



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**TESINA DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TITULO DE TESINA:

**“LA COMUNICACIÓN DEL PERSONAL DE
ENFERMERÍA CON EL PACIENTE CON CAPACIDAD
SENSORIAL ESPECIAL Y SU INFLUENCIA EN EL
CUIDADO DEL USUARIO, EN EL HOSPITAL
PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA,
DURANTE EL PERIODO DICIEMBRE 2012 – MAYO
2013”.**

Autor(a): RUTH ELIZABETH YANCHAPANTA BASTIDAS

Tutor(a): MsC. CIELITO BETANCOURT

RIOBAMBA-ECUADOR

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL

La Srta. Ruth Elizabeth Yanchapanta Bastidas con CI 1804187704, egresada de la Escuela de Enfermería, de la Facultad de Ciencias de la Salud, se encuentra apta para la Defensa Pública de la Tesina titulada: **“LA COMUNICACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA CON EL PACIENTE CON CAPACIDAD SENSORIAL ESPECIAL Y SU INFLUENCIA EN EL CUIDADO DEL USUARIO, EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA, DURANTE EL PERIODO DICIEMBRE 2012 – MAYO 2013”**.

Es todo cuanto se puede certificar, autorizando a la interesada hacer uso de la presente para los trámites legales permitentes.

Lcda. Luz Lalón
Presidenta

Lcda. Mercy Santillán
MIEMBRO 2

Lcda. Cielito Betancourt
MIEMBRO 3

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Por la presente, hago constar que he asesorado y revisado la tesina de grado presentada por la Srta. Ruth Elizabeth Yanchapanta Bastidas para optar el título de Licenciada en Enfermería, ejerciendo como tutora durante la toda la etapa del desarrollo, hasta la presentación y evaluación de la presente investigación.

Riobamba,.....

.....
MsC. Cielito Betancourt
TUTORA DE TESINA

DERECHO DE AUTORÍA

Yo, Ruth Elizabeth Yanchapanta Bastidas con CI:1804187704, soy responsable de todo el contenido de este trabajo investigativo, otorgando los derechos de autoría única y exclusivamente a la Universidad Nacional de Chimborazo.

.....
Firma

DEDICATORIA

*El presente trabajo de investigación va dedicado a **DIOS** creador del cielo y la tierra quien es responsable y dueño de mi existencia.*

*A mis **padres** por haberme regalado la vida, en especial a mi **madre Rosita** por su apoyo diario, sin ella no hubiese sido posible mis triunfos.*

*A mi dulce y tierno **hijo José Andrés** por su sonrisa, ternura, sus abrazos quien es el pilar fundamental para estar donde estoy, gracias por su tiempo y paciencia por ser el impulso para terminar este trabajo. Te amo mi niño lindo.*

*A **Edgar P.** por su amor, paciencia y apoyo diario e incondicional, quien me estímulo a seguir adelante a quien llevare en mis pensamientos toda la vida. Mil gracias ¡Te amo!*

A mi abuelita Rosa, mis hermanos y tíos Mercedes y Mario quienes son un motivo más para lograr mis objetivos.

AGRADECIMIENTO

*Agradezco a **DIOS** por darme la vida, la fuerza y las motivaciones que me envía día tras día tales como mi familia, José Andrés y Edgar P.*

*A mi querida y noble **UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**, por medio de la Escuela de Enfermería me acogió en su seno y me ha permitido alcanzar una buena educación.*

*A mis queridas profesoras quienes han procurado no solo darme formación profesional si no también impregnar la calidez humana que es la clave fundamental para cuidar a nuestros semejantes e especial mí querida profesora **Lcda. Graciela Rivera** por su amistad sincera, sus consejos y sugerencias que los llevaré en mi mente, mi corazón y aplicaré en mi diario vivir.*

*A mi tutora **Lcda. Cielito Betancourt** por su colaboración en el desarrollo de este trabajo, pero también por su linda amistad.*

En fin gracias a todos; que Dios los Bendiga por toda la eternidad.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Tesina de Grado de Licenciatura en Enfermería aprobada en el nombre de la Universidad Nacional de Chimborazo, por el siguiente jurado

A los.....días del mes de..... Del 2013

CALIFICACIONES

.....

PRESIDENTE

.....

Firma

.....

MIEMBRO 1

.....

Firma

.....

MIEMBRO 2

.....

Firma

RESUMEN

Este trabajo se realizó en el Hospital Provincial General Docente Riobamba, con la finalidad de determinar los Sistemas Alternativos de Comunicación que práctica el personal de enfermería, con los pacientes con capacidad sensorial especial atendidos en el Hospital Provincial General Docente Riobamba durante el periodo diciembre 2012 – mayo 2013. Con la única finalidad de buscar una solución al problema detectado.

Es un trabajo de tipo prospectivo, transversal, se trabajó con una muestra de 78 profesionales de enfermería exclusivamente; con un diseño de investigación documental y de campo. Con la información recabada y tras estudiar a la muestra se llegó a deducir que los profesionales de enfermería que laboran en el Hospital Provincial General Docente Riobamba, posee un déficit de conocimiento en relación al Manejo de Sistemas Alternativos de Comunicación, este déficit es como resultado de una falta de autoeducación, falta de capacitación por parte de hospital y la dificultad misma de aprender estas nuevas formas de comunicación, sin embargo una parte de la muestra maneja la lengua de signos.

En base a los resultados obtenidos, tras la aplicación de la encuesta se pone a consideración una “Guía Básica para el Manejo de los Sistemas Alternativos de Comunicación Aplicables a los Pacientes con Capacidad Sensorial Especial”, donde se ilustran diferentes interrogantes y frases útiles a la hora de comunicarnos con estos pacientes en el momento de brindar cuidados de enfermería, acción emprendida con la única finalidad de elevar la calidad de servicios de enfermería a estos pacientes, que muchas veces pasan desapercibidos; finalmente pongo a vuestra consideración este trabajo.

SUMMARY

This work was performed at the Provincial General Teaching Hospital Riobamba, in order to determine Alternative Communication Systems practice nurses, with patients with special sensory ability Provincial treated at the General Teaching Hospital Riobamba during the period December 2012 - May 2013. With the sole aim of finding a solution to the problem identified.

Work is a prospective, cross, we worked with a sample of 78 nurses exclusively, with a design of desk and field research. With the information gathered, and after studying the sample it was concluded that nurses who work in the Provincial General Teaching Hospital Riobamba, has a knowledge deficit regarding the Management Alternative Communication Systems, this deficit is a result of a lack of self-education, lack of training by the hospital and the very difficult of learning these new forms of communication, however a portion of the sample sign language handles.

Based on the results obtained after the application of the survey is set to consider a "Basic Guide Management Alternative Communication Systems Applicable to Patients with Special Sensory Capacity", illustrating different questions and useful phrases to when communicating with these patients at the time of providing nursing care, action taken with the sole purpose of improving the quality of nursing care to these patients, who often go unnoticed, and finally put to your consideration this work.

ÍNDICE GENERAL

Certificación.....	i
Aceptación de la tutora.....	iii
Autoría.....	iii
Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento.....	v
Calificación del trabajo escrito.....	vi
Resumen.....	vii
Summary.....	viii
Índice general.....	ix-xii
Índice de cuadros.....	xiii

INDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN.....	1-2
CAPITULO I	
1. Problematicación.....	3
1.1. Planteamiento del problema.....	3-4
1.2. Formulación del problema.....	5
1.3. Objetivos.....	6
1.3.1. Objetivo general.....	6
1.3.2. Objetivos específicos.....	6
1.3.3. Justificación.....	7-8

CAPITULO II

2.	Marco teórico	9
2.1.	Antecedentes.....	9-10
2.2.	Breve descripción del área del estudio.....	11
2.3.	Fundamentación teórica.....	12
2.3.1.	Conocimiento de enfermería.....	12-13
2.4.	La comunicación.....	13
2.4.1.	Elementos de la comunicación.....	13
2.4.2.	Proceso de comunicación	14
2.4.3.	Tipos de comunicación.....	14
2.4.4.	Comunicación verbal.....	14
2.4.5.	Formas de la comunicación verbal.....	15
2.4.6.	Características de la comunicación verbal.....	15
2.4.7.	La comunicación no verbal.....	15
2.4.8.	Sistema Alternativos y Aumentativos de Comunicación (SAACS).....	16
2.4.9.	Sistemas Alternativos.....	16
2.4.10.	Sistemas Aumentativos.....	16
2.4.11.	Características de los SAACS.....	17
2.4.12.	Objetivos principales de los SAACS.....	17
2.4.13.	Ventajas de los SAACS.....	17
2.4.14.	Desventajas de los SAACS.....	18
2.4.15.	Usuarios de los SAACS.....	18
2.4.16.	Tipos de SAACS.....	19
2.4.17.	SAACS con ayuda	19-23
2.4.18.	SAACS sin ayuda.....	24-28
2.4.19.	La comunicación para los pacientes con capacidad sensorial especial.....	29
2.4.20.	Comunicación de enfermería y el paciente con capacidad sensorial especial.....	29-30
2.5.	Capacidad especial.....	31
2.5.1.	Capacidad sensorial especial.....	31
2.5.2.	Clasificación de las capacidades sensoriales especiales.....	31
2.5.3.	Capacidad sensorial especial visual.....	31
2.5.4.	Clasificación de las capacidades sensorial especial de tipo visual según Olenbrander (1977).....	32
2.5.5.	Causas de las alteraciones visuales.....	33
2.5.6.	Capacidad especial auditiva.....	33

2.5.7. Clasificación de la capacidad sensorial especial auditivas.....	34
2.5.8. Clasificación audiológica.....	34
2.5.9. Causas de capacidad especial auditiva.....	35
2.5.10. Capacidad especial del lenguaje o verbal.....	35
2.5.11. Clasificación de la capacidad sensorial especial del lenguaje.....	35-36
2.5.12. Causas de capacidad especial del lenguaje.....	37
2.5.13. Capacidad sensorial especial combinada.....	37
2.6. Paciente con capacidad sensorial especial en el Ecuador.....	38
2.7. Atención de Enfermería.....	39
2.7.1. Modelo Enfermero según Virginia Henderson.....	39
2.7.2. Postulados.....	39-40
2.7.3. Valores.....	41
2.7.4. Necesidades según el modelo de Virginia Henderson.....	41-44
2.7.5. Proceso de Atención de Enfermería aplicado al modelo de V. Henderson.....	44-45
2.7.6. Etapas del Proceso de Enfermería.....	45
2.8. Atención sanitaria a los pacientes con capacidad sensorial especial.....	46
2.8.1. Cuidados de enfermería tonificantes.....	47
2.9. Definición de Términos.....	48-50
2.10. Hipótesis y Variables.....	51
2.10.1. Hipótesis.....	51
2.10.2. Variables.....	51
2.10.2.1. Variable Independiente.....	51
2.10.2.2. Variable Dependiente.....	51
2.11. Operacionalización de Variables.....	52-54

CAPÍTULO III

3. Marco metodológico.....	55
3.1. Método científico.....	56
3.1.1. Tipo de investigación.....	56
3.1.2. Tipo de estudio.....	56
3.1.3. Diseño de la investigación.....	56

3.2. Población y muestra.....	57
3.2.1. Población.....	57
3.2.2. Muestra.....	57
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	58
3.4. Técnicas y procedimientos para el análisis de resultados.....	58
CAPÍTULO IV	
4. Análisis e interpretación de resultados de la encuesta aplicada al Personal de Enfermería.....	59-68
CAPÍTULO V	
5. Conclusiones y Recomendaciones.....	69
5.1. Conclusiones.....	69-70
5.2. Recomendaciones.....	71
CAPÍTULO VI	
6. Lineamientos alterativos.....	72
6.1.1. Diseño de una guía básica que facilite la comunicación durante la intervención de enfermería.....	72
6.2. Tema.....	72
BIBLIOGRAFÍA	73-76
ANEXOS	77

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

TABLA N°1 Y GRAFICO N° 1

Modelos de Valoración al Paciente.....59-60

TABLA N° 2 Y GRAFICO N° 2

Atención en la Parte Comunicativa.....61

TABLA N°3 Y GRAFICO N° 3

Atención en el Nivel Funcional.....62

TABLA N° 4 Y GRAFICO N° 4

Grado de Alteración Visual y Dificultad para Emprender la Comunicación.....63

TABLA N°5 Y GRAFICO N° 5

Grado de Alteración Auditiva y Dificultad para Emprender la Comunicación.....64

TABLA N°6 Y GRAFICO N° 6

Grado de Alteración del Lenguaje y Dificultad para Emprender la Comunicación.....65

TABLA N° 7 Y GRAFICO N° 7

Tipo de Capacidad Sensorial Especial Combinada y Dificultad para Emprender la Comunicación.....66

TABLA N°8 Y GRAFICO N° 8

Importancia de la Comunicación e Información Percibida por los Profesionales de Enfermería.....67

TABLA N° 9 Y GRAFICO N° 9

Sistema Alternativo de Comunicación Aplicados por la Enfermera.....68

INTRODUCCIÓN

La comunicación es el proceso mediante el cual el profesional de enfermería establece una relación con el paciente. Para que esta comunicación sea efectiva es necesaria e importante que se tome en cuenta todas las características que se puedan observar en el paciente, tales como edad, sexo, nivel educativo, forma comunicativa que maneja el paciente en el caso de que el paciente viva con algún tipo de capacidad sensorial especial. Una vez que todas esas características sean tomadas en cuenta se puede tomar estrategias para acercarnos a él y establecer una comunicación adecuada, que podría ser aplicar ciertos Sistemas Alternativos de Comunicación desarrollados para este tipo de pacientes; procurando que el paciente sienta confianza, seguridad y apoyo afectivo de parte del profesional de enfermería¹ (Bermudez, 2006)

En el siguiente estudio investigativo se pretende determinar los Sistemas Alternativos de Comunicación que practica el profesional de enfermería, con los pacientes con capacidad sensorial especial atendidos en el Hospital Provincial General Docente Riobamba durante el periodo diciembre 2012 – mayo 2013, además buscar alternativas de solución ante este problema.

La presente investigación se estructuró en seis capítulos que se detalla a continuación:

El capítulo I: Se expone la fase de problematización, donde se realizó un análisis de diferentes fuentes informativas, donde se ilustra cómo está actualmente la comunicación del profesional de enfermería con los pacientes con capacidad sensorial especial a nivel mundial, nacional, y dentro del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

¹<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewFile/2924/2558>

El capítulo II: Este capítulo hace referencia Marco Teórico, mismo que se explica, los antecedentes relacionados al tema investigado y fundamentación teoría, dentro de la cual se pone consideración los siguiente temas, conocimiento enfermero; la comunicación, proceso comunicativo, tipos de comunicación y sus características; Sistemas Alternativos de Comunicación, tipos, características, objetivos, ventajas y desventajas; análisis de la comunicación para los pacientes con capacidad sensorial especial, comunicación de enfermería; capacidad sensorial especial, clasificación, causas; el paciente con capacidad sensorial especial en el Ecuador, Modelo de atención de Enfermería según Virginia Henderson , Necesidades que propone dicho modelo, cuidados de enfermería tonificante, definición de términos básicos, planteamiento de hipótesis y variables y cuadro de operacionalización de variables.

El capítulo III: concierne al diseño metodológico, aquí se explica el tipo de investigación, diseño, población y muestra así como también procedimientos de recolección y análisis de datos.

El capítulo IV: se presenta los resultados de la investigación, como respuesta a la encuesta aplicada a los profesionales de enfermería que laboran en el Hospital Provincial General docente Riobamba, y análisis de las tablas y gráficos.

El capítulo V: se exponen las conclusiones y recomendaciones a las que se llegó al finalizar el estudio cada uno de ellos relacionados con los objetivos e hipótesis propuestos al inicio de la investigación.

El capítulo VI: se expone una breve descripción de la guía básica propuesta, para atender la comunicación con el paciente con capacidad sensorial especial al momento de brindar los cuidados enfermeros. Por último se exhibe la bibliografía revisada y los anexos.

CAPITULO I

1. PROBLEMATIZACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cada individuo es un ser único, con sus propias costumbres, manías y obviamente con diversas formas de comunicarse de tal forma que su desenvolvimiento en su vida también es diverso, así las personas con capacidad sensorial especial han adquirido una forma no verbal de comunicarse.

Para los profesionales de enfermería que presenten un déficit de conocimientos referente a la comunicación con los pacientes que manifiesten capacidades sensoriales especiales la comunicación podría parecer una forma comunicativa poco entendible o incluso incomprensible de existir este déficit de conocimientos puede reflejarse en la distorsión de la relación enfermero – paciente.

A nivel mundial los profesionales de enfermería se desenvuelven en diferentes niveles de la atención sanitaria, y por lo general son el primer contacto con el paciente, a pesar de ello pocos son los países que han tomado la iniciativa de incentivar en sus profesionales el interés de aprender formas comunicativas diferentes a la verbal para poder entender y atender las inquietudes que presentan los pacientes con capacidad sensorial especial; ejemplo de países que están tomando esta iniciativa son: España, México, Chile y EEUU que incentivan a sus profesionales de Enfermería a aprende la lengua de signos, según indica la bibliografía revisada.²(Cazar, 2001)

²http://www.icevi.org/latin_america/publication/quito_conference/análisis_de_la_situacion_de_las_.htm

En el Ecuador por medio Vicepresidencia de la República se trabaja en la inclusión laboral, educativa; mientras que en coordinación con el MSP del Ecuador en el área de la salud trata de brindar atención integral y accesible a los servicios ofertados; también se fortalecen Programas como los de inmunización, atención prenatal y post-natal, Programa Nacional de Genética Humana a fin de prevenir las discapacidades, distribución de medicamentos e insumos gratuitos como prótesis y ayudas técnicas sin dejar un lado la ayuda psicológica de estos pacientes y sus familiares.³ (Mena, 2012),⁴ (CONADIS, 2012).

En el Hospital Provincial General Docente Riobamba, igual que las diferentes casas de salud del país, ha priorizado la atención a todas las personas con algún tipo de capacidad especial, entre ellas a las de tipo sensorial. Los pacientes con capacidad sensorial especial que acuden a este Hospital, reciben atención integral, individualizada, apropiada y continua acoplado a su contexto socio-cultural, igual que otros pacientes. Además el departamento de Trabajo Social identifica, investiga, estudia y trata de resolver los problemas socioeconómicos que afecten la salud de paciente y cuando es necesario, coordina con instituciones de carácter social y asistencial que puedan prestar ayuda al paciente..

Sin embargo en lo referente a comunicación con estos pacientes no se ha trabajado pues generalmente se ha observado que son ignorados, relegados ,referidos a otras instancias, o reciben respuestas que no parecen satisfacer las necesidad de estos pacientes, por ejemplo cuando llega un paciente de este grupo de estudio y se acerca a una enfermera, este parece no entender y/o no hacerse entender, a veces lo envía con otra compañera para que trate de responder sus dudas o comprender sus necesidades; pero también hay casos en que la enfermera tiene toda la intención de

³http://www.ciudadaniainformada.com/noticias-ciudadania-ecuador0/noticias-ciudadania-ecuador/ir_a/ciudadania/article//aprobada-ley-de-discapacidades-que-brinda-beneficios-a-este-sector.html

⁴<http://www.conadis.gov.ec/legislacion/ley.html>

emprender dialogo con estos pacientes, pero por las aparentes limitaciones comunicativas del profesional no permiten, lo que influye directamente en la calidad de servicios que oferta esta casa de salud.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿INFLUYE LA COMUNICACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO A LOS PACIENTES CON CAPACIDAD SENSORIAL ESPECIAL, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA, DURANTE EL PERIODO DICIEMBRE 2012 – MAYO 2013?

