

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

**INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN “LUIS GUILLERMO IBARRA
IBARRA”**

**BARRERAS DE COMUNICACIÓN Y SU INFLUENCIA EN LA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DENTRO DEL INSTITUTO
NACIONAL DE REHABILITACIÓN LGII**

Autores

- Hernández Hernández María Elvira
- Mercado Bernal Viviana Vianey
- Serrano Rodríguez Carlos Eduardo

Asesores

- Mtro. Rivero Rodríguez Luis Fernando
- Dr. En C. Pantoja Herrera Martín

Ciudad de México

Agosto 2021-Julio 2022

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUCCIÓN..... | 4 |
| 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 6 |
| 3. JUSTIFICACIÓN..... | 6 |
| 4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN..... | 7 |
| 5. OBJETIVOS..... | 8 |
| 6. MARCO TEÓRICO..... | 9 |
| 6.1 COMUNICACIÓN..... | 9 |
| 6.2 COMUNICACIÓN EN LA PREHISTORIA..... | 9 |
| 6.3 LA COMUNICACIÓN HUMANA DESDE LA PERSPECTIVA BIOLÓGICA..... | 10 |
| 6.4 CONCEPTO DE COMUNICACIÓN..... | 11 |
| 6.5 ELEMENTOS..... | 11 |
| 6.6 ETAPAS DEL PROCESO COMUNICATIVO..... | 13 |
| 6.7 TIPOS DE COMUNICACIÓN..... | 13 |
| 6.8 CANALES DE COMUNICACIÓN..... | 14 |
| 6.9 REDES DE COMUNICACIÓN..... | 15 |
| 6.12 DIRECCIONES DE LA COMUNICACIÓN..... | 16 |
| 6.13 BARRERAS DE LA COMUNICACIÓN..... | 17 |
| 6.14 LENGUAJE INCLUYENTE..... | 21 |
| 6.17 COMUNICACIÓN ENFERMERÍA – PACIENTE..... | 28 |
| 7. ANTECEDENTES..... | 31 |
| 8. METODOLOGÍA..... | 42 |
| 8.2 UNIVERSO DE ESTUDIO O POBLACIÓN..... | 42 |
| 8.3 MUESTRA..... | 42 |
| 8.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN..... | 42 |
| 8.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN..... | 42 |
| 8.6 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN..... | 42 |
| 8.7 DESCRIPCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO..... | 42 |
| 8.8 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO..... | 42 |
| 8.9 RECURSOS..... | 49 |
| 8.10 VALIDACIÓN DE DATOS..... | 49 |
| 8.11 HIPÓTESIS..... | 49 |
| 9. DISCUSIÓN DE RESULTADOS..... | 50 |
| 10. CONCLUSIONES..... | 69 |

| | |
|------------------------------|----|
| 11. REFERENCIAS | 70 |
| 12. ANEXOS | 75 |

1. INTRODUCCIÓN

Las barreras de la comunicación son aquellas que no permiten un adecuado entendimiento entre las personas, y se pueden presentar en el entorno clínico, por lo que el personal de salud debe eliminar estos obstáculos que pueden repercutir en las acciones que tomará el paciente, por ejemplo, en su adherencia terapéutica dentro y fuera de las instituciones médicas.

Abordando específicamente de la profesión de enfermería y la relación que lleva con cada paciente, este profesional permite comunicar información de tipo educativa, de prevención, cuidado, entre otras, con el fin de que el paciente tenga una adecuada adherencia al tratamiento desde su inicio e incluso al estar fuera del entorno hospitalario. Precisamente cuando se lleva a cabo el proceso de comunicación ideal todo lo que se informa debe llegar al paciente por completo, sin embargo, en la interacción entre el profesional de la salud y el paciente existen barreras de la comunicación que pueden afectar la salida y entrada de mensajes que emitan y por ende afecte al receptor de este, lo cual conlleva a un fallo en la adherencia al tratamiento para su reinserción a su entorno.

Se tuvo como objetivo principal de analizar las barreras de la comunicación para explicar su influencia en la adherencia al tratamiento en los pacientes del área de ortopedia del Instituto Nacional de Rehabilitación LGII.

Cabe destacar que para llegar al cumplimiento del objetivo de investigación se llevó a cabo la aplicación de 2 instrumentos de evaluación. El primer instrumento “Educación para la salud al paciente y su familia por el personal de salud” (Anexo 1) se llevó a cabo su aplicación dentro del periodo de hospitalización correspondientes a la torre de ortopedia, donde se tomaron en cuenta criterios de inclusión y exclusión, los cuales se detallan en el apartado de metodología.

Posteriormente a su aplicación se realizó un segundo “Instrumento de evaluación de adherencia al tratamiento al egreso” (Anexo 2). Mismo que de primera instancia se llevó a cabo una prueba piloto en los pacientes hospitalizados durante el periodo de 18 al 19 de abril de 2022, misma prueba se llevo a cabo su aprobación y posteriormente de haber efectuado el primer instrumento, se contempló a la misma población de estudio durante el periodo de hospitalización donde se esperó un aproximado de tres semanas de egreso para aplicar el segundo Instrumento.

Como parte de los resultados se obtuvo que de las barreras de la comunicación evaluadas primeramente se encontró: Incapacidad física (77.1%); seguida de Practicas culturales o religiosas que puedan afectar el aprendizaje (38.6%); déficit auditivo/visual (34.9%); barreras emocionales (24.1%); y por ultimo déficit cognitivo (1.2%).

Con respecto al primer instrumento se comprobó la hipótesis mediante la prueba paramétrica, demostrando la asociación entre las barreras de la comunicación y la información que reciben los pacientes del INR-LGII para el conocimiento y manejo de la enfermedad. También se llevó a cabo la aplicación de la prueba de normalidad la cual dio como resultado un P valor de 0.00% lo cual da como significado que las barreras de la comunicación en el estudio realizado a los pacientes hospitalizados del área de ortopedia impiden una adecuada adherencia al tratamiento.

Cabe mencionar que se obtuvieron más resultados los cuales son determinantes para la investigación, mismos que se encuentran en el apartado de resultados.

De acuerdo con el segundo Instrumento de evaluación se llevó a cabo la prueba paramétrica de prueba de hipótesis mediante la cual se comprobó que en los pacientes egresados de la torre de ortopedia del INR LGII se demostró que existe asociación de las barreras de la comunicación con el abandono del tratamiento. Sin embargo, sólo 15 personas tenían barreras y abandonaron el tratamiento siendo este un valor del 24.5% no representa gran magnitud, mientras que 47 pacientes no tenían barreras y no abandonaron el tratamiento representando el 75% restante.

De igual forma se realizó la prueba de normalidad, dónde se obtuvo como resultado un P valor del 0.00% de error.

De igual forma se obtuvieron resultados independientes a los anteriormente mencionados los cuales se encuentran dentro del mismo apartado.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El proceso de comunicación consta de una serie de elementos los cuales pueden verse interrumpidos, impidiendo que el mensaje llegue adecuadamente al emisor, que el receptor no comprenda totalmente el mensaje. Dentro del entorno hospitalario cuando una persona recibe información con respecto a su salud es necesario que entienda la mayoría de la información que se les proporciona con el fin de lograr una recuperación satisfactoria, Una de las principales características del profesional de enfermería es que mantiene un trato directo con el paciente, ya que al ser mediador en la atención a la de salud, es importante lograr una adecuada comunicación con el paciente para atender a cada una de sus necesidades de la mejor manera posible. Sin embargo, este proceso de comunicación se ve afectado por diferentes causantes conocidas como barreras de la comunicación. Ya que en instituciones de salud su desarrollo que se da en la relación de profesional de la salud y el paciente se ha convertido en uno de los problemas de suma importancia que influye directamente en la atención con respecto a su tratamiento.

Mazhariyad F. señala que la comunicación enfermera-paciente es uno de los factores importantes para proporcionar atención de alta calidad, siendo de gran importancia reconocer aquellas barreras que afectan la interacción. Además, hace referencia a diferentes áreas de las barreras de comunicación clasificándolas en: individuales, sociales, ocupaciones, condiciones clínicas del paciente, así como las barreras ambientales. Las cuales afectaran directamente el diagnóstico, el tratamiento y la mejora cualitativa de los cuidados de enfermería. **(1)**

Para efectos de esta investigación nos enfocamos en determinar los tipos de barreras de la comunicación y cómo influyen en que el paciente tenga una adherencia terapéutica adecuada

3. JUSTIFICACIÓN

Durante el proceso de comunicación Cano A. Señala que las habilidades comunicativas forman parte de las destrezas que el personal de enfermería tiene que desarrollar para una adecuada atención al paciente, enfatizando en que existen barreras en la comunicación físicas, semánticas y personales. mismas que impiden que el receptor logre entender cualquier mensaje. **(2)** Cabe destacar que no solo se interponen dichas barreras. El autor Kwame A. menciona la existencia de barreras relacionadas con el sistema de salud, tales como: escasez del personal de enfermería, la alta carga de trabajo, agotamiento y tiempo limitado. Ocasionando la disminución en la relación enfermera (o)-paciente. Otras barreras relacionadas con la comunicación son la diferencia de idioma, incapacidad de comunicación de los pacientes debido a su estado de salud, el medio ambiente, barreras personales y de comportamiento, características demográficas, antecedentes culturales, creencias, cosmovisiones de la salud, y la propia enfermedad. **(3)** Todo esto puede desencadenar que el profesional de enfermería no comprenda al paciente y por lo tanto no lo escuche, así mismo el paciente puede optar por solo seguir instrucciones sin despejar dudas que pudieran surgir. Siendo esto de gran importancia ya que como lo menciona Muniz S. **(4)** que a pesar de la orientación

que los profesionales de la salud brindan se sigue presentando poca adherencia terapéutica citando a Vejar M. **(5)** tanto en el cumplimiento del tiempo en que el paciente sigue el régimen indicado por el médico y la persistencia al periodo de tiempo entre el inicio y fin. Entre los factores que influyen en la adherencia terapéutica se encuentran los que están relacionados con el equipo y sistema de salud. En relación con Alonso E. **(6)** refiere que los aspectos que originan la deserción son: la propia enfermedad por la no aceptación y la actitud que se tiene hacia el tratamiento, posición sociocultural, capacidad económica, falta de medios de transporte, información inadecuada proporcionada por el profesional de la salud o por otras personas, el trato recibido por parte del lugar donde es atendido el cual se percibe como impersonal.

4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Debido a lo anteriormente señalado, surge la siguiente pregunta ¿Influyen las barreras de la comunicación en la adherencia al tratamiento en pacientes del área de Ortopedia del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra?

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar las barreras de la comunicación para explicar su influencia en la adherencia al tratamiento en los pacientes del área de ortopedia del Instituto Nacional de Rehabilitación LGII.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las barreras de la comunicación para conocer la relación que existe con la adherencia al tratamiento.
- Aplicar instrumentos de valoración para determinar la influencia de las barreras de la comunicación con respecto a la adherencia al tratamiento.

6. MARCO TEÓRICO

6.1 COMUNICACIÓN

Para enriquecer el conocimiento de estos temas se abarcan los aspectos o elementos que giran en torno a la comunicación, comenzando por el origen de esta y sus aspectos más importantes que nos dan una perspectiva completa acerca de este fenómeno presente en nuestra vida cotidiana.

6.2 COMUNICACIÓN EN LA PREHISTORIA

La comunicación humana surgió en el momento en que nuestros ancestros en su lucha por la supervivencia y en respuesta a sus instintos se vieron obligados a transmitir a quienes les rodeaban, sus impresiones, sentimientos, emociones. Para ello se valieron de la mímica, de los gritos y las interjecciones, lo que constituyó un lenguaje biológico.

Posteriormente surgió el lenguaje hablado y las manifestaciones pictóricas. Aparecen las pinturas rupestres, los jeroglíficos; pudiendo así el hombre, por primera vez expresar su pensamiento de un modo gráfico. **(7)**

La primera de todas las formas de comunicación humana es el lenguaje. Se estima que la comunicación verbal humana se inició con la aparición del Homo sapiens hace unos 2.5 millones de años.

Existieron diversas formas en las que el ser humano empezó a comunicarse, a continuación, se describen alguna de ellas

Los signos fueron los más representativos como por ejemplo animales, paisajes que visualizaban y de esta forma se consiguió el arte rupestre.

Los gestos fueron otra forma de comunicación, eran señales no verbales como muecas, movimiento de brazos, manos y dedos. También las señales de humo fueron una forma de comunicación las cuales eran originadas por las fogatas que realizaban una vez que descubrieron el fuego.

Otra forma de comunicación fueron los llamados petroglifos; que son diseños simbólicos que eran realizadas en rocas esto por medio de un desgaste que realizaban en su superficie, estos son los antecedentes de lo que después sería la escritura. Otro medio fueron los geoglifos las cuales fueron figuras que se construían en laderas de cerros o planicies, usando las piedras oscuras de origen volcánico a manera de mosaico. Los jeroglíficos suelen basarse en símbolos y no en valores fonéticos o alfabéticos. **(8)**

Cabe señalar que la primera forma de comunicación de la historia humana fue la voz, es decir, el lenguaje articulado a través de nuestro sistema fonador: pulmones, garganta, cuerdas vocales, laringe, boca, lengua, labios, dientes. Todo puesto al servicio de emitir una cadena de sonidos de manera continua, organizada y coherente, de acuerdo con las reglas que dicta una lengua (o idioma).

La escritura de igual forma fue un método para resolver el inconveniente de la ausencia del emisor de un mensaje, y hacer que este último perdurara en el tiempo, se inventó un sistema de símbolos de diversa índole que, una vez descifrados, podían transmitir siempre el mismo mensaje. Posteriormente con la evolución del ser humano y la llamada

revolución industrial y demás herramientas tuvo lugar el desarrollo de la imprenta, el correo, el telégrafo, solo por mencionar algunos.

Finalmente, la revolución digital a finales del siglo XX trajo consigo cambios muy importantes en la comunicación humana; las computadoras, los teléfonos inteligentes, el internet etc. **(9)**

6.3 LA COMUNICACIÓN HUMANA DESDE LA PERSPECTIVA BIOLÓGICA

Diversos autores han buscado explicar el origen de la comunicación humana desde distintos enfoques, en este apartado se explica la comunicación bajo la perspectiva de Michael Tomasello, psicólogo comparativo y lingüista. En su trabajo *Origins of Human Communication (2008)*, Tomasello plantea una hipótesis evolucionista: la primera forma de comunicación humana ha sido señalar e imitar. Ambos elementos embrionarios de nuestra comunicación nos han posibilitado, en un estadio evolutivo posterior, la incorporación de formas más complejas de comunicación.

Los seres humanos, teniendo más del 99% de carga genética exactamente igual a la de los chimpancés, somos capaces de crear todo un mundo convencionalmente, se le denomina “cultura” que el resto de los animales no puede. Eso resulta evidente, pero lo que no es evidente son los motivos. Los animales humanos tenemos aquello que Tomasello, denomina “motivación prosocial”, brindar información para ayudar a otro es algo no adquirido, sino que nos nace por sí solo. Somos naturalmente comunicativos y cooperativos; nuestras capacidades sociales tienen un basamento biológico.

La tesis de Tomasello señala que sólo en el contexto de las actividades colaborativas, coordinadas por formas naturales de comunicación gestual (señalar e imitar), puede tener lugar el surgimiento (en términos evolutivos) de convenciones lingüísticas. Se establece una dialéctica entre un proceso evolutivo exclusivamente biológico y uno histórico-cultural, establece tres hipótesis:

1) la comunicación cooperativa humana, evolutivamente, emerge a partir de gestos naturales y espontáneos, señalar e imitar

2) la comunicación humana cooperativa descansa en la infraestructura psicológica de la intencionalidad compartida, y está compuesta por: a) habilidades sociocognitivas para crear con otros intenciones y atenciones compartidas, y b) motivaciones prosociales que permiten ayudar y compartir con otros.

3) la comunicación convencional, encarnada en el lenguaje humano, la cual sólo es posible cuando los participantes poseen: a) gestos naturales y una infraestructura intencional compartida, y b) habilidades del aprendizaje cultural e imitación, que les permite crear y comunicar convenciones y estructuras junto a otros.

Por lo tanto, podemos decir que los seres humanos, tenemos motivaciones sociales de cooperación, en un proceso comunicativo, ambos actores interactúan cooperativamente para alcanzar conjuntamente un objetivo. El que comunica se esfuerza por transmitir el mensaje; a su vez, el receptor se esfuerza por comprenderlo. **(10)**

6.4 CONCEPTO DE COMUNICACIÓN

La comunicación implica algún tipo de relación o de unión entre dos partes que se conectan o se corresponden entre sí de algún modo. Por lo que podemos definirla como “un proceso de transmisión y recepción de señales (ideas, mensajes, datos) mediante un código (un sistema de signos y reglas) que es común tanto para el emisor como para el receptor”. Para fines de este estudio el concepto de comunicación está relacionado con el ámbito del sistema de salud, como se señala a continuación.

La comunicación en salud ha sido definida como el arte y las técnicas para informar, influir y motivar al público sobre temas de salud relevantes desde la perspectiva individual, comunitaria e institucional. Se ocupa de la prevención de enfermedades, las políticas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades y los individuos. (11)

6.5 ELEMENTOS

La comunicación como ya se ha descrito anteriormente va más allá de emitir información, ya que todo este proceso conlleva a una serie de elementos necesarios para cumplir con un objetivo.

Los elementos de la comunicación son diferentes de acuerdo con su naturaleza donde interviene el sistema de comunicación y su relación con el objeto de referencia, además todo tipo de sistema que interfiera en la comunicación como los valores, emociones, ideas, entre otros, permiten a la persona que esta sea un sistema social el cual sea abierto y con interdependencias.

Si bien en todo el proceso de comunicación puede existir el intercambio de información el cual se verá reflejado en el sistema a una forma no solo abierta, sino que incluso permitirá las influencias exteriores de otros sistemas. (12)

Los elementos básicos que intervienen son:

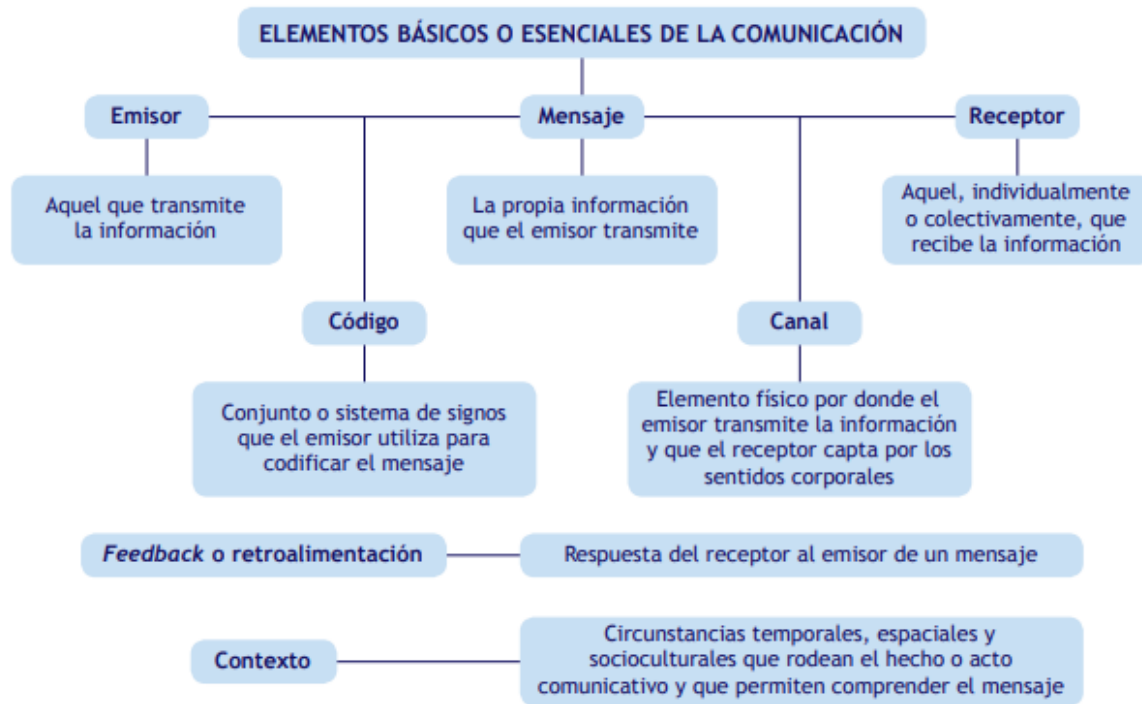


Imagen 1 Elementos básicos o esenciales de la comunicación. (12)

- Emisor
- Mensaje
- Receptor
- Código (idioma, imágenes, signos, braille)
- Canal (medios auxiliares)
- Contexto (lugar)
- Retroalimentación

Es importante cumplir con cada uno de los puntos mencionados anteriormente para que la comunicación sea efectiva, sin embargo, la elección del canal debe ser adaptado a las necesidades de esta forma se evitara dificultades al momento de comunicarse, hay que tener en cuenta los diferentes canales y sus beneficios y desventajas, a continuación, se describen cada una de ellas. (12)

- Comunicación presencial

Beneficios: se puede observar el comportamiento y gestos del receptor para de esta forma dar paso al feedback el cual puede ser inmediato

Desventajas: al exagerar la información el receptor puede no retenerlo completamente.

- Teléfono

Beneficios: la transmisión del mensaje es inmediata

Desventajas: los gestos del receptor no son visibles

- Videoconferencia

Beneficios: el mensaje a transmitir es inmediato y se pueden percibir los gestos del receptor

Desventajas: acceso a dispositivos tecnológicos además de conexión a internet

- Correo electrónico

Beneficios: la transmisión del mensaje puede ser inmediato y claro

Desventajas: el contexto de la información puede resultar confuso para el receptor

- Carta

Beneficios: la información es concreta y puede servir como constancia

Desventajas: su uso ya no es muy recurrente, el tiempo de entrega suele demorar

Los diferentes canales como medios para el proceso comunicativo son de suma importancia, sin embargo, haya que saber elegir la más eficiente y eficaz para poder lograr el objetivo que es el de obtener una respuesta en relación con la petición. Para ello existe también una serie de etapas que marcan o dan paso al mensaje a transmitir a continuación se presentan de manera breve. **(12)**

6.6 ETAPAS DEL PROCESO COMUNICATIVO

- Idea: aquello por transmitir o desarrollar
- Codificación: aquello por emitir debe ser lo más coloquial posible a manera de que el emisor y receptor lo entiendan
- Transmisión: elección del canal adecuado
- Recepción: sentidos y el canal elegido
- Descodificación: interpretación
- Aceptación: comunicación establecida (recibido, descifrado e interpretado)
- Respuesta: reacción del receptor
- Feedback: bidireccional

Es importante que en el proceso de comunicación además de llevar a cabo las etapas con los diferentes elementos, se tomen en cuenta algunos requisitos para que se dé una comunicación efectiva, tales como:

- Entorno adecuado (no perturbaciones ni ruidos)
- Mensaje conciso y claro con términos adaptables
- Usar varios canales
- No exceder la información
- Prestar atención en las reacciones **(13)**

6.7 TIPOS DE COMUNICACIÓN

En relación con lo anterior se destaca la importancia de los tipos de comunicación y la importancia en que radica cada uno.

Comunicación verbal: utiliza los canales de comunicación vocal-auditivo y gráfico-visual, por lo que se subdivide en comunicación oral y comunicación escrita.

Comunicación oral: a través de un canal vocal-auditivo y por medio de un lenguaje estructurado, que da lugar a palabras, ideas, sentimientos, oraciones, conceptos, etcétera.

- Nivel formal
- Coloquial
- Vulgar

Comunicación escrita: consiste en utilizar la palabra escrita, a través de representaciones gráficas de signos y recursos ortográficos; incluye memorandos, cartas, correo electrónico, publicaciones de la organización, periódicos murales y cualquier otro instrumento que sirva para transmitir palabras o símbolos escritos.

Comunicación no verbal: El lenguaje corporal se refiere a estos aspectos de comunicación no verbal directamente relacionados con movimientos del cuerpo, como gestos y posturas. La comunicación no verbal suele complementar en vez de sustituir la escritura, el habla o el lenguaje de señas

- Ambiente
- Colocación de cuerpo
- Postura
- Ademanos
- Expresiones y movimientos faciales
- Tono de voz
- Reposa, vestido y apariencia
- Reflejo

Comunicación a través de medios electrónicos: Los avances en la tecnología de la información han influido en la cantidad y la calidad de las comunicaciones dentro de la población.

- Correo electrónico
- Teléfono
- Fax
- Lugar de trabajo alterno
- Tecnología de presentación
- Reconocimiento de voz

En la comunicación se distinguen los siguientes tipos de comunicación.

