



Validación de Un Tablero de Comunicación en el Contexto Hospitalario

Content Validation Of Communication Board In The Hospital Context

Marly Yuliana Monterrey-Gómez^{1*}, Ginna Viviana Pérez-Reyes², Elsa Gómez-Rojas³, Miriam Lizeth Romero-Ruiz⁴, Andreina Constanza Vera-Antolínez⁵, Nixon Albeiro Zambrano-Medina⁶

¹Fonoaudióloga, marly.monterrey@gmail.com, ORCID: 0000-0002-0349-6027, Universidad de Pamplona, Pamplona, Colombia.

²Magister en Educación, Especialista en educación especial con énfasis en comunicación aumentativa y alternativa, Fonoaudióloga Magister en educación, ginna.perez@unipamplona.edu.co, ORCID 0000-0003-3607-4047 Universidad de Pamplona-Pamplona, Colombia.

³Licenciatura en Ciencias de la Comunicación, elsa.gomez@uabc.edu.mx, ORCID 0009-0007-2992-9074, Mexicali Baja California, México

⁴Licenciatura en enfermería, miriam.romero31@uabc.edu.mx, ORCID 0009-0003-2023-8251, Mexicali Baja California, México

⁵Especialista en Salud Ocupacional, Fonoaudióloga, andreina.vera@unipamplona.edu.co, ORCID 0000-0003-1598-8739, Universidad de Pamplona, Pamplona, Colombia.

⁶Licenciado en estadística, Doctor en Educación, nixon.zambrano@unipamplona.edu.co, ORCID 0000-0002-0810-9508, Universidad de Pamplona-Cúcuta, Colombia.

Como citar: Monterrey Gómez, M. Y., Pérez Reyes, G. V., Gómez Rojas, E., Romero Ruiz, M. L., Vera Antolínez, A. C., y Zambrano Medina, N. A. (2023). Validación de un tablero de comunicación en el contexto hospitalario. *Perspectivas*, vol. 8, no. S2, pp. 15-40, DOI: 10.22463/25909215.4296.

Received: Enero 20, 2023; Approved: Mayo 30,2023

RESUMEN

Palabras clave:

Barreras De Comunicación, Hospital, Necesidades Básicas, Sistema De Comunicación Aumentativa Y Alternativa (SAAC), Tablero Comunicativo, Validación, Virginia Henderson.

introducción: validar por expertos el contenido de la propuesta del tablero de comunicación, que busca suplir la comunicación de las necesidades humanas según la teoría de virginia henderson en el ambiente hospitalario. Métodos: estudio de carácter descriptivo cuantitativo, con una muestra tomada a criterio de 6 validadores profesionales y técnicos del área de la salud, se obtiene el porcentaje de concordancia e índice de validez de contenido de cada intención comunicativa propuestas para las 14 necesidades básicas resultados: las intenciones comunicativas propuestas dentro de cada necesidad, en su mayoría cumplen con todos los criterios para ser aplicadas por medio de un tablero en el contexto hospitalario; tras el proceso de validación se evidencia que en todas las necesidades básicas se incluyeron más del 50% de las intenciones comunicativas. Análisis y discusión: la comunicación, como elemento clave para brindar servicios de atención médica de alta calidad, conduce a la satisfacción y la salud del paciente; el modelo de Virginia Henderson está diseñado para suplir las necesidades básicas o humanas de personas con condición de salud variable, es aplicado para dar una atención humanizada, donde la comunicación es un factor clave al momento de brindar cuidados de calidad. Conclusión: el tablero de comunicación es válido en su contenido para la aplicación en población hospitalaria con dificultad en la expresión oral y demás patologías que limiten la comunicación, al ser una herramienta aumentativa y alternativa para suplir la comunicación de las 14 necesidades básicas y mejorar la relación y seguridad paciente con personal de salud, que a su vez influye en la recuperación, la estancia hospitalaria y humanización en la atención.

ABSTRACT

Keywords:

Communication Barriers, Hospital, Basic Needs, Augmentative And Alternative Communication System (SAAC), Communication Board, Validation, Virginia Henderson.

introduction: validate by experts the content of the communication board proposal, which seeks to supply the communication of human needs according to virginia henderson's theory in the hospital environment. Methods: a quantitative descriptive study, with a sample taken at the discretion of 6 professional and technical validators in the health area, the percentage of agreement and content validity index of each communicative intention proposed for the 14 basic needs is obtained. Results: the communicative intentions proposed within each need, for the most part, meet all the criteria to be applied through a board in the hospital context; after the validation process, it is evident that more than 50% of the communicative intentions were included in all basic needs. Analysis and discussion: communication, as a key element in providing high-quality healthcare services, leads to patient satisfaction and health; Virginia Henderson's model is designed to meet the basic or human needs of people with variable health conditions, it is applied to provide humanized care, where communication is a key factor when providing quality care. Conclusion: the communication board is valid in its content for application in a hospital population with difficulty in oral expression and other pathologies that limit communication, as it is an augmentative and alternative tool to meet the communication of the 14 basic needs and improve patient relationship and safety with health personnel, which in turn influences recovery, hospital stay and humanization in care.

*Corresponding author.

E-mail address: marly.monterrey@gmail.com (Marly Yuliana Monterrey-Gómez)



Peer review is the responsibility of the Universidad Francisco de Paula Santander.
This is an article under the license CC BY 4.0

Introducción

La comunicación es una habilidad cognitiva, social, compleja y una herramienta básica para el ser humano, inherente a la existencia misma, que se adapta a las necesidades y demandas del medio a lo largo de la vida; además, presenta funciones como establecer y mantener relaciones interpersonales que satisfacen necesidades básicas para conseguir bienestar (Hernandez Palma et al., 2022; Holm et al., 2021; Owens, 2003). Para que se desarrolle la transmisión de información entre un emisor y un receptor de manera correcta, estos deben compartir un código de lenguaje que permita a ambos realizar e interpretar los mensajes intercambiados (Jiménez-Jiménez & Torres-Andrés, 2016).

Existen factores que pueden limitar o interrumpir la comunicación, se denominan barreras comunicativas; éstas, pueden depender de los participantes en la comunicación, y se pueden originar en la relación entre la existencia de factores fisiológicos como la disfunción corporal de algún órgano o estructura involucrado en el proceso comunicativo y la partición dentro del entorno, que a su vez genera barreras de código, o en la forma de transmitir el mensaje; sean físicas o mecánicas, que son interferencias de origen ambiental como el ruido, luz y distractores visuales; y de filtro, que incluyen todas las barreras mentales o psicológicas dependiendo del estado de conciencia, valores, creencias y expectativas de las personas (Hernandez-Hernandez et al., 2022). En este sentido, las barreras se presentan cuando existen deficiencias, que pueden ser temporales o permanentes y al no presentar las ayudas y medios necesarios se convierten en discapacidad comunicativa, según los menciona La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (Jiménez Buñuales et al., 2002).

En la prestación de los servicios de salud, la comunicación es un elemento vital y componente básico en todos los procesos que viabiliza el ejercicio profesional (El-Soussi et al., 2015; Mendoza

Maldonado & Barría Pailaquilén, 2021). Estudios a nivel mundial han descrito la relación positiva entre la comunicación paciente y profesional de la salud con los resultados de salud de dicho paciente (Lalani et al., 2023; Poccioni-Maria Teresa, 2019). Sin embargo, en Colombia se evidencian escasa variedad de estudios que evalúen el impacto de la implementación de estrategias u herramientas de comunicación aumentativa y alternativa (CAA) para apoyar la comunicación en el entorno hospitalario. Así también, las enfermeras al ser las principales cuidadoras de los pacientes son quienes poseen más responsabilidad en su condición de salud y proceso comunicativo; no obstante, el tiempo, el estrés, las horas de trabajo, conllevan reducir el tiempo de escucha de las necesidades al intentar descifrar lo que el paciente quiere decir, se puede incluso limitar o eliminar la comunicación al no contar con herramientas de ayuda comunicativa (Míguez Abad, 2018). En consecuencia, en las unidades de hospitalización y cuidados intensivos (UCI), todas esas medidas pasan a ser barreras que impiden el mantenimiento de una comunicación eficaz entre el paciente y el personal sanitario (Gropp et al., 2019). Por su parte, la CAA incluye todas las modalidades de comunicación (aparte del habla) utilizadas para expresar pensamientos, necesidades, deseos e ideas (Lalani et al., 2023; Poccioni-Maria Teresa, 2019). Estas fueron diseñadas específicamente para personas con dificultades graves a nivel de habla y/o lenguaje, tanto para complementar el habla o para ser usados como una alternativa al habla no funcional (Ginna Pérez. et al., 2017; Norouzinia et al., 2016). Los sistemas de Comunicación Aumentativa y Alternativa (SCAA), se clasifican en sistemas sin ayuda (gestos naturales, signos manuales, lenguas de signos, alfabeto dactilológico) o sistemas con ayuda (pictogramas, comunicadores con imágenes, comunicadores electrónicos de voz) (Ginna Pérez. et al., 2017).

En este sentido, para la identificación de cuán importante son los SAAC en el contexto hospitalario, esto se relaciona con las principales causas de hospitalización, la complejidad del paciente y las

posibilidades de comunicación sin ayuda (Newell & Jordan, 2015). Según la organización Mundial de Salud (OMS) y las Naciones Unidas, las principales enfermedades no transmisibles que conllevan hospitalizaciones y muerte, son las enfermedades cardiovasculares (17,9 millones), el cáncer (9,3 millones), las enfermedades respiratorias crónicas (4,1 millones), la diabetes (2,0 millones), el Alzheimer y la demencia (AMIIF, 2023; ONU, 2020). Además, se incluyen las enfermedades que requieren cuidados paliativos debido a que la condición y estado de salud del paciente lleva a pasar más tiempo en el área hospitalaria, y por ende se debe brindar servicios que garanticen la humanización en salud, como la comunicación de sus necesidades. Atendiendo a la OMS, la mayoría de los adultos que necesitan cuidados paliativos padecen enfermedades crónicas tales como cardiovasculares (38,5%), cáncer (34%), enfermedades respiratorias crónicas (10,3%), sida (5,7%) y diabetes (4,6%). Muchas otras afecciones que pueden requerir este tipo de asistencia; como la insuficiencia renal, enfermedades hepáticas crónicas, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, artritis reumatoide, enfermedades neurológicas, demencia, anomalías congénitas (OMS, 2021).

En Norte de Santander según el ASIS (Análisis de Situación de Salud) departamental para el 2022, la principales causas de muerte y por ende que antes llegan a generar servicios de hospitalización y Unidad de Cuidos Intensivos (UCI), son las enfermedades del sistema circulatorio; en las enfermedades transmisibles se presentan las infecciones respiratorias agudas, en segundo lugar está la mortalidad por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH –SIDA); respecto de la mortalidad por neoplasias en la población total Norte Santandereana, el cáncer de mama de la mujer ocupa el primer lugar; y frente a la mortalidad por causas externas, los homicidios se llevan el primer lugar, los accidentes de transporte terrestre ocupan el segundo lugar (Ministerio de salud y Protección Social, 2022).

El paciente hospitalizado depende de la atención de las necesidades básicas, cuya no satisfacción

puede suponer un obstáculo en la recuperación; para ello existen modelos que clasifican las necesidades del ser humano, tal como lo propone la escala de Maslow; donde el primer grupo de la escala está conformado por las necesidades fisiológicas o básicas, relacionadas con la supervivencia del individuo; el segundo grupo corresponde a necesidades de seguridad de la persona; seguidamente se encuentran las necesidades sociales y de pertenencia; en ascendencia se encuentra la necesidad de estima y preocupación por alcanzar competencias y estatus; finalmente y como quinto grupo la necesidad de autorrealización (Agudelo-Cifuentes et al., 2022; Millar & Greenhill, 2022). Sin embargo, existe otro modelo o teoría más específica y centrada en el cuidado y recuperación del paciente en el contexto hospitalario, esta es la teoría de las necesidades básicas de Virginia Henderson, propuesta en la década de los 50 y que aún tiene vigencia por la pertinencia en la condición de salud, teoría que es fundamental en el proceso de comunicación con el paciente por su enfoque humanístico, busca brindar servicios basados en las necesidades humanas universales, y de acuerdo al diagnóstico médico y el tratamiento que se prescriba al paciente, permite la comunicación para la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a su salud o recuperación, actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza y voluntad necesaria (López Pérez, 2019).