1.3. OBJETIVOS.

1.3.1. OBJETIVO GENERAL:

- Determinar los Sistemas Alternativos de Comunicación que práctica el personal de enfermería, con los pacientes con capacidad sensorial especial atendidos en el Hospital Provincial General Docente Riobamba durante el periodo diciembre 2012 – mayo 2013.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar el conocimiento de enfermería en relación a la comunicación con el paciente con capacidad sensorial especial.
- Evaluar la capacidad comunicativa del personal de enfermería que labora en esta unidad de salud.
- Identificar la respuesta de los pacientes con capacidad sensorial especial, frente al lenguaje practicado por el personal de enfermería.
- Diseñar una guía básica que facilite la comunicación entre la enfermera y el paciente con capacidad sensorial especial, a la hora brindar cuidados enfermeros.

1.3.3. JUSTIFICACIÓN

Los futuros profesionales de enfermería, a más de su formación técnica, científica deben también desarrollar las habilidades y destreza para saber interpretar lo que un paciente nos quiere expresar aun en ausencia de las palabras.

Es importante y necesario investigar acerca de los conocimientos que poseen las /los enfermeras (os) a la hora de entablar comunicación y dar cuidados de enfermería, a esta población específica; se cree que es necesario que la enfermera tenga conocimientos de formas comunicativas diferentes a la verbal, de tal forma que esté preparado para establecer una comunicación adecuada con estos pacientes, de forma que se logre una relación enfermera – paciente de confianza, así poder atender y cubrir las necesidades del paciente.

La razón por la que se investiga este tema es tras comprender que la capacidad sensorial especiales es una realidad, existiendo una población considerable según los registros del Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS); a pesar de todo ello no se ha trabajado con enfermería en el ámbito de la comunicación alternativa a la verbal para atenderlos.

Se realiza esta investigación en vista de que existe un número considerable de pacientes con capacidad sensorial especial en la provincia de Chimborazo que alguna vez se han visto con la necesidad de acudir a esta casa de salud en busca de asistencia sanitaria, además en escasas o nulas ocasiones se ha estudiado cuanto sabe o como establece una comunicación la enfermera y el paciente con capacidad sensorial especial.

A nivel global, la profesión de enfermería en países desarrollados, están tomando conciencia de la importancia para la profesión de identificarse y adquirir conocimientos relacionados con la comunicación con los pacientes con capacidades sensoriales especiales, por tal razón se pretende trabajar con el personal de

enfermería del Hospital Provincial General Docente Riobamba, ya que se ha evidenciado que los pacientes o familiares que padecen de capacidad sensorial especial son ignorados o respondidos con gestos, u expresiones no habladas que no parecen ser una respuesta agradable y/o clara para ellos; conviene indicar que trabajar con enfermería en este campo es una muestra de calidad de servicios.

La investigación es factible por que se cuenta, con la documentación bibliográfica necesaria para sustentar la parte científica del estudio, con esta investigación se quiere aportar información basadas en el método científico que sean reales y útiles para el lector siendo la primera y principal finalidad investigar la comunicación del personal de enfermería con el paciente con capacidad sensorial especial y su influencia en el cuidado del usuario.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

No se ha identificado estudios similares en la Biblioteca de la Universidad Nacional de Chimborazo pero a nivel nacional e internacional se ha ubicado estudios similares al tema propuesto, estos estudios no se relacionan en su totalidad con el tema, más bien son temas revisados por separado o con una perspectiva más global entre ellas las que se menciona a continuación:

“Intervención de Enfermería en el Fortalecimiento de Atenciones de Cuidado de Enfermería a Personas Discapacitadas” que se ha realizado una investigación en el área de cobertura del sub-centro de salud Buena Fe del cantón Buena Fe, provincia de los Ríos. Cuyo objetivo es Determinar las intervenciones de enfermería en el fortalecimiento de atenciones a personas discapacitadas en el área de cobertura del Sub-centro de Salud de Buena fe, en el primer semestre del 2010. ⁵(Hernández, 2010)

“Comunicación Gestual y Discapacidad” estudio realizado por: José Hoover Vanegas, Fabiana Marín Mejía, cuyo objetivo es realizar un acercamiento a la teoría de la comunicación y la semiótica, desde sus tres rutas: la semántica, la sintáctica y la pragmática, con lo cual se pretende una revisión del proceso de comprensión del signo a partir de estas dimensiones.⁶ (José Hoover Vanegas, 2010)

“El uso del cine como estrategia de enseñanza-aprendizaje de las personas con discapacidad: la percepción de los alumnos de enfermería”. Esc. Anna Nery [online]. 2012, vol.16, n.2, pp. 297-305. ISSN 1414-8145. El objetivo de este

⁵<http://repositorio.utn.edu.ec/simple-search?query=tesis+enfermeria>

⁶[http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista15\(2\)_11.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista15(2)_11.pdf)

estudio es desarrollar una estrategia para la enseñanza/aprendizaje de las personas con discapacidades sensoriales y el registro sobre la percepción de los estudiantes de enfermería de la universidad sobre el uso de películas como parte del proceso de la estrategia de enseñanza/aprendizaje sobre personas con deficiencia sensorial visual, auditiva y del habla.⁷ (Nery, 2012)

“Comunicación del Profesional de Enfermería con Pacientes que tienen Dificultad en la Expresión verbal por Sordera” realizado por: Blanca Cecilia Vanegas, Luz Helena Castro, Mercy Paola Páez, NorlisSulai Ramírez, Lorena Julie Salcedo que fue un “estudio con abordaje cualitativo y enfoque fenomenológico, se llevó a cabo con el propósito de determinar la manera como se realiza la comunicación del profesional de enfermería con pacientes que tienen dificultad en la expresión verbal por sordera.”⁸ (Vanegas, 2008)

“La Comunicación, Instrumento Básico En Enfermería” cuyo autor es Marielo Espina Eizaguirre; Las enfermeras del Hospital de Getafe hablarán en lengua de signos, El Hospital Universitario de Getafe ha iniciado, por vez primera en la región, la formación del personal de enfermería en lenguaje de signos, con el objetivo de favorecer la integración de los pacientes con discapacidad auditiva en el sistema sanitario...⁹ (Sinova, 2009)

“Estrategias de comunicación para el personal de Enfermería que atiende personas sordas” por Ma. Cristina Méndez Blanco, Ericka Ortiz López, Alejandra

⁷<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000200013>

⁸http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen3/comunicacion_profesional_enfermeria_pacientes_dificultades_expresion_verbal_sordera.pdf

⁹ (<http://www.elmundo.es/elmundo/2009/05/11/solidaridad/1242055269.html>)

Venegas López estudio realizado en el Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera. San José, Costa Rica.¹⁰ (Méndez, Ortiz, & Venegas, 2011)

2.2. BREVE DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DEL ESTUDIO

El Hospital Provincial General Docente Riobamba se encuentra localizada en la provincia de Chimborazo, Cantón Riobamba, Parroquia Veloz, en las calles Juan Félix Proaño s/n y Chile.

Esta casa de salud inicio sus actividades en mayo de 1952 como un Hospital General incompleto puesto a que ofertaba solamente tres servicios como son Cirugía, Medicina Interna y Obstetricia pero esta unidad carecía del servicio de pediatría que era ofertado por el Hospital Pediátrico “Alfonso Villagómez”.

Es una unidad de segundo nivel del Sistema Nacional de Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador desarrolla actividades de docencia e investigación en salud en coordinación con las diferentes escuelas y facultades de la universidades del país.

Brinda atención en los siguientes servicios: Vacunación, Cirugía, Pediatría, Medicina Interna, Clínica De Heridas, Clínica del VIH, Centro Obstétrico, Centro Quirúrgico,. Control De Tuberculosis, Educación Para La Salud, Gineco - Obstetricia, Trabajo Social, Nutrición, Unidad de Medicina Crítica y más servicios complementarios. ¹¹(H.P.G.D.Riobamba).

¹⁰<http://www.latindex.ucr.ac.cr/enf21/enf-21-02.pdf>

¹¹<http://hospitalriobamba.gob.ec/servicios>

2.3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.3.1. CONOCIMIENTO DE ENFERMERÍA

Las diversas corrientes sobre el conocimiento, tanto en la antigüedad como en el presente, dan la pauta para determinar lo importante que es el saber y estos contenidos dan bases al pensamiento científico y con ello forman el conocimiento humano. El conocimiento brinda diversos conceptos y teorías que estimulan el pensamiento humano creativo, guían la enseñanza y la investigación, lo que permite generar nuevos conocimientos. Por lo que el conocimiento debe ser eje de interés en la formación de las enfermeras, aunado al desarrollo de habilidades y destrezas con lo que se forma la capacidad de los profesionales en esta área, lo que sin duda les guiará a ser excelentes. En la experiencia, las enfermeras que atienden al ser humano con problemas de salud, frecuentemente se preguntan si actuaron e hicieron todo lo posible ante las situaciones que presenta el enfermo, y si en su actuar aplicaron sus conocimientos para el bien del enfermo, estas interrogantes las mantendrán interesadas en la búsqueda de información y conocimientos nuevos por medio de sistemas clásicos y de vanguardia.

Estos conocimientos fundamentan su saber y les permiten enfrentar los diversos problemas clínicos, además de facilitar la implementación de los procesos de enfermería. En el siglo pasado los conocimientos tenían un proceso lento, pero a partir del descubrimiento de las causas de las enfermedades, ayudaron y marcaron que la atención de enfermería tiene como base el conocimiento científico y en el desarrollo de teorías y modelos que han intentado explicar un conocimiento más profundo del cuidado enfermero. La profesionalización de enfermería está basada y enfocada en los aspectos culturales, científicos y humanísticos y es lo que hace su cambio diario, continuo y trascendente en la atención, que apoya el proceso de cuidar, por lo que la actualización con diversas herramientas, más la investigación y la experiencia obtenidas, son una

fuerza inagotable de conocimientos para la enseñanza en las áreas donde realiza sus actividades diarias incrementando la seguridad en sus acciones.

Con los conocimientos también se mide el impacto de las acciones en la atención tomando nuevas direcciones y decisiones, las cuales evalúa de acuerdo con las necesidades del enfermo y la evolución para asegurar una óptima atención de calidad. La disciplina de ampliar los conocimientos da fortalezas que afianzan el poder continuar perfeccionando la práctica diaria y optimizando los cuidados con resultados satisfactorios.¹²(Montesinos, 2002)

2.4. LA COMUNICACIÓN

Consideramos la comunicación, o mejor dicho el acto de comunicar, como un proceso mediante el cual se trasfiere una idea o mensaje desde una fuente, que se denomina emisor, a un receptor, con la intención de modificar su comportamiento, generándose a su vez un proceso de retroalimentación que posibilite influencias recíprocas.

Este intercambio de mensajes se realizará si se utilizan códigos similares por ambas partes, y se hará mediante la utilización de un canal.

La comunicación es la base para establecer relaciones con otras personas; por este motivo, los profesionales sanitarios también deben estar entrenados para establecer intervenciones comunicativas adecuadas a las características y necesidades del usuario con capacidad sensorial especial.¹³(Sendra, 2009)

2.4.1. ELEMENTOS DE LA COMUNICACIÓN

¹²http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=1163&id_seccion=161&id_ejemplar=152&id_revista=33

¹³ “Apoyo Psicológico, Atención Racional y Comunicativa en Instituciones”, Judith Andrés Sendra. España, Editorial Vigo, 2009.

- **Emisor:** La persona que pretende emitir un mensaje.
- **Receptor:** La persona que recibe el mensaje.
- **Mensaje:** Contenido de la información que se envía.
- **Canal:** Medio por el que se envía el mensaje.
- **Código:** es el conjunto de signos, claves, imágenes y reglas empleadas para enviar el mensaje.
- **Contexto:** Situación en la que se produce la comunicación.

2.4.2. PROCESO DE COMUNICACIÓN

El proceso de comunicación supone la intervención activa, de forma dinámica, de todos los elementos descritos anteriormente, creando una secuencia organizada en la que todos intervienen en mayor o menor grado, en uno o varios momentos de esa secuencia.

Para que se produzca éste proceso descrito de forma exitosa, es fundamental que el emisor, inicialmente, tenga una serie de objetivos a alcanzar, debiendo ser capaz de definirlos con claridad. Una vez que el emisor sepa que quiere comunicar, se deben codificar las ideas, sentimientos o pensamientos que quiera transmitir, adaptándolos al código que se haya previsto utilizar por ejemplo el uso de la lengua de señas como una forma de transmitir el mensaje.

Sin embargo, cabe importante indicar que este proceso de la comunicación no verbal, el movimiento de manos y todo tipo de expresión corporal, forma parte importante dentro de este proceso de comunicación.¹⁴(Agencia Valenciana de Salud, 2006)

2.4.3. TIPOS DE COMUNICACIÓN

¹⁴<http://health.cat/open.php?url=http://comsalud.umh.es/files/2011/12/Tecnicas-comunicacion-enfermeria.pdf>

2.4.4. COMUNICACIÓN VERBAL

Es el uso de las palabras para la interacción entre los seres humanos, el lenguaje propiamente dicho, expresado de manera hablada o escrita. Constituye un nivel primario de comunicación y se centra en “lo que se dice”.

2.4.5. FORMAS DE LA COMUNICACIÓN VERBAL

La comunicación verbal puede realizarse de dos formas:

- **Oral:** a través de signos orales y palabras habladas.
- **Escrita:** por medio de la representación gráfica de signos.

2.4.6. CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNICACIÓN VERBAL

- Lo comunicado se vincula al objeto de modo claro.
- Lo que se transmite se hace mediante palabras inteligibles para el receptor.
- Utiliza conceptos.
- Los mensajes que envía son mensajes de contenido.
- Es un vínculo de transmisión de cultura.
- Cuando se transmite un sentimiento o una emoción se hace expresando el estado de ánimo con palabras.¹⁵(INDEX, 2008)

2.4.7. LA COMUNICACIÓN NO VERBAL

Es la Transmisión de mensajes sin usar palabras a través del tacto, mirada y expresiones faciales de la enfermera hacia el paciente.

La comunicación no verbal se realiza a través de múltiples signos de gran variedad como son las imágenes sensoriales, sonidos, gestos, movimientos corporales; esta comunicación es tan eficaz como las palabras habladas. La gente ignora los mensajes no

¹⁵http://www.ecured.cu/index.php/Comunicaci%C3%B3n_verbal

verbales debido a que nos encontramos acostumbrados a una comunicación verbal - auditivo, este tipo de comunicación envía mensajes por medio de signos o movimientos corporales los cuales tiene gran significado para los usuarios de este tipo de comunicación; que nos serían muy útiles durante la atención sanitaria y el desenvolvimiento mismo del paciente.

2.4.8. SISTEMA ALTERNATIVOS Y AUMENTATIVOS DE COMUNICACIÓN (SAACs)

La comunicación puede realizarse de forma verbal y no verbal. El lenguaje verbal oral es una de las formas básicas de comunicación del ser humano. Para que podamos comunicarnos con este lenguaje es necesario compartir con otras personas un código común que nos permita relacionarnos con ellas y transmitir informaciones, expresar ideas y sentimientos.

Se define así a todo sistema de comunicación que no utilice palabras articuladas pero que tenga suficiente nivel de estructuración convencionalizada para transmitir información.¹⁶(Protocolo.org, 2012)

2.4.9. Sistemas Alternativos

Se refiere a cualquier sistema de comunicación o sistema de signos y símbolos desprovisto de del componente fonético del lenguaje, es decir, cualquier forma de comunicación que no sea el habla. Los signos manuales, gráficos o la propia escritura son sistemas de comunicación alternativos.

2.4.10. Sistemas Aumentativos

¹⁶http://www.protocolo.org/social/conversar_hablar/comunicacion_no_verbal_la_importancia_de_los_gestos_i.html

Es aquella que sirve de refuerzo o ayuda con el propósito de facilitar o promover los recursos del habla. La gran mayoría de los sistemas alternativos de comunicación también se consideran aumentativos, ya que estos sirven de refuerzo y facilitan habilidades intelectuales relacionadas con la adquisición del lenguaje. ¹⁷(F. Alcantud, 2002)

2.4.11. Características de los SAACs

- Promueven la emisión de mensajes
- Incrementan la motivación e iniciativa hacia la comunicación
- Permite expresar las necesidades básicas y estados de ánimo, así como una opinión acerca de un tratamiento o cuidado concreto
- Favorecen la capacidad de expresión

2.4.12. Objetivos principales de los SAACs

- Proporcionar a una persona no hablante un medio eficaz de comunicación de modo que pueda convertirse en comunicador activo ya sea temporal o a largo plazo.
- Posibilitar la capacidad de comunicación o aumentar la fluidez comunicativa del sujeto.
- Dar lugar a una calidad de vida superior que permita desarrollar la autonomía personal y favorecer la autoestima.

2.4.13. Ventajas de los SAACs

¹⁷“TECNOLOGÍAS DE AYUDA EN PERSONAS CON TRANSTORNO DE COMUNICACIÓN”, F. Alcantud. F. Soto, Editorial Nau Libres Valencia 1991.

- Contribuyen a desarrollar estrategias de comunicación y a mejorar el lenguaje oral (cuando sea posible).
- Posibilitan la socialización de la persona, ya que mejoran las relaciones interpersonales y la competencia social del paciente.
- Reducen la ansiedad del paciente
- Evitan el aislamiento y mejoran la interacción comunicativa.

2.4.14. Desventajas de los SAACs

- Si el SAAC presenta cierta dificultad, es preferible reducir los interlocutores
- Poseen una uni-direccionalidad comunicativa
- Por su complejidad, la dificultad cognitiva de los enunciados disminuye
- Perjudican, por su comodidad, el desarrollo de la capacidad verbal oral
- Son lentos y requieren una amplitud de memoria
- Se necesita conocer los SAACs por parte de los interlocutores para poder comunicarse entre ellos.

2.4.15. Usuarios de los SAACs

Se encuentran agrupados por los diferentes tipos de trastornos que presentan, los cuales tienen la necesidad de utilizar la comunicación aumentativa o alternativa de forma transitoria o permanente.

Personas con discapacidad física:

- Secuelas de parálisis cerebral

- Traumatismos craneoencefálicos
- Malformaciones cráneo-faciales
- Enfermedades neuromusculares progresivas

Personas con discapacidad intelectual, cognitiva y física

- Discapacidad cognitiva y/o trastornos del lenguaje
- Trastornos graves del desarrollo
- Autismo
- Personas con pluri deficiencias

Personas con discapacidad sensorial

- Sordera
- Ceguera
- Sordo ceguera
- Sordo mudo

2.4.16. Tipos de SAACs

Existen dos grupos claramente diferenciados: los sistemas con ayuda y los sistemas sin ayuda. Se clasifican dependiendo de si hacen uso de soportes o no, y la elección de un tipo de SAACs u otro se verá reflejado dependiendo de la necesidad de la persona.

2.4.17. SAACS CON AYUDA

Se denomina Sistemas Alternativos de Comunicación con ayuda cuando se necesitan recursos técnicos y externos, al margen de la intervención del propio cuerpo, para indicar actos de comunicación. La comunicación con ayuda presenta características específicas que la diferencian de la comunicación sin ayuda:

- Las personas que las utilizan no manifiestan una destreza motriz especial.
- La capacidad y la riqueza comunicativa dependen de las destrezas y habilidades cognitivas de las personas que la utilizan.
- Los actos comunicativos se producen de forma demasiado lenta, hecho que impide la eficacia e inmediatez comunicativa.
- Garantiza y facilita al interlocutor la comprensión de los actos comunicativos del usuario.

