de manera equitativa y sin discriminacion. El concepto de salud inclusiva surge como una perspectiva que promueve el acceso universal, donde todas las personas con o sin discapacidad[1] tienen un acceso pleno y equitativo a la atención médica.

Para que esto sea una realidad, hay que identificar y abordar las desigualdades existentes, eliminar esas barreras ya sean físicas, comunicacionales y actitudinales para adaptarse a las necesidades particulares de cada persona.

La inclusión no solo implica adaptar los procedimientos y entornos, sino también fortalecer la participación activa del paciente en la toma de decisiones sobre su cuerpo o procedimientos a realizar, favoreciendo su empoderamiento y autonomía.

Cada atención médica debe poder garantizar que cada persona pueda comprender, expresarse y ser comprendida, asegurando una comunicación efectiva, segura y humanizada. En este contexto, se identifica que uno de los mayores desafíos para lograr un sistema de salud como el mencionado se presenta en la comunicación con las personas sordas, especialmente en circunstancias críticas como etapas preoperatorias, donde la comprensión y el consentimiento informado son fundamentales.

3.2 Sordo, sordo-mudo, o hipoacúsico

Al referirse a este grupo poblacional es importante usar una terminología adecuada y respetuosa. En el presente trabajo se utiliza el término de persona sorda para designar a quienes presentan pérdida parcial o total de la audición. Según la Confederación Argentina de Sordos (CAS) el uso del término Sordomudo debe ser evitado porque se considera

[1] Situación de una persona que, por sus condiciones físicas, sensoriales, intelectuales o mentales duraderas, encuentra dificultades para su participación e inclusión social. (Definiciones de la Real Academia Española)

inapropiado y discriminatorio, rechazado por la comunidad sorda porque no los representa ni se sienten identificados, ya que las personas sordas no son mudas, poseen la capacidad del habla aunque su forma natural de comunicación es el Lenguaje de Señas, el cual constituye un lenguaje visual, gestual y espacial con gramática propia. Por otro lado está el término de hipoacusia, que corresponde específicamente al ámbito médico y condiciona a las personas según su grado o tipo de pérdida. Aunque existen quienes tengan una leve pérdida y prefieren denominarse como hipoacúsicos este trabajo será enfocado a la comunidad sorda, sin importar el grado de hipoacusia, utilizan el lenguaje visual de manera cotidiana (La Lengua de Señas Argentina).

En Argentina, la Lengua de Señas Argentina (LSA) fue reconocida oficialmente como "lengua natural y originaria de la comunidad sorda que conforma un legado histórico inmaterial como parte de la identidad lingüística y la herencia cultural de las personas sordas en todo el territorio de la Nación Argentina, y que garantiza su participación e inclusión plena, como así también de las personas que, por cualquier motivo, elijan comunicarse en dicha lengua", (Ley 27.710, 2023).

Por otro lado, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)[2] de la Organización de las Naciones Unidas (ONU)[3] protege legalmente sus derechos en igualdad de condiciones como trabajo, educación y salud, reconoce la importancia de la Lengua de Señas y la cultura sorda, lo que obliga a los estados a tomar medidas como la creación de leyes, fomentar la accesibilidad y garantizar sus derechos y su participación en la sociedad.

3.3 El centro quirúrgico

El centro quirúrgico de un establecimiento de salud es una de las unidades operativas más complejas, donde convergen todas las acciones quirúrgicas programadas y no programadas. Se conforma como una unidad funcionalmente exclusiva e independiente del resto del establecimiento, con circulación restringida y cuyo acceso se asegura por medio de áreas de transferencia que no atraviesan otros servicios. El área física del centro contempla el procedimiento quirúrgico propiamente dicho, y la recuperación anestésica en forma eficaz, eficiente, y en condiciones de máxima seguridad con respecto a contaminaciones.

---

[2] Es un Instrumento Internacional de Derechos Humanos de las Naciones Unidas.

[3] Organización Intergubernamental Mundial establecida mediante la firma de la Carta de las Naciones Unidas el 26 de junio de 1945.

Cada centro quirúrgico responde al perfil al perfil definido en el establecimiento en el cual funciona. Podrá contemplar además de la atención, docencia, investigación clínica (investigación básica y estudios epidemiológicos), como así también desarrollo de programas que permitan evaluar incidencia y prevalencia de diversas afecciones quirúrgicas por regiones.

3.4 Consideraciones generales para el centro quirúrgico y las unidades funcionales

Accesibilidad: los establecimiento de salud que brinden tratamientos quirúrgicos disponen de algún medio de traslado propio tanto para recibir como para derivar a aquellos paciente que no pueden hacerlo de forma ambulatoria.

Es de relevancia que el centro quirúrgico está próximo a la unidad de cuidados intensivos, así como también de la unidad de emergencia, es decir, a distancias reducidas que ayuden a la circulación y rápido traslado. Asimismo, es de importancia que se encuentre cerca de la central de esterilización y en relación con la unidad de internación.

Diseño funcional: el diseño arquitectónico debe estar pensado para contribuir al máximo la prevención de infecciones, por lo que su disposición estará separada en áreas sépticas y asépticas dentro del servicio.

Las zonas limpias y contaminadas por lo tanto están separadas para evitar la superposición y/o cruces de circulación.

El diseño responde a los circuitos del personal, paciente (ambulatorio y/o camilla), de insumos y/o elementos estériles, limpios y usados, y del acompañante. Limitándose el número de personas que entran al quirófano lo más estrictamente necesario, y las puertas deben permanecer cerradas.

El piso debe ser resistente al desgaste, liso, antideslizante, continuo e impermeable, el zócalo sanitario, cielorraso y paredes lisas e igualmente lavables.

En cuanto a la seguridad debe disponer de un plan de evacuación en caso de siniestro, salidas de emergencias debidamente señalizadas. matafuegos autorizados según autoridad competente y reglamentación vigente; cada local deberá estar señalizado según su función y los quirófanos deberán identificarse individualmente.

El quirófano es una sala especialmente acondicionada para la práctica de operaciones quirúrgicas a aquellos pacientes que así lo requieran. Asimismo, se puede realizar otras actividades relacionadas, tales como anestesia o reanimación, entre otras. deberá contar con espacios, equipamientos e instalaciones adecuadas a fin de adaptarse a la cirugía a realizar.