Para Henderson cada persona es un ser complejo de componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales; y posee catorce necesidades que interactúan entre ellas y no pueden entenderse aisladas unas de otras (Halloran, 1996). Así mismo, clasifica dichas necesidades como Universales porque son comunes y esenciales para todos los seres humanos; y específicas porque se manifiestan de manera distinta en cada persona (Hernández-Martín & Frutos-Martín, 2017).

Por tanto, en esta investigación se presenta la segunda fase de la investigación desarrollada por docente investigadora Pérez-Reyes del Grupo de Investigación “Comunicación Humana” del programa

de fonoaudiología de la Universidad de Pamplona y las estudiantes de movilidad de investigación del programa de enfermería, Gómez-Rojas & Romero-Ruiz de la Universidad de Baja California, resultado de la convocatoria verano 2023 y presentado en el IX encuentro internacional pasantías de investigación (DELFIN 2023), denominada Diseño de un tablero de comunicación para suplir las 14 necesidades humanas según la teoría de Virginia Henderson en el contexto hospitalario (Pérez-Reyes et al., 2023). Esta investigación tuvo como resultado preliminar una revisión documental, la propuesta del instrumento de validación del contenido del tablero y la elaboración pictográfica del tablero general (14 necesidades básicas).

Dando continuidad al proceso, la actual fase investigativa aprobada para desarrollar en el marco del convenio entre la Universidad de Pamplona y la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona, que tiene como objetivo validar por expertos del contenido de la propuesta del tablero de comunicación que busca suplir las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson en el contexto hospitalario, donde las intenciones comunicativas propuestas para cada necesidad básica serán sometidas a calificación por profesionales y técnicos del área de la salud; conociendo la relevancia de dichas intenciones, para proponer los elementos pictográficos que representarán cada una (Carvajal et al., 2011). Posterior a ello, con la participación desde el área de la fonoaudiología, se busca facilitar la comunicación de las necesidades básicas, que van a contribuir a la eliminación de las barreras comunicativas, mejorando la atención y humanización de los servicios de salud (Hernandez Palma et al., 2022; Rueda Castro et al., 2018).

Materiales y Métodos

El estudio es de carácter descriptivo cuantitativo, donde se realizó la validación de contenido del tablero de comunicación (Pérez-Reyes et al., 2023), que busca suplir la comunicación de las 14 necesidades básicas establecidas por Virginia

Henderson y disminuir las barreras comunicativas en el contexto hospitalario.

Las catorce necesidades básicas propuestas por Virginia Henderson son:

1. Respirar normalmente (N1).
2. Comer y beber adecuadamente (N2).
3. Eliminar por todas las vías corporales de eliminación (N3).
4. Moverse y mantener la posición conveniente (al caminar, sentarse, acostarse o cambiarse de una posición a otra(N4)
5. Dormir y descansar (N5).
6. Escoger prendas de vestir adecuadas, ponerse y quitarse la ropa(N6).
7. Mantener la temperatura del cuerpo dentro de los límites normales, mediante el uso de prendas adecuadas y modificando las condiciones ambientales(N7).
8. Mantener la higiene y aseo personal, y proteger el integumento (piel, cabello, uñas) (N8).
9. Evitar peligros ambientales e impedir que perjudiquen a otros (N9).
10. Comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores, Etc. (N10).
11. Profesar su religión (N11).
12. Trabajar en alguna actividad que produzca una sensación de rendir provecho (N12).
13. Jugar y participar en diversas actividades recreativas (N13).

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y salud normales(N14) (Jurado-Campos et al., 2008)

Población y muestra:

El criterio de selección de la población objeto fue: ser profesionales y técnicos del área de la salud que actualmente realizan o han realizado atención a pacientes con dificultades de comunicación expresiva que ingresan a los servicios de hospitalización por medicina interna de la E.S.E. hospital san Juan de Dios de Pamplona.

La muestra corresponde a 4 profesionales y 2 técnicos del área de la salud con experiencia no menor a 2 años en hospitalización o UCI, que poseen las facultades para dar información, juicios y valoraciones sobre temas de índole intrahospitalaria o relacionadas con el bienestar del paciente. Se realizó la validación mediante un método no probabilístico basado en juicio de expertos. Los profesionales corresponden a un médico general con experiencia 4 años; una Jefe de enfermería con más de 10 años de experiencia en el ámbito hospitalario y de la unidad de cuidados intensivos (UCI); fonoaudióloga con 9 años de experiencia laboral y en 5 años en el ámbito hospitalario; fonoaudióloga con 7 años de experiencia laboral y 2 años en el ambiente hospitalario; auxiliar de enfermería con experiencia laboral de 33 años y 15 en el contexto Hospitalar y Auxiliar de enfermería con 4 años de experiencia Hospitalar.

Criterios de inclusión y exclusión.

<i>Criterios de inclusión.</i>	<i>Criterios de Exclusión</i>
Expertos del área de la salud.	Personal de la salud que no realice atención directa con el paciente.
Expertos con experiencia no menor a dos años.	Expertos con experiencia menor a dos años.
Experiencia de atención en los servicios hospitalización y UCI.	Experiencia en atención en otros servicios del Hospital.
Expertos con conocimiento de los SAAC y en atención a pacientes con dificultades en la comunicación.	Personal que no ha realizado atención a pacientes con dificultad y no presencia de expresión oral.

Plantilla de validación de contenido del tablero de Comunicación.

Se aplicó la plantilla para la validación del contenido, inicialmente los participantes recibieron instrucciones verbales y escritas, se incluyó la firma voluntaria del consentimiento informado según lo establece la Resolución 8430 de 1993, de las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud(Manterola & Tamara Otzen, 2013; Ministerio de Salud, 1993).

En el primer apartado de la plantilla de validación (Pérez-Reyes et al., 2023) se adiciona, la matriz de calificación construida para identificar cuáles son las necesidades básicas que según la labor que presenta o presentó el profesional o técnico en el área hospitalaria se encuentran con mayor afectación comunicativa o donde el paciente presenta mayor dificultad para expresar intenciones comunicativas. Para ello se propone una escala de calificación de 1 a 10, donde “1” (indica que hay dificultad total) y “10” (sin dificultad).

En el segundo apartado de la plantilla corresponde al instrumento de validación (Pérez-Reyes et al., 2023), frente a las 14 necesidades básicas se ubican 185 intenciones comunicativas y al frente se organizan en columnas los criterios de validación; organizados de la siguiente manera: ocho columnas con los criterios de redacción, Claridad, coherencia, pertinencia, uso, dos columnas de relevancia y contenido; dos columnas con el criterio de suficiencia, una para calificar las intenciones de cada necesidad y otra para conocer la suficiencia de cada necesidad en respuesta al cuidado humanizado del paciente. Se propone una puntuación dicotómica para la calificación de “1” (si cumple) y “0” (no cumple). Además de una columna final de observaciones para sugerencias o modificaciones, esta información cualitativa o descriptiva será igualmente analizada y aportan información detallada sobre validez y confiabilidad del contenido del instrumento (Manterola & Tamara Otzen, 2013). Al instrumento de validación que

había sido creado en la fase I se propusieron 176 intenciones comunicativas (Pérez-Reyes et al., 2023), en la fase II se incluyeron 9 intenciones más, para un total de 185. Estas intenciones comunicativas corresponden a la número 2, 7, 16, 19, 127, 128, 129, 176 y 177 (Ver Tabla 2)

Los criterios seleccionados para la validación de cada intención comunicativa y necesidad básica fueron (Pérez-Reyes et al., 2023)

► Redacción: considera usted que la redacción de la intención comunicativa _____ corresponde a una necesidad del contexto hospitalario.

► Claridad: considera usted que la intención comunicativa de _____ es clara con la necesidad del paciente.

► Coherencia: considera usted que la intención comunicativa _____ es coherente con las necesidades actuales en el contexto hospitalario

► Pertinencia: considera usted que la intención comunicativa _____ es pertinente con las intenciones o propuestas comunicativas que se presentan en el contexto Hospitalar en la interacción con el paciente.

► Uso: considera usted que la intención comunicativa _____ se usa en el contexto Hospitalar.

► Relevancia (1): considera usted que la intención comunicativa _____ es relevante en el contexto hospitalario.

► Relevancia (2): considera usted que la intención comunicativa _____ es relevante en la relación del profesional de la salud con el paciente en el contexto hospitalario.

► Contenido: considera usted que el contenido de las intenciones comunicativas abarca los aspectos necesarios para la interacción con el paciente.

► Suficiencia (1): las intenciones comunicativas _____ son suficientes para dar respuesta a la necesidad _____, si su respuesta es “no” indique cuál se debe incluir.

► Suficiencia (2): considera usted que las 14 necesidades de acuerdo al modelo de virginia Henderson dan respuesta al cuidado humanizado del paciente (Álvarez-Ríos et al., 2018) .

Análisis estadístico

De la puntuación dada por los expertos en el primer apartado de la plantilla (matriz), son analizadas al obtener promedios en las calificaciones por el mismo tipo de profesión, se organizan las puntuaciones desde mayor a menor dificultad.

Para el segundo apartado de la plantilla de validación, las puntuaciones dadas por los expertos son analizadas estadísticamente, para obtener el porcentaje de concordancia de cada criterio en cada una de las intenciones comunicativas y el Índice de Validez de Contenido (IVC).

Validez de contenido

% Concordancia:

$$\frac{\text{Número de examinadores que concuerdan}}{\text{Número total del examinador}} \times 100$$

IVC:

$$\frac{\text{Número de repuestas con "1"} \times 1}{\text{Número total de respuestas}}$$

El IVC es negativo si el acuerdo ocurre en la mitad de los validadores más uno (0,0 a 0,59); y es positiva si hay más de la mitad de acuerdos (0,60 a 1).

Elaboración pictográfica

La propuesta pictográfica se realizó para las intenciones comunicativa que en el análisis cuantitativo presentaron un índice de validez sobre y superior a 0,60 y las que los validadores consideraron incluir; Para ello se empleó el sistema pictográfico denominado Portal Aragonés de Comunicación Aumentativa y Alternativa (ARASAAC <http://arasaac.org>), de distribución gratuita (Paolieri & Marful, 2018). Además, se realizó ajustes de diseño de los pictogramas al emplear imágenes gratuitas de la web para hacerlos más comprensibles. Los criterios para la selección de los pictogramas es que fueran sencillos de comprender y a blanco y negro.

Resultados y Discusión

En la percepción de los profesionales y técnicos sobre la comunicación de las necesidades básicas (Matriz), 4 de ellos concuerdan que la N3 (Eliminar

por todas las vías corporales de eliminación) es donde los pacientes presenta mayor dificultad para comunicar; a diferencia, para las profesionales en fonoaudiología corresponden a la N10 (Comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades y temores), y N13 (Jugar y participar en actividades recreativas); el segundo puesto en menor grado de dificultad, para el médico corresponde a la N4 (Moverse y mantener la posición conveniente) y N5 (Dormir y descansar); a diferencia, para la jefe de enfermería son la N10 Y N13; por su parte para las auxiliares es la N10; las necesidades donde hay menor dificultad comunicativa difiere igualmente entre validadores, para el médico corresponde a la N11 (Profesar la religión), para la jefe corresponde la N6 (Escoger las prendas de vestir adecuadas, ponerse y quitarse la ropa) y para las auxiliares la N8 (Mantener la higiene y aseo personal); para las profesionales en fonoaudiología corresponden a la N1 (Respirar normalmente) y la N6. (Ver Tabla I)

Tabla II. Matriz de calificación de los profesionales y técnicos en salud, según la dificultad que evidencian en los pacientes para comunicar las necesidades básicas.