Se destacan:

- A. El sistema Bliss
- B. El sistema SPC
- C. Sistema Braille

A.- Sistema Bliss.

Creado por Charles Bliss en 1949, nace como un código a través del cual puedan comunicarse todas las personas. Posteriormente se empezó a utilizar con personas con limitaciones graves en la comunicación. Se basa en la combinación de formas geométricas sencillas que deben dibujarse sobre papel. Para poder seguir las normas ortográficas del sistema, se recomienda el uso de las plantillas del dibujo de símbolos Bliss, aunque actualmente son difíciles de encontrar. El sistema Bliss sugirió una codificación de las diferentes categorías de palabras por colores, para reforzar la escritura sintáctica. El Sistema Bliss es muy útil cuando el usuario tiene buenas capacidades comunicativas, una buena capacidad visual, pero no ha conseguido dominar la lectura – escritura.

Este sistema gráfico representa una forma comunicativa con una gran simplicidad y no es necesario saber leer para usarlos. En la pre-lectura, el Bliss puede usarse para identificar objetos sencillos y expresar ideas y sentimientos.

Las personas con discapacidad, con un adiestramiento previo, son capaces de utilizar este método con mucha habilidad, por medio de tableros convencionales, que presentan entre 150 y 400 símbolos, según la necesidad del usuario de éste método.

Se utiliza muy frecuentemente en personas que presentan dificultades de la expresión oral y que sean susceptibles de nuevos aprendizajes. Se ha aplicado a personas con parálisis cerebral, como así también a personas deficientes mentales, afásicas y sordas.

Características del BLISS.

- Indicado para personas que aún no están preparadas para la utilización del alfabeto gramatical y necesitan un vocabulario extenso.
- Permite crear nuevos símbolos combinando un vocabulario extenso.
- Es de fácil memorización, dado que incluye símbolos pictóricos.
- Contribuye a mejorar el desarrollo global del niño o del sujeto que lo utilice.
- Como buen sistema aumentativo de comunicación, posibilita la interacción en el medio, con lo cual aumenta la estima personal social del usuario.
- Se agrupan en categorías, que se identifican por colores:
 - Nombres: naranja.
 - Personas: amarillo.
 - Verbos: verde.
 - Adjetivos: azul.
 - Sociales: rosa.¹⁸

¹⁸http://www.espaciologopedico.com/articulos/articulos2.php?id_articulo=138

BLISS, es un sistema logográfico de uso libre que utiliza dibujos geométricos



B.- Sistema de Símbolos Pictográficos para la Comunicación (SPC)

Los Símbolos Pictográficos para la Comunicación, representan de una forma bastante clara las palabras y conceptos más habituales en la comunicación cotidiana.

Está especialmente indicado para personas que, debido a su discapacidad (Autismo, PCI, daño cerebral, discapacidad sensorial) tienen limitadas sus competencias comunicativas: manifiestan un nivel de lenguaje simple, un vocabulario limitado y elaboran estructuras de frases muy cortas.¹⁹

Actualmente, este sistema dispone de unos 3000 iconos y aporta recursos para poder ampliarlos a las necesidades de los usuarios.

¹⁹http://www.esaac.org/index.php?option=com_content&task=view&id=35&Itemid=45

SPC

(Sistema Pictográfico de Comunicación)

Personas					
Verbos					
Descriptivos					
Nombres					
Miscelánea	5	A		Jueves	
Social					

C.- El sistema Braille

Este es un sistema creado por Louis Braille, que quedó ciego a causa de un accidente a temprana edad, ideó un método basado en puntos sobre elevados en el papel que mejoraba la velocidad de lectura sobre el sistema de leer las letras completas sobre elevadas.

Es un código de escritura diseñado para que personas con ceguera puedan leer a través del tacto. El sistema se basa en una cuadrícula de seis puntos dispuestos de forma vertical, en dos columnas de tres puntos cada una. Los puntos se numeran hacia abajo, siendo los puntos uno, dos y tres los de la primera columna, y los cuatro, cinco y seis los de la segunda columna.

La lectura se realiza a través del tacto con las yemas de los dedos, desplazándose de izquierda a derecha, y el resultado de su lectura es un literal de la lengua que se trate. Al contrario de lo que ocurre en, por ejemplo, la lengua de signos, que posee su propia gramática y estructura, y por tanto se trata de un idioma, el braille es una forma decodificación de una lengua ya existente.



2.4.18. SAACS SIN AYUDA

Es este caso, es la propia persona usuaria la que formula y elabora los modos de comunicación. También es ella misma la que produce los mensajes a partir de su propio cuerpo y sin intervención de elementos externos. Presenta las siguientes características:

- Tanto el usuario como el interlocutor necesitan destrezas motrices importantes.
- Ambos han de conocer el código de comunicación empleado.
- Se consigue rapidez y eficacia en la comunicación empleado.
- Los modos de comunicación usados promueven y favorecen el desarrollo comunicativo y lingüístico.
- El aprendizaje del sistema de comunicación utilizado es difícil.

Son mecanismos mediante los cuales las personas con alguna deficiencia o carencia lingüística pueden mejorar su comunicación sin hacer uso de apoyos externos a la persona. Están estrechamente ligados a la educación y reeducación de las personas con

sordera profunda pre-locutiva con el objetivo principal de desarrollar la lengua oral y, posteriormente, la lengua escrita.²⁰(Bellacasa, 1995)

Se destacan:

- A. El sistema bimodal
- B. El alfabeto dactilológico
- C. La palabra complementada
- D. La lengua de signos
- E. El dedo como lápiz

²⁰<http://patirequete.wordpress.com/mi-web/indice/sistemas-alternativos-y-aumentativos-de-comunicacion-saacs/>

A. SISTEMA / COMUNICACIÓN BIMODAL

El término bimodal fue introducido por Schlesinger (1978) para designar la asociación de dos modalidades: signada y hablada. La comunicación es bimodal cuando simultáneamente se emplea el habla junto a signos; es decir, la modalidad oral-auditiva junto a la modalidad visual-gestual. El mensaje se expresa en dos modalidades, pero la lengua base, la que marca el orden de la frase y la que determina la sintaxis de las producciones, es la lengua oral. Signos y habla se emplean simultáneamente para facilitar intercambios comunicativos y posibilitar un mejor aprendizaje del lenguaje oral.

El objetivo fundamental del sistema de comunicación bimodal es que las personas sordas desde la primera infancia desarrollen una competencia lingüística que les facilite el acceso al lenguaje oral.²¹(Consuelo Belloch, 2012)

B. ALFABETO DACTILOLÓGICO

El alfabeto manual o alfabeto dactilológico es un sistema de comunicación utilizado por el colectivo de personas sordo ciegas. Está basado y es muy similar al usado por la Comunidad Sorda, aunque con una diferencia fundamental: las personas sordas lo ejecutan en la versión visual (puesto que su comunicación es visual), es decir, en el aire, en el espacio, mientras que las personas sordo ciegas lo pueden utilizar en la versión visual o en la táctil (dependiendo de sus restos visuales y de la calidad de los mismos).

El alfabeto dactilológico consiste en deletrear cada letra del mensaje sobre la palma de la mano de la persona sorda ciega que recibe, de la manera más cómoda y rápida posible, asegurando siempre su captación táctil por la persona sordo ciega. La colocación más cómoda sería con ambos interlocutores sentados frente a frente. La persona que emite el mensaje coge con su mano libre la mano de la persona sordo ciega que está recibiendo el

²¹<http://www.uv.es/bellohc/logopedia/NRTLogo7.wiki?7>

mensaje (suavemente y sin apretar, pero procurando que esté firme y no se mueva) mientras con la otra mano se configuran las letras.

La palma de la mano de la persona sordo ciega debe estar hacia arriba, para deletrear sobre ella el mensaje. Las letras deben ejecutarse en el centro de la palma, letra tras letra y haciendo una breve pausa entre cada palabra.²²(ASOCIDE, 2000)

	A		B		C		Q
	D		E		F		G
	H		I		J		K
	L		M		N		O
	P		Q		R		S
	T		U		V		W
	X		Y		Z	alfabet dactilològic	

²²<http://www.asocide.org/solotexto/alfabeto.htm>

C. LA PALABRA COMPLEMENTADA

Es un sistema de comunicación que utiliza unos movimientos de la mano para apoyar lo que se va hablando. Cualquier oyente al hablar hace unos movimientos con la expresión de la cara, como movimientos de labios, lengua y esto lo interpreta la persona sorda a través de la lectura labial. El lenguaje oral se expresa en un lugar del rostro, y existen conceptos como los valores guturales que no pueden ser expresados, por lo que se creyó necesario crear un método de ayuda a la lectura labial.

Los labios y manos deben actuar sincronizadas para ofrecer la representación visual de lo que se dice de la manera más precisa posible. La palabra complementada utiliza tres posiciones de la cara (lado, barbilla y garganta) para indicar las vocales y ocho figuras de la mano (realizadas con distintas posiciones de los dedos llamados kinemas) para indicar las consonantes, distribuidas en otros tantos grupos, no existiendo dos fonemas que tengan la misma forma labial dentro del mismo grupo.

CARACTERÍSTICAS DE LA PALABRA COMPLEMENTADA.

Entre las características más destacadas de la palabra complementada, podemos señalar las siguientes:

- Es un sistema oralista.
- Basado en la segmentación silábica y en el contraste visual de los fonemas.
- Es práctico y fácil de aprender.
- Es una vía sustitutoria de la audición.
- Es compatible con cualquier programa de intervención logopédica.
- Puede ser utilizado desde edades muy tempranas.
- Se aprende la lengua mediante un modelo morfosintáctico completo.

- Se produce una corrección logopédica ininterrumpida.²³

D. SISTEMA DACTILOLÓGICO / LENGUA DE SEÑAS

Consiste en realidad en hablar mediante cambios de posición de los dedos que se acompañan de ligeros movimientos de la mano. Cada letra tiene una forma que se hace sobre la palma de la mano de la persona sordo ciega (si tiene resto visual suficiente también se puede hacer en el aire).

La lengua de señas, o lengua de signos, es una lengua natural de expresión y configuración gesto-espacial y percepción visual (o incluso táctil por ciertas personas con sordo ceguera), gracias a la cual las personas sordas pueden establecer un canal de comunicación con su entorno social, ya sea conformado por otros individuos sordos o por cualquier persona que conozca la lengua de señas empleada. Mientras que con el lenguaje oral la comunicación se establece en un canal vocal-auditivo, el lenguaje de señas lo hace por un canal gesto-viso-espacial. Una curiosidad de esta lengua es que a cada persona se le asigna un signo propio y característico para no tener que deletrear su nombre en signos.²⁴(ECURED, 2008)

E. EL DEDO COMO LÁPIZ:

Se toma el dedo índice de la persona sordo ciega y se escribe con él, como si de un lápiz se tratara, el mensaje que se quiere transmitir. Se puede hacer en el aire o sobre una superficie. Es la primera forma de comunicar con personas que quedan sordo ciegas súbitamente.

²³TAMARIT., J. (1988). Sistemas alternativos de comunicación en Autismo

²⁴http://www.ecured.cu/index.php/Lenguaje_de_signos

2.4.19. LA COMUNICACIÓN PARA LOS PACIENTES CON CAPACIDAD SENSORIAL ESPECIAL.

Las formas de comunicación alternativas a la verbal constituye en una capacidad del ser humano para comunicarse mediante un sistema de signos, símbolos, y/o movimientos corporales, siendo un tipo de lenguaje a signado para las personas con capacidad sensorial especial. No se debe confundir lengua con idioma, que es la representación de dicha capacidad. La comunicación humana es de manera principal mediante el lenguaje oral o escrito, pero no exclusivamente, ya que para las personas que presentan capacidad sensorial especial no pueden ser utilizar estos medios para informar sus necesidades. De esta manera establecen la comunicación por otros medios tales como visuales (señales de la circulación, lenguaje de sordomudos o de banderas, fotografías, dibujos, gestos, etc.) y táctiles (presiones con la mano o con el pie, lectura de los ciegos mediante el sistema Braille, etc.).

El lenguaje utilizado por los sordomudos y por los ciegos es un lenguaje icónico, denominado lenguaje signado, en él se engloban muchas formas de comunicación no verbal, es decir movimientos corporales con valor significativo.

2.4.20. COMUNICACIÓN DE ENFERMERÍA Y EL PACIENTE CON CAPACIDAD SENSORIAL ESPECIAL.

La comunicación «Profesional Sanitario - Paciente» se está convirtiendo en el elemento clave de todo proceso de atención de salud, siendo cada vez más destacada su presencia tanto en aspectos terapéuticos como preventivos y de educación para la salud.

El arte de la comunicación no verbal, (simbólico, lengua de señas) debería ser un componente esencial en la vida de los profesionales de enfermería, en vista de que esta

forma de comunicación puede ser necesario en algún momento de su desarrollo profesional. Además vale indicar que la forma de comunicación emprendida por el profesional de enfermería en su desarrollo laboral jamás está completamente desarrollada, sino que necesita que se perfeccione y se enriquezca cada día, con el afán de mejorar la calidad de atención al paciente con capacidad sensorial especial.

La comunicación con el paciente “sano” o con el paciente con capacidad sensorial especial es un proceso donde una persona comparte ideas opiniones, valores y sentimientos. Este proceso ayuda al individuo a ser más sociable y más humano por lo que es importante emprender el desarrollo de una comunicación alterna a la verbal.

El proceso de comunicación con este grupo de pacientes requiere de tiempo, talento, individualidad y el mejor esfuerzo mostrando lo mejor de uno y ayudando a otros a hacer lo mismo.

El profesional de enfermería precisa aplicar una comunicación intencionada poniendo en práctica habilidades comunicativas, con la finalidad de disminuir tensiones, tranquilizar al enfermo y hacerle sentir que se encuentra en un lugar seguro, donde se le proporciona calidad de atención humana.²⁵ (Anés, 2005)

La comunicación para la salud busca la modificación del comportamiento humano y de los factores ambientales relacionados con ese comportamiento que directa o indirectamente promueven la salud, previene enfermedades o protege a los individuos del daño. Una buena comunicación con el paciente con capacidad sensorial especial tiene consecuencias positivas tanto para el propio paciente como para el profesional sanitario.

²⁵http://aniorte.eresmas.com/archivos/trabaj_investigac_comunicac_paciente_sorder.pdf

La satisfacción del paciente, su confianza absoluta en los planes diagnósticos y terapéuticos facilita la toma de decisiones, mejora los resultados del tratamiento y reduce los riesgos de una mala práctica profesional.²⁶ (Román, 2006)

2.5. CAPACIDAD ESPECIAL

Es "Cualquier restricción o carencia (resultado de una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la misma forma o grado que se considera normal para un ser humano. Se refiere a actividades complejas e integradas que se esperan de las personas o del cuerpo en conjunto, como pueden ser las representadas por tareas, aptitudes y conductas."

2.5.1. CAPACIDAD SENSORIAL ESPECIAL

Es la restricción o carencia de las capacidades sensoriales tales como: visuales, auditivas y de tipo verbal.

2.5.2. CLASIFICACIÓN DE LAS CAPACIDADES SENSORIALES ESPECIALES

Los sentidos del ser humano están formados por la vista, el oído y el lenguaje por medio de ellos percibimos la mayor parte de información del mundo que nos rodea, cuando alguno de estos se ven afectados en su funcionamiento se habla de capacidad sensorial especial, de acuerdo a ello se explica la siguiente clasificación.

- Capacidad especial visual
- Capacidad especial auditiva
- Capacidad especial del lenguaje o verbal

²⁶<http://health.cat/open.php?url=http://comsalud.umh.es/files/2011/12/Tecnicas-comunicacion-enfermeria.pdf>

2.5.3. CAPACIDAD SENSORIAL ESPECIAL VISUAL

A pesar de que existe el término ceguera y deficiencia visual para diferenciar a las personas con limitaciones de tipo visual en función de las características que presentan, es importante señalar que tienen como factor común el daño parcial o total en la vista.

La ceguera es característica de aquellas personas que no tienen visión en absoluto o que no tiene capacidad de distinguir entre la luz y la oscuridad, impidiendo que la visión sea útil para adquirir algún conocimiento mismo que puede ser de nacimiento o adquirido a lo largo de la vida.

Por otro lado, el termino deficiencia visual es cuando una persona llega a ser capaz de distinguir o ver objetos a un alcance próximo situado ya sea enfrente, a un lado, encima o debajo de los ojos.²⁷

2.5.4. CLASIFICACIÓN DE LAS CAPACIDADES SENSORIAL ESPECIAL DE TIPO VISUAL SEGÚN OLENBRANDER (1977)

- **Alteración Visual Moderada:** Pueden realizar tareas visuales usando ayudas especiales e iluminación adecuada casi como cualquier persona sin problemas de visión.
- **Alteración Visual Severa:** Requieren más tiempo para realizar tareas visuales, poner más esfuerzo y ser menos preciso aun empleando ayudas ópticas.
- **Alteración Visual Profunda:** Puede ser muy difícil realizar tareas visuales y no pueden hacer nada que exija visión fina o de detalle.
- **Ceguera:** Ausencia total de la visión.²⁸(Galiana, 2011)

²⁷http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lda/arteaga_j_g/capitulo1.pdf

²⁸<http://discapitadosalex.blogspot.com/2011/10/concepto-y-tipos-de-discapacidad-visual.html>

2.5.5. CAUSAS DE LAS ALTERACIONES VISUALES

Las causas son muy diversas, tales como lesiones oculares, condiciones genéticas, exposición a teratógenos e infecciones.

- **Lesiones Oculares:** Son daños producidos a nivel de la córnea lo que se refleja como un deterioro de la visión o incluso la pérdida.
- **Condiciones genéticas**

Son condiciones de herencia como por ejemplo retinosis pigmentaria es la causa más común de ceguera hereditaria.

- **Infecciones:** Generalmente cuando la madre se expone a microorganismos que pueden afectar el desarrollo visual en el feto, por ejemplo cuando la mujer en estado de gestación se expone a una infección viral como sarampión alemán que se transmite de la madre al feto en desarrollo durante el embarazo. Esto puede dar lugar a un RN con ceguera o deficiencia visual. Otro caso es el tracoma de los ojos causada por microorganismos contagiosa llamada Chlamydia trachomatis puede también alterar la capacidad visual del producto de la concepción.

2.5.6. CAPACIDAD ESPECIAL AUDITIVA

Es la dificultad o incapacidad de percibir de manera óptima los sonidos del entorno y del lenguaje. Asimismo, el concepto de "hipoacusia" señala una pérdida de audición variable según el grado de severidad. Es por esto que ambos conceptos se utilizan indistintamente para referirse a las personas con esta condición. Actualmente existen dos grandes visiones para abordar la sordera .La visión Clínica define a la sordera como una “deficiencia sensorial” que debe ser compensada a través del uso de auxiliares tecnológicos, intervención quirúrgica y (re)habilitación. Se le considera un

factor limitante para la adquisición del lenguaje oral. La visión Antropológica considera a la sordera como una “condición” que identifica a un grupo de personas a través del desarrollo de una lengua de modalidad visual-manual (señas). Esto se traduce en la formación de comunidades con creencias y valores propios.

