

**BARRERAS PERCIBIDAS EN LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA CON
PERSONAS CON LIMITACIÓN AUDITIVA POR UN GRUPO DE
TRABAJADORES DE ENFERMERÍA RESIDENTES EN BOGOTÁ**

ELIZABETH CORTES PARRA

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
BOGOTÁ D.C.
2013**

**BARRERAS PERCIBIDAS EN LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA CON
PERSONAS CON LIMITACIÓN AUDITIVA POR UN GRUPO DE
TRABAJADORES DE ENFERMERÍA RESIDENTES EN BOGOTÁ**

ELIZABETH CORTES PARRA

**PROYECTO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR AL
TÍTULO DE ENFERMERA**

**DIRECTORA: MARÍA TERESA BUITRAGO ECHEVERRI
ENFERMERA
PROFESOR ASISTENTE
Facultad de Enfermería**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
BOGOTÁ D.C.
2013**

Nota de Aceptación

Firma del Presidente del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Bogotá D.C. (Noviembre, 2013)

DEDICATORIA

Cada paso, cada esfuerzo, cada risa, cada traspaso, cada angustia, cada alegría, no hubiera sido posible, sino porque sé que Dios ha estado en mi vida. Así que esto lo dedico a aquel que ha permitido que en este camino haya conocido a cada persona que ha aportado a mi vida, a mi carrera y a mi parte humana, Gracias Dios, por todo lo que has permitido en mi vida, porque sé que ha sido con propósitos que solo tú conoces.

Dedico el camino que emprendí hace unos años, a mi Dios, a mi familia, a mis amigos, a todos los que me demostraron su amor incondicional, que vivieron conmigo todo este proceso.

AGRADECIMIENTOS

En primera medida quiero agradecer a Dios, por permitirme cumplir un sueño, que en algunos momentos vi tan difícil, pero que hoy me doy cuenta que con esfuerzo dedicación y paciencia, se logran grandes cosas en la vida.

Agradezco a mi familia, que Dios ha permitido tener a mi lado y ser mi apoyo incondicional, porque su amor ha sido reflejado en esa compañía incomparable, que solo quienes nos aman lo hacen.

Quiero agradecer a mi Profesora y asesora María Teresa Buitrago E, porque no solo cumplió el papel de docente en mi vida, fue más, fue una persona paciente, que me demostró su incondicionalidad, su ánimo, su alegría, su apoyo, gracias, por que en cada situación que viví tuve una voz de aliento, no solo me apporto conocimientos, sino también madurez y conciencia de mi profesión.

Agradezco a mis compañeros con quien emprendí este trabajo, David Peñuela, Yira Marcela Torres y especialmente a Yhomaira Urrea, porque fueron pilar de una idea que se convierte en realidad.

Agradezco a los participantes del estudio, por que mostraron disposición, interés de participar, seguir aprendiendo y construyendo ideas que favorecen no solo sus conocimientos sino a esta población.

NOTA DE ADVERTENCIA

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de tesis. Solo velará por que no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y por que las tesis no contengan ataques personales contra persona alguna, antes bien se vea en ellas el anhelo de buscar la verdad y la justicia”.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	11
1. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO	13
1.1 ANTECEDENTES	13
1.2 JUSTIFICACIÓN	14
1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
1.4 DEFINICIÓN OPERATIVA DE TÉRMINOS	16
1.4.1 Barrera	16
1.4.2 Barrera en la comunicación terapéutica.....	16
1.4.3 Comunicación terapéutica.....	16
1.4.4 Limitación auditiva.....	16
1.4.5 Percepción	16
1.4.6 Profesional de enfermería	16
1.4.7 Auxiliar de Enfermería.....	16
1.5 PROPÓSITOS	17
1.6 OBJETIVO GENERAL	17
1.7 OBJETIVOS ESPECIFICOS	17
2. MARCO SITUACIONAL, DE REFERENCIA Y NORMATIVO.....	18
2.1 MARCO SITUACIONAL.....	18
2.2 MARCO DE REFERENCIA.....	20
2.2.1 La Comunicación terapéutica e importancia en el desempeño de Los trabajadores de enfermería	20
2.2.2 Los trabajadores de Enfermería y su relación con personas con Limitación auditiva: barreras, necesidades y propuestas de Intervención en la comunicación terapéutica	21
2.2.3 Perfiles de formación brindados desde instituciones externas como Fenascal e instituciones Universitarias, que ofrecen información en lengua de señas colombiana reconocida oficialmente como la primera lengua de la población con personas con limitación auditiva.....	26
2.2.3.1 FENASCOL.....	26
2.2.3.2 Universidad del Rosario.....	27
2.2.3.3 Universidad Manuela Beltrán.....	28

2.3 MARCO NORMATIVO	29
2.3.1 Constitución de 1991	29
2.3.2 Ley 60 de 1993	29
2.3.3 Ley 115 de 1994 “ley general de educación”	30
2.3.4 Ley No 324 de 1996.....	30
2.3.5 Ley No 335 de 1996.....	30
2.3.6 Ley 361 de 1997: Ley de discapacidad.....	30
2.3.7 Política Pública Nacional de Discapacidad	31
2.3.8 Decreto No 470 de 2007. Política Pública de Discapacidad Para el Distrito Capital	31
2.3.9 Ley 1346 de 2009	32
2.3.10 Ley estatutaria N° 1618 de 2013.....	32
2.3.11 Ley 266 de 1996.....	33
2.3.12 Ley 911 de 2004.....	34
3. METODOLOGÍA.....	36
3.1 TIPO DE ESTUDIO.....	36
3.1.1 Población sujeto.....	36
3.1.2 Criterios de ubicación y selección de los participantes	36
3.1.3 Procedimiento de recolección de la información.....	36
3.1.4 Organización, sistematización y análisis de los datos.....	37
3.1.5 Consideraciones éticas	37
4. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	38
4.1 Características socio-demográficas de la población Sujeto de este estudio.....	38
4.2 Barreras percibidas en la comunicación terapéutica con personas con limitación auditiva por un grupo de trabajadores de Enfermería	39
4.2.1 Experiencias en procesos de comunicación entre trabajadores de Enfermería y personas con limitación auditiva Con limitación auditiva	39
4.2.1.1 Situaciones de Encuentro	39
4.2.1.2 Percepciones de los participantes sobre las Dificultades de comunicación.....	50
4.2.1.3 Percepciones de los participantes respecto de las personas con limitación auditiva en el proceso comunicativo.....	40
4.3 Medios de Comunicación usados en los encuentros entre los trabajadores de enfermería y las personas con limitación auditiva...	40
4.3.1 Medios usados por los participantes.....	40

4.4 Obstáculos en la Comunicación	41
4.4.1 obstáculos generados por desconocimiento, falta de disponibilidad y manejo de herramientas para la comunicación.....	41
4.4.2 Barreras actitudinales por parte de los trabajadores de Enfermería.....	42
4.4.3 Barreras actitudinales de las personas con Limitación auditiva.....	42
4.4.4 Barreras Generales.....	43
4.5 Sentimientos percibidos durante los encuentros.....	43
4.5.1 Sentimientos percibidos por los participantes.....	43
4.5.2 Sentimientos de las personas con limitación auditiva percibidos por los participantes.....	44
4.6 Recomendaciones propuestas por los participantes para mejorar la Comunicación con personas con limitación auditiva.....	44
4.6.1 Aportes para los profesionales.....	44
4.6.2 Aportes para las personas con limitación auditiva	45
4.6.3 Recomendaciones sobre las condiciones del entorno ...	46
4.6.4 Acciones generales propuestas por los participantes para mejorar la comunicación	46

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	48
---	-----------

BIBLIOGRAFÍA	51
---------------------------	-----------

ANEXOS

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla No 1. Datos socio-demográficas de la población sujeto.....	38

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A. Cronograma de capacitación en lengua de señas Colombiana. FENASCOL.....	56
ANEXO B. Guía de Entrevista.....	57
ANEXO C. Consentimiento Informado.....	59
ANEXO D. Matriz analítica de caracterización y ordenamiento de la información.....	62

INTRODUCCION

La comunicación es una herramienta importante para todo ser humano, el lenguaje verbal con el que expresamos pensamientos, sentimientos, vivencias y muchas cosas más, la utilizamos también para interactuar y conocer de la misma manera lo que otras personas nos quieren comunicar. Las personas con limitación auditiva, tratan de vivir normalmente entre nosotros y de adaptarse a todos los cambios en la sociedad, aun cuando no logran entender muchos de ellos. Así mismo sucede cuando se trata de tener una comunicación terapéutica, entre los trabajadores de Enfermería y un grupo de personas con limitación auditiva, es necesario crear un espacio de interacción, un vínculo de comprensión, donde se pueda expresar inquietudes, sentimientos y ante todo que se pueda desarrollar unas intervenciones adecuadas, sin perder la empatía con el paciente.

Para esta investigación, se identificó cuáles son las barreras percibidas en la comunicación terapéutica con personas con limitación auditiva por un grupo de trabajadores de enfermería residentes en Bogotá. Es un estudio cualitativo, donde se establecieron categorías de acuerdo a las preguntas realizadas en la entrevista, y se definieron subcategorías para el respectivo análisis de la información. En la primera categoría, se identificó a nivel descriptivo la experiencia en el proceso de comunicación, de aquí emergieron subcategorías, como las situaciones de encuentro, percepciones de los participantes sobre las dificultades de la comunicación y las percepciones de los participantes respecto a las personas con limitación auditiva. La segunda categoría da lugar a los medios de comunicación utilizados en los encuentros entre los trabajadores de Enfermería y personas con limitación auditiva, de aquí surgieron subcategorías como los medios utilizados por los participantes y los medios utilizados por las personas con limitación auditiva. En la tercera categoría, se identifican los obstáculos en la comunicación, las subcategorías fueron Obstáculos generados por desconocimiento, falta de disponibilidad y manejo de herramientas para la comunicación, barreras actitudinales por los trabajadores de Enfermería, barreras Actitudinales de las personas con limitación auditiva y barreras generales que se presentaron en los encuentros. En la cuarta categoría se identificó los Sentimientos percibidos durante los encuentros, surgió una subcategoría que fueron los sentimientos percibidos por los participantes. . La última categoría dio lugar a las recomendaciones, de aquí surgieron subcategorías como aportes de los profesionales, aportes para las personas con limitación auditiva, recomendaciones sobre las condiciones del entorno y las Acciones propuestas por los participantes para mejorar la comunicación.

Con este estudio, se desea identificar la perspectiva de los trabajadores de Enfermería en el momento de la comunicación con las personas con limitación auditiva. No solo se busca la inclusión social de las personas con limitación auditiva, sino también hacer una voz de alerta para que los profesionales de enfermería adquieran conocimientos que favorezcan la interacción y que disminuyan las barreras de la comunicación, con el fin de brindar una atención integral.

1. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO

1.1 ANTECEDENTES

La Limitación Auditiva es una problemática difícil de cuantificar. A nivel Internacional es un tema complejo. Los estudios estadísticos son escasos o pueden llegar a ser poco precisos; por ello, es difícil estimar la población total de personas con limitación auditiva, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que a nivel mundial el número de personas con pérdida auditiva, se ha duplicado, pasando de 120 millones en 1995 a por lo menos a 278 millones en 2005, por lo que esta condición podría ser el déficit sensorial más frecuente en la población; uno de cada tres casos puede ocurrir a cualquier edad, pero aproximadamente el 25% de la carga actual se relaciona en la infancia. Anualmente, 6 de cada 1000 niños nacidos vivos, o 798.000 bebés en todo el mundo, sufren una pérdida auditiva permanente al nacer o en el período neonatal y al menos el 90% de ellos están en los países en vía de desarrollo.(Olusanya, Wirzb, Luxonb, 2008).

El Instituto Nacional de Sordera y Otros Desórdenes de la Comunicación estima que 33 niños nacen cada día en el EE.UU (NIDCD, 2004), con una pérdida significativa de la audición, lo que equivale a 12.045 niños al año. La pérdida de audición se vuelve cada vez más frecuente con la edad. Esta misma institución, estima que hay más de 300 millones personas en el mundo con la pérdida de audición relacionada con la edad, se espera que aumente a 900 millones en el 2050. Una causa común de pérdida de la audición es la exposición a ruidos fuertes. Se estima que 10 millones de personas en EE.UU y de 25 a 30 millones de personas en Europa en sus trabajos diarios tienen situaciones potenciales de riesgo para pérdida de la audición. (Quaranta, 2001)

En nuestro país Colombia, el último censo general realizado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) en el 2005, refiere que por cada 100 colombianos, 6.3 tienen una limitación permanente, siendo mayor en hombres con un 6,6% que en mujeres 6,1%.(DANE, 2005) El censo señala que del total de personas que reportaron alguna limitación, el 17,3% tiene una limitación para oír, aún con aparatos especiales, el 13% para hablar y el 11,7% para entender o aprender. El censo permite conocer características de la población con limitación auditiva referentes a acceso a trabajo y educación, pero no menciona específicamente datos sobre acceso al sistema de salud y menos sobre barreras de acceso al mismo.

Luego de haber realizado una revisión bibliográfica, no se encontró información en Colombia sobre barreras de acceso al sistema de salud por parte de personas con limitación auditiva y se encontró un énfasis relacionado con intervención social en el área de educación especializada. Lo anterior nos hace pensar que las barreras de la comunicación para acceso y atención en los servicios de salud no están dadas solo por

la dificultad de comunicación de las personas con limitación auditiva con los trabajadores de enfermería, sino por la baja competencia en la que se encuentran preparados los trabajadores de enfermería para una exitosa atención.

Un estudio cualitativo desarrollado en Brasil (Gomez, Correa, Manfrin, De Sosa, 2009) sobre las vivencias del enfermero al cuidar personas con limitación auditiva presenta reflexiones de su experiencia, sus sentimientos y el tipo de comunicación con las personas con limitación auditiva, y concluye sobre el cuidado de las personas con limitación auditiva y la necesidad de perfeccionar sus conocimientos, dado que en su preparación académica no recibieron información específica sobre cómo cuidar y comunicarse esta población. Otro estudio enfocado en el nivel de conocimiento de los trabajadores de enfermería relacionado a la comunicación con los pacientes con limitación auditiva desarrollado en Puerto Rico, de diseño experimental exploratorio, donde se deseaba observar el nivel de conocimientos de Enfermería en relación con los paciente con limitación auditiva, que se desarrolló en distintas áreas clínicas, demostró no solo la deficiencia de conocimientos, sino también el interés de recibir educación del lenguaje de sordos para hacer efectiva la comunicación e intervención.(Anes, 2005)

Por ultimo otro estudio realizado en Costa Rica sobre la implementación de un programa de estrategias de comunicación dirigido a trabajadores de Enfermería para la atención a pacientes con limitación auditiva, refiere distintos sentimientos de frustración y la percepción de los enfermeros de no tener herramientas adecuadas para establecer una comunicación efectiva con personas con limitación auditiva (Méndez, Ortiz, Venegas, 2011). Esto nos demuestra que las barreras de la comunicación no se relacionan solo con la limitación auditiva de las personas, sino con la falta de conocimientos y habilidades en el momento de contacto, producidas por el hecho de no estar preparados para desarrollar comunicación adecuada con este grupo poblacional.

1.2 JUSTIFICACIÓN

La asesoría y relación terapéutica efectivas, están mediadas por un proceso de comunicación, que puede verse afectado en el caso de población con limitación auditiva y profesionales de Enfermería que no conozcan la manera de comunicarse, por medio de la lengua de señas o por mecanismos que permitan un entendimiento bilateral.

En una ocasión el familiar de una compañera, su tío paterno, quien presenta limitación auditiva y no sabe leer ni escribir, presento convulsiones, quedando hospitalizado para el manejo de su patología. Le fue asignado un cuarto solo sin compañía de familiares, pero en horas de la noche, el tío, sintió dolor de cabeza y de estómago, él trataba de comunicarse por lenguaje de señas y por comunicación no verbal con las enfermeras, pero era imposible la comunicación, ya que ellas no entendían lo que él les quería decir, duro mucho tiempo tratando de comunicarse con ellas, colocándose de mal humor, inquieto, sin saber qué hacer.

Ante esta situación, las enfermeras deciden llamar muy preocupadas al padre de M, al llegar, el hermano se comunica por el lenguaje de señas con el tío, entendiéndole que lo quería expresar, era que tenía hambre y que en el hospital no querían darle de comer, evidenciándose la barrera entre el tío de M y el grupo de enfermeras. Este episodio nos muestra como en esta ocasión se pierde la comunicación paciente-enfermera, la posibilidad de brindar atención a las necesidades vitales de cuidado integral y el requerimiento de un intérprete para disminuir la barrera comunicativa.

Por otro lado otra compañera quien tiene una hermana con limitación auditiva, refiere en diferentes consultas con trabajadores de enfermería inconvenientes, como que al darse cuenta que presenta la limitación, ella percibe stress y molestia y se preguntan “¿ahora qué vamos hacer?”, porque ella no sabe leer y escribe con dificultad, se expresa por lengua de señas, pero esta no es de conocimiento de los trabajadores de enfermería, lo cual hace difíciles estas situaciones. Aquí se perciben una vez más barreras en la comunicación, que se soluciona teniendo que ir siempre acompañada por la hija (la cual no tiene limitación auditiva), quién actúa como la interprete, perdiéndose la privacidad, la autonomía y por supuesto la comunicación entre el paciente y el trabajador de enfermería.

La comunicación terapéutica es el proceso mediante el cual el Profesional de Enfermería establece una relación con el paciente (Naranjo & Ricaurte, 2006), que es fundamental para brindar cualquier cuidado o intervención consiguiendo una relación de ayuda que sea eficaz y terapéutica en todo momento. Al crear una relación terapéutica, se crea un espacio, un lenguaje, un vínculo en el cual se pueden empezar a llevar a cabo todas las otras intervenciones de Enfermería que se han aprendido; esto se realiza por medio del lenguaje verbal y no verbal; gracias a la comunicación, podemos expresar sentimientos, pensamientos, necesidades, problemas, cuidados a los demás etc., (Vanegas, Castro, Páez, Ramires, Salcedo, 2008) siendo la comunicación punto importante en el proceso de la vida diaria y en la atención adecuada hacia los demás.

Estas experiencias y los hallazgos de estudios antes mencionados, llevaron a tres de mis compañeros a realizar dos investigaciones sobre las barreras percibidas por personas con limitación auditiva y los trabajadores de la salud (Peñuela, 2011) (Urrea & Torre 2012) y en mi caso a completar este recorrido, esta vez indagando por las percepciones de estas barreras pero por parte de los trabajadores de la Enfermería en relación con la población con limitación auditiva.

1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las barreras que perciben en la comunicación terapéutica con personas con limitación auditiva un grupo de trabajadores de enfermería residentes en Bogotá en el 2013?

1.4 DEFINICIÓN OPERATIVA DE TÉRMINOS

1.4.1 Barrera: Obstáculo entre una cosa y otra (RAE, 2001). Para este estudio se tomará como Barrera todo aquello que impide a una persona hacer algo.