Profesional	Necesidad Básica	Escala de calificación
Medico	3. Eliminar por todas las vías corporales de eliminación.	3
	4. Moverse y mantener la posición conveniente y 5. Dormir y descansar.	4
	9. Evitar peligros ambientales e impedir que perjudiquen a otros.	5
	2. comer y beber adecuadamente, 8. Mantener la higiene y aseo personal y 13. Jugar y participar en diversas actividades recreativas.	6
	1. Respirar normalmente, 10. Comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores, etc. y 12. Trabajar en alguna actividad que produzca sensación de rendir provecho.	7
	6. Escoger prendas de vestir adecuadas, ponerse y quitarse la ropa, 7. Mantener la temperatura del cuerpo dentro de los límites normales, mediante el uso de prendas adecuadas y modificar las condiciones ambientales y 14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que induce al desarrollo y salud normales.	8
	11. Profesar la religión.	9
Jefe de Enfermería	3. Eliminar por todas las vías corporales de eliminación.	2
	10. Comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores, etc. y 13. Jugar y participar en diversas actividades recreativas.	3
	14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que induce al desarrollo y salud normales.	4
	2. Comer y beber adecuadamente, 4. Moverse y mantener la posición conveniente, 7. Mantener la temperatura del cuerpo dentro de los límites normales, mediante el uso de prendas adecuadas y modificar las condiciones ambientales y 12. Trabajar en alguna actividad que produzca sensación de rendir provecho.	5
	5. Dormir y descansar.	6
	11. Profesar la religión.	7
	1. Respirar normalmente, 8. Mantener la higiene y aseo personal y 9. Evitar peligros ambientales e impedir que perjudiquen a otros.	8
6. Escoger prendas de vestir adecuadas, ponerse y quitarse la ropa.	10	

Fonoaudiólogas	10. Comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores, etc. y 13. Jugar y participar en diversas actividades recreativas.	3
	2. Comer y beber adecuadamente, 4. Moverse y mantener la posición conveniente y 12. Trabajar en alguna actividad que produzca sensación de rendir provecho	4
	6. Escoger prendas de vestir adecuadas, ponerse y quitarse la ropa y 14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que induce al desarrollo y salud normales.	5
	1. Respirar normalmente.	6
Auxiliares de Enfermería	3. Eliminar por todas las vías corporales de eliminación.	3
	10. Comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores, etc.	4
	2. Comer y beber adecuadamente, 4. Moverse y mantener la posición conveniente, 13. Jugar y participar en diversas actividades recreativas, 14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que induce al desarrollo y salud normales.	5
	9. Evitar peligros ambientales e impedir que perjudiquen a otros, y 1. Respirar normalmente.	6
	5. Dormir y descansar, 7. Mantener la temperatura del cuerpo dentro de los límites normales, mediante el uso de prendas adecuadas y modificar las condiciones ambientales, 6. Escoger prendas de vestir adecuadas, ponerse y quitarse la ropa, 11. Profesar la religión y 12. Trabajar en alguna actividad que produzca sensación de rendir provecho. 8. Mantener la higiene y aseo personal.	7 8

En los resultados del análisis estadístico del segundo apartado, se usaron ciertas etiquetas que abrevian los nombres de los criterios, porcentajes de concordancia, el índice de validez y las necesidades básicas, para que sean fácilmente legibles; además, se muestra a que corresponde cada intención comunicativa. (Ver Tabla II)

Tabla III. Etiquetas usadas en el Análisis.

% De Concordancia * Criterios (%Cc.)										
Intención comunicativa	Necesidad Básica (NB)	Redacción	Claridad	Coherencia	Pertinencia	Uso	Relevancia 1	Relevancia 2	Contenido	Índice de Validez
IC	N1.N2..	Re	Cl	Coh	Per	Us	Rel	Rel2	Cot	IVC
Intenciones Comunicativas										
IC1	Tengo Muchos Mocos	IC47	Quiero Cambio De Sabanas	IC93	Me Duele Por Dentro	IC139			Si	
IC2	Necesito Pañuelos	IC48	Quiero Otra Cobija	IC94	Me Duele Por Fuera	IC140			No	
IC3	Tengo Tapada La Nariz	IC49	Quiero Cambio De Funda	IC95	Me Duele Del 0-1 Nada	IC141			No Se	
IC4	Tengo La Boca Llena De Secreciones	IC50	Quiero Quitar La Cobija	IC96	Me Duele Del 2-3 Un Poco	IC142			A Veces	
IC5	Tengo La Boca Llena De Sangre	IC51	Quiero Una Almohada	IC97	Me Duele Del 4-5 Medio	IC143			Gracias	
IC6	Tengo La Boca Llena De Moco	IC52	Quiero Cambio De Ropa De Pijama	IC98	Me Duele Del 6-7 Mucho	IC144			Te Amo	
IC7	Quiero Que Me Aspiren	IC53	Quiero Cambio De Ropa De Vestir	IC99	Me Duele Del 8-9 Muchísimo	IC145			Perdón	
IC8	No Puedo Respirar (Esta En Duda)	IC54	Quiero Quitar Ropa De Vestir	IC100	Me Duele La Sonda Nasogástrica	IC146			Siempre	
IC9	No Puedo Respirar	IC55	Tengo Frio	IC101	Me Duele La Sonda Gástrica	IC147			Nunca	
IC10	Tengo Sed	IC56	Tengo Calor	IC102	Me Duele El Catéter Venoso	IC148			Abcdefghijklmnopqrstuvwxyz	
IC11	Tengo Hambre	IC57	Siento Mojado, Húmedo	IC103	Me Duele El Catéter Central	IC149			123456789	
IC12	Estoy Lleno	IC58	Me Quiero Bañar	IC104	Me Duele La Sonda Endotraqueal	IC150			Soy cristiano	

IC13	Mójame Los Labios	IC59	Me Quiero Lavar La Cara	IC105	Me Duele El Tubo Torácico	IC151	Soy judío
IC14	No Me Gusta	IC60	Me Quiero Lavar Las Manos	IC106	Me Siento Bien	IC152	Soy Evangélico
IC15	Me Gusta	IC61	Me Quiero Lavar Los Dientes	IC107	Me Siento Mejor	IC153	Soy católico
IC16	Sonda Nasogástrica	IC62	Me Quiero Peinar	IC108	Me Siento Contento	IC154	Soy mormón
IC17	No Puedo Comer	IC63	Me Quiero Afeitarse La Cara	IC109	Me Siento Mal	IC155	Puedo Tener Una Misa
IC18	Quiero Hacer Pipi	IC64	Me Quiero Cortar Las Uñas De Las Manos	IC110	Me Siento Peor	IC156	Puedo Tener Una Bendición
IC19	Necesito Vasenilla	IC65	Me Quiero Cortar Las Uñas De Los Pies	IC111	Me Siento Triste	IC157	Puede Venir Un Sacerdote
IC20	Quiero Hacer Popo	IC66	Me Quiero Cortar El Cabello	IC112	Me Siento Enojado	IC158	Me Pueden Dar Una Biblia
IC21	Tengo Gases	IC67	Siento Mocos	IC113	Me Siento Preocupado	IC159	Me Pueden Dar Un Rosario
IC22	Necesito Cambio De Toalla	IC68	Tengo Picazón En La Herida	IC114	Me Siento Cansado	IC160	Me Pueden Dar Los Santos Oleos
IC23	Necesito Cambio De Pañal	IC69	Tengo Comezón En La Herida	IC115	Me Siento Mareado	IC161	Me Pueden Dar La Comunión
IC24	Tengo Picazón En La Sonda	IC70	Tengo Un Mal Olor En La Herida	IC116	Me Siento Nervioso	IC162	Me Quiero Confesar
IC25	Me Arde La Sonda	IC71	Siento Caliente La Herida	IC117	Me Siento Confundido	IC163	No Tengo Ninguna Religión
IC26	No Puedo Hacer Popo	IC72	Tengo Pus En La Herida	IC118	Tengo Miedo/ Temor	IC164	Quiero Un Sudoku
IC27	Tengo Diarrea	IC73	Subir Volumen	IC119	¿Qué Hora Es?	IC165	Quiero Una Sopa De Letra
IC28	Quiero Vomitar	IC74	Bajar Volumen	IC120	¿Qué Día Es?	IC166	Quiero Un Crucigrama
IC29	Tengo Ganas De Vomitar	IC75	Prender La Luz	IC121	¿Dónde Estoy?	IC167	Quiero Un Cubo Rubik
IC30	Me Llego La Regla O Periodo	IC76	Apagar La Luz	IC122	¿Qué Es Eso?	IC168	Quiero Hacer Origami
IC31	Estoy Sudando Mucho	IC77	Subir Barandal	IC123	Puede Venir El Doctor	IC169	Quiero Hacer Un Rompecabeza
IC32	Quiero Cambiar De Posición	IC78	Bajar Barandal	IC124	Puede Venir Un Enfermero	IC170	Quiero Realizar Mis Ejercicios De Rehabilitación
IC33	Quiero Caminar, Moverme	IC79	Me Arde	IC125	Puede Venir Un Familiar	IC171	Quiero Leer
IC34	Quiero Acostarme	IC80	Me Pica	IC126	Puede Venir Un Amigo	IC172	Quiero Escuchar Música
IC35	Quiero Sentarme	IC81	Siento Pinchazos	IC127	Buenos Días	IC173	Quiero Un Celular
IC36	No Puedo Mover Cabeza/ Cuello	IC82	Siento Entumecido	IC128	Buenas Tardes	IC174	Quiero Una Laptop
IC37	No Puedo Mover Brazos/ Manos	IC83	Siento Presión	IC129	Buenas Noches	IC175	Quiero Ver Televisión
IC38	No Puedo Mover Piernas/ Pies	IC84	Me Dan Medicamento Para Dolor	IC130	Tomo/Quiero Tableta	IC176	Gafas
IC39	No Puedo Mover Espalda	IC85	Me Duele Aquí	IC131	Tomo/Quiero Pastilla	IC177	Audífonos
IC40	No Puedo Mover Cadera	IC86	Me Duele Cabeza/ Cuello	IC132	Tomo/Quiero Cápsula	IC178	Quiero Una Tablet
IC41	Quiero Dormir	IC87	Me Duelen Los Brazos	IC133	Tomo/Quiero Gragea	IC179	Quiero Jugar
IC42	Tengo Sueño	IC88	Me Duelen Las Piernas/ Pies	IC134	Tomo/Quiero Pomada	IC180	Quiero Bailar

IC43	No Puedo Dormir	IC89	Me Duele El Pecho	IC135	Tomo/Quiero Inyección	IC181	Quiero Pintar
IC44	Me Molesta La Luz	IC90	Me Duele Espalda	IC136	Tomo/Quiero Jarabe	IC182	Quiero Dibujar
IC45	Me Molesta El Ruido	IC91	Me Duele El Pene/ Vagina	IC137	Tomo/Quiero Aerosol	IC183	Quiero Escribir
IC46	Ocupo Mi Medicina Para Dormir	IC92	Me Duele La Cadena	IC138	Tomo/Quiero Gotas	IC184	Me Explicarías El Procedimiento
						IC185	¿Como Me Encuentro De Salud?

A continuación, se presentan las intenciones comunicativas cuyo contenido es válido para aplicar en el entorno hospitalario según su índice de validez y porcentaje de concordancia. En relación con las intenciones de la N1 (Respirar normalmente), la IC5 y IC6 (Tengo la boca llena de sangre y llena de mocos) presenta un IVC de 0,39 y 0,35, donde los validadores justifican que estas intenciones hacen parte de las secreciones y que serían muy evidentes. En la N2 (Comer y beber), las IC con %Cc de 100 corresponden a las intenciones IC10 (tengo sed), IC11(tengo hambre), IC14 (no me gusta), IC15 (me gusta); la IC16 (sonda nasogástrica) presenta un IVC 0,41, donde 4 validadores proponen que no cumple los criterios de Us, Rel para que sea comunicada por el paciente en el entorno hospitalario. En la N3 (Eliminación) la IC18 (quiero hacer pipi) presenta un IVC de 0,93 donde 2 de los validadores no están de acuerdo con los criterios de Re y Cl, y proponen cambiarla a (tengo ganas de orinar); la IC22 (cambio de toalla) 3 validadores indican que no aplica para todos pacientes y es una acción íntima. En la N4 (Moverse y posición) todas las IC poseen un IVC superior a 0,60. La N5 (Dormir y descansar), la IC46 (ocupo mi medicina para dormir), con IVC 0,43, donde 5 validadores indican que no cumple con el criterio de Re y 4 indican que no cumple con el criterio de Cl, para los demás criterios un %Cc de 50; las demás IC un presentan un IVC superior a 0,60. En la N6 (Prendas, vestirse y desvestirse) la IC48 (quiero otra cobija) presenta un IVC de 1; y la IC54 (quiero quitar la ropa de vestir), presenta un IVC de 0,14, donde un solo validador considera que cumple con los criterios a excepción de Coh donde 0 validadores concuerdan, especifican que el tipo de vestimenta se ajusta al contexto hospitalario.