- Comunicación Digital (Comunicación Verbal): se refiere a lo que decimos, es única, son las palabras sin posibilidad de intención ni interpretación distinta de su propio significado.
- Comunicación Analógica: se refiere a cómo lo decimos, a la calidad y a la forma. La comunicación analógica es limitada, se basa en la intencionalidad que le ponemos a las palabras, lo que varía el significado en función del tipo de entonación, ritmo, etc. De acuerdo con lo señalado anteriormente podemos ver la influencia que tiene cada característica de cada tipo de comunicación ya que muchas veces no será suficiente el mensaje por sí solo si no la manera en cómo se expresa verbalmente, además de las gesticulaciones que el emisor expresa al momento de hablar cuando este es de tipo oral, o la manera en que este se expresa textualmente cuando el mensaje se da por escrito.

(14)

6.8 CANALES DE COMUNICACIÓN

En cuanto a los canales de comunicación, cabe señalar su importancia ya que no todos tienen la misma eficiencia y/o eficacia para poder transmitir el mensaje que realmente se quiere dar a entender.

Se le llama así al medio o ruta por el que se transporta un mensaje desde el emisor hasta el receptor, se puede decir que es el recurso físico o humano por el cual se manda el mensaje. Por lo tanto, es importante la selección del canal adecuado ya que repercute en la eficacia de las comunicaciones, además de que depende del tipo de mensaje que se desea comunicar. Los canales difieren en su capacidad de transmitir información y pueden ser clasificados como ricos y pobres.

- a) Ricos: un canal rico se refiere a que posee una gran capacidad para llevar información

b) Pobres: son aquellos que carecen de esta capacidad.

Sin embargo, no todos los canales pueden llevar la misma riqueza de información ya que cada canal tiene ventajas y desventajas; por ejemplo, la selección de un canal depende de si el mensaje es rutinario o no, debido a que estos suelen ser ambiguos y pueden generar mal entendidos, A menudo se caracterizan por presiones de tiempo y por la sorpresa.

Un canal rico de información puede ser el oral, que brinda la máxima cantidad de información, palabras, posturas, expresiones faciales, entonaciones y retroalimentación inmediata. **(14)**



Imagen 2. Riqueza de información de los canales. González E. 2016 (14).

6.9 REDES DE COMUNICACIÓN

se entiende por redes de comunicación las vías que sigue el flujo de mensajes entre el personal de una organización, estas redes definen los canales por los cuales fluye la información e implican códigos, gestos, emociones que son decodificables e interpretables por las demás personas implicadas. Dentro de estas podemos hablar de las redes de comunicación formal e informal, que sin lugar a duda es una parte importante dentro de cualquier organización de cualquier tipo, ya que este repercutirá de manera importante en todos los que son parte de las organizaciones. **(15)**

6.10 REDES DE COMUNICACIÓN FORMAL

Las redes de comunicación formal son las rutas oficiales para enviar la información dentro y fuera de las organizaciones, mantiene una estructura jerárquica definida, fluye dentro de la cadena de mando o de la responsabilidad de las tareas definidas por la organización. La comunicación formal está perfectamente definida, incluso dibujada, ya que es la que sigue las líneas del organigrama, que nos da una visión clara de los cauces de traslado de información planeados para la organización. La estructura planificada que se establece para el buen funcionamiento de la organización presenta los canales de

comunicación formal. Estas redes son “herramientas administrativas extremadamente importantes para dirigir, coordinar y estructurar actividades de organización”. **(15)**

6.11 REDES DE COMUNICACIÓN INFORMAL

La comunicación informal es la comunicación organizacional que no está definida por la jerarquía estructural de la organización. La mayor parte de estas redes informales son establecidas por determinadas personas que forman parte de la organización y que tienen intereses particulares, que los llevan a provocar la distorsión de los mensajes que fluyen por los canales formales y a crear situaciones de descontento o inestabilidad. La red informal interpreta y reinterpreta la información que proviene de las redes formales de la organización y produce sus propias informaciones al margen. Los problemas pueden surgir cuando la información de las redes informales supera a la de las redes formales. **(15)**

En este sentido se comprende la importancia que tiene la comunicación en cualquier ámbito, ya que al fallar algún algo se perderá la noción del mensaje convirtiéndose en un mensaje sin respuesta por parte del remitente o peor aún crear otro tipo de información. Dentro de este marco a continuación se describe las direcciones que sigue la comunicación dentro de cualquier organización.

6.12 DIRECCIONES DE LA COMUNICACIÓN

- Comunicación ascendente: es cuando el mensaje fluye (desde las jerarquías inferiores a las superiores, favoreciendo el diálogo organizacional, la funcionalidad de la retroalimentación y el aprovechamiento de las sugerencias, reflexiones e ideas).
- Comunicación descendente: el mensaje fluye en un recorrido desde la dirección o estructuras superiores hacia los niveles intermedios o la base, y son usados para organizar y coordinar eficazmente los procesos de trabajo, para promover los atributos de identidad y fortalecer las relaciones con los públicos.
- Comunicación lateral (horizontal): es el intercambio lateral de mensajes entre individuos que se encuentran en el mismo nivel de autoridad dentro de la organización.

Comunicación diagonal (transversal): es el intercambio de información a través de diferentes niveles de la estructura organizativa, no necesariamente de modo jerárquico ni escalonado, y facilita la interacción entre todos los miembros de la organización, permitiendo la rápida toma de decisiones, así como la rápida detección y solución de los problemas. **(15)**

6.13 BARRERAS DE LA COMUNICACIÓN

En función con lo anterior cabe señalar que en todo proceso comunicativo siempre existirán ciertas interrupciones que harán que el mensaje pueda verse afectado, a continuación, se describen las llamadas barreras de la comunicación que hacen que se pueda generar confusión de lo que se quiere transmitir.

BARRERAS SEMÁNTICAS: generadas por falta de coincidencia entre el emisor y el receptor, en este tipo de barreras se puede convertir el mensaje en algo incomprensible ya que puede existir falta de adecuación entre los códigos (palabras). En esta categoría se añaden también la comunicación escrita (caligrafía y ortografía) y las diferencias dialectales (significado dependiendo de la región).

BARRERAS FÍSICAS O MECÁNICAS: Afectan a los medios utilizados para la transmisión y recepción del mensaje. Se consideran también los problemas ambientales que pueden modificar la recepción del mensaje como las distorsiones por ruido o el exceso de luz en el caso de imágenes.

BARRERAS FISIOLÓGICAS: Cuando se presenta una disfunción parcial o total de alguno de los por órganos que participan en el proceso fisiológico de la comunicación. Además, se encuentran las limitaciones que impiden el escribir o leer.

BARRERAS PSICOLÓGICAS: Tienen relación con la personalidad (carácter, temperamento, prejuicios, antipatías de tal forma que se puede entender los sucesos de distinta forma individualmente

BARRERAS IDEOLÓGICAS: Están relacionadas con el contexto sociocultural de las personas que se comunican **(14)**

Cómo se ha revisado anteriormente podemos ver las diferentes barreras que surgen en el proceso comunicativo. Dada la actualidad en la que vivimos existen y surgen otro tipo de circunstancias que parecieran no ser de importancia sin embargo afectan en gran manera el mensaje que se quiere emitir. Además de lo anteriormente señalado es importante establecer cuáles son las barreras que el personal de la salud se encontrará en los diferentes escenarios como el clínico o comunitario por lo que es necesario el abordaje de las barreras de comunicación en salud.

BARRERAS DE COMUNICACIÓN EN SALUD

Dentro del proceso de la comunicación se pueden identificar ciertos aspectos que, de ser erróneos o mal interpretados, pueden generar consecuencias. Cualquier cosa que bloquee el significado de lo que se está comunicando o que impida que el receptor lo entienda se considera una barrera en la comunicación, entre las que podemos encontrar las siguientes.

Diferencias culturales o de género entre el emisor y el receptor

En la actualidad, la atención a la salud debe otorgarse a una sociedad cada vez más diversificada y globalizada, la cual recibe la influencia de múltiples factores que afectan a las personas, a lo que se suma las diferencias culturales de quienes la integran y la

condicionan, no solo en las actuaciones de tipo social, económicas o culturales, sino en el ámbito de los problemas o necesidades de salud. Las desigualdades en salud principalmente en “la edad, género, raza, etnia, educación, ingresos, discapacidad, residencia y orientación sexual de la población, son una preocupación alarmante, por ello existe la necesidad de centrar el objetivo en lograr “la competencia cultural individual y organizacional” para mejorar la atención a la salud y poder abatir las disparidades ocasionadas por la diversidad multicultural actual.

En el sistema de salud, el profesional de enfermería es el responsable de la prestación de cuidados en un ámbito complejo y debe adaptarse a la realidad multicultural que se vive actualmente. La importancia al desarrollar los cuidados culturales permite considerar la vida humana desde la perspectiva holística, o sea a la persona con sus múltiples referencias culturales, significados de vida y salud, valores o modos de vivir, su estructura social, las formas de comunicación y contexto en general, para devolver el bienestar al paciente, al conducir las prácticas del cuidado de enfermería desde la perspectiva transcultural: cuando el personal de enfermería ha sido capaz de involucrar la integración de conciencia cultural, conocimientos culturales, habilidades culturales, encuentros y deseos culturales se dice que logró “la competencia cultural”. **(16)**

No escuchar

En múltiples ocasiones el receptor no está interesado en lo que se está comunicando, no presta atención y solo escucha lo que quiere oír e ignora las señales no verbales.

La comunicación se puede entender como un proceso multidireccional en el que el profesional comunica, el paciente comunica y el familiar comunica; y no solo el lenguaje verbal es comunicación, sino que esta se completa con los mensajes emitidos a nivel no verbal, que reflejan la actitud que unos y otros adoptan frente a la situación.

Podemos considerar la comunicación como una herramienta terapéutica con cuatro niveles de intervención:

- **Comunicación como información:** ofrecer información sobre la enfermedad y los tratamientos permitirá al enfermo recuperar en parte la sensación de control.
- **Comunicación como actitud:** sabemos que el lenguaje no verbal constituye el 80 % de la comunicación. A veces, con el lenguaje verbal estamos expresando un mensaje, pero a través del lenguaje no verbal estamos transmitiendo justo lo contrario.
- **Comunicación como un tratamiento en sí mismo:** la comunicación terapéutica es la herramienta que utilizamos para favorecer un canal de expresión emocional que nos permita ayudar al paciente a identificar temores y poder ofrecerle apoyo emocional y espiritual.

Comunicación como escucha: implica atender al que habla desde una comprensión global de la persona, desde la totalidad de su experiencia. La escucha activa implica escuchar no solo el lenguaje verbal. **(17)**

Juicios y suposiciones

Los estereotipos, prejuicios e ideas preconcebidas sobre el emisor o la información que se está intercambiando bloquean el significado de la información. Suponer que la otra persona o personas piensan lo mismo que el emisor sobre el contenido de lo que se está comunicando.

A través de la palabra pensamos, nos comunicamos, reflexionamos, nos expresamos, opinamos. Es a través de conversaciones que coordinamos acciones (comunicación significa, también, acción en común). tomar en consideración el punto de vista ajeno; respetar su parecer aun cuando sea distinto; manifestar opiniones sin temor a la diferencia de criterios; responder con serenidad y sencillez ante las diferentes situaciones que se presenten. Su esencia radica en la habilidad para intercambiar mensajes, haciéndolo de forma honesta, respetuosa, directa y oportuna. **(18)**

Falta de claridad

Los mensajes que son confusos debido a la utilización inapropiada del lenguaje resultante de la utilización de un vocabulario inadecuado, una pobre selección de palabras, utilización de palabras vacías, de frases mal construidas, con una organización de ideas inadecuada dificultan la comunicación. Hablar rápido o muy lento, no remarcar las ideas o informes pobremente expresados llevan a una transmisión inadecuada. La elección de palabras o imágenes usadas para comunicar afectan a la comprensión. No todo el mundo entiende igual los distintos términos y palabras. **(19)**

Barreras físicas

Dentro de las barreras físicas nos encontramos con el mobiliario de la consulta, del hospital. Otra realidad es que, cada vez está más implantado la historia clínica electrónica en donde si no se presta atención el ordenador puede convertirse en una importante barrera.

Barreras organizacionales

cada organización tiene una cultura de trabajo y en este sentido, la presión asistencial ejerce una barrera importante en la comunicación en donde afecta desde el punto de vista organizativo, por ejemplo, el tiempo de consulta por paciente o desde el punto de vista asistencial en donde, cada vez más, se mide al profesional en función de unos resultados.

Barreras cognitivas

Evite en todo momento los prejuicios le permitirá ver mucho más allá. Nuestra actitud ante el paciente puede llegar a ser una barrera si no se encuentra a favor de la relación. Lo recomendable es una actitud positiva y abierta a lo que el paciente nos está comunicando. **(20)**

Otro de los aspectos que puede frenar la correcta comunicación es el no aplicar el lenguaje incluyente con las personas que así lo requieran, ya que atenta contra la identidad de la persona y pueden no sentirse identificadas con la forma en que se dirige hacia ellas, por lo que el personal de salud debe adherirse a este tipo de lenguaje, el cual se muestra a continuación.

6.14 LENGUAJE INCLUYENTE

El lenguaje incluyente conocido también como no sexista, es una forma de comunicación que evita la discriminación, además como su nombre lo dice incluye a diferentes grupos de población que son excluidos o invisibilizados. Remontando a los años 90 Judith Butler en su filosofía propuso el dar voz a mujeres y minorías, para ella el lenguaje es de gran impacto debido a que puede generar consecuencias llegando a subvertir o reproducir en las relaciones fenómenos que den lugar al racismo, dado que en el proceso de comunicación interfiere el lenguaje, siendo este considerado una herramienta de gran magnitud ya que permite a cualquier individuo expresarse, hacer prejuicios, discriminar, etc. El lenguaje lo vamos transformando y este evoluciona y da origen a cambios experimentados lo cual origina una nueva forma de comunicarse.

Si bien la población se conforma tanto por hombres y mujeres quienes son las que tienen mayor discriminación de diferentes tipos y niveles que es basada por los estereotipos de prejuicios negativos los cuales dañan los derechos y libertades, es por ello que ante esta situación el lenguaje incluyente se genera de cualquier expresión verbal o escrita donde se utiliza un vocabulario neutro donde no hay generalidades por el masculino ante diferentes situaciones o actividades donde pueden relacionarse la mujer y el hombre, por lo cual existen diferentes formas de lenguaje que reproducen la desigualdad, tales como:

- Equis “x” siendo un carácter de intento neutro
- Arroba “@” se utiliza para referirse a grupos mixtos, sin embargo, no se considera un signo lingüístico
- Usar el femenino para denotar posesión
- Visibilizar el género dependiendo de la situación, Ej.: niños, niñas, adolescentes y jóvenes

Y por consiguiente llevar a cabo el desdoblamiento como en los siguientes casos **(21)**

Grupo compuesto por hombres y mujeres

| Incluyente |
|--|
| Funcionarias y funcionarios acudieron al Foro Mundial. |
| Día de la niña y el niño. |
| Las y los especialistas. |
| Las diputadas y los diputados. |
| Las senadoras y los senadores. |
| Médicas y médicos. |
| Las y los habitantes. |

Imagen 3. Uso de lenguaje incluyente de grupo compuesto por mujeres y hombres. ASF- Nacional Financiera Banca de Desarrollo:2017; 4 **(21)** 1

Usar genéricos y abstractos en sustitución del masculino



Imagen 4. Uso de lenguaje incluyente genérico y abstracto en sustitución del masculino. ASF- Nacional Financiera Banca de Desarrollo:2017; 4 (21)

Agregar la palabra “persona” y anteponer.

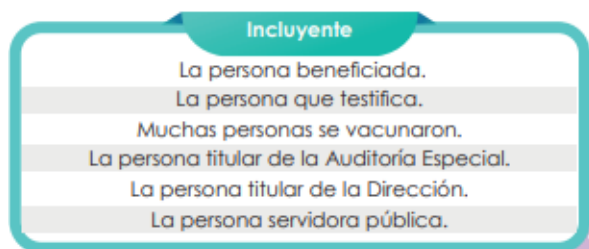


Imagen 5. Uso de lenguaje incluyente con agregación de “la persona”. ASF- Nacional Financiera Banca de Desarrollo:2017; 4 (21)

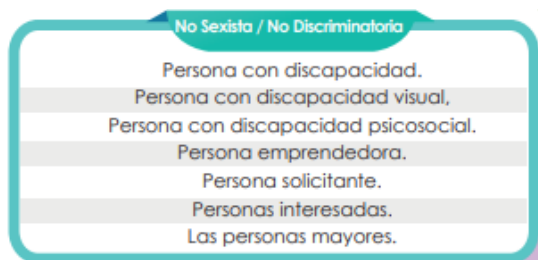


Imagen 6. Uso de lenguaje incluyente con anteposición de “persona”. ASF- Nacional Financiera Banca de Desarrollo:2017; 4 (21)

Cambiar la palabra “uno” por “alguien”

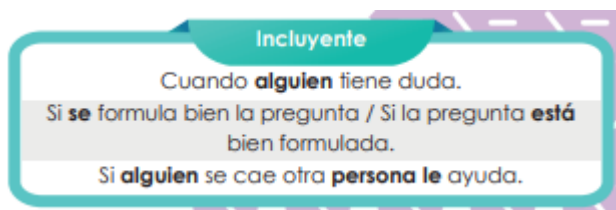


Imagen 7. Uso de lenguaje incluyente sustituyendo la palabra “uno”, por “alguien”. ASF- Nacional Financiera Banca de Desarrollo:2017; 4 (21)

Evitar el uso de posesivos “suyos”, “tuyos” y “míos”, cambiarlos por palabras con el mismo sentido sin generalizar un genero

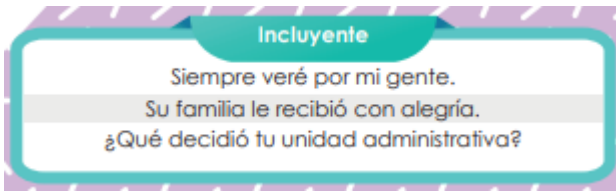


Imagen 8. Uso de lenguaje incluyente sustituyendo los posesivos “suyos”, “tuyos” y “míos” por otras palabras con mismo sentido. ASF- Nacional Financiera Banca de Desarrollo:2017; 4 (21)

Nombrar femenino cuando se hable de profesiones en las mujeres

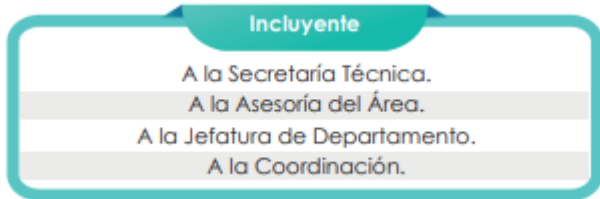


Imagen 9. Uso de lenguaje incluyente nombrando siempre las profesiones de las mujeres en femenino. ASF- Nacional Financiera Banca de Desarrollo:2017; 4 (21)

Cambiar la palabra “otros” por “demás”

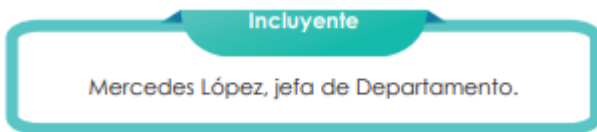


Imagen 10. Uso de lenguaje incluyente sustituyendo la palabra “otros” por “demás”. ASF- Nacional Financiera Banca de Desarrollo:2017; 4 (21)

Al enviar un comunicado a alguien de quien se sabe el cargo que ocupa

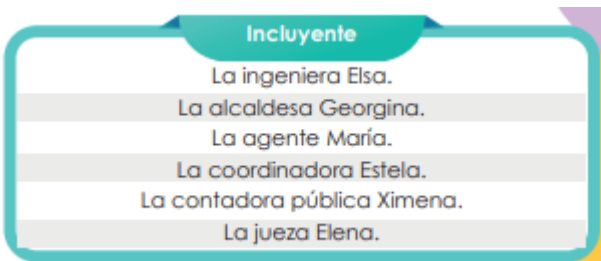


Imagen 11. Uso de lenguaje incluyente para enviar comunicados a alguien quien se desconoce el nombre. ASF- Nacional Financiera Banca de Desarrollo:2017; 4 (21)

Al firmar algún documento situar de acuerdo con el sexo correspondiente

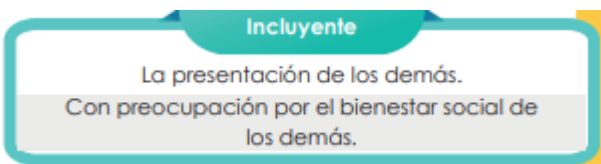


Imagen 12. Uso de lenguaje incluyente anteponiendo el sexo correspondiente. ASF- Nacional Financiera Banca de Desarrollo:2017; 4 (21)

Como se señaló anteriormente la comunicación es esencial en cualquier tipo de organización, como parte de ello pueden surgir problemáticas o ciertos desvíos en todo este proceso, para fines de esta investigación se llevara el proceso comunicativo bajo el enfoque dentro del sistema de salud, puntualizando más específicamente en la relación comunicativa entre el personal de enfermería y el paciente para lograr un apego adecuado al tratamiento, por lo que es de importancia el abordaje del lenguaje incluyente en las instituciones de salud ya que a parte del lenguaje no sexista también se deben aplicar aquellos lenguajes que afectan a personas con discapacidades como se muestra a continuación.

APLICACIÓN DEL LENGUAJE INCLUYENTE EN INSTITUCIONES DE SALUD

La Reunión Nacional de Integración y Desarrollo del Sector Salud: Hacia el acceso efectivo a los Servicios de Salud desarrolló la estrategia nacional de cero rechazos en la atención a las personas en las unidades médicas, por lo que reciben población de diferentes regiones del país y en particular en el INR con diversos tipos de discapacidad lo que implica que el personal este preparado para la atención de esta población.

Aunado a esto los problemas de discapacidad son un factor importante para que el personal de salud que labora en las instituciones sepa o maneja distintos tipos de comunicación, como el lenguaje de señas o dialectos.

Las personas con alguna discapacidad física que no permite establecer comunicación de la misma forma que con las personas que no tienen ninguna discapacidad, son también una población excluida que necesita de atención médica, en la que el personal suele no estar preparado para este tipo de lenguajes.

En la pandemia por el covid-19 personas con discapacidad auditiva, por ejemplo, tuvieron más riesgo de contagio, ya que para el uso de este lenguaje se necesita tocar el rostro y algunos objetos para comunicarse, por otro lado, hay falta de información clara y en formatos accesibles acerca de las medidas de seguridad para no contagiarse; por lo antes mencionado adquiere relevancia la utilización de lenguajes que incluyan a toda la población. **(22)**

En un estudio realizado por Barranco y colaboradores en el que se estudiaron las diferentes estrategias empleadas por enfermería a las personas sordas o ciegas se menciona que las intervenciones que ejecuta el personal de enfermería se basan en información que se puede obtener a través de instrumentos clínicos, de la observación o interacción directa con las personas, siendo la interacción lo más importante porque permite contextualizar y personalizar el cuidado a las necesidades del paciente. Además, se debe añadir las diferencias en la comunicación, la cultura, o la lengua entre el personal sanitario y los pacientes sordos, por ejemplo, lo que conlleva a mala interpretación, errores de diagnóstico o minimizar al paciente a un estereotipo. En cuanto a las personas ciegas nos muestran información en la que se señala que el personal de

enfermería, así como los estudiantes sienten inseguridad ante comunicación con estos pacientes por lo que evitan prolongar las interacciones con ellos. Por ello la estrategia de comunicación con personas sordas en el proceso de atención de enfermería es la utilización de lengua de signos, con lo que se permite una relación de confidencialidad enfermero-paciente, además de aumentar la satisfacción del paciente. **(23)**

Para comprender la aplicación de estos tipos de lenguaje en el entorno clínico se retoma la institución en que se hace la presente investigación, por lo que se muestra la información disponible acerca de sus orígenes y sus características internas.

6.15 CONTEXTO INSTITUCIONAL

En el año de 1951 se creó la Dirección General de Rehabilitación en la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la cual se integró con diversos centros y servicios de rehabilitación para todo tipo de discapacidades: musculoesqueléticas, de la audición, de la visión y por deficiencia mental, a diferentes centros como lo es el Centro de Rehabilitación del Sistema Musculoesquelético, al Instituto de Audiología, al Instituto Nacional de Niños Ciegos, anexando la Escuela Nacional de Ciegos, el Centro de Débiles Visuales y el de Deficiencia Mental, entre otros.

Para el año 1971 se planteó el Programa Nacional de Rehabilitación que incluía la construcción de Centros de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) en los Estados y la del Instituto Nacional de Rehabilitación en la Capital de la República, del cual se realizó el proyecto ejecutivo y se le asignó un terreno en la Delegación de Tlalpan, cuya construcción a punto de ser iniciada se suspendió por razones de crisis económica en el País.