1.4.2 Barrera en la comunicación terapéutica: Para este estudio se tomará en cuenta como Barrera en la comunicación terapéutica todos los aspectos actitudinales y materiales que impiden a una persona comunicarse efectivamente con un profesional de la salud.

1.4.3 Comunicación Terapéutica: Es un instrumento básico para el cuidado de enfermería, que se utiliza para entender las necesidades del paciente. Esta intervención puede llegar a influenciar el comportamiento de las personas, con base en sus creencias, valores, historia de vida y culturalidad. Por eso la relación que se forma con base en la comunicación terapéutica entre enfermería y el paciente adquiere tanta importancia en el momento de cuidar. (Carvalho & Cols, 2008) Para este estudio se tomara en cuenta la comunicación terapéutica como aquella relación de ayuda que se forma a partir del proceso de comunicación en el momento de brindar un cuidado.

1.4.4 Limitación Auditiva: Para este estudio se tomará Limitación Auditiva como “una situación desventajosa, consecuencia de una deficiencia fisiológica del aparato auditivo que imposibilita la persona cree espacios de comunicación con otros” (Fundación Saldarriaga Concha & Fundación Santa fe de Bogotá. 2008)

1.4.5 Percepción: La percepción puede entenderse como el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización. (Vargas, 1994) De otro lado la Real Academia Española la define como la “Sensación interior que resulta de una impresión material hecha los sentidos”. (RAE, 2001) En este estudio las percepciones sobre barreras en la comunicación se refieren a las sensaciones que experimentan los usuarios al no poderse comunicar efectivamente con un profesional de la salud.

1.4.6 Profesional de Enfermería: profesionales capaces de participar activamente en los procesos de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, relacionados con la salud y la enfermedad y brindar cuidado especializado a las personas con una perspectiva integral, donde las dimensión psicológica, espiritual y social son tan importantes como la biológica. (PUJ, 2013)

1.4.7 Auxiliar de Enfermería: Persona capacitada para realizar actividades básicas de salud orientada a la atención integral del individuo, familia y comunidad en los aspectos de promoción, prevención y rehabilitación en el ambiente comunitario y hospitalario bajo

la supervisión de un profesional de salud en los diferentes niveles de complejidad del sistema General de seguridad social en salud (S.G.S.S). (Cesalud, 2009)

1.5 PROPÓSITO

- Contribuir a la creación de estrategias que permitan reconocer y mejorar el proceso de comunicación terapéutica entre profesionales y auxiliares de enfermería y personas con limitación auditiva.

1.6 OBJETIVO GENERAL

Identificar las barreras en la comunicación terapéutica entre un grupo trabajadores de enfermería residentes en Bogotá y las personas con limitación auditiva.

1.7 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir las características socio-demográficas de los participantes en el estudio.
- Identificar los elementos actitudinales y materiales que impiden la comunicación terapéutica entre los trabajadores de enfermería y un grupo de personas con limitación auditiva.
- Identificar las sensaciones que se producen en un grupo de trabajadores de enfermería cuando no se logra una comunicación terapéutica efectiva con personas con limitación auditiva.
- Identificar posibles soluciones para la disminución de barreras en la comunicación terapéutica entre los trabajadores de enfermería y las personas con limitación auditiva.

2. MARCO SITUACIONAL, DE REFERENCIA Y NORMATIVO

2.1 MARCO SITUACIONAL

La población total mundial según el Banco Mundial en el 2008, es de 6.709.132.764 (World Bank, 2011), de los cuales se calcula que más de seiscientos millones de personas, aproximadamente el 10% se encuentran en situaciones discapacitantes y más de las dos terceras partes de estas personas viven en los países en vía de desarrollo (Quinn & Degener, 2002)

En América la población es de 916.454.284 de personas (World Bank. 2011, p. 18), durante el censo realizado por ronda en el año 2000 en América Latina, han incluido preguntas sobre situaciones discapacitantes, algunos con énfasis en el enfoque de deficiencias severas (alteraciones en el cuerpo), como es el caso de Venezuela, México y Chile; otros con una combinación entre deficiencias severas y limitaciones, como es el caso de Ecuador, Brasil y Colombia desde el enfoque de limitaciones. Los resultados del censo sobre prevalencia de personas con limitaciones o deficiencias severas que pueden derivar en situaciones discapacitantes son los siguientes: Venezuela (3,9%), México (1,8%) y Chile (2,2%); Ecuador (4,6%); Brasil (14,5%) y Colombia (6,3%). Como se puede observar, el porcentaje de población con deficiencia o limitación en algunos países de América Latina varía entre el 1,8% y el 14,5%. (DANE, 2005)

Se estima que en América Latina existen aproximadamente 85 millones de personas en situación de discapacidad, siendo las características principales de este grupo, la extrema pobreza, desempleo, acceso limitado a los servicios de educación, vivienda, transporte etc., generando un círculo entre discapacidad y pobreza (Saldarriaga Concha, Fundación, 2008)

En nuestro país Colombia, el último censo general realizado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) en el 2005, refiere que la población total censada en Colombia fue de 41.468.384 personas,(DANE 2005) presentándose una tasa de prevalencia de limitación permanente de la población de 6.3%, siendo mayor en hombres 6,6% que en mujeres (6,1%). (DANE 2005)

En los departamentos de Cauca, Nariño, Boyacá, Huila, Quindío, Tolima y Putumayo este promedio es más alto. En efecto, por cada 100 personas de estos departamentos entre 7,4 y 9,5 tienen limitaciones permanentes, identificándose a nivel nacional el 6,5% de los hombres y el 6,1% de mujeres que declararon tener al menos una limitación permanente. En el área urbana, el 5,9% de los hombres y el 5,6% de las mujeres, presenta una limitación permanente y en el área rural, el 8,2% de los hombres y el 7,8% de las mujeres. (DANE, 2005)

Teniendo en cuenta el número de limitaciones por persona, el 71,2% presentan una limitación, el 14,5% dos limitaciones, el 5,7% tres limitaciones y el 8,7% tres o más

limitaciones permanentes. Del total de personas que reportaron alguna limitación, el 29,3% de los colombianos poseen limitaciones para moverse o caminar, el 14,6% para usar brazos y manos, el 43,4% para ver a pesar de usar lentes o gafas, el 17,3% para oír aun con aparatos especiales, el 13,0% para hablar, el 11,7% para entender o aprender, 9,4% para relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales, el 9,9% para bañarse, vestirse o alimentarse por sí mismo y el 18,8% presentan otra limitación. (DANE, 2005)

Específicamente respecto a la limitación para oír, el Censo de 2005 en Colombia reportó a nivel nacional que el 18% de los hombres y el 16,6% de las mujeres tienen limitaciones permanentes para oír. Esta prevalencia varía entre el área urbana y rural y según sexo siendo en el área urbana el 17,2% de los hombres y 15,9% de las mujeres y en el área rural del 19,5% en los hombres y el 18,3% de las mujeres, (DANE, 2005) es decir que por cada 100 colombianos con limitación, el 17,4% tiene limitaciones permanentes para oír. Por Departamentos, Nariño con 22,4% y Cauca con 20,7% son los departamentos con mayor prevalencia de población con limitación auditiva. (DANE, 2005)

Del total de la población censada a nivel nacional según grupos de edad, la población de 10 a 49 años es de 62,8% (26.055.669), de los cuales se encuentran los rangos de 14 a 45 años un 79,8% (20.801.051), (DANE, 2005) siendo 51,3% mujeres y 48,7% hombres. De esta población el 5,6% personas (1.157.570) presentan al menos una limitación permanente, siendo el 12,5% el Oír, aún con aparatos especiales. (DANE, 2005, c.4.12)

De otro lado, el DANE con el apoyo del Ministerio de Educación, creó el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad (RPLCPD) teniendo en cuenta el nuevo enfoque en el cual, la “discapacidad” es abordada como un problema multidimensional que incluye lo corporal, personal, familiar y social. (Saldariaga concha, 2008) Durante el periodo 2002 a Agosto 2007, se han obtenido 600.192 registros de personas en esta condición. De estos registros se puede indagar que el grupo de edad más afectado son las personas de 60 años y más con un 37,8% (226.930), especialmente en las mujeres (56,7%), seguido por el de 15 a 44 años con un total del 28,6% (171.907), el cual es principalmente afectado en el grupo de los hombres (52%).

Respecto al nivel educativo (DANE, 2005, p. 24) alcanzado, el 14,1% (84.074) alcanzó la primaria completa, el 5,2% (30.961) alcanzó la secundaria completa, el 0,7% (4.306) alcanzó universitaria completa y el 31,3% (185.526) no alcanzó ningún nivel educativo. De acuerdo con las alteraciones permanentes, un alto porcentaje de personas no alcanzó ningún nivel educativo, especialmente quienes presentaron alteraciones permanentes en la voz, el habla y los oídos con un 42%.

2.2 MARCO DE REFERENCIA

2.2.1 La Comunicación terapéutica e importancia en el desempeño de los trabajadores de enfermería

Si miramos años atrás, hablar de comunicación comprendía varios tópicos, pero no se relacionaba de manera directa con el desempeño del quehacer enfermero. La transformación y avances en el desarrollo de la disciplina han permitido ampliar no solo la visión sino el espectro de acción de los profesionales y en este sentido, los trabajadores de enfermería ya no es el que se enfoca solo a cuidado práctico y directo de acciones que salven vidas físicas, ahora se debe ser un trabajador integral que demuestre habilidades de comunicación que faciliten a las personas comportamientos saludables.

Para conocer a fondo la relación de la comunicación terapéutica con trabajadores de enfermería es necesario definir comunicación, según el diccionario de la real academia lo define como: Trato, correspondencia entre dos o más personas, o Transmisión de señales mediante un código común al emisor y al receptor (RAE, 2001) y terapéutica como: Tratamiento empleado en diversas enfermedades somáticas y psíquicas, que tiene como finalidad rehabilitar al paciente haciéndole realizar las acciones y movimientos de la vida diaria. (RAE, 2001)

Varios estudios nos orientan sobre la importancia de la comunicación terapéutica, C. Valverde Gefaell, afirma: “La comunicación terapéutica es la base de la satisfacción de muchas de las necesidades que nos demandan nuestros pacientes, es el pilar de nuestra profesión, fundamentalmente en la relación que se establece entre enfermera y paciente, ya que permite la continuidad en los cuidados y el bienestar interpersonal del individuo, por lo que la enfermera debe adquirir una serie de habilidades y destrezas con el fin de garantizar una atención de calidad”.(Valverde, 2007)

Al hablar de habilidades y destrezas limitamos la comunicación exclusivamente a lo que le decimos al paciente y lo que él nos comunica, si es este el pensamiento de muchos de los trabajadores de enfermería se quedaría cortos frente a la necesidad del paciente, como lo dice la referencia anterior, se deben adquirir habilidades que lleguen a satisfacer las necesidades de los pacientes culminando en la satisfacción mutua con una comunicación asertiva e individualizada.

Observado otra perspectiva de la comunicación terapéutica, nos encontramos relaciones de tiempo que limitan esta intervención, como lo plantea este estudio: A lo largo de la trayectoria de la disciplina de Enfermería, la relación persona-enfermera aparece como una constante tanto en la literatura como en las publicaciones científicas. Así, las grandes teóricas de la profesión nos definen Enfermería como una relación que ayuda, que acompaña a la persona, dentro de su entorno, a vivir experiencias de salud.

Pero a nivel práctico, la relación terapéutica es escasa; escasez que se agrava en el hospital por la ruptura con el entorno propio. La variable tiempo en el sistema sanitario actual en el que impera la tecnología, el control del costo, la rapidez en el diagnóstico y la eficacia del tratamiento, la convierten en un valor oro. En este contexto la relación de la enfermera se resume en una reproducción de estereotipos verbales y no verbales. (García & Cols, 2004)

Al crear una relación terapéutica, se crea un espacio, un lenguaje, un vínculo en el cual se pueden empezar a llevar a cabo todas las otras intervenciones de Enfermería que se han aprendido. Toda palabra, toda mirada, todo pensamiento que tiene el profesional de enfermería hacia el paciente, necesita tener como objetivo crear esta relación terapéutica que beneficie el tratamiento; esto se realiza por medio del lenguaje verbal y no verbal, gracias a la comunicación, podemos expresar sentimientos, pensamientos, necesidades, problemas, cuidados a los demás etc., (García, et al., 2004) siendo la comunicación punto importante en el proceso de la vida diaria y en la atención adecuada hacia los demás.

Existen situaciones donde la comunicación se obstaculiza por una serie de elementos y factores intervinientes, y más teniendo en cuenta si se trata de una relación terapéutica entre un grupo de personas con limitación auditiva y el profesional de enfermería quien dentro de sus herramientas o instrumentos de acción esenciales hace uso de la comunicación terapéutica para ayudar al paciente, permitiendo establecer una relación de trabajo y ofrecer la ayuda requerida para cubrir las necesidades relacionadas con el cuidado con el fin de restablecer y mantener su bienestar.

2.2.2 Los trabajadores de Enfermería y su relación con personas con limitación auditiva: barreras, necesidades y propuestas de intervención en la comunicación terapéutica

Al indagar por las especificidades de una buena comunicación terapéutica entre los trabajadores de enfermería y las personas con limitación auditiva, se pasa por considerar el conocimiento disponible al respecto. A nivel intercontinental no se encontraron en Asia, África o Europa investigaciones de referencia para nuestro estudio.

Algunas investigaciones a nivel Regional, por ejemplo en Brasil, refieren que “Las enfermeras notan que es difícil la comunicación con el deficiente auditivo, aunque algunas tengan desempeño satisfactorio. En ese proceso, algunas se han referido a utilizar tanto la comunicación no verbal, por mímica y lectura labial, como la comunicación verbal oral y la escritura. Otras utilizan el acompañante, rompiendo el sigilo de la consulta. Para perfeccionar la comunicación, se sugiere la preparación profesional en la graduación y cursos de LIBRAS (Lengua de Señas Brasileña). Conforme se concluye, existe dificultad de la enfermera para comunicarse con el deficiente auditivo”. (Freitag, Gregorio, DE Almeida, 2006)

Otra investigación de este mismo país, referencia que los enfermeros determinan que la comunicación con los pacientes es un proceso fundamental tanto para identificación de signos, síntomas y problemas que comprometen al paciente, como para el desarrollo de la comunicación terapéutica, considerada como “una habilidad para utilizar los conocimientos y de esta forma ayudar a la persona”,(Vanegas, et al., 2008) que se puede ver afectada cuando se presenta un paciente con una deficiencia auditiva, encontrando que: hay dificultades en poder expresar un asunto de interés por parte del paciente y por parte del profesional de Enfermería, hay dificultad en entender al paciente a partir de su forma de comunicación.

Por otra parte una investigación sobre la realidad de atención en salud, vivida por las personas sordas, muestra que los participantes del estudio evidencian dificultades para una atención de salud adecuada, tales como: ausencia de intermediación adecuada, falta de preparación por parte de los profesionales que atienden a la persona sorda desde su recepción hasta el momento de dar las orientaciones finales sobre los cuidados y el tratamiento y desatención por los profesionales. En este contexto de desatención en salud, los sordos se sienten discriminados, tienen miedo por no entender lo que los profesionales dicen, evidenciando que necesitan de una atención especial. (Alves, Rodrigues, Bachion, 2006)

Un estudio realizado en Brasil (Gómez, et al., 2009) sobre las Vivencia del enfermero al cuidar sordos y/o portadores de deficiencia auditiva, que fue cualitativo y se desarrolló en unidades básicas de salud, instituciones hospitalarias y clínicas particulares, en el que los actores eran enfermeros que ya habían tenido algún tipo de experiencia; aquí se ve a la persona con limitación auditiva como un grupo mal comprendido y desfavorecido, con los cuales es necesario interactuar dado que se genera una transferencia de la comunicación a los familiares por la impaciencia, frustración e impotencia por no lograr conseguir una comunicación con estas personas. Se logra discutir en ocasiones la limitación auditiva como una enfermedad, pero no se buscan formas de comunicación.

El objetivo de ese estudio fue conocer las vivencias del enfermero al cuidar personas sordas y/o portadores de deficiencia auditiva, a través del conocimiento del tipo de comunicación utilizada, como también los sentimientos desarrollados en la interacción. Los participantes fueron 5 enfermeros, la recolección de datos fue por medio de entrevista semi-estructurada. Con respecto a las experiencias teniendo en cuenta su práctica profesional a lo largo de los años, discuten sobre una enfermedad y no sobre la forma de comunicarse y relacionarse, se describen otros aspectos o dificultades como la falta de información, ayudas, inexperiencia, dificultad de comunicación, falta de preparación y el manejo esporádico de estas personas. Se cree en desarrollar un sentido crítico en esta situación, indagar, investigar, buscar interactivamente, verificar y comprobar, estar dispuestos, innovando con prácticas lúdicas y humor buscando un progreso prestando un cuidado humanizado, avanzando también en un enriquecimiento de actividades artísticas y educativas en el cuidado.

Los sentimientos encontrados en los enfermeros, fueron de miedo, ansiedad, angustia, frustración, negación, inseguridad, intranquilidad y la negación como forma de evasión a la situación presentada. Teniendo en cuenta que la comunicación no-verbal es algo a lo que no nos encontramos preparados, no fue la excepción, las posturas, los gestos, las expresiones faciales, entender al otro por gustos, por expresiones de si o no, mas algo importante de resaltar es que no se podía tener en cuenta la comunicación escrita para que fuera un medio de comunicación, porque la comunicación verbal es através de miradas, tacto, sensibilidad, pero para esto el profesional no se encuentra preparado, siendo necesario la intervención de la familia.

Al reflexionar sobre el cuidado en este artículo, se puede observar que mientras un grupo acepta y apunta a buscar soluciones, otro desconoce por completo como comunicare con estas personas. Es necesario el énfasis en artículos o estudios orientados a la efectividad de la comunicación, buscando una buena convivencia con las personas sordas, teniendo en cuanta que se debe tener la capacidad de cambiar y adquirir nuevos aprendizajes.

Teniendo en cuenta un estudio realizado en Puerto Rico, sobre el nivel de conocimientos del Profesional de Enfermería Relacionado a la comunicación con el paciente sordo, con el que se desea ofrecer alternativas y herramientas de manejo, identificando las barreras que impiden dicho manejo. El profesional de Enfermería se observa en un enfoque de estructuración amplio, capacitado para realizar sus funciones en distintos roles, resguardando al paciente y manteniendo su salud: *“Debe ser educador, defensor, líder, consejero y sobretudo agente de cambio. A través de la educación continua, adquiere conocimientos, que a su vez no solo le benefician a sí mismo, sino a realzar la importancia de la profesión y por ende a los pacientes dentro de la sociedad, manteniéndose al día con los nuevos avances en la práctica y respondiendo asertivamente a las necesidades de los consumidores”* (Rodríguez, 2002). (citado por Anes, 2005)

Es importante resaltar que este estudio destaca la importancia no solo que el profesional de enfermería tenga un conocimiento, sino de buscar interpretes en un medio desconocido, donde existe un lenguaje totalmente ignorado, se supondría que quienes se encuentran en este medio y ofrecen su atención tienen las capacidades para poder ayudar,; pero si no se tiene el conocimiento, lo único que se puede esperar son unas barreras enormes de comunicación y si se necesita información entonces como se debería abordar sin tener conocimiento. Cuando se tiene el conocimiento, cuando se tiene el intérprete, cuando se tienen los medios, se evita un daño al paciente.