3.5 Personal del bloque quirúrgico

El personal del bloque quirúrgico varía según la capacidad del número de salas con que cuenta el hospital, nivel de atención y especialidades. Las funciones y responsabilidades de cada miembro del equipo deben estar bien definidas y establecidas.

Jefatura Medica de quirófano. El titular debe ser médico cirujano y es responsable de dirigir las actividades profesionales médicas del departamento.

Jefatura de enfermería. Dirige las actividades profesionales del personal de enfermería.

Equipo quirúrgico. En lo que respecta al acto quirúrgico, está integrado por: el cirujano, uno o dos ayudantes -generalmente médicos residentes-, el anestesiólogo, instrumentador quirúrgico actuante, instrumentador quirúrgico circulante, enfermero circulante, y, dependiendo de la institución, técnico en anestesia.

El cirujano es el responsable del tratamiento médico y quirúrgico del paciente, es el que guía las actividades durante el acto quirúrgico.

Ayudante de cirujano. Puede ser un médico adscrito, residente o interno. Colabora junto al cirujano en la cirugía.

Anestesiólogo. Es el médico especializado en la administración y selección de anestesia aplicada al paciente, así como monitoreo de los signos vitales durante la cirugía.

Técnico de anestesia, es el colaborador del anestesiólogo, controla medicamentos, y prepara equipos.

Instrumentador quirúrgico. Asiste, controla, supervisa, evalúa y coordina en lo que atañe a su tarea específica, el proceso de atención del paciente desde su ingreso al quirófano hasta su egreso a la sala de recuperación post anestésica.

Circulante. Vigila la conservación de la asepsia quirúrgica. atiende al paciente en su ingreso, realiza la verificación quirúrgica y lleva un control de los materiales utilizados en la intervención.

3.6 Etapas del proceso quirúrgico y responsabilidades del equipo interdisciplinario

1. Ingreso e internación: el paciente llega al servicio de internación luego de ser evaluado y decidido el proceso quirúrgico. Se realiza la recepción administrativa, valoración médica quien confirma el diagnóstico, evalúa los estudios, y explica el plan quirúrgico, luego enfermería realiza la valoración inicial, controla los signos vitales, y brinda contención emocional, si el paciente lo requiere el apoyo de un

psicólogo, trabajo social o intérprete para asegurar la comprensión y consentimiento informado.

2. Preparación preoperatoria: se preparan las condiciones físicas y emocionales del paciente antes de la cirugía, esto incluye medidas de higiene preoperatoria, colocación de la bata, retiro de objetos personales, control de ayuno, colocación de vías, y administración de medicación prequirúrgica. En este paso la enfermera sigue acompañando al paciente emocionalmente, vuelve a corroborar la identidad, registra los signos vitales, el médico aclara cualquier duda que pueda surgir y el anestesiólogo define y explica la anestesia a realizar.
3. Traslado al quirófano: una vez listo es trasladado al quirófano por el personal de traslado de pacientes, camillero, en camilla o sillas de ruedas asegurando la seguridad del paciente, es recibido por la enfermera o instrumentadora circulante en quirófano quien lo identifica nuevamente.
4. Etapa preoperatoria: en esta etapa se corrobora nuevamente la identidad de paciente, el consentimiento informado y el check list realizado por la enfermera o instrumentadora circulante en el que se deja asentado por escrito todas las preguntas realizadas y necesarias sobre la salud del paciente previo a la entrada al quirófano.
5. Etapa operatoria: se realiza la cirugía bajo condiciones de esterilidad y control, se induce la anestesia y controlan los signos vitales durante todo el procedimiento. En esta etapa el anestesista realiza la anestesia establecida, el médico realiza la intervención, y el instrumentador se encarga de tener todos los elementos y herramientas necesarias, el circulante controla el entorno, gestiona materiales, y registra el procedimiento.
6. Etapa postquirúrgica: recuperación anestésica, en esta etapa el paciente se encuentra en la sala de recuperación del quirófano, donde es monitoreado por la enfermera y anestesista hasta que se recupere completamente para volver a la habitación.
7. Retorno a la sala de internación: una vez estable el paciente es trasladado nuevamente por el camillero a su habitación establecida donde es recibido nuevamente por la enfermera y continúa su recuperación hasta el alta hospitalario y tratamiento a seguir indicado por el médico.

3.7 La comunicación en el ámbito de la salud

La comunicación es una herramienta fundamental en el ámbito de la atención sanitaria, la cual debe ser clara, empática, y efectiva ya que no solo facilita los procedimientos médicos, sino que promueve confianza al paciente disminuyendo su estrés, tranquilizando sus dudas, favoreciendo la seguridad y adherencia al tratamiento.

Cuando existen barreras en la comunicación se pone en riesgo la atención de la salud, la autonomía del paciente, y su derecho a la información, de un acceso equitativo, rompiéndose uno de los pilares fundamentales como lo es la atención humanizada.

En caso de las personas sordas, estas barreras se acentúan por la falta de conocimiento del personal de salud sobre el Lenguaje de Señas Argentinas, por la ausencia de intérpretes, o materiales visuales accesibles; como resultados tenemos comunicaciones limitadas que generan malestar, ansiedad, estrés, y mal entendidos ya sea de información importante sobre el estado de salud del paciente como procedimientos o tratamientos, especialmente en momentos donde se requiere información precisa y rápida como en un quirófano.

La Lengua de Seña constituye una herramienta fundamental para garantizar el acceso equitativo en la salud derribando barreras de comunicación, mejorando la interacción y asegurando que la información sea comprendida adecuadamente, garantizando una atención de calidad, equitativa y empática.

El análisis del marco teórico, permite comprender que las barreras comunicacionales en pacientes sordos deriva de factores estructurales como la ausencia de intérpretes, falta de formación profesional en Lengua de Señas Argentina (LSA) y actitudinales como prejuicios o desconocimiento, por ello la incorporación de estrategias basadas en LSA y sensibilización del personal constituye una intervención clave para garantizar el entorno quirúrgico inclusivo, seguro y de calidad.

3.8 Variables de estudio

- Disponibilidad de intérpretes de Lengua de Señas Argentino (LSA).
- Protocolos de comunicación visual.
- Nivel de formación del equipo quirúrgico en Lengua de Señas Argentino (LSA).