En 1989 se decidió la fusión de los Institutos Nacionales de Medicina de Rehabilitación, Ortopedia y Comunicación Humana para dar lugar a la Formación de un solo Instituto fortalecido, lo cual se logró mediante la construcción y equipamiento de un nuevo edificio, llevándose a cabo el proyecto ejecutivo e iniciándose su construcción. La fusión, se llevó a cabo mediante la modificación al Reglamento Interno de la Secretaría de Salud en el mes de agosto de 1997, creándose el Centro Nacional de Rehabilitación (CNR).

Como parte fundamental de su objetivo original, el CNR se convirtió en un Instituto Nacional de Salud mediante la modificación de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud a partir del 23 de junio del 2005, creándose el Instituto Nacional de Rehabilitación. Del 2005 al 2010, el objetivo fue lograr la Integración real de las tres Instituciones bajo una sola Dirección y Administración, lográndose una nueva Identidad.

Del 2010 al 2015 el objetivo fue Mejorar la Calidad en Investigación, Enseñanza, Atención Médica y Administración, lo cual se hizo evidente a través de la Certificación del Consejo de Salubridad General y de la ISO 9000. A partir del mes de febrero del año 2015, mediante modificación a la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, se le impuso el nombre de Luis Guillermo Ibarra Ibarra al Instituto Nacional de Rehabilitación. **(24)**

6.16 SITUACIÓN ACTUAL

En la actualidad el Instituto ha ganado presencia y reconocimiento a nivel nacional como Institución líder en la Atención médica de Alta Especialidad y la Formación de Recursos Humanos en los campos de Ortopedia, Medicina de Rehabilitación y Audiología y más recientemente en Otorrinolaringología. Así mismo, tiene presencia nacional a través de las campañas de Cirugía Extramuros y del Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados. Participa en el Plan Nacional de Desarrollo y en el Programa Sectorial de Salud. Ha alcanzado proyección Internacional a través de los programas de cooperación internacional mediante la intervención de la Dirección General de Asuntos Internacionales y como Centro Colaborador de OPS/OMS. El Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra también ha alcanzado la suficiente calidad en todos sus procesos que le ha merecido la Certificación ISO 9001-2015 y la del Consejo de Salubridad General. (24)

Como parte de lo anterior a continuación se presenta el tipo de población que atiende esta institución.

TIPO DE POBLACIÓN

De acuerdo con el informe de autoevaluación del director general del instituto nacional de rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra

Cuadro 34
Principales causas de atención en la consulta externa de primera vez
enero- diciembre 2020

| Orden de Frecuencia | Causa | No. de casos |
|---------------------|------------------------------------|--------------|
| 1 | Fracturas | 1,948 |
| 2 | Padecimientos de Columna Vertebral | 672 |
| 3 | Osteoartritis | 332 |
| 4 | Hipoacusia | 273 |
| 5 | Trastorno del Lenguaje | 256 |
| 6 | Secuelas de fracturas | 176 |
| 7 | Tumores en Tejidos Blandos | 159 |
| 8 | Trastornos Lectográficos | 127 |
| 9 | Lesión de Manguito Rotador | 115 |
| 10 | Luxaciones | 112 |
| 11 | Otras Causas | 2,694 |
| Total | | 6,864 |

Imagen 13. Principales causas de atención en la consulta externa de primera vez enero-diciembre 2020. Verdejo M. 2021 (25)

Cuadro 35
Consultas totales otorgadas
enero – diciembre 2020

| Subdirección | 2019 | 2020 | |
|----------------------|----------------|----------------|---------------|
| | Realizado | Programado | Realizado |
| Ortopedia | 58,096 | 59,561 | 25,425 |
| Otorrinolaringología | 8,552 | 8,726 | 2,420 |
| Oftalmología | 33,249 | 35,402 | 11,465 |
| Quemados | 1,246 | 1,273 | 357 |
| Total | 101,143 | 104,962 | 39,667 |

Imagen 14. Consultas totales otorgadas enero- diciembre 2020. Verdejo M. 2021 (25)

- Consulta en Urgencias

Total, de 6,254

Correspondientes a:

Ortopedia 2,142, con causar mayor ingreso por fracturas de cadera (338) de los cuales 101 se les coloco prótesis y 237 por osteosíntesis

Medicina de rehabilitación 7

CENIAQ 94

- Hospitalización

Ingreso de 4,814 de los cuales 3,509 corresponden al servicio al servicio de ortopedia, 110 a CENIAQ, 171 a medicina de rehabilitación, 707 a oftalmología y 317 a otorrinolaringología

Con respecto a los egresos, un total de 4,789 corresponden 3,467 a ortopedia, 99 a CENIAQ, 190 a medicina de rehabilitación, 707 a oftalmología y 326 a otorrinolaringología

- IAAS en ortopedia durante enero -diciembre 2020

Total, de 58 casos, 44,6 a sonda vesical por procedimiento quirúrgico, 3 a neumonía por ventilación mecánica, 2 por infección de tejidos blandos en herida no quirúrgica, 2 a infección sanguínea de línea central, 1 por SARSCov-2

Infecciones asociadas a vías periféricas en el servicio de ortopedia de enero a diciembre de 2020 en agosto se presentaron 2 casos

Infecciones de vías urinarias asociadas a sonda vesical en el servicio de ortopedia de enero a diciembre de 2020 se presentaron un total de 6 casos donde 1 caso corresponde al mes de febrero, 1 en abril, 1 en agosto, 1 en septiembre y 2 en octubre.

En relación con lo expuesto debe considerarse la importancia que tiene la adecuada atención de los pacientes de las diferentes especialidades del instituto, así como las características de cada población.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL INSTITUTO

Es importante tomar en cuenta todo esto ya que de ello depende mucho la manera en cómo llevar el proceso comunicativo, y ver la forma de que cada paciente entienda realmente la importancia de su tratamiento hospitalario, así como su rehabilitación como parte de este. Por lo tanto, es preciso tener en cuenta la relación comunicativa enfermería-paciente. **(25)**

6.17 COMUNICACIÓN ENFERMERÍA – PACIENTE

Somos primordialmente seres “sociales”, en el sentido de que pasamos la mayor parte de nuestras vidas con otras personas. Por consiguiente, es importante aprender a entenderse con los otros y a funcionar adecuadamente en situaciones sociales. Ciertas habilidades de comunicación nos ayudan a mejorar las relaciones interpersonales. La comunicación es el acto por el cual un individuo establece con otro un contacto que le permite transmitir una información.

Para fines de esta investigación el enfoque que se le da a la comunicación radica en la importancia que tiene sobre la relación enfermera-paciente, clave fundamental que repercute en el cuidado y autocuidado del paciente.

La comunicación es una necesidad humana que forma parte de la vida cotidiana a lo largo del tiempo, se emplea como un proceso en que el emisor y el receptor pueden expresarse a través de signos, palabras y códigos, durante este proceso surge un intercambio de información por medio de conductas verbales y no verbales; en el caso de enfermería la comunicación entre este personal y el paciente es importante porque ocupa un lugar prioritario en el ejercicio de la práctica profesional, ya que es el eje articulador de los cuidados, tanto asistenciales, como tecnológicos, dirigidos a la oferta del cuidado de enfermería de calidad **(26)**

Dentro de la relación enfermera-paciente es importante entender que la enfermera tiene un papel muy importante en la vida del paciente, ya que es enfermería quien tiene un vínculo mucho más estrecho con el paciente, tal y como lo señala el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) en Estados Unidos “el rol de la profesión abarca el cuidado autónomo y colaborativo de individuos de todas las edades, familias, grupos y comunidades, y en todos los entornos”. Esto incluye la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el cuidado de personas enfermas, discapacitadas y moribundas. En este contexto, considera “la promoción de un entorno seguro, la investigación, la participación en la formulación de políticas de salud y en la gestión de los sistemas de salud y los pacientes, y la educación” como funciones clave de enfermería. **(27)**

Como podemos ver el rol de enfermería va más allá de lo asistencial, y una de las tantas funciones de enfermería es la educación al paciente para que este pueda tener un autocuidado y por consiguiente lograr una mayor efectividad en el apego a su tratamiento y/o rehabilitación.

Por lo tanto, la relación enfermería-paciente, es esencialmente comunicativa, sobre todo cuando el cuidado está dotado, también, de una sobrecarga emocional. La capacidad

de comunicación se puede relacionar con la experiencia del cuidar, desde el punto en que la enfermera en su función de ofrecer cuidados no solo trasmite información, sino que también brinda comprensión, apoyo, simpatía, compasión.

La comunicación en enfermería propone la modificación del comportamiento humano y de factores relacionados con el que directa o indirectamente promueven la salud, previene enfermedades o protegen a los pacientes del daño. Una buena comunicación enfermera-paciente tiene resultados positivos, tanto para el paciente como para la enfermera. La confianza del paciente en los planes de cuidados y la toma de decisiones mejora los resultados del tratamiento. Es por ello por lo que la comunicación enfermera-paciente es una condición necesaria para la práctica de enfermería. **(28)**

Enfermería al ser una profesión la cual comprende de conocimientos, actividades y aptitudes que permiten atender así como satisfacer las necesidades de la persona, familia y/o comunidad, para efectuar un buen desempeño en esta profesión es de gran importante que en la relación enfermería-paciente exista un ambiente de armonía y confianza, tomando en cuenta que en el proceso de comunicación gran impacto de que se genere una buena comunicación son los elementos y su correcta aplicación, es por ello que en enfermería además de los elementos de la comunicación los profesionales deben de contar con sus recursos personológicos esto con el fin de lograr un efectiva relación con su paciente, tales habilidades como la empatía, la escucha activa, el respeto a la dignidad, entre otros aspectos. Van a permitir al profesional en enfermería que la comunicación sea eficaz y satisfactoria para ambas partes.

Como parte del trabajo del personal de enfermería es indispensable la comunicación clara y sencilla tomando en cuenta que cada paciente interpreta los mensajes de diferentes maneras. De esta forma “la comunicación con el paciente forma parte esencial del proceso asistencial, dando seguridad a este y consiguiendo una práctica clínica de calidad, la obtención de información, la capacidad para hacerse entender, la habilidad para la negociación, la sensibilidad para abordar malas noticias” **(29)**

Hay habilidades que son necesarias para la comunicación entre enfermería-paciente antes de cualquier intervención como reflexionar cual es la situación en la que se encuentra el paciente y lo adecuado que sería la intervención pues de acuerdo con H. Peplau entiende la comunicación como la capacidad de la enfermera(o) de conocer y comprender la conducta para establecer la relación terapéutica. Además de los elementos ya mencionados de la comunicación uno elemental en la profesión es la empatía en este se adopta la actitud a forma de comprender y transmitirla por medio de la fase de identificación con la persona y su situación, seguido de la fase de incorporación de la experiencia del paciente y su repercusión, por último, la fase de separación sentimental. Posteriormente se puede establecer la relación de ayuda, la cual puede ser:

Autoritaria: siendo centrada al problema del paciente y se intenta resolver sin otros recursos más que los propios

Democrático o cooperativo: se trata de una actitud facilitadora donde se centra la atención al paciente, adaptándolo e implicándolo en la resolución

Paternalista: se centra el problema en cómo se vive, tomando responsabilidad y sobreprotegiendo

Empático: la actitud es facilitadora y se ayuda al otro, se insiste en lo que se cree que debe hacer en relación con lo que puede realizar. **(26 y 27)**

Desde este enfoque podemos analizar la importancia de la comunicación entre la enfermera y el paciente, tal como se ha descrito anteriormente, dentro de este proceso pueden surgir diferentes aspectos que interrumpen el proceso comunicativo y por lo tanto dan lugar a una serie de conflictos o barreras comunicativas que afectan directamente el objetivo del mensaje desde el ámbito de la salud. A continuación, se muestran artículos que sirven de precedente a la presente investigación o que tienen relación con el tema principal.

7. ANTECEDENTES

7.1 BARRERAS DE LA COMUNICACIÓN EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Se encuentra como objetivo principal la recolección de información sobre las barreras de comunicación con los profesionales de enfermería, así como sus medidas de afrontamiento, se llevó a cabo en el año 2008 hasta el 2017 por medio de una revisión bibliográfica, donde se encontraron que las más prevalecientes son según su naturaleza: de código que permitan transmitir y recibir información, en esta es necesario que a veces se debe cambiar el lenguaje, a su vez en este apartado se destaca el idioma como principal barrera, conjunto a la falta de habilidades para comunicarse con personas con déficit auditivo; de ruidos tanto sonoros, las características ambientales, las interrupciones, entre otras que pueden afectar la comunicación durante la transmisión del mensaje ; filtros donde se incluyen los valores, creencias, prejuicios, expectativas, experiencias tanto del emisor como del receptor.

Además, existen otros anexos a los anteriormente mencionados, como lo son: el tiempo; la falta de madurez, autocontrol para evitar los prejuicios; el trato cordial y respetuoso, así como brindar información completa y verídica. **(30)**

7.2 LA COMUNICACIÓN SOCIAL EN SALUD PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES EN LA COMUNIDAD

se trata de una revisión bibliográfica con el objetivo de sustentar las relaciones entre la comunicación en salud y la concreción del trabajo preventivo, por lo cual se hace referencia a que, en la comunicación social en salud, es necesario planear, implementar y evaluar, para poder promover la salud, prevenir enfermedades y proteger a las personas de cualquier daño.

De acuerdo con su naturaleza va desde el micro nivel, meso nivel y macro nivel. Donde debe ser dinámico, lineal, con planes, etc. Para con ello no solo transmitir información sino darle un valor terapéutico. Además, con los avances tecnológicos se pueden eliminar barreras informativas, sin embargo, se debe contemplar que el acceso a las nuevas tecnologías no es tan disponible en todos los lugares.

Por lo cual se plantea la necesidad de llevar a cabo las tres formas de comunicación que son: la unidimensional, la bidimensional y tridimensional. Mismas donde a su vez se reflejan las barreras semánticas, fisiológicas, físicas, psicológicas. Donde a si mismo se pueden combatir por medio de palabras, ideas, sentimientos teniendo en cuenta que la comunicación debe ser informativa, reguladora y afectiva.

Comunicación terapéutica enfermería - paciente y nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes que acuden al centro de salud materno infantil Dr. Enrique Martín altuna – 2018

Se trata de una investigación cuyo objetivo fue determinar la relación entre la comunicación terapéutica enfermera - paciente y nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes que acuden al centro de salud materno infantil Dr. Enrique

Martín altuna en el año 2018 con un estudio descriptivo correlacional y transversal donde se tuvo una población de 32 pacientes con tuberculosis pulmonar, por medio de un instrumento de evaluación el cual evaluó la orientación, identificación, aprovechamiento y resolución, además de 6 partes donde se evaluó: la asistencia a la administración del tratamiento de fármacos, asistencia a consulta médica, a la entrevista de enfermería, examen radiológico, entrega de esputo, curva pondera con respecto al peso.

De acuerdo con sus resultados con respecto a la comunicación terapéutica 46.9% fueron parte de la categoría regular, seguido de un 25% con respecto a la categoría de mala comunicación. En la variable de adherencia al tratamiento 43.8% forman parte de la categoría regular, 31.3% mala adherencia. **(31)**

7.3 LA MODIFICACIÓN DE LOS HÁBITOS Y LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA, CLAVE PARA EL CONTROL DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA

El objetivo de esta investigación fue presentar y desarrollar intervenciones eficaces ante la modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica de forma cognitiva y conductual. En el tratamiento farmacológico, hábitos, estilo de vida, apoyo social y familiar. De acuerdo con sus resultados, en las intervenciones cognitivas se encuentra la información y educación del paciente de forma individual y grupal, con el uso de diferentes recursos, diferentes lugares, donde esto ha demostrado ser irregular y con poca esperanza.

Como parte de las intervenciones conductuales, donde son observados los factores ambientales y genéticos, los cuales se desarrollan más en el entorno social, lo cual resulta en la disminución de adoptar un estilo de vida saludable, por lo cual se recomiendan intervenciones directas e indirectas por medio de actividades cotidianas, refuerzos, recompensas, recordatorios, etc. **(32)**

7.4 BARRERAS IDENTIFICADAS POR PACIENTES CON DIABETES MELLITUS DE TIPO 2 EN SU ATENCIÓN INTEGRAL

Por medio de la perspectiva de las personas con diabetes barreras desde la mellitus tipo II, se investigó las barreras con respecto a la perspectiva de la atención integral que se brinda en las áreas de salud, Se llevo a cabo un análisis cualitativo, descriptivo y transversal en el año 2017, con un total de 56 personas que padecieran en ese entonces DM-II, de acuerdo con los resultados se encontró que las barreras en atención fueron principalmente relacionadas con el tratamiento farmacológico debido a sus costos elevados, la falta de los mismos en las farmacias, etc. Y no farmacológico como lo es la dieta a consecuencia de los precios, el bajo salario, además de ello la indisciplina como motivo; seguido del seguimiento en los servicios de salud donde se hace mención la situación donde las personas evitan ir a sus consultas y solo acuden por algún cambio dentro del tratamiento farmacológico, la dieta o la prescripción, incluso también la espera prolongada, la inestabilidad con el personal médico; el apoyo y comunicación de los profesionales de la salud afectando en gran parte la relación que se tiene como

profesional de la salud-paciente, debido a que en la investigación se observó que la relación tenía déficits en su calidad, la expectativa era baja, refieren las personas que al acudir a consultas en el CAD se encontraban con mayor empatía, había participación activa, se sienten más valorados al momento de recibir información de cualquier tipo con respecto a su padecimiento. **(33)**

7.5 LIMITACIONES Y POSIBLES MEJORAS PARA ASEGURAR UNA MAYOR ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS

En esta investigación se llevó a cabo un análisis de la atención sanitaria brindada en las farmacias, quienes fungen un papel importante en el tratamiento del paciente crónico, por medio de recetas electrónicas, que pueden ser dispensadas sin necesidad de que el paciente regrese al centro de salud por este documento. El análisis que se llevó a cabo fue cualitativo en el periodo 2017-2018, en los cuales se atendieron a 5000 pacientes en una farmacia de Santander. Se llevó a cabo con el objetivo de conocer las deficiencias de este sistema basado en el uso de las TICs, por medio de un cuestionario el cual está basado en conocer las condiciones de acceso, los periodos de vigencia y el modo de resolver incidencias. De acuerdo con los resultados se obtuvieron en esos dos años un total de 1500 incidencias las cuales están relacionadas con las barreras del sistema que limitan la adherencia al tratamiento, esto derivado a los constantes olvidos, extravíos o confusiones con el documento, seguido del tiempo límite para recoger el tratamiento el cual era de 10 días, había fallo debido al olvido por parte del paciente, desconocimiento, motivos relacionados con la disponibilidad del tratamiento, incidencias por la evaluación indispensable del médico por cuestiones de confirmación, modificación del tratamiento, desabastecimiento, todo esto conllevaba a un retardo en la adquisición del tratamiento y por lo tanto su adherencia terapéutica. **(34)**

7.6 ACTITUDES, CREENCIAS Y BARRERAS PARA LA ADHESIÓN A LA DIETA HIPOSÓDICA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

El objetivo de esta investigación fue identificar actitudes, creencias y barreras para la adherencia a la dieta hiposódica en pacientes con insuficiencia cardiaca y factores asociados. Este estudio es transversal con 41 individuos. Se menciona que a pesar de la orientación que los profesionales de la salud brindan en cuanto a la moderación del sodio en la dieta, se sigue presentando poca adherencia a su tratamiento. De la misma forma refieren que el papel de enfermería es fundamental en el tratamiento y rehabilitación de los pacientes con insuficiencia cardiaca, puesto que son responsables del seguimiento, promoción, y educación en salud. Concluyeron que como barreras se encuentran los esfuerzos insuficientes para cambiar la dieta orientada a los alimentos hiposódicos, aunado a que la mayoría de las pacientes no comprenden acerca de su enfermedad, lo que termina influyendo en su adherencia. **(4)**

7.7 MÉTODOS PARA MEDIR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Se realizó una investigación documental con información de bases de datos, cuyo objetivo fue describir cuáles son los principales métodos para medir la adherencia

terapéutica de los pacientes y determinar los más idóneos para ser utilizados en la práctica clínica diaria. Se menciona que existen 2 métodos para medir la adherencia terapéutica, los directos e indirectos. En los primeros, se encuentra la determinación de la concentración del fármaco en una muestra biológica y la terapia directamente observada que proporciona información medible o comprobable. Los indirectos se basan en la entrevista clínica al paciente, en el recuento de medicamento restante o en el análisis de registros de dispensación de medicamento, entre estos métodos destaca el empleo de cuestionarios para la determinación de la adherencia que además nos pueden dar información acerca del comportamiento del paciente o las barreras que impiden la adherencia, de los cuales se realizó la compilación de diversos cuestionarios. (35)

7.8 CONSULTA DE ENFERMERÍA Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA DEL PACIENTE EN HEMODIÁLISIS

Se realizó un estudio observacional longitudinal prospectivo de cohorte, con una muestra de 42 pacientes en hemodiálisis, en donde Ojeda y colaboradores determinaron que se debe asegurar que el paciente reciba instrucciones terapéuticas correctamente escritas, revisarlas y verificarlas con él para conocer su nivel de comprensión, motivarlo a seguir el tratamiento y responsabilizarlo de las desventajas de no seguir el tratamiento haciendo que él se implique en conductas de autocuidado. Para realizar este estudio se separaron los pacientes en 2 grupos, en uno de ellos se llevaron a cabo consultas de enfermería en las que se hicieron intervenciones como las revisiones del tratamiento farmacológico, ofrecer información necesaria acompañada de algún soporte escrito, resolución de dudas y el pactar metas y objetivos, entre otros. Obteniendo como resultado mejoras en la adhesión en cuanto a la dieta y medicación. Al comparar muestras clínicas de los grupos encontraron diferencias en niveles de fósforo y hormona paratiroidea, importantes en el tratamiento de estos. (36)

7.9 ADHERENCIA FARMACOLÓGICA Y PREVENCIÓN SECUNDARIA CARDIOVASCULAR: UNA DE LAS PRINCIPALES BARRERAS EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD ATEROESCLERÓTICA.