Se resalta la importancia de educar al profesional de enfermería en relacionarse con la cultura del sordo, además de las necesidades que esta población presenta. Solo con esto se facilitara el manejo y cuidado efectivo del paciente sordo, realizar una respectiva intervención, con un manejo efectivo, identificando la población, para disminuir las barreras a las que se someten, esto ayudara también a disminuir las demandas y querellas de esta población. *“Consideramos que cualquier forma de*

comunicación es útil al individuo y que el aprendizaje de lenguajes adicionales ejercita la mente de las personas en lugar de hacerlas perezosas. Eso aplica tanto a los oyentes como a aquellos que sufren de algún problema de audición; lo cual significa que es tan deseable que los oyentes aprendan el lenguaje de señas como que los sordos aprendan a leer los labios y hablar.” (Anes, 2005)

Este artículo por último orienta la comunicación como un enfoque armonioso para todas las personas, independientemente de las formas de comunicarse sea vía verbal o no verbal, vale la pena comunicarse para vivir en armonía, que más sería lo indicado que un profesional de enfermería se encontrara capacitado para brindar eso mismo a sus propios pacientes.

Por otra parte en Costa Rica, (Méndez, et al., (2011) se desarrolló un estudio sobre la implementación de estrategias de comunicación para el personal de enfermería que atienden personas sordas. El profesional de enfermería coloca sus conocimientos para brindar cuidados, establecer una comunicación, evitar procesos mórbidos, busca los medios para responder a las necesidades, con el fin de establecer procesos efectivos brindando calidad. (Méndez, et al., 2001)

Se desarrolló un programa de capacitación, donde el personal de Enfermería, asume el rol en la atención de una persona con deficiencia auditiva, durante la experiencia, se expresaron sentimientos de frustración, impotencia y ansiedad debido a la incapacidad de transmitir. Se observó un desconocimiento para realizar procesos de atención, lo cual generó ansiedad en los participantes, se tomaron en cuenta otros puntos como la falta de tiempo por las labores diarias, que no facilitaba la comunicación o la comprensión del lenguaje no verbal, se requeriría de más tiempo para así cerciorarse la comprensión del mensaje.

En la experiencia de estos participantes, al encontrarse frente a frente y tratar de comunicarse, utilizando recursos internos, se dio la mímica, gestos de la cara, las manos y señalando partes del cuerpo; dejando a un lado el contacto físico en la comunicación y recurrían a lo verbal aún conociendo de antemano la limitación de su paciente, sin tener efectividad en la comunicación. Dentro de recursos externos relacionados a implementos utilizados para un procedimiento y como transmitir al paciente lo que se le iba a realizar, los participantes no sabían transmitir, tratando de buscar ayuda dentro de los mismos colegas. Con estas situaciones a las que se enfrentaron, concluyeron, la falta de conocimiento sobre la limitación auditiva y como comunicarse, una deficiencia en el espacio de interacción, donde se debe contar con comodidad, siendo agradable para buscar y tener un buen espacio de interacción, por último se da un interés de capacitación sobre deficiencia auditiva.

Las alternativas de la comunicación en este estudio, se observaron desde los participantes esenciales, dado su desconocimiento, pero también manifestaron bastante interés siendo estrategias novedosas y sencillas que fácilmente pueden utilizar en su medio laboral y hasta poder tenerlos a la mano, sin dejar de lado que es necesario la capacitación adecuada en cuanto a estrategias de comunicación con

pacientes con limitación auditiva. Otra actividad que marco a los participantes de este estudio fue la denominada “viviendo en el mundo de una persona sorda” en la que los participantes pudieron experimentar y pedir ayuda en distintos lados del hospital, observando frustración al no poder comprender, ni expresar lo que en realidad necesitaban, desinterés por su atención, para poder brindarles una ayuda, por la falta de desconocimiento y comprensión del lenguaje no verbal, un desconocimiento de la comunicación con personas con limitación auditiva y en este caso el Lenguaje de Señas Costarricense - LESCO.

A nivel Nacional encontramos la investigación realizada por enfermeras de la Universidad del Bosque acerca de Comunicación del profesional de enfermería con pacientes que tienen dificultad en la expresión verbal por sordera, concluyen que “la mayoría de los profesionales participantes, consideran que no cuentan con herramientas necesarias para comunicarse con un paciente con alteración en la expresión verbal por sordera, lo que en ocasiones conlleva a sentimientos de impotencia frente a su cuidado y a considerarlo como un “paciente difícil”; no obstante, hacen grandes esfuerzos para buscar estrategias que les permita establecer algún tipo de comunicación para indagar sobre las necesidades del paciente y hacer aportes para la solución de problemas.” (Vanegas, et al., 2008)

Dos investigaciones realizadas en La Pontificia universidad Javeriana , una que habla de las barreras percibidas en la comunicación terapéutica con los profesionales de enfermería por un grupo de adultos jóvenes residentes en Bogotá,(Peñuela, 2011) y otra que nos habla de las barreras percibidas en la comunicación terapéutica con los profesionales de enfermería por un grupo de jóvenes con limitación auditiva residentes en Bogotá,(Urrea, et al., 2012) nos muestran las dificultades a las que se enfrentan las personas con limitación auditiva; se expresan los encuentros que se dieron en distintos ámbitos de salud, los sentimientos percibidos, las barreras de comunicación con los profesionales de Enfermería, como aquellas barreras que se presentaron en el entorno. Se evidencia en ellos, la falta de conocimiento por parte de los profesionales de Enfermería, la necesidad de intérpretes para llevar una adecuada interacción, la exclusión social, desconocimiento de la lengua de señas, la falta de interés por comprender lo que deseaban transmitir las personas con limitación auditiva y frente a esto se generaron sentimientos que las personas con limitación auditiva diariamente tienen que vivir al acercarse a tratar de tener una comunicación con profesionales de enfermería. Se concluye también que no solo los profesionales de enfermería necesitan estar capacitados, sino todos los profesionales de la Salud, y toda carrera relacionada con la limitación, pues en realidad es una situación que nos atañe a todos los seres humanos, no se trata de unos pocos que se comunican, se trata de toda una población que requiere de la comunicación para expresarse.

Es importante resaltar que es necesario seguir realizando investigación y profundización en la comunicación que realizan los trabajadores de enfermería con personas con limitación auditiva, abarcando en las herramientas de comunicación y preparación que desarrollan los trabajadores de enfermería, de este modo disminuir las barreras de la comunicación, logrando ver la necesidad que esta población totalmente

vulnerable muestra, que necesita una inclusión social y una inclusión en el contexto de la salud, siendo los trabajadores de enfermería capaces de participar activamente en los procesos de cuidado, siendo integral el manejo y la atención que se brinda.

2.2.3 Perfiles de formación brindados desde instituciones externas como Fenascal e instituciones universitarias, que ofrecen formación en lengua de señas colombiana reconocida oficialmente como la primera lengua de la población con personas con limitación auditiva.

2.2.3.1 FENASCOL

En 1957, se creó en Bogotá la primera asociación de personas sordas en Colombia, esta iniciativa propuesta por líderes sordos que buscaban mejorar las condiciones de vida y defender sus derechos, siendo este el impulso para que en otras ciudades se diera el mismo proceso. Sin embargo no se logró a nivel nacional el impacto que requería para el reconocimiento de sus derechos, encontrando al contrario una discriminación social y una prohibición de la lengua de señas por varios años.

Encontrando poco apoyo y al contrario una discriminación en sus aspectos educativos, sociales, comunicativos y legales, se dan en la tarea distintos líderes sordos de encaminar acciones que dieran impacto a nivel nacional. Con esto en 1981 la sociedad de Sordos de Colombia, que actualmente se conoce como la Sociedad de Sordos de Bogotá "SORDEBOG", conformado por líderes sordos como Gabriel Rodríguez (Q.E.P.D), Néstor Jaime Cabral, Jorge Macaya, Edgar Rodríguez y Humberto Sicard, convocan a una reunión nacional con el fin de crear la Federación de Sordos.

Al cumplir los 25 años en 1982, la Sociedad de Sordos de Bogotá, se dio la oportunidad para que sus Directivos Gabriel Rodríguez, Néstor Jaime Cabral y Humberto Sicard, convocaran una reunión con el fin de Crear la Federación Nacional; pese a los intentos no se logró su objetivo, pero si logro ver la necesidad de una representante que fuera su vocero frente al Gobierno Nacional.

La asociación de Sordos del Valle ASORVAL, en el año 1983, programo un primer foro nacional, donde se tratara la situación de las personas sordas, siendo líderes de este Henry Mejía Royet y Patricia Ovalle Sosa, quienes programaron fuera del foro, una reunión donde se respaldara la creación de la Federación de Sordos de Colombia. Esta asamblea conto con la presencia del Señor Félix Jesús Pinedo Peydro, Presidente en esa época de la Confederación Nacional de Sordos de España, C.N.S.E y otras 12 Asociaciones de Sordos de todo el país, orientando sobre el papel real de la Federación. Con el aporte de esta asamblea, se lograron aprobar los procesos jurídicos, se inició la gestión legal que logro dar pie al inicio de la Federación Nacional de Sordos de Colombia "FENASCOL", el 6 de Mayo de 1985, como la única federación. (FENASCOL)

Lengua de señas

Esta es la lengua natural de las personas surge al interior de la comunidad sordas siendo de carácter viso-gestual y viso-espacial, requiere adaptaciones metodológicas, convirtiéndose en una segunda lengua para personas oyentes.

El curso de Lengua de Señas Colombiana –L.S.C.- ofrecidos por la Federación, permite la apropiación del estudiante en los conceptos teóricos, gramaticales y ejercicios o actividades que les permite familiarizarse y conocer la cultura e historia de las personas sordas. Este curso no solo favorece al conocimiento sino también a eliminar las barreras de la comunicación contribuyendo a su participación en los distintos ámbitos sociales, educativos, culturales, políticos, económicos, donde se desenvuelven estas personas.

Curso de Lengua de Señas

En FENASCOL trabajamos para promover la enseñanza de la lengua de señas como mecanismo fundamental para facilitar la comunicación entre personas sordas y oyentes. Por ello la Federación cuenta con un programa de enseñanza de la lengua de señas colombiana que comprende seis cursos, el cual ha capacitado a más de 8000 personas en los últimos años. (Anexo A). Cronograma de capacitación en lengua de señas Colombiana.

Los cursos se encuentran organizados de la siguiente manera:

Nivel Básico: (Cursos 1, 2,3, 4).
Nivel Intermedio: (Cursos 1,2). Si desea establecer contacto con nosotros y ampliar más la información con respecto a nuestros cursos de lengua de señas, escribanos al correo capacitacion@fenascol.org.co(FENASCOL)

2.2.3.2 UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

La universidad del Rosario cuenta con una cátedra de lengua de señas dividida en tres categorías.

- ✓ Electiva: siendo la introducción a la lengua de señas, brindada a todos los estudiantes de las áreas de salud como Medicina, Fonoaudiología, Fisioterapia, Psicología y Terapia ocupacional.

- ✓ Introducción a la lengua I y II, cátedra obligatoria, que se encuentra en el núcleo fundamental, para los estudiantes de Fonoaudiología.

Este programa se ha realizado desde el año 2006, integrado en el nuevo pensum para las carreras.

Condiciones para que el docente brinde la cátedra:

- ✓ Tiene que ser una persona con limitación auditiva.
- ✓ En la universidad brinda las diferentes cátedras un solo profesor en un solo día.
- ✓ El programa de fonoaudiología es el que paga el docente.
- ✓ La clase se compone de 32 horas por 18 semanas.

Temas que se brindan durante la cátedra de introducción de lengua de señas (electiva):

- ✓ Entender el significado de la persona con limitación auditiva antropológicamente.
- ✓ Derechos humanos de la persona con limitación auditiva.
- ✓ Vocabulario básico
- ✓ Características de la lengua de señas
- ✓ Como se creó la lengua de señas. (Urrea, et al., 2012)

2.2.3.3 UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN

La cátedra de lengua de señas en la universidad Manuela Beltrán se encuentra dividida en tres períodos:

- ✓ Electiva: que es la Introducción a la lengua de señas, para todas las carreras, ahí se dicta lo básico en lengua de señas que brinda Fenascol en el primer módulo de básico (libro y videos dados por Fenascol, donde es más práctica que teoría etc.).
- ✓ La clase para los estudiantes de fonoaudiología es dada para estudiantes de primer y quinto semestre, de núcleo fundamental.

Condiciones para que el docente brinde la cátedra:

- Lo dicta una profesora oyente fonoaudióloga.
- En la universidad las tres cátedras es brindada por la misma docente que es fonoaudióloga oyente que tiene conocimientos en lengua de señas y que han estudiado en Fenascol.
- El programa de fonoaudiología es el que paga el docente.

- La clase se compone de uno o dos créditos se dicta una vez a la semana por dos horas durante el semestre completo.
- Lleva fundada aproximadamente 15 años el programa de lengua de señas en la Universidad.

Temas que se brindan durante la cátedra de introducción de lengua de señas (Electiva):

- Vocabulario básico
- Características de la lengua de señas
- La docente se guía en los niveles que proporciona Fenascal para cada una de las cátedras. (Urrea, et al., 2012)

2.3 MARCO NORMATIVO

Para la orientación de acciones, es necesario conocer los marcos normativos particulares de los contextos que permitan realizarlas. Respecto a las personas con limitación auditiva y los trabajadores de enfermería, son varias las normativas en nuestro país relacionadas con el tema que se consideran pertinentes para este estudio y se mencionan a continuación:

2.3.1 Constitución de 1991

La constitución de 1991 la cual, “consagro el papel del Estado en la protección especial para los grupos marginados o desventajados de la sociedad, en razón a su situación suele ver limitado el ejercicio y el goce efectivo de sus derechos fundamentales”. Particularmente, en el artículo 47, define que el Estado debe adelantar una política “de integración social para los discapacitados”.

De esta manera la acción del Estado colombiano se ha desarrollado bajo los preceptos y principios constitucionales y en respuesta a la preocupación internacional y regional sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. (Constitucion Política, 1991)

2.3.2 Ley 60 de 1993

Desarrolla el régimen de transferencia de recursos y competencias a las entidades territoriales, con el fin de que estas asuman nuevas funciones y responsabilidades, especialmente en el área de educación y salud donde el país aún muestra deficiencias en cuanto a cobertura y calidad. En su artículo 5 establece que le corresponde a la Nación, a través de los Ministerios, Departamentos administrativos y demás

organismos y autoridades de la administración central o de las entidades descentralizadas del orden nacional (INCI, INSOR).(L., 1993)

2.3.3 Ley 115 de 1994 “Ley general de educación” (L., 1994)

Capítulo 1 título III (artículo 46 a 49), prevé la “educación para personas con limitaciones o capacidades excepcionales”, “la cual plantea que la educación para estos grupos es parte integrante del servicio público educativo (Art 46), y que el estado apoyará a las instituciones y fomentará programas y experiencias orientadas a la educación educativa...” (Art 47). 9 donde señalo como uno de sus objetivos el de Organizar programas de readaptación profesional para personas discapacitadas.

2.3.4 Ley No 324 de 1996 (L. 1996)

Por la cual se crean algunas normas a favor de la población sorda, en ésta, el Estado aprueba la lengua de señas como oficial de la población sorda y se plantea la investigación y difusión de la misma, se prevé la introducción de tecnologías y el servicio de intérpretes.

2.3.5 Ley No 335 de 1996

Relacionada con la Comisión Nacional de Televisión (CNT) y mediante el cual se crea la televisión privada, ordena que “se debe incluir el sistema de subtitulación o lengua manual para garantizar el acceso de este servicio a las personas con problemas auditivos y sordos” (Art 12). (L., 1996)

2.3.6 Ley 361 de 1997. Ley de discapacidad. (L., 1997)

Por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones”, esta disposición normativa puntualiza distintos aspectos en relación con los derechos fundamentales de las personas con limitación y establece obligaciones y responsabilidades del Estado en sus diferentes niveles para que las personas que se encuentren en esta situación puedan alcanzar, “su completa realización personal y su completa integración social” es así como se ocupa de asuntos como la prevención, la educación, la rehabilitación, la integración laboral, el bienestar social, la accesibilidad, además a través de esta norma, se constituye el “Comité Consultivo Nacional de las Personas con Limitación”(Artículo 6).

2.3.7 Política Pública Nacional de Discapacidad (PPND., 2004)

La presente política se enmarca en el contexto de la protección y el manejo social del riesgo. Por tanto, contempla estrategias para que las personas, las familias, las organizaciones no gubernamentales, el Estado, la sociedad y sus instituciones, puedan prevenir el riesgo, mitigar y superar la materialización del mismo, como también reducir la vulnerabilidad a la discapacidad, protegiendo el bienestar de la población y su capital humano. Para ello, bajo un marco de corresponsabilidad, es necesario identificar los riesgos, diseñar e implementar intervenciones para evitar la discriminación y exclusión social. Se hacen necesarias estrategias que:

- ✓ Promuevan comportamientos favorables en la sociedad que generen actitudes positivas respecto a la discapacidad y la igualdad de oportunidades, la inclusión e integración social (acceso a bienes y servicios, al mercado laboral, seguridad social, protejan los derechos humanos, entre otros)
- ✓ Fomenten la participación de la comunidad en la prevención, mitigación y superación (habilitación y rehabilitación integral) de la situación de discapacidad.

2.3.8 Decreto No 470 de 2007. Política Pública de Discapacidad para el Distrito Capital. (L., 2007)

Para Bogotá se determina la Política de Discapacidad para el Distrito Capital, la cual se enmarca como producto de una democracia participativa. La cual asume como principios aquellos parámetros fundamentales o reglas proyectadas para facilitar la solución a las situaciones que viven las personas con discapacidad (PCD), sus familias y sus cuidadoras/es dentro de la sociedad colombiana. Se orienta hacia la búsqueda del desarrollo humano, social y sostenible de las personas con discapacidad, sus familias, cuidadoras y cuidadores.

En el Art 10 sobre el derecho a la salud, se considera la necesidad de una atención integral en salud para la población con discapacidad, que cumpla los estándares de calidad establecidos y aquellos que se generen en desarrollo de los procesos de protección, garantía y promoción de esta población; que por sus diferentes grados de discapacidad, desde el leve al profundo o múltiple; asociados a las condiciones de pobreza, géneros, credo, etnia y ciclo de vida, requieren gradualmente de mayor atención y subsidiaridad en estos servicios.

La política pública envuelve un enfoque de derechos humanos y una comprensión amplia de la discapacidad. De igual manera, considera aspectos sociales, políticos y culturales de los ciudadanos y del entorno que influyen en la calidad de vida de la población con discapacidad, como habitante del Distrito Capital.