2.5.7. CLASIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD SENSORIAL ESPECIAL AUDITIVAS.- de acuerdo al grado de audición llamada también clasificación audiológica se enuncia a continuación:

2.5.8. CLASIFICACIÓN AUDIOLÓGICA

Tomamos como referencia la pérdida auditiva o umbral de nivel de audición medida en decibelios (dB). La más utilizada es la clasificación según el Bureau Internacional de audiología:

- A. Audición normal:** El umbral de audición esta disminuido entre 0-20 dB. El sujeto no tiene dificultades en la percepción de la palabra.
- B. Hipoacusia leve o ligera:** Su capacidad auditiva esta disminuida entre 20-40 dB. La voz débil o lejana no es percibida.
- C. Hipoacusia media o moderada:** Existe una pérdida auditiva entre 40-70 dB. El umbral de audición se encuentra en el nivel conversacional medio. El retraso en el lenguaje y las alteraciones articulatorias son muy frecuentes
- D. Hipoacusia severa:** Existe una pérdida auditiva de entre 70-90 dB. Es necesario elevar la intensidad de la voz para que ésta pueda ser percibida. El niño presentará un lenguaje muy pobre o carecerá de él.
- E. Hipoacusia profunda o sordera:** (más de 90 dB.) Sin la rehabilitación apropiada, estos pacientes no hablarán, sólo percibirán los ruidos muy intensos y será, casi siempre, más por la vía vibro táctil que por la auditiva.

F. Cofosis o anacusia: Pérdida total de la audición. Se puede decir que son pérdidas excepcionales.

2.5.9. CAUSAS DE CAPACIDAD ESPECIAL AUDITIVA

Las causas de las deficiencias auditivas o hipoacusias podemos analizarlas cronológicamente, clasificándolas en:

- **Causas prenatales:** Son las afecciones que se presentan ya durante el periodo de gestación y podemos clasificarlas de dos tipos:
- **Causas de origen hereditario-genético:** La hipoacusia hereditaria afecta a uno de cada 4.000 nacidos y pueden presentarse aisladas (tanto dominantes como recesivas) o asociadas a otros síndromes o patologías.
- **Causas adquiridas:** Las hipoacusias tienen su origen en procesos infecciosos como rubéola, toxoplasmosis, sífilis, etc. o bien en la administración de fármacos ototóxicos a la madre, que pueden llegar por vía trans - placentarias al feto.
- **Causas neonatales:** En ocasiones no están muy claras y dependen de múltiples factores interrelacionados, podemos centrar las causas neonatales a factores como la anoxia neonatal, ictericia neonatal, prematuridad y traumatismo obstétrico.
- **Causas postnatales:** Dentro de este grupo enmarcaremos todas aquellas hipoacusias que aparecerán a lo largo de la vida de una persona, destacando como causas más importantes la meningitis, la laberintitis, el sarampión, la varicela, la parotiditis, así como la exposición a sustancias ototóxicas, especialmente de carácter farmacológico.²⁹(Junta de Andalucía, 2010)

2.5.10. CAPACIDAD ESPECIAL DEL LENGUAJE O VERBAL

²⁹http://www.juntadeandalucia.es/educacion/portal/com/bin/Contenidos/PSE/orientacionyatenciondiversidad/educacionespecial/ManualdeatencionalalumnadoNEAE/1278666685450_07.pdf

Los trastornos del habla y del lenguaje son problemas en la comunicación y otras áreas relacionadas. Pueden comprender desde una simple sustitución de sonidos hasta la inhabilidad de comprender o usar el lenguaje.

2.5.11. CLASIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD SENSORIAL ESPECIAL DEL LENGUAJE

- **Limitación leve o mínima:** Existe mínimo deterioro observable en el habla, pudiendo presentar dificultades subjetivas no evidentes para el oyente; la dificultad de comprensión es leve para expresión compleja. Estos pacientes presentan una dificultad en la comprensión de oración y textos complejos.
- **Limitación moderada:** Es la pérdida de la fluidez del habla sin limitación significativa de su forma de expresión. Puede tener dificultad para encontrar la palabra adecuada, el discurso puede ser impreciso y a la vez la articulación lenta y distorsionada que pueden ser solucionadas por el uso de interlocutores o cualquier otro tipo de sistema de apoyo de la comunicación.

La escritura se limita a una o más frases o consigna una lista extensa (cinco o más) de palabras de significado estos pacientes muestran dificultad de comprensión en lectura de oraciones simples.

- **Limitación severa:** La reducción del habla y/o la comprensión hacen sumamente difícil la comunicación. Toda conversación que se aleja de temas familiares o que estén fuera de contexto será imposible de mantener. Solo puede emitir palabras aisladas o frases cortas, o la intensidad de la voz es tan débil que apenas lo oye un oyente cercano.
- **Limitación grave:** Existe fracaso al expresar una idea ya que su lenguaje se ve reducido a palabras mal emitidas pudiendo llegar a ausencia total del habla o produciendo estereotipos verbales. La comprensión está muy limitada, reduciéndose a tareas de designación y comprensión de órdenes; incluso en casos

más graves el paciente es incapaz de realizar órdenes sencillas o designar partes del cuerpo, objetos o imágenes.

2.5.12. CAUSAS DE CAPACIDAD ESPECIAL DEL LENGUAJE

Algunas de las causas podrían ser la pérdida auditiva, desórdenes neurológicos, daño cerebral, retraso mental, abuso de drogas, labio leporino y paladar hendido y abuso o mal uso de las cuerdas vocales.³⁰(Romero & Aledo, 2004)

2.5.13. CAPACIDAD SENSORIAL ESPECIAL COMBINADA.

A.- SORDOCEGUERA: La sordo ceguera es un tipo de discapacidad que combina dos deficiencias: la deficiencia visual y la deficiencia auditiva.

Esta discapacidad se caracteriza por razón de que las personas sordo ciegas solo conocen su entorno más próximo: el que pueden tocar, oler o sentir.

Para comunicarse, los sordo ciegos lo hacen a través del tacto: lengua de signos apoyada, dactilológico en palma, escritura en mayúsculas en su mano, Braille.

Si no se hace nada para evitarlo, estas personas están resignadas al aislamiento, ya que no les resulta fácil acceder a los medios de comunicación (televisión, prensa convencional o radio), por lo que la sociedad debe concienciarse con el objetivo de entender y solucionar los problemas de este colectivo.

Para comunicarse con personas que no conozcan su sistema de comunicación, se conoce la figura del guía-intérprete, que además de guiarlo en lugares no conocidos o peligrosos, interpretará las interacciones de la persona sordo ciegas con otras personas.

³⁰http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Trastornos_lenguaje%281%29.pdf

B.- SORDOMUDOS.- es un término que designa a aquellas personas que no han desarrollado o han perdido la capacidad auditiva y vocal al mismo tiempo; el lenguaje utilizado por este grupo de personas y los ciegos es el lenguaje signado, en él se engloban muchas formas de comunicación no verbal, es decir movimientos corporales con valor significativo. Los gestos son otras variantes del código no lingüístico son el código no lingüístico gestual y el código no lingüístico auditivo y táctil.

2.6. PACIENTE CON CAPACIDAD SENSORIAL ESPECIAL EN EL ECUADOR

En el Ecuador, país localizado en el continente sudamericano, cuya población asciende a 12'500.000 habitantes, la atención inicial a las persona con discapacidad fue bajo criterios de caridad y beneficencia, para luego irse tecnificando progresivamente a partir de los años 50, a través de las asociaciones de padres de familia, personas con discapacidad e instituciones privadas, es en la década de los 80 donde más se enfoca su atención por parte de la UNESCO.

En nuestro país el número de discapacitados esciente día a día es así que de acuerdo a registros del CONADIS se cuenta con la siguiente población: en Ecuador existe una población de 363.000 personas con discapacidad por deficiencias visuales; y 213.000 personas con discapacidad por deficiencias auditivas y del lenguaje; en la provincia de Chimborazo contamos con una población 2156 personas con deficiencia auditiva, 1104 persona con deficiencia visual y 153 personas con deficiencia de lenguaje; y en Riobamba se cuenta con una población de 1983 con discapacidad auditiva, 144 con discapacidad de lenguaje y 104 con deficiencias visuales, con diversidad de condiciones

de salud tanto físicas como emocionales con necesidad de ser atendidas, para evitar complicaciones.³¹

2.7. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como Proceso de Enfermero (P.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería.

2.7.1. MODELO ENFERMERO SEGÚN VIRGINIA HENDERSON

El modelo conceptual de V. Henderson da una visión clara de los cuidados de enfermería.

2.7.2. POSTULADOS

Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible; esta autora propone los siguientes postulados:

- **Necesidad fundamental:** Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Son para Henderson un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo, nunca como carencias.
- **Independencia:** Satisfacción de una o más de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza el mismo o que otros hacen en su

³¹ <http://www.conadis.gob.ec>

lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos.

- **Dependencia:** No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.
- **Problema de dependencia:** Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el cliente.
- **Manifestación:** Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.
- **Fuente de dificultad:** Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia. Henderson identifica tres fuentes de dificultad: falta de fuerza, conocimiento y voluntad.
- **Fuerza:** Se entienda por ésta no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.
- **Conocimientos:** los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
- **Voluntad:** compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se la relaciona también con el término motivación.

2.7.3. VALORES

Los valores reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo de Virginia Henderson; quien afirma que:

- Si la enfermera no cumple su rol esencial, otras personas menos preparadas que ella lo harán en su lugar.
- Cuando la enfermera asume el papel del médico delega en otros en otros su propia función.
- La sociedad espera de la enfermera un servicio que solamente ella puede prestar.

2.7.4. NECESIDADES SEGÚN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

1.- Necesidad de respirar:

Términos que debemos valorar: amplitud respiratoria, ruidos respiratorios, color de los tegumentos, frecuencia respiratoria, mucosidades, permeabilidad de vías respiratorias, ritmo respiratorio, tos.

Factores que influyen en esta necesidad: postura, ejercicio, alimentación, estatura, sueño, emociones, aire ambiental, clima, vivienda, lugar de trabajo.

2.- Necesidad de beber y comer:

Términos que debemos valorar: Alimentos, apetito, electrolito, hambre, metabolismo, nutrientes o elementos nutritivos, nutrición, saciedad.

Factores que influyen en esta necesidad: edad y crecimiento, actividades físicas, regularidad del horario en las comidas, emociones y ansiedad, clima, status socioeconómico, religión, cultura..

3.- Necesidad de eliminar:

Términos que debemos valorar: defecación, diuresis, micción, heces, sudor, orina.

Factores que influyen en esta necesidad: alimentación, ejercicios, edad, horario de eliminación intestinal, estrés, normas sociales.

4.- Necesidad de moverse y mantener una buena postura:

Términos que debemos valorar: amplitud, ejercicios activos, ejercicios pasivos, ejercicios físicos, frecuencia del pulso, mecánica corporal, postura, presión arterial presión diferencial, presión diastólica, pulsación, ritmo, tono muscular.

Factores que influyen en esta necesidad: edad y crecimiento, constitución y capacidades físicas, emociones, personalidad, cultura, roles sociales, organización social.

5.- Necesidad de dormir y descansar:

Términos que debemos valorar: descanso, sueño, ritmo circadiano, sueños.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, ejercicio, hábitos ligados al sueño, ansiedad, horario de trabajo.

6.- Necesidad de vestirse y desvestirse:

Términos que debemos valorar: vestimenta, ropa

Factores que influyen en esta necesidad: edad, talla y peso, creencias, emociones, clima, status social, empleo, cultura.

7.- Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales:

Términos que debemos valorar: producción de calor, eliminación de calor.

Factores que influyen en esta necesidad: sexo, edad, ejercicio, alimentación, hora del día, ansiedad y emociones, lugar de trabajo, clima, vivienda.

8.- Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos:

Términos que debemos valorar: faneras, tegumentos

Factores que influyen en esta necesidad: edad, temperatura, ejercicio, alimentación, emociones, educación, cultura, corriente social, organización social.

9.- Necesidad de evitar los peligros:

Términos que debemos valorar: entorno familiar, medio ambiente, inmunidad, mecanismos de defensa, medidas preventivas, seguridad física, seguridad psicológica.

Factores que influyen en esta necesidad: edad y desarrollo, mecanismos de defensa, entorno sano, status socioeconómico, roles sociales, educación, clima, religión, cultura.

10.- NECESIDAD DE COMUNICAR:

Términos que debemos valorar: accesibilidad de los que intervienen, conocimiento del yo, intercambio, vía de relación, estímulo.

Factores que influyen en esta necesidad: integridad de los órganos de los sentidos y las etapas de crecimiento, inteligencia, percepción, personalidad, emociones, entorno, cultura y status social.

11.- Necesidad de actuar según sus creencias y sus valores:

Términos que debemos valorar: creencias, fe, ideología, moral religión, ritual espiritualidad, valores.

Factores que influyen en esta necesidad: gestos y actitudes corporales, búsqueda de un sentido a la vida y a la muerte, emociones, cultura, pertenencia religiosa.

12.- Necesidad de ocuparse para realizarse:

Términos que debemos valorar: autonomía, autoestima, rol social estatus social, valoración.

Factores que influyen en esta necesidad: edad y crecimiento, constitución y capacidades físicas, emociones, cultura, roles sociales.

13.- Necesidad de recrearse:

Términos que debemos valorar: diversión, juego, ocio, placer.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, constituciones y capacidades físicas, desarrollo psicológico, emociones, cultura, roles sociales, organización social.

14.- Necesidad de aprender:

Términos que debemos valorar: aprendizaje, enseñanza

Factores que influyen en esta necesidad: edad, capacidades físicas, motivación, emociones, entorno.

2.7.5. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO AL MODELO DE V. HENDERSON.

En el sentido filosófico del término, el método, ligado al dominio específico de la enfermería, en la actualidad es el Proceso de Enfermería, que comporta fines particulares y una forma de proceder que le es propia.

El objetivo principal del Proceso de Enfermería es construir una estructura teórica que pueda cubrir, de forma individual cada una de las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

Existen otras teorías, todas ellas mantienen como constantes la conservación y el progreso de salud de la persona, mediante acciones organizadas. Es decir, conseguir la calidad en los cuidados y la calidad de vida.

2.7.6. ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Las etapas constituyen las fases de actuación concretas que tienen carácter operativo. El Proceso de Enfermería es un todo cíclico, dinámico e inseparable, pero estructurado en secuencias lógicas. Tal y como en el presente está concebido el Proceso de Enfermería, se distinguen cinco etapas:

- **Valoración:** esta fase incluye la recopilación de datos de la persona- sus necesidades y problemas- y las respuestas humanas- limitaciones, incapacidades, etc.- que se producen ante ellos. La validación y la organización de los datos, según clasificaciones conceptuales.
- **Diagnóstico:** En esta etapa se produce la identificación de los problemas interdependientes y de los Diagnósticos de enfermería.
- **Planificación:** es la etapa en la que se elabora el plan de cuidados adecuado a la situación.
- **Ejecución:** es la etapa de puesta en práctica del Plan de cuidados.
- **Evaluación:** las actividades de esta fase determinan el progreso del paciente hacia los objetivos. Actúa como mecanismo de retroalimentación y de control

para todo el proceso. La evaluación posibilita el movimiento en el ciclo completo del proceso y da idea de globalidad.³²(Susó, Rey, & Puerta, 2004)

2.8. ATENCIÓN SANITARIA A LOS PACIENTE CON CAPACIDAD SENSORIAL ESPECIAL

Al contrario de lo que se ha venido considerando con habitualidad, las personas con capacidad sensorial especial no son ni se sienten enfermos. La discapacidad es una circunstancia personal y un hecho social producto de la interacción de factores tanto individuales (el hecho físico, la materialidad de la capacidades especiales, que en ocasiones consiste o deriva de un desorden de salud) como sociales (el entorno de la persona que presenta el hecho físico).

No obstante a lo anterior, las personas con capacidades especiales, por concurrir en ellos esa situación, demandan y requieren, en ocasiones, una atención de salud más intensa, lo que determina que sean usuarios y/o consumidores más cualificados de servicios y prestaciones sanitarias.

Sin ser enfermos, muchas personas con capacidades especiales sí precisan más atenciones de salud. Esta necesidad no está siendo atendida satisfactoriamente por el sistema sanitario, que no percibe a las personas con capacidades especiales como usuarios cualificados de salud ni sabe administrar la diferencia que éstas portan. En la mayor parte de las veces, la capacidad especial sea esta física o sensorial, que presenta la persona generalmente no es tomada en cuenta por parte del profesional de enfermería. Las capacidades especiales resulta así un elemento “perturbador” para los sistemas

³²http://www.enfermeria21.com/pfw_files/cma/revistas/Educare21/2004/09/9024.pdf

tradicionales de salud, que introduce perplejidad e incertidumbre, en un sistema poco flexible, concebido para el canon de usuario medio.³³ (L.Cayo, 2006)

Es así que las diferentes capacidades especiales que presente el paciente afecta en diferentes grados en su función corporal, de forma que las actividades diarias suelen ser en estos pacientes duras o incluso imposible de realizar, de esta forma el paciente no está en plena capacidad de atender sus necesidades básicas. Sin embargo el personal de salud debe trabajar en restaurar o hacer que el paciente ponga en uso su funcionalidad hasta el máximo como le sea posible, así como también desarrollar sus aptitudes.

2.8.1. CUIDADOS DE ENFERMERÍA TONIFICANTES

Algunas personas están débiles y muchas no pueden llevar a cabo funciones cotidianas. Los cuidados de enfermería tonificantes ayudan a las personas a recuperar salud, fuerza, e independencia, algunas enfermedades son progresivas, entre los cuidados de enfermería tonificantes ayudan a:

- Ayudan a mantener el máximo grado funcional posible.
- Previenen deterioros innecesarios del grado funcional.

Los cuidados de enfermería tonificantes pueden suponer medidas que promuevan:

- Cuidados personales
- Necesidades de evacuación básica
- Colocación

³³<http://signapuntos.8forum.info/t755-decalogo-atencion-sanitaria-a-personas-con-discapacidad>

- Movilidad
- Comunicación
- Función cognitiva³⁴(Sorrentino, 2012)

2.9. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

CAPACIDAD ESPECIAL: Cualquier restricción o carencia de la capacidad de realizar una actividad en la misma forma o grado que se considera normal para un ser humano.

CAPACIDAD SENSORIAL ESPECIAL: Comprende las deficiencias visuales, auditivas y dificultades en la comunicación y el lenguaje.

DISCAPACIDAD VISUAL: Es una anomalía o dificultad del ojo o los ojos, de sus estructuras que trae como consecuencia una visión menor de la normal y precisa en ocasiones medios de ayuda para la interacción entre las personas que tienen discapacidad visual y su medio circundante.

CIEGOS: Son aquellas personas que poseen una agudeza visual central en el mejor ojo con corrección entre 0 y 0,04 que les impide percibir la luz.

BAJA VISIÓN: Son aquellas que tienen deficiencias en el funcionamiento visual y aún después del tratamiento o corrección tienen una agudeza visual de entre 20/60.

QUERATOMALACIA: Trastorno de la córnea debido a una avitaminosis A.

PRE-LOCUTIVO: Son aquellos individuos que nacieron sordos, sin oír y ni conocer los sonidos provenientes del exterior.

³⁴SorrentinoSh. Ed. Española, Elsevier – España 2012

POST-LOCUTIVO: son aquellas personas que perdieron su audición por causas desconocidas, en una determinada edad.