Vejar y colaboradores tienen como objetivo en esta investigación discutir la evidencia sobre la adherencia farmacológica en prevención secundaria y el uso de la poli-píldora, su efectividad, costo-beneficio, e indicaciones, como estrategia para mejorar la adherencia. En ella se menciona que la adherencia terapéutica está formada de dos elementos, el cumplimiento y la persistencia. El primero es el porcentaje del tiempo en que el paciente sigue el régimen indicado por el médico; y la persistencia hace referencia al periodo de tiempo entre el inicio y la última dosis que precede a la interrupción del tratamiento por decisión del paciente. Dentro de los 5 factores que influyen en la adherencia terapéutica se encuentran los factores relacionados con el equipo y sistema de salud, en el que mencionan que este equipo multidisciplinario es fundamental para educar a la persona sobre su enfermedad y beneficios del tratamiento, que por

consiguiente puede favorecer la adherencia, sin embargo, otros incentivos es la entrega de fármacos gratuitos, por ejemplo. (5)

7.10 PRINCIPALES CAUSAS DE DESERCIÓN DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE COMUNICACIÓN HUMANA-1987”

De acuerdo con el análisis de la investigación, en diferentes instituciones como: el Psiquiátrico infantil, Hospital Gea González, Comunidad Down, así como investigaciones realizadas por el Instituto Nacional de Cancerología y el Hospital General de México dan a revelar el impacto que acontece en la deserción de los pacientes, tal como los aspectos que originan la deserción, siendo la propia enfermedad por la no aceptación y la actitud que se tiene hacia el tratamiento, posición sociocultural, capacidad económica, falta de medios de transporte, información inadecuada proporcionada por el profesional de la salud o por otras personas, el trato recibido por parte del lugar donde se es atendido debido a que se menciona que el contacto es impersonal, falta comprensión, el ámbito socioeconómico. Entre las causas de deserción se encuentran con mayor prevalencia: No no notar ningún avance con respecto al tratamiento (24%), problemas de distancia debido a que influía el nivel socioeconómico donde prevalece el medio bajo; con respecto al profesional de salud se mencionan la impuntualidad, incapaz, la comunicación, entre otros aspectos. (6)

7.11 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL COMPORTAMIENTO DE ADHERENCIA DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

De acuerdo con la investigación realizada, se tuvo el objetivo de analizar los factores que influyen en el comportamiento de Adherencia al tratamiento del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2, en la Unidad de Especialidades de Enfermedades Crónicas en Villahermosa, en un periodo de 6 meses en el año 2018. La metodología empleada fue una investigación de tipo cuantitativo, observacional, corte transversal y prospectivo. Con una muestra de 106 pacientes. Con respecto a los resultados relevantes para esta investigación son los factores que influyen en el comportamiento de adherencia: el 88% son con el paciente, mientras que el 77% con el proveedor, el factor socioeconómico con un 56%, 49 % con respecto a la terapia nunca influyen. Con respecto al comportamiento de adherencia: 47 % refieren tener ventaja, 41 % en riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia. (37)

7.12 ADHERENCIA TERAPÉUTICA A LA TROMBOPROFILAXIS ORTOPÉDICA

Se trata de una revisión de literatura donde se seleccionaron 32 artículos relacionados con la trombo-profilaxis y la adherencia terapéutica. El objetivo de este estudio fue describir el uso de trombo-profilaxis y el riesgo de complicaciones tromboembólicas en cirugía ortopédica. En cuanto a la adherencia terapéutica se menciona que esta es el cumplimiento por parte del paciente de las indicaciones dadas por el médico, aunque

recientemente también se ha ampliado la definición para incluir el cumplimiento, por parte del médico, de los protocolos establecidos para las enfermedades. En la cirugía de ortopedia el uso de este tratamiento evita complicaciones y estancias hospitalarias prolongadas. Dentro de los factores relacionados a una baja adherencia terapéutica se encuentran: el miedo a la inyección y a una mala técnica de aplicación cuando se trata de una dosis parenteral, además del olvido y poca sensibilización de la importancia de la terapia. Se concluyó que un alto nivel de adherencia evita un desenlace negativo en el paciente y por lo tanto es de gran importancia tanto que los médicos se apeguen a los protocolos, así como que el paciente cumpla las indicaciones dadas por los médicos. **(38)**

7.13 ADHERENCIA A LAS GUÍAS INTERNACIONALES DE TROMBOPROFILAXIS EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ORTOPÉDICA MAYOR EN COLOMBIA: RESULTADOS DEL REGISTRO DEIMOS

Se realizó un estudio longitudinal, multicéntrico, multinacional que consistió en evaluar la adherencia a las recomendaciones de trombo-profilaxis intrahospitalaria de las guías ACCP, haciendo un seguimiento de entre 4 a 6 semanas postoperatorias con un total de 244 pacientes. El seguimiento ambulatorio fue realizado durante tres visitas después del alta hospitalaria, en la primer visita los pacientes fueron incluidos en el estudio recolectando datos demográficos y del paciente. La segunda visita fue en el momento del egreso obteniendo información del procedimiento quirúrgico y la tercera se llevó a cabo alrededor de la sexta semana después de la cirugía, cuando al paciente asistió a consulta de seguimiento. Se determinó que, del total de pacientes, 240 completaron el seguimiento, sin embargo, se demostró que depende del tipo de cirugía, ya que en la Fractura de cadera la adherencia es alta, mientras que, en remplazo total de rodilla (entre otras), la adherencia suele ser más baja sin representar una diferencia significativa, concluyen que se deben realizar esfuerzos encaminados a mejorar el cumplimiento de las recomendaciones aun cuando el paciente no se cuente en la institución de salud. **(39)**

7.14 IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO Y SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO EN FISIOTERAPIA

Rodríguez N, et al. realizaron una revisión bibliográfica con el tema Importancia de la comunicación en el establecimiento y satisfacción con el tratamiento en fisioterapia donde se seleccionaron artículos que se adecuaron a los objetivos planteados.

Se señala la importancia de la participación del paciente en el proceso terapéutico donde la relación entre el profesional sanitario y el paciente debe de dejar de estar controlada mayoritariamente por el personal de salud y pasar a ser una relación en la que ambos agentes participan por igual. Bajo este nuevo paradigma biopsicosocial, la comunicación entre los profesionales de la salud y los beneficiarios de sus cuidados es una de las claves del éxito terapéutico.

Bajo este enfoque se encontraron tres vertientes como resultados: Importancia de la comunicación en los cuidados centrados en la persona, Importancia de la comunicación en la instauración del tratamiento: la toma de decisiones conjunta y la Importancia de la comunicación en la satisfacción del paciente.

Dentro del resultado encontrado sobre la Importancia de la comunicación en los cuidados centrados en la persona se señalan cinco dimensiones prioritarias: la perspectiva biopsicosocial, el paciente como persona, el compartir el poder y la responsabilidad, la alianza terapéutica y el profesional como persona destacando que los cuidados centrados en la persona son un plus de calidad de los cuidados de salud, y que sus elementos relevantes son la capacidad del profesional de entender las necesidades únicas de cada persona y el establecer una comunicación interpersonal saludable. En conclusión, se señala que, en pacientes con dolor musculoesquelético, indican que la relación entre alianza y resultados terapéuticos es positiva, consiguiéndose mejores resultados terapéuticos cuanto mayor es la alianza alcanzada.

Bajo el enfoque de la importancia de la comunicación en la instauración del tratamiento: la toma de decisiones conjunta, donde se encontró que es necesario el establecer un contexto de comunicación donde la opinión de los pacientes sea tomada en cuenta y considerada como imprescindible y posterior a ello el profesional transfiere la información técnica necesaria de manera comprensible, ayudando a los pacientes a tener una mejor adherencia al tratamiento. En relación con lo anterior existe evidencia de que este abordaje ayuda en la toma de decisiones en comparación con la atención habitual, reduciendo los conflictos relacionados con el sentirse poco informados y el no actuar conforme a los propios valores.

Por último, bajo la vertiente de la importancia de la comunicación en la satisfacción del paciente se encontró que el éxito a una mayor adherencia y cumplimiento del tratamiento se debe al intercambio fluido de información terapéutica, a un mayor ajuste de las expectativas del paciente, y a la autorregulación y superación de metas. **(40)**

7.15 ADHERENCIA TERAPÉUTICA: UN PROBLEMA DE ATENCIÓN MÉDICA

De acuerdo con Ortega C. et al., en su estudio Adherencia terapéutica: un problema de atención médica hace referencia a que la adherencia terapéutica implica una “diversidad de conductas, siendo considerada como un fenómeno múltiple y complejo y refiriéndose al grado en el que el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones acordadas entre el profesional sanitario y el paciente”. De esta forma existe una relación estrecha tanto la participación del paciente, así como del profesional de salud, esto por medio de una comunicación que facilite la toma de decisiones compartidas.

La falta de adherencia terapéutica trae consigo un sinnúmero de resultados desfavorables, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que esto es un problema mundial y de gran magnitud por lo que resulta más que evidente el hecho de mejorar esta situación para tener mejores resultados en el tratamiento de los pacientes. En este estudio se

señala la falta de adherencia terapéutica trae como consecuencia la frecuente intensificación de tratamientos o pruebas innecesarias que ponen en riesgo la vida de los pacientes.

Se retoman algunas dimensiones que influyen en la adherencia terapéutica: en primer lugar se encuentran los factores socioeconómicos que engloba el acceso a la atención a la salud, y medicamentos, provisión de redes de apoyo, prestación de servicios de salud que tomen en cuenta las creencias culturales relacionándose todo esto con la falta de comunicación, la siguiente dimensión son los factores relacionados con el paciente y este implica las creencias religiosas, la falta de percepción en la mejora de la enfermedad y la falta de confianza entre el personal de salud y el paciente, y por último la dimensión de factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria que tiene que ver con la poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento en enfermedades esto relacionado con la comunicación.

En conclusión, la adherencia tiene el potencial de disminuir abismalmente costos y mejorar de manera importante la condición clínica de los pacientes, siempre y cuando se logre una comunicación eficaz y eficiente de ambas partes. **(41)**

7.16 LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL EN LA RELACIÓN DE AYUDA AL PACIENTE

Cano A. en su trabajo “la comunicación interpersonal en la relación de ayuda al paciente”, destaca la importancia de tener una comunicación adecuada entre enfermera-paciente citando que una barrera en la comunicación a cualquier cosa que bloquee el significado de lo que se está comunicando o que impida que el receptor lo entienda, clasificando a las barreras de la comunicación en físicas, semánticas y personales, que estas ya han sido explicadas con anterioridad.

Señala que las habilidades comunicativas es una de las tantas destrezas que el personal de enfermería tiene que desarrollar para una adecuada atención al paciente. Se halló que las habilidades sociales comunicativas es uno de los pilares fundamentales en la práctica clínica englobando dentro de este aspecto la importancia de la empatía, para poder comprender al paciente, en un análisis realizado con diferentes pacientes hospitalizados, se demostraron diferencias significativas positivas respecto al uso de expresiones empáticas e incremento de preguntas, otro aspecto es la escucha activa, Subiela. Et al., indican que dicha habilidad contribuye a mejorar la calidad de atención y a obtener un resultado de agrado para el paciente otros aspectos de importancia que se señalan son: asertividad, el respeto y la autenticidad.

En conclusión, es indispensable que la comunicación sea de manera efectiva esto con la intención de llevar al paciente a un adecuado apego al tratamiento y obtener mejores resultados en cuanto a su régimen terapéutico. **(2)**

7.17 COMMUNICATION BARRIERS PERCEIVED BY NURSES AND PATIENTS

Norouzinia R., y colaboradores realizaron un estudio donde señalan que la comunicación entre el personal de enfermería y el paciente es clave indispensable para una adecuada prestación de servicios de salud.

Fue un estudio analítico, descriptivo, transversal con muestreo aleatorio simple tomando como muestra 70 enfermeras y 50 pacientes en dos hospitales afiliados a la Universidad de Ciencias Médicas de Alborz, como instrumentos se utilizaron dos cuestionarios, uno para las enfermeras 44 ítems y otro para los pacientes con 29 ítems. En el cuestionario las barreras se dividieron en cuatro categorías: barreras comunes entre el paciente y la enfermera, barreras relacionadas con la enfermera, barreras relacionadas con el paciente y barreras ambientales.

En relación con los datos estadísticos de las barreras de la comunicación se encontró que, desde el punto de vista de las enfermeras fueron las siguientes: diferencias en los lenguajes coloquiales de enfermeras y pacientes, sobrecarga de trabajo de las enfermeras, interferencia familiar y presencia de pacientes de emergencia en la sala. Según los pacientes, las diferencias de género entre la enfermera y el paciente, la renuencia de la enfermera a la comunicación, el ambiente agitado de la sala y la ansiedad, el dolor y la incomodidad física del paciente fueron las barreras más importantes para la comunicación.

En conclusión, es importante señalar que la enfermedad y la dependencia del paciente después de la hospitalización resultan en ansiedad, tensión y miedo de este, así como también el familiar. La negligencia del paciente y la familia del estado y los deberes de las enfermeras conduce a conceptos erróneos sobre el papel de las enfermeras en la mejora o el deterioro de la salud del paciente e incluso puede resultar en la muerte del mismo. Por ello es necesario que el personal de enfermería desarrolle una comunicación efectiva con los pacientes, para obtener resultados positivos del tratamiento y rehabilitación. **(42)**

7.18 UNA EVALUACIÓN CUALITATIVA DE LAS BARRERAS PERCIBIDAS PARA UNA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA EFECTIVA ENTRE ENFERMERAS Y PACIENTES

Amoah, V.M.K., Anokye, R., Boakye, D.S. et al. En su estudio exploratorio cualitativo “Una evaluación cualitativa de las barreras percibidas para una comunicación terapéutica efectiva entre enfermeras y pacientes” conciben la comunicación como una parte esencial en la prestación de los servicios de salud de calidad hacia los pacientes. La población del estudio incluyó pacientes y enfermeras en el Hospital Docente Komfo Anokye, para ello este estudio el muestreo fue intencional con 13 participantes; dentro de los cuales se encontraron 6 enfermeras que fueran de tiempo completo y estar trabajando al menos 4 meses en dicha institución y 7 pacientes que tuvieran una estancia como mínimo de 3 días para ello como instrumento se utilizó una guía de entrevista semiestructurada, que contenía el perfil demográfico tanto de las enfermeras como de los pacientes, barreras relacionadas con las enfermeras, barreras relacionadas con el paciente y barreras relacionadas con el medio ambiente.

Los resultados obtenidos en este estudio señalan que las principales barreras que están relacionadas con el paciente son la existencia de demencia en adultos mayores, las creencias religiosas y la cultura juegan un papel muy importante ya que los pacientes muchas veces esperan ser tratados de acuerdo con su cultura, situación que suele no suceder. En cuanto a la relación paciente-enfermera algunos de los participantes como pacientes señalaron que la el personal de enfermería no era lo suficientemente rápido para atender a su llamado cuando lo requerían, o el tener un concepto erróneo del personal de enfermería los llevaba a crear una imagen inadecuada sin antes tratar al personal, otro aspecto fue el dolor ya que muchas veces los pacientes referían que de cierta manera se molestaban ya que su dolor les impedía atender a lo que el personal de enfermería les estaba diciendo, otro de los puntos con suma importancia es el idioma, ya que al tener pacientes que no entienden el idioma se generaba una barrera de comunicación que impedía que el paciente llevara a cabo todas las indicaciones por no entender adecuadamente. En las barreras relacionadas con la enfermera se encontró que la carga de trabajo muchas veces impide una buena comunicación con cada uno de los pacientes, el conocimiento inadecuado de lo que es una comunicación efectiva así como una actitud omnisciente, también se señala la insatisfacción en cuanto explicar a fondo sobre el tratamiento a los pacientes, estado de la enfermedad, otro aspecto es la interferencia familiar, y finalmente dentro de las barreras ambientales se encontró que un ambiente ruidos y no propicio.

En conclusión, podemos decir que todos estos factores afectan significativamente en el tratamiento y rehabilitación de los pacientes. **(43)**

7.19 A LITERATURE-BASED STUDY OF PATIENT-CENTERED CARE AND COMMUNICATION IN NURSE-PATIENT INTERACTIONS: BARRIERS, FACILITATORS, AND THE WAY FORWARD

Kwame, A., Petrucka, P.M. en su estudio sostiene que un pilar fundamental en la prestación de servicios de salud es tener una adecuada relación de comunicación enfermera-paciente ya que es aspecto significativo del requisito de atención centrada en el paciente. Es importante señalar que el personal de enfermera conforma una base fundamental en la provisión de servicios de salud ya que son quienes pasan más tiempo con el paciente.

En esta revisión sistemática se encontró que existen barreras institucionales y relacionadas con el sistema de salud; dentro de estas se encuentran la escasez del personal de enfermería, la alta carga de trabajo, el agotamiento y el tiempo limitado y por lo tanto existe menos interacción entre enfermería y el paciente, otro aspecto que se encontró es que personal está más enfocado en completar los procedimientos de enfermería que en estar explicando a profundidad y estar escuchando al paciente, en cuanto a las barreras relacionadas con la comunicación fuero; las diferencias de idioma, la incapacidad de comunicación de los pacientes debido a su estado de salud, en cuanto a las barreras relacionadas con el medio ambiente se encontraron; los entornos ruidosos, la falta de privacidad, ventilación inadecuada, falta de iluminación etc. Las

barreras personales y relacionadas con el comportamiento también se señalan en esta revisión, y estas fueron: las características demográficas, antecedentes culturales y lingüísticos, creencias y cosmovisiones de la salud, y las enfermedades y esto hace que la enfermera no comprenda al paciente y por lo tanto no lo escuche y el paciente solo siga instrucciones sin despejar dudas que pudieran surgir.

De este estudio podemos decir que la atención centrada en el paciente debe de proporcionar ciertas características como lo es la empatía, la calidez y el respeto, escucha activa, humanismo. Además de tratar de involucrar al paciente en todo el proceso de su tratamiento con el intercambio de información opinión y colaboración para poder obtener resultados satisfactorios en la mejora del paciente. **(3)**

8. METODOLOGÍA

8.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó una investigación con las siguientes características:

Nivel de profundidad: Descriptiva

Intervención de los investigadores: Observacional

Momento del fenómeno y su registro: Prospectivo

Número de ocasiones en que se colectan los datos: Longitudinal

Fuente de acopio: De campo

8.2 UNIVERSO DE ESTUDIO O POBLACIÓN

Pacientes hospitalizados en la Torre de Ortopedia dentro del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra.

8.3 MUESTRA

Muestreo intencional o de conveniencia **(44)**

8.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes que se encuentren hospitalizados en la Torre de Ortopedia del Instituto Nacional de Rehabilitación LGII en el periodo del 18 de abril de 2022 al 22 de abril de 2022
- Pacientes mayores de edad hospitalizados en la Torre de Ortopedia del INR-LGII que acepten participar en el estudio.

8.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes hospitalizados en la Torre de Ortopedia del INR-LGII en el filtro COVID
- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes que no acepten participar en el estudio.

8.6 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que deseen abandonar el estudio

8.7 DESCRIPCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Dentro de las características de investigación, para la aplicación de los instrumentos de evaluación se realizó un consentimiento informado en el cual dentro de su contenido, se abordan características específicas de la investigación, tales como: título de la investigación, nombre de los investigadores, población a la cual es dirigida la misma, motivos de realizar el estudio, Etapas del proceso, derecho a desertar, datos generales otorgados por el paciente y parte de su ficha de identificación, así como también nombre y firma del paciente e investigador (a). **(Anexo 3)**

8.8 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

La adherencia terapéutica, se puede ver afectada por la comunicación entre paciente y profesional de la salud, que si bien esta es de gran importancia que se lleve a cabo de forma adecuada a nivel personal o grupal. Independientemente es necesario que en todo momento se implementen estrategias que permitan una adecuada intervención, para con ello lograr una buena educación al paciente y en algunas ocasiones incluida la familia. Todo esto en torno a las indicaciones que se informan sobre el proceso terapéutico.

Resulta indispensable hacer hincapié en que toda información sea clara para la comprensión del paciente, así como evitar todas aquellas barreras de la comunicación que se puedan presentar en cualquier momento.

Dado el contexto donde se llevó a cabo la presente investigación se utilizó el instrumento “Educación para la salud al paciente y su familia por el personal de salud” obteniendo a través de la plataforma del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra ISO 9001 el cual consta de 6 apartados y subapartados, descritos a continuación:
Primer apartado:

1. Ficha de identificación con respecto a los datos del paciente. Mismo apartado en el cual se incluyeron otros datos, tales como: población (lugar de procedencia), ocupación, escolaridad, cuidador primario y número telefónico. Este último con el fin de llevar a cabo el segundo instrumento, mismo que se encuentra en el apartado de anexos y su explicación más adelante.

| VARIABLE | ETIQUETA | ESCALA | VARIABLE | ETIQUETA | ESCALA |
|--------------------------|-------------------------|----------------|--------------------------|--------------------|----------------|
| SEXO | | | OCUPACIÓN | | |
| 1 | Femenino | Nominal | 1 | Hogar | Nominal |
| 2 | Masculino | | 2 | Comerciante | |
| LUGAR PROVENIENTE | | | 3 | Ninguna | |
| 1 | Estado de México | Nominal | 4 | Estudiante | |
| 2 | Cdmx | | 5 | Artesano | |
| 3 | Hidalgo | | 6 | Periodismo | |
| 4 | Querétaro | | 7 | Albañil | |
| 5 | Puebla | | 8 | Chofer | |
| 6 | Morelos | | 9 | Pintor | |
| 7 | Veracruz | | 10 | Plomero | |
| 8 | Oaxaca | | 11 | Docente | |
| 9 | Michoacán | | 12 | Empleada doméstica | |
| 10 | Guerrero | | 13 | Estilista | |
| ESCOLARIDAD | | | 14 | Bici taxista | |
| 1 | Primaria incompleta | Ordinal | 15 | Mecánico | |
| 2 | Preparatoria | | 16 | Campesino | |
| 3 | Ninguna | | 17 | Químico | |
| 4 | Preparatoria incompleta | | CUIDADOR PRIMARIO | | |
| 5 | Secundaria | | 1 | ninguno | Nominal |
| 6 | Universidad | | 2 | hija (o) | |
| 7 | Primaria | | 3 | mamá | |
| | | 4 | esposa (o) | | |
| | | 5 | sobrino (a) | | |
| | | 6 | cuñado (a) | | |
| | | 7 | cuidador | | |
| | | 8 | amigo (a) | | |
| | | 9 | hermano (a) | | |
| | | 10 | padrastro | | |
| | | 11 | nuera | | |
| | | 12 | prima (o) | | |

Segundo apartado:

2. Diagnóstico de ingreso.

| DIAGNÓSTICO | | 11 | ARTROSIS DE RODILLA DERECHA | ESCALA |
|-------------|---|----|---|----------------|
| 1 | FRACTURA DE CADERA IZQUIERDA | 12 | AFLOJAMIENTO PROTÉSICO | NOMINAL |
| 2 | FRACTURA DE CADERA DERECHA | 13 | TUMOR DE TIBIA DERECHA | |
| 3 | FRACTURA DE 5TO METACARPIANO DE BRAZO DERECHO | 14 | FRACTURA DE HÚMERO DERECHO | |
| 4 | FRACTURA DE MANO DERECHA | 15 | CONDROBLASTOMIA | |
| 5 | FRACTURA METAFISARIA DE RADIO DERECHO | 16 | MIELOMA MÚLTIPLE | |
| 6 | FRACTURA DE RADIO Y CÚBITO IZQUIERDO | 17 | LIPOMA INTRAMEDULAR DE FÉMUR DERECHO | |
| 7 | FRACTURA DE RADIO DERECHO | 18 | FRACTURA DE MANO IZQUIERDA | |
| 8 | ARTROSIS BILATERAL | 19 | FRACTURA DE CODO DERECHO | |
| 9 | FRACTURA DE CUERPO VERTEBRAL | 20 | RUPTURA DE TENDÓN BRAQUIAL | |
| 10 | TUMOR DE FÉMUR IZQUIERDO | 21 | GONARTROSIS DERECHA | |
| 22 | FRACTURA DE PATELA IZQUIERDA | 31 | SECUELA DE FRACTURA DE MANO IZQUIERDA | |
| 23 | FRACTURA DE MESETA TIBIAL IZQUIERDA | 32 | LESIÓN DE NERVIOS CUBITAL DERECHO | |
| 24 | FRACTURA DE CLAVÍCULA DERECHA | 33 | PSEUDOARTROSIS ASÉPTICA DE TIBIA IZQUIERDA | |
| 25 | FRACTURA DE FÉMUR IZQUIERDO | 34 | PSEUDOARTROSIS ASÉPTICA DE HÚMERO IZQUIERDO | |
| 26 | NECROSIS DE CADERA IZQUIERDA | 35 | TUMOR DE CADERA IZQUIERDA | |
| 27 | ÚLCERA POR PRESIÓN INFECTADA EN COLUMNA | 36 | FRACTURA DE FÉMUR DERECHO | |
| 28 | FRACTURA DE TOBILLO IZQUIERDO | 37 | FRACTURA DE TIBIA Y PERONÉ DERECHO | |
| 29 | ESPONDILOLISTESIS DEGENERATIVA | 38 | INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA EN TIBIA IZQUIERDA | |
| 30 | LUXACIÓN DE PATELA DERECHA | 39 | OSTEÍTIS DE TIBIA IZQUIERDA | |
| 40 | FRACTURA EXPUESTA DE TIBIA IZQUIERDA | 45 | TUMOR DE MANO IZQUIERDA | |
| 41 | INFECCIÓN DE TEJIDOS BLANDOS | 46 | TUMOR DE FÉMUR DERECHO | |
| 42 | FRACTURA DE TIBIA DERECHA | 47 | DEFORMIDADES NEUROMUSCULARES | |
| 43 | FRACTURA DE HÚMERO IZQUIERDO | 48 | MANO TRAUMÁTICA DERECHA | |
| 44 | FRACTURA DE RADIO IZQUIERDO | 49 | ARTROPLASTIA DE CADERA DERECHA | |

Tercer apartado:

3. Evaluación: Se obtuvo información con respecto a los criterios descritos en la tabla (número) aplicados al paciente, por cuestiones propias de la investigación, a excepción de aquellos pacientes que por cuestiones de la propia salud les imposibilitará en su momento responder al instrumento.

CATEGORIZACIÓN DE VARIABLES

| CRITERIO | ETIQUETA | MÉTODO DE ENSEÑANZA POSIBLES RESPUESTAS VARIABLE POLITÓMICA | EVALUACIÓN DEL APRENDIZAJE | ESCALA |
|----------------|---|--|---|---------|
| Motivación | 1. Sí 2. No | 1. Explicación 2. Demostración 3. Instrucciones estrictas 4. Material audiovisual | 1. Rehúsa instrucciones 2. No hay evidencia de aprendizaje | NOMINAL |
| Disponibilidad | 1. Sí 2. No | 5. Folleto 6. Disco compacto 3. Otro | 3. Verbaliza limitado el entendimiento 4. Verbaliza entendimiento | |
| Barreras | 1. Sí 2. No | | 5. Incapaz para demostrar habilidad 6. Demuestra habilidad con mínima asistencia | |
| Preferencias | 1. Instrucciones audiovisuales 2. Instrucciones escritas 3. Demostración 4. Instrucciones verbales 5. otros | | 4. Demuestra habilidad | |

Cuarto apartado:

4. De acuerdo con el área a investigar siendo está el área de hospitalización, se especificaron datos tales como:

- Fecha y hora en que se realiza la aplicación del instrumento.
- Necesidad identificada de aprendizaje, mostrada en la tabla (número)
- Se evalúan los mismos criterios del apartado 3: respuesta con variable dicotómica, método de enseñanza y evaluación del aprendizaje

| Criterio | ESCALA |
|---|---------------|
| Derechos / responsabilidades del paciente | NOMINAL |
| Información financiera | |
| Precauciones / seguridad | |
| Orientación / rutina de la unidad | |

- Padecimiento o enfermedad: Hace específico a los cuidados que el paciente debe de tener o se le ha brindado.