3.9 Operacionalización de variables

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicadores
Disponibilidad de intérpretes de Lengua de Señas Argentino (LSA)	Presencia de un intérprete de LSA certificado en quirófano durante la etapa preoperatoria	Independiente Cualitativa	Nominal (Dicotómica: Si/No)	● hay intérprete ● no hay
Protocolos de comunicación visual	Existencia y aplicación efectiva de pictogramas, pizarras, tablet o material de apoyo para la comunicación con pacientes sordos	Independiente Cualitativa	Nominal (Dicotómica: Si/No)	● tabletas ● pictogramas ● pizarras ● ninguno
Nivel de formación del equipo quirúrgico en Lengua de Señas Argentino (LSA)	Porcentaje del personal quirúrgico (enfermeras, instrumentadores, anestesiólogos y cirujanos) con conocimiento o en parte de LSA	Independiente Cuantitativa	De razón (cuantitativa)	● Si ● No ● Poco

4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo es abordado con un enfoque descriptivo, (Según Hernandez Sampieri et al.(2014), “los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de un fenómeno”; observacional con un corte temporal transversal y un enfoque mixto analizando variables cuantitativas y cualitativas, el método de recolección de datos se basó en encuestas realizadas al personal quirúrgico del Hospital Interzonal General de Agudos San Roque de Gonnet, de La Plata, entre los meses de Octubre y Noviembre del año 2025. La unidad de análisis fueron cada instrumentadores/as, enfermeros/as, anestesiólogos/as y cirujanos/as encuestados. Buscando caracterizar las condiciones comunicacionales actuales, analizando las variables de presencia de intérpretes en LSA, nivel de conocimiento del personal quirúrgico de las mismas y por último la presencia y aplicación de apoyos visuales. Los datos recolectados fueron ingresados en una planilla de excel para su análisis.

4.1 Población

La población de estudio estuvo conformada por el personal quirúrgico (enfermeros/as, instrumentadores/as, cirujanos/as y anestesiólogos) del Hospital Interzonal General de Agudos San Roque de Gonnet, de La Plata, durante el año 2025.

4.2 Criterios de inclusión

Personal en contacto con el paciente en la etapa preoperatoria.

4.3 Criterios de exclusión

Personal de higiene
Personal con tareas pasivas del área
Personal de licencia
Personal que no participa activamente en el equipo quirúrgico
Áreas externas o personal externo al bloque quirúrgico

4.4 Muestra

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que se seleccionó solo el personal en contacto directo con el paciente en la etapa preoperatoria

4.5 Técnica

Se realizaron encuestas de 16 preguntas totales, a través de formularios de Google, las mismas fueron estructuradas con preguntas cerradas dicotómicas o múltiples opciones y escalas de Likert (donde 1 es nada y 5 mucho). Dirigidas al personal quirúrgico del Hospital de Gonnet, durante el periodo del mes de octubre a noviembre del año 2025.
Se respetaron consideraciones éticas, solicitando el consentimiento informado a los participantes y garantizando el anonimato.

5. RESULTADOS

Gráfico 1: se realizó un análisis cuantitativo descriptivo, calculando frecuencias relativas, absolutas, y porcentajes, tomados solo al personal quirúrgico en contacto con el paciente en etapas preoperatorias.

Gráfico 1: Tabla de frecuencias de roles.

rol	frecuencia absoluta	frecuencia relativa	porcentaje
instrumentador	14	0,31	31%
cirujano/a	15	0,33	33%
anestesiólogo/a	9	0,2	20%
enfermero/a	7	0,15	16%

Fuente: obtenidos de la investigación.

Análisis 1: del total de personal encuestado, el 31% pertenece al servicio de instrumentación quirúrgica, el 33% a cirujanos/as, el 20% al servicio de anestesia y el 16% a enfermería.

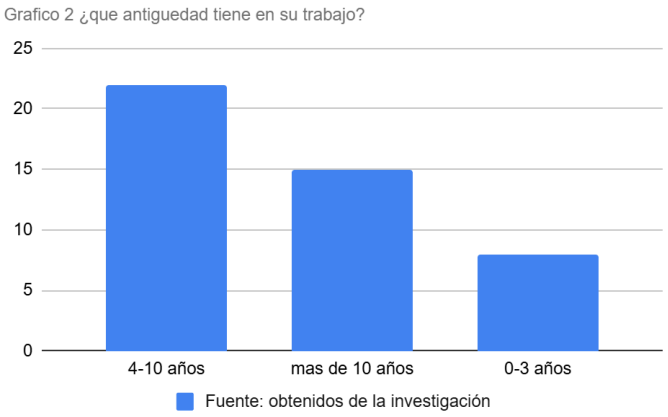


Gráfico 2: En un gráfico de barras fueron agrupados los participantes según la antigüedad de su trabajo.

Análisis 2: Aquí se observan los años de experiencia del personal, en su mayoría tiene entre 4 y 10 años de antigüedad, seguido por los que tienen más de 10 años de antigüedad, lo que indica un grupo con experiencia consolidado, con suficiente experiencia para brindar información confiable al estudio.

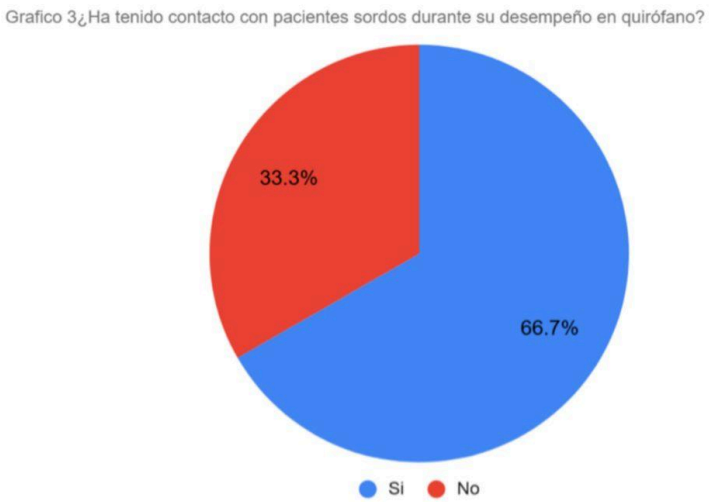
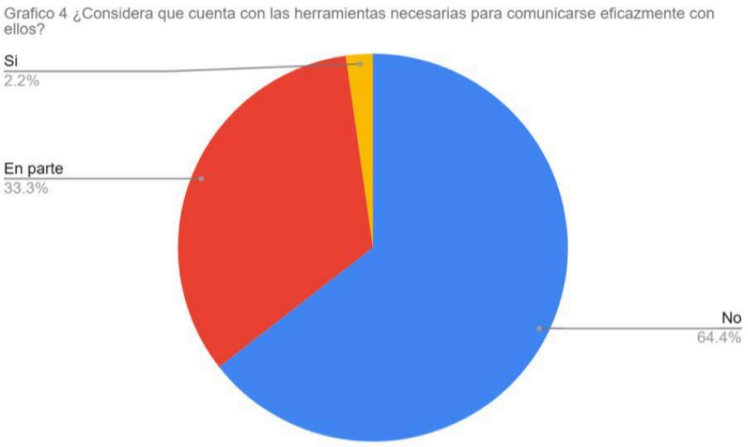