En la N7 (Mantener la temperatura), las IC presentan un IVC superior a 0,60, donde la IC55 (Tengo frío), IC56 (Tengo calor) presentan un IVC de 1, y la IC57 (Siento húmedo) un IVC de 0,95. La N8 (Higiene y aseo) la IC con un IVC inferior a 0,60, corresponden a IC69 (tengo comezón en la herida) con IVC 0,27, IC70 (mal olor en la herida) con IVC 0,54 y la IC72 (Tengo pus en la herida) con IVC 0,29, donde entre 1 a 3 validadores concuerdan con el cumplimiento de los criterios, los demás sugieren que son innecesarias y redundantes. En la N9 (Peligros ambientales) todas las IC presentan un IVC superior a 0,60. La N10 (Comunicación) las IC un IVC inferior a 0,60 relacionadas a comunicar dolor la IC85 (me duele aquí) donde 4 validadores consideran que no cumple los criterios de coh, Pe, Us, Rel y Cot; IC91 (me duele el pene/vagina) con IVC de 0,39 donde 5 validadores concuerda que no cumple criterio de Us y Rel; IC93 (me duele por dentro), IC94 (me duele por fuera) con un IVC de 0,35 donde 3 validadores concuerdan en el cumplimiento de los criterios de Cl, Coh y Per, y sugieren que al indicar el lugar del dolor esta intención redunda; de igual manera la IC104 (dolor en la sonda endotraqueal) presenta un IVC de 0,33 donde 4 validadores concuerdan en que no cumple los criterios; seguidamente las intenciones relacionadas con las emociones, IC111 (Me siento triste), IC112 (enojado), IC113 (preocupado), IC114, IC116 (Nervioso), IC114(cansado), IC117 (confundido) y IC118 (miedo) presentan un IVC de 0,33, donde solo dos validadores concuerdan; las IC relacionadas con los medicamentos como IC130 (quiero tomar tableta) con IVC 0,27, IC132 (cápsula) con IVC 0,17 Y IC133 (gragea) con IVC 0,17, son confusas y redundantes, todas se relacionan a la IC131 (quiero una pastilla); finalmente en las Misceláneas la IC144

(Te amo) presenta un IVC de 0, IC145 (perdón) un IVC de 0,17, IC146 (siempre) con IVC de 0,33 y IC147 (nunca) con IVC de 50. En la N11 (profesar la religión), los validadores consideran que las IC relacionadas con dar a conocer la religión (IC150 a 154) no son importantes, por tanto, estas presentan un IVC inferior de 0,60. En la N12 (Rendir provecho) las IC con IVC inferior a 0,60, corresponden a la IC164 (Quiero un Sudoku), IC167 (quiero un cubo Rubik) con IVC 0,33; y la IC168 (quiero un origami) con IVC 0,17, son más complejas y no serían tan solicitadas por los pacientes. En la N13 (Ocio o Actividades recreativas), el IVC más bajo corresponde a la IC de tecnologías IC174 (quiero una Laptop) con IVC de 0 y la IC180 (quiero bailar) con IVC de 0,18. Finalmente la N14 (Satisfacer la curiosidad) todas las IC presentan un IVC de 1; es decir, el 100% de los validadores concuerdan en que estas intenciones cumplen con todos los criterios, y por ende son necesario para el paciente comunicarse en el entorno hospitalario. (Ver Tabla III) (Ver Anexo 1).

Tabla IV. Porcentaje de concordancia e índice de validez de las intenciones comunicativas en cada necesidad básica.

IC	NB	%Cc									IVC	IC	NB	%Cc									IVC
		Re	Cl	Coh	Per	Us	Rel	Rel2	Cot	Re				Cl	Coh	Per	Us	Rel	Rel2	Cot			
1	N1	100	100	83	100	100	100	100	100	100	0,97	93	N10-	50	50	50	50	50	50	50	50	0,5	
2	N1	50	50	50	50	50	50	50	50	50	0,5	94	N10	33	17	17	17	50	50	50	50	0,35	
3	N1	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1	95	N10	100	100	100	100	100	100	100	100	1	
4	N1	67	67	67	67	67	67	67	67	67	0,67	96	N10	100	100	100	100	100	100	100	100	1	
5	N1	33	33	33	33	50	33	50	50	50	0,39	97	N10	100	100	100	100	100	100	100	100	1	
6	N1	50	33	33	33	33	33	33	33	33	0,35	98	N10	100	100	100	100	100	100	100	100	1	
7	N1	17	17	17	17	17	17	17	17	17	0,16	99	N10	100	100	100	100	100	100	100	100	1	
8	N1	50	33	17	17	33	33	33	33	33	0,31	100	N10	100	100	100	100	100	100	100	100	1	
9	N1	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1	101	N10	100	100	100	100	100	100	100	100	1	
10	N2	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1	102	N10	83	83	83	83	83	83	83	83	0,83	
11	N2	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1	103	N10	67	67	83	83	83	83	83	83	0,79	
12	N2	100	83	100	83	83	83	83	83	83	0,87	104	N10	33	33	33	33	33	33	33	33	0,33	
13	N2	50	50	50	50	50	50	50	50	50	0,5	105	N10	50	50	67	67	67	66	67	66	0,62	
14	N2	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1	106	N10	100	100	100	100	100	100	100	100	1	
15	N2	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1	107	N10	100	100	100	100	100	100	100	100	1	
16	N2	50	50	50	50	33	33	33	33	33	0,41	108	N10	67	83	83	83	83	83	83	83	0,81	
17	N2	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1	109	N10	100	100	100	100	100	100	100	100	1	
18	N3	67	83	100	100	100	100	100	100	100	0,93	110	N10	100	83	83	83	83	83	83	100	0,87	
19	N3	67	50	67	67	50	50	50	50	50	0,56	111	N10	33	33	33	33	33	33	33	33	0,33	
20	N3	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1	112	N10	33	33	33	33	33	33	33	33	0,33	
21	N3	67	67	67	67	67	67	67	67	67	0,67	113	N10	33	33	33	33	33	33	33	33	0,33	
22	N3	50	50	50	50	50	50	50	50	50	0,5	114	N10	33	33	33	33	33	33	33	33	0,33	
23	N3	100	100	100	83	100	100	100	100	100	0,97	115	N10	100	100	100	100	100	100	100	100	1	
24	N3-	50	50	50	50	50	50	50	50	50	0,5	116	N10	33	33	33	33	33	33	33	33	0,33	
25	N3	67	67	83	83	83	83	83	83	83	0,79	117	N10	33	33	33	33	33	33	33	33	0,33	
26	N3	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1	118	N10	33	33	33	33	33	33	33	33	0,33	
27	N3	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1	119	N10	100	100	100	100	100	100	100	100	1	
28	N3	67	67	67	67	67	67	67	67	67	0,67	120	N10	100	100	100	100	100	100	100	100	1	
29	N3	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1	121	N1	100	100	100	100	100	100	100	100	1	
30	N3	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1	122	N10	100	100	100	100	100	100	100	100	1	
31	N3	50	50	50	50	50	50	50	50	50	0,5	123	N10	100	100	100	100	100	100	100	100	1	
32	N4	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1	124	N10	100	100	100	100	100	100	100	100	1	
33	N4	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1	125	N10	100	100	100	100	100	100	100	100	1	

34	N4	100	100	100	100	100	100	100	100	1	126	N10	83	83	83	83	83	83,3	83	83	0,83
35	N4	100	100	100	100	100	100	100	100	1	127	N10	83	83	83	83	83	83	83	83	0,83
36	N4	100	100	100	100	67	67	100	100	0,91	128	N10	83	83	83	83	83	83	83	83	0,83
37	N4	100	100	100	100	100	100	100	100	1	129	N10	83	83,3	83	83	83	83	83	83	0,83
38	N4	100	100	100	100	100	100	100	100	1	130	N10	33	16,7	33	33	33	33	17	16	0,27
39	N4	100	100	100	100	83	100	100	100	0,97	131	N10	83	100	67	67	83	83	83	83	0,81
40	N4	83	83	83	83	67	83	83	83	0,81	132	N10	17	16,7	17	17	17	17	17	17	0,17
41	N5	83	83	83	83	83	83	83	83	0,83	133	N10	17	17	17	17	17	17	17	17	0,17
42	N5	83	83	50	50	50	50	83	83	0,67	134	N10	67	67	67	67	67	67	67	67	0,67
43	N5	83	100	100	100	100	100	100	100	0,97	135	N10	67	83	83	83	83	83	83	83	0,81
44	N5	100	100	100	100	100	100	100	100	1	136	N10	100	100	100	100	100	100	100	100	1
45	N5	100	100	100	100	100	100	100	100	1	137	N10	67	67	67	67	67	67	67	67	0,67
46	N5	17	33	50	50	50	50	50	50	0,43	138	N10	83	83,3	83	83	83	83	83	83	0,83
47	N6	50	50	50	50	50	50	50	50	0,5	139	N10	83	83,3	83	83	83	83	83	83	0,83
48	N6	100	100	100	100	100	100	100	100	1	140	N10	83	83,3	83	83	83	83	83	83	0,83
49	N6	50	50	50	50	50	50	50	50	0,5	141	N10	67	67	67	67	67	66	67	67	0,67
50	N6	83	83	83	83	83	83	83	83	0,83	142	N10	67	67	67	67	67	67	67	67	0,67
51	N6	83	83	83	83	83	83	83	83	0,83	143	N10	83	83,3	83	83	83	83	83	83	0,83
52	N6	33	50	67	67	67	67	67	67	0,64	144	N10	0	0	0	0	0	0	0	0	0
53	N6	50	67	83	83	83	83	83	83	0,77	145	N10	17	17	17	17	17	17	17	17	0,17
54	N6	17	17	0	17	17	17	17	17	0,14	146	N10	33	33	33	33	33	33	33	33	0,33
55	N7	100	100	100	100	100	100	100	100	1	147	N10	50	50	50	50	50	50	50	50	50
56	N7	100	100	100	100	100	100	100	100	1	148	N10	83	83	83	83	83	83	83	83	0,83
57	N7	67	100	100	100	100	100	100	100	0,95	149	N10	83	83	83	83	83	83	83	83	0,83
58	N8	100	100	100	100	100	100	100	100	1	150	N11-	33	50	50	50	50	50	50	50	0,47
59	N8	67	67	67	67	67	67	67	67	0,67	151	N11-	0	17	17	17	17	17	17	17	0,14
60	N8	83	83	83	83	83	83	83	83	0,83	152	N11	0	0	0	0	0	0	0	0	0
61	N8	83	83	83	83	83	83	83	83	0,83	153	N11	33	33	17	17	17	17	33	33	1,25
62	N8	83	83	83	83	83	83	83	83	0,83	154	N11-	0	0	0	0	0	0	0	0	0
63	N8	67	67	67	67	67	67	67	67	0,67	155	N11	83	67	67	67	67	67	67	67	0,68
64	N8	67	67	67	67	67	67	67	67	0,67	156	N11	83	67	67	67	67	67	67	67	0,68
65	N8	67	67	67	67	67	67	67	67	0,67	157	N11	100	83	83	83	83	83	83	83	0,85
66	N8	67	67	67	67	67	67	67	67	0,67	158	N11	100	83	83	83	83	83	83	83	0,85
67	N8	67	67	67	67	67	67	67	67	0,67	159	N11	100	83	83	83	83	83	83	83	0,85
68	N8	100	100	100	100	100	100	100	100	1	160	N11	83	67	67	67	67	67	67	67	0,68
69	N8	17	33	33	33	33	33	17	17	0,27	161	N11	83	67	67	67	67	67	67	67	0,68
70	N8	67	67	50	50	50	50	50	50	0,54	162	N11	100	83	83	83	83	83	83	83	0,85
71	N8	100	100	100	100	100	100	100	100	1	163	N11	67	67	67	67	67	67	67	67	0,67
72	N8	67	50	33	33	33	33	33	33	0,39	164	N12	50	50	50	50	50	50	50	50	0,5
73	N9	83	100	83	83	100	83	83	100	0,89	165	N12	83	83	83	83	83	83	83	83	0,83
74	N9	67	83	67	67	83	67	67	83	0,72	166	N12	67	67	67	67	67	67	67	67	0,67
75	N9	67	83	67	67	83	67	67	83	0,72	167	N12	33	33	33	33	33	33	33	33	0,33
76	N9	83	100	83	83	100	83	83	100	0,89	168	N12	17	17	17	17	17	17	17	17	0,17
77	N9	67	67	83	83	83	83	83	83	0,79	169	N12	67	66,7	67	67	67	67	67	67	0,67
78	N9	67	67	83	83	83	83	83	83	0,79	170	N12	100	100	100	100	100	100	100	100	1
79	N10	100	100	100	100	100	100	100	100	1	171	N13	83	83	83	83	83	83	83	83	0,83
80	N10	83	83	67	67	83	83	83	83	0,79	172	N13	83	83	83	83	83	83	83	83	0,83
81	N10	67	67	67	67	67	67	67	67	0,67	173	N13	67	67	67	67	67	67	67	67	0,67
82	N10	83	83	83	83	83	83	83	83	0,83	174	N13	0	0	0	0	0	0	0	0	0
83	N10	83	50	83	83	83	83	83	83	0,79	175	N13	67	67	67	67	67	67	67	67	0,67