2.3.9 Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Ley 1346 de 2009. (L., 2009)

La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su Protocolo Facultativo fue aprobada el 13 de diciembre de 2006 en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York, y quedaron abiertos a la firma el 30 de marzo de 2007. Se obtuvieron 82 firmas de la Convención y 44 del Protocolo Facultativo, así como una ratificación de la Convención. Nunca una convención de las Naciones Unidas había reunido un número tan elevado de signatarios en el día de su apertura a la firma. Se trata del primer instrumento amplio de derechos humanos del siglo XXI y la primera convención de derechos humanos que se abre a la firma de las organizaciones regionales de integración. Señala un “cambio paradigmático” de las actitudes y enfoques respecto de las personas con discapacidad.

La Convención se concibió como un instrumento de derechos humanos con una dimensión explícita de desarrollo social. En ella se adopta una amplia clasificación de las personas con discapacidad y se reafirma que todas las personas con todos los tipos de discapacidad deben poder gozar de todos los derechos humanos y libertades fundamentales. Se aclara y precisa cómo se aplican a las personas con discapacidad todas las categorías de derechos y se indican las esferas en las que es necesario introducir adaptaciones para que las personas con discapacidad puedan ejercer en forma efectiva sus derechos y las esferas en las que se han vulnerado esos derechos y en las que debe reforzarse la protección de los derechos.

Sin embargo la normatividad mencionada anteriormente a pesar de ser la unión de políticas que fomentan acciones de alguna manera al desarrollo de las personas con limitación Auditiva, no logran encontrar heterogeneidad en la particularidad de los individuos, se puede observar que no se muestra ningún lineamiento específico para disminuir barreras en la atención en Salud, o que hablen específicamente sobre barreras en la comunicación y que fundamenten de alguna forma el mejorar la calidad en la atención desde este aspecto.

2.3.10 Ley estatutaria N° 1618 “Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad” (L., 2013)

Esta ley fue aprobada el 27 de Febrero de 2013, con la que se adoptan medidas de inclusión, eliminando la discriminación por discapacidad, en concordancia con la ley 1346 de 2009.

Todas las entidades públicas del orden nacional, en el marco del Sistema Nacional de Discapacidad, tiene a cargo la inclusión de las personas con discapacidad, asegurando las políticas, planes y programas, garantizando sus derechos. Busca asegurar se tenga en cuenta esta población en el diseño, ejecución, monitoreo y evaluación de planes y proyectos, teniendo en cuenta el presupuesto para el desarrollo y cumplimiento de dichos programas. Contar con mecanismos de actualización y localización de las

personas con discapacidad, implementar estrategias de cooperación internacional, “el Departamento Nacional de Planeación (DPN) , adoptará las medidas pertinentes para que cuando las familias tengan una o varias personas con discapacidad, el puntaje en la clasificación socioeconómica esté acorde al tipo de discapacidad y al grado de deficiencia otorgado por la instancia autorizada, con el fin de que se facilite el registro de estos grupos familiares en el SISBÉN y en consecuencia el acceso a los programas sociales”. (L., 2013)

De acuerdo a los derechos de los niños y niñas con discapacidad, se busca adoptar medidas de atención, protección, inclusión, detección precoz, atención temprana con alto riesgo para adquirir una discapacidad, programas de apoyo a madres gestantes, habilitación y rehabilitación en discapacidad, se establecerán estrategia de promoción y pedagogía, asegurando la primera educación. Por otra parte, el medio social deberá respetar, incluir, difundir, asumir responsabilidad, al disminuir y eliminar las barreras actitudinales que las personas con discapacidad puedan encontrar. La familia deberá ser integrada a todos los campos de actividad humana, se deberá tener mayor prevalencia por aquellas familias de bajos recursos y riesgos de exclusión, El ICBF deberá apoyar con programas para la persona y familia, orientados a desarrollar capacidades, autocuidado y riesgos que producen discapacidad.

En cuanto a los derechos de salud, “Todas las personas con discapacidad tienen derecho a la salud, en concordancia con el artículo 25 de la Ley 1346 de 2009”. (L., 2013) Se deberá garantizar la calidad, prestación y ayudas técnicas de alta y baja complejidad, habilitación y rehabilitación integra con un enfoque diferencial, programas de salud pública con acciones de promoción desde la gestación, desarrollar programas de salud mental y atención psicológica, el sistema de protección, atención de desastres y ayuda humanitaria, diseñe lineamientos, asistencia en igualdad de condiciones para emergencias humanitarias.

Los profesionales y empleados deberán contar con programas de capacitación, que favorezcan procesos de inclusión, garantizar a las personas con discapacidad al desplazamiento, atención domiciliaria, eliminando acciones administrativas que sean barreras de acceso a los servicios, ofrecer exámenes que permitan conocer el estado del feto en sus tres primeros meses, y que se consideren de alto riesgo. Así mismo se deben establecer procesos de vigilancia, control y seguimiento de calidad que permitan medir los servicios de salud y sancionar cualquier acción u omisión que impida o dificulte el acceso de las personas con discapacidad.

Fortalecer la formalización de empleo, planes de aseguramiento laborales y no laborales, como también a familiares de las personas con discapacidad, con programas de desarrollo y superación de la pobreza.

2.3.11 LEY 266 DE 1996.Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. (L., 1996)

Ley del 5 de febrero de 1996, por la que se define como el objetivo la naturaleza, el propósito, el ámbito del ejercicio, principios que rigen, su dirección, organización,

acreditación, control de ejercicio profesional, obligaciones y derechos del ejercicio profesional de Enfermería.

Se aplican los principios éticos y morales de la práctica de Enfermería, de integridad, individualidad, dialogicidad, calidad y continuidad, principios éticos de Beneficencia, No Maleficencia, Autonomía, Justicia, Veracidad, Solidaridad, Lealtad y Fidelidad, orientarán la responsabilidad deontológica profesional de la enfermería en Colombia.

La profesión de Enfermería se centra en la persona, la familia y la comunidad, contemplando sus características socioculturales que influyen en el desarrollo y bienestar de salud. El ejercicio del enfermero se enfoca en promoción, prevención, intervención en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, proporcionando y promoviendo la vida digna. Ejerce de forma interdisciplinaria, multiprofesional, transdisciplinaria, con conocimientos universitarios y actualizados continuamente, analizando necesidades, promoviendo políticas de corto, mediano y largo plazo, definir estándares y normas de calidad, elaborando y definiendo planes, estableciendo lineamientos de desarrollo; por otra parte al enfermero se le deben asegurar las condiciones laborales, bienestar y seguridad al ejercer profesionalmente.

También conformado un tribunal de ética, con el fin de conocer los procesos disciplinarios, eticoprofesionales, que se presentan en la práctica profesional, a su vez se establece un código de ética de Enfermería acorde a la ley y reglamentos constitucionales.

La inscripción y registro de los profesionales de Enfermería, es llevado a cabo por la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, ANEC, siendo los únicos autorizados para realizar el registro para cumplir con los requerimientos de acreditación del título universitario.

2.3.12 Ley 911 de 2004. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. (L., 2004)

Diario Oficial No. 45.693 de 6 de octubre de 2004, (L., 2004) donde se declaran los principios y valores éticos, como el respeto a la vida, a la dignidad de los seres humanos, a sus derechos, sin designio de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideología política, fundamentales en el ejercicio de Enfermería y los principios enunciados en la Ley 266 de 1996. (L., 1996)

El acto de cuidado de enfermería es el ser y esencia del ejercicio de la Profesión,(L., 2004) siendo primordial la relación por ende la comunicación humanizada al individuo, familia y comunidad, en sus distintas etapas y entornos en que se desarrolla, dando prioridad a las necesidades de salud que presenten, acompañando en los procesos de tratamiento, rehabilitación y cuidado.

El ejercicio profesional debe desempeñarse de manera autónoma e incluir la infraestructura física, dotación, registro para el sistema de información, transporte, comunicaciones, auditoria de servicios, medidas de seguridad, de no contar con esto se

debe realizar el respectivo informe por escrito, buscando cambios que no afecten la calidad de la atención.

Los documentos legales donde se encuentra la historia clínica, registros de enfermería, teniendo un valor agregado de privacidad, serán manejados exclusivamente por personal de salud, haciendo salvedad a casos legales o del sujeto en particular. El consentimiento informado debe ser utilizado siempre para poder realizar cualquier procedimiento, con el fin de que el paciente conozca y decida, de esta manera el profesional de enfermería responderá por el cuidado y calidad. Deberá proteger la vida desde su concepción hasta la muerte, si por lo contrario se enfrenta a situaciones que vulneren el respeto a la vida, podrá hacer objeción de conciencia, sin tener repercusiones.

El profesional no será participe de tratos crueles, inhumanos, degradantes o discriminatorios siendo esto de carácter grave en el ejercicio de cuidado. La administración de medicamentos deberá ser con la respectiva prescripción médica, según los protocolos establecidos. Es necesario no realizar pronósticos ni evaluaciones de los diagnósticos, pronósticos, procedimientos, intervenciones y tratamientos, siempre deberá atender a los cuidados de manera ética y legal, proteger los derechos, mantener los lazos afectivos, guardar el secreto o sigilo profesional aun después de la muerte, salvo a situaciones previstas por ley.

El profesional de Enfermería cuenta con responsabilidades deontológicas que debe cumplir, también cuenta con responsabilidades institucionales, al conocer la entidad y aportar espacios de reflexión ética y conocimiento, de la misma manera a sus colegas y otros miembros donde exista el respeto mutuo

En el campo de la investigación y docencia, el profesional de Enfermería deberá ser participe, conociendo los estatutos legales y facilitando investigaciones científicas, podrá realizar ejercicio de docencia, brindando aprendizaje ético en todos los procedimientos y actitudes contribuyendo a la formación integral, de la misma manera respetar al estudiante y brindando avances científicos actualizados.

Al presentarse faltas deontológicas, el profesional de Enfermería tendrá derecho a un proceso de acuerdo con las normas establecidas en la Constitución Política Colombiana y otras normas relacionadas al hecho real por el que se realiza el proceso, todos los procesos tendrán una segunda instancia si lo amerita, de lo contrario consecuencia de encontrarse la falta por el profesional, se podrá apelar o recibir las respectivas sanciones de acuerdo a la falta que puede llevar a la pérdida del ejercicio profesional.

3. METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE ESTUDIO

Esta investigación es de diseño cualitativo en salud

3.1.1. Búsqueda de los participantes Para esta investigación la población estuvo compuesta por hombres y mujeres trabajadores de enfermería residentes en Bogotá, quienes han tenido experiencias de atención a personas con limitación auditiva.

Los participantes se obtuvieron por conveniencia, se contó con seis (6) participantes, teniendo en cuenta los criterios de inclusión.

3.1.2. Criterios de ubicación y selección de los participantes Los participantes se ubicaron en un Hospital de la Ciudad de Bogotá de cuarto nivel de atención a través del efecto de bola de nieve, contactando a quienes voluntariamente quisieron participar en la investigación. Una vez contactados los participantes, se entregó a cada participante el consentimiento informado y las preguntas de la entrevista, para que fueran conocidos y firmados. Se acordó el día de la grabación, la ubicación, confirmando la firma del consentimiento informado.

Los criterios de inclusión para este estudio fueron: Personas que se desempeñan en centros hospitalarios bajo el cargo de Enfermeras (os) y auxiliares de enfermería, que han tenido alguna vez la experiencia de atención de personas con limitación auditiva y desearan participar en la investigación de manera voluntaria.

3.1.3. Procedimiento de recolección de la información La información se recolecta a través de entrevistas semiestructuradas permitiendo a la persona expresar de manera libre sus percepciones en la comunicación con personas con limitación auditiva. El instrumento tiene preguntas pertinentes a cada uno de los objetivos de la investigación. (Anexo B)

Teniendo la información por las entrevistas y respectivas grabaciones de voz, organizado en una matriz de acuerdo a la información, dividida en categorías y subcategorías, se tomara en cuenta cada vivencia u experiencia de los participantes. (ANEXO B) (ANEXO D)

3.1.4. Organización, sistematización y análisis de los datos La información recolectada de las entrevistas realizadas, se almacenó en archivos de audio y posteriormente fue transcrita para su análisis. Previamente se les entregó a los participantes las preguntas de la entrevista impresas.

La información correspondiente a datos sociodemográficos se ordenó en una tabla para su posterior interpretación. El manejo de la información de tipo cualitativo se ordenó en una matriz analítica, dando respuesta a cada una de las categorías preestablecidas que correspondieron a las preguntas específicas de la entrevista y a otras categorías que emergieron durante el análisis de la información.

3.1.5. Consideraciones éticas

Según la resolución 8430 del 4 de Octubre de 1993, establece para Colombia las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, específicamente en el Título II, Capítulo 1, "De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos", Artículos 14 y 15, (Resolución, 1993).

Se dio a conocer el consentimiento informado por escrito (Anexo B), con pleno conocimiento de los beneficios y riesgos, que fue autorizado por los participantes. En este estudio no se evidencia ningún riesgo sobre la integridad física de la persona sin embargo dadas las implicaciones emocionales de los participantes de acuerdo al consentimiento informado se prevé que ellos puedan declinar su participación si así lo desean.

La privacidad se mantuvo favoreciendo un ambiente tranquilo y cómodo, escogido para cada participante, en el cuál se cumplieron los requisitos para llevar a cabo las entrevistas, además la confiabilidad de los datos y de la información suministrada por los participantes del estudio que no será revelada a terceras personas.

4. PRESENTACION Y ANALISIS DE LA INFORMACION

De acuerdo a los objetivos general y específicos del estudio, la información que se presenta analizada a continuación describe las características sociodemográficas de los participantes, seguida de las barreras en la comunicación percibidas por trabajadores de Enfermería; teniendo en cuenta las categorías y subcategorías propuestas inicialmente y las que emergieron en el análisis de información, consignada y ordenada para su análisis a detalle en la matriz analítica (Anexo D).

4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN SUJETO DE ESTE ESTUDIO

Las personas que hicieron parte de esta investigación fueron un grupo de 6 adultos jóvenes trabajadores de Enfermería, que se encuentran desempeñando sus labores en el área clínica. Respecto a las variables sociodemográficas se indago por edad, sexo, estrato socioeconómico, localidad en la que se sitúa su residencia y si es auxiliar o jefe de enfermería. (Ver tabla 1).

Tabla 1 Datos socio-demográficos de la población sujeto

N°	Edad	Sexo	Estrato	Localidad de residencia	Enfermero	
					Profesional	Auxiliar
1	33	Femenino	3	Kennedy		X
2	26	Femenino	3	Rafael Uribe Uribe		X
3	25	Masculino	4	Barrios unidos	X	
4	29	Masculino	3	Usaquén	X	
5	26	Femenino	2	Cuidad Bolívar	X	
6	26	Femenino	4	Fontibón	X	

Fuente: Entrevistas realizadas para la investigación

Del total de los participantes el 33% (2) son auxiliares de enfermería y el 67% (4) son Enfermeros Profesionales, de los cuales el 33% (2) son hombres y el 67% (4) mujeres, en cuanto a la edad se encuentra un rango de edad de 25 a 33 años, siendo el promedio de edad de 27.5 años.

En la variable de estrato socioeconómico, se encontró que el estrato con mayor prevalencia es el 3 con un 50% (3), en el estrato 4 33.3% (2) y un 16.6% de estrato 2 (1).

En cuanto a la localidad se encontró cada participante en una localidad distinta, siendo una proporción del 16.6% por cada localidad, correspondiendo a Kennedy, Rafael Uribe Uribe, Barrios unidos, Usaquén, Fontibón y Ciudad Bolívar.

4.2 BARRERAS PERCIBIDAS EN LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA CON PERSONAS CON LIMITACIÓN AUDITIVA POR UN GRUPO DE TRABAJADORES DE ENFERMERÍA

De acuerdo a los objetivos del estudio, la información que se presenta analizada a continuación describe las barreras en la comunicación percibidas por los participantes en la relación con las personas con limitación auditiva.

4.2.1 Experiencias en procesos de comunicación entre trabajadores Enfermería y personas con limitación auditiva.

4.2.1.1 Situaciones de Encuentro La mayoría de las experiencias se desarrollaron en el área clínica, en procesos de hospitalización de la persona con limitación auditiva, solo uno de los participantes refiere su comunicación con una persona con limitación auditiva en un campamento, igualmente desempeñándose como profesional de enfermería.

Se debe resaltar que los contextos de comunicación que se presentaron entre trabajadores de enfermería y personas con limitación auditiva, son situaciones o momentos que se presentan en el diario vivir de los trabajadores de enfermería. Los profesionales de Enfermería se deben encontrar preparados para distintas circunstancias, que se den en el ámbito laboral, mas es complicado cuando no se premedita que en el quehacer diario el trabajador tendrá que enfrentar la situación de comunicarse con una persona con limitación auditiva, siendo los trabajadores de enfermería la herramienta principal de comunicación para el paciente.

4.2.1.2 Percepciones de los participantes sobre las dificultades de comunicación

Las situaciones relatadas por los participantes, se desarrollaron bajo distintas circunstancias. Relacionando lo anterior con los procesos delicados de salud que llegaron a presentar los pacientes, se describieron situaciones de frustración al entablar la relación con alguien con quien no se podía tener una comunicación verbal, hasta llegar a creerse imposible la comunicación. *“Con el sí digamos que fue una experiencia diferente porque pues digamos como que los abuelitos están acostumbrados ya a que esto es lo que les pasa, en cambio el que tenía 45 años no, y si era a veces muy frustrante entablar una conversación con él porque sencillamente no nos escuchaba”. E5.*

Otro de los participantes expresó lo difícil que fue mantener una relación con una persona invidente y con limitación auditiva, refiriéndose que fue casi imposible, *“Bueno ella tenía una limitación además de la auditiva y era de visión, ella no podía ver y tampoco podía escuchar, entonces realmente la comunicación con ella fue casi imposible”* E.6.

Es preciso resaltar la experiencia de un participante, al ver la limitación auditiva no como una limitante, siendo que el paciente ya la tiene, sino como una oportunidad para generar una comunicación, explorando las habilidades del profesional y llegando a sentir la satisfacción de interactuar con una persona con limitación auditiva. *“en realidad cuando yo interactuaba con él nunca sentí ningún tipo de limitación porque a pesar que el modo convencional de todos nosotros pues para comunicarnos es el modo verbal, siempre con él encontramos pues diferentes modos pues para poder comunicarnos, incluso aun teniendo que yo no manejo el lenguaje de señas pero pues aun así con Patrick me acuerdo siempre, nos entendíamos muy bien, yo me daba cuenta que él percibía lo que yo le quería manifestar y del mismo modo yo entendía lo que él me quería comentar y pues siempre con él incluso tuvimos una relación muy cercana y me gustaba mucho estar alrededor de él”*E.3.