Gráfico 3: Se utilizó un gráfico de torta donde se representó el contacto con algún paciente sordo en su experiencia laboral.

Analisis 3: con esta representación se deja una evidencia significativa donde la mayoría del personal en algún atiende a pacientes sordos

Fuente: obtenidos de la investigación

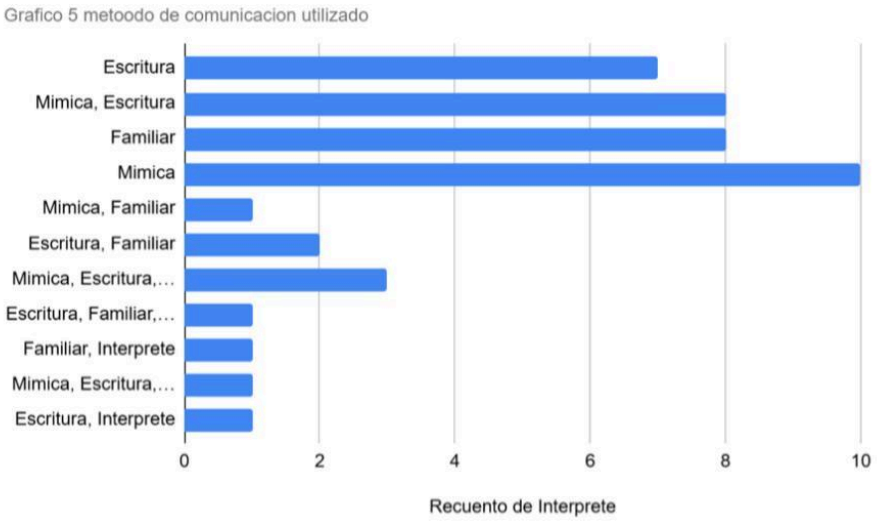
Gráfico 4: Distribución de porcentajes sobre el nivel de herramientas comunicacionales del equipo quirúrgico.



Fuente: obtenidos de la investigación

Análisis 4: se muestra la percepción del personal sobre si tiene las herramientas para comunicarse con pacientes sordos, dejándose en evidencia una de las primeras barreras comunicacionales ya que solo el 2.2% cree tener las herramientas necesarias y el resto de la población de estudio no las tiene o las posee en parte

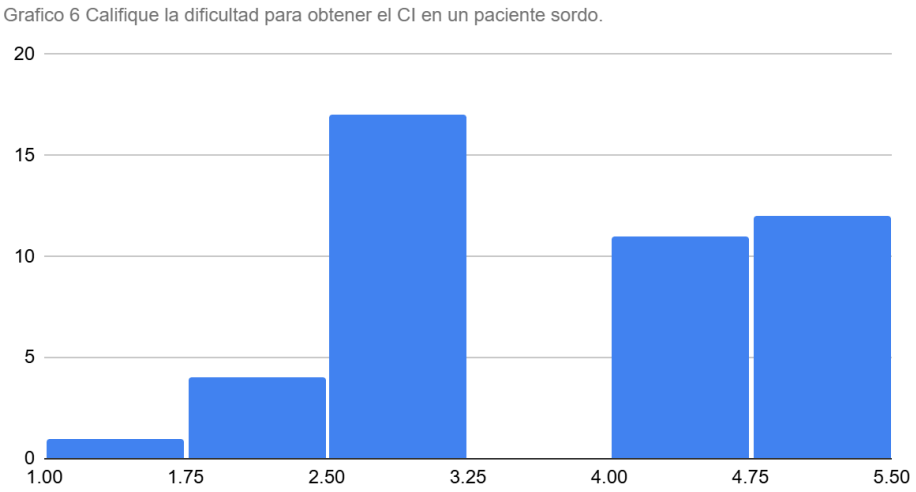
Gráfico 5: El siguiente gráfico muestra el medio de comunicación utilizado por los participantes para la comunicación con pacientes sordos y la frecuencia de los mismos.



Fuente: obtenidos de la investigación

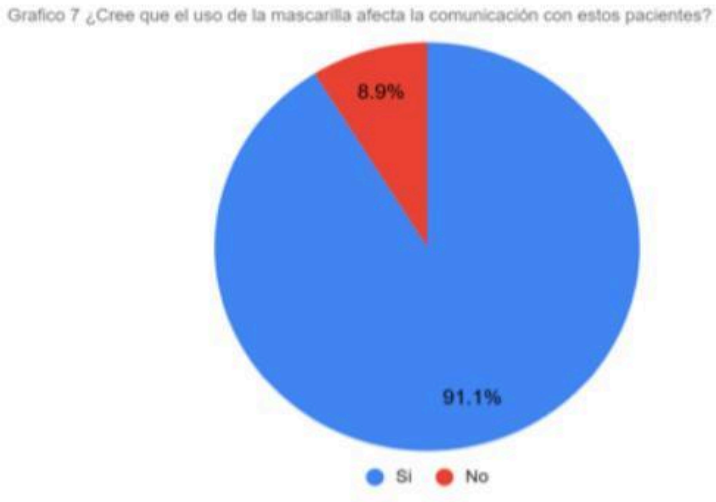
Análisis 5: En esta interpretación de datos se puede observar que la principal forma de comunicación con los pacientes sordos fue la mímica, seguido de escritura o familiar, lo que refuerza las pocas herramientas comunicacionales del personal.