84	N10	83	83	83	83	83	83	83	83	0,83	176	N13	83	83	83	83	83	83	83	83	0,83
85	N10	50	50	33	33	33	33	33	33	0,37	177	N13	50	33	33	33	33	33	33	33	0,35
86	N10	83	83	83	83	83	83	83	83	0,83	178	N13	67	50	50	50	50	50	50	50	0,52
87	N10	83	83	83	83	83	83	83	83	0,83	179	N13	50	33	67	67	33	33	33	33	0,43
88	N10	83	83	83	83	83	83	83	83	0,83	180	N13	33	17	17	17	17	17	17	17	0,18
89	N10	83	83	83	83	83	83	83	83	0,83	181	N13	67	67	67	67	67	67	67	67	0,67
90	N10	83	83	83	83	83	83	83	83	0,83	182	N13	83	83	83	83	83	83	83	83	0,83
91	N10	33	50	50	50	17	17	50	50	0,39	183	N13	83	83	83	83	83	83	83	83	0,83
92	N10	67	67	67	67	67	67	67	67	0,67	184	N14	100	100	100	100	100	100	100	100	1
											185	N14	100	100	100	100	100	100	100	100	1

Con relación a los criterios de suficiencia para las intenciones comunicativas que hacen parte de cada una de las necesidades básicas se sugiere incluir; en la N2 la IC (cucharear); en la N4 complementar con las diferentes posiciones que se pueden realizar con la cama hospitalaria; en la N6, el (cambio de la bata hospitalaria) y dentro de la redacción de la NB la (limpieza de la cama); en la N10 las IC (dolor de estómago y dolor en la sonda orogástrica), y las IC (me quiero ir a casa y no me quiero ir a casa). El IVC del criterio de suficiencia para las necesidades básicas, indica que el 100% de los validadores concuerdan en que las 14 necesidades de virginia Henderson cumplen con el criterio de suficiencia y son aplicables en el entorno Hospitalar, y estas dan respuesta para cuidado humanizado del paciente. (Ver Tabla IV)

Tabla V. Porcentaje de concordancia e índice de validez del criterio de suficiencia para las intenciones comunicativas y necesidades Básicas.

Suficiencia				
Suficiencia de las Intenciones Comunicativas			Suficiencia de las Necesidades	
NECESIDAD	%Cc	IVC	%Cc	IVC
N1	100		100	
N2	83		100	
N3	100		100	
N4	83		100	
N5	100		100	
N6	83		100	
N7	100		100	
N8	100		100	
N9	100		100	
N10	83	0,95	100	1
N11	100		100	
N12	100		100	
N13	100		100	
N14	100		100	

Los aspectos cualitativos dados por los validadores en observaciones, se incluyen todas las intenciones que proponen incluir (ver tabla 5), igualmente se atienden sus sugerencias de cambio en la redacción y contenido; además, las intenciones que en el consenso se omiten, corresponden en la misma medida a aquellas con un IVC inferior a 0,60 (Ver tabla 5)

Tabla VI. Resumen aspectos cualitativos dados por los validadores.

Necesidad	IC	Comentarios	Nº Concordancia	Consenso
N1 Respirar	2. Necesito pañuelos	No aplica	2	Omisión
	4. Tengo la boca llena de secreciones	El paciente no lo refiere, presencia excesiva de saliva	2	Excesiva saliva o secreciones
	5. Tengo la boca llena de sangre	Es muy notorio	3	Omisión
	6. Tengo la boca llena de mocos	Es una secreción, redundante	3	Omisión
	7. Quiero que me aspiren	No aplica	6	Omisión
	8. No puedo respirar en duda	No aplica	4	Omisión
N2 Comer y beber	13. Mójame los labios	Similar a tener sed, hidratar los labios.	2	Hidratar los Labios
	16. Sonda nasogástrica	Es un criterio médico, no aplica	2	No aplica
		Incluir la opción cucharear	2	Cucharear
N3 Eliminación	18. Quiero hacer pipi	Quiero Orinar	3	Quiero Orinar
	24. Tengo picazón en la sonda	Me duele el lugar de la sonda	1	Dolor en la sonda
	25. Me arde la sonda	Me arde el lugar de la sonda	1	Me arde la sonda
N4 Posición y Movilidad	32. Cambiar de posición	Incluir diferentes cambios de posición	2	Subir y bajar la cama, elevar las piernas, sentarse, de lado, acostarse.
	39. No puedo mover la espalda	No puedo mover el tronco	1	No puedo mover el tronco
N5 Dormir Y descansar	46. Ocupo Mi Medicina Para Dormir	Ítem no comprensible, con prescripción medica	2	Necesito mis pastillas para dormir
N6 Vestirse/ Desvestirse	49. Quiero Cambio De Funda	No es tan usual	1	Cambio de almohada
	52. Quiero Cambio De Ropa De Pijama	Quiero cambiarme la pijama	2	Cambio de la Pijama
	53. Quiero Cambio De Ropa De Vestir	Cambiarme la ropa, ropa de cama está ligada al estándar hospitalario.	3	Cambio de ropa
	54. Quiero Quitar Ropa De Vestir Incluir cambio de bata y la limpieza de la cama.	Quiero quitarme la ropa	2	Quiero quitarme la ropa
N8 Higiene	67. Siento mocos	Similar al 1	1	Omitir
	69. Tengo Comezón En La Herida	Es igual picazón, redundancia	2	Tengo picazón en la Herida
N10 Comunicarse	80. Me pica	No es dolor	1	
	82. Siento entumecido	Difícil comprensión	2	Siento Hormigueo
	85. Me duele aquí	Necesario y omitir sitios de dolor, que el paciente señale donde siente dolor.	1	Se dejan los sitios de dolor específicos
	91. Me duele el pene/vagina	No se utiliza	4	Omisión
	102. Me duele el catéter venoso	Canalización	1	Me duele la canalización
	104. Me duele la sonda endotraqueal	Pacientes generalmente inconscientes	1	Omisión
	130. Quiero tableta, 132 quiero capsula, 133 quiero gragea	Redundancia	4	Quiero pastilla
Incluir dolor de estómago, sonda orogástrica y eliminar misceláneas (139 a 147) Incluir me quiero ir a casa y no me quiero ir a casa			3	
			2	
N11 Religión	150. Soy cristiano, 153. soy católico	Paciente no lo expresa, no son relevantes	6	Omisión
	151, soy judío, 152. Soy evangélico, 154. Soy mormón	No aplica	6	Omisión
N12 Ocupación/ Provecho	164. Quiero un sudoku, 168. quiero origami	No solicitanz	4	Omisión

N13 Actividades Recreativas/ ocio	173. Quiero un celular	Depende de la edad del paciente	2	Quiero un celular
	174. Quiero una laptop	No aplica	6	Omisión
	179. Quiero jugar, 180. quiero bailar	No lo mencionan	5	Omisión

Las intenciones comunicativas incluidas corresponden a aquellas con un IVC sobre o superior a 0,60 y aquellas que los validadores consideraron incluir; y las intenciones eliminadas corresponden a aquellas con un IVC inferior a 0,60. (Ver Tabla VI)

Tabla VII. Numero de intenciones comunicativas incluidas y eliminadas por cada necesidad Básica, tras validación.

	N1 (4/9)	N2 (6/8)	N3 (10/14)	N4 (9/9) + 4	N5 (5/6)
Incluidas	1Tengo muchos Mocos.	10Tengo sed.	18Quiero Orinar.	32Subir cabecera. Bajar cabecera Eleva los pies. Almohada en los pies.	1Tengo muchos Mocos.
	3Tengo tapada la nariz.	11Tengo hambre.	20Quiero hacer popo.	33Quiero caminar.	3Tengo tapada la nariz.
	4Tengo la boca llena de secreciones.	12Estoy lleno.	21Tengo gases.	34Quiero acostarme.	4Tengo la boca llena de secreciones.
	9No puedo respirar.	14No me gusta.	23Necesito cambio de pañal.	35Quiero sentarme en la silla. Quiero sentarme en silla de ruedas.	9No puedo respirar.
		15Me gusta.	25Me arde la sonda.	36No puedo mover la cabeza/ cuello.	
		17No puedo comer.	26No puedo hacer popo.		
			27Tengo diarrea.		
			28Quiero vomitar.		
			29Tengo ganas de vomitar.		
Eliminadas			30Me llevo la regla o periodo.		
	2Necesito pañuelos	13Mójame los labios.	19Necesito vaselina.	37No puede mover los brazos/ manos.	46Necesito mi medicina para dormir
	5Tengo la boca llena de sangre.	16Sonda Nasogástrica.	22Necesito cambio de toalla.	38No puedo mover las piernas/ pies.	
	6Tengo la boca llena de moco.		24Tengo picazón en la sonda.	39No puedo mover la espalda.	
	7Quiero que me aspiren.		31Estoy sudado mucho.	40No puedo mover el tronco.	
	8No puedo respirar (está en duda)				
	N6 (5/8) +2	N7 (3/3)	N8 (12/15)	N9 (6/6)	N11 (9/14)
Incl	48Quiero otra cobija	55Tengo frio	58Me quiero bañar	73Subir Volumen	155Puedo tener una misa
	50Quiero quitar la cobija	56Tengo calor	59Me quiero lavar la cara	74Bajar volumen	156Puedo tener una bendición
	51Quiero una almohada	57Me siento húmedo	60Me quiero lavar las manos	75Prender la luz	157Puedo venir un sacerdote
	52Cambiar de pijama		61Me quiero lavar los dientes	76Apagar la luz	158Me pueden dar una biblia
	53Cambiar de ropa Cambiar bata Limpieza de cama		62Me quiero peinar	77Subir barandas	159Me pueden dar un rosario
			63Me quiero afeitar la cara	78Bajar barandas	160Me pueden dar los santos oleos
			64Me quiero cortar las uñas de las manos		161Me pueden dar la comunión
			65Me quiero cortar las uñas de los pies		162Me quiero confesar
			66Me quiero cortar el cabello		163No tengo ninguna religión