4.2.1.3 Percepciones de los participantes respecto de las personas con limitación auditiva en el proceso comunicativo Es interesante ver la perspectiva desde los trabajadores de enfermería, con respecto a la comunicación que tienen con las personas con limitación auditiva, y es que las barreras que se contemplan no son desde la limitación física que desde el comienzo de su hospitalización se conoce, si no desde la posición del trabajador de Enfermería, que las crea. Se reconocen las habilidades adquiridas por las personas con limitación auditiva, siendo los afectados en el medio donde se encuentren, dado que si no cuentan con un intérprete, acompañante o alguien quien los apoye en el proceso de la comunicación no logran interactuar con otras personas. Así lo refiere una de las personas entrevistadas: *“Yo siempre pienso que las limitaciones de estas personas las tiene uno en la cabeza que obviamente existen en ellos, son reales pero que uno puede hacerlas más grandes o más pequeñas en la medida de la actitud en que uno se acerque a ellos.”*E.3.

4.3 MEDIOS DE COMUNICACIÓN USADOS EN LOS ENCUENTROS ENTRE LOS TRABAJADORES DE ENFERMERÍA Y PERSONAS CON LIMITACIÓN AUDITIVA.

4.3.1 Medios usados por los participantes Los participantes refirieron en general que estos encuentros y situaciones los toman por sorpresa y por ende sin preparación para este tipo de comunicación, de aquí se parte a la creatividad del trabajador de enfermería en su proceso formativo, utilizando los medios individuales y del entorno con el fin de tener una comunicación, pero no una interacción enfermero-paciente. Los medios utilizados por las personas en estos casos fueron la vocalización, resaltando que uno de los participantes enfoca: *“Con los viejitos lo que he aprendido que uno debe hacer es articular muy bien cuando uno habla, para que ellos puedan leer los labios y*

así uno no tiene ni que levantar la voz, porque igual a lo que tu levantas la voz ellos no te van a escuchar y eso es un error que uno comete muy frecuentemente, entonces si lo mejor es articular bien los labios para que ellos puedan entender lo que uno les dice y me funciona".E.5. Por medio de este mecanismo, se espera que la persona supiera leer los labios, pero esto no se da en todos los casos.

Narraron los participantes, que acudieron a diversas estrategias como la escritura tanto en papel como en medios electrónicos, dibujos, señalar objetos, elementos, colores, hacer preguntas para que contestara sí o no, señas esporádicas con las cuales creía que se daba entender y que fueran comprendidas, no necesariamente correspondientes a la lengua de señas Colombiana- LSC-, dado que ninguno de los participantes del estudio lo conoce.

En un caso particular donde la persona no solo tenía limitación auditiva sino visual, la forma utilizada fue hablar en un tono alto cerca de su oído. La mayoría de los participantes refirieron que el mayor apoyo de comunicación se daba a través de los familiares, siendo los intérpretes moduladores en una comunicación donde se pierde la privacidad y la interacción enfermero-paciente.

Los participantes refirieron algo importante a resaltar y en especial aquellos que trabajan en los turnos de la noche, el acompañamiento o la permanencia de los familiares, no se cree importante hasta que se enfrenta a situaciones que se salen de las manos, como el de tener una persona con limitación auditiva y no saber cómo transmitirle, ni poder entenderle, así lo refiere un participante del estudio *"En cuanto adultos yo me desempeño en el área clínica en los turnos de la noche, es decir que pues con ellos si fue un poco más complicado porque no contaba con los interpretes o con los acudientes que se pudieran comunicar con ellos, básicamente el lenguaje que utilizaba era de señas y algo de escritura, pero pues tuve la mala fortuna que uno de esos pacientes era analfabeta entonces, fue muy difícil, pero muy difícil la comunicación por no decir que imposible, en cuanto a ese paciente."E.4.*

4.4 OBSTACULOS EN LA COMUNICACIÓN

4.4.1 Obstáculos generados por desconocimiento, falta de disponibilidad y manejo de herramientas para la comunicación El desconocimiento del lenguaje de señas L.S.C., fue un obstáculo que refirieron todos los participantes del estudio siendo no solo generalizado entre el personal de enfermería sino entre los demás integrantes de los equipos de salud en el espacio clínico *"Obstáculos varios, en primer lugar el conocimiento pienso que es el obstáculo número uno, porque pues a lo largo de la academia pues a uno lo preparan en lenguajes, en comunicaciones, comunicación asertiva, comunicación con el paciente, pero comunicaciones específicas en casos excepcionales como estos son pocas o yo a lo largo de mi ejercicio profesional en las experiencias que he tenido, congresos que he asistido y varios cursos que he asistido, no he tenido la fortuna de contar con herramientas específicas para comunicarme con pacientes con limitación auditiva" E.4.*

Como fue referido por un participante del estudio, *“Con los elementos del entorno los pacientes con limitación auditiva están en desventaja, están en franca desventaja, los hospitales al igual que la ciudad, no están pensados para personas con discapacidad”* E.2. Al hablar de herramientas en el entorno que faciliten la comunicación e interacción para poder llevar un proceso de tratamiento, rehabilitación, seguimiento y control, guiado según los principios éticos del profesional de Enfermería, queda corto cada proceso, porque si no se cuenta con el conocimiento, ni las herramientas o los intérpretes, no se puede llevar en su totalidad bienestar a la persona con estas características.

Otra situación se refiere al afán de la comunicación o interacción, dada por la falta de disponibilidad, que genera sentimientos de frustración, porque no se cuenta con que en algún momento se encontrará un paciente con esta limitación, ni con el tiempo real para poder dedicárselo a cada paciente; esto haciendo referencia a que se cuenta con un tiempo determinado para las actividades, y si no se cuenta con conocimiento, herramientas ni disponibilidad, no se podrá llevar a cabo una adecuada comunicación. *“el hecho de quizá uno no ser asertivo en el momento en el que necesita en realidad explicarle algo para que lo entienda ya, porque muchas veces como no sabes, como uno no tiene como esa habilidad para hacerse entender y necesitas que lo comprenda ya, pues, se convierte en una frustración, tanto para uno que quiere hacerle comunicar algo a él, como para ellos que no nos entienden”*E.5.

4.4.2 Barreras Actitudinales por parte de los trabajadores de Enfermería Dado que la mayoría de las interacciones se dieron a nivel clínico, se observa una mecánica actitudinal de labores diarias, *“el contexto clínico pues básicamente se basa simplemente en la atención de la enfermedad y en la atención del paciente en su ámbito clínico, pero sobre todo en las instituciones hospitalarias se deja de cierta manera de lado el ámbito humanístico por decirlo de alguna manera, con eso resumo, que pues no se cuenta con herramientas específicas para la comunicación, no solo con pacientes con limitación auditiva, sino también en general, es decir si no tenemos herramientas para comunicarnos con los paciente en general, pues mucho menos vamos a tener con estos pacientes”* E.4. Sumado al temor de enfrentar un paciente que usualmente no se está acostumbrado a tener, se da la dinámica de gran ocupación que dificulta la atención directa y humanizada que debe brindar el Trabajador de Enfermería.

4.4.3 Barreras Actitudinales de las personas con limitación auditiva A este respecto, llamó la atención un caso en particular, *“Bueno, desde la paciente, ella, además tenía cierto retraso mental, entonces ella tenía mucho miedo y estaba muy a la defensiva, entonces cualquier estímulo que lograba percibir de la parte táctil, pues reaccionaba con miedo, entonces ese era un obstáculo, poder digamos monitorizarla, tomarle muestras, administrarle medicamentos o pues cosa que ella necesitara esa era la primera barrera”* E.6. Esta situación no solo representa que no se está preparado para manejar personas con limitación auditiva, sino que también se está expuesto a muchos casos en los que no se sabe cómo interactuar y en los que tal vez nunca se

logra sino es por ayuda de algún intérprete.

4.4.4 Barreras Generales Dentro de esta categoría, se tuvo en cuenta las características de conocimiento en cuanto a la capacitación que reciben los trabajadores de enfermería, en el desarrollo de habilidades, *“En ningún momento recibimos algún tipo de capacitación, ni como estudiante ni en el trabajo y menos tenemos un protocolo que nos oriente a brindarles una atención especializada respecto a su limitación”*.E.2. Otro punto a resaltar es el contexto en el que se desarrolla la comunicación, más allá de esto, el hecho de no poder comprender lo que transmiten y tampoco poder saber ni interpretar, ni comunicar a las personas con limitación auditiva, estos procesos de comunicación es necesario modularlos a través de intérpretes que en este caso son los familiares, quienes permiten una mejor relación, estancia y comunicación.

4.5 SENTIMIENTOS PERCIBIDOS DURANTE LOS ENCUENTROS

4.5.1 Sentimientos percibidos por los participantes Los sentimientos que se logran percibir desde el papel de los trabajadores de Enfermería es algo inherente al trabajo, pues como se ha manifestado anteriormente, los procesos de atención se dan en el afán de realizar una actividad o las actividades determinadas, sin contemplar la mayor demanda de atención que se requiere cuando se encuentra un paciente con el que se tienen dificultades para comprender lo que dice y hacerse entender como trabajadores. Estos sentimientos se manifestaron entre los participantes como: culpabilidad por juzgar sin entender lo que realmente la otra persona deseaba, impotencia y frustración, temor, preocupación, evasión e incompetencia. *“Impotente, fue muy frustrante, porque como enfermeros la idea no es salvar una vida solo haciendo intervenciones médicas, la idea es brindar un cuidado integral en el que la persona se sienta atendida, importante en el que uno logre digamos que establecer algún tipo de relación humana con el paciente, es la meta como enfermera, entonces eso no se logró”*E.6.

*“cuando los dejaban en la noche, porque yo trabajo en la noche, y quedaban solos, ahí si me sentía un poco frustrado y un poco incompetente, por decirlo de alguna manera, pues ellos manifestaban ciertas señas, ciertas señales que yo no tenía ni..., no sabía interpretar, y pues no podía suplir las necesidades que tenían para esos instantes, entonces si era un poco tedioso, heee entablar una buena relación terapéutica con esos pacientes, porque no le podía suplir las necesidades que ellos emitían en ese momento”*E.4

Es interesante ver la satisfacción que genera la comunicación siendo esta un instrumento básico para el cuidado de enfermería, lograda por algunos de los participantes, *“satisfecha porque logre entenderles y que me entiendan, se puede decir que logramos una comunicación adecuada, pero a la vez algo preocupada porque no tengo los conocimientos suficientes para brindarles una mejor atención.”*E.2. Este hecho de lograr la comunicación, también genera preocupación dado que si se contara con los conocimientos y las herramientas se tendría la seguridad de intervenir y saber cómo transmitir paralelamente tanto pensamientos, preguntas, sentimientos, dudas y todo lo

que pueda surgir en un proceso salud-enfermedad en el que las personas con limitación auditiva se encuentren.

Los trabajadores de enfermería se enfrentan a retos en los distintos ámbitos donde se desenvuelve, en esta situación no fue la excepción, porque se lograba poner en prueba las habilidades del trabajador de enfermería. *“pues al comienzo era como un reto, como que uno sentía que se sentía retado, valga la redundancia a ver, como podía expresar esa persona que tenía uno en frente sobre lo que quería comunicar y expresarle a esa persona y poder del mismo modo darle una respuesta a ella, sentí que puede sonar como no posible pero sentí que podíamos tener una comunicación fluida, no verbal pero fluida, en términos de que había un emisor y un receptor de mensajes no hablados pero que se entendían muy bien, pues al final de ello se sentía como satisfecho de poder haber logrado algo, tan grande como comunicarse”E.3*

“En realidad es como un reto ¡no!, porque pues de todas maneras el personal de enfermería, está a cargo del cuidado de las personas, y tú te conviertes como en el mediador como entre lo que los médicos quieren para él, lo que la familia también quiere para él, y al final pues uno intenta en realidad ser ese puente de comunicación”E.5. Los retos se construyen cuando se quiere lograr algo inesperado que se presenta, esa es la actitud del trabajador de enfermería, sin salir de los parámetros de cuidado y bienestar que puede brindar, llegar a sentir la satisfacción de tener una comunicación dejando a un lado las barreras y la limitación auditiva y viendo las alternativas para lograr cumplir los propósitos de bienestar hacia la persona con limitación auditiva y el suyo propio.

4.5.2. Sentimientos de las personas con limitación auditiva percibidos por los participantes No es nuevo que una persona sienta frustración en un proceso de hospitalización cuando se conoce y sabe los posibles riesgos que se le explican sobre su proceso salud-enfermedad. Pero qué sucede con la persona con limitación auditiva, a la que se necesita comunicar, transmitir, calmar y explicar cada uno de los procedimientos que se realizaran o lo que debe realizar, o tan sencillo como, explicar que debe llamar si requiere algo?: *“También veía pues la cara de frustración que tenían ellos al no poder resolver sus problemas”E.4.* *“Desde la paciente, ella, además tenía cierto retraso mental, entonces ella tenía mucho miedo y estaba muy a la defensiva, entonces cualquier estímulo que lograba percibir de la parte táctil, pues reaccionaba con miedo”E.6.*

4.6 RECOMENDACIONES PROPUESTAS POR LOS PARTICIPANTES PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN CON PERSONAS CON LIMITACIÓN AUDITIVA.

4.6.1 Aportes para los profesionales Se buscó que los participantes expresaran distintas alternativas que les ayudarían como Trabajadores de Enfermería a mejorar la comunicación con las personas con limitación auditiva. Dentro de estas recomendaciones es clara la necesidad de identificar al paciente y conocer su

limitación, *“Pues primero yo creo que de entrada se conoce que la persona, nuestro paciente tiene una limitación, no cierto eso es obvio. Pero lo que hay verdaderamente, es hacerle consciente al personal de enfermería, es que nosotros no podemos engrandecer esa limitación con una actitud de temor o de predisposición...”E.3.*

También recomendaron ser conscientes del tiempo que requiere la comunicación con estas personas, *“yo creo que pues parte un poco de la motivación que tenga cada uno del personal de la salud para en realidad hacer que la experiencia de una persona al estar hospitalizada sea buena y en realidad sea productiva para su estado salud enfermedad. Yo creo que falta un poco de tener la disposición, el tiempo para sentarse en realidad y establecer una comunicación asertiva que sea bidireccional, pero lo que usualmente uno ve en el que hacer, es que digamos si yo tengo una persona que escribe y no me escucha, pues le dejo un lápiz y una hoja, para que el me escriba rápidamente que es lo que el necesita, sí., mientras que quizá yo hago otras labores, el me escribe, yo vuelvo leo y le soluciono el asunto, pero en realidad, tu no, uno no siente que la comunicación sea una comunicación asertiva”E.5.*

Recibir capacitación en lenguaje de señas es un punto en el que todos los participantes coincidieron, *“Considero que sería muy importante que nos capacitemos en el lenguaje de señas, continuamente recibimos capacitaciones sobre el manejo de equipos, catéteres y demás dispositivos, nos centramos en lo técnico y no ubicamos lo humano en primer plano como debería ser, nos olvidamos de estos pacientes y sus limitaciones”E.2,* contar con herramientas como formatos con dibujos, frases precisas, papel, lápiz, señalización de objetos, son alternativas que también aportaron.

4.6.2 Aportes para las personas con limitación auditiva Algo relevante e importante que se comentó, es que como el trabajador de enfermería no cuenta con los conocimientos para una comunicación efectiva con estas personas, se requiere del acompañante, en estos casos los familiares, se convierten en una ayuda esencial que facilita tanto el abordaje a la persona con limitación auditiva, como el manejo del trabajador de enfermería. No con el fin de dejar a un lado sus responsabilidades de cuidado, sino más bien siendo colaboradores del proceso de control, rehabilitación y manejo de su familiar. *“Pienso que sería muy útil tener el acompañamiento de un familiar o una persona que tenga la habilidad de comunicarse con esta persona.”E.1*

Para los trabajadores de salud es necesario el voto de confianza que las personas con limitación auditiva colocan en ellos, *“Bueno yo creo que en términos de la comunicación ya del paciente como tal ya hacia uno, creo que sería como ese voto de confianza hacia uno, que pues debe depositar esa persona en uno y también en algún modo de tolerancia”E.3.*

Se habla de otro tipo de ayudas como visuales, que se facilite la señalización, que los mismos pacientes en su conocimiento planteen estrategias de comunicación, *“Ya en cuanto... o hablando específicamente con los pacientes o con las personas que tienen limitación auditiva, pues al saber que ellos tienen esta limitación podrían ellos también en su interactuar diario y en su experiencia, porque ellos tienen mucha más experiencia*

en comunicación que nosotros, ellos podrían plantear unas estrategias, que se pudieran explicar al personal de salud, antes o durante el ingreso a las instituciones clínicas, para que nosotros nos podamos comunicar”E.4. Contar con herramientas para que ellos escriban, como papel, lápiz, bolígrafo, contar con folletos o hasta braille para aquellos que tienen una limitación visual.

4.6.3 Recomendaciones sobre las condiciones del entorno Los espacios de comunicación, deben ser generadores de tranquilidad, por ende se necesita un espacio armonioso, *“Yo creo que en este sentido no tiene ninguna diferencia, en realidad, las condiciones del entorno, cuando, para generar una comunicación con las personas que tienen limitación auditiva, con relación digamos, pues comparándolo con una que no tiene la limitación auditiva, porque si yo quiero establecer con una persona cualquiera, independientemente, si tiene limitación o no auditiva una comunicación asertiva, yo tengo que estar en un ambiente cómodo, que no haya ruido, donde pueda mirar directamente a los ojos, donde pueda igual expresarme verbal y no verbalmente.”E.5. “las herramientas son herramientas tan sencillas como tener un bolígrafo y papel o tener un tablero y un marcador acrílico, o tener escalas visuales para que él pueda manifestar o tener un alfabeto, para que él se pueda comunicar. Son elementos que en ocasiones no contamos en la unidad, o en los cubículos y que si son muy importantes, en el entorno del paciente para la comunicación”E.4*

4.6.4 Acciones generales propuestas por los participantes para mejorar la comunicación Los aportes por los trabajadores de enfermería, resaltan la importancia de la capacitación y la falta de herramientas con las que se cuenta en un ambiente clínico. Las experiencias vividas, les permitió reconocer una población que nunca pensaron tener que cuidar o llevar a cabo una comunicación, de esta manera sus conocimientos son aportados a colegas y grupo de trabajo que en alguna medida se enfrentan a esta misma situación, facilitando tanto a la persona con limitación auditiva como a los trabajadores de enfermería una comunicación donde se rompen barreras y brechas, facilitando el cuidado y la interacción. *“De mi parte yo aportarí mi experiencia, en términos, que he tenido, esos encuentros con personas con ese tipo de limitación, que ya me he logrado comunicar con ellos satisfactoriamente”E.3. “con las experiencias que he tenido, algunas buenas, algunas no tan buenas, pues me ha permitido establecer unas herramientas y darme cuenta pues que aunque es una limitación, aunque es un problema, que no muy comúnmente lidiamos, pues finalmente si son situaciones que se nos pueden presentar, entonces la experiencia me ha brindado o la experiencia me ha permitido establecer unas estrategias para poderme comunicar con eso, esas estrategias en la segunda oportunidad que tuve de enfrentarme con un paciente con limitación auditiva, se las pude transmitir a mi personal auxiliar”E.4*

La importancia que se le debe dar a la comunicación va relacionada paralelamente con los conocimientos y el tiempo, todos son un conjunto que debe reunir el trabajador de enfermería si en verdad desea tener una comunicación efectiva. *“Finalmente y la academia no lo enseña que la comunicación verbal hace parte del 10% de nuestra*

comunicación y el 90% es comunicación no verbal, a veces nosotros nos dejamos guiar simplemente por ese 10%, y pensamos que ese 10% es el todo y mentiras que pues si no nos podemos comunicar verbalmente y si tenemos una limitación auditiva que nos impide tener una comunicación verbal efectiva, pues podemos hacer uso de la comunicación no verbal y enriquecernos más en esa comunicación que puede transmitir muchos más mensajes que los que podemos decir con palabras.”E.4. La comunicación verbal resulta ser más importante que la no verbal, es así, cuando se mira la clase de personas con las que diariamente se da la comunicación, no se puede dejar a un lado, lo que se transmite con el comportamiento, los gestos y toda la expresión corporal, porque esto sería un aporte a la comunicación que se realiza con personas con limitación auditiva, esto es un enriquecimiento a expresar, transmitir y comprender, lo que estas personas no pueden hacer verbalmente. Cuando se busca una comunicación debe ser reciproca no solo con aquellos que comunican verbalmente, sino con toda persona aún teniendo limitación auditiva.