Se evalúan los mismos criterios del apartado 3: respuesta con variable dicotómica, método de enseñanza y evaluación del aprendizaje

| Criterio | ESCALA |
|--------------------------|---------------|
| Proceso de la enfermedad | NOMINAL |
| Cuidados | |

- Plan de tratamiento: Enfocado a la evaluación de la educación que reciben los pacientes con respecto a diferentes procedimientos.

Se evalúan los mismos criterios del apartado 3: respuesta con variable dicotómica, método de enseñanza y evaluación del aprendizaje

| Criterio | ESCALA |
|---|---------------|
| Pruebas / procedimientos diagnósticos | NOMINAL |
| Manejo del dolor | |
| Medicamentos (indicaciones/propósitos; efecto y/o precauciones) | |
| Cirugía / procedimiento (instrucciones pre-op /pre-procedimiento; instrucciones post-op / post procedimiento) | |

- Dieta y nutrición: Información que recibió el paciente con respecto a la dieta.

Se evalúan los mismos criterios del apartado 3: respuesta con variable dicotómica, método de enseñanza y evaluación del aprendizaje

| Criterio | ESCALA |
|--|---------------|
| Dieta y nutrición (interacción alimentos / medicamentos) | NOMINAL |

- Técnica de rehabilitación/equipo es la educación recibida sobre el plan, equipos necesarios y actividades a realizar.

Se evalúan los mismos criterios del apartado 3: respuesta con variable dicotómica, método de enseñanza y evaluación del aprendizaje

| Criterio | ESCALA |
|-----------------------|---------|
| Tipo de tratamiento | NOMINAL |
| Utilización de equipo | |
| Actividad física | |

- Planeación de los cuidados de alta: Se trata de la información que recibió sobre los aspectos que debe aplicar en su hogar, contemplando los riesgos posibles. Se evalúan los mismos criterios del apartado 3: respuesta con variable dicotómica, método de enseñanza y evaluación del aprendizaje

| Criterio | ESCALA |
|---|---------|
| Recursos de la comunidad | NOMINAL |
| Como y cuando para obtener futuro tratamiento | |

Quinto apartado

5. Planificación de alta al egreso:

Se evalúan el criterio del apartado 3: respuesta con variable dicotómica.

| Criterio | ESCALA |
|---------------------------------------|---------|
| Información de los cuidados generales | NOMINAL |
| Información sobre el tipo de dieta | |
| Cuidados a la herida | |
| Se informa actividad física permitida | |
| Se explica tratamiento farmacológico | |
| Información sobre signos de alarma | |

Sexto apartado

6. Por último, se encuentra la evaluación de resultados, donde se verifico si la información recibida fue: clara, se comprendió y fue precisa, sometida a evaluación del propio paciente. Caracterizada por ser una variable nominal de tipo politómica Y por último la evaluación que se hace al paciente con respecto a si la información recibida le permite conocer y manejar su enfermedad, mismo quien especifica si está totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo o totalmente en desacuerdo. Cabe mencionar que este subapartado es variable nominal y politómica **(48)**

Cabe destacar que la aplicación del instrumento de evaluación se llevó a cabo en el periodo de 18 de abril de 2022 al 22 de abril de 2022, con su respectiva autorización del área de jefatura correspondiente al turno vespertino.

Obteniendo un total de 83, las cuales se obtuvieron con respecto a los pisos 3, 4, 5, 6, 7 y 8.

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO AL EGRESO

Anteriormente se ha explicado el primer instrumento de evaluación aplicado en el área de hospitalización de ortopedia del INR-LGII, con los criterios de inclusión de acuerdo con la investigación.

Sin embargo, se decidió dar seguimiento a los mismos pacientes para identificar la existencia de adherencia terapéutica, mediante el “INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO AL EGRESO” mismo que se llevó a cabo una prueba piloto el 08 de abril de 2022, con un total de 65 encuestas, las cuales se obtuvieron con respecto a los pisos 3ro, 5to y 7mo piso debido a que fueron los pisos con mayor cantidad de pacientes. Cabe mencionar que dicho instrumento consta de 4 preguntas: las primeras 3 con respuestas dicotómicas y la cuarta con respuesta politómica, ejemplificadas a continuación:

| | VARIABLE | ESCALA |
|---|--|---------------------|
| 1 | ¿Entendió la explicación del personal de enfermería en cuanto a la realización de los procedimientos y cuidados que usted debería llevar a cabo? | NOMINAL, DICOTÓMICA |
| 2 | ¿Ha seguido adecuadamente todas las indicaciones que el personal de enfermería le explico? | |
| 3 | ¿Se ha visto en la necesidad de abandonar su tratamiento por causas económicas, culturales o creencias? | |
| 4 | ¿Qué fue lo que le impido llevar a cabo las indicaciones que el personal de enfermería le comunico? | NOMINAL, POLITÓMICA |

Posterior a la aplicación de la prueba piloto se llevó a cabo evaluación con el asesor externo Dr. Martin Pantoja Herrera. Quien aprobó su uso.

Llevando a cabo su aplicación real después del egreso posterior a 3 semanas aproximadamente de los pacientes a quien se les aplicó el primer instrumento. En la fecha del 19 de mayo al 08 de junio de 2022, obteniendo un total de 78 pacientes egresados quienes respondieron las llamadas y 5 a los cuales no respondieron a las llamadas.

8.9 RECURSOS

Para llevar a cabo la investigación fue necesario el uso de los siguientes recursos:

- **Materiales:** se utilizaron 3 computadoras con uso de red Wi-Fi, memoria USB, servicios de telefonía
- **Humanos:** El equipo de investigación se conformó por 3 participantes de la Universidad Autónoma Metropolitana pasantes de Licenciatura en el INR LGII, además de 1 asesor del INR LGII y 1 asesor de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.
- **Financieros:** se requirió el uso de servicios como servicio de transporte, pago de internet y luz.

8.10 VALIDACIÓN DE DATOS

Se empleo estadística descriptiva e inferencial para realizar una interpretación de los datos obtenidos en torno a la población de estudio.

Se realizó una matriz de datos en el programa software IBM SPSS Statistics 25, mismo donde se analizaron diferentes pruebas estadísticas paramétricas, las cuales fueron: tablas de frecuencias, tablas de contingencia, prueba de normalidad y chi cuadrado de Pearson. Sus resultados se abarcan en el apartado 9.

8.11 HIPÓTESIS

Primer instrumento de evaluación:

Existe asociación entre las barreras de la comunicación y la información que reciben los pacientes los pacientes del INR-LGII para el conocimiento y manejo de su padecimiento.

Segundo instrumento de evaluación

Existe asociación entre las barreras de comunicación y la adherencia terapéutica en los pacientes egresados del INR-LGII de la torre de ortopedia.

9. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

1. SEXO

INTERPRETACIÓN:

83 participantes que conformaron la investigación. En relación con el SEXO se obtuvieron los siguientes resultados: 46 participantes lo conformaron el sexo femenino y 37 la población masculina, como se puede observar el sexo femenino tiene el mayor porcentaje.

DISCUSIÓN:

Datos estadísticos del INEGI 2020 con respecto a la población 126 014 024 personas que residen en México, 51.2% corresponden a mujeres y 48.8% a hombres. En comparación con la presente investigación se puede observar que con base a los estadísticos, se estudió un total de 0.000065% del total de la población, lo cual refleja una baja tasa de estudio, sin embargo, cabe destacar que esta población estudiada representa más del 95% perteneciente al grupo, ya que este fue dentro de una institución hospitalaria, con características específicas. Con base al sexo se demuestra que del total del INEGI en comparación a la investigación hay un total de 0.000071% de mujeres y un total de 0.000060% de hombres, lo cual demuestra la prevalencia en el sexo femenino quienes tienen alguna afección que necesita tratamiento ortopédico. **(46)**

| Tabla 1. SEXO | | |
|---------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| FEMENINO | 46 | 55.4% |
| MASCULINO | 37 | 44.5% |
| Total | 83 | 100.0% |

Tabla 1. Realizado por Hernández E., Mercado V. y Serrano C. 2022

2. EDAD

INTERPRETACIÓN:

Un total de 83 pacientes del área de ortopedia, con respecto a las EDADES de los fueron las siguientes: un 37% de la población participante está conformado de adultos mayores; un 33.7% de adultos jóvenes y en menor porcentaje pacientes del grupo de los jóvenes. Cabe mencionar que la clasificación del grupo de edad, se basó en CONAPO **(47)**

DISCUSIÓN:

En comparación a Norouzinia R., y colaboradores en su estudio menciona que la edad de los pacientes es en promedio de 29.30 años, que corresponde al grupo de adulto joven, mismos que en la investigación se hacen presente abarcando un 33.7%. **(42)**

| TABLA 2. EDAD AGRUPADA | | |
|------------------------|------------|-------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| JUVENTUD | 9 | 10.8 |

| | | |
|-----------------|----|-------|
| ADULTOS JÓVENES | 28 | 33.7 |
| ADULTOS MADUROS | 15 | 18.1 |
| ADULTOS MAYORES | 31 | 37.3 |
| Total | 83 | 100.0 |

Tabla 2. Realizado por Hernández E., Mercado V. y Serrano C. 2022

3. LUGAR DE PROCEDENCIA

INTERPRETACIÓN:

En relación con el lugar de procedencia de los participantes, como se puede observar el mayor número reside en la Ciudad de México con 46 participantes, seguido del Estado de México con 17 participantes y en menor número fue Querétaro con solo un residente.

| Tabla 3. LUGAR DE PROCEDENCIA | |
|-------------------------------|------------|
| | Frecuencia |
| ESTADO DE MÉXICO | 17 |
| CDMX | 46 |
| HIDALGO | 2 |
| QUERÉTARO | 1 |
| PUEBLA | 2 |
| MORELOS | 5 |
| VERACRUZ | 3 |
| OAXACA | 3 |
| MICHOACÁN | 2 |
| GUERRERO | 2 |
| Total | 83 |

Tabla 3. Realizado por Hernández E., Mercado V. y Serrano C. 2022

4. ESCOLARIDAD

INTERPRETACIÓN:

De acuerdo con el nivel de estudios se encontró: con mayor frecuencia los participantes contaban con secundaria que fueron 21, seguidos de preparatoria con 17 participantes y 16 participantes con universidad.

DISCUSIÓN

De acuerdo con la estadística anteriormente mencionada, dichos datos influyen en gran manera con respecto a que el paciente reconozca y entienda el proceso de su enfermedad ya que como menciona Ortega C. et al., la escolaridad repercute al momento de educar a los pacientes. (41)

| Tabla 4. ESCOLARIDAD | |
|-----------------------|------------|
| Nivel de escolaridad | Frecuencia |
| Primaria incompleta | 8 |
| Preparatoria completa | 17 |

| | |
|-------------------------|----|
| Ninguna | 4 |
| Preparatoria incompleta | 4 |
| Secundaria completa | 21 |
| Universidad completa | 16 |
| Primaria completa | 13 |
| Total | 83 |

Tabla 4. Realizado por Hernández E., Mercado V. y Serrano C. 2022

5. DÉFICIT COGNITIVO

INTERPRETACIÓN:

En relación con lo anterior se encontró que solo 1.2% de la población participante presentaba deterioro cognitivo.

| Tabla 5. DÉFICIT COGNITIVO | | |
|----------------------------|------------|-------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| Sí | 1 | 1.2 |
| No | 82 | 98.8 |
| Total | 83 | 100.0 |

Tabla 5. Realizado por Hernández E., Mercado V. y Serrano C. 2022

6. DÉFICIT AUDITIVO/VISUAL

INTERPRETACIÓN:

Se encontró que el 34.9% de la población participante presentaba un déficit ya sea visual o auditivo y un 65.1% no presentaba ninguno de estos déficits.

| Tabla 6. DÉFICIT AUDITIVO/VISUAL | | |
|----------------------------------|------------|-------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| SÍ | 29 | 34.9 |
| NO | 54 | 65.1 |
| Total | 83 | 100.0 |

Tabla 6. Realizado por Hernández E., Mercado V. y Serrano C. 2022

7. PRÁCTICAS CULTURALES O RELIGIOSAS QUE PUEDAN AFECTAR EL APRENDIZAJE

INTERPRETACIÓN:

De acuerdo con las practicas culturas o religiosas que pudieran afectar el aprendizaje del paciente en su cuidado se encontró que solo el 38.6% ya sea por profesar alguna religión o tener creencias o ideales distintos a la población media, impedía seguir un tratamiento adecuado.

| Tabla 7. PRÁCTICAS CULTURALES O RELIGIOSAS QUE PUEDAN AFECTAR EL APRENDIZAJE | | |
|---|------------|-------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| SI | 32 | 38.6 |
| NO | 51 | 61.4 |
| Total | 83 | 100.0 |

Tabla 7. Realizado por Hernández E., Mercado V. y Serrano C. 2022

DISCUSIÓN DE RESULTADOS 5, 6 y 7:

A pesar de que los porcentajes no son tan significativos es importante señalar que influyen en la adherencia al tratamiento que el paciente debería de tener.

Kwame, A., Petrucka, P.M. en el 2022 en su estudio retoma la importancia que tiene el profesional de enfermería ya que en su estudio encontró que características tales como: demográficas, antecedentes culturales y lingüísticos, creencias y cosmovisiones de la salud, y las enfermedades agregadas o discapacidades que tenga el paciente hacen que el profesional de enfermería no comprenda al paciente y por lo tanto no lo escuche, no entienda y el paciente solo siga instrucciones sin despejar dudas que pudieran surgir, por lo tanto se rompe el ciclo de la comunicación. (3)

8. BARRERAS EMOCIONALES

INTERPRETACIÓN:

Otra de las barreras que se tomaron en cuenta, son las barreras emocionales obteniendo los siguientes resultados: el 24% de la población interferían las barreras emocionales esto debido a la larga estancia hospitalaria, condición de ser adulto mayor o diagnóstico médico que afectaba su estado emocional y era indicio de una barrera de comunicación con el personal de enfermería.

DISCUSIÓN:

Kwame, A., Petrucka, P.M. mencionan el hecho de que la atención centrada en el paciente debe de proporcionar ciertas características como lo es la empatía, la calidez, el respeto, escucha activa y el humanismo ya que en el estudio de estos autores señalan que las barreras emocionales afectan la comunicación. (3)

| Tabla 8. BARRERAS EMOCIONALES | | |
|--------------------------------------|------------|-------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| SÍ | 20 | 24.1 |
| NO | 63 | 75.9 |
| Total | 83 | 100.0 |

Tabla 8. Realizado por Hernández E., Mercado V. y Serrano C. 2022

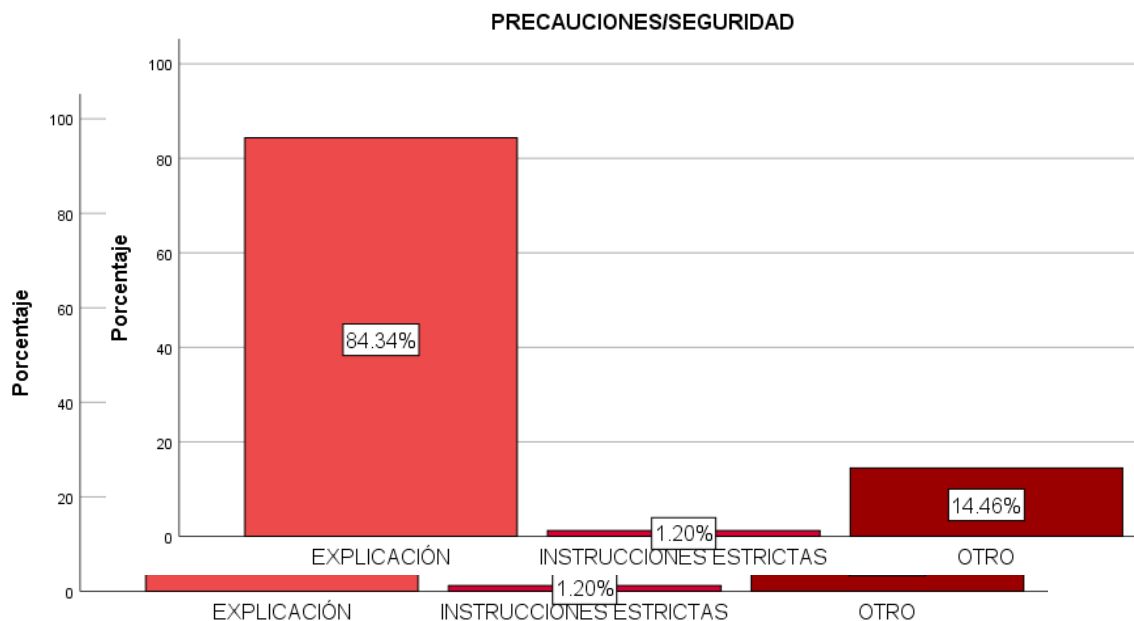


Gráfico 1. Realizado por Hernández E., Mercado V. y Serrano C. 2022

9. PRECAUCIONES/SEGURIDAD

INTERPRETACIÓN:

En cuanto a las precauciones y seguridad del paciente se obtuvo que a un 84.34% le explicaron de manera verbal, y a un 1.20% fue de manera escrita, con ello un 39.8% demuestra lo aprendido, y en un 32.5% no hay evidencia de aprendizaje, en el resto de la población existe mínima evidencia de entendimiento.

| Tabla 9. PRECAUCIONES/SEGURIDAD | | |
|---|------------|-------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| Explicación | 70 | 84.3 |
| Instrucciones estrictas | 1 | 1.2 |
| Otro | 12 | 14.5 |
| Total | 83 | 100.0 |
| Evaluación del aprendizaje | | |
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| Rehúsa instrucciones | 1 | 1.2 |
| No hay evidencia de aprendizaje | 27 | 32.5 |
| Verbaliza limitado el entendimiento | 16 | 19.3 |
| Verbaliza entendimiento | 33 | 39.8 |
| Demuestra habilidad con mínima asistencia | 5 | 6.0 |
| Demuestra habilidad | 1 | 1.2 |
| Total | 83 | 100.0 |

Tabla 9. Realizado por Hernández E., Mercado V. y Serrano C. 2022

10. PROCESO DE LA ENFERMEDAD

INTERPRETACIÓN:

En cuanto a la explicación recibida acerca del proceso de su enfermedad se encontró que el 85.5% recibió la explicación y el resto no se lo habían explicado o había recibido esta información de manera escrita sin explicación aparente.

Un 34.9 % verbaliza el entendimiento; 31.3% no hay evidencia de aprendizaje y 22.9% verbaliza limitado el entendimiento.

| Tabla 10. PROCESO DE LA ENFERMEDAD | | |
|---|------------|-------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| EXPLICACIÓN | 71 | 85.5 |
| INSTRUCCIONES ESTRUCTAS | 1 | 1.2 |
| OTRO | 11 | 13.3 |
| Total | 83 | 100.0 |
| Evaluación del aprendizaje | | |
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| REHÚSA INSTRUCCIONES | 1 | 1.2 |
| NO HAY EVIDENCIA DE APRENDIZAJE | 26 | 31.3 |
| VERBALIZA LIMITADO EL ENTENDIMIENTO | 19 | 22.9 |
| VERBALIZA ENTENDIMIENTO | 29 | 34.9 |
| INCAPAZ PARA DEMOSTRAR HABILIDAD | 1 | 1.2 |
| DEMUESTRA HABILIDAD CON MÍNIMA ASISTENCIA | 3 | 3.6 |
| DEMUESTRA HABILIDAD | 4 | 4.8 |
| Total | 83 | 100.0 |

Tabla 10. Realizado por Hernández E., Mercado V. y Serrano C. 2022

DISCUSIÓN DE RESULTADOS 9 Y 10:

Muniz S. et al., en su estudio se encontraron datos similares, menciona que a pesar de la orientación que los profesionales de la salud brindan a los pacientes se sigue presentando poca adherencia al tratamiento. De la misma forma refieren que el papel de enfermería es fundamental en el tratamiento y rehabilitación, debido a que los esfuerzos son insuficientes para cambiar la manera en que llevan el proceso de su enfermedad, aunados a que la mayoría no comprenden su patología, lo que termina influyendo en su adherencia terapéutica. Se puede observar que en múltiples ocasiones el profesional de enfermería transmite información sin lograr entendimiento completo por parte del paciente. (4)

11. CUIDADOS

INTERPRETACIÓN:

Se encontró que un 80.7% recibió esta información a manera explicativa, distribuido en: 34.9% verbaliza el entendimiento; 32.3% no hay evidencia de aprendizaje y 21.7% verbaliza el entendimiento limitado.

DISCUSIÓN:

En comparación con el estudio realizado por Ojeda M. En 2017, su investigación reveló que la comunicación entre el personal de enfermería y los pacientes es indispensable, con ello se puede obtener una adecuada adherencia terapéutica, sin embargo, misma autora hace mención que las barreras de la comunicación durante el proceso educativo se hacen relucir por diferentes características tanto personales, cómo del entorno, entre otras. Siendo destacable el realizar la consultoría de enfermería, la cual consiste en asegurar que toda aquella instrucción que reciba el paciente con respecto a su tratamiento debe ser verificada con los mismos para de esta forma asegurar una adecuada comprensión y con ello que sean motivados a seguir.

En la presente investigación se resalta que los pacientes que recibieron información sobre sus cuidados se encontró que: 32.3% no verbaliza un entendimiento sobre sus cuidados lo cual refleja la gran importancia de enfatizar con respecto a garantizar con estrategias el entendimiento y con ello asegurar la adherencia terapéutica **(36)**

| Tabla 11. CUIDADOS | | |
|---|------------|-------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| Explicación | 67 | 80.7 |
| Material audiovisual | 1 | 1.2 |
| Otro | 15 | 18.1 |
| Total | 83 | 100.0 |
| Evaluación del aprendizaje | | |
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| Rehúsa instrucciones | 1 | 1.2 |
| No hay evidencia de aprendizaje | 26 | 31.3 |
| Verbaliza limitado el entendimiento | 18 | 21.7 |
| Verbaliza entendimiento | 29 | 34.9 |
| Demuestra habilidad con mínima asistencia | 3 | 3.6 |
| Demuestra habilidad | 5 | 6.0 |
| Listo para el alta | 1 | 1.2 |
| Total | 83 | 100.0 |

Tabla 11. Realizado por Hernández E., Mercado V. y Serrano C. 2022

12. PRUEBAS/PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

INTERPRETACIÓN:

Respecto a la información brindada acerca de las pruebas y procedimientos diagnósticos se encontró que: 96.4% había recibido la información a manera de explicación; 49.4% verbaliza el entendimiento; 30.1% verbaliza el entendimiento de manera limitada y 7.2% no hay aprendizaje.

Se engloba la relación de comunicación desde el momento en que se saluda al paciente, los medicamentos que se le administran, la información proporcionada para realizar los procedimientos.

DISCUSIÓN:

Aguirre D. Et al. En su investigación en el año 2020. Destaca con respecto a la comunicación terapéutica: 46.9% la comunicación fue regular; 25% con mala comunicación.

Referente a la adherencia al tratamiento: 43.8% se consideró regular y 31.3% mala adherencia.

Se logra observar que la comunicación puede llevarse a cabo en casi toda la población de estudio. Sin embargo, el entendimiento tiende a ser menor al momento de llevar a cabo su evaluación, resaltando la importancia de una adecuada intervención al tener comunicación entre personal de la salud y paciente. (31)

| Tabla 12. PRUEBAS/ PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS | | |
|---|------------|-------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| Explicación | 80 | 96.4 |
| Demostración | 3 | 3.6 |
| Total | 83 | 100.0 |
| Evaluación del aprendizaje | | |
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| No hay evidencia de aprendizaje | 6 | 7.2 |
| Verbaliza limitado el entendimiento | 25 | 30.1 |
| Verbaliza entendimiento | 41 | 49.4 |
| Demuestra habilidad con mínima asistencia | 4 | 4.8 |
| Demuestra habilidad | 7 | 8.4 |
| Total | 83 | 100.0 |

Tabla 12. Realizado por Hernández E., Mercado V. y Serrano C. 2022

13. MEDICAMENTOS

INTERPRETACIÓN

La medicación es un aspecto fundamental para valorar ya que el personal de enfermería cumple un papel importante para que el paciente entienda este aspecto como parte de una comunicación efectiva. Para ello se obtuvo que: 92.8% recibió dicha información de manera explicativa; 47% verbaliza el entendimiento; 26.5% verbaliza limitado el entendimiento y 15.7% no hay evidencia de aprendizaje.