SORDOCEGUERA: Es una deficiencia auditiva y visual secundario a daños de tipo auditivos o visuales.

COMUNICACIÓN: Es todo acto por el cual una persona da o recibe de otra información acerca de las necesidades personales, deseos, percepciones, conocimiento o estados afectivos.

EMISOR: La persona (o personas) que emite un mensaje.

RECEPTOR: La persona (o personas) que recibe el mensaje.

MENSAJE: Contenido de la información que se envía.

CANAL: Medio por el que se envía el mensaje.

CÓDIGO: Signos y reglas empleadas para enviar el mensaje.

CONTEXTO: Situación en la que se produce la comunicación.

COMUNICACIÓN VERBAL: se refiere a las palabras que utilizamos y a las inflexiones de nuestra voz (tono de voz).

COMUNICACIÓN NO VERBAL: se refiere a un gran número de canales, entre los que se podrían citar como los más importantes el contacto visual, los gestos faciales, los movimientos de brazos y manos o la postura y la distancia corporal.

LENGUA DE SEÑAS: Es la lengua natural de una comunidad de sordos, la cual forma parte de su patrimonio cultural y es tan rica y compleja en gramática y vocabulario como cualquier lengua oral.

KINÉSICA: Es el estudio de los movimientos corporales como son los gestos, la expresión facial, el ceño fruncido, la mirada y la sonrisa.

CONTACTO OCULAR: Consiste en la mirada que la enfermera dirige al paciente indicando respeto y una disposición para escuchar y mantener la comunicación.

AGUDEZA VISUAL La agudeza visual es la expresión numérica que indica lo que el ojo humano puede percibir (figura, formas, tamaños).

CAMPO VISUAL Es el espacio en el que pueden ser vistos los objetos mientras la mirada permanece fija en un punto determinado.

EXPRESIÓN FACIAL: Es el medio más importante para expresar emociones y estados de ánimo mediante los gestos de la cara.

BARRERAS DE LA COMUNICACIÓN: las barreras son obstáculos en el proceso de comunicación, que pueden anular la comunicación, filtrar o excluir una parte de ella o darle un significado incorrecto, lo cual afecta la nitidez del mensaje.

SISTEMA ALTERNATIVO DE COMUNICACIÓN: Es todo un conjunto de sistemas que se utilizan en algunos casos de manera alternativa, cuando no hay posibilidad de desarrollar el habla.

GUTURAL: Pertenece o relativo a la garganta.

LOGOPEDIA: Disciplina que diagnostica, evalúa y rehabilita, los problemas, disfunciones, retrasos o trastornos que se presentan en la comunicación.

INTELIGIBLES: Se refiere a algo que está dotado de coherencia y racionalidad, que puede ser pensado. Considerado en esta acepción, lo inteligible se opone a lo no inteligible, a lo incomprensible.

KINEMAS: Son posiciones manuales que actúan como un complemento de la palabra.

2.10. HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.10.1. HIPÓTESIS

- La atención de enfermería a los pacientes con capacidad sensorial especial está influenciada por los sistemas alternativos de la comunicación aplicados por la enfermera.

2.10.2. VARIABLES

2.10.2.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

- Cuidados de enfermería a los pacientes con capacidad sensorial especial.

2.10.2.2. VARIABLE DEPENDIENTE

- Sistemas alternativos de comunicación que aplica la enfermera.

2.11. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	CATEGORÍA	INDICADOR	ESCALA	INSTRUMENTO
Variable independiente	Se refiere a la atención o	Calidad de los cuidados	Atención e	*Modelo de V. Henderson	Cuestionario-Encuesta

te Cuidados de enfermería a	intervención que presta la enfermera a	prestados.	intervención	*Atención parcial *Atención total. *Autoestima.			
VARIABLE	DEFINICIÓN	CATEGORÍA	INDICADOR	ESCALA		INSTRUMENTO	
capacidad sensorial especial	que carecen parcial o totalmente de las capacidades sensoriales visual, auditiva y del lenguaje.		Capacidad sensorial visual	del paciente. *Atención en la parte comunicativa. *Nivel funcional (desarrollo de aptitudes). *Cuidados tonificantes de enfermería	Escala de clasificación de OLENBRANDER (1977) *Alteración visual moderada *Alteración visual severa *Alteración visual profunda	Cuestionario-Encuesta	

			<p>Capacidad sensorial auditiva.</p>	<p>*Ceguera.</p> <p>Clasificación audiológica:</p> <p>*Hipoacusia leve</p> <p>*Hipoacusia moderada</p> <p>*Hipoacusia severa</p> <p>*Hipoacusia profunda</p> <p>*Cofosis o anacusia.</p>	
--	--	--	--------------------------------------	--	--

VARIABLE	DEFINICIÓN	CATEGORÍA	INDICADOR	ESCALA	INSTRUMENTO
Variable dependiente Sistemas Alternativos de Comunicación que aplica la enfermera.	Es la capacidad y disposición de la enfermera para emprender una comunicación no verbal cuando no hay posibilidad de desarrollar la comunicación oral poniendo en práctica un conjunto estructurado de códigos no vocales.	Capacidad de la enfermera. Códigos no vocales	Emprende dialogo con el paciente con capacidad sensorial especial:	*SI *NO *Importancia *recibe información	Cuestionario de encuesta.

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. MÉTODO CIENTÍFICO

El método utilizado en esta investigación es el MÉTODO CIENTÍFICO, puesto que se realizó un procesamiento de la información de manera ordenada y lógica para determinar de manera objetiva la comunicación del profesional de enfermería y su influencia en sus cuidados; de esta forma se pudo alcanzar los objetivos y comprobar la hipótesis.

El MÉTODO ANALÍTICO SINTÉTICO permitió identificar como maneja la comunicación el profesional de enfermería y cuáles son los efectos que causa sobre los cuidados que brinda, de esta forma determinar el tipo de comunicación que la enfermera aplica con los pacientes con discapacidad sensorial especial.

Se aplicó el MÉTODO INDUCTIVO cuando analizamos como se relaciona la comunicación emprendida de la enfermera con el paciente con capacidad sensorial especial e identificamos la respuesta de estos MÉTODO DEDUCTIVO en el momento donde analizamos la parte comunicativa de la enfermera y la respuesta del paciente y su influencia en el cuidado que estos pacientes reciben.

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

3.1.2. TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación fue de tipo prospectiva, transversal

PROSPECTIVA.- La investigación es prospectiva porque la información se obtiene a partir del inicio de la investigación en adelante, es decir no se trabajó con datos históricos, en este caso los datos fueron tomados a partir de diciembre 2012.

TRANSVERSAL.- Porque la investigación se realizó durante un periodo de tiempo determinado es decir tiene una fecha de inicio y finalización, así en esta investigación el tiempo fue de 6 meses calendario durante el periodo Diciembre 2012 – Mayo 2013.

3.1.3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño aplicado en la investigación fue documental y de campo.

DOCUMENTAL.- A razón que la información recopilada para plantear la fundamentación teórica fue recabada de libros y páginas web, lo que permitió que el investigador conozca el tema.

DE CAMPO.- Porque la investigación se llevó a cabo en un lugar específico que es el Hospital Provincial General Docente Riobamba.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

La población es el conjunto de profesionales de enfermería que laboran en Hospital Provincial General Docente Riobamba distribuidos en los diferentes servicios de esta casa de salud, de la siguiente manera: Pediatría 8, Neonatología 24, Clínica 14, Cirugía 14, Gineco-Obstetricia 16, Emergencia 18, Consulta Externa 12, Quemados 17, Centro Obstétrico 14, Quirófano 18, sumando un total de 155 enfermeras.

3.2.2. MUESTRA

Se procedió a utilizar esta técnica de muestreo, por las siguientes características presentes en la población: homogénea (todas son profesionales de enfermería y de sexo femenino) y están distribuidas en diferentes departamentos que denominaremos estratos. Vale también indicar que se optó por este tipo de muestreo en vista de que la población se muestra poco colaboradora.

MUESTREO ESTRATIFICADO.- Para aplicar este diseño, se precisa que la población esté dividida en subpoblaciones o estratos. Se selecciona una muestra en cada estrato en este caso se tomó la mitad de los profesionales de enfermería que laboran en cada servicio. Para

el presente estudio la muestra del estudio se estructuró de la siguiente manera:

ESTRATOS	N°	
Pediatría	8	4
Neonatología	24	12
Clínica	14	7
Cirugía	14	7
Gineco - obstetricia	16	8
Emergencia	18	9
Consulta Externa	12	6
* Quemados	17 (n+1)	9
Centro obstétrico	14	7

Quirófano	18	9
Total:	155	78
* Cuando el número de individuos de un estrato impar, se aplica n+1 para formar un valor entero.		

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica e instrumento que se emplearon para el desarrollo de la presente investigación se detallan a continuación.

- **INSTRUMENTO DE ENCUESTAS.-** El instrumento utilizado en este estudio fue un cuestionario creado por el investigador y revisado por su asesor, que consistió de datos relacionados a la comunicación del personal de enfermería con el paciente con capacidad sensorial especial y su influencia en el cuidado del usuario, conformado de 18 premisas con un vocabulario claro, comprensible y preciso entendible para el encuestado.

3.4. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE RESULTADOS

- Tabulación y elaboración de tablas
- Representación con datos estadísticos
- Interpretación y análisis de datos

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DE LA ENCUESTA APLICADA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

ESCALA: ATENCIÓN E INTERVENCIÓN

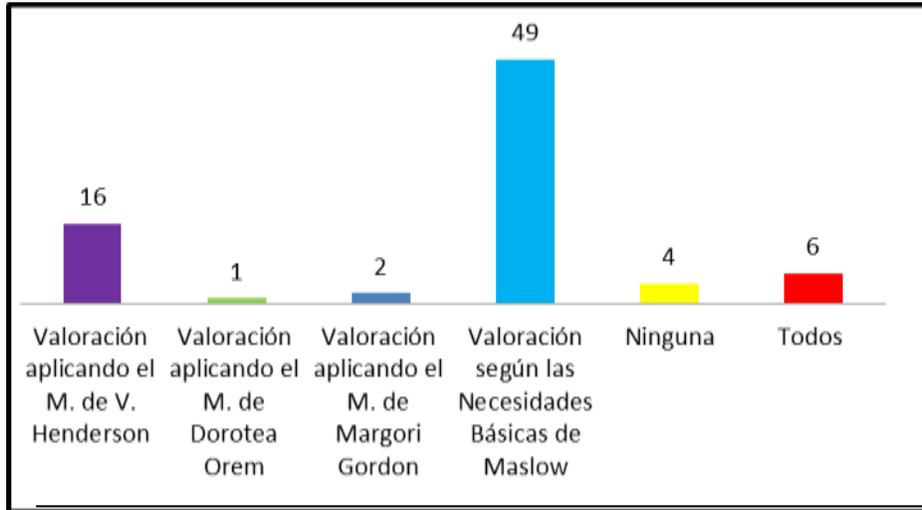
Tabla N°1: Modelos de Valoración al Paciente

INDICADORES	Resultados de encuesta	
	V. Absoluto	V. Relativo
Valoración aplicando el M. de V. Henderson	16	20,5
Valoración aplicando el M. de Dorotea Orem	1	1,3
Valoración aplicando el M. de Margori Gordon	2	2,6
Valoración según las Necesidades Básicas de Maslow	49	62,8
Ninguna	4	5,1
Todos	6	7,7
Total:	78	100%

FUENTE: Datos tomados de encuestas aplicadas al personal de Enfermería del H.P.G.D.R.

REALIZADO POR: Autora.

Grafico N° 1: Modelos de Valoración al Paciente



FUENTE: Tabla N° 1
REALIZADO POR: Autora.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Tras recopilar y analizar los datos obtenidos, 49 profesionales de enfermería representado por un valor relativo del 62,8%, valoran a los pacientes con capacidad sensorial especial de acuerdo a la pirámide de las Necesidades Básicas de Maslow, y el 20,5% aplica el modelo de V. Henderson este dato es llamativo pues según la bibliografía revisada, es el modelo de V. Henderson quien propone atender la comunicación tras valorar las formas comunicativas que manifieste uno u otro paciente.

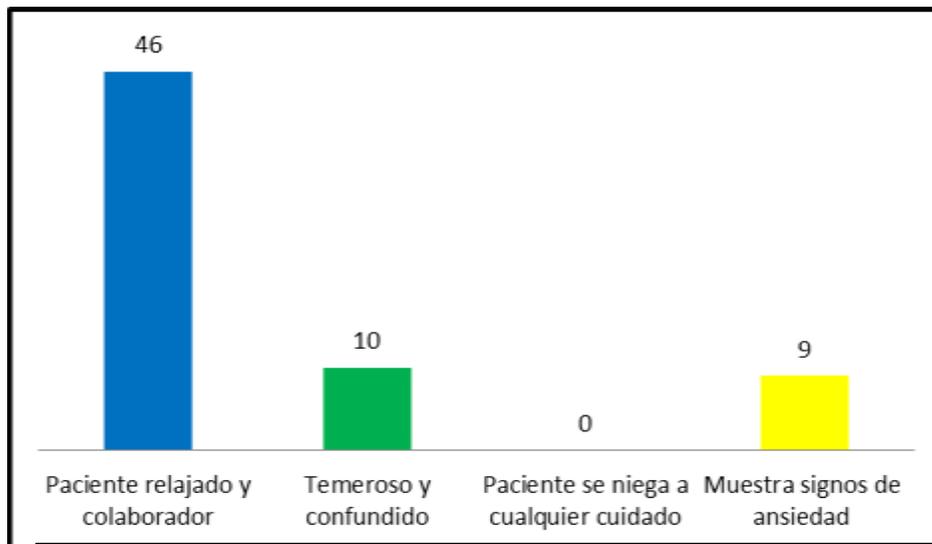
Tabla N° 2: **Atención en la Parte Comunicativa**

INDICADOR	Encuesta	
	V. Absoluto	V. Relativo
Paciente relajado y colaborador	46	59,0
Temeroso y confundido	10	12,8
Paciente se niega a cualquier cuidado	0	0,0
Muestra signos de ansiedad	9	11,5
Total	78	100%

FUENTE: Datos tomados de encuestas aplicadas al personal de Enfermería del H.P.G.D.R.

REALIZADO POR: Autora.

Gráfico N° 2: **Atención en la Parte Comunicativa**



FUENTE: Tabla N° 2

REALIZADO POR: Autora.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

El 59,0% de las enfermeras coinciden que cuando se emprende o al menos se intenta establecer la comunicación con los pacientes con capacidad sensorial especial, estos muestran una actitud relajada y colaboradora lo que saca a la luz la importancia que tiene la comunicación en la relación enfermera – paciente con capacidad sensorial especial.

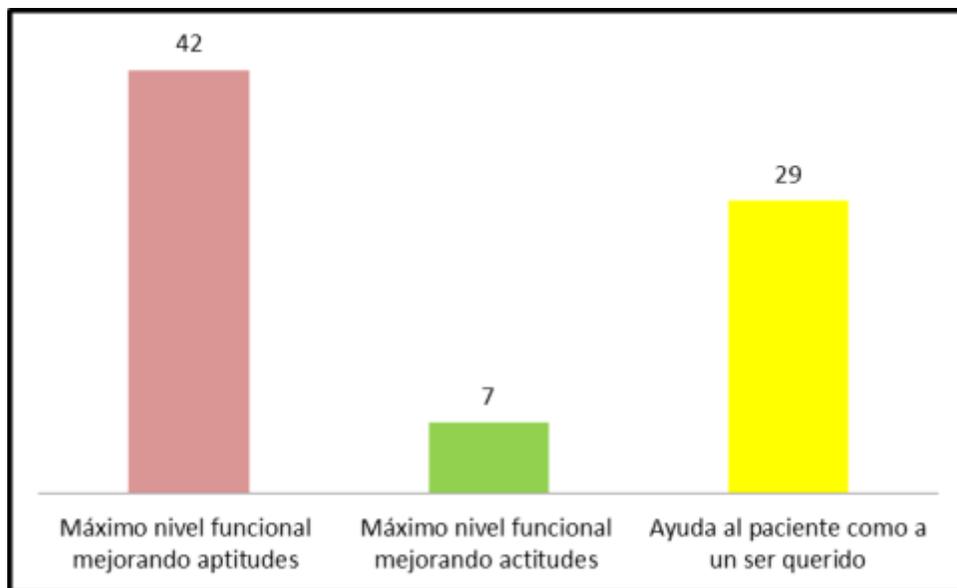
Tabla N°3: **Atención en el Nivel Funcional**

INDICADOR	V. Absoluto	V. Relativo
Máximo nivel funcional mejorando aptitudes	42	53,8
Máximo nivel funcional mejorando actitudes	7	9,0
Ayuda al paciente como a un ser querido	29	37,2
Total	78	100%

FUENTE: Datos tomados de encuestas aplicadas al personal de Enfermería del H.P.G.D.R.

REALIZADO POR: Autora

Gráfico N° 3: **Atención en el Nivel Funcional**



FUENTE: Tabla N° 3

REALIZADO POR: Autora

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

El 53.8%, cuyo valor absoluto corresponde a 42 profesionales de enfermería, refiere que al momento de brindar sus cuidados a estos pacientes trata de explotar al máximo su nivel funcional y mejorar sus aptitudes, es decir no subestima la capacidad del pacientes sino más bien trata de potenciarlas aún más tal y como lo sugiere en la bibliografía revisada.

ESCALA: CAPACIDAD SENSORIAL ESPECIAL VISUAL

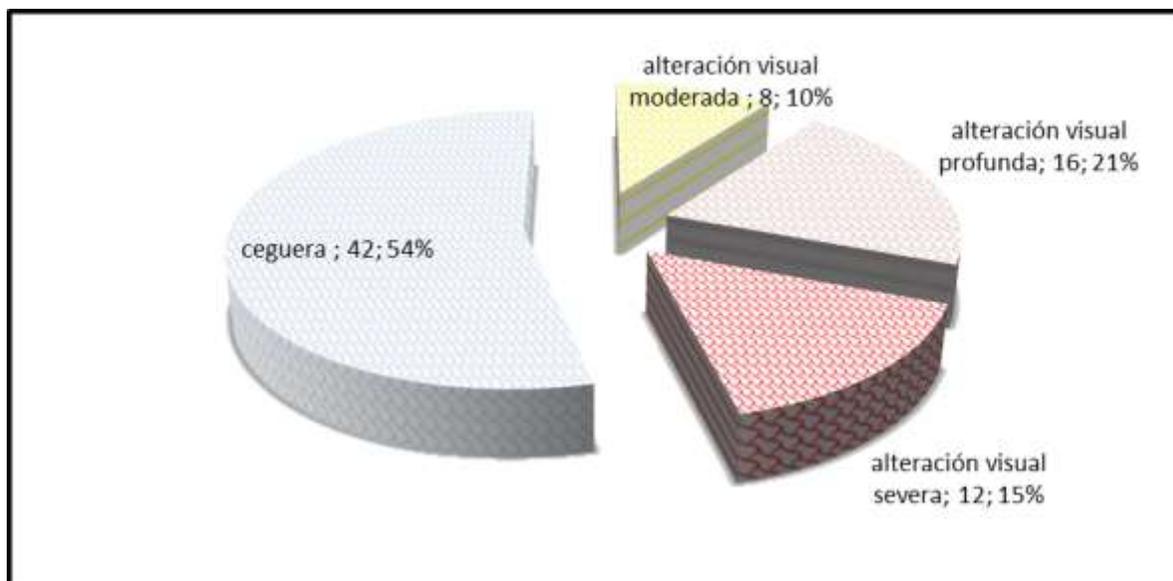
Tabla N°4: Grado de alteración visual y dificultad para emprender la comunicación.