El sentir del trabajador de enfermería es llegar a ser consciente de que en sus manos se encuentra la vida de otros, que cada día la vida trae cosas nuevas que en tal vez no contempla en mente, a las que cada día debe enfrentarse como cuidador de salud. No se piensa en la comunicación de las personas con limitación auditiva, porque no se tiene a diario, ponerse en los zapatos de los demás, resulta adecuado cuando se quiere ver como esa persona ve, sentir como esa persona siente, percibir como esa persona cada día lucha en todos sus espacios de vida, ser conscientes, que el sector salud no puede ser un lugar más, donde la lucha es interminable por hacerse entender. Muchas experiencias demostraron temores, otras satisfacciones, lo importante es que cada experiencia traiga siempre retos de superar la barrera y poder seguir sirviendo a los demás sin que la limitación de una persona sea la limitación del trabajador de enfermería para poder comunicarse y ayudar. *“yo creo que hacer el esfuerzos por brindar una atención de calidad para ese tipo de personas que tienen unas necesidades tan especiales, tan delicadas, básicamente eso, si uno quiere, si uno esta, digamos tiene clara que la meta es brindar una atención integral y humana pues de ahí en adelante las cosas se pueden dar dentro de los recursos que tenga cada momento, pero básicamente ser enfático y buscar la manera de comunicar eso a la paciente.”E.6* *“Yo creo que parte de mi concientización, acerca de en realidad, hem querer ayudarle a esa otra persona, querer que no sienta que tiene una limitación, hem, también entender que hoy es él, pero mañana, puedo ser yo la que este en esa situación y tratar a mis paciente como a mí me gustaría que me trataran, pues en esa situación en la que ellos se encuentran.”E.5*

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las situaciones de encuentro de los trabajadores de enfermería se desarrollaron en un área clínica, donde se logra percibir distintas barreras de la comunicación, creadas desde los trabajadores de Enfermería dado a la falta de conocimiento.

Se identificaron elementos actitudinales y materiales que impidieron la comunicación terapéutica entre los trabajadores de Enfermería y un grupo de personas con limitación auditiva, Los elementos actitudinales se vieron reflejados en la situación de encuentro estresante, por el contexto de salud donde se desenvuelve el contacto, esto generó en los participantes del estudio, preocupación por no poder entender, todas esas necesidades, inquietudes y preocupaciones que la persona con limitación auditiva expresa, de la misma manera se observó la dificultad del trabajador de Enfermería para poder dar respuesta, explicar y manifestar todo lo relacionado con los procesos de salud-enfermedad. Un factor estresante en el proceso de comunicación fue el tiempo, los participantes expresaron el hecho de que las personas con limitación auditiva necesitaban más tiempo, para poder llevar a cabo un buen proceso de atención integral, el cual es en ocasiones imposible por la carga laboral, sumado a esto el desconocimiento de la lengua oficial de señas L.S.C., o conocimientos específicos del lenguaje de señas, manifestado por los participantes, no cuentan con capacitaciones ni como estudiantes, ni como trabajadores, que faciliten la comunicación terapéutica, con las personas con limitación auditiva. Los elementos del entorno van de la mano con los actitudinales, a pesar de la creatividad, los participante manifestaron sentirse impotentes ante la situación, no contaban con un espacio acorde que brindara tranquilidad, ni tampoco con elementos físicos, como lapiceros, colores, bolígrafos, papel, dibujos, hasta no llegar a comprender y requerir la ayuda de un intérprete, que en estos casos son sus familiares, etc., que necesariamente tuvieron que improvisar para poder cumplir con el objetivo de entender y transmitir, mas no llegar al proceso único de interacción enfermera-paciente.

Los trabajadores de Enfermería desconocen la posibilidad de atender a una persona con limitación auditiva, por esta razón, se observó en los participantes distintos sentimientos como preocupación, frustración, impotencia, temor, evasión y culpabilidad dados a la responsabilidad y el tiempo que implica la atención a esta población. Se observó que para los participantes se convirtió en un reto, no solo de comprender que se encontraran pacientes con esta limitación, sino también de comprender que cada limitante o barrera que se encuentra para lograr una comunicación, se vuelve más grande o pequeña de acuerdo al profesional de Enfermería que lo enfrente. Todos estos sentimientos estuvieron relacionados con la falta de conocimientos, herramientas y desconocimiento de la importancia que debemos dar a esta población. Los Profesionales de enfermería deben desarrollar habilidades que generen bienestar sin duda a toda la población, pero en especial favorecer a las personas que muestran limitaciones. Como lo evidenciaron los estudios mencionados, la población con

limitación auditiva al igual se ve como un grupo mal comprendido y favorecido, en nuestro país, es un grupo que al que no se le ha prestado el interés necesario y de manera particular en el sector salud.

Los trabajadores de Enfermería participantes del estudio, coincidieron en la importancia de recibir capacitación que facilite la comunicación con las personas con limitación auditiva. Buscar herramientas físicas que aporten al proceso de interacción, y poder contar siempre con las personas que más comprenden a sus propios familiares, dado que en el proceso de comunicación se convierten en herramientas fundamentales, es necesario contar con ellos, para generar tranquilidad, tanto al paciente como a los trabajadores de enfermería.

A forma de reflexión se tiene en cuenta que: existe dificultad de los trabajadores de enfermería para comunicarse con las personas con limitación auditiva,(Freitag, et al., 2006) que es necesario capacitar para promover una atención humanizada en un contexto de sociedad más inclusiva para personas con necesidades especiales,(De Rocha, et al. 2010), que además existe la necesidad de un intérprete de lengua de señas oficial, de acompañantes o familiares y de profesionales de salud que los comprendan y que sean sensibles con su tratamiento integral y humanización ,(Manchado, Shiratori, 2004) y que “las enfermeras que se desempeñan en la rehabilitación y el cuidado de las personas con limitaciones deben adquirir conocimientos, experiencia y experticia, para enseñar sobre los estilos de vida saludables, los derechos y deberes, las necesidades de las personas que las tienen y las diferentes maneras de apoyarlas en su crecimiento y desarrollo personal, laboral y social” (Hernandez, 2004)

Finalizando, se propone de acuerdo a las vivencias de los participantes y de mí parte como investigadora la necesidad de tener en cuenta y cumplir la ley 361 de 1997, en su artículo 8,(L., 1997) donde notifica que las entidades públicas y privadas que tengan por objeto la capacitación de profesionales de la educación, salud, trabajadores sociales, psicólogos, arquitectos, ingenieros, u otra profesión que relacione el tema, debe incluir en sus currículos temáticas pertinentes a la atención y prevención de la enfermedad, limitación o minusvalía. Para la investigación se desarrolló una búsqueda de las instituciones que brindan dentro de su currículo alternativas tales como la Universidad Manuela Beltrán y La Universidad del Rosario, brindando capacitación en lengua de Señas Colombiana a través de asignaturas electivas, lo cual facilita a todos los estudiantes de distintas carreras, conocer y experimentar el lenguaje de señas y a comprender la limitación auditiva. Iniciativas como esta se consideran factibles de implementar en la Universidad Javeriana y especialmente útiles para los Profesionales de Enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

Alves, A., Rodrigues, K., Gomes, M. (2006). Percepción de la persona con Sordez severa o profunda Acerca del Proceso de Comunicación durante su atención de Salud,

Calvalho, A. & Cols. 2008. Comunicación terapéutica en Enfermería: herramienta esencial de la atención. Recuperado del internet en:
<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a06v61n3.pdf> (01-03-11)

Censalud (2009). Definición Auxiliar de enfermería. Recuperado del internet en:
<http://cesalud.galeon.com/DOCUMENTOS/AUXIENFERMERIA.pdf>

Constitución Política de Colombia (1991). Recuperado de:
<http://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Colombia/colombia91.pdf>.

Convención sobre los derechos de las personas con Discapacidad. (2009) Protocolo facultativo. Recuperado del internet en:
<http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>. (11-03-11)

Decreto 470 de 2007. Política Pública de Discapacidad para el Distrito Capital. Recuperado del internet en:
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=27092>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. (2005). Censo general Discapacidad–Colombia actualización. pág. 1. Recuperado del sitio de internet de Gobierno nacional: <http://www.dane.gov.co/censo/files/boletines/discapacidad.pdf>
Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. (2005) Cuadros censo. Población total censada, por áreas y sexo, según edades simples, total nacional. Cuadro número 4.6. Recuperado del sitio de internet de Gobierno Nacional: <http://www.dane.gov.co/censo/files/cuadros%20censo%202005.xls>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. (2005). Censo General Población Censada Resultados sobre limitaciones permanentes. pag.1. Recuperado del sitio de internet de Gobierno nacional:
<http://www.dane.gov.co/censo/files/boletines/discapacidad.pdf>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. (2005). Libro censo. Pág. 32. Recuperado del sitio de internet de Gobierno nacional:
<http://www.dane.gov.co/censo/files/libroCenso2005nacional.pdf>.

Departamento Administrativo Nacional De Estadística DANE. (2005). Censo General. Boletín. Datos desagregados por sexo. pág. 8-10. Recuperado del sitio de internet de Gobierno nacional: http://www.dane.gov.co/files/censo2005/gene_15_03_07.pdf.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. (2005). Censo General. Población Censada. Índice de intensidad de población con limitaciones. Limitaciones permanentes para oír. Pág. 6. Recuperado del sitio de internet de Gobierno nacional: http://www.dane.gov.co/censo/files/discapacidad/preva_indices.pdf

DE Rocha, F., & Fernandez, M.(2010). Dificuldades de comunicação e estratégias utilizadas pelos enfermeiros e sua equipe na assistência ao deficiente auditivo. Recuperado de: http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1339-Einsteinv8n1_p80-85_port.pdf.

Fenascol, historia, Recuperado del internet en: http://www.fenascol.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=10:historia&catid=3:identidad&Itemid=2

Freitag, L., Gregorio, N., De Alameda, C.(2006). Aspectos da comunicação da enfermeira com o deficiente auditivo. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/10.pdf>.

Fundación Saldarriaga Concha, & Fundación Santa fe de Bogotá. (2008). La discapacidad en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia: Lineamientos, epidemiología e impacto económico, ISBN: 978-958-98911-1-7. Recuperado del internet en: <http://mesadesplazamientoydiscapacidad.files.wordpress.com/2010/05/doc-fundac-2009.pdf>

García, A.(2005). Nivel de conocimiento del profesional de enfermería relacionado a la comunicación con el paciente sordo. Colegio Universitario de San Juan Departamento de ciencias relacionadas con la salud programa de bachillerato en enfermería. Recuperado de: http://aniorte.eresmas.com/archivos/trabaj_investigac_comunicac_paciente_sorder.pdf

García, M. & Cols. (2004). Reflexiones en torno a la Relación Terapéutica. Recuperado del internet en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962004000300010&script=sci_arttext

Gomez, V., Correa Soares, M., Manfrin, R., De Sosa, JR. (2009). VIVÊNCIA DO ENFERMEIRO AO CUIDAR SURDOS E/OU PORTADORES DE DEFICIÊNCIA AUDITIVA. Recuperado de: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/75171/72921>.

Hernandez, A. (2004). Las personas con discapacidad: su calidad de vida y la de su entorno. Revista Aquichan V 04 Recuperado del internet en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/741/74140408.pdf> (10-02-11)

Ley 60 de 1993. Recuperado del internet en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=274>

Ley 115 de 1994. Por la cual se expide la ley general de educación. Recuperado del internet en: <http://www.mij.gov.co/econtent/library/documents/DocNewsNo1779documentNo2140.pdf>

Ley 266 de 1996. Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Recuperado del internet en: http://www.elabedul.net/Documentos/Leyes/1996/Ley_266.pdf

Ley 324 de 1996. “Por la cual se crean algunas normas a favor de la población sorda”. Recuperado del internet en: <http://www.col.ops-oms.org/juventudes/Situacion/LEGISLACION/SALUDYDEPORTE/SL32496.htm>

Ley 361 de 1997. Por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones. Recuperado del internet en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1997/ley_0361_1997.html

Ley 911 de 2004. Por la cual se distan disposiciones en materia en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia. Recuperado del internet en: http://www.mineduccion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf

Ley estatutaria N° 1618 de Febrero 27 de 2013. “Por medio del cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad”. Recuperado del internet en: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201618%20DEL%2027%20DE%20FEBRERO%20DE%202013.pdf>

Machado, E., & Shiratori, K.(2004). As Necessidades de Saúde no Mundo do Silêncio: Um Diálogo com os Surdos. Rev. Elec de Enfermagem, v. 06, n. 01, p.68-76. Recuperado de: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/798/905>

Méndez, M., Ortiz, E., Venegas, A. (2011). Estrategias de comunicación para el personal de enfermería que atiende personas sordas. *[Enlínea]. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*, 21, 1-20. Recuperado de: <http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/3659/3563>.

MANUAL OPERATIVO (2002). Plan nacional de atención a las personas con discapacidad. Consejería Presidencial para la política social. Recuperado del internet en: <http://discapacidad.8m.net/MANUAL.htm>

NATIONAL INSTITUTE OF DEAFNESS AND OTHER COMMUNICATION DISORDERS. (2004). Congressional justification. Recuperado del internet en: www.nidcd.nih.gov/about/plans/congressional/FinalStatement.pdf

Naranjo, I., & Ricaurte, G. (2006). Comunicación con los pacientes. Recuperado del internet en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewFile/2924/2557>

Olusanya, B., Wirzb, S., Luxonb, I.(2008). Community-based infant hearing screening for early detection of permanent hearing loss in Lagos, Nigeria: a cross-sectional study. Recuperado del internet en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/12/07-050005.pdf>

Peñuela, D. (2011). Barreras percibidas en la Comunicación Terapéutica con los Profesionales de Enfermería por un grupo de Adultos Jóvenes residentes en Bogotá. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería, Bogotá, Colombia.

Política Pública Nacional de Discapacidad. (2004). Recuperado del internet en: <https://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=RP3j04bd9AM%3D&tabid=342>

Portal virtual. Pontificia Universidad Javeriana. Definición profesional de Enfermería, Recuperado del internet en: http://puj-portal.javeriana.edu.co/portal/page/portal/Facultad%20de%20Enfermeria/plt_facultad/Pr esentaci%F3n

Quaranta, A. (2001). Noise Induced Hearing Loss: Basic Mechanisms, Prevention and Control, NRN Publications. (01-03-11)

Quinn, G., Degener, T. (2002). Derechos humanos y discapacidad. Naciones Unidas Nueva York y Ginebra. Recuperado del internet en: <http://www.educared.edu.pe/especial/doc/ley/disc-der-hum.htm>

RAE. (2001). Definición de Barrera. Recuperado del internet en: http://buscon.rae.es/drae/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=cultura

RAE. (2001). Definición de Comunicación. Recuperado del internet en: http://buscon.rae.es/drae/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=cominucacion.

RAE. (2001). Definición de Percepción. Recuperado del internet en: http://buscon.rae.es/drae/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=cultura

RESOLUCION 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Recuperado del internet en: http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica_res_8430_1993.pdf

Urrea, Y., Torres, Y. (2012). Barreras percibidas en la comunicación terapéutica con los profesionales de enfermería por un grupo de jóvenes con limitación auditiva residentes

en Bogotá. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería, Bogotá, Colombia.

Vargas, L. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, 1994 4 (8): Págs. 47-53. Recuperado del internet en: <http://www.uam-antropologia.info/alteridades/alt8-4-vargas.pdf>

Valverde, C. (2007). *Comunicación Terapéutica en Enfermería*. Difusión Avances de Enfermería, Madrid. Recuperado del internet en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113212962009000400018&script=sci_arttext&lng=en

Vanegas, B., Castro, L., Páez, M., Ramírez, N., Salcedo, L. (Comunicación del profesional de enfermería con pacientes que tienen dificultad en la expresión verbal por sordera. Recuperado del internet en: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen3/comunicacion_profesional_enfermeria_pacientes_dificultades_expresion_verbal_sordera.pdf.

World Bank. Poblacion total. Recuperado del internet en: <http://data.worldbank.org/indicador/SP.POP.TOTL>

ANEXOS
NEXO A. Cronograma de capacitación en lengua de señas Colombiana.
FENASCOL

CRONOGRAMA DE CAPACITACIÓN EN LENGUA DE SEÑAS COLOMBIANA
"FENASCOL 2012 - 2013"
"La Unión es Nuestra Fortaleza"

Nuestro país avanza hacia el **TRILINGÜISMO**, siendo la tercera lengua la **LSC**. En el proceso de **Inclusión Social** cada vez son más los oyentes que muestran interés por aprender la **LSC**.

Esta es la oportunidad para que **usted** haga parte de ese proceso

¡¡Aprenda lengua de señas Colombiana!!