			67Siento mocos		
			68Tengo picazón en la herida		
			71Siento caliente la herida		
Elim	47Quiero cambio de sábanas		69Tengo comezón en la herida.		150Soy cristiano
	49Quiero cambio de funda		70Tengo mal olor en la herida.		151Soy judío
	54Quitar ropa		72Tengo pus en la herida.		152Soy evangélico
					153Soy católico
					154Soy mormón
	12 (4/7)	13 (8/13)	10 (49/71) + 2		
Incl	165Quiero una sopa de letras	171Quiero leer	79Me arde		
	166Quiero un crucigrama	172Quiero escuchar música	80Me pica	119 ¿Qué hora es?	
	169Quiero hacer un rompecabezas	173Quiero un celular	81Siento pinchazos	120 ¿Qué días es?	
	170Quiero realizar mis ejercicios de Rehabilitación	175Quiero ver televisión	82Siento Hormigueo	121 ¿Dónde estoy?	
		176Gafas	83Siento presión	122 ¿Qué es eso?	
		181Quiero pintar	84Medicamento para el dolor	123Puede venir el doctor	
			86Me duele la cabeza/cuello	124Puede venir un enfermero	
			87Me duele los brazos	125Puede venir un familiar	
			88Me duele las piernas/pies	126Puede venir un amigo	
			89Me duele el pecho	127Buenos días	
			90Me duele la espalda	128Buenas tardes	
			92Me duele el tronco Me duele el estomago	129Buenas noches	
			95Me duele 0 a 1 nada	131Quiero una pastilla Quiero Jarabe	
			96Me duele de 2 a 3 un poco	136Quiero pomada	
			97Me duele de 4 a 5 medio	135Quiero inyección	
			98Me duele de 6 a 7 mucho	137Quiero aerosol	
			99Me duele de 8 a 9 Muchísimo	138Quiero gotas	
			100Me duele la sonda nasogástrica	139Si	
			101Me duele la sonda oro gástrica	140No	
			102Me duele la canalización	141No se	
			103Me duele la canalización central	143Gracias	
			105Me duele el tubo torácico	148Abcdefghijklmnopqrstu- vwxyz	
			106Me siento bien	149123456789 Me quiero ir a casa	
			107Me siento mejor		
			109Me siento mal		
			115Me siento mareado		

El	164Quiero un Sudoku		85Me duele aquí	117Me siento confundido	
	167Quiero un cubo Rubik		93Me duele por dentro	118Tengo miedo/temor	
	168Quiero hacer origami		94Me duele por fuera	130Quiero tableta	
			91Me duele pene/vagina	132Quiero una capsula	
			104Me duele la sonda endotraqueal	133Quiero Gragea	
			110Me siento peor	142A veces	
			108Me siento contento	144Te amo	
			111Me siento triste	145Perdon	
			112Me siento enojado	146Siempre	
			113Me siento preocupado	147Nunca	
			116Me siento nervioso		
			114Me siento cansado		
Inc	N14 (2/2)				
	184Me explicas el procedimiento				
	185 ¿Cómo me encuentro de salud?				

Tras el proceso de validación se evidencia, que en la N1 se incluyeron el 44% de las intenciones propuestas; en la N2 el 75%; N3 el 71%; la N4 el 100% y se incluyeron 4 intenciones más propuestas por los validadores; en la N5 el 83%; en la N6 el 62% y se incluyeron 2 intenciones más de los validadores; en la N7 del 100%; en la N8 el 80%; en la N9 el 100%; N10 el 69% y dos intenciones más de los validadores; en la N11 el 64%; N12 el 57%; en la N13 el 61% y la N14 el 100% de las intenciones comunicativas propuestas.

Finalmente, se elabora la propuesta pictográfica con 140 elementos que corresponden a todos las intenciones comunicativas incluidas (Ver Anexo 2).

El modelo de Virginia Henderson está diseñado para suplir las necesidades básicas o humanas de personas con condición de salud variable, es aplicado para dar una atención humanizada, donde la comunicación es un factor clave al momento de brindar cuidados de calidad (Giraldo Jiménez, 2020; Jiménez-Jiménez & Torres-Andrés, 2016; Ocronos, 2022).

En relación al ambiente Hospitalar, las necesidades básicas se organizan en congruencia del orden en que se brindan en la atención al paciente; en primer lugar se presentan las que conforman

la dimensión de necesidades fisiológicas que incluye la necesidad de respirar, comer y beber, eliminación (fecal, urinaria y sudor), dormir y descansar, y mantener la temperatura; la segunda dimensión corresponde a seguridad, afiliación y autorrealización incluye las necesidades de evitar los peligros ambientales, comunicar necesidades y sentimientos, profesar la religión, actividades de rendir provecho, ocio, recreativas y de aprendizaje, y satisfacer la curiosidad; finalmente en la dimensión de independencia se encuentran las necesidades de movimiento, escoger prendas de vestir, vestirse/ desvestirse y mantener la higiene y aseo personal (Agudelo-Cifuentes et al., 2022). Dimensiones que son importantes según lo evidenciado en esta investigación para la categorización de las necesidades del modelo de Virginia Henderson y la aplicación en el ámbito hospitalario, dando la posibilidad de seleccionar y organizar las necesidades en orden de importancia para que el paciente comunique intenciones relacionadas a su condición de salud.

Una investigación desarrollada en Colombia, tiene en cuenta la aplicación de un tablero de comunicación para pacientes en la UCI, abordando las necesidades básicas de Virginia Henderson, en donde realizaron una lista de chequeo que aplicaron al

equipo de trabajo con el objetivo de identificar desde la experticia del persona en salud, las necesidades básicas interferidas en el paciente; donde el médico internista refiere que las necesidades identificadas fueron respirar, comer, eliminar, movimiento, comunicarse; para el Médico las necesidades correspondieron a movimiento, descansar, mantener higiene, comunicarse; la auxiliar de enfermería sugirió las necesidades de movimiento, mantener higiene, mantener temperatura, comunicarse y finalmente el Terapeuta refirió las necesidades de respirar, comer, movimiento, descansar, comunicarse. Se evidencian que cada profesional prioriza las necesidades de acuerdo a los procesos que cada uno valora, evalúa e interviene (Granados-Chaparro, 2012)

En relación a lo anterior, y con la matriz de calificación aplicada en la presente investigación para conocer donde los pacientes presentan mayor dificultad para comunicar intenciones comunicativas en las diferentes necesidades básicas, se evidencia que la necesidad más afectada corresponde a eliminar por todas las vías corporales de eliminación tanto el contexto de medicina interna como UCI; igualmente se demuestra que los profesionales priorizan la comunicación de las necesidades implicadas en sus procesos dentro del área hospitalaria. (Ver Tabla I)

Con relación a las intenciones comunicativas propuestas para cada necesidad básica, hay una relación con procesos que se abordan en el área hospitalaria en la atención del paciente. Las necesidades fisiológicas de respiración, alimentación/nutrición, eliminación, dormir y descansar, y mantener la temperatura son funciones vitales de atención diaria, porque son las que garantizan la supervivencia (Giraudó, 2015). Además, el cambio de postura influye en que el paciente no desarrolle traumatismos a nivel muscular y de la piel, como úlceras por presión, dolores cervicales y contracturas musculares (Luis Rodrigo Ma et al., 2005). De igual forma, se considera que las actividades de higiene y limpieza de cama, están destinadas a trabajo de enfermería o dependiendo del nivel de independencia del paciente, realizándose diariamente; la higiene

posee vital importancia no solo en la salud, sino en la autoestima del paciente que a su vez influye en la recuperación (Landers et al., 2012; Liu et al., 2009). La necesidad relacionada con las prendas de vestir, están relegadas al ambiente Hospitalar, y en el contexto UCI hay estandarización de vestimenta (Ull et al., 2022). Sin embargo, es importante que el paciente pueda solicitar el cambio de dicha vestimenta, cuando lo considere conveniente, de manera que el entorno UCI puede comunicar el cambio de bata. Con relación a la necesidad de los peligros ambientales, estos influyen en el estado de recuperación y descanso del paciente, sin embargo, los trabajadores de la salud son los que indican los factores contextuales ambientales, como el cierre de cortina, la presencia de televisión, la luz, el barandal y el aislamiento, generando poca participación comunicativa del paciente según su necesidad. Además, en el ambiente hospitalario se debe garantizar la tranquilidad y un ambiente agradable (Hemsley & Balandin, 2014). Por lo anterior, aunque la literatura infiere que las necesidades fisiológicas y de independencia del individuo son responsabilidad del personal de salud, y velar por el cumplimiento de las mismas, para garantizar la salud y recuperación del paciente; para este caso, con el proceso de validación se evidencia que el personal de salud da relevancia a que el paciente pueda tener la posibilidad de comunicar intenciones de cada necesidad, como la respiración, alimentación, eliminación, de sueño, temperatura, vestimenta e higiene y ambiente, delegando al paciente participación y control en su proceso de recuperación, contribuyendo a su vez a que su estancia hospitalaria no sea agotadora. Por ejemplo, en la necesidad de eliminación, el paciente va a tener la posibilidad de comunicar mediante una imagen pictográfica si desea orinar, cambio de pañal, incluso antes de que el personal de salud lo atienda, anticipando y dando permiso a la ejecución de dichas necesidades.

Posterior a la validación se identificó que, a la necesidad de comunicación, no se le da relevancia o importancia para que el paciente pueda comunicar lo que siente, y más, en población con dificultad

en la expresión oral, donde no existen los medios o sistemas necesarios de comunicación (Hosseini et al., 2018). Por tanto, las intenciones comunicativas que se proponen para esta necesidad permiten la comunicación de sentimientos y sugerencias sobre el estado de salud y abarcar más procesos en relación a solicitar la presencia de familiares, los saludos y la respuesta a preguntas sencillas. Esta necesidad es fundamental, porque facilita que las demás necesidades básicas sean comunicadas de manera alternativa y efectiva. De igual manera, en la necesidad de profesar la religión, la literatura menciona que el soporte religioso es suplido desde el área de enfermería; además, la religiosidad se ha asociado con una mayor calidad de vida relacionada con la salud, la espiritualidad y la religión (Fonseca Canteros, 2016), por tanto, las intenciones que se proponen en esta necesidad son un soporte fundamental para la recuperación y descanso de los pacientes con alguna creencia religiosa, por lo que se hace necesario que el equipo de salud considere la importancia de dichas intenciones como la solicitud de un sacerdote, Biblia, oración, rosario o confesión dentro del proceso de atención y terapéutico, no solo por razones éticas, sino por las implicaciones en la morbilidad, mortalidad y calidad de vida.

En el mismo orden, las necesidades de trabajar en alguna actividad que produzca una sensación de rendir provecho y de participar en diversas actividades recreativas, son muy importantes porque se relacionan con un sentido de realización personal, el gusto por aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad (Jiménez García & Lorenzo Russell, 2000), que son actividades tenidas en cuenta en menor proporción en el ambiente hospitalario, a menos que el paciente reciba ejercicios de rehabilitación en estas áreas; de igual manera, el tiempo libre de los pacientes debe ocuparse, de modo que a la vez que se brinde diversión, sirva de enseñanza social, cultural (Gallo-Sáenz et al., 2013); por tanto, las intenciones comunicativas incluidas en esta investigación, para el desarrollo de estas necesidades, se proponen actividades como: sopas de letras, rompecabezas, leer, pintar, dibujar, ver televisión, y tener un celular,

que influyen en la satisfacción de la dimensión de autorrealización y disminuye la posibilidad de adquirir durante la estancia hospitalaria hábitos sedentarios y de aburrimiento.

Finalmente, en la necesidad de aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y salud normales, incluye intenciones de explicar el procedimiento a realizar con el paciente y dar a conocer su estado de salud; lo anterior concuerda con lo mencionado en la resolución 4343 de 2012, donde se establecen los derechos y deberes de los pacientes, aclara que se debe mantener una comunicación plena y clara entre el personal de salud y el paciente, e informar de los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar, el pronóstico y riesgo que dicho tratamiento conlleve (Ministerio de Salud y Protección social, 2012).