Gráfico 6: En el siguiente gráfico de barras se representó la dificultad del personal quirúrgico a la hora de obtener un consentimiento informado de un paciente sordo. Se utilizó la escala de Likert: 1 = nada difícil; 5 = muy difícil.



Fuente: obtenidos de la investigación

Análisis 6: el gráfico deja en evidencia que el proceso de obtención del consentimiento informado de pacientes sordos representa un desafío recurrente con una complejidad significativa.



Fuente: obtenidos de la investigación

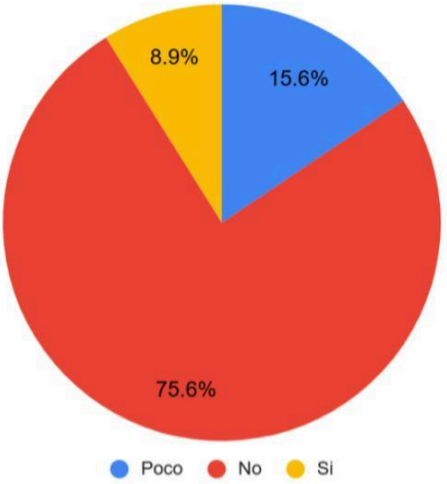
Gráfico 7: Gráfico de torta donde se representa la dificultad del uso de mascarillas al momento de comunicarse con un paciente sordo.

Analisis 7: La mayoría de los profesionales coincide en que el uso de mascarillas afecta la comunicación al momento de atender pacientes sordos.

Gráfico 8: Este gráfico representa el nivel de capacitación en LSA del personal quirúrgico.

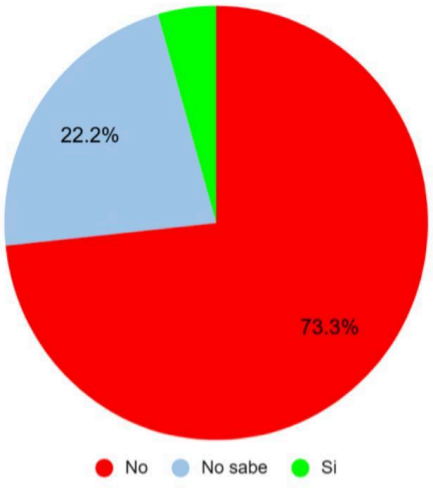
Análisis 8: con esta representación dejamos en evidencia otra de las barreras comunicacionales, ya que la gran mayoría del personal asegura no haber recibido o recibido poca capacitación en Lengua de Señas Argentinas, siendo una barrera importante a la hora de una comunicación efectiva con el paciente sordo.

Grafico 8 ¿Conoce o ha recibido capacitación en Lengua de Señas Argentina (LSA)?



Fuente: obtenidos de la investigación

Grafico 9 ¿En su hospital existe un protocolo formal para la atención de pacientes sordos?



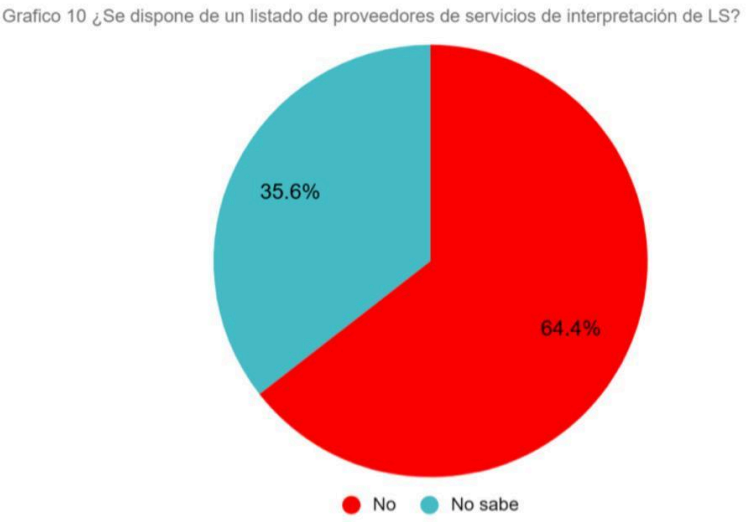
Fuente: obtenidos de la investigación

Gráfico 9: Se representa la presencia de protocolos comunicacionales para la atención de pacientes sordos.

Análisis 9: Los resultados revelan una marcada ausencia de protocolos formales que faciliten la comunicación entre el personal y el paciente sordo.

Gráfico 10: Representación sobre presencia de intérpretes en Lengua de Señas Argentino.

Análisis 10: los resultados revelan una marcada ausencia de los intérpretes en el quirófano, ya que ninguno de los participantes afirma la existencia de dichos intérpretes.



Fuente: obtenidos de la investigación



Fuente: obtenidos de la investigación

Gráfico 11: gráfico de tortas que representan las frecuencias de dispositivos y materiales de apoyo visual en quirófano.

Análisis 10: en esta recolección de datos se dieron múltiples opciones de dispositivos y apoyos visuales disponibles, siendo preocupante que casi todo el personal encuestado seleccione que no posee ninguna.

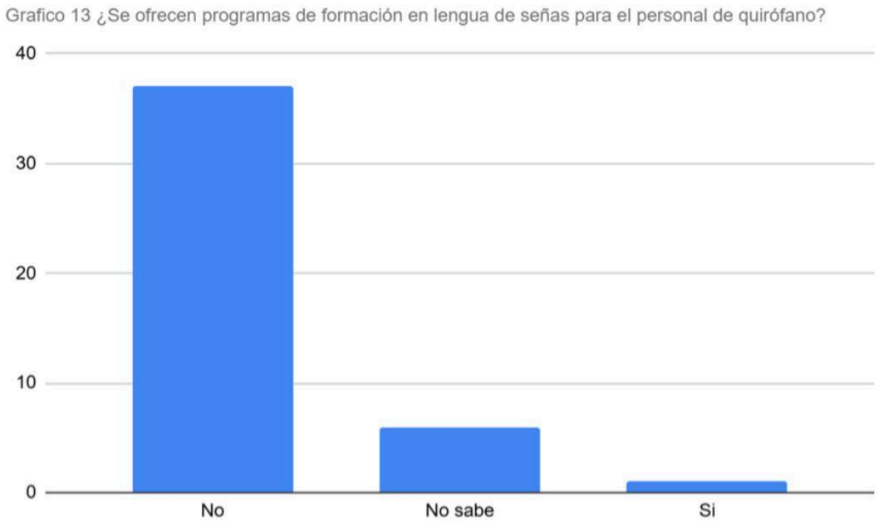
Gráfico 12: en la siguiente tabla se representan las frecuencias absolutas, relativas y porcentajes de la recolección de datos sobre inconvenientes problema o queja con algún paciente sordo.