DISCUSIÓN

Ortega J. en 2018. Como parte de su investigación hace alusión a la problemática existente de la adherencia terapéutica, hablando del tratamiento farmacológico, esta conlleva diversos aspectos, tales como: el mantenimiento de un programa de tratamiento, el uso correcto de la medicación que destaca la función de enfermería en la educación al paciente por medio de una adecuada intervención con estrategias que permitan al paciente comprender el fin terapéutico.

Además, existen otras barreras que interfieren en dicha adherencia como: las características personales del paciente desde el nivel escolar, las creencias, percepción, factores relacionados con la enfermedad. entre otros. Menciona la importancia de llevar

a cabo estrategias educativas/conductual, familiares, técnicas, campañas de salud, enseñanza al personal sanitario para la transmisión del conocimiento y que pueda adaptarse el paciente al padecimiento y tratamiento. (41)

| Tabla 13. MEDICAMENTOS | | |
|---|------------|-------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| Explicación | 77 | 92.8 |
| Demostración | 1 | 1.2 |
| Otro | 5 | 6.0 |
| Total | 83 | 100.0 |
| Evaluación del aprendizaje | | |
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| No hay evidencia de aprendizaje | 13 | 15.7 |
| Verbaliza limitado el entendimiento | 22 | 26.5 |
| Verbaliza entendimiento | 39 | 47.0 |
| Demuestra habilidad con mínima asistencia | 3 | 3.6 |
| Demuestra habilidad | 6 | 7.2 |
| Total | 83 | 100.0 |

Tabla 13. Realizado por Hernández E., Mercado V. y Serrano C. 2022

14. INDICACIONES Y PROPÓSITO

INTERPRETACIÓN

En cuanto a las indicaciones y propósito, se encontró que: 84.3% recibió dicha información a manera explicativa; 43.3% verbaliza el entendimiento; 24.1% verbaliza limitado el entendimiento y 22.8% no hay evidencia de aprendizaje.

| Tabla 14. INDICACIONES/PROPÓSITO | | |
|---|------------|-------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| Explicación | 70 | 84.3 |
| Demostración | 1 | 1.2 |
| Otro | 12 | 14.5 |
| Total | 83 | 100.0 |
| Evaluación del aprendizaje | | |
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| No hay evidencia de aprendizaje | 19 | 22.9 |
| Verbaliza limitado el entendimiento | 20 | 24.1 |
| Verbaliza entendimiento | 36 | 43.4 |
| Incapaz para demostrar habilidad | 1 | 1.2 |
| Demuestra habilidad con mínima asistencia | 3 | 3.6 |
| Demuestra habilidad | 4 | 4.8 |
| Total | 83 | 100.0 |

Tabla 14. Realizado por Hernández E., Mercado V. y Serrano C. 2022

15. EFECTO Y/O PRECAUCIONES

INTERPRETACIÓN

La educación que reciben los pacientes, debe ser completa para comprender todo proceso, tal es el caso en el proceso de la medicación y para ello durante la entrevista los pacientes refirieron que recibieron explicación con respecto a los efectos y/o precauciones 74.7%, sin embargo ante la evaluación del aprendizaje 42.2% del total estudiado no mostro evidencia de aprendizaje lo cual resalta la importancia de buscar otras medidas en las cuales puedan aprender de mejor forma.

DISCUSIÓN

Ortega J. en 2018. Como parte de su investigación la problemática existente de la adherencia terapéutica, hablando del tratamiento farmacológico, este conlleva: el mantenimiento de un programa, el uso correcto así mismo menciona la importancia de llevar a cabo estrategias educativas/conductual, familiares, técnicas, campañas de salud, enseñanza al personal sanitario para la transmisión del conocimiento y que pueda adaptarse el paciente al padecimiento y tratamiento. (41)

| Tabla 15. EFECTO Y/O PRECAUCIONES | | |
|---|------------|-------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| Explicación | 62 | 74.7 |
| Otro | 21 | 25.3 |
| Total | 83 | 100.0 |
| Evaluación del aprendizaje | | |
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| No hay evidencia de aprendizaje | 35 | 42.2 |
| Verbaliza limitado el entendimiento | 15 | 18.1 |
| Verbaliza entendimiento | 29 | 34.9 |
| Demuestra habilidad con mínima asistencia | 2 | 2.4 |
| Demuestra habilidad | 2 | 2.4 |
| Total | 83 | 100.0 |

Tabla 15. Realizado por Hernández E., Mercado V. y Serrano C. 2022

16. TIPO DE TRATAMIENTO

INTERPRETACIÓN

Respecto al tipo de tratamiento 67.5% de la población refiere haber recibido la explicación de manera verbal donde: 47% de la población no hay evidencia de aprendizaje y 24.1% verbaliza el entendimiento.

DISCUSIÓN:

Es conocido que la relación entre personal de la salud y paciente es clave para lograr un tratamiento eficiente, sin embargo, como menciona Rodríguez O. et al en su investigación en 2018 la relación terapéutica en todo momento debe ser enfocada al paciente, sus objetivos, mantener un escucha activa permitirá un intercambio fluido de información lo cual permitirá ir aumentando las metas terapéuticas y con ello la mejora en la adherencia. También se puede ejercer por medio de diferentes tipos de comunicación como lo son: el empático afectivo, empático cognitivo, entre otros. Los

cuales pueden establecer una comunicación más fuerte y positiva. Logrando la satisfacción tanto del profesional como del paciente. (40)

| Tabla 16. TIPO DE TRATAMIENTO | | |
|---|------------|-------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| Explicación | 56 | 67.5 |
| Demostración | 2 | 2.4 |
| Otro | 25 | 30.1 |
| Total | 83 | 100.0 |
| Evaluación del aprendizaje | | |
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| No hay evidencia de aprendizaje | 39 | 47.0 |
| Verbaliza limitado el entendimiento | 15 | 18.1 |
| Verbaliza entendimiento | 20 | 24.1 |
| Demuestra habilidad con mínima asistencia | 7 | 8.4 |
| Demuestra habilidad | 2 | 2.4 |
| Total | 83 | 100.0 |

Tabla 16. Realizado por Hernández E., Mercado V. y Serrano C. 2022

17. ASOCIACIÓN ENTRE BARRERAS DE LA COMUNICACIÓN Y LA INFORMACIÓN RECIBIDA PARA EL CONOCIMIENTO Y MANEJO DE SU ENFERMEDAD CORRESPONDIENTE A LOS PACIENTES DE ORTOPEDIA DEL INR LGII

| | Tabla 17. Barreras de la comunicación y la información recibida para el conocimiento y manejo de su enfermedad | | | | Total | |
|--|---|-------|-----------|-------|--------------|-------|
| | Sí | | No | | | |
| | N | % | N | % | N | % |
| Recibe educación para manejo y conocimiento de su enfermedad | | | | | | |
| Recibió información incompleta | 44 | 53.0% | 7 | 8.4% | 51 | 61.4% |
| Recibió información completa | 23 | 27.7% | 9 | 10.8% | 32 | 38.6% |
| Total | 67 | 80.7% | 16 | 19.3% | 83 | 100% |

| | |
|----------|--|
| 1 | <p>Plantear Hipótesis</p> <p>Ho: No existe asociación entre las barreras de la comunicación y la información que reciben los pacientes de ortopedia del INR LGII para el conocimiento y manejo de la enfermedad.</p> <p>H1: Existe asociación entre las barreras de la comunicación y la información que reciben los pacientes del INR LGII para el conocimiento y manejo de la enfermedad.</p> |
| 2 | |

| | |
|---|---|
| | Establecer un nivel de significancia Nivel de Significancia (alfa) $\alpha = 5\%=0.05$ |
| 3 | Seleccionar estadístico de prueba a) Chi cuadrado de independencia |
| 4 | Valor de P= 0.105525=10.5% Lectura del p-valor Con una probabilidad de error del 10.5% existe asociación entre las barreras de la comunicación y la información que reciben los pacientes del INR LGII para el conocimiento y manejo de la enfermedad. |
| 5 | Toma de decisiones Existe asociación entre las barreras de la comunicación y la información que reciben los pacientes del INR LGII para el conocimiento y manejo de la enfermedad. |

INTERPRETACIÓN:

En los pacientes hospitalizados en el área de ortopedia del INR LGII, se demostró que existe asociación con respecto a las barreras de la comunicación y la información recibida para el conocimiento y manejo de la enfermedad.

DISCUSIÓN:

En la investigación de Soto et al, menciona que la comunicación en enfermería propone la modificación del comportamiento humano y de factores relacionados con el que directa o indirectamente promueven la salud, previene enfermedades o protegen a los pacientes del daño. Una buena comunicación enfermera-paciente tiene resultados positivos, tanto para el paciente como para la enfermera.

La educación en salud a pacientes es parte del rol de enfermería y constituye un elemento central del cuidado de enfermería el cual debe ser visualizado desde diversas perspectivas siendo uno de los pilares fundamentales para que la educación como parte del rol profesional sea vista a la vez como parte del proceso de atención de enfermería. En la investigación de Soto no se tienen datos cuantitativos, si se encuentra concordancia en sus resultados, ya que se encontró que el 53% de los pacientes del INR LGII recibieron información incompleta acerca del manejo de su enfermedad, encontrando relación entre las barreras de la comunicación y la información que recibe el paciente, por lo que se infiere que la comunicación existente entre enfermería – paciente es indispensable ya que repercute en los conocimientos que serán útiles al

egreso hospitalario, tal como lo es el caso al momento de realizar la evaluación de conocimientos. (27)

18. BARRERAS DE LA COMUNICACIÓN Y SU AFECTACIÓN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

| Estadísticos de Resumen | BARRERAS DE LA COMUNICACIÓN |
|--------------------------|-----------------------------|
| Error estándar = | 0.00 |
| IC 95% Límite inferior = | 1.10 |
| IC 95% Límite superior = | 1.27 |

| | |
|----------|---|
| 1 | <p>Plantear Hipótesis</p> <p>Ho: Los pacientes de la torre de ortopedia no tienen barreras de la comunicación que afecten en su adherencia al tratamiento.</p> <p>H1: Los pacientes de la torre de ortopedia tienen barreras de la comunicación que afecten en su adherencia al tratamiento.</p> |
| 2 | <p>Establecer un nivel de significancia</p> <p>Nivel de Significancia (alfa) $\alpha = 5\% = 0.05$</p> |
| 3 | <p>Seleccionar estadístico de prueba</p> <p>b) Kolmogorov Smirnov- Lilifors</p> |
| 4 | <p>Valor de P= 0.000= 0.00%</p> <p>Lectura del p-valor con una probabilidad de error del 0.00 Los pacientes de la torre de ortopedia tienen barreras de la comunicación que afecten en su adherencia al tratamiento.</p> |
| 5 | <p>Toma de decisiones</p> <p>Los pacientes de la torre de ortopedia tienen barreras de la comunicación que afecten en su adherencia al tratamiento.</p> |

INTERPRETACIÓN:

La distribución de normalidad ha resultado ser diferente lo cual denota que las barreras de la comunicación repercuten en una adecuada adherencia al tratamiento.

DISCUSIÓN:

Rodríguez S, et al, en su investigación mencionan que se destaca el idioma como principal barrera, en conjunto a la falta de habilidades para comunicarse con personas con déficit auditivo; de ruidos tanto sonoros, las características ambientales, las interrupciones, entre otras que pueden afectar la comunicación durante la transmisión del mensaje; filtros donde se incluyen los valores, creencias, prejuicios, expectativas, experiencias tanto del emisor como del receptor. **(31)**

Contrastando con Rodríguez et al. Resalta que la adherencia terapéutica implica diversos aspectos como lo es: el mantenimiento de un programa de tratamiento, la asistencia a citas de seguimiento, el uso correcto de la medicación de prescrita, cambios apropiados en el estilo de vida, así como evitar conductas contraindicadas. **(31)**

Aunque las investigaciones anteriores presentan resultados cualitativos presentan relación con la presente investigación, ya que se infiere que los pacientes del INR LGII del área de ortopedia, que tienen alguna barrera de la comunicación tiene más probabilidad de abandonar su tratamiento terapéutico.

RESULTADOS DEL SEGUNDO INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN “ADHERENCIA AL TRATAMIENTO AL EGRESO”

1. ABANDONO DEL TRATAMIENTO Y SUS PRINCIPALES CAUSAS

INTERPRETACIÓN: Se analizaron las principales causas por las que los pacientes egresados de la torre de ortopedia del INR LGII dejan su tratamiento al egreso hospitalario, entre ellas las más frecuentes son las causas económicas, seguido de los motivos personales y que el personal de enfermería no es claro con las indicaciones. Cabe mencionar que el 25% de los pacientes dejan su tratamiento al egreso. (Gráfico 2)

d) ¿Qué fue lo que le impidió llevar a cabo las indicaciones que el personal de enfermería le comunicó?

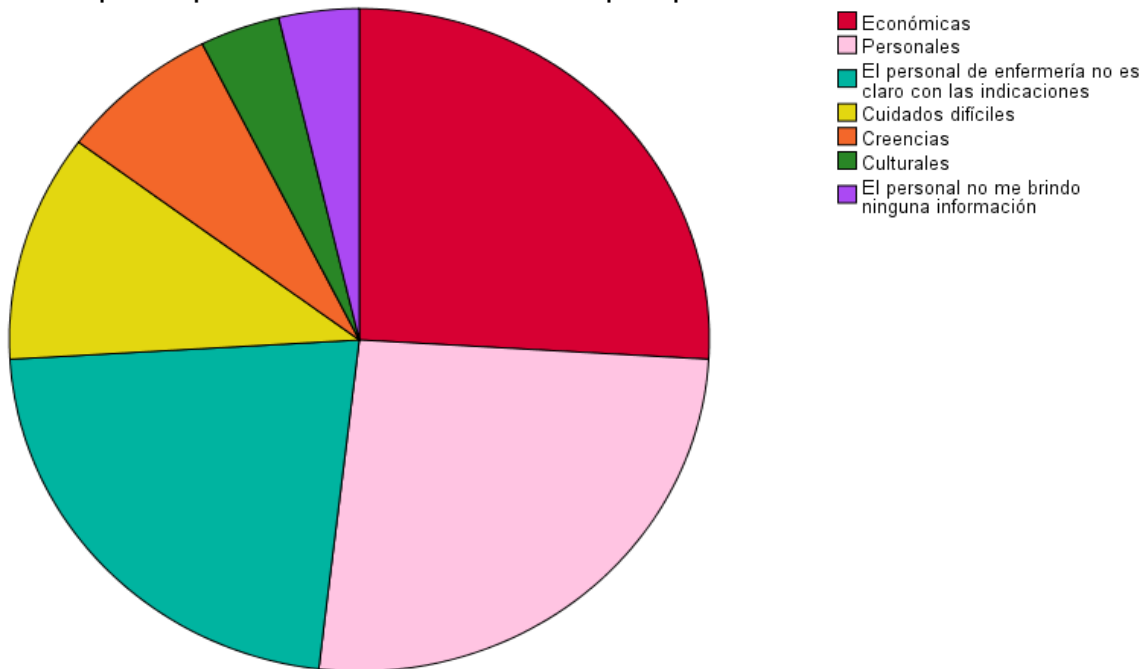


Gráfico 2. Realizado por Hernández E., Mercado V. y Serrano C. 2022

ABANDONO DEL TRATAMIENTO RELACIONADO CON LAS EXPLICACIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Se encontró relación entre el abandono del tratamiento y el hecho de no entender las explicaciones que el personal de enfermería proporciona.

Se obtuvo como resultado 31.6%, representando que una tercera parte de los pacientes egresan de la institución sin entender las indicaciones indispensables para sus cuidados. (Tabla 18)

| Tabla 18. ¿Entendió la explicación del personal de enfermería? -- ¿Se ha visto en la necesidad de abandonar su tratamiento por causas económicas, culturales o creencias? | | |
|---|---|-------|
| | ¿Se ha visto en la necesidad de abandonar su tratamiento por causas | Total |

| | | | económicas, culturales o creencias? | | |
|---|----|----------|-------------------------------------|-------|-------|
| | | | SI | NO | |
| a) ¿Entendió la explicación del personal de enfermería? | SI | Recuento | 13 | 54 | 67 |
| | | | 68.4% | 91.5% | 85.9% |
| | NO | Recuento | 6 | 5 | 11 |
| | | | 31.6% | 8.5% | 14.1% |
| Total | | Recuento | 19 | 59 | 78 |

Tabla 18. Realizado por Hernández E., Mercado V. y Serrano C. 2022

DISCUSIÓN DE RESULTADOS 1 Y 2: En el estudio de Vejar et al. Se encontró que la deserción de los pacientes son: la propia enfermedad por la no aceptación y la actitud que se tiene hacia el tratamiento, posición sociocultural, economía, información inadecuada proporcionada por el profesional de la salud con respecto a sus cuidados.

Se encuentra con mayor causa de deserción debido a que no notan ningún avance con respecto al tratamiento 24%. **(5)**

Se encontró que las principales causas de abandono de tratamiento son: Económicas 9.0%, los pacientes refieren no tener en ocasiones los recursos suficientes para adquirir medicamentos o insumos médicos que son necesarios en la recuperación de sus pacientes; Causas Personales 5.1%; y que el personal de enfermería no es claro con las indicaciones 1.3%, en este último están implicadas las barreras de la comunicación, por lo que se encontró que los pacientes que no entendieron las explicaciones abandonaron el tratamiento, tratándose de un 31.6% de los pacientes. **(6)**

EXPLICACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA RELACIONADA CON LAS BARRERAS DE LA COMUNICACIÓN

En esta sección se encontró asociación entre las barreras de la comunicación y la comprensión de los cuidados que se llevarán a cabo en su domicilio, ya que el 12.8% los pacientes señalaron egresar de la institución sin entender las explicaciones que el personal de enfermería les dio ya que cuentan con alguna barrera de la comunicación. (Tabla 19)

| Tabla 19. ¿Entendió la explicación del personal de enfermería? --- Barreras de la comunicación | | | | | |
|---|----|-------------|-----------------------------|-------|--------|
| | | | Barreras de la comunicación | | Total |
| | | | NO | SI | |
| a) ¿Entendió la explicación del personal de enfermería? | SI | Recuento | 50 | 17 | 67 |
| | | % del total | 64.1% | 21.8% | 85.9% |
| | NO | Recuento | 1 | 10 | 11 |
| | | % del total | 1.3% | 12.8% | 14.1% |
| Total | | Recuento | 51 | 27 | 78 |
| | | % del total | 65.4% | 34.6% | 100.0% |

Tabla 19. Realizado por Hernández E., Mercado V. y Serrano C. 2022

DISCUSIÓN: Pisano y González mencionan que las personas evitan ir a sus consultas y solo acuden por algún cambio dentro del tratamiento farmacológico, la dieta o la prescripción, incluso también la espera prolongada, la inestabilidad con el personal médico; el apoyo y comunicación de los profesionales de la salud afectando en gran parte la relación que se tiene como profesional de la salud-paciente. **(32)**

Las principales causas que se encontraron para que las personas no sigan las indicaciones tienen relación con las barreras de la comunicación, afectando la relación enfermería – paciente, ya que el 55% de los pacientes que abandonaron el tratamiento contaban con barreras de la comunicación, las cuales a pesar de ser identificadas no se pudieron manejar de una forma adecuada, lo que deja en claro que más de la mitad de los pacientes que abandonaron su tratamiento, no siguieron las indicaciones puesto que contaban con una barrera de la comunicación que impedía su adherencia terapéutica. **(32)**

Prueba de hipótesis

El ritual de la significancia estadística

| | |
|----------|---|
| 1 | <p>Plantear Hipótesis Ho: No existe asociación entre las barreras de la comunicación y a la adherencia terapéutica en los pacientes egresados de la torre de ortopedia H1: Existe asociación entre las barreras de la comunicación y a la adherencia terapéutica en los pacientes egresados de la torre de ortopedia</p> |
| 2 | <p>Establecer un nivel de significancia Nivel de Significancia (alfa) $\alpha = 5\% = 0.05$</p> |
| 3 | <p>Seleccionar estadístico de prueba Chi cuadrada de independencia</p> |
| 4 | <p>Valor de P= 0.000 = 0.0% Lectura del p-valor Con una probabilidad de error del 0.0% existe asociación entre las barreras de la comunicación y a la adherencia terapéutica en los pacientes egresados de la torre de ortopedia</p> |
| 5 | <p>Toma de decisiones Existe asociación entre las barreras de la comunicación y a la adherencia terapéutica en los pacientes egresados de la torre de ortopedia</p> |

Interpretación

En los pacientes egresados de la torre de ortopedia del INR LGII se demostró que existe asociación de las barreras de la comunicación con el abandono del tratamiento. Sin embargo, sólo 15 personas tenían barreras y abandonaron el tratamiento 24.5% lo que no representa gran magnitud, mientras que 47 pacientes no tenían barreras y no abandonaron el tratamiento representando el 75% restante.

| 20. Tabla cruzada | | | | | |
|---|----|---|-----------------------------|-------|--------|
| c) ¿Se ha visto en la necesidad de abandonar su tratamiento por causas económicas, culturales o creencias? *Barreras de la comunicación | | | | | |
| | | | Barreras de la comunicación | | Total |
| | | | NO | SI | |
| c) ¿Se ha visto en la necesidad de abandonar su tratamiento por causas económicas, culturales o creencias? | SI | Recuento | 4 | 15 | 19 |
| | | % dentro de Barreras de la comunicación | 7.8% | 55.6% | 24.4% |
| | | % del total | 5.1% | 19.2% | 24.4% |
| | NO | Recuento | 47 | 12 | 59 |
| | | % dentro de Barreras de la comunicación | 92.2% | 44.4% | 75.6% |
| | | % del total | 60.3% | 15.4% | 75.6% |
| Total | | Recuento | 51 | 27 | 78 |
| | | % del total | 65.4% | 34.6% | 100.0% |

Tabla 20. Realizado por Hernández E., Mercado V. y Serrano C. 2022

Prueba de normalidad

El ritual de la significancia estadística

| | |
|---|---|
| 1 | <p>Plantear Hipótesis</p> <p>Ho: La distribución de la variable aleatoria es diferente a la distribución normal</p> <p>H1: La distribución de la variable aleatoria no es diferente a la distribución normal</p> |
| 2 | <p>Establecer un nivel de significancia</p> <p>Nivel de Significancia (alfa) $\alpha = 5\% = 0.05$</p> |
| 3 | |

| | |
|---|--|
| | Seleccionar estadístico de prueba Kolmogórov-Smirnov Lilliefors |
| 4 | Valor de P= 0.000 = 0.0% Lectura del p-valor Con una probabilidad de error del 0.0% la distribución de la variable aleatoria no es diferente a la distribución normal |
| 5 | Toma de decisiones La distribución de la variable aleatoria no es diferente a la distribución normal |

Interpretación

La distribución de la variable de abandono de tratamiento al egreso es igual a la distribución normal, por lo que en esta prueba los datos se encuentran uniformemente en la campana Gaussiana, demostrando que los datos tienen un valor de error mínimo.

10. CONCLUSIONES

En el área de la salud la comunicación es una clave fundamental para los procesos terapéuticos en los pacientes, es importante señalar que se necesita tomar en cuenta las características de la población, como lo es: el sexo, edad, escolaridad, padecimiento actual, barreras perceptibles al momento de cualquier intervención, entre otros aspectos. Mismos que al no valorar de forma correcta se corre el riesgo de que el logro de objetivos terapéuticos se pueda ver afectados.

Se destaca que para el proceso de comunicación se necesitan estrategias que permitan lo que conocemos como comunicación efectiva, debido a que de forma ineficiente encontraremos barreras de comunicación las cuales hablando del tratamiento hospitalario pueden ser diversas, mismas que pueden afectar específicamente en la adherencia al tratamiento

Como ya se ha analizado en el contenido de la presente investigación, la comunicación puede verse interrumpida y/o afectada por diversas circunstancias como ya se han descrito en los resultados.

Se puede inferir que las barreras que más sobresalen son la edad del paciente ya que durante el proceso de aplicación se observó que son los adultos mayores quienes presentan más barreras de la comunicación; por consiguiente las barreras emocionales por una larga estancia hospitalaria; el uso de tecnicismos en el personal de enfermería, el nivel de estudios que es aquello que va a permitir un mejor entendimiento entre enfermera paciente; las creencias culturales o religiosas y si presentaban algún déficit.

A consecuencia de esto el aspecto de presentar alguna barrera de la comunicación es signo de alarma para delimitar que pueda haber una baja adherencia al tratamiento terapéutico. Aunado a todo lo anteriormente señalado es importante resaltar la importancia de emplear una valoración sistemática e individual enfocada a realizar habilidades comunicativas, que el personal de enfermería emplee al momento de intervenir con los pacientes, así mismo las instituciones de salud deben aumentar sus esfuerzos para la implementación de este tipo de estrategias, con el fin de que exista una mejor adherencia terapéutica.