INDICADOR	V. Absoluto	V. Relativo
alteración visual moderada	8	10.3
alteración visual profunda	16	20.5
alteración visual severa	12	15.4
ceguera	42	53.8
Total	78	100%

FUENTE: Datos tomados de encuestas aplicadas al personal de Enfermería del H.P.G.D.R.

REALIZADO POR: Autora.

Gráfico N° 4: Grado de alteración visual y dificultad para emprender la comunicación.



FUENTE: Tabla N° 4

REALIZADO POR: Autora.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Tras validar los datos de la encuesta aplicada a la muestra, los resultados obtenidos en relación al indicador, grado de alteración visual y dificultad para emprender la comunicación el 42.54 % nos indica que: con quien ha tenido mayor dificultad a la hora de comunicarse es con aquellos paciente con ceguera, tal y como indica la literatura pues

en ellos su campo visual es nulo a diferencia de las otras alteraciones visuales que muchas veces se puede resolver con ayudas técnicas o más luz.

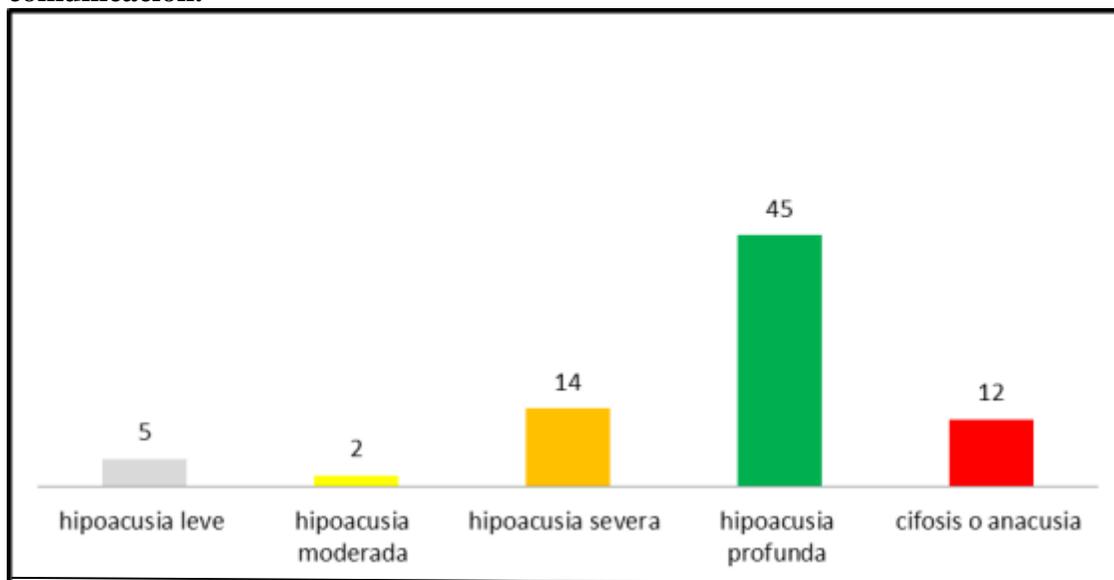
ESCALA: CAPACIDAD SENSORIAL AUDITIVA

Tabla N°5: Grado de alteración auditiva y dificultad para emprender la comunicación.

ITEMS	V. Absoluto	V. Relativo
hipoacusia leve	5	6.4
hipoacusia moderada	2	2.6
hipoacusia severa	14	17.9
hipoacusia profunda	45	57.7
cifosis o anacusia	12	15.4
TOTAL	78	100%

FUENTE: Datos tomados de encuestas aplicadas al personal de Enfermería del H.P.G.D.R.
REALIZADO POR: Autora.

Gráfico N° 5: Grado de alteración auditiva y dificultad para emprender la comunicación.



FUENTE: Tabla N° 5
REALIZADO POR: Autora.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Una vez analizados los datos de la encuesta aplicada a la muestra en relación al indicador, capacidad sensorial especial auditivo, el 57% que representa a 45

profesionales de enfermería indican que, a la hora de emprender comunicación con quienes mayor dificultad han tenido es con los pacientes que presentan una hipoacusia profunda, pues ellos sólo son capaces de percibir ruidos muy intensos y casi siempre más por la vía vibro táctil mas no por la vía auditiva.

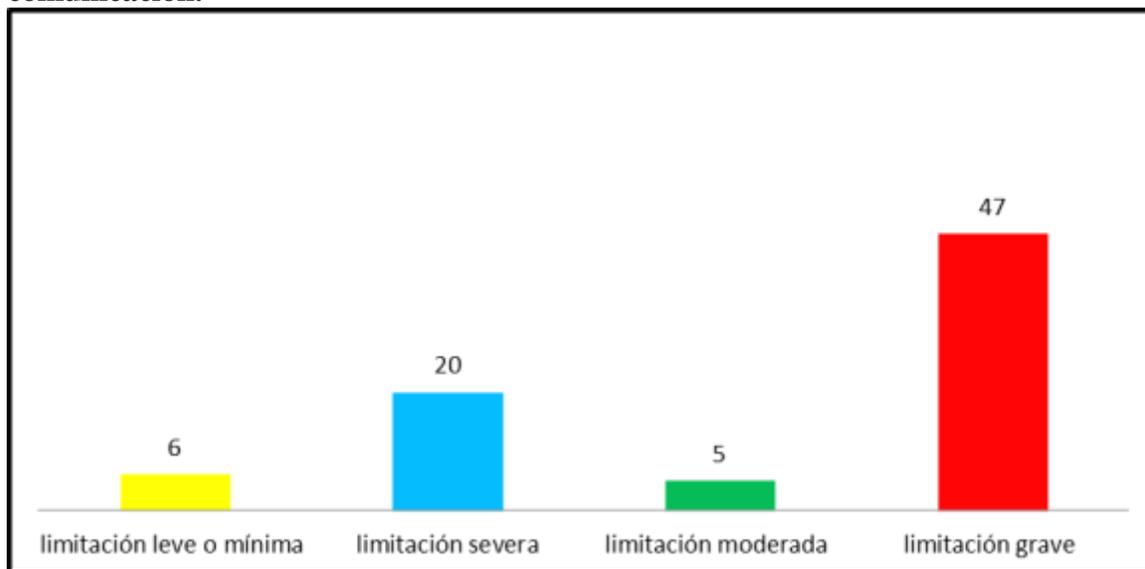
ESCALA: CAPACIDAD SENSORIAL DEL LENGUAJE

Tabla N°6: Grado de alteración del lenguaje y dificultad para emprender la comunicación.

ITEMS	V. Absoluto	V. Relativo
limitación leve o mínima	6	7.7
limitación severa	20	25.6
limitación moderada	5	6.4
limitación grave	47	60.3
Total	78	100%

FUENTE: Datos tomados de encuestas aplicadas al personal de Enfermería del H.P.G.D.R.
REALIZADO POR: Autora.

Gráfico N° 6: Grado de alteración lenguaje y dificultad para emprender la comunicación.



FUENTE: Cuadro N° 6
REALIZADO POR: Autora.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Una vez analizados los datos el 60.3% de los profesionales de enfermería encuestados, indican tener mayor dificultad para comunicarse con los pacientes con limitación grave del lenguaje, en vista de que ellos presentan un fracaso total para expresar ideas, pues tienen un lenguaje reducido a palabras mal emitidas o ausencia total de la expresión oral.

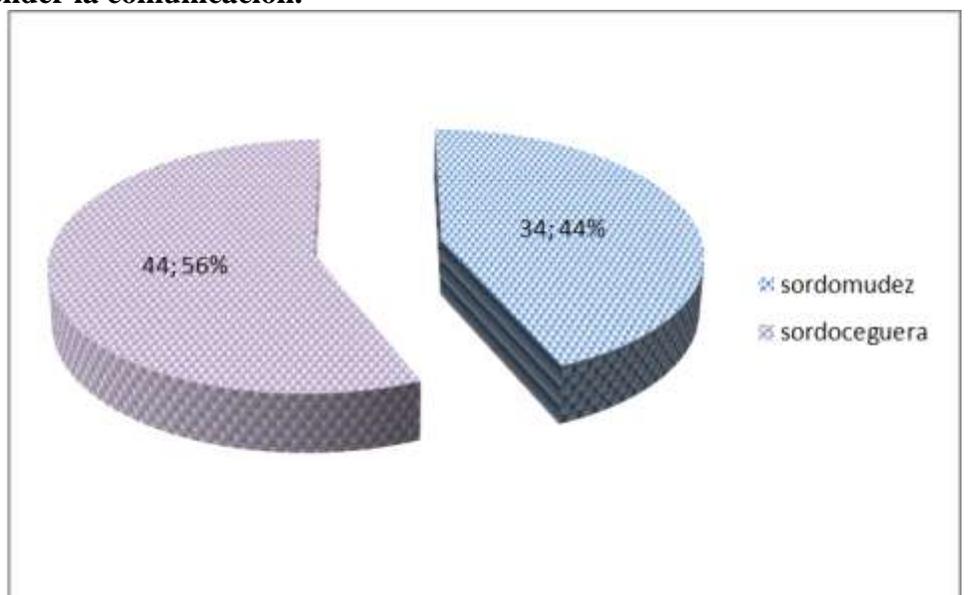
ESCALA:CAPACIDAD SENSORIAL COMBINADA

Tabla N°7: Tipo de capacidad sensorial especial combinada y dificultad para emprender la comunicación.

ITEMS	V. ABSOLLUTO	V. RELATIVO
sordomudez	34	43.6
sordo ceguera	44	56.4
TOTAL	78	100%

FUENTE: Datos tomados de encuestas aplicadas al personal de Enfermería del H.P.G.D.R.
REALIZADO POR: Autora.

Gráfico N° 7: Tipo de capacidad sensorial especial combinada y dificultad para emprender la comunicación.



FUENTE: tabla N° 7.
REALIZADO POR: Autora.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Una vez analizados los datos relacionados al indicador Capacidad Sensorial Especial Combinada, el 56.4% de los profesionales de enfermería indican tener mayor dificultad con los pacientes con sordo ceguera pues su sistema de comunicación resulta ser más complejo; comparado con el lenguaje empleado por los pacientes con sordomudez.

ESCALA: EMPRENDE DIALOGO

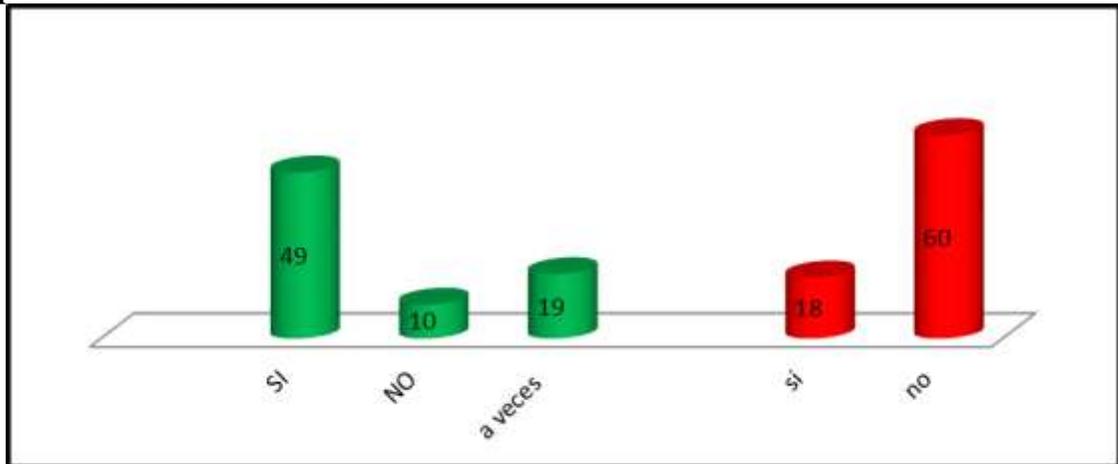
Tabla N°8: **Importancia de la comunicación e información percibida por los profesionales de enfermería.**

INDICADOR	ITEMS	V.ABSOLUTO	V. RELATIVO
Es importante comunicarse con estos pacientes	SI	49	62.8
	NO	10	12.8
	a veces	19	24.4
	Total	78	100%
Recibe información sobre este tipo de comunicación	Si	18	23.1
	No	60	76.9
	Total	78	100%

FUENTE: Datos tomados de encuestas aplicadas al personal de Enfermería del H.P.G.D.R.

REALIZADO POR: Autora.

Gráfico N° 8: **Importancia de la comunicación e información percibida por los profesionales de enfermería.**



FUENTE: Tabla N° 8

REALIZADO POR: Autora.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Tras el análisis de los datos en relación al indicador Emprende Dialogo, 49 de los profesionales de enfermería encuestados lo que esta represento con el 62.8%, indica iniciar dialogo con estos pacientes lo que es adecuado a la hora de brindar cuidados a un paciente, el porcentaje restante indica que no entabla una comunicación o lo hace a

veces lo que puede estar relacionado íntimamente con la falta de información que dicen tener según lo representa un 76,9%.

ESCALA: SISTEMAS ALTERNATIVOS DE COMUNICACIÓN CON Y SIN AYUDA

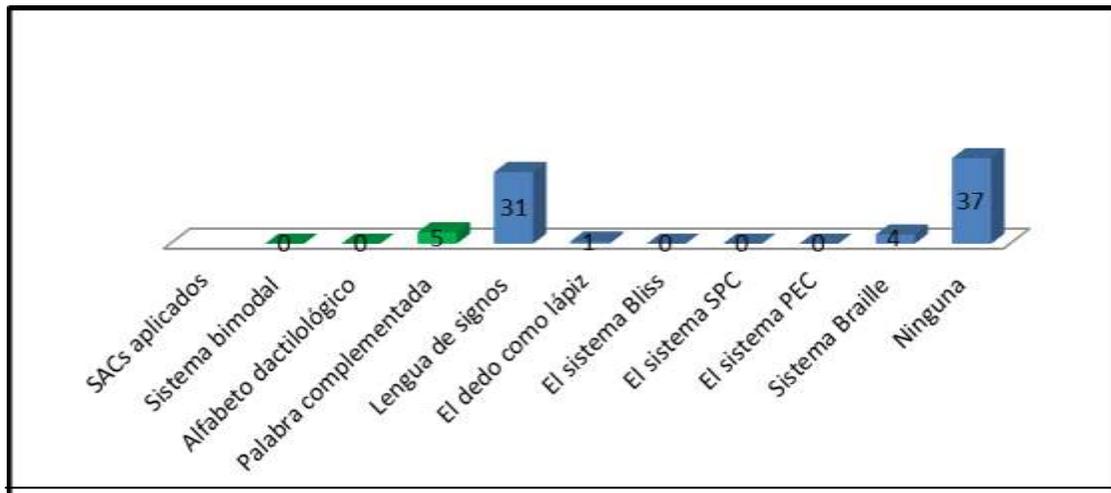
Tabla N°9: Sistema alternativo de comunicación aplicado por la enfermera.

INDICADOR	Encuestas	
	V. absoluto	V. Relativo
Sistema bimodal	0	0,0
Alfabeto dactilológico	0	0,0
Palabra complementada	5	6,4
Lengua de signos	31	39,7
El dedo como lápiz	1	1,3
El sistema Bliss	0	0,0
El sistema SPC	0	0,0
El sistema PEC	0	0,0
Sistema Braille	4	5,1
Ninguna	37	47,4

FUENTE: Datos tomados de encuestas aplicadas al personal de Enfermería del H.P.G.D.R.

REALIZADO POR: Autora.

Gráfico N° 9: Sistema alternativo de comunicación aplicado por la enfermera.



FUENTE: Tabla N° 9.

REALIZADO POR: Autora.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Al tabular y analizar los datos de la encuesta el 47,4% de los profesionales de enfermería indican desconocer sobre los Sistemas Alternativos de Comunicación, esto puede explicarse por una falta de información y/o capacitación tanto en su vida universitaria como en su campo laboral.

4.1. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación cuya hipótesis planteada es “La atención de enfermería a los pacientes con capacidad sensorial especial está influenciada por los Sistemas Alternativos de Comunicación aplicados por la enfermera”; y luego de haber culminado el estudio se determinó que la hipótesis planteada se **confirma**, pues de los profesionales de enfermería encuestados en el Hospital Provincial General Docente un 47.4% desconoce sobre los Sistemas Alternativos de Comunicación y un 39.7% conoce sobre estos sistemas pero no los aplica, por lo tanto existe un déficit de comunicación entre la enfermera y el paciente con capacidad sensorial especial, lo que influye en la calidad de atención, brindada a estos pacientes.

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Se concluye que el Sistema Alternativo de Comunicación que practica el personal de enfermería del Hospital Provincial General Docente Riobamba con los pacientes con capacidad sensorial especial es la lengua de signos con un 39,7%.
- El 55.1% de los profesionales encuestados desconocen totalmente sobre los Sistemas Alternativos de Comunicación lo que se hace evidente tras recabar datos en los indican que el 47.4 % no conoce ningún tipo de Sistema Alternativo como lengua de señas, sistema Braille u otro, lo que se puede relacionar con la falta de autoeducación, dificultad de aprender los sistemas alternativos de comunicación o simplemente el desinterés de conocer este tipo de comunicación.
- Se concluye también que la enfermera trata de emprender la comunicación con el paciente con capacidad sensorial especial, pero resulta muy difícil por la poca información que ella tiene sobre el manejo de formas comunicativas no verbales, es así que el 43% de los encuestados nos indican que desconocen de los Sistemas Alternativos de Comunicación.
- Del total de profesionales de enfermería el 59.0 % indica que el paciente se muestra más relajado y colaborador luego haber emprendido alguna alternativa comunicativa, ya que según la literatura el establecer comunicación con el paciente se mejora la relación empática entre la enfermera y el paciente, facilitando así sus cuidados.

- No existe material que apoye la comunicación entre el profesional de enfermería y el paciente con capacidad sensorial especial, por lo que se propone una guía básica para atender la comunicación. a la hora de brindar cuidados enfermeros.
- Se encontró también que el 98.7% del personal de enfermería del Hospital Provincial General Docente Riobamba brinda cuidados de enfermería a pacientes con capacidad sensorial especial, sin embargo para decir que la atención en la parte comunicativa es óptima se debería valorar a los pacientes mediante el Modelo de Atención de Virginia Henderson pues es ella quien propone atender la necesidad de comunicarse, tomando en cuenta la integridad de los órganos de los sentidos, vía de relación y accesibilidad de estos pacientes para emprender el dialogo, lo que pasa desapercibido cuando se valora a un paciente mediante la Pirámide de las Necesidades Básicas de Maslow.

5.2. RECOMENDACIONES

- Se recomienda a las autoridades del H.P.G.D.R. fomentar en la enfermera el interés de aprender al menos un Sistema Alternativo de Comunicación por medio de capacitaciones individuales o colectivas, con la finalidad de atender las dudas y satisfacer las necesidades de los pacientes con capacidad sensorial especial.
- Se recomienda a los profesionales de enfermería de este hospital tomar iniciativas de autoeducación para elevar su conocimiento en relación a la comunicación con el paciente con capacidad sensorial especial así alcanzar la calidad de servicios enfermeros.
- Se recomienda que durante la valoración de estos pacientes no se deje a un lado su parte emocional y psicológica pues de ello depende si el paciente se mostrara relajado y colaborador o agresivo.
- Se recomienda hacer uso de la Guía Básica diseñada exclusivamente para atender la parte comunicativa con el paciente con capacidad sensorial especial a la hora de brindar cuidados enfermeros, mismas que fueron entregados en un número de 3 unidades por servicio.