inconveniente, problema, queja con algún paciente sordo	frecuenci absoluta	frecuencia relativa	porcentaje
si	2	0,05	5%
no	7	0,15	15%
no sabe	36	0,8	80%

Fuente: obtenidos de la investigación

Análisis 12: en esta recolección de datos se evidencio que solo el 5% afirma haber tenido un inconvenientes en la comunicación con un paciente sordo, sin embargo el dato más relevante es que más de la mitad tiene desconocimiento del tema.

Gráfico 13: en el siguiente gráfico de barras se ordenan y visualizan los datos recolectados sobre programas de formación en LSA para el personal quirúrgico.



Fuente: obtenidos de la investigación

Análisis 13: se evidencia una vez más la falta de herramientas del personal quirúrgico al no recibir capacitaciones sobre LSA,

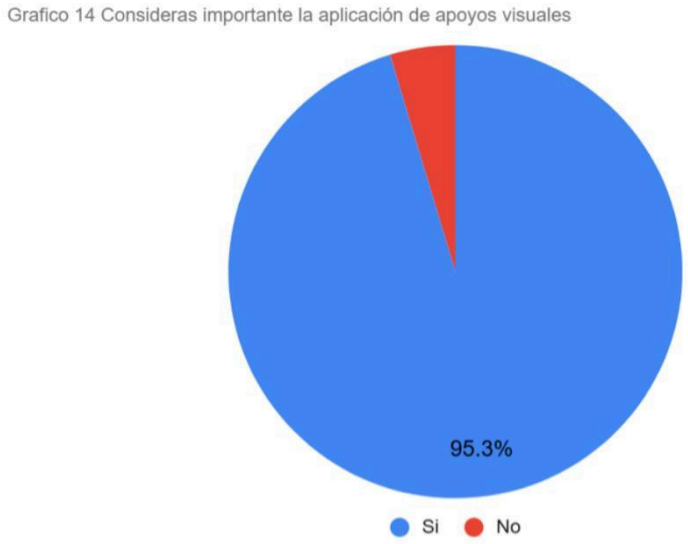


Gráfico 14: Distribución de porcentajes sobre la importancia de aplicación de apoyos visuales.

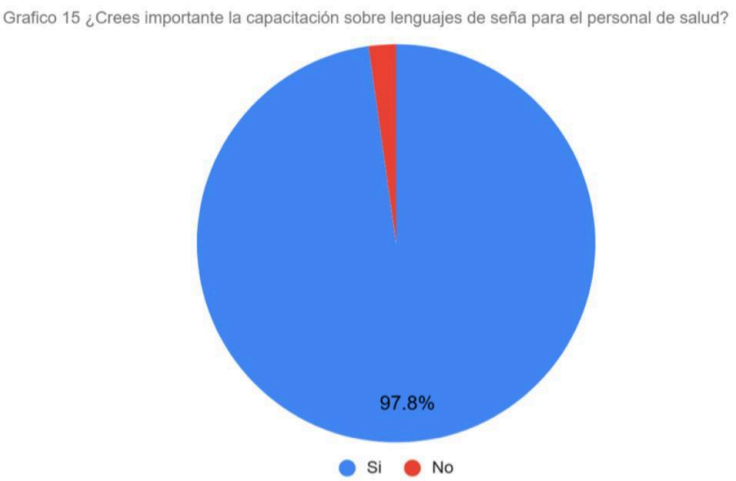
Análisis 14: el alto nivel de acuerdo de los encuestados, evidencia la importancia y la ayuda que los apoyos visuales lo son para lograr una

Fuente: obtenidos de la investigación

comunicación clara y efectiva con un paciente ssordo.

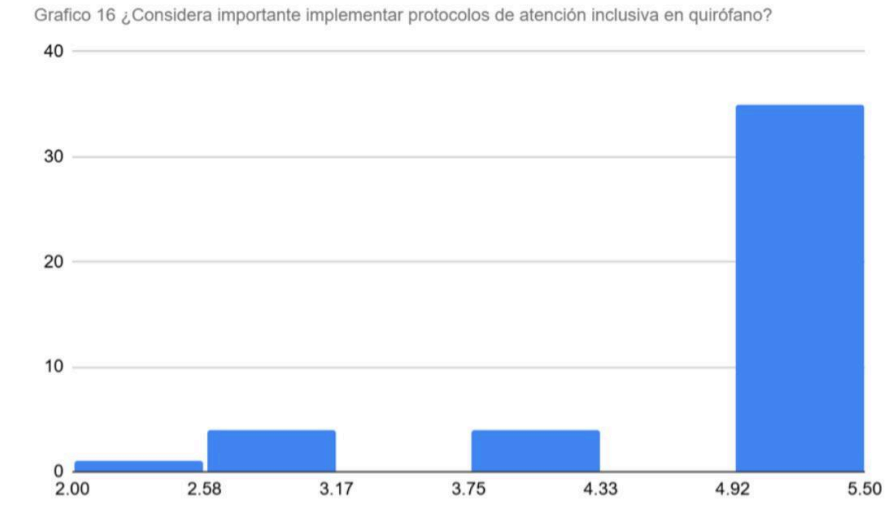
Gráfico 15: se representa la percepción de los encuestados en un gráfico de tortas sobre la importancia de la capacitación sobre LSA.

Análisis 15: en esta representación queda en claro la importancia y la necesidad del personal quirúrgico en capacitarse en LSA.



Fuente: obtenidos de la investigación

Gráfico 16: en este último gráfico se realizó una representación en barras agrupando las frecuencias recolectadas sobre la percepción del personal de la importancia de implementar protocolos de atención inclusiva en quirófano. Se utilizó la escala de Likert: 1 = nada importante; 5 = muy importante.