11. REFERENCIAS

1. Mazhariazad F, Taghadosi M, Erami E. Challenges of Nurse-Patient Communication in Iran: A Review Study. *SJNMP*. 2019; 4 (4) :15-29. [Consultado 26 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-181-en.html>
2. Cano Azcarretazábal CV. La comunicación interpersonal en la relación de ayuda al paciente [Internet]. [España]: Universidad de Valladolid; 2016 [citado el 20 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/35310>
3. Kwame, A., Petrucka, P.M. A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nurs* 20, 158 (2021). [citado 20 de feb 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2>
4. Muniz S, Et al. Actitudes, Creencias Y Barreras Para La Adhesión A La Dieta Hiposódica En Pacientes Con Insuficiencia Cardíaca. *Revista Gaúcha de Enfermería (Brasil)* 2020; 41 (1). [Acceso 16 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/Pz7f9L5zvmg5r8TqZTxCk4M/?lang=en>
5. Vejar M, et al. Adherencia Farmacológica Y Prevención Secundaria Cardiovascular: Una De Las Principales Barreras En El Tratamiento De La Enfermedad Aterosclerótica. *Revista Chilena de Cardiología. (Chile)* 2016; 35 (3). [Acceso 17 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602016000300010&lang=es
6. Alonso E, Juambelz G, Rangel P. Principales Causas De Deserción De Los Pacientes En tratamiento En El Instituto Nacional De Comunicación Humana. Tesis de Licenciatura. Instituto Nacional de la Comunicación Humana. México 1987.
7. La Accesibilidad A La Imagen: un nuevo reto. [Internet]. Sidar.org. [citado el 18 de diciembre de 2021]. Disponible en: <http://www.sidar.org/acti/jorna/4jorna/ivponen/imagenac/ponencia.html>
8. Pellegrini N. La comunicación en la prehistoria [Internet]. 2016. Disponible en: <https://prezi.com/dmco5wpl5jpg/la-comunicacion-en-la-prehistoria/>
9. Historia de la Comunicación Humana [Internet]. Caracteristicas.co. 2019 [citado el 18 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.caracteristicas.co/historia-de-la-comunicacion-humana/>
10. Dottori AO. La comunicación humana: orígenes de la reflexión sociológica. *Rev. Mex Sociol* [Internet]. 2019 [citado el 18 de diciembre de 2021];81(3):535–59. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032019000300535
11. Busse P. Sergio G. Comunicación y salud. Cuadernos de información (Chile). 2016; 38 (1): 10-13. [Acceso 18 de diciembre de 2021]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-367X2016000100001
12. Yang, Y., Saladrigas Medina, H., & Torres Ponjuán, D. (2016). El proceso de la comunicación en la gestión del conocimiento. Un análisis teórico de su

- comportamiento a partir de dos modelos típicos. *Revista Universidad y Sociedad* [en línea], 8 (2). pp. 165-173. [fecha de acceso: 03-diciembre-2022]. Disponible en: <http://rus.ucf.edu.cu/>
13. Macmillan. (2018) Aspectos generales para entender la comunicación. P (1-16). [fecha de acceso: 05 diciembre de 2021]. Disponible en: https://www.macmillaneducation.es/wp-content/uploads/2018/10/comunicacion_cliente_libroalumno_unidad1muestra.pdf
 14. González E. de implementación de canales de Comunicación adecuados para la gestión eficiente Del departamento de Aseguramiento de Calidad en Una planta farmacéutica nacional típica. UNAM. 2016. [Acceso 18 de diciembre de 2021]. Disponible en: https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/Portal2015/Licenciaturas/qfb/tesis/tesis_gonzalez_conchillos.pdf
 15. Herrera J., Méndez K. y Zambrana M. Comunicación Gerencial en las Organizaciones. (2020). Managua. P (31). [fecha de acceso: 20 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/12859/1/23090.pdf>
 16. Escobar B, Klijn TP. La transculturalidad, elemento esencial para mejorar la atención en salud y de enfermería. *Enferm actual Costa Rica* [Internet]. 2017 [citado el 8 de enero de 2022];(33):8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6051422>
 17. Peris SF. La comunicación terapéutica: acompañando a la persona en el camino de la enfermedad. *Panace* [Internet]. 2016 [citado el 8 de enero de 2022]; XVII (44):111–114. Disponible en: https://www.tremedica.org/wpcontent/uploads/n44_tribuna-SFernandezPeris.pdf
 18. Gómez Fedor Simón José. La Comunicación. *Salus* [Internet]. 2016 dic [citado 2022 Ene08]; 20(3):5-6. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S131671382016000300002&lng=es.
 19. Rosa A, Magda B, Antonia G, Roy S. La comunicación en enfermería: el canal hacia la satisfacción profesional. Estudio comparativo entre dos hospitales [Internet]. [Barcelona]: Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona; [Citado 08 de enero de 2022]. Disponible en: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21551/1/2008_10.pdf
 20. Santamaría A. Santamaría R. Verdú I. Técnicas y estrategias de comunicación para mejorar la relación con el paciente. 2018. [Acceso 18 de diciembre de 2021]. Disponible en: <http://www.comsegovia.com/pdf/cursos/2018/Modulo%201-%20La%20comunicacion.pdf>
 21. Guía práctica de lenguaje incluyente y no sexista. Auditoría Superior de la Federación. Comité de Igualdad de Género. México. 2020. P: 1-21 [Acceso 18 de diciembre de 2021]. Disponible en: https://www.asf.gob.mx/uploads/1823_Novedades_Editoriales/Guia_Practica_-_Lenguaje_Incluyente.pdf
 22. Coronavirus. Gob. 2020 guía para personas con discapacidad auditiva. Recomendaciones prácticas y accesibles para cuidar tu salud y tus derechos en

tiempos de coronavirus. yo también. [fecha de acceso: 15 enero de 2022]. Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/08/Guia_para_personas_con_Discapacidad_Auditiva-Yo_Tambien.pdf



23. Barranco Morente Sebastián, Ventura Puertos Pedro E., Coronado Carvajal Pilar. Estrategias de comunicación de los profesionales de enfermería con personas sordas o ciegas. *Index Enferm* [Internet]. 2016 dic [citado 2022 Mar 18]; 25(4): 253-257. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000300007&lng=es.
24. Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra. Antecedentes [Internet]. Gob.mx. 2018 [citado el 18 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.inr.gob.mx/g20.html>
25. Verdejo M. 5° Informe de Autoevaluación del director general del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra del 1° de enero al 31 de diciembre de 2020. México. 2021. [Acceso 17 de diciembre de 2021]. Disponible en: file:///C:/Users/vivi_/Downloads/Informe_Autoevaluacion_2020.pdf
26. Gijón-Alvarado M., Müggenburg-Rodríguez Vigil M.C. Instrumentos que miden la comunicación enfermera-paciente. *Enferm. univ* [revista en la Internet]. 2019 sep. [citado 2021 Dic 18]; 16(3): 303-312. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000300303&lng=es. Epub 11-Feb-2020. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.3.687>.
27. Soto P, Masalan P, Barrios S. La Educación En Salud, Un Elemento Central Del Cuidado De Enfermería. *Rev médica Clín Las Condes* [Internet]. 2018;29(3):288–300. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864018300543>
28. Elers Mastrapa Yenny, Gibert Lamadrid María del Pilar. Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Rev. cubana Enfermer* [Internet]. 2016 dic [citado 2021 Dic 18]; 32(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000400019&lng=es
29. Rincon C. La Comunicación Terapéutica Entre La Enfermera Y El Paciente Como Habilidad De Cuidado Humanizado En La Uci. Una Revisión De Tema. Universidad De Ciencias Aplicadas Y Ambientales U.D.C.A. Bogotá. (2017). P1-39 [fecha de acceso: 03 enero de 2022]. Disponible en: <https://repository.udca.edu.co/bitstream/handle/11158/641/COMUNICACION%20TERAPEUTICA%20ENTRE%20ENFERMERA%20Y%20PACIENTE.%20HABILID.pdf?sequence=1>
30. Jiménez E. Barreras De La Comunicación En La Atención De Enfermería. Universidad de Valladolid. España (2017). [Acceso 15 de enero de 2022]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/211107794.pdf>
31. Rodríguez S, Cabrera L, Calero E. La Comunicación Social En Salud Para La Prevención De Enfermedades En La Comunidad. *Revista Humanidades Médicas*

- (Camaguey) 2018; 18 (2): 384-404. [Acceso 15 de enero de 2022]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v18n2/1727-8120-hmc-18-02-384.pdf>
32. Pisano M, González A. La Modificación De Los Hábitos Y La Adherencia Terapéutica, Clave Para El Control De La Enfermedad Crónica. *Enfermería Clínica (España)* 2014; 24 (1). Acceso 16 de enero de 2022]. Acceso en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-la-modificacion-habitos-adherencia-terapeutica-S1130862113001757>
 33. González L, Cooper D, Méndez H, Cardona D, Rodríguez A. Barreras Identificadas Por Pacientes Con Diabetes Mellitus De Tipo 2 En Su Atención Integral. *MEDISAN (Cuba)* 2021; 25 (2). [Acceso 16 de enero de 2022]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192021000200388&lang=es
 34. García I, Carballería J. Limitaciones Y Posibles Mejoras Para Asegurar Una Mayor Adherencia A Los Tratamientos. *Resvita Española de Salud Pública (España)* 2020; 93 (1). [Acceso 16 de enero de 2022]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100088
 35. Pages N, Valverde M. Métodos Para Medir La Adherencia Terapéutica. *Ars Pharmaceutica (España)* 2018; 59 (3). [Acceso 16 de enero de 2022]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942018000300163&lang=es
 36. Ojeda M, Rodríguez I, Ojeda D, García A, García S, García S. Consulta De Enfermería Y Adherencia Terapéutica Del Paciente En Hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica (España)* 2017; 20 (2). [Acceso 17 de enero de 2022]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842017000200132&lang=es
 37. Ramírez M, Anlehu A, Rodríguez A. Factores Que Influyen En El Comportamiento De Adherencia Del Paciente Con Diabetes Mellitus Tipo 2. *Horizonte Sanitario (México)* 2020; 18 (3). [Acceso 18 de enero de 2022]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592019000300383
 38. Gaviria J, Ospina J, Martínez L, Jaramillo L, Urrego A, Hernández F. Adherencia Terapéutica A La Tromboprofilaxis Ortopédica. *Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología (Cuba)* 2018; 32 (2). [Acceso 18 de enero de 2022]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-215X2018000200005
 39. Bonilla G, Linás A, Sánchez A, Monsalve S, Matson G, Valenzuela E. Adherencia A Las Guías Internacionales De Tromboprofilaxis En Pacientes Sometidos A Cirugía Ortopédica Mayor En Colombia: Resultados Del Registro Deimos. *Revista Colombiana de Ortopedia y Traumatología (Colombia)* 2019; 33 (3-4): 89-97. [Acceso 19 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-ortopedia-traumatologia-380-articulo-adherencia-guias-internacionales-tromboprofilaxis-pacientes-S0120884520300183>
 40. Rodríguez Nogueira O, Morera Balaguer J, Moreno Poyato A, López Rodríguez AF. Importancia de la comunicación en el establecimiento y satisfacción con el

- tratamiento en fisioterapia. *Rev. esp común salud* [Internet]. 2018 [citado 13 de feb 2022]. ;9(1):93. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/c48f/68df7ec073ee82a67463dad0390393b749bf.pdf>
41. Ortega Cerda José Juan, Sánchez Herrera Diana, Rodríguez Miranda Óscar Adrián, Ortega Legaspi Juan Manuel. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta méd. Grupo Ángeles* [revista en la Internet]. 2018 sep. [citado 2022 Feb 13]; 16(3): 226-232. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=es.
 42. Norouzinia R, Aghabarari M, Shiri M, Karimi M, Samami E. Communication barriers perceived by nurses and patients. *Glob J Health Sci* [Internet]. 2016 [citado el 20 de febrero de 2022];8(6):65–74. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC4954910/>
 43. Amoah, V.M.K., Anokye, R., Boakye, D.S. *et al.* A qualitative assessment of perceived barriers to effective therapeutic communication among nurses and patients. *BMC Nurs* 18, 4 (2019). [citado 20 de feb 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0328-0>
 44. Universidad de Sonora. Muestreo. Departamento de Matemáticas. [Acceso 01 julio de 2022]. Disponible en: <http://www.estadistica.mat.uson.mx/Material/elmuestreo.pdf>
 45. Instituto Nacional de Rehabilitación LGII. Atención Médica, subdirección de enfermería. Procedimiento para realizar la educación para la salud al paciente y su familia por el personal de salud [Internet]. 2011 [citado el 18 de marzo de 2022] p. 331–334. Disponible en: <http://iso9001.inr.gob.mx/iso05.html>
 46. INEGI. Censo de población y vivienda 2020. 2021 p.p 1 [Fecha de acceso: 22 julio 2022]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ResultCenso2020_Nal.pdf
 47. Consejo Nacional de Población. Etapas del ciclo de vida. [fecha de acceso: 3 de abril de 2022]. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/1342/1/images/02introduccion.pdf>

12. ANEXOS

12.1 Instrumento Educación para la Salud al Paciente y su Familia por el Personal de Salud (50)

| | | | | | | | |
|---|--|---|---|--|---|---|---|
|  | DIRECCIÓN QUIRÚRGICA SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA |  | PACIENTE: _____ F. NAC: _____ DR. (A): _____ No. EXPEDIENTE: _____ | | | | |
| EDUCACION PARA LA SALUD AL PACIENTE Y SU FAMILIA POR EL PERSONAL DE SALUD | | | | | | | |
| Diagnóstico (s): _____ | | | | | | | |
| EVALUACION: MOTIVACION, DISPONIBILIDAD, BARRERAS Y PREFERENCIAS (1ª Vez) | | | | | | | |
| PARAMETROS | Pac | Fam | Otro | PARAMETROS | Pac | Fam | Otro |
| SI NO | SI NO | SI NO | SI NO | SI NO | SI NO | SI NO | SI NO |
| Incapacidad física | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Déficit auditivo/visual | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Déficit cognitivo | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Prácticas culturales o religiosas que puedan afectar el aprendizaje | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Preferencias para aprender | | | | Barreras emocionales | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Instrucciones audiovisuales | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Motivado y preparado para aprender (Realiza preguntas) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Instrucciones escritas | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | |
| Demostración | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | |
| Instrucciones verbales | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | |
| Otra | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | |
| Evaluación llenada por: _____ | | | | Fecha/Hora: _____ | | | |
| (Nombre completo y Firma) | | | | | | | |
| HOSPITALIZACION / CIRUGIA AMBULATORIA | | | | | | | |
| Fecha/Hora | Necesidad identificada de aprendizaje | Enseñanza dirigida a: | | Método de Enseñanza | Evaluación del aprendizaje | Título / Nombre completo y Firma | |
| | | Pac | Fam | Otro | | | |
| | Derechos / Responsabilidades del paciente. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| | Información financiera. (Cuota de Recuperación, Insumos) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| | Precauciones / Seguridad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| | Orientación / Rutina de la Unidad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Padecimiento o enfermedad: Ver indicaciones médicas, historia clínica y notas de evolución para los hallazgos específicos de la evaluación. | | | | | | | |
| | Proceso de la enfermedad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| | Cuidados | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Plan de tratamiento: Ver indicaciones médicas y notas de evaluación para el plan de tratamiento específico. | | | | | | | |
| | Pruebas / Procedimientos Diagnósticos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| | Manejo del Dolor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| | Medicamentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| | * Indicaciones / Propósito | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| | * Efecto y/o Precauciones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| | Cirugía / Procedimiento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| | * Instrucciones Pre-op / Pre procedimiento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| | * Instrucciones Post-op / Post procedimiento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Dieta y Nutrición: Ver evaluación nutricional y notas de evolución. | | | | | | | |
| | Dieta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| | Interacción (es) Alimentos / Medicamentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Técnicas de Rehabilitación / Equipo: Ver indicaciones médicas y notas de evolución para el plan de tratamiento específico. | | | | | | | |
| | Tipo de tratamiento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| | Utilización de equipo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| | Actividad Física | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Planeación de los cuidados de alta: Ver la nota de evolución final, las instrucciones de alta e identificación de posibles riesgos del paciente para la planeación del alta. | | | | | | | |
| | Recursos de la comunidad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| | Cómo / Cuándo para obtener futuro tratamiento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Métodos de Enseñanza E Explicación D Demostración IE Instrucciones estrictas MA Folleto F Folleto CD Disco compacto O Otro | | | | Evaluación del aprendizaje 1 Rehusa instrucciones 2 No hay evidencia de aprendizaje 3 Verbaliza limitado el entendimiento 4 Verbaliza entendimiento 5 Incapaz para demostrar habilidad 6 Demuestra habilidad con mínima asistencia 7 Demuestra habilidad | | | |
| MA FOLLETO 03 DIC 20 | | | | 8 Listo para el alta | | | |

| Fecha / Hora | COMENTARIOS | |
|---|--|--------------------------------|
| | PLANIFICACION DE ALTA AL EGRESO | CUIDADOS ESPECÍFICOS |
| | | <u>SERVICIO:</u> _____ |
| | Información de los cuidados generales: | |
| | Baño diario <input type="checkbox"/> | |
| | Mantener la piel limpia, seca y lubricada <input type="checkbox"/> | |
| | Tomar medicamentos con horario <input type="checkbox"/> | |
| | Información sobre el tipo de dieta: | |
| | Evite consumo de alimentos irritantes o condimentados <input type="checkbox"/> | |
| | Baja en grasas <input type="checkbox"/> | |
| | Cuidados a la herida: | |
| | Mantener herida quirúrgica limpia y seca <input type="checkbox"/> | |
| | Curación en seco <input type="checkbox"/> | |
| | No aplicar pomadas o antisépticos <input type="checkbox"/> | |
| | No aplicar ninguna sustancia en la herida <input type="checkbox"/> | |
| | Se informa actividad física permitida: | |
| | Movilización activa de articulaciones sanas <input type="checkbox"/> | |
| | Deambulaci3n con apoyo de auxiliares <input type="checkbox"/> | |
| | Uso de Inmovilizadores <input type="checkbox"/> | |
| | Se explica el tratamiento farmacol3gico: | |
| | Receta m3dica <input type="checkbox"/> | |
| | Vigilancia de reacciones al3rgicas <input type="checkbox"/> | |
| | Informaci3n sobre signos de alarma: | |
| | Fiebre (Temperatura mayor a 38.5) <input type="checkbox"/> | |
| | Inflamaci3n y cambio de coloraci3n <input type="checkbox"/> | |
| | Salida de pus <input type="checkbox"/> | |
| | Herida que no sana o que se abre <input type="checkbox"/> | |
| | Dolor que no se quita con medicamento <input type="checkbox"/> | |
| | Sangrado activo <input type="checkbox"/> | |
| <p>Evaluaci3n de resultados</p> <p>Recibí informaci3n: <input type="checkbox"/> Suficiente <input type="checkbox"/> Comprensible <input type="checkbox"/> Lenguaje claro <input type="checkbox"/> Acorde a mi condici3n actual</p> <p>¿La educaci3n recibida me permite conocer y manejar mi enfermedad?</p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo</p> | | |
| <p>_____ Nombre y firma del paciente y/o familiar que recibió la educaci3n</p> | | <p>_____ Fecha y hora:</p> |

12.2 INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO AL EGRESO

Instrucciones

En relación con la entrevista aplicada anteriormente, responda las siguientes preguntas

- a) ¿Entendió la explicación del personal de enfermería en cuanto a la realización de los procedimientos y cuidados que usted debería llevar a cabo?
 - 1. Si
 - 2. No

- b) ¿Ha seguido adecuadamente todas las indicaciones que el personal de enfermería le explico?
 - 1. Si
 - 2. No

- c) ¿Se ha visto en la necesidad de abandonar su tratamiento por causas económicas, culturales o creencias?
 - 1. Si
 - 2. No

- d) ¿Qué fue lo que le impido llevar a cabo las indicaciones que el personal de enfermería le comunico?

12.3 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento informado para formar parte de la investigación “BARRERAS DE COMUNICACIÓN Y SU INFLUENCIA EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DENTRO DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN LGII”

Uno de los pilares fundamentales del Instituto Nacional de Rehabilitación LGII es la formación académica y continua de los profesionales de la salud. Por este motivo los pasantes de la Licenciatura en Enfermería egresados de la Universidad Autónoma Metropolitana realizan investigaciones como parte de su formación y la acreditación del servicio social.

- Hernández Hernández María Elvira
- Mercado Bernal Viviana Vianey
- Serrano Rodríguez Carlos Eduardo

Por tal motivo se manifiesta que la presente investigación que lleva por “**Barreras de comunicación y su influencia en la adherencia al tratamiento dentro del instituto nacional de rehabilitación LGII**” específicamente con pacientes de la torre de ortopedia, que deseen ser parte de esta, y del mismo modo se aclara que todos los datos obtenidos serán utilizados únicamente con fines académicos y de investigación.

La participación en este estudio de investigación será llevada a cabo en dos etapas: la primera será para la evaluación de las barreras de comunicación que se presentan entre el profesional de enfermería y los usuarios, la segunda parte consiste en una evaluación posterior a 15 días para evaluar como estas barreras detectadas en la primera etapa han influido en la adherencia al tratamiento, para ello solicitamos un número telefónico para poder localizarlos en caso de que ya no se encuentren en la unidad hospitalaria, de la misma forma se informa que usted puede abandonar el ser parte de la investigación en el momento que así lo decida.

En virtud de lo anterior hago constar que en calidad de paciente:
_____ con número de expediente:
N_____ sexo: (M) (F) Fecha de Nacimiento: ___/___/___ edad:
_____ he sido informado de lo que implica ser parte de la investigación y que todos los datos que proporcione serán confidenciales y utilizados únicamente con fines académicos y de investigación.

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del investigador (PSS)

12.4 RESULTADOS COMPLEMENTARIOS

1. DIAGNÓSTICO MÉDICO

En relación con el diagnóstico médico que los participantes tienen con más frecuencia son los siguientes: luxación de patela derecha, infección de tejidos blandos, fractura de radio y cubito, fractura de meseta tibial, fractura de humero izquierdo, fractura de cuerpo vertebral, fractura de cadera ya sea izquierda o derecha y fractura de fémur de igual manera ya se izquierdo o derecho.