CAPÍTULO VI

6. LINEAMIENTOS ALTERATIVOS

6.1. Diseño de una guía básica que facilite la comunicación durante la intervención de enfermería.

6.2. TEMA

“Guía Básica para el manejo de los Sistemas Alternativos de Comunicación Aplicables a los Pacientes con Capacidad Sensorial Especial”.

BIBLIOGRAFÍA

CONADIS. (02 de Junio de 2012). *Ley sobre las Discapacidades* . Recuperado el 20 de Julio de 2013, de <http://www.conadis.gov.ec>: <http://www.conadis.gov.ec/legislacion/ley.html>

Mena, A. S. (27 de Junio de 2012). *Ciudadanía Informada* . Recuperado el 20 de Julio de 2012, de http://www.ciudadaniainformada.com/noticias-ciudadania-ecuador0/noticias-ciudadania-ecuador/ir_a/ciudadania/article//aprobada-ley-de-discapacidades-que-brinda-beneficios-a-este-sector.html

http://dialnet.unirioja.es/servlet/listatesis?tipo_búsqueda=AREAxINSTITUCION&clave_búsqueda=1480. (08 de Enero de 2010). Recuperado el 10 de Noviembre de 2012, de http://dialnet.unirioja.es/servlet/listatesis?tipo_búsqueda=AREAxINSTITUCION&clave_búsqueda=1480: <http://dialnet.unirioja.es>

Agencia Valenciana de Salud. (2006).

<http://health.cat/open.php?url=http://comsalud.umh.es/files/2011/12/Tecnicas-comunicacion-enfermeria.pdf>. Valencia : ISBN.

Anés, R. I. (14 de Diciembre de 2005).

http://aniorte.eresmas.com/archivos/trabaj_investigac_comunicac_paciente_order.pdf. Recuperado el 12 de Enero de 2013, de http://aniorte.eresmas.com/archivos/trabaj_investigac_comunicac_paciente_order.pdf: <http://aniorte.eresmas.com>

ASOCIDE. (2000). <http://www.asocide.org/solotexto/alfabeto.htm>. Recuperado el Enero de 2013, de <http://www.asocide.org/solotexto/alfabeto.htm>: <http://www.asocide.org>

Bellacasa, P. d. (1995). <http://patirequete.wordpress.com/mi-web/indice/sistemas-alternativos-y-aumentativos-de-comunicacion-saacs/>. Recuperado el 15 de Enero de 2013, de <http://patirequete.wordpress.com/mi-web/indice/sistemas-alternativos-y-aumentativos-de-comunicacion-saacs/>: <http://patirequete.wordpress.com>

Cazar, R. (03 de Enero de 2001).

http://www.icevi.org/latin_america/publications/quito_conference/analisis_de_la_situacion_de_las_.htm. Recuperado el 08 de Noviembre de 2012, de http://www.icevi.org/latin_america/publications/quito_conference/analisis_de_la_situacion_de_las_.htm: <http://www.icevi.org>

Consuelo Belloch, U. (2 de Mayo de 2012).

<http://www.uv.es/bellochc/logopedia/NRTLogo7.wiki?7>. Obtenido de <http://www.uv.es/bellochc/logopedia/NRTLogo7.wiki?7>: <http://www.uv.es>

ECURED. (s.f.). http://www.ecured.cu/index.php/Lenguaje_de_signos. Recuperado el Enero de 2013, de http://www.ecured.cu/index.php/Lenguaje_de_signos: <http://www.ecured.cu>

F, R. C. (Enero de 2001).

http://www.icevi.org/latin_america/publications/quito_conference/analisis_de_la_situacion_de_las_.htm. Recuperado el 2 de noviembre de 2012, de http://www.icevi.org/latin_america/publications/quito_conference/analisis_de_la_situacion_de_las_.htm: <http://www.icevi.org>

F. Alcantud, F. S. (2002). *Tecnologías de ayuda en personas con trastornos de comunicación*. España : ISBN.

Galiana, V. (30 de Octubre de 2011).

<http://discapacitadosalex.blogspot.com/2011/10/concepto-y-tipos-de-discapacidad-visual.html>. Recuperado el Enero de 2013, de <http://discapacitadosalex.blogspot.com/2011/10/concepto-y-tipos-de-discapacidad-visual.html>: <http://discapacitadosalex.blogspot.com>

H.P.G.D.Riobamba. (s.f.). <http://hospitalriobamba.gob.ec/servicios/cirugia>. Obtenido de <http://hospitalriobamba.gob.ec/servicios/cirugia>: <http://hospitalriobamba.gob.e>

Hernández, M. (10 de Noviembre de 2010). <http://repositorio.utn.edu.ec/simple-search?query=tesis+enfermeria>. Recuperado el 10 de Noviembre de 2012, de <http://repositorio.utn.edu.ec/simple-search?query=tesis+enfermeria>: <http://repositorio.utn.edu.ec>

- INDEX. (2008). características de la comunicación verbal . *Ecured*, 5-6.
- Isabel Cristina Naranjo Bermudez, G. P. (11 de Abril de 2006). <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewFile/2924/2557>. Recuperado el 02 de Noviembre de 2012, de <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewFile/2924/2557>: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co>
- J., T. (8 de Agosto de 2011). <http://aprendelenguadesignos.com/la-palabra-complementada-uno-de-los-saac-sin-ayuda/>. Recuperado el Enero de 2013, de <http://aprendelenguadesignos.com/la-palabra-complementada-uno-de-los-saac-sin-ayuda/>: <http://aprendelenguadesignos.com>
- José Hoover Vanegas, F. M. (12 de Septiembre de 2010). http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista15%282%29_11.pdf. Recuperado el 8 de Noviembre de 2012, de http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista15%282%29_11.pdf: <http://promocionsalud.ucaldas.edu.co>
- Junta de Andalucía. (2010). http://www.juntadeandalucia.es/educacion/portal/com/bin/Contenidos/PSE/orientacionyatenciondiversidad/educacionespecial/ManualdeatencionalalumnadoNEAE/1278666685450_07.pdf. *Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de discapacidad auditiva*. Andalucía, España: ISBN.
- L.Cayo. (2006). *Discapacidad y asistencia sanitaria* . Recuperado el Marzo de 2013, de http://www.feaps.org/biblioteca/documentos/asistencia_sanitaria.pdf.
- Méndez, M., Ortiz, E., & Venegas. (2011). <http://www.latindex.ucr.ac.cr/enf21/enf-21-02.pdf>. *Revista electrónica, enfermería actual en Costa Rica* , 2-8.
- Montesinos, G. (2002). El conocimiento y la enfermería. *Imbiomed*, 2-3.
- Nery, A. (Junio de 2012). http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000200013&lng=pt&nrm=iso&tlng=en. Recuperado el 10 de Diciembre de 2012, de

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000200013&lng=pt&nrm=iso&tlng=en: <http://www.scielo.br>

Protocolo y etiqueta.org. (8 de Octubre de 2012).

http://www.protocolo.org/social/conversar_hablar/comunicacion_no_verbal_la_importancia_de_los_gestos_i.html. Recuperado el 15 de Diciembre de 2012, de

http://www.protocolo.org/social/conversar_hablar/comunicacion_no_verbal_la_importancia_de_los_gestos_i.html: <http://www.protocolo.org>

Román, Q. (2006).

<http://health.cat/open.php?url=http://comsalud.umh.es/files/2011/12/Tecnicas-comunicacion-enfermeria.pdf>. Valencia : Generalitat Valenciana.

Romero, R., & Aledo, L. (2004). Capacidad especial del lenguaje. *Trastornos del lenguaje*. Alicante.

Sendra, J. (2009). *La comunicación* . España: Vigo.

Sinova. (11 de Mayo de 2009).

<http://www.elmundo.es/elmundo/2009/05/11/solidaridad/1242055269.html>.

Recuperado el 05 de Diciembre de 2012, de

<http://www.elmundo.es/elmundo/2009/05/11/solidaridad/1242055269.html>:

<http://www.elmundo.e>

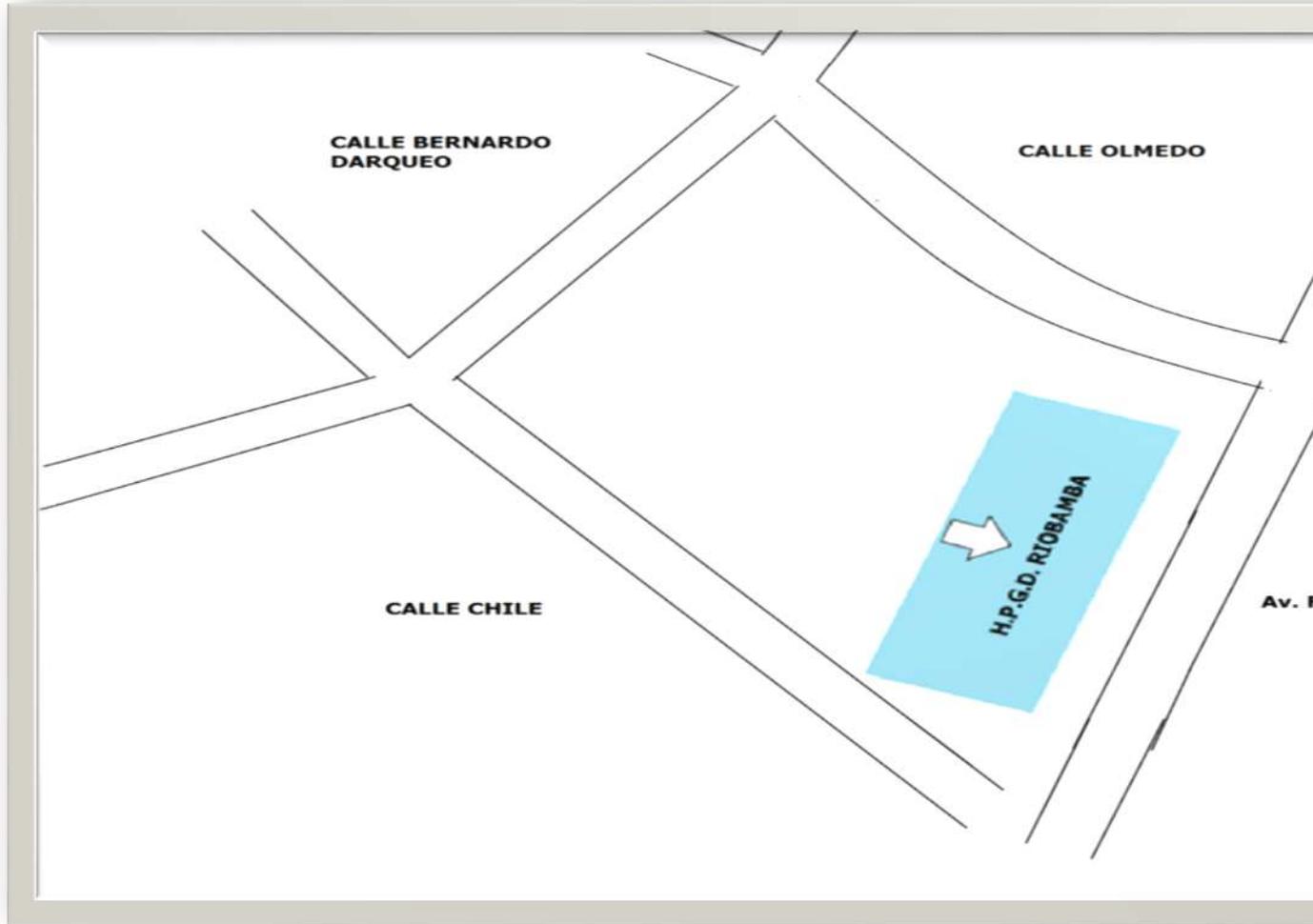
Sorrentino, S. (2012). *Manual de Enfermería* . España: Española .

Suso, A., Rey, F. d., & Puerta, P. (21 de Mayo de 2004). *e-ducare 21*. Recuperado el Febrero de 2013, de

http://www.enfermeria21.com/pfw_files/cma/revistas/Educare21/2004/09/9024.pdf: <http://www.enfermeria21.com>

Vanegas, C. P. (2008). Comunicación del profesional de enfermería con pacientes que tienen dificultad en la expresión verbal por sordera . *Revista Colombiana de Enfermería* , 2-6.

**CROQUIS DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE
RIOBAMBA (ANEXO 1)**



ANEXO 2



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERÍA

Objetivo: Determinar los Sistemas Alternativos de Comunicación que práctica el personal de enfermería, con los pacientes con capacidad sensorial especial atendidos en el Hospital Provincial General Docente Riobamba durante el periodo diciembre 2012 – mayo 2013

El presente instrumento de recopilación de datos va dirigido al personal de Enfermería del H.P.G.D. Riobamba.

CUESTIONARIO

INSTRUCCIONES: MARQUE CON UNA “X” LA RESPUESTA QUE USTED CREA CONVENIENTE.

1. **¿Ha brindado atención a pacientes con capacidad sensorial especial?**

Si	()	No	()
----	-----	----	-----

2. **De las siguientes capacidades sensoriales especiales visuales, ¿Con cuál de ellas ha tenido mayor dificultad a la hora de emprender la comunicación?**

Alteración visual moderada	()	Alteración visual profunda	()
Alteración visual severa	()	Ceguera	()

3. **De las siguientes capacidades sensoriales especiales auditivas, ¿Con cuál de ellas ha tenido mayor dificultad a la hora de emprender la comunicación?**

Hipoacusia leve	()	Hipoacusia severa	()
Hipoacusia moderada	()	Hipoacusia profunda	()
Cofosis o Anacusia	()		

4. **De las siguientes capacidades sensoriales especiales del lenguaje, ¿Con cuál de ellas ha tenido mayor dificultad a la hora de emprender la comunicación?**

Limitación leve o mínima	()	Limitación severa	()
Limitación moderada	()	Limitación grave	()

5. **De la siguiente lista señale ¿A qué tipo de pacientes a brindado sus cuidados?**

Pct. con discapacidad visual	()	Pct. con discapacidad del lenguaje	(6)
Pct. con discapacidad auditiva	()	Pct. Discapacidad combinada (sordomudez, sordoceguera)	()

¿Cre
e
uste
d
impo

rtante tener conocimientos sobre formas comunicativas adecuadas para pacientes con capacidad sensorial especial?

Si	()	No	()
----	-----	----	-----

7. Durante la valoración de estos pacientes ¿Qué modelo de valoración aplica, para atender la parte comunicativa?

Modelo de V. Henderson (14 necesidades)	()
Modelo de las Necesidades Básicas de Maslow (11 necesidades)	()
Modelo de Dorotea Orem	()
Modelo Margori Gordon con los patrones funcionales	()
Ninguno	()
Todos	()

8. ¿Conoce usted del lenguaje de señas u otra habilidad lingüística para comunicarse con estos pacientes?

Si	()
No	()
Un poco	()

¿Cuál?	
--------	--

9. ¿De la siguiente lista de formas alternativas de comunicación señale, ¿Cuál de ellas aplica usted con mayor frecuencia?

Sistema bimodal	()	El sistema Bliss	()
Alfabeto dactilológico	()	El sistema SPC	()
Palabra complementada	()	El sistema PEC	()
Lengua de signos	()	Sistema Braille	()
El dedo como lápiz	()	Ninguna	()

10. Una vez iniciada la comunicación con estos pacientes. ¿Cómo ve usted la respuesta de ellos frente a los cuidados de enfermería que usted brinda?

El paciente se muestra relajado y colaborador	()	Se ve temeroso y confundido.	()
El paciente se niega a cualquier cuidado	()	Muestra signos de ansiedad.	()

11. ¿Ha recibido alguna información sobre la comunicación y manejo efectivo de pacientes con capacidad sensorial especial?

Sí	()	No	()
----	-----	----	-----

12. ¿Le gustaría recibir información relacionada a la comunicación con los pacientes con capacidad sensorial especial para mejorar la comunicación con estos pacientes?

Sí	()	No	()
----	-----	----	-----

13. Antes de brindar atención al paciente con discapacidad sensorial especial, tome en cuenta su parte psicológica , pues es posible que este se muestre:

Indeseables	()	Deprimidos	()
Irritados y hostiles	()	Alivianados	()

14. Cuando esta frente a un paciente con discapacidad sensorial. ¿Cuáles son las consideraciones generales a tomar en cuenta?

a. Requiere ayuda al 100% pues suelen ser como un niño.	()
---	-----

b. Suelen depender parcial o totalmente de alguien para atender sus necesidades.	()
c. Tome en cuenta que la autoestima y relaciones sociales suelen estar cohibidas en esto pacientes.	()
d. a y b son correctos	()
e. b y c son correctas	()

15. Cuando brinda sus

cuidados de enfermería. ¿Cuál de los siguientes objetivos es el correcto?

a. Promover al máximo su nivel funcional centrándose en mejorar sus aptitudes	()
b. Promover al máximo su nivel funcional centrándose en mejorar sus actitudes	()
c. Ayudar al paciente en todo pues tome en cuenta que puede ser su ser querido	()

16. De los siguientes enunciados indique. ¿Cuál de ellos pertenecen a los denominados cuidados tonificantes de enfermería?

Atender las 14 necesidades que propone el modelo de Virginia Henderson.	()
Poner cuidado especial en la comunicación, movilidad, colocación, función cognitiva y cuidados personales.	()
Ninguna de las anteriores.	()

17. ¿Los cuidados tonificantes de enfermería se centran o se enfocan en?:

Lo que el paciente es incapaz de hacer	()
Los cuidados personales	()
El paciente en su conjunto	()
Los derechos del paciente	()



GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo 4

"LEY ORGANICA DE DISCAPACIDADES"

TITULO I

PRINCIPIOS Y DISPOSICIONES FUNDAMENTALES CAPITULO PRIMERO DEL OBJETO, AMBITO Y FINES

Art. 1.- Objeto.- La presente Ley tiene por objeto asegurar la prevención, detección oportuna, habilitación y rehabilitación de la discapacidad y garantizar la plena vigencia, difusión y ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, establecidos en la Constitución de la República, los tratados e instrumentos internacionales; así como, aquellos que se derivaren de leyes conexas, con enfoque de género, generacional e intercultural.

Art. 2.- Ámbito.- Esta Ley ampara a las personas con discapacidad ecuatorianas o extranjeras que se encuentren en el territorio ecuatoriano; así como, a las y los ecuatorianos en el exterior; sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, su cónyuge, pareja en unión de hecho y/o representante legal y las personas jurídicas públicas, semipúblicas y privadas sin fines de lucro, dedicadas a la atención, protección y cuidado de las personas con discapacidad. El ámbito de aplicación de la presente Ley abarca los sectores público y privado. Las personas con deficiencia o condición discapacitante se encuentran amparadas por la presente Ley, en lo que fuere pertinente.