Por ende, para buscar una solución humanizada, el uso de SAAC, en el área hospitalaria favorece la apropiada comunicación como uno de los factores centrales que sustentan la seguridad del paciente, del trabajador de la salud y calidad de la atención (Poccioni-Maria Teresa, 2019). A los pacientes en entornos de UCI a menudo se les inserta un tubo endotraqueal o un tubo de traqueotomía para ayudar con la respiración, lo que afecta su expresión oral (Gropp et al., 2019). Según la literatura, un total del 97,8% del total de personas que podrían beneficiarse de la CAA presentan afecciones médicas como: discapacidades adquiridas como los accidentes cerebrovasculares (ACV), traumatismo craneoencefálico, lesiones medulares, síndrome de enclaustramiento (LIS), dificultad auditiva; enfermedades degenerativas y progresivas como: demencia, la enfermedad de Párkinson y esclerosis lateral amiotrófica (ELA); pacientes con discapacidad temporal a causa de shock, durante y posterior a intubaciones o traqueotomía y dificultades respiratorias que pueden causar incapacidad para hablar, pacientes post COVID, tras laringectomías, además se incluyen procesos oncológicos que disminuyan la capacidad, energía y disposición para la comunicación oral, como cáncer a nivel de

cabeza y cuello; y finalmente las relacionadas con el neurodesarrollo como Autismo y parálisis cerebral; además dificultades comunicativas inducidas por medicamentos (Creer et al., 2016; El-Soussi et al., 2015; Istanboulian et al., 2020).

Desde el enfoque fonoaudiológico, al ser un experto en la comunicación humana y sus desórdenes, es un profesional importante para la provisión de la CAA, que generalmente se gestiona dentro de los servicios de terapia del habla y de lenguaje (Lynch et al., 2019). Para el ámbito hospitalario, los fonoaudiólogos y los proveedores de tecnología de asistencia deben proporcionar apoyos que compensen las dificultades comunicativas y aseguren que los pacientes mantengan la capacidad de comunicarse (McRae et al., 2020). En este contexto, la comunicación es una empresa colaborativa, donde el significado se intercambia entre los participantes, aquellos con desafíos de comunicación que corresponden a los pacientes y sus socios, que deben desarrollar estrategias y recursos para recibir, comprender y enviar el mensaje con éxito, que vendrían siendo el personal involucrado en la atención hospitalaria (Hurtig et al., 2019). En este sentido, el apoyo a la comunicación es una cuestión ética, es responsabilidad de los profesionales de la salud crear vínculos y participación interdisciplinaria para identificar y establecer cualquier método, estrategia o recurso que pueda ayudar al paciente a comunicarse con éxito.

El enfoque de la intervención comunicativa con la participación fonoaudiológica cambia de un enfoque basado en el deterioro o la restauración un uno que enfatiza la compensación y la ayuda por la función perdida, con dependencia de la CAA. Por ejemplo, la CAA compensaría el deterioro del habla con herramientas, adaptaciones ambientales y cambios de comportamiento, en lugar de mejorar la inteligibilidad del habla mediante ejercicios y prácticas (Dada et al., 2017). La CAA proporciona a las pacientes formas de seguir participando en las actividades diarias con enfoques compensatorios alternativos o equipos médicos duraderos en lugar

de trabajar en objetivos para que los pacientes recuperen sus niveles anteriores de funcionamiento.

Sin embargo, hay evidencia que sugiere que los SAAC también pueden ser abandonados, si el paciente no es capacitado y si no se prioriza sus necesidades básicas (Broomfield et al., 2019; Gonçalves et al., 2022; Ortega-Chacón & Martínez Díaz, 2017). Así también, un estudio especifica que los cuidadores han informado que incluso cuando se aseguran de que los sistemas CAA estén disponibles, el personal de salud no siempre los usa (Hemsley & Balandin, 2014a). Finalmente, tanto los pacientes como el personal de salud, en este caso las enfermeras al pasar mayor tiempo en la atención perciben que un tablero de comunicación es útil para que los pacientes puedan expresar sus opiniones, sentimientos y solicitudes durante la interacción en el ambiente hospitalario (Kuyler & Johnson, 2021; RR et al., 2019).

Con relación a lo anterior, se especifica la importancia de rol fonoaudiológico y su trayectoria en varias áreas, desde su origen en el siglo XIX, con el objetivo de corregir los problemas del habla hasta actualmente su labor, entre ellos el ámbito hospitalario, donde el fonoaudiólogo abarca los procesos de evaluación, intervención, la rehabilitación y el asesoramiento en las áreas clave de comunicación, deglución y destete de la traqueotomía (McRae et al., 2020). Todos los pacientes hospitalizados con dificultades en la comunicación verbal se beneficiarían de una participación temprana del fonoaudiólogo, lo que facilita una ruta de comunicación efectiva; lo cual es fundamental para maximizar la atención psicosocial y participación del paciente (McRae et al., 2020; Simmons-Mackie et al., 2013).

Dado que la comunicación es una actividad social, el comportamiento y las actitudes de los interlocutores influyen en el éxito del uso de CAA, y para ello el fonoaudiólogo tendría funciones importantes como brindar capacitación, educación e instrucción formal, buscar mejorar las actitudes

del personal de salud, realizar la evaluación y la intervención oportunas que son esenciales para una implementación exitosa de la CAA (Simmons-Mackie et al., 2013; Thiessen et al., 2015), revisar los sistemas y políticas hospitalarias para apoyar la implementación de estrategias de CAA y en la planificación y documentación de la atención hospitalaria (Hemsley & Balandin, 2014). Evidenciando así su importante rol como profesional de la salud y más específicamente en el ámbito hospitalario.

Conclusiones

Las 14 necesidades de Virginia Henderson son suficientes y aplicables en el entorno hospitalario y dan respuesta para el cuidado humanizado, porque permiten la atención integral de las dimensiones fisiológicas, seguridad, afiliación, autorrealización e independencia de los pacientes; además contribuyen a garantizar la humanización de los servicios de salud.

El tablero de comunicación es válido en su contenido para la aplicación en población hospitalaria con dificultad en la expresión oral y demás patologías que limiten la comunicación, al ser una herramienta aumentativa y alternativa para suplir la comunicación de las 14 necesidades básicas y mejorar la relación y seguridad paciente – personal de salud, que a su vez influye en la recuperación y la estancia hospitalaria.

El éxito al usar o implementar sistemas de comunicación aumentativa y alternativa en el ambiente hospitalario requiere la participación de los fonoaudiólogos, porque estos tienen un papel principal en la evaluación, selección e implementación de símbolos, técnicas, estrategias y ayudas de comunicación aumentativa y alternativa para todos aquellos pacientes con dificultades en la comunicación.

Las necesidades básicas donde se evidencia dificultad para ser comunicadas por los pacientes, difieren entre los profesionales y técnicos del área de la salud, porque cada profesional prioriza la

comunicación de las necesidades de acuerdo a los procesos que cada uno valora, evalúa e interviene; sin embargo, dan relevancia a la importancia de que el paciente comunique intenciones en todas las necesidades básicas.

Recomendación: Para la elaboración del tablero comunicativo haciendo uso de herramientas tecnológicas, se sugiere agrupar las necesidades básicas con sus intenciones por dimensiones (Fisiológicas, seguridad, afiliación, autorrealización e independencia), para que, en relación del estado de salud del paciente, el profesional se le facilite la elección de las necesidades a comunicar.

Referencias

- Agudelo-Cifuentes, M. C., Berbesi-Fernández, D. Y., & Salazar-Maya, Á. M. (2022). Construcción de una escala para la valoración de necesidades de cuidado de enfermería en personas dependientes. *Aquichan*, 22(3), e2235–e2235. <https://doi.org/10.5294/AQUI.2022.22.3.5>
- Álvarez-Ríos, J. N., Aristizábal-Vélez, P. A., Torres-Pavas, D. M., & Jurado-Alzate, V. (2018). *Validación de un instrumento para medir la vulnerabilidad en relación con la capacidad de respuesta de la comunidad ante desastres | Revista Geográfica de América Central*. <https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/geografica/article/view/11271/14857>
- AMIIF. (2023). *Estadísticas de salud mundial 2023 de la OMS - AMIIF*. <https://amiif.org/estadisticas-de-salud-mundial-2023-de-la-oms/>
- Broomfield, K., Harrop, D., Judge, S., Jones, G., & Sage, K. (2019). Appraising the quality of tools used to record patient-reported outcomes in users of augmentative and alternative communication (AAC): a systematic review. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 28(10), 2669–2683. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02000-0>

- org/10.1007/S11136-019-02228-3
- Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martínez, M., & Sanz Rubiales, Á. (2011). ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(1), 63–72. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Creer, S., Enderby, P., Judge, S., & John, A. (2016). Prevalence of people who could benefit from augmentative and alternative communication (AAC) in the UK: determining the need. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 51(6), 639–653. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12235>
- Dada, S., Murphy, Y., & Tönsing, K. (2017). Augmentative and alternative communication practices: a descriptive study of the perceptions of South African speech-language therapists. *Augmentative and Alternative Communication (Baltimore, Md. : 1985)*, 33(4), 189–200. <https://doi.org/10.1080/07434618.2017.1375979>
- El-Soussi, A. H., Elshafey, M. M., Othman, S. Y., & Abd-Elkader, F. A. (2015). Augmented alternative communication methods in intubated COPD patients: Does it make difference. *Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis*, 64(1), 21–28. <https://doi.org/10.1016/J.EJCDT.2014.07.006>
- Fonseca Canteros, M. (2016). Importancia de los aspectos espirituales y religiosos en la atención de pacientes quirúrgicos. *Revista Chilena de Cirugía*, 68(3), 258–264. <https://doi.org/10.1016/J.RCHIC.2016.03.011>
- Gallo-Sáenz, D. P., Vélez-Rúa, D. M., Correa-Arroyave, M. P., & Ortiz, M. M. (2013). Utilización del tiempo libre en pacientes Hospitalizados. In *Facultad de enfermería, Universidad de Antioquia*.
- GINNA Pérez., Aura Martínez., Zayda Peñaloza., Niyireth Ríos., Yury Ortega., Laura Zambrano., Jennyfer Martínez., & Yulieth Sinuco. (2017). Tecnología De La Comunicación Y Sistemas De Comunicación En El Lenguaje. Revisión Sistemática Desde La Fonoaudiología. *Revista Científica Signos Fónicos*, 3(1). <https://doi.org/DOI:https://doi.org/10.24054/01204211.v1.n1.2017.2873>
- Giraldo Jiménez, L. M. (2020). Sistemas y Estrategias de Comunicación Aumentativa y Alternativa en Cuidados Intensivos. *Areté*, 20. <https://arete.iberro.edu.co/article/view/art.20209/1623>
- Giraudó, P. del V. (2015). *Evaluación de calidad de los registros de enfermería en el sector de terapia intensiva en el Hospital San Vicente de Paul de Villa del Rosario*. 77–77. <http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/Giraudó-patricia-del-valle.pdf>
- Gonçalves, C. W. P., Richa, R. A., & Bo, A. P. L. (2022). Tracking and Classification of Head Movement for Augmentative and Alternative Communication Systems. *Sensors (Basel, Switzerland)*, 22(2). <https://doi.org/10.3390/S22020435>
- Granados-Chaparro, R. (2012). *Procedimiento Operacional Estandarizado (POE) de comunicación Aumentativa-Alternativa para pacientes intubados en UCI* [Universidad Nacional de Colombia]. document/541701324/14-Procedimiento-operacional-estandarizado-POE-de-comunicacion-aumentativa-alternativa-para-pacientes-intubados-en-UCI
- Gropp, M., Johnson, E., Bornman, J., & Koul, R. (2019). Nurses' perspectives about communication with patients in an intensive care setting using a communication board: A pilot study. *Health SA = SA Gesondheid*, 24. <https://doi.org/10.4102/HSAG.V24I0.1162>
- Halloran, E. J. (1996). Virginia Henderson