FECHAS SUSCEPTIBLES A CAMBIOS – CURSOS AÑO 2013

<u>CURSO</u>	<u>FECHA DE INICIO</u>	<u>HORARIO DEL CURSO</u>	<u>FECHA LÍMITE PARA APLICAR A DCTO.</u>	<u>VALOR SIN DESCUENTO</u>
Curso I Nivel Básico	OCTUBRE 21 A NOVIEMBRE 19	6:00 p.m. a 8:00 p.m. LUNES A VIERNES	10% HASTA EL 11 DE OCTUBRE \$221.400	\$ 246.000
Curso II Nivel Básico	OCTUBRE 19 A DICIEMBRE 21	8:00 a.m. a 12:00 m. SABADOS	10% HASTA EL 7 DE OCTUBRE \$221.400	\$ 246.000
Curso II Nivel Básico	OCTUBRE 21 A NOVIEMBRE 19	6:00 p.m. a 8:00 p.m. LUNES A VIERNES	10% HASTA EL 11 DE OCTUBRE \$221.400	\$ 246.000
Curso III Nivel Básico	OCTUBRE 21 A NOVIEMBRE 19	6:00 p.m. a 8:00 p.m. LUNES A VIERNES	10% HASTA EL 11 DE OCTUBRE \$221.400	\$ 246.000
Curso IV Nivel Básico	OCTUBRE 15 A NOVIEMBRE 13	6:00 p.m. a 8:00 p.m. LUNES A VIERNES	10% HASTA EL 23 DE SEPTIEMBRE \$221.400	\$ 246.000
Curso IV Nivel Básico	OCTUBRE 26 A DICIEMBRE 14	8:00 a.m. a 12:00 m. SABADOS	10% HASTA EL 7 DE OCTUBRE \$221.400	\$ 246.000
Curso I Nivel Intermedio	NOVIEMBRE 9,10,11,16 y 17	8:00 a.m. a 5:00 p.m. SABADOS Y DOMINGOS	10% HASTA EL 20 DE AGOSTO \$279.900	\$ 311.000
Curso II Nivel Intermedio	NOVIEMBRE 30, DICIEMBRE 1,7,8,14	8:00 a.m. a 5:00 p.m. SABADOS Y DOMINGOS	10% HASTA EL 20 DE NOVIEMBRE \$279.900	\$ 311.000
Prueba de Competencia Lingüística	OCTUBRE 26	8:00 a.m. a 12 m. SABADOS	NO APLICA	\$ 151.000

INFORMACIÓN ADICIONAL

<u>CURSOS BÁSICO</u>	<u>CURSOS INTERMEDIOS</u>	<u>PRUEBA DE COMPETENCIA LINGÜÍSTICA</u>	<u>FUNDAMENTOS DE INTERPRETACIÓN</u>
Valor Regular Inversión curso: \$246.000 c/u Incluye: Libro, DVD, cuaderno, cuadernillo, postales. Grupos de 15 personas Intensidad: 40 horas. Valor Inversión curso: \$246.000 c/u Incluye: Libro, DVD, cuaderno, cuadernillo, postales. Grupos de 15 personas Intensidad: 40 horas.	Valor Inversión curso: \$311.000 c/u Incluye: libro, cuadernillo, cuaderno, postales y refrigerio. Grupos de 15 personas Intensidad: 40 horas.	Inversión evaluación: \$151.000 c/u Intensidad: 1 hora por persona. Estas evaluaciones se realizan a personas que ya han desarrollado habilidades comunicativas gracias al contacto frecuente con la comunidad sorda y desean confirmar en qué nivel de competencia se encuentran.	Valor Inversión curso: \$373.400 Contribuir a la creación y fortalecimiento de las competencias culturales, comunicativas, translatórias y deontológicas de los intérpretes de LSC, a través del anclaje de bases teórico-conceptuales que permitan mejorar la calidad de servicio frente a la comunidad sorda. Prerrequisito: Haber cursado y aprobado los Cursos Intermedios Niveles I – II.

ANEXO B. Guía de Entrevista.



PAG _____ DE _____

GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA IDENTIFICAR BARRERAS PERCIBIDAS EN LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA CON PERSONAS CON LIMITACIÓN AUDITIVA POR UN GRUPO DE TRABAJADORES DE ENFERMERÍA RESIDENTES EN BOGOTÁ

1. INFORMACIÓN CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

- A. Edad: _____
- B. Sexo: _____
- C. Estrato Socioeconómico: _____
- D. Localidad de residencia _____
- E. Enfermero _____
- F. Auxiliar de Enfermería _____

2. INFORMACIÓN SOBRE BARRERAS PERCIBIDAS EN LA COMUNICACIÓN

- 2.1. Puede contarnos su (s) experiencias en las relaciones que ha tenido a lo largo de su vida con personas con limitación auditiva
- 2.2. ¿cómo se comunicó con las personas con limitación auditiva en esos encuentros, es decir medios que utilizó: lengua de señas, solo señas, dibujos, escritura o interprete o varios de ellos especifique cuáles?
- 2.3. ¿Qué hechos concretos identifica como obstáculos en la comunicación con las personas con limitación auditiva? (Se refiere tanto a acciones de las personas con limitación, como a los elementos del entorno o a temores por el desconocimiento de cómo hacerlo)
- 2.4. ¿Cómo se sintió en ese o esos encuentros de comunicación con las personas con limitación auditiva?

3. INFORMACION SOBRE POSIBLES SOLUCIONES PARA DISMINUCION DE BARRERAS EN LA COMUNICACION

- 3.1. ¿Qué propuestas haría para mejorar la comunicación de los trabajadores de enfermería con las personas con limitación auditiva?

- 3.2. ¿Qué propuestas haría para mejorar la comunicación de las personas con limitación auditiva con los trabajadores de enfermería?
- 3.3. ¿Qué condiciones debería tener el entorno en el que se generan los procesos de comunicación entre los trabajadores de enfermería y las personas con limitación auditiva?
- 3.4. ¿Qué puede aportar usted para mejorar la comunicación con las personas con limitación auditiva?

ANEXO C. Consentimiento Informado.



Pontificia Universidad Javeriana Facultad de Enfermería - Departamento de Salud de los Colectivos Consentimiento Informado

Estimada persona:

Soy una estudiante que pertenezco a VIII semestre de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana, he venido observando que hay barreras existentes en la comunicación terapéutica entre la persona con limitación auditiva y los trabajadores de Enfermería, que se crean a partir de que los trabajadores de la enfermería no están calificados para manejar un lenguaje de tipo no verbal, donde se crea un proceso de comunicación activo que vincule la relación trabajadores de enfermería - paciente, produciendo un bloqueo en el quehacer de la enfermería y necesitando de terceros para lograr formar un proceso de comunicación, perdiéndose la privacidad. Busco conocer a partir de su experiencia como trabajadores de la salud, conocer las barreras que percibe usted en el proceso de comunicación con personas con limitación auditiva.

Le invito a participar en mi estudio. En este documento le presento información importante acerca del mismo y lo que su participación significa. Por favor pregúnteme si algo no está claro o si desea tener más información.

Título de la investigación: Barreras percibidas en la comunicación terapéutica con personas con limitación auditiva por un grupo de trabajadores de enfermería residentes en Bogotá

Persona a cargo del estudio: Elizabeth Cortes Parra.

Dónde se va a desarrollar el estudio: Bogotá.

Información General del Estudio de Investigación. El objetivo de esta investigación es Identificar las barreras en la comunicación terapéutica entre un grupo de trabajadores de enfermería residentes en Bogotá y las personas con limitación auditiva

Plan del Estudio: Los participantes serán un grupo de trabajadores de enfermería que se encuentran viviendo en Bogotá y que reconocen el proceso de comunicación terapéutica con las personas con limitación auditiva, en donde estarán de acuerdo para participar en este estudio, posteriormente se realizaran entrevistas semi-estructuradas cuya duración debe ser de media hora. La entrevista pretende indagar sobre las experiencias en cuanto a las barreras existentes a la hora de crear un proceso

comunicativo con personas con limitación auditiva. Las entrevistas se realizarán de manera individual.

Beneficios Los trabajadores de Enfermería, podrán compartir con el investigador sus experiencias frente a los sentimientos y emociones que les representa el poder comunicarse con personas con limitación auditiva.

Los participantes podrán expresarse de manera tranquila sin ningún juicio de valor dado por la investigadora, además se les dará a conocer las opiniones e importancia del estudio, con el fin de crear un fundamento para una posible intervención.

Riesgos No se anticipan riesgos o incomodidades directas con esta investigación. La investigación demandará de media hora de su tiempo (en una o máximo dos ocasiones).

En esta investigación no se realizará ninguna intervención que afecte variables fisiológicas, biológicas o sociales, puesto que, cada participante será libre de expresar sus sentimientos y emociones. En caso de que el participante se llegara a sentir intimidado o afectado emocionalmente, podrá retirarse de la investigación.

Confidencialidad y Privacidad de los Archivos y Anonimato. Se mantendrá confidencialidad en todo momento. Su información personal nombres, ubicación y la información suministrada sólo aparecerá al final de este cuestionario al lado de su firma. Sin embargo, este cuestionario no contendrá su nombre a menos que usted decida que lo contenga. Este cuestionario permanecerá con el investigador principal en un lugar seguro y no se compartirá con nadie. Los participantes saben que los resultados de la investigación podrán ser publicados, en el informe de la investigación u otros procesos de divulgación de sus resultados, pero en ningún caso se revelarán datos personales.

Participación Voluntaria Usted puede negarse a participar en este estudio sin ninguna consecuencia. Su participación es totalmente voluntaria. También puede cambiar de parecer y negarse a participar en cualquier momento. El investigador también puede decidir excluirlo(a) de su participación en el estudio en cualquier momento sin repercusiones. Si decide retirarse en cualquier momento antes de terminar la investigación, no tendrá ningún castigo, ni tampoco perderá los beneficios que haya obtenido.

Preguntas y Contactos Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede comunicarse con:

Investigadora: Elizabeth Cortes Parra, Celular 3124409320

Asesora de Investigación: María Teresa Buitrago. Contacto: mbuitragoe@javeriana.edu.co

Consentimiento:

De manera libre doy mi consentimiento para participar en este estudio. Entiendo que esta es una investigación. He recibido copia de esta forma de consentimiento informado.

Declaración del Investigador:

De manera cuidadosa he explicado al participante la naturaleza del protocolo arriba enunciado. Certifico que, basado en lo mejor de mi conocimiento, los participantes que leen este consentimiento informado entienden la naturaleza, los requisitos, los riesgos y los beneficios involucrados por participar en este estudio.

¡Agradecería su participación en el estudio!

Gracias por leer esta hoja de información.

Firma del (la) Participante

FECHA: _____

ANEXO D. Matriz analítica de caracterización y ordenamiento de la información

CATEGORÍAS ESTABLECIDAS	SE REFIERE A:	SUBCATEGORÍAS	PERCEPCIONES
<p>1.Experiencias en procesos de comunicación entre trabajadores Enfermería y personas con limitación auditiva</p>	<p>Las situaciones en que se da el encuentro de los trabajadores de Enfermería con las personas con limitación auditiva y las percepciones de los trabajadores sobre el encuentro y sobre las personas en el mismo.</p>	<p>1.1 Situaciones de Encuentro</p>	<p>E.1.Buena, tuve la oportunidad de conocer una paciente joven, que aparte de tener limitación auditiva, tenía una afección cardíaca se encontraba en la unidad de cuidados intensivos, con intubación orotraqueal, presentaba episodios de agitación y ansiedad.</p> <p>E.2.A lo largo de mi vida laboral, solo he tenido dos pacientes con limitación auditiva, Cristian un paciente pediátrico de 14 años y un paciente adulto que no recuerdo el nombre.E.3.Buena pues mi experiencia con esta población no ha sido muy grande pero en particular puedo pensar ahorita en dos personas, uno de ellos, es un vacacionista que tuve en un campamento de verano que trabajé en Estados Unidos, es una persona que tenía este tipo de limitación.</p> <p>E.3. En algún modo tuve esta misma experiencia con la otra persona que te cuento que ya era un paciente del hospital donde trabajo.</p> <p>E.4. Pues básicamente las experiencias que he tenido con personas con limitación auditiva, todas han sido de carácter clínico, es decir atención a pacientes que han estado a mi cargo en los diferentes servicios en los que me he desempeñado, he tenido dos niños y más o menos tres adultos a los cuales he atendido a lo largo de mi experiencia laboral.</p> <p>E.5. Buena pues en general las personas que uno encuentra que tienen limitaciones auditivas, son personas que son de la tercera edad ya pues por digamos como el proceso normal del envejecimiento, pero también encontré un caso que me... digamos como que me marco un poco, porque era un señor de una insuficiencia renal que había tenido múltiples complicaciones debido a una diabetes que tenía y era relativamente joven, tenía alrededor de 45 años, y él tenía pues una limitación auditiva importante, entonces con él sí digamos que fue una experiencia diferente.</p> <p>E.6. Buena fue sola una paciente con la que he tenido contacto, una paciente que tuve en la UCI cardiovascular, ella, pues estaba en post operatorio de cirugía cardiovascular ya extubada.</p>

		<p>1.2 Percepciones de los participantes sobre las dificultades de comunicación</p>	<p>E.1. tenía una afección cardiaca se encontraba en la unidad de cuidados intensivos, con intubación orotraqueal, presentaba episodios de agitación y ansiedad; para evitar una autoagresión o retiro de dispositivos invasivos, previa orden médica, se realizó restricción de la movilidad de miembros superiores. Era visitada por su papá, pero en este sitio las visitas son muy restringidas.E.2.La relación que he tenido con estos dos pacientes en su respectivo momento ha sido positivaE.3. en realidad cuando yo interactuaba con él nunca sentí ningún tipo de limitación porque a pesar que el modo convencional de todos nosotros pues para comunicarnos es el modo verbal, siempre con el encontrábamos pues diferentes modos pues para poder comunicarnos, incluso aun teniendo que yo no manejo el lenguaje de señas pero pues aun así con Patrick me acuerdo siempre, nos entendíamos muy bien, yo me daba cuenta que el percibía lo que yo le quería manifestar y del mismo modo yo entendía lo que él me quería comentar y pues siempre con el incluso tuvimos una relación muy cercana y me gustaba mucho estar alrededor de él.</p> <p>E.5. con el sí digamos que fue una experiencia diferente porque pues digamos como que los abuelitos están acostumbrados ya a que esto es lo que les pasa, en cambio el que tenía 45años no, y si era a veces muy frustrante entablar una conversación con él porque sencillamente no nos escuchaba.</p> <p>E.6. Bueno ella tenía una limitación además de la auditiva y era de visión, ella no podía ver y tampoco podía escuchar, entonces realmente la comunicación con ella fue casi imposible.</p>
		<p>1.3 Percepciones de los participantes respecto de las personas con limitación auditiva en el proceso comunicativo</p>	<p>E.3.Yo siempre pienso que las limitaciones de estas personas las tiene uno en la cabeza que obviamente existen en ellos, son reales pero que uno puede hacerlas más grandes o más pequeñas en la medida de la actitud en que uno se acerca a ellos.</p> <p>E3.A pesar de que no conocían el lenguaje de señas del mismo modo como que desarrollan otra serie de habilidades y capacidades como de percepción a lo que uno les expresa</p> <p>E.4. las personas que tienen limitación auditiva, pues al saber que ellos tienen esta limitación podrían ellos también en su interactuar diario y en su experiencia, porque ellos tienen mucha más experiencia en comunicación que nosotros.</p>

<p>2. Medios de comunicación usados en los encuentros entre los trabajadores de Enfermería y personas con limitación auditiva</p>	<p>Formas en las que se logra la comunicación en el encuentro, tanto por parte de los trabajadores de de Enfermería como de las personas con limitación auditiva.</p>	<p>2.1 Medios usados por los participantes</p>	<p>E.1. sin tener experiencia en estas cosas, fue muy difícil la comunicación, decidí en ese momento quitarme el tapabocas y vocalizar bien para que ella me pudiera leer los labios, pero aun así fue muy difícil y luego toco apoyarnos en el familiar que en este caso era el papá. E.2. Cuando no entendía, yo le escribía en el computador, de esta manera lográbamos comunicarnos. La comunicación fue por medio de dibujos, escritura, y cuando los familiares estaban en la visita, usualmente ellos se convertían en los intérpretes. E.3. Básicamente expresión no verbal, escrita, señalando, objetos, señalando elementos, colores, yo dando opciones o haciendo preguntas que fueren contestadas con sí o no Pues básicamente lo que uno utilizaba, son modos de expresión escrita o de expresión no verbal que era la mayor que utilizaba sobre todo con este vacacionista en EEUU. Básicamente expresión no verbal, escrita, señalando, objetos, señalando elementos, colores, yo dando opciones o haciendo preguntas que fueren contestadas con sí o no, que el precisamente la persona me pudiera mover la cabeza en determinada dirección y pues muy concisa sin buscar formación compleja que obviamente pues fuera difícil para la otra persona explicármela. E.4. Bueno con los niños fue un poco más fácil porque ellos contaban con la presencia de su acudiente o su padre y ellos eran muy hábiles en la interpretación y en la comunicación con ellos, es decir que en ellos si utilice interprete y fue como más fácil el manejo con ellos. En cuanto adultos yo me desempeño en el área clínica en los turnos de la noche, es decir que pues con ellos si fue un poco más complicado porque no contaba con los interpretes o con los acudientes que se pudieran comunicar con ellos, básicamente el lenguaje que utilizaba era de señas y algo de escritura, pero pues tuve la mala fortuna que uno de esos pacientes era analfabeta entonces, fue muy difícil, pero muy difícil la comunicación por no decir que imposible, en cuanto a ese paciente. E.5. Con los viejitos lo que he aprendido que uno debe hacer es articular muy bien cuando uno habla, para que ellos puedan leer los labios y así uno no tiene ni que levantar la voz, porque igual a lo que tu levantas la voz ellos no te van a escuchas y eso es un error que uno comete muy frecuentemente, entonces si lo mejor es articular bien los labios para que ellos puedan entender lo que uno les dice y me funciona. Sin embargo con el muchacho que te cuento anteriormente, si nos tocaba escribirle y utilice en muchas ocasiones a la mamá, a ella la dejamos de acompañante permanente para que ella fuera como la interprete pues de todas las cosas. E.6. Bueno ella tenía una limitación además de la auditiva y era de visión, ella no podía ver y tampoco podía escuchar, entonces realmente la comunicación con ella fue casi imposible, solo podía tratar de comunicarle a ella con un volumen de voz muy alto, muy cerca de su oído, no era una sordera completa era una hipoacusia severa, pero digamos que la única manera de comunicarle lo que iba pasando lo que queríamos hacer para ayudarle.</p>
---	---	--	--