Art. 3.- Fines.- La presente Ley tiene los siguientes fines:

1. Establecer el sistema nacional descentralizado y/o desconcentrado de protección integral de discapacidades;

2. Promover e impulsar un subsistema de promoción, prevención, detección oportuna, habilitación, rehabilitación integral y atención permanente de las personas con discapacidad a través de servicios de calidad;
3. Procurar el cumplimiento de mecanismos de exigibilidad, protección y restitución, que puedan permitir eliminar, entre otras, las barreras físicas, actitudinales, sociales y comunicacionales, a que se enfrentan las personas con discapacidad;
4. Eliminar toda forma de abandono, discriminación, odio, explotación, violencia y abuso de autoridad por razones de discapacidad y sancionar a quien incurriere en estas acciones;
5. Promover la corresponsabilidad y participación de la familia, la sociedad y las instituciones públicas, semipúblicas y privadas para lograr la inclusión social de las personas con discapacidad y el pleno ejercicio de sus derechos; y,
6. Garantizar y promover la participación e inclusión plenas y efectivas de las personas con discapacidad en los ámbitos públicos y privados.

CAPITULO SEGUNDO DE LOS PRINCIPIOS RECTORES Y DE APLICACIÓN

Art. 4.- Principios fundamentales.- La presente normativa se sujeta y fundamenta en los siguientes principios:

1. No discriminación: ninguna persona con discapacidad o su familia puede ser discriminada; ni sus derechos podrán ser anulados o reducidos a causa de su condición de discapacidad.
2. La acción afirmativa será toda aquella medida necesaria, proporcional y de aplicación obligatoria cuando se manifieste la condición de desigualdad de la persona con discapacidad en el espacio en que goce y ejerza sus derechos; tendrá enfoque de género, generacional e intercultural;

3. In dubio pro hominem: en caso de duda sobre el alcance de las disposiciones legales, éstas se aplicarán en el sentido más favorable y progresivo a la protección de las personas con discapacidad;
4. Igualdad de oportunidades: todas las personas con discapacidad son iguales ante la ley, tienen derecho a igual protección legal y a beneficiarse de la ley en igual medida sin discriminación alguna. No podrá reducirse o negarse el derecho de las personas con discapacidad y cualquier acción contraria que así lo suponga será sancionable;
5. Responsabilidad social colectiva: toda persona debe respetar los derechos de las personas con discapacidad y sus familias, así como de conocer de actos de discriminación o violación de derechos de personas con discapacidad está legitimada para exigir el cese inmediato de la situación violatoria, la reparación integral del derecho vulnerado o anulado, y la sanción respectiva según el caso;
6. Celeridad y eficacia: en los actos del servicio público y privado se atenderá prioritariamente a las personas con discapacidad y el despacho de sus requerimientos se procesarán con celeridad y eficacia;
7. Interculturalidad: se reconoce las ciencias, tecnologías, saberes ancestrales, medicinas y prácticas de las comunidades, comunas, pueblos y nacionalidades para el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad de ser el caso;
8. Participación e inclusión: se procurará la participación protagónica de las personas con discapacidad en la toma de decisiones, planificación y gestión en los asuntos de interés público, para lo cual el Estado determinará planes y programas estatales y privados coordinados y las medidas necesarias para su participación e inclusión plena y efectiva en la sociedad;
9. Accesibilidad: se garantiza el acceso de las personas con discapacidad al entorno físico, al transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones

abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales; así como, la eliminación de obstáculos que dificulten el goce y ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, y se facilitará las condiciones necesarias para procurar el mayor grado de autonomía en sus vidas cotidianas;

10. Protección de niñas, niños y adolescentes con discapacidad: se garantiza el respeto de la evolución de las facultades de las niñas, niños y adolescentes con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad; y,
11. Atención prioritaria: en los planes y programas de la vida en común se les dará a las personas con discapacidad atención especializada y espacios preferenciales, que respondan a sus necesidades particulares o de grupo.

La presente normativa también se sujeta a los demás principios consagrados en la Constitución de la República, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y demás tratados e instrumentos internacionales de derechos humanos.

TITULO II

DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, SUS DERECHOS, GARANTIAS Y BENEFICIOS

CAPITULO PRIMERO

DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y DEMAS SUJETOS DE LEY SECCION PRIMERA: DE LOS SUJETOS

Art. 5.- Sujetos.- Se encuentran amparados por esta Ley:

a) Las personas con discapacidades ecuatorianas o extranjeras que se encuentren en el territorio ecuatoriano;

b) Las y los ecuatorianos con discapacidad que se encuentren en el exterior, en lo que fuere aplicable y pertinente de conformidad a esta Ley;

c) Las personas con deficiencia o condición discapacitante, en los términos que señala la presente Ley;

d) Las y los parientes hasta cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, cónyuge, pareja en unión de hecho, representante legal o las personas que tengan bajo su responsabilidad y/o cuidado a una persona con discapacidad; y,

e) Las personas jurídicas públicas, semipúblicas y privadas sin fines de lucro, dedicadas a la atención y cuidado de personas con discapacidad, debidamente acreditadas por la autoridad competente.

Art. 6.- Persona con discapacidad.- Para los efectos de esta Ley se considera persona con discapacidad a toda aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, con independencia de la causa que la hubiera originado, ve restringida permanentemente su capacidad biológica,

psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, en la proporción que establezca el Reglamento.

Los beneficios tributarios previstos en esta ley, únicamente se aplicarán para aquellos cuya discapacidad sea igual o superior a la determinada en el Reglamento.

El Reglamento a la Ley podrá establecer beneficios proporcionales al carácter tributario, según los grados de discapacidad, con excepción de los beneficios establecidos en el Artículo 74.

Art. 7.- Persona con deficiencia o condición discapacitante.- Se entiende por persona con deficiencia o condición discapacitante a toda aquella que, presente disminución o supresión temporal de alguna de sus capacidades físicas, sensoriales o intelectuales manifestándose en ausencias, anomalías, defectos, pérdidas o dificultades para percibir, desplazarse, oír y/o ver, comunicarse, o integrarse a las actividades esenciales de la vida diaria limitando el desempeño de sus capacidades; y, en consecuencia el goce y ejercicio pleno de sus derechos.

CAPITULO SEGUNDO

DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD SECCION PRIMERA: DE LOS DERECHOS

Art. 16.- Derechos.- El Estado a través de sus organismos y entidades reconoce y garantiza a las personas con discapacidad el pleno ejercicio de los derechos establecidos en la Constitución de la República, los tratados e instrumentos internacionales y esta ley, y su aplicación directa por parte de las o los funcionarios públicos, administrativos o judiciales, de oficio o a petición de parte; así como también por parte de las personas naturales y jurídicas privadas.

Se reconoce los derechos establecidos en esta Ley en lo que les sea aplicable a las personas con deficiencia o condición discapacitante, y a las y los parientes hasta cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, cónyuge, pareja en unión de hecho o representante legal que tengan bajo su responsabilidad y/o cuidado a una persona con discapacidad.

Art. 17.- Medidas de acción afirmativa.- El Estado, a través de los organismos competentes, adoptará las medidas de acción afirmativa en el diseño y la ejecución de políticas públicas que fueren necesarias para garantizar el ejercicio pleno de los derechos de las personas con discapacidad que se encontraren en situación de desigualdad.

Para el reconocimiento y ejercicio de derechos, diseño y ejecución de políticas públicas, así como para el cumplimiento de obligaciones, se observará la situación real y condición humana de vulnerabilidad en la que se encuentre la persona con discapacidad, y se le garantizará los derechos propios de su situación particular.

Art. 18.- Cooperación internacional.- El Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades coordinará con las autoridades nacionales en el ámbito de su competencia, los gobiernos autónomos descentralizados, y las personas jurídicas de derecho público la promoción, difusión, así como la canalización de la asesoría técnica y los recursos destinados a la atención de personas con discapacidad, en concordancia con el Plan Nacional de Discapacidades.

Las personas jurídicas privadas sin fines de lucro, notificarán al Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades respecto de sus planes, programas y sobre los recursos provenientes de la cooperación internacional, con el fin de coordinar esfuerzos y cumplir el Plan Nacional de Discapacidades.

SECCION SEGUNDA

DE LA SALUD

Art. 19.- Derecho a la salud.- El Estado garantizará a las personas con discapacidad el derecho a la salud y asegurará el acceso a los servicios de promoción, prevención, atención especializada permanente y prioritaria, habilitación y rehabilitación funcional e integral de salud, en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, con enfoque de género, generacional e intercultural.

La atención integral a la salud de las personas con discapacidad, con deficiencia o condición discapacitante será de responsabilidad de la autoridad sanitaria nacional, que la prestará a través la red pública integral de salud.

Art. 20.- Subsistemas de promoción, prevención, habilitación y rehabilitación.- La autoridad sanitaria nacional dentro del Sistema Nacional de Salud, las autoridades nacionales educativa, ambiental, relaciones laborales y otras dentro del ámbito de sus competencias, establecerán e informarán de los planes, programas y estrategias de promoción, prevención, detección temprana e intervención oportuna de discapacidades, deficiencias o condiciones discapacitantes respecto de factores de riesgo en los distintos niveles de gobierno y planificación.

La habilitación y rehabilitación son procesos que consisten en la prestación oportuna, efectiva, apropiada y con calidad de servicios de atención. Su propósito es la generación, recuperación, fortalecimiento de funciones, capacidades, habilidades y destrezas para lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, así como la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. La autoridad sanitaria nacional establecerá los procedimientos de coordinación,

atención y supervisión de las unidades de salud públicas y privadas a fin de que brinden servicios profesionales especializados de habilitación y rehabilitación.

La autoridad sanitaria nacional proporcionará a las personas con discapacidad y a sus familiares, la información relativa a su tipo de discapacidad.

Art. 21.- Certificación y acreditación de servicios de salud para discapacidad.- La autoridad sanitaria nacional certificará y acreditará en el Sistema Nacional de Salud, los servicios de atención general y especializada, habilitación, rehabilitación integral, y centros de órtesis, prótesis y otras ayudas técnicas y tecnológicas para personas con discapacidad.

Art. 22.- Genética humana y bioética.- La autoridad sanitaria nacional en el marco del Sistema Nacional de Salud normará, desarrollará y ejecutará el Programa Nacional de Genética Humana con enfoque de prevención de discapacidades, con irrestricto apego a los principios de bioética y a los derechos consagrados en la Constitución de la República y en los tratados e instrumentos internacionales.

Art. 23.- Medicamentos, insumos, ayudas técnicas, producción, disponibilidad y distribución.- La autoridad sanitaria nacional procurará que el Sistema Nacional de Salud cuente con la disponibilidad y distribución oportuna y permanente de medicamentos e insumos gratuitos, requeridos en la atención de discapacidades, enfermedades de las personas con discapacidad y deficiencias o condiciones discapacitantes.

Las órtesis, prótesis y otras ayudas técnicas y tecnológicas que reemplacen o compensen las deficiencias anatómicas o funcionales de las personas con discapacidad, serán entregadas gratuitamente por la autoridad sanitaria nacional a través del Sistema Nacional de Salud; que además, garantizará la disponibilidad y distribución de las mismas, cumpliendo con los estándares de calidad establecidos.

El Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades propondrá a la autoridad sanitaria nacional la inclusión en el cuadro nacional de medicamentos, insumos y ayudas técnicas y tecnológicas requeridos para la atención de las personas con discapacidad, de conformidad con la realidad epidemiológica nacional y local. Además, la autoridad sanitaria nacional arbitrará las medidas que permitan garantizar la provisión de insumos y ayudas técnicas y tecnológicas requeridas para la atención de las personas con discapacidad; así como, fomentará la producción de órtesis, prótesis y otras ayudas técnicas y tecnológicas, en coordinación con las autoridades nacionales competentes, y las personas jurídicas públicas y privadas.

Art. 24.- Programas de soporte psicológico y capacitación periódica.- La autoridad sanitaria nacional dictará la normativa que permita implementar programas de soporte psicológico para personas con discapacidad y sus familiares, direccionados hacia una mejor comprensión del manejo integral de la discapacidad; así como, programas de capacitación periódica para las personas que cuidan a personas con discapacidad, los que podrán ser ejecutados por la misma o por los organismos públicos y privados especializados.

Art. 25.- Seguros de vida y/o salud y medicina prepagada.- La Superintendencia de Bancos y Seguros controlará y vigilará que las compañías de seguro y/o medicina prepagada incluyan en sus contratos, coberturas y servicios de seguros de vida y/o salud a las personas con discapacidad y a quienes adolezcan de enfermedades graves, catastróficas o degenerativas.

La autoridad sanitaria nacional vigilará que los servicios de salud prestados a las personas con discapacidad por las compañías mencionadas en el inciso anterior, sean de la más alta calidad y adecuados a su discapacidad.

Todo modelo de contrato global de las compañías de seguros privados que incluyan coberturas de vida y/o de salud y de las compañías de salud y/o medicina prepagada

deberán ser aprobados y autorizados por la Superintendencia de Bancos y Seguros, para lo cual deberá mantener coordinación con la autoridad sanitaria nacional. Los contratos no podrán contener cláusulas de exclusión por motivos de preexistencias y las mismas serán cubiertas aún cuando la persona cambie de plan de salud o aseguradora.

Se prohíbe negarse a celebrar un contrato de las características celebradas o a prestar dichos servicios, proporcionarlos con menor calidad o incrementar los valores regulares de los mismos, estando sujetos a las sanciones correspondientes por parte de la Superintendencia de Bancos y Seguros y demás autoridades competentes.

Art. 26.- Subsistema de información.- La autoridad sanitaria nacional mantendrá un sistema de información continua y educativa sobre todas las discapacidades y salud.

Las normas de carácter sanitario preverán las características que deberán contener los productos farmacéuticos y alimentos de uso médico, respecto de la rotulación con sistema Braille. La rotulación incluirá al menos la información de seguridad del producto, nombre, fecha de producción y vencimiento.³⁵

35

http://www.pdfdownload.org/pdf2html/view_online.php?url=http%3A%2F%2Fwww.conadis.gob.ec%2Fimages%2Fdocumentos%2Fnuevaleyorganicadediscapacidades.pdf

ANEXO 5

CONADIS



El Consejo Nacional de Discapacidades, CONADIS, es un organismo autónomo de carácter público, creado en agosto de 1992, a través de la Ley 180 sobre Discapacidades.

Ejerce sus atribuciones a nivel nacional, dicta políticas, coordina acciones y ejecuta e impulsa investigaciones sobre el área de las discapacidades. Su conformación es democrática, en la que participan todas las organizaciones públicas y privadas vinculadas directamente con las discapacidades.

VISIÓN

El Consejo Nacional de Discapacidades, será un organismo dinamizador y articulador de todos los sectores de la comunidad para desarrollar acciones de prevención, atención e integración, con el propósito de prevenir las discapacidades y elevar la calidad de vida de las personas con discapacidad.

MISIÓN

Es un organismo público y autónomo que genera políticas e información, planifica y coordina acciones con los sectores públicos y privado, en el ámbito de las discapacidades y canaliza recursos nacionales e internacionales en este campo.

FUNCIONES

- Formular políticas nacionales relacionadas con las discapacidades
- Establecer el Plan Nacional de Discapacidades
- Defender jurídicamente los derechos de las personas con discapacidad
- Coordinar, efectuar el seguimiento y evaluar las acciones que realizan en discapacidades las entidades del sector público y privado.
- Canalizar recursos nacionales e internacionales.
- Realizar o impulsar investigaciones en el área de las discapacidades
- Vigilar el cumplimiento de la Ley y la aplicación de sanciones o quienes la incumplan.³⁶

³⁶ <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/acerca-del-conadis-568123.html>

ANEXO 6

INSTITUCIONES DE LA PROVINCIA DE CHIMBORAZO QUE ACOGE A PACIENTES CON CAPACIDAD SENSORIAL ESPECIAL.

Institución / Organización	Contacto	Dirección	Ciudad	Teléfonos
INSTITUTO DE SORDOS DE CHIMBORAZO	LCDA. ROCIO PAREDES	LOJA Y JUNÍN ESQUINA	RIOBAMBA	032969833
FUNDACION TERESA DIAZ	SOCORRO PAREDES	QUINTA EL RETAMAL KM 1 VIA A QUITO	RIOBAMBA	2602556
INSTITUTO FISCAL DE EDUCACION ESPECIAL "CARLOS GARBAY"	DRA. EUGENIA OLEAS ANDRADE	BARRIO 11 DE NOVIEMBRE EMILIO ESTRADA Y JAIME ROLDOS AGUILERA	RIOBAMBA	2366767
ESCUELA FISCAL ESPECIAL DE CIEGOS DE CHIMBORAZO	LIC. ANGEL PAEZ	MANUEL ELICIO FLOR 40-50 Y PRINCESA CORI	RIOBAMBA	2941477
ASOCIACION DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD JESUS DE NAZARETH	ZOILA TERESA BUÑAY	PABLO JOSE DAVILA 85 Y ESTEBAN OROZCO	ALASI	032931377
FUNDACION DE DISCAPACITADOS "MANO SOLIDARIA" DEL CANTON CHAMBO	ANGEL SERAFIN QUISHPI	18 DE MARZO SOR MARGARITA GUERRERO	CHAMBO	093452193
FUNDACION "TALITA KUM"	TATIANA FONSECA	20 DE DICIEMBRE S/N Y ASUNCION	GUANO	032900325
ASOCIACION DE SORDOS DE CHIMBORAZO	ABRAHAM MODESTO GUERRERO CALDERON	ESMERALDAS Y LOJA	RIOBAMBA	2952975
FUNDACION PROTECCION Y DESCANSO	LCDA. LUCIA VALDIVIEZO	JUNIN 3319 ENTRE MAYOR RUIZ Y FRANCIA	RIOBAMBA	032948005
ASOCIACION DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD "LA UNION DE PALLATANGA"	MORAIMA ISABEL MARTINEZ HERNANDEZ	AV. VELASCO IBARRA S/N Y EDELBERTO BONILLA	PALLATANGA	123456789
ASOCIACION DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD FISICA DE CHIMBORAZO	SR. LUIS PALACIOS	LOS ALAMOS I AV. SESQUICENTENARIO Y CALLE H	RIOBAMBA	032602327
ASOCIACION DE DISCAPACITADOS "SEÑOR JESUS DE LA DIVINA MISERICORDIA"	ANGEL LEMA	CALLE 4 DE DICIEMBRE - INFA	CUMANDA	085954491
ASOCIACION DE PADRES Y AMIGOS DE LA ESCUELA FISCAL DE CIEGOS DR. LUIS	CARMITA LEONOR UVIDIA ROMERO	MANUEL ELICIO FLOR 40-50 Y PRINCESA CORI	RIOBAMBA	032941477

BENAVIDES				
ASOCIACION DE FAMILIARES DE PERSONAS EXCEPCIONALES DE CHIMBORAZO	FRANKLIN BARAHONA	AV. CANONIGO RAMOS CASA N7 Y AV. SAIND AMAND	RIOBAMBA	032602686
ASOCIACION PROVINCIAL DE DISCAPACITADOS VISUALES DE CHIMBORAZO	LCDO. ANGEL PAEZ	ROCAFUERTE 10-54 Y AV. 9 DE OCTUBRE	RIOBAMBA	032965852
ASOCIACION DE PADRES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS FAMILIAS AMIDA "MISION DE AMOR"	FRANCISCO JAVIER BENAVIDES VELOZ	CALLE 5 DE JUNIO / 10 DE AGOSTO Y GUAYAQUIL	RIOBAMBA	0992928999
INSTITUTO DE SORDOS DE CHIMBORAZO	LCDA. ROCIO PAREDES	LOJA Y JUNÍN ESQUINA	RIOBAMBA	032969833* ³⁷

³⁷ <http://www.conadis.gob.ec/index.php?option=wrapper&itemid=78>