Fuente: obtenidos de la investigación

Análisis 16: este gráfico muestra una tendencia muy marcada a favor de la implementación de protocolos de atención inclusiva entre los entrevistados, lo que representa una base sólida para implementar mejoras.

6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos en esta investigación permiten analizar de manera crítica la brecha presente entre la salud como derecho humano fundamental y las condiciones reales en las que se desarrolla la atención a pacientes sordos en etapas preoperatorias. En el marco teórico se sostiene una atención sanitaria inclusiva que implica garantizar la accesibilidad, equidad y comunicación efectiva, estos son elementos indispensables para la autonomía, seguridad y participación activa del paciente en decisiones sobre su salud. Sin embargo, las evidencias recolectadas muestran que estas condiciones aún no se encuentran totalmente garantizadas en el centro quirúrgico del Hospital Interzonal General de Agudos San Roque de Gonnet.

En primer lugar, se observa que la mayoría del personal quirúrgico atendió a pacientes sordos, lo que confirma que no es un hecho aislado, además se evidencia que esas atenciones no fueron acompañadas con los recursos necesarios para una comunicación efectiva, un bajo porcentaje de los encuestados reafirma tener las herramientas necesarias para asegurar dicha comunicación como tal; esto revela la primera brecha comunicacional significativa entre la práctica cotidiana y la accesibilidad planteada por la Ley 27.710 sobre la Lengua de Señas Argentina como por la Convención sobre los derechos de las personas con Discapacidad.

Los resultados obtenidos también evidencian la ausencia casi total de intérpretes de Lenguas de Señas Argentinas, recurso clave reconocido internacionalmente que garantiza el derecho a una información clara y la obtención del consentimiento informado. Su ausencia en el quirófano sumado a que la mayoría del personal no recibe capacitación en LSA, más la falta de apoyo visual, contribuye a formar la siguiente barrera comunicacional , es aquí donde se hace uso de familiares como intérpretes, se recurre a gestos (mímica) o escritura fueran las utilizadas para poder comunicarse con el paciente, vulnerando su principio de la autonomía, donde la compresión de riesgos, procedimientos y cuidados en etapas preoperatorias como postoperatorias son fundamentales para la correcta recuperación y seguridad del paciente. Esto sin duda impacta en la calidad de la atención hospitalaria.

A pesar de todas estas barreras, se destaca un hallazgo fundamental, donde el personal quirúrgico reconoce la importancia de mejorar la comunicación con los pacientes sordos, tanto el apoyo visuales, protocolos y formación del personal en LSA, lo que contribuye a una base sólida para la implementación de futuras mejoras.

7. CONCLUSIÓN

La presente investigación evidencia que la comunicación es esencial durante el proceso quirúrgico, y si bien el personal ha atendido a pacientes sordos, la institución aun no garantiza plenamente las condiciones necesarias para una atención accesible, segura y equitativa. La ausencia de intérpretes en LSA, la escasa formación del personal en comunicación inclusiva, sumado a la falta de recursos visuales o protocolos estandarizados constituyen barreras comunicacionales, vulnerando los derechos al acceso de información clara, autonomía y participación del paciente sordo.

Los resultados muestran de manera consistente que el equipo quirúrgico reconoce estas limitaciones, como la importancia de incorporar estrategias para lograr una comunicación efectiva. Esta disposición representa una oportunidad para avanzar hacia un modelo de atención más inclusivo y humanizado en quirófano.

Por ello, promover la accesibilidad comunicacional y la capacitación en Lenguas de Señas Argentinas dentro del ámbito hospitalario constituye un paso fundamental hacia la construcción de un sistema de salud más humano, inclusivo y equitativo, en el que todas las personas puedan ejercer plenamente su derecho a la salud.

8. RECOMENDACIONES FINALES

A partir de los hallazgos obtenidos y considerando los principios planteados en el marco teórico, se proponen las siguientes recomendaciones para fortalecer la atención inclusiva en el centro quirúrgico:

- Implementar capacitaciones al personal sobre Lenguas de Señas Argentinas, promoviendo una atención inclusiva.
- Incorporar intérpretes en el momento de obtener el consentimiento informado, y etapas preoperatorias.
- Elaborar y aplicar un protocolo institucional de atención a pacientes sordos, incluyendo los roles del equipo, criterios de accesibilidad, y pautas para situaciones de urgencia.
- Incorporación de apoyos visuales en la sala preoperatoria y de recuperación como pictogramas, pizarras, guías visuales, o tabletas con el fin de facilitar la comprensión y reducir la ansiedad del paciente sordo.

- Sensibilizar al personal sobre la importancia de los derechos a una comunicación accesible e información clara, como espacios institucionales de reflexión que visibilicen la diversidad comunicacional.

9. REFERENCIAS

- Confederación Argentina de Sordos. 2020. Preguntas Frecuentes. https://cas.org.ar/prensa/preguntas-frecuentes/#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20porcentaje%20de%20ni%C3%B1os%20nacen,%E2%80%93%20Ministerio%20de%20Salud%20P%C3%BAblica).
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. 2006. Art 8 y 9. Pág. 9 y 10. https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf.
- Hernandes Sampieri, R., Fernandez Collado, C., & Baptista Lucio, M. del P. (2006). Metodología de la Investigación (6ta.Ed). McGraw-Hill Interamericana.
- Honorable Congreso de la Nación Argentina. 2023. Ley 27710. https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27710-383041.
- Ministerio de Salud Argentina. (s.f.). Centro quirúrgico. Directrices de organización y funcionamiento. http://www.legisalud.gov.ar/pdf/msres810_2020anexo1.pdf
- Prof. Edwin Saldaña Ambulódegui. (s.f.). Manual de Instrumentación quirúrgica. https://www.academia.edu/42703458/Manual_de_Instrumentaci%C3%B3n_Quir%C3%BArgica.

10. ANEXOS

10.1 Anexo I

Modelo de entrevista

BARRERAS DE LA INCLUSIÓN: "ANÁLISIS DE LA COMUNICACIÓN PREOPERATORIA CON PACIENTES SORDOS".