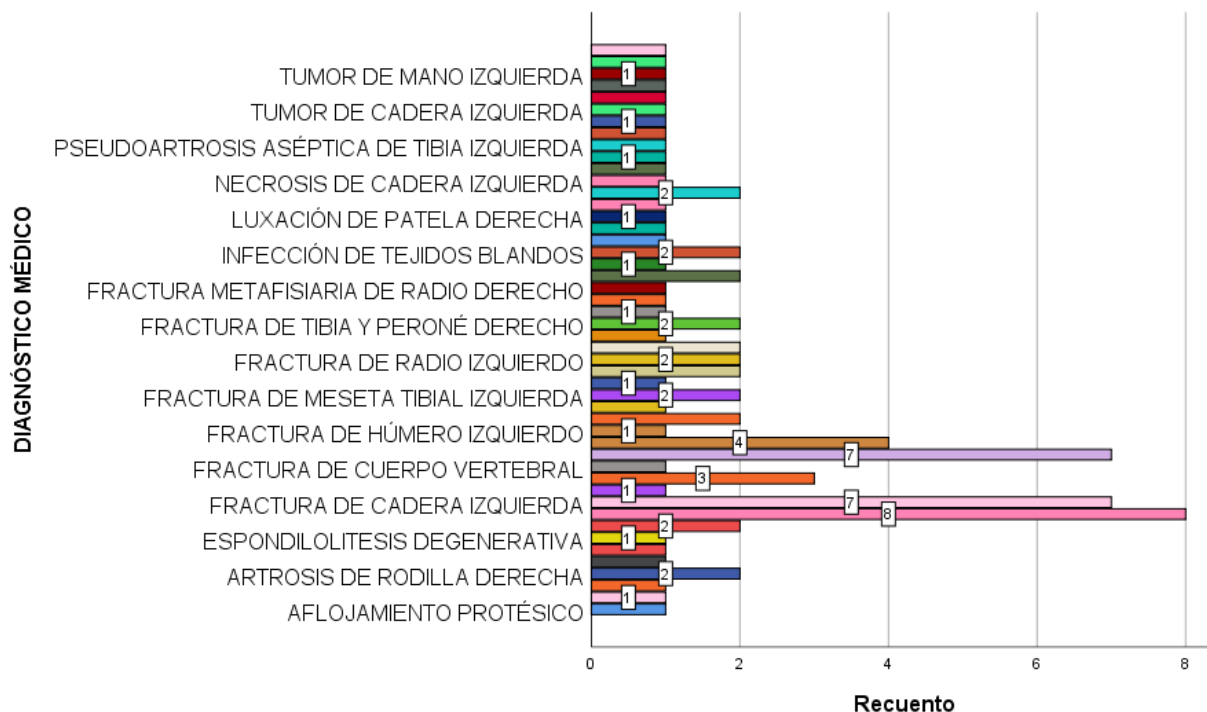


Gráfico 3. Realizado por Hernández E., Mercado V. y Serrano C. 2022

2. INCAPACIDAD FÍSICA

De los 83 participantes se encontró que el 77% presentaba una incapacidad esto resultado de la patología que presentaba como se puede observar en la siguiente tabla.

| Tabla 21. INCAPACIDAD FÍSICA | | |
|------------------------------|------------|-------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| SI | 64 | 77.1 |
| NO | 19 | 22.9 |
| Total | 83 | 100.0 |

Tabla 21. Realizado por Hernández E., Mercado V. y Serrano C. 2022

3. PREFERENCIAS PARA APRENDER

En relación con lo anterior una de las barreras de comunicación que se pueden encontrar es la manera en que el personal de salud comunica todas las indicaciones a los pacientes, en este apartado se encontró que un 44.6% de la población prefiere que la explicación de manera verbal, seguido de un 22.9% que prefiere que las indicaciones sean de manera verbal y escrita

| Tabla 22. PREFERENCIAS PARA APRENDER | | |
|---|------------|-------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| Instrucciones verbales | 37 | 44.6 |
| Otra | 5 | 6.0 |
| Escritas y verbales | 19 | 22.9 |
| Demostración y verbales | 1 | 1.2 |
| Audiovisuales y verbales | 2 | 2.4 |
| Audiovisuales y escritas | 1 | 1.2 |
| Total | 83 | 100.0 |

Tabla 22. Realizado por Hernández E., Mercado V. y Serrano C. 2022

4. MOTIVADO Y PREPARADO PARA APRENDER

Se ha encontrado que los pacientes refieren no sentirse motivados y preparados para aprender un total de 39.8% mientras que el 60.2% si se sentía motivado y preparado para aprender sobre su proceso terapéutico. Cabe destacar que se observa durante el interrogatorio que aquellos pacientes quienes referían “no” era a gran causa de pena al preguntar o el estado de ánimo involucrado.

| Tabla 23. MOTIVADO Y PREPARADO PARA APRENDER | | |
|---|------------|-------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| SÍ | 50 | 60.2 |
| NO | 33 | 39.8 |
| Total | 83 | 100.0 |

Tabla 23. Realizado por Hernández E., Mercado V. y Serrano C. 2022

5. DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

En cuanto a la información recibida a cerca de sus derechos y obligaciones como paciente se encontró que un 72.29% si le habían explicado sus derechos y obligaciones como paciente, el 72.3% señala haber recibido dicha información de manera explicativa y un 4.8% a través de un folleto, en un 44.6% no hay evidencia de aprendizaje, y solo un 33.7% verbaliza lo entendido.

| Tabla 24. DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE | | |
|--|------------|-------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| Explicación | 60 | 72.3 |
| Demostración | 1 | 1.2 |
| Folleto | 4 | 4.8 |
| Otro | 18 | 21.7 |
| Total | 83 | 100.0 |
| Evaluación del aprendizaje | | |
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| Rehúsa instrucciones | 1 | 1.2 |

| | | |
|---|----|-------|
| No hay evidencia de aprendizaje | 37 | 44.6 |
| Verbaliza limitado el entendimiento | 15 | 18.1 |
| Verbaliza entendimiento | 28 | 33.7 |
| Demuestra habilidad con mínima asistencia | 1 | 1.2 |
| Demuestra habilidad | 1 | 1.2 |
| Total | 83 | 100.0 |

Tabla 24. Realizado por Hernández E., Mercado V. y Serrano C. 2022

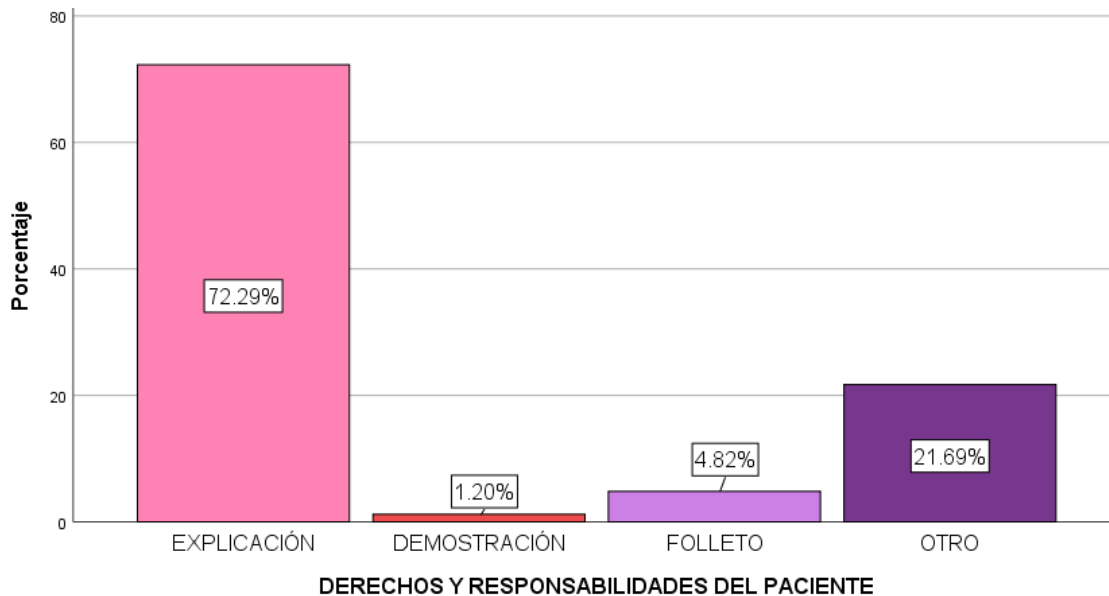


Gráfico 4. Realizado por Hernández E., Mercado V. y Serrano C. 2022

6. INFORMACIÓN FINANCIERA

Dentro del periodo de hospitalización es imprescindible el conocimiento de cada paciente con respecto a su información financiera, para conocer el proceso interno una vez hospitalizados, por lo cual los pacientes que recibieron tal información fue mayormente por explicación (75.9%) sin embargo a la evaluación del aprendizaje se observó que 41% verbaliza entendimiento, mientras que 31.3% el entendimiento es limitado, contrastándolo con el 21.7% que no se observó evidencia de aprendizaje, debido a que durante el interrogatorio, referían que a ellos no les explicaban nada de dicha información únicamente al cuidador primario.

| Tabla 25. INFORMACIÓN FINANCIERA | | |
|---|------------|-------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| Explicación | 63 | 75.9 |
| Folleto | 6 | 7.2 |
| Otro | 14 | 16.9 |
| Total | 83 | 100.0 |
| Evaluación del aprendizaje | | |
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| Rehúsa instrucciones | 1 | 1.2 |

| | | |
|---|----|-------|
| No hay evidencia de aprendizaje | 18 | 21.7 |
| Verbaliza limitado el entendimiento | 26 | 31.3 |
| Verbaliza entendimiento | 34 | 41.0 |
| Demuestra habilidad con mínima asistencia | 1 | 1.2 |
| Demuestra habilidad | 3 | 3.6 |
| Total | 83 | 100.0 |

Tabla 25. Realizado por Hernández E., Mercado V. y Serrano C. 2022

7. ORIENTACIÓN/RUTINA DE LA UNIDAD

Otro aspecto importante es la orientación que se brindó al paciente sobre la rutina de la unidad hospitalaria como parte fundamental de la relación de comunicación enfermera-paciente. Un 86.7% señaló que si recibió la orientación y un 13.3% refirió no haber recibido la orientación, en cuanto a la evaluación del aprendizaje se obtuvo que en un 33.7% no hay evidencia de aprendizaje, un 30.1% verbaliza el entendimiento y un 26.5% verbaliza el entendimiento limitado.

| Tabla 26. ORIENTACIÓN/RUTINA DE LA UNIDAD | | |
|---|------------|-------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| Explicación | 72 | 86.7 |
| Otro | 11 | 13.3 |
| Total | 83 | 100.0 |
| Evaluación del aprendizaje | | |
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| No hay evidencia de aprendizaje | 28 | 33.7 |
| Verbaliza limitado el entendimiento | 22 | 26.5 |
| Verbaliza entendimiento | 25 | 30.1 |
| Incapaz para demostrar habilidad | 1 | 1.2 |
| Demuestra habilidad con mínima asistencia | 1 | 1.2 |
| Demuestra habilidad | 6 | 7.2 |
| Total | 83 | 100.0 |

Tabla 26. Realizado por Hernández E., Mercado V. y Serrano C. 2022

8. MANEJO DEL DOLOR

En relación con la explicación del manejo del dolor se obtuvo que un 91.6% recibió la información a manera de explicación verbalizada, un 36.1% verbaliza el entendimiento, un 34.9% verbaliza limitado el entendimiento, y en un 21.7% no hay evidencia de aprendizaje.

| Tabla 27. MANEJO DEL DOLOR | | |
|----------------------------|------------|-------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| Explicación | 76 | 91.6 |
| Demostración | 2 | 2.4 |

| | | |
|---|------------|-------------------|
| Otro | 5 | 6.0 |
| Total | 83 | 100.0 |
| Evaluación del aprendizaje | | |
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| No hay evidencia de aprendizaje | 18 | 21.7 |
| Verbaliza limitado el entendimiento | 29 | 34.9 |
| Verbaliza entendimiento | 30 | 36.1 |
| Demuestra habilidad con mínima asistencia | 4 | 4.8 |
| Demuestra habilidad | 2 | 2.4 |
| Total | 83 | 100.0 |

Tabla 27. Realizado por Hernández E., Mercado V. y Serrano C. 2022

9. CIRUGÍA/PROCEDIMIENTO

Respecto a la información y/o indicaciones relacionadas a la cirugía o procedimientos como parte del plan de tratamiento los pacientes señalan que un 69.9% recibieron la información de manera explicativa, y el resto se engloba en que no se lo explicaron, no lo recuerda o la información proporcionada era limitada. En un 42.2% no hay evidencia de aprendizaje, un 30.1% verbaliza el entendimiento y un 24.2% verbaliza el entendimiento de manera limitada.

| | | |
|---|------------|-------------------|
| Tabla 28. CIRUGÍA/ PROCEDIMIENTO | | |
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| Explicación | 58 | 69.9 |
| Otro | 25 | 30.1 |
| Total | 83 | 100.0 |
| Evaluación del aprendizaje | | |
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| No hay evidencia de aprendizaje | 35 | 42.2 |
| Verbaliza limitado el entendimiento | 20 | 24.1 |
| Verbaliza entendimiento | 25 | 30.1 |
| Demuestra habilidad con mínima asistencia | 3 | 3.6 |
| Total | 83 | 100.0 |

Tabla 28. Realizado por Hernández E., Mercado V. y Serrano C. 2022

10. INSTRUCCIONES PRE-OP / PRE-PROCEDIMIENTO

En relación con lo anterior se encontró que los pacientes recibieron instrucciones preoperatorias o pre-procedimientos a manera explicativa con un 67.5% y el resto no recuerda haber recibido dicha información. En un 45.8% no hay evidencia de aprendizaje y solo un 28.9% verbaliza el entendimiento.

| | | |
|---|------------|-------------------|
| Tabla 29. INSTRUCCIONES PRE-OP / PRE-PROCEDIMIENTO | | |
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| EXPLICACIÓN | 56 | 67.5 |
| OTRO | 27 | 32.5 |
| Total | 83 | 100.0 |
| Evaluación del aprendizaje | | |
| | Frecuencia | Porcentaje válido |

| | | |
|---|----|-------|
| No hay evidencia de aprendizaje | 38 | 45.8 |
| Verbaliza limitado el entendimiento | 17 | 20.5 |
| Verbaliza entendimiento | 24 | 28.9 |
| Demuestra habilidad con mínima asistencia | 4 | 4.8 |
| Total | 83 | 100.0 |

Tabla 29. Realizado por Hernández E., Mercado V. y Serrano C. 2022

11. INSTRUCCIONES POST-OP / POST PROCEDIMIENTO

Siguiendo con las instrucciones recibidas en el post operatorio o post procedimiento se encontró que un 66.3% recibió dicha información de manera explicativa y el resto no recuerda haber recibido dicha información. En un 47% no hay evidencia de aprendizaje, un 25.3 verbaliza el entendimiento y un 21.7% verbaliza el entendimiento de manera limitada

| Tabla 30. INSTRUCCIONES POST-OP / POST PROCEDIMIENTO | | |
|---|------------|-------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| EXPLICACIÓN | 55 | 66.3 |
| OTRO | 28 | 33.7 |
| Total | 83 | 100.0 |
| Evaluación del aprendizaje | | |
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| No hay evidencia de aprendizaje | 39 | 47.0 |
| Verbaliza limitado el entendimiento | 18 | 21.7 |
| Verbaliza entendimiento | 21 | 25.3 |
| Incapaz para demostrar habilidad | 1 | 1.2 |
| Demuestra habilidad con mínima asistencia | 3 | 3.6 |
| Demuestra habilidad | 1 | 1.2 |
| Total | 83 | 100.0 |

Tabla 30. Realizado por Hernández E., Mercado V. y Serrano C. 2022

12. DIETA

En cuanto a la información proporcionada por parte del personal de enfermería referente a la dieta se obtuvo que un 75.9% recibió explicación a cerca del tipo de dieta que estaba llevando en la unidad hospitalaria y el porqué. Un 49.4% de los pacientes señala que no hay evidencia de aprendizaje, seguido de un 32.5% que verbaliza limitado el movimiento, y solo un 13.3% verbaliza el entendimiento.

| TABLA 31. DIETA | | |
|-----------------------------------|------------|-------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| Explicación | 63 | 75.9 |
| Otro | 20 | 24.1 |
| Total | 83 | 100.0 |
| Evaluación del aprendizaje | | |
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| Rehúsa instrucciones | 1 | 1.2 |

| | | |
|---|----|-------|
| No hay evidencia de aprendizaje | 41 | 49.4 |
| Verbaliza limitado el entendimiento | 27 | 32.5 |
| Verbaliza entendimiento | 11 | 13.3 |
| Incapaz para demostrar habilidad | 1 | 1.2 |
| Demuestra habilidad con mínima asistencia | 2 | 2.4 |
| Total | 83 | 100.0 |

Tabla 31. Realizado por Hernández E., Mercado V. y Serrano C. 2022

13. INTERACCIÓN (ES) ALIMENTOS / MEDICAMENTOS

En este aspecto el 60% de los pacientes refieren que se les dio alguna explicación verbal relacionada con las interacciones entre alimentos y medicamentos, de ellos, el 66% de los pacientes no muestran evidencia de aprendizaje, y el 20% sólo verbalizan limitado el entendimiento y el 10% verbalizan el entendimiento de estas interacciones, por lo que no se demuestra un adecuado entendimiento en estas explicaciones.

| Tabla 32. INTERACCIÓN (ES) ALIMENTOS / MEDICAMENTOS | | |
|--|------------|-------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| Explicación | 50 | 60.2 |
| Otro | 33 | 39.8 |
| Total | 83 | 100.0 |
| Evaluación del aprendizaje | | |
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| Rehúsa instrucciones | 1 | 1.2 |
| No hay evidencia de aprendizaje | 55 | 66.3 |
| Verbaliza limitado el entendimiento | 17 | 20.5 |
| Verbaliza entendimiento | 9 | 10.8 |
| Demuestra habilidad con mínima asistencia | 1 | 1.2 |
| Total | 83 | 100.0 |

Tabla 32. Realizado por Hernández E., Mercado V. y Serrano C. 2022

14. UTILIZACIÓN DE EQUIPO

En relación con la manera adecuada para la utilización del equipo un 63.9% señala haber recibido dicha información de manera explicativa. De ello en un 50.6% no hay evidencia de aprendizaje, un 25.3% verbaliza limitado el entendimiento, y solo un 18.1% verbaliza el entendimiento.

| Tabla 33. UTILIZACIÓN DE EQUIPO | | |
|---|------------|-------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| Explicación | 53 | 63.9 |
| Demostración | 4 | 4.8 |
| Otro | 26 | 31.3 |
| Total | 83 | 100.0 |
| Evaluación del aprendizaje | | |
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| No hay evidencia de aprendizaje | 42 | 50.6 |
| Verbaliza limitado el entendimiento | 21 | 25.3 |
| Verbaliza entendimiento | 15 | 18.1 |
| Demuestra habilidad con mínima asistencia | 3 | 3.6 |
| Demuestra habilidad | 2 | 2.4 |

| | | |
|-------|----|-------|
| Total | 83 | 100.0 |
|-------|----|-------|

Tabla 33. Realizado por Hernández E., Mercado V. y Serrano C. 2022

15. ACTIVIDAD FÍSICA

Respecto a la información recibida sobre la actividad física que podía hacer o no se encontró que un 65.1% recibió dicha información de manera explicativa, y solo un 1.2% recibió esta información a manera demostrativa lo que podemos ver la gran diferencia y lo importante que será que este aspecto fuera más demostrativo que verbal. Con ello de evidencia que en un 60.2% de la población no hay evidencia de aprendizaje, y solo un 15.7% verbaliza el entendimiento.

| Tabla 34. ACTIVIDAD FÍSICA | | |
|---|------------|-------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| Explicación | 54 | 65.1 |
| Demostración | 1 | 1.2 |
| Instrucciones estrictas | 2 | 2.4 |
| Otro | 26 | 31.3 |
| Total | 83 | 100.0 |
| Evaluación del aprendizaje | | |
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| No hay evidencia de aprendizaje | 50 | 60.2 |
| Verbaliza limitado el entendimiento | 16 | 19.3 |
| Verbaliza entendimiento | 13 | 15.7 |
| Demuestra habilidad con mínima asistencia | 2 | 2.4 |
| Demuestra habilidad | 2 | 2.4 |
| Total | 83 | 100.0 |

Tabla 34. Realizado por Hernández E., Mercado V. y Serrano C. 2022

16. RECURSOS DE LA COMUNIDAD

En cuanto a los recursos de la comunidad el 70% de los pacientes mencionan haber tenido una explicación verbal sobre que posibles riesgos pueden tener en su domicilio, incluyendo si es necesario el uso de ortesis al alta. De los pacientes que recibieron una explicación el 57% no demuestran evidencia del aprendizaje y el 22% verbalizan de forma limitada el entendimiento, mientras que sólo el 15% de los pacientes mencionan tener entendimiento de tal situación.

| Tabla 35. RECURSOS DE LA COMUNIDAD | | |
|---|------------|-------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| Explicación | 59 | 71.1 |
| Otro | 24 | 28.9 |
| Total | 83 | 100.0 |
| Evaluación del aprendizaje | | |
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| No hay evidencia de aprendizaje | 48 | 57.8 |
| Verbaliza limitado el entendimiento | 19 | 22.9 |
| Verbaliza entendimiento | 13 | 15.7 |
| Incapaz para demostrar habilidad | 2 | 2.4 |
| Demuestra habilidad | 1 | 1.2 |

| | | |
|-------|----|-------|
| Total | 83 | 100.0 |
|-------|----|-------|

Tabla 35. Realizado por Hernández E., Mercado V. y Serrano C. 2022

17. CÓMO / CUÁNDO PARA OBTENER FUTURO TRATAMIENTO

Para este rubro se encontró que el 69% de los pacientes recibieron una explicación sobre si tienen un tratamiento definitivo o si necesitan un tratamiento adicional, por lo que el 47% de los pacientes muestran que no hay evidencia de aprendizaje y el 26% si verbalizan entendimiento, mostrando que una cuarta parte de los pacientes entienden si será necesario otro tratamiento o no.

| Tabla 36. COMO / CUÁNDO PARA OBTENER FUTURO TRATAMIENTO | | |
|--|------------|-------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| Explicación | 58 | 69.9 |
| Otro | 25 | 30.1 |
| Total | 83 | 100.0 |
| Evaluación del aprendizaje | | |
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| No hay evidencia de aprendizaje | 39 | 47.0 |
| Verbaliza limitado el entendimiento | 16 | 19.3 |
| Verbaliza entendimiento | 22 | 26.5 |
| Incapaz para demostrar habilidad | 2 | 2.4 |
| Demuestra habilidad con mínima asistencia | 2 | 2.4 |
| Demuestra habilidad | 2 | 2.4 |
| Total | 83 | 100.0 |

Tabla 36. Realizado por Hernández E., Mercado V. y Serrano C. 2022

18. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

En el último apartado del instrumento de evaluó como los pacientes perciben la información que se les brindó en su estancia hospitalaria, de los cuales el 32% de los pacientes indican que la información es suficiente, seguido del 25% que indican que la información es comprensible y en tercer lugar con el 20% refirieron que la información es proporcionada con lenguaje claro, sin embargo, el instrumento no cuenta con un rubro que indique si la información brindada es deficiente.

| Tabla 37. EVALUACIÓN DE RESULTADOS | | |
|---|------------|-------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje válido |
| Suficiente | 27 | 32.5 |
| Comprensible | 21 | 25.3 |
| Lenguaje claro | 17 | 20.5 |
| Acorde a mi condición actual | 18 | 21.7 |
| Total | 83 | 100.0 |

Tabla 37. Realizado por Hernández E., Mercado V. y Serrano C. 2022

12.5 RESULTADOS DE LA PRUEBA PILOTO DEL SEGUNDO “DE EVALUACIÓN DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO AL EGRESO”

1. Edad agrupada

De un total de 65 pacientes en total, hospitalizados dentro del área de ortopedia, en el INR-LGII. Las EDADES se agruparon con respecto a la clasificación por parte de CONAPO. De acuerdo con los resultados: un total de 29 personas representan un 44.6% del total de población investigada la cual hace referencia a que hay mayor cantidad de adultos mayores y en menor cantidad adultos maduros (7) con un total de 10.7%

| Tabla 38. EDAD AGRUPADA | |
|--------------------------------|--------------|
| Edad agrupada | Total |
| Juventud (15-24) | 9 |
| Adultos jóvenes (25-44) | 20 |
| Adultos maduros (45-59) | 7 |
| Adultos mayores (60- más) | 29 |
| Total | 65 |

Tabla 38. Realizado por Hernández E., Mercado V. y Serrano C. 2022

2. EXPLICACIÓN DE ENFERMERÍA

Se encontró que, del total de 65 pacientes, 50 de ellos comprenden la explicación que les da el personal de enfermería con respecto a los cuidados y procedimientos, mientras que un total de 15 pacientes, no comprenden dicha información.

| Tabla 39. ¿Entendió la explicación del personal de enfermería en cuanto a la realización de los procedimientos y cuidados que usted debería llevar a cabo? | |
|---|--------------|
| Variable | Total |
| Sí | 50 |
| No | 15 |
| Total | 65 |

Tabla 39. Realizado por Hernández E., Mercado V. y Serrano C. 2022

3. SEGUIMIENTO DE LAS INDICACIONES POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

De un total de 65 pacientes, 50 aseguran seguir adecuadamente las indicaciones, mientras que 15 no las siguen.

| Tabla 40. ¿Ha seguido adecuadamente todas las indicaciones que el personal de enfermería le explico? | |
|---|--------------|
| Variable | Total |
| Sí | 50 |
| No | 15 |
| Total | 65 |

Tabla 40. Realizado por Hernández E., Mercado V. y Serrano C. 2022

4. ABANDONO DEL TRATAMIENTO

Se encontró que un total del 30.76% (20 pacientes) abandonan su tratamiento lo cual representa un valor de gran importancia, debido a que estos pacientes se encontraban hospitalizados, lo cual representa un riesgo para su adherencia terapéutica al egreso.

| Tabla 41. ¿se ha visto en la necesidad de abandonar su tratamiento por causas económicas, culturales o creencias? | |
|--|--------------|
| variable | total |
| Sí | 20 |
| No | 45 |
| Total | 65 |

Tabla 41. Realizado por Hernández E., Mercado V. y Serrano C. 2022

5. IMPEDIMENTOS PARA LLEVAR A CABO LAS INDICACIONES

Se analizaron las causas por las que los pacientes egresados de la torre de ortopedia del INR LGII dejan su tratamiento al egreso hospitalario, las más frecuentes son las causas económicas (23) y con menor cantidad aquellas causadas porque el personal no brindo ninguna información.

| Tabla 42. ¿Qué fue lo que le impidió llevar a cabo las indicaciones que el personal de enfermería le comunicó? | |
|---|--------------|
| Variable | Total |
| Económicas | 23 |
| Personales | 8 |
| El personal de enfermería no es claro con las indicaciones | 6 |
| Cuidados difíciles | 7 |
| Creencias | 15 |
| Culturales | 3 |
| El personal no brindo ninguna información | 3 |
| Total | 65 |

Tabla 42. Realizado por Hernández E., Mercado V. y Serrano C. 2022