- and her timeless writings. *Journal of Advanced Nursing*, 23(1), 17–24. <https://doi.org/10.1111/J.1365-2648.1996.TB03130.X>
- Hemsley, B., & Balandin, S. (2014a). A Metasynthesis of Patient-Provider Communication in Hospital for Patients with Severe Communication Disabilities: Informing New Translational Research. *Augmentative and Alternative Communication*, 30(4), 329. <https://doi.org/10.3109/07434618.2014.955614>
- Hemsley, B., & Balandin, S. (2014b). A Metasynthesis of Patient-Provider Communication in Hospital for Patients with Severe Communication Disabilities: Informing New Translational Research. *Augmentative and Alternative Communication*, 30(4), 329. <https://doi.org/10.3109/07434618.2014.955614>
- Hernandez Palma, H. G., Batista Zea, K. del C., & Pitre Redondo, R. C. (2022). Comunicación y humanización para el fortalecimiento de la calidad de los proveedores de servicios de salud en Colombia. *ECONÓMICAS CUC*, 44(1), 121–136. <https://doi.org/10.17981/ECONCUC.44.1.2023.ORG.3>
- Hernández-Martín, C., & Frutos-Martín, M. (2017). El modelo de Virginia Henderson en la práctica enfermera. [Universidad de Valladolid]. In *Diario Oficial*. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/17711/TFG-H439.f;jsessionid=6904AC980211A1840B2DEA0E392350F5?sequence=1>
- Hernandez-Hernandez, M. E., Mercado-Bernal, V. V., Serrano-Rodríguez, C. E., Rivero-Rodríguez, L. F., & Pantoja-Herrera Martín. (2022). *Barreras de comunicación y su influencia en la adherencia al tratamiento dentro del instituto nacional de rehabilitación LGII*. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/bitstream/123456789/27324/4/250275.pdf>
- Holm, A., Karlsson, V., & Dreyer, P. (2021). Nurses' experiences of serving as a communication guide and supporting the implementation of a communication intervention in the intensive care unit. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 16(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1971598>
- Hosseini, S. R., Valizad-Hasanloei, M. A., & Feizi, A. (2018). The Effect of Using Communication Boards on Ease of Communication and Anxiety in Mechanically Ventilated Conscious Patients Admitted to Intensive Care Units. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 23(5), 358–362. https://doi.org/10.4103/IJNMR.IJNMR_68_17
- Hurtig, R. R., Alper, R. M., Bryant, K. N. T., Davidson, K. R., & Bilskemper, C. (2019). Improving Patient Safety and Patient-Provider Communication. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 4(5), 1017. https://doi.org/10.1044/2019_PERSP-19-00134
- Istanboulian, L., Rose, L., Gorospe, F., Yunusova, Y., & Dale, C. M. (2020). Barriers to and facilitators for the use of augmentative and alternative communication and voice restorative strategies for adults with an advanced airway in the intensive care unit: A scoping review. *Journal of Critical Care*, 57, 168–176. <https://doi.org/10.1016/J.JCRC.2020.02.015>
- Jiménez Buñuales, M. T., González Diego, P., & Martín Moreno, J. M. (2002). La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF) 2001. In *Revista Española de Salud Pública* (Vol. 76, Issue 4). <https://doi.org/10.1590/S1135-57272002000400002>
- Jiménez García, A., & Lorenzo Russell, O. M. (2000). *La terapia ocupacional*. *Medicina Integral*, 36(3), 105–108. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-la>

terapia-ocupacional-15327

riull.ull.es/xmlui/handle/915/15130

- Jiménez-Jiménez, Eduardo., & Torres-Andrés, J. Pablo. (2016). Barreras de la comunicación en la atención de enfermería. *Universidad de Valladolid*, 13–20. <https://core.ac.uk/download/pdf/211107794.pdf>
- Jurado-Campos, J., Teresa Anglada-Dilme, M., Canet-Ponsa, M., Lluïsa Privat-Marcè, M., Fàbrega-Pairó, T., & Juvinyà-Canal, D. (2008). [Implementation of an integrated nursing liaison model: a descriptive study]. *Enfermería Clínica*, 18(5), 253–261. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(08\)72384-2](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(08)72384-2)
- Kuylar, A., & Johnson, E. (2021). Patient and nurse content preferences for a communication board to facilitate dialogue in the intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 63, 103005. <https://doi.org/10.1016/J.ICCN.2020.103005>
- Lalani, M., Wytrykowski, S., & Hogan, H. (2023). Approaches to improving patient safety in integrated care: a scoping review. *BMJ Open*, 13, 67441. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067441>
- Landers, T., Abusalem, S., Coty, M. B., & Bingham, J. (2012). Patient-centered hand hygiene: the next step in infection prevention. *American Journal of Infection Control*, 40(4 Suppl 1). <https://doi.org/10.1016/J.AJIC.2012.02.006>
- Liu, J. J., Chou, F. H., & Yeh, S. H. (2009). Basic needs and their predictors for intubated patients in surgical intensive care units. *Heart & Lung : The Journal of Critical Care*, 38(3), 208–216. <https://doi.org/10.1016/J.HRTLNG.2008.06.002>
- López Pérez, A. C. (2019). *Implementación de un cuaderno de comunicación aumentativa/ alternativa basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes intubados conscientes* [Universidad de la Laguna]. <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/15130>
- Lynch, Y., Murray, J., Moulam, L., Meredith, S., Goldbart, J., Smith, M., Batorowicz, B., Randall, N., & Judge, S. (2019). Decision-making in communication aid recommendations in the UK: cultural and contextual influencers. *Augmentative and Alternative Communication*, 35(3), 180–192. <https://doi.org/10.1080/07434618.2019.1599066>
- Luis Rodrigo Ma, de T., Ferrín, F. C., Gómez, N. V., & Molas Sanna Bruna B. (2005). *El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI, de Luis Rodrigo Ma T, Fernández Ferrín C., Navarro Gómez V. Enfermería Global*, 4(2). <https://doi.org/10.6018/EGLOBAL.4.2.489>
- Manterola, C., & Tamara Otzen, H. (2013). Porqué Investigar y Cómo Conducir una Investigación. *International Journal of Morphology*, 31(4), 1498–1504. <https://doi.org/10.4067/S0717-95022013000400056>
- McRae, J., Montgomery, E., Garstang, Z., & Cleary, E. (2020). The role of speech and language therapists in the intensive care unit. *Journal of the Intensive Care Society*, 21(4), 344. <https://doi.org/10.1177/1751143719875687>
- Mendoza Maldonado, Y., & Barría Pailaquilén, M. (2021). La comunicación en salud y la necesidad de integración interdisciplinaria. *Revista Cubana de Información En Ciencias de La Salud*. <https://orcid.org/0000-0002-7991-8142>
- Míguez Abad, S. (2018). El estrés en la enfermería y sus consecuencias [Universidad De Cantabria]. *In Universidad De Cantabria*. <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/14137>
- Millar, C., & Greenhill, B. (2022). Adapted remote cognitive behavioural therapy for comfort eating with a woman with intellectual disabilities: Case report. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00537-6>

- Ministerio de Salud. (1993). *Resolución 8430 de 1993*. Republica de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Ministerio de Salud y Protección social. (2012). *Resolución 4343 de 2012*. <https://www.corteconstitucional.gov.co/T-760-08/autos%20especificos/tramites/Resoluci%C3%B3n%204343%20de%202012%20-%20Ministerio%20de%20Salud%2011-01-2013.pdf>
- Ministerio de salud y Protección Social. (2022). Análisis de situación de salud con el Modelo de determinantes sociales. *ASIS Departamental Norte de Santander*. https://ids.gov.co/2022/DIMENSIONES_SP/ASIS_DEPARTAMENTAL_NORTE%20DE_SANTANDER_2022.pdf
- Newell, S., & Jordan, Z. (2015). The patient experience of patient-centered communication with nurses in the hospital setting: a qualitative systematic review protocol. *JBIR Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 13(1), 76–87. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2015-1072>
- Norouzinia, R., Aghabarari, M., Shiri, M., Karimi, M., & Samami, E. (2016). Communication Barriers Perceived by Nurses and Patients. *Global Journal of Health Science*, 8(6). <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n6p65>
- Ocronos. (2022). *Virginia Henderson, cuidado paliativo desde una perspectiva holística - Editorial Científico-Técnica*. <https://revistamedica.com/virginia-henderson-cuidado-paliativo/>
- OMS. (2021, December 1). *Cuidados Paliativos*. Wiley-Blackwell. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- ONU. (2020). Las diez principales causas de muerte en el mundo, una lista que varía entre países ricos y pobres | Noticias ONU. <https://news.un.org/es/story/2020/12/1485362>
- Ortega-Chacón, V., & Martínez Díaz, D. (2017). Estrategias e instrumentos de comunicación con pacientes en ventilación mecánica invasiva. Revisión de la literatura = Strategies and Tools for communicating with patients undergoing invasive mechanical ventilation. *Revista Española de Comunicación En Salud*. <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3608/2329>
- Owens, R. E. (2003). *Desarrollo del Lenguaje*. In 5 (Ed.), *Desarrollo del Lenguaje*. https://clasesluisalarcon.weebly.com/uploads/4/9/8/7/4987750/owens.2003.modelos_del_desarrollo_del_lenguaje.pdf
- Paolieri, D., & Marful, A. (2018). Norms for a Pictographic System: The Aragonese Portal of Augmentative/Alternative Communication (ARASAAC) System. *Frontiers in Psychology*, 9(DEC). <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2018.02538>
- Perez Reyes, G., Mercedes Carvajal Villamizar, Y., & Maria Guio Matheus, L. (2018). Aplicación De Herramientas De La Comunicación Y Sistemas De Comunicación En El Lenguaje. *Revista Científica Signos Fónicos*, 3(2), 63–82. https://revistas.unipamplona.edu.co/ojs_viceinves/index.php/CDH/article/view/2916
- Pérez-Reyes, G. Viviana., Gómez-Rojas, Elsa., & Romero-Ruiz, M. L. (2023). Diseño de un Tablero de Comunicación para suplir las 14 Necesidades Humanas según la Teoría de Virginia Henderson en el contexto Hospitalario. *DELFIN*.
- Poccioni-Maria Teresa. (2019). *La Comunicación en hospitales: enfoques y perspectivas* [Universidad Nacional de la Plata]. In 2019. <https://doi.org/10.24215/16696581e189>

- RR, H., RM, A., KNT, B., KR, D., & C, B. (2019). Improving Patient Safety and Patient-Provider Communication. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 4(5), 1489–1491. https://doi.org/10.1044/2019_PERSP-19-00134
- Rueda Castro, L., Gubert, I. C., Duro, E. A., Cudeiro, P., Sotomayor, M. A., Benites Estupiñan, E. M., López Dávila, L. M., Farías, G., Torres, F. A., Quiroz Malca, E., & Sorokin, P. D. (2018). Humanizar la medicina: un desafío conceptual y actitudinal. *Revista Iberoamericana de Bioética*, 8(8), 01–15. <https://doi.org/10.14422/RIB.I08.Y2018.002>
- Simmons-Mackie, N., King, J. M., Beukelman, D. R., & Nina Simmons-Mackie, by. (2013). *Supporting communication for adults with acute and chronic aphasia*. <https://brookespublishing.com/wp-content/uploads/2021/06/communication-support-for-everyday-life-situations.pdf>
- Thiessen, A., Alternative, D. B.-P. on A. and, & 2013, undefined. (2015). Training communication partners of adults who rely on AAC: Co-construction of meaning. *ASHAA Thiessen, D Beukelman Perspectives on Augmentative and Alternative Communication*, 2013•ASHA, 22(1), 16–20. <https://doi.org/10.1044/aac22.1.16>
- Ull, C., Hamsen, U., Weckwerth, C., Schildhauer, T. A., Gaschler, R., Waydhas, C., & Jansen, O. (2022). Approach to the basic needs in patients on invasive ventilation using eye-tracking devices for non-verbal communication. *Artificial Organs*, 46(3), 439–450. <https://doi.org/10.1111/AOR.14082>