Este cuestionario forma parte del trabajo Final integrador de la Licenciatura en Instrumentación Quirúrgica (ISALUD).
El objetivo de este trabajo es conocer las problemáticas que se presentan en quirófano al momento de ingresar y atender al paciente sordo.
Enumerar las dificultades en el proceso y proponer alternativas de inclusión para mejorar la efectividad.
Su respuesta es voluntaria, anónima y confidencial.
* Indica que la pregunta es obligatoria

1) ¿Cuál es su rol principal en el quirófano?*
- ☐ Cirujano/a
- ☐ Instrumentador/a
- ☐ Anestesiólogo/a
- ☐ Enfermero/a

2) ¿Qué antigüedad tiene en su trabajo?
- ☐ 0-3 años
- ☐ 4-10 años
- ☐ más de 10 años

3)¿Ha tenido contacto con pacientes sordos durante su desempeño en quirófano?*
- ☐ Si
- ☐ No

4) ¿Considera que cuenta con las herramientas necesarias para comunicarse eficazmente con ellos?
- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ En parte

5) ¿Qué método de comunicación utiliza principalmente?
- ☐ Mímica
- ☐ Escritura
- ☐ Familiar
- ☐ Intérprete

6) Califique la dificultad para obtener el Consentimiento Informado (CI) en un paciente sordo. (Escala Likert: 1 = nada difícil; 5 = muy difícil).

7) ¿Cree que el uso de la mascarilla afecta la comunicación con estos pacientes?

- ☐ Si
- ☐ No

8) ¿Conoce o ha recibido capacitación en Lengua de Señas Argentina (LSA)?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ Poco

9) ¿En su hospital existe un protocolo formal para la atención de pacientes sordos?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No sabe

10) ¿Se dispone de un listado de proveedores de servicios de interpretación de LS?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No sabe

11) ¿En la sala de quirófano o de recuperación cuenta con algún dispositivo o material de apoyo visual diseñado para la comunicación con pacientes sordos?

- ☐ Tabletas
- ☐ Pictogramas
- ☐ Pizarras
- ☐ Ninguno
- ☐ Todos

12)En su hospital. ¿Se ha presentado algún inconveniente, problema, queja con algún paciente sordo?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No sabe

13) ¿Se ofrecen programas de formación en lengua de señas para el personal de quirófano?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No sabe

14) ¿Consideras importante la aplicación de apoyos visuales en la sala preoperatoria a la hora de obtener el consentimiento informado de un paciente sordo?

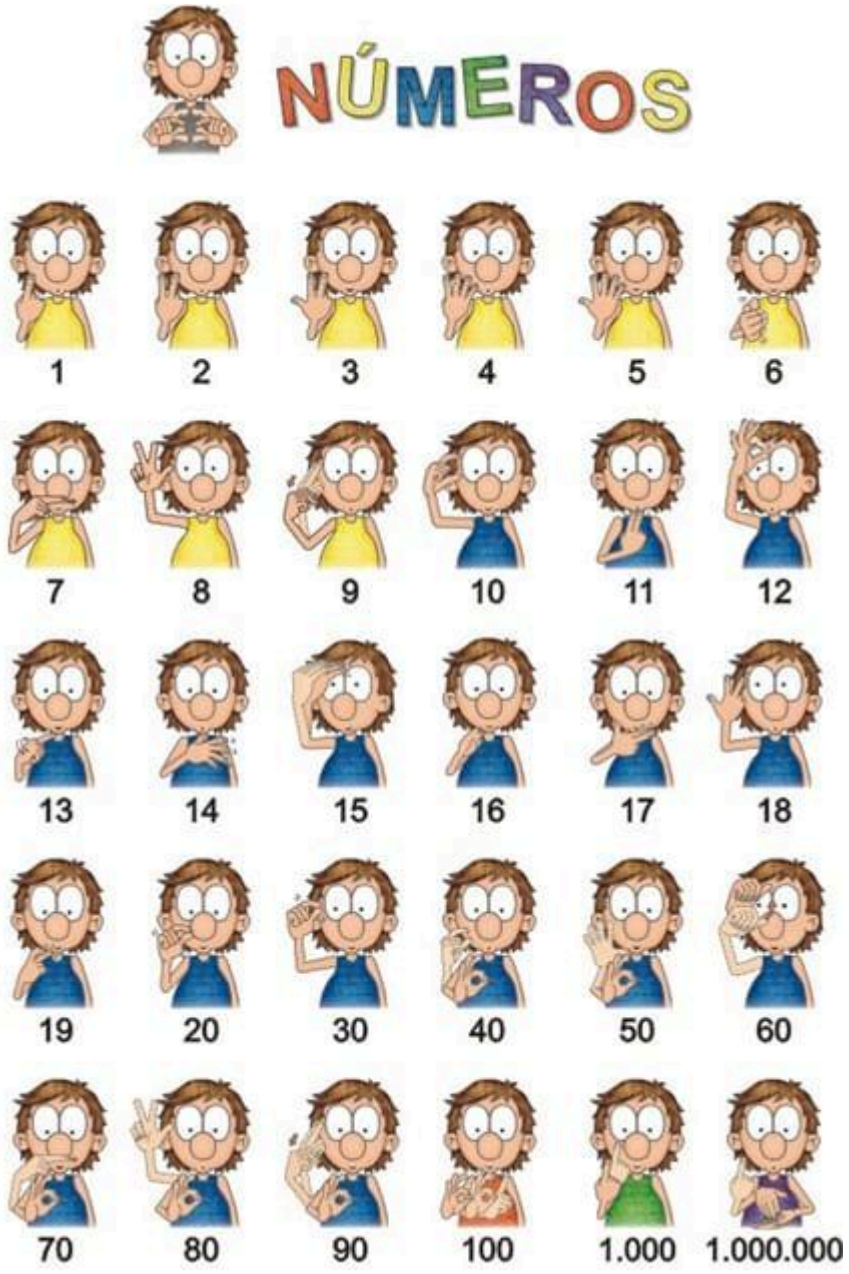
- ☐ Si
- ☐ No

15) ¿Crees importante la capacitación sobre lenguajes de seña para el personal de salud?

- ☐ Si
- ☐ No

16) ¿Considera importante implementar protocolos de atención inclusiva en quirófano? (Escala Likert: 1 = nada importante; 5 = muy importante)

10.2 Anexo II


NÚMEROS
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
30
40
50
60
70
80
90
100
1.000
1.000.000

10.3 Anexo III

Abecedarios según LSA