<p>3. Obstáculos en la comunicación</p>	<p>Barreras que se presentan en los encuentros que no permiten una comunicación efectiva, entre estas: por desconocimiento, falta de disponibilidad y manejo de herramientas para la comunicación, aquellas generadas por un nivel actitudinal y otros generales del contexto.</p>	<p>3.1 Obstáculos generados por desconocimiento, falta de disponibilidad y manejo de herramientas para la comunicación</p>	<p>E.1. Que nos debemos preocupar más por tener herramientas para lograr una adecuada comunicación y al presentarse esta situación pues sabremos cómo actuar.E.2. Con los elementos del entorno los pacientes con limitación auditiva están en desventaja, están en franca desventaja, los hospitales al igual que la ciudad no están pensados para personas con discapacidad.</p> <p>El cuanto al desconocimiento que se tiene acerca de cómo comunicarse con ellos es total, con esto me refiero a que por lo menos yo utilizo el sentido común para hacerlo, pero en ningún momento recibimos algún tipo de capacitación, ni como estudiante, ni en el trabajo y menos tenemos un protocolo que nos oriente a brindarles una atención especializada respecto a su limitación.</p> <p>E.3. Pues el obstáculo principal en realidad pues ya como que tal en la misma pregunta es obvio es básicamente caben posibilidades de no poderles comunicar verbalmente, pero de todos modos, como de algún modo lo dije en la anterior respuesta, yo creo que otro obstáculo mayor puede ser como tal el entorno en el cual uno este encontrándose con esta otra persona.</p> <p>E.4. obstáculos varios, en primer lugar el conocimiento pienso que es el obstáculo número uno, porque pues a lo largo de la academia pues a uno lo preparan en lenguajes, en comunicaciones, comunicación asertiva, comunicación con el paciente, pero comunicaciones específicas en casos excepcionales como estos son pocas o yo a lo largo de mi ejercicio profesional en las experiencias que he tenido, congresos que he asistido y varios cursos que he asistido, no he tenido la fortuna de contar con herramientas específicas para comunicarme con pacientes con limitación auditiva, eso en primer lugar.</p> <p>E.5. el hecho de quizá uno no ser asertivo en el momento en el que necesita en realidad explicarle algo para que lo entienda ya, porque muchas veces como no sabes, como uno no tiene como esa habilidad para hacerse entender y necesitas que lo comprenda ya, pues, se convierte en una frustración, tanto para uno que quiere hacerle comunicar algo a él, como para ellos que no nos entienden, entonces eso es como el hecho pues concreto. Si exactamente ese es el obstáculo.</p>
		<p>3.2 Actitudinales por los trabajadores de Enfermería.</p>	<p>E.3. Digamos que siempre el mayor temor es que no le entiendan a uno y como que rendirse y buscar algún modo de que otra persona no lo haga por uno, pero yo creo que partiendo de la premisa de uno poder comunicarse con otra persona.</p> <p>E.4. En segundo lugar el contexto clínico pues básicamente se basa simplemente en la atención de la enfermedad y en la atención del paciente en su ámbito clínico, pero sobre todo en las instituciones hospitalarias se deja de cierta manera de lado el ámbito humanístico por decirlo de alguna manera, con eso resumo, que pues no se cuenta con herramientas específicas para la comunicación, no solo con pacientes con limitación auditiva, sino también en general, es decir si no tenemos herramientas para comunicarnos con los paciente en general, pues mucho menos vamos a tener con estos pacientes.</p> <p>E.5. el hecho de quizá uno no ser asertivo en el momento en el que necesita en realidad explicarle algo para que lo entienda ya, porque muchas veces como no sabes, como uno no tiene como esa habilidad para hacerse entender y necesitas que lo comprenda ya.</p>

		<p>3.3 Actitudinales de las personas con limitación auditiva</p>	<p>E.6. Bueno, desde la paciente, ella, además tenía cierto retraso mental, entonces ella tenía mucho miedo y estaba muy a la defensiva, entonces cualquier estímulo que lograba percibir de la parte táctil, pues reaccionaba con miedo, entonces ese era un obstáculo, poder digamos monitorizarla, tomarle muestras, administrarle medicamentos o pues cosa que ella necesitara esa era la primera barrera.</p>
		<p>3.4 Generales</p>	<p>E.2. En ningún momento recibimos algún tipo de capacitación, ni como estudiante ni en el trabajo y menos tenemos un protocolo que nos oriente a brindarles una atención especializada respecto a su limitación.</p> <p>E.3. Pues el obstáculo principal en realidad pues ya como que tal en la misma pregunta es obvio es básicamente caben posibilidades de no poderles comunicar verbalmente, pero de todos modos, como de algún modo lo dije en la anterior respuesta, yo creo que otro obstáculo mayor puede ser como tal el entorno en el cual uno este encontrándose con esta otra persona.</p> <p>E.4. En segundo lugar el contexto clínico pues básicamente se basa simplemente en la atención de la enfermedad y en la atención del paciente en su ámbito clínico, pero sobre todo en las instituciones hospitalarias se deja de cierta manera de lado el ámbito humanístico por decirlo de alguna manera, con eso resumo, que pues no se cuenta con herramientas específicas para la comunicación.</p> <p>E.6. los elementos del entorno pues no teníamos, tampoco contábamos por ejemplo con su familia que ella conocía y pues que ella si tenía como maneras de comunicarse con ella, no contamos con ellos en ese momento y digamos que si habían temores nuestros, más que temores era una sensación de impotencia, de no saber qué hacer, de impotencia y desconocimiento de no saber cómo ayudarle a ella en su parte digamos emocional, porque pues en la parte fisiológica pues sabíamos que teníamos que seguir, finalmente se pudo salvar su vida, pero digamos que para mantenerla tranquila y brindarle un cuidado pues integral fue muy difícil.</p>

CATEGORÍAS ESTABLECIDAS	SE REFIERE A:	SUBCATEGORÍAS	PERCEPCIONES
4. Sentimientos percibidos durante los encuentros	Sentimientos generados por una situación, percibidos por los trabajadores de enfermería y de ellos sobre las personas con limitación auditiva	4.1 Sentimientos percibidos por los participantes	<p>E.1. En primer lugar me sentí culpable por que juzgamos a esta persona sin saber cuál era su verdadero propósito, pensamos que lo que quería era retirarse el tubo, además me sentí ignorante al no tener suficientes conocimientos y herramientas para lograr una adecuada comunicación con esta persona; y de esta forma no garantizamos que podamos suplir las verdaderas necesidades de estas personas y aparte de todo impotencia.</p> <p>E.2. Satisfecha porque logre entenderles y que me entiendan, se puede decir que logramos una comunicación adecuada, pero a la vez algo preocupada porque no tengo los conocimientos suficientes para brindarles una mejor atención.</p> <p>E.3. Pues en realidad yo me sentía, pues al comienzo era como un reto, como que uno sentía que se sentía retado, valga la redundancia a ver, como podía expresar esa persona que tenía uno en frente sobre lo que quería comunicar y expresarle a esa persona y poder del mismo modo darle una respuesta a ella, sentí que puede sonar como no posible pero sentí que podíamos tener una comunicación fluida, no verbal pero fluida, en términos de que había un emisor y un receptor de mensajes no hablados pero que se entendían muy bien, pues al final de ello se sentía como satisfecho de poder haber logrado algo, tan grande como comunicarse, con estas personas, que hay muchos que pues puedan tener algún temor o alguna preocupación y puedan llegar hasta de evitarlos con tal de no enfrentar ese temor, pero pues yo siempre sentía que salía pues bien librado de esas situaciones y satisfecho de haberme podido comunicar con ellos.</p> <p>E.4. Bueno en primer lugar con los niños me sentí un poco más seguro, porque tenían interlocutor, es decir, que los padres podían comunicarse con ellos y yo podía saber que necesidades tenían, y como se las podía suplir, por ese lado me sentí un poquito más seguro. Pero en cuestión de adultos, cuando los dejaban en la noche, porque yo trabajo en la noche, y quedaban solos, ahí sí me sentía un poco frustrado y un poco incompetente, por decirlo de alguna manera, pues ellos manifestaban ciertas señas, ciertas señales que yo no tenía ni..., no sabía interpretar, y pues no podía suplir las necesidades que tenían para esos instantes, entonces sí era un poco tedioso, hee entablar una buena relación terapéutica con esos pacientes, porque no le podía suplir las necesidades que ellos emitían en ese momento.</p> <p>E.5. En realidad es como un reto ¡no!, porque pues de todas maneras el personal de enfermería, está a cargo del cuidado de las personas, y tú te conviertes como en el mediador como entre lo que los médicos quieren para él, lo que la familia también quiere para él, y al final pues uno intenta en realidad ser ese puente de comunicación.</p> <p>E.6. Impotente, fue muy frustrante, porque como enfermeros la idea no es salvar una vida solo haciendo intervenciones médicas, la idea es brindar un cuidado integral en el que la persona se sienta atendida, importante en el que uno logre digamos que establecer algún tipo de relación humana con el paciente, es la meta como enfermera, entonces eso no se logró, entonces a pesar de que se pudo salvar su vida, y al siguiente día pudimos digamos que entregarla a su familia, ya con esa situación solucionada, no pudimos encontrar una manera de contactar, su personalidad y sus miedos, eso no se pudo hacer, entonces fue de impotencia realmente.</p>

		4.2 Sentimientos de las personas con limitación auditiva percibidos por los participantes	<p>E.4. También veía pues la cara de frustración que tenían ellos al no poder resolver sus problemas.</p> <p>E.6. Desde la paciente, ella, además tenía cierto retraso mental, entonces ella tenía mucho miedo y estaba muy a la defensiva, entonces cualquier estímulo que lograba percibir de la parte táctil, pues reaccionaba con miedo, entonces ese era un obstáculo, poder digamos monitorizarla, tomarle muestras, administrar medicamentos o pues cosa que ella necesitara.</p>
5. Recomendaciones	Los aportes realizados por los trabajadores de enfermería nivel general y específico para tener un mejor proceso comunicativo, tanto para sí mismos como para las personas con limitación auditiva.	5.1 Aportes para los profesionales	<p>E.1. Bueno, pienso que deberíamos tener formatos que contengan dibujos y frases que expresen de manera precisa, las necesidades o inquietudes básicas de las personas con limitación auditiva; deberíamos recibir capacitaciones que nos brinden herramientas para una adecuada comunicación con personas con limitación auditiva. E.2. Considero que sería muy importante que nos capacitemos en el lenguaje de señas. Continuamente recibimos capacitaciones sobre el manejo de equipos, catéteres y demás dispositivos, nos centramos en lo técnico y no ubicamos lo humano en primer plano como debería ser, nos olvidamos de estos pacientes y sus limitaciones. E.3. Pues primero yo creo que de entrada se conoce que la persona, nuestro paciente tiene una limitación, no cierto eso es obvio. Pero lo que hay verdaderamente, es hacerle consciente al personal de enfermería, es que nosotros no podemos engrandecer esa limitación con una actitud de temor o de predisposición el que tal vez no me voy a poder hacer entender con esa persona, entonces yo creo que la verdadera limitación existe es por parte de nosotros y no como tal por parte del paciente. Porque al fin y al cabo el paciente con limitación auditiva, no escoge tenerla, no escoge como heee adquirirla, es tener la condición que tenga en el límite de este sentido. Pero nosotros si escogemos la actitud que tenemos hacia ellos, el hecho de que haya una persona que tenga todo el interés, toda la disposición para comunicarse con ellos, ya sea de un modo no verbal, por señas, por el mismo lenguaje de señas formal, señalizando cosas o algo así, la comunicación se va a dar y pues obviamente no será una comunicación verbal entre dos personas que puedan hablar o que puedan escuchar, pero pues la comunicación se va a dar, y pues otra vez del que se vayan conociendo, que se valla entablando esa relación paciente y cuidador pues se va mejorando. Pues de todos modos, también aprender el lenguaje de señas, desarrollar unas habilidades como temas creativos, en términos de uno expresarse con dibujos o señalizando cosas; o de uno mismo pues pensar cómo va hacer para que este paciente me entienda, porque pues al fin y al cabo la comunicación es muy esencial en este proceso del cuidado del paciente.</p> <p>E.4. Pienso que lo fundamental es capacitarlos, esa es como el paso primordial, y creo que es uno de los pasos más sencillos, capacitarlos no en todos los problemas auditivos que pueden existir, ni mucho menos, sino en cosas prácticas, cosas tan sencillas o elementales, como poderse comunicar o que estrategias de comunicación existen, tengo entendido que en algunas facultades de ciencias humanas, pues abundan en esos temas y eso nos podrían ayudar, relacionando esos conocimientos pues con la parte práctica, se podrían integrar para lograr dar resolución a esos inconvenientes, que se nos pueden llegar a presentar. E.5. yo creo que bueno en mi experiencia personal, yo creo que pues parte un poco de la motivación que tenga cada uno del personal de la salud para en realidad hacer que la experiencia de una persona al estar hospitalizada sea buena y en realidad sea productiva para su estado salud enfermedad. Yo creo que falta un poco de tener la disposición, el tiempo para sentarse en realidad y establecer una</p>

		<p>comunicación asertiva que sea bidireccional, pero lo que usualmente uno ve en el que hacer, es que digamos si yo tengo una persona que escribe y no me escucha, pues le dejo un lápiz y una hoja, para que el me escriba rápidamente que es lo que el necesita, si.., mientras que quizá yo hago otras labores, el me escribe, yo vuelvo leo y le soluciono el asunto, pero en realidad, tu no, uno no siente que la comunicación sea una comunicación asertiva. Entonces Yo creo que si parte un poco de la motivación que tenga cada uno para poder sentarse y establecer esa comunicación, porque pues finalmente depende de la comunicación en general el éxito de una relación, como lo es el establecer una relación pues de salud.</p> <p>E.6. Yo creo que nosotros necesitamos capacitación, en lenguaje para personas con este tipo de discapacidad, pues ella tenía una digamos que una situación más compleja que era la de la visión, pero en general nosotros deberíamos tener algún tipo de bases en el lenguaje de señas, algún tipo de bases mínimas en el lenguaje de señas, y también pues algo que en general enfermería todavía estamos como muy atrasados y es en contar con la familia, para cosas como estas, definitivamente necesitamos tener a la mano las personas que más conocen sus pacientes y quienes más nos pueden ayudar son la familia, entonces yo incluiría esas dos cosas, bases en los lenguajes de señas y digamos que una apertura más amplia a la presencia de la familiar para acompañar estos pacientes.</p> <p>E.6. Pues yo pienso que de entrada el enfermero necesita disponibilidad de tiempo, para encontrar la manera de comunicarse con el paciente, si yo tengo dos pacientes críticos, voy a tener más tiempo que si tengo seis, porque los demás también requieren atención y necesitan ayuda, y eso creo que fue una de las limitaciones en ese momento con esta paciente, habían otros pacientes que no estaban tan mal como ella, pero requerían ciertas atenciones, entonces el entorno debería incluir disponibilidad de tiempo para la enfermera y digamos que un equipo de trabajo en el que todos estén conscientes e interesados por ayudar a una persona con ese tipo de limitaciones. De hecho yo recuerdo que uno de los médicos que estaba en esa noche no quería tratar esa paciente, no le parecía que valiera la pena, que una persona con sordera, que no pudiera hablar, que no pudiera escuchar, perdón, y tuviese retraso mental no valía la pena trabajarle, entonces eso desmotiva y altera toda la dinámica de trabajo en equipo, yo creo que esas dos cosas, porque finalmente uno puede tener más o menos insumos físicos, pero si tiene la calidad de personal y el tiempo puede lograr digamos otros resultados.</p>
	<p>5.2. Aportes para las personas con limitación auditiva</p>	<p>E.1. Pienso que sería muy útil tener el acompañamiento de un familiar o una persona que tenga la habilidad de comunicarse con esta persona.</p> <p>E.2. Que en cada servicio se cuente con ayudas visuales, no se abecedarios que faciliten la comunicación, y se puede identificar lo que el paciente quiere transmitir.</p> <p>E.3. Bueno yo creo que en términos de la comunicación ya del paciente como tal ya hacia uno, creo que sería como ese voto de confianza hacia uno, que pues debe depositar esa persona en uno y también en algún modo de tolerancia, pues para poder expresarle a uno todo su sentir, todo lo que quiere comunicarle a uno en términos de dolor o preocupación, o de sentimientos con respecto al cuidado que se le está realizando o al proceso del plan de enfermería, que se le está brindando.</p> <p>E.4. Lo mismo pienso yo que conocimiento, pero en este caso un conocimiento reciproco, es decir, un conocimiento, pues finalmente ellos son los que de cierta manera han tenido que convivir con esa limitación toda la vida y alguna otra manera no se preparan para situaciones específicas, como es la situación de enfermedad.</p>

		<p>E.4. Ya en cuanto... o hablando específicamente con los pacientes o con las personas que tienen limitación auditiva, pues al saber que ellos tienen esta limitación podrían ellos también en su interactuar diario y en su experiencia, porque ellos tienen mucha más experiencia en comunicación que nosotros, ellos podrían plantear unas estrategias, que se pudieran explicar al personal de salud, antes o durante el ingreso a las instituciones clínicas, para que nosotros nos podamos comunicar, es decir que ellos plantearan unas estrategias de comunicación que nosotros supiéramos entender para poder comunicarnos con ellos.</p> <p>E.4. En segundo lugar pienso que es muy importante el tiempo, porque el tiempo que necesitan estos pacientes y el tiempo que nos vamos a demorar para tratar de hacer una comunicación efectiva pues indudablemente, va a ser un poco más largo, entonces pienso que podríamos favorecer que el tiempo que se dedicara a estos pacientes fuera un poquito mejor. En tercer lugar pues tener las herramientas, cuando hablo de las herramientas son herramientas tan sencillas como tener un bolígrafo y papel o tener un tablero y un marcador acrílico, o tener escalas visuales para que él pueda manifestar o tener un alfabeto, para que él se pueda comunicar. Son elementos que en ocasiones no contamos en la unidad, o en los cubículos y que si son muy importantes, en el entorno del paciente para la comunicación. Y en tercer lugar generarle la confianza y generarle la empatía al paciente para que se pueda comunicar, indudablemente cuando nosotros no tenemos conocimiento, o cuando no estamos empapados de algún tema en específico, para este caso pues cuando no sabemos comunicarnos con un paciente con limitación auditiva, pues el reflejo y nuestra comunicación no verbal va a ser de angustia y va a ser de frustración y más aún si sabemos que tenemos que dedicarle más tiempo del que tenemos para ser efectiva la comunicación entonces pues esa empatía y esa confianza que le podemos brindar, con las manifestaciones que le damos también pues van a ser muy útiles para que el paciente se pueda comunicar. Y en tercer lugar aunque a veces nos cuesta mucho, supuestamente nos prepararon para eso, es entender y ponernos en el zapato, en los zapatos del paciente a que me refiero con eso y hago el ejemplo exclusivo de los dos pacientes adultos que tuve; si un paciente tiene dolor, si un paciente está en un ambiente totalmente diferente y adicional a eso es un ambiente hostil, un ambiente estresador y no se puede comunicar, pues las..., la respuesta o la consecuencia de eso pues va a ser desastrosa, ósea uno tener un paciente totalmente agitado y un paciente en total discomfort, y adicional a eso nos va a afectar a nosotros el tener ese paciente, porque no vamos a saber cómo abordarlo, si no tranquilizamos un poco y vemos todos los factores que están en juego, pues seguramente vamos a poder dar solución a esos inconvenientes con lo que mencionaba anteriormente con detalles tan elementales con un papel y un lápiz eso creo que es parte del entorno de lo que podemos hacer.</p> <p>E.5. En este sentido, yo siento que ellos, las personas que tienen limitaciones auditivas, ellos si han desarrollado, ósea ellos llegan a un hospital, ellos ya saben a qué se están enfrentando, ellos saben que son pocas las personas que van a tener tiempo para escucharlos, que tienen que escribir, entonces muchos de ellos tal vez que muchas veces ya llegan o con su familiar, que sirve de puente de comunicación o con su libretica donde anotan todas las cosas, o bueno digamos que ellos son más ingeniosos en ese sentido y muchas veces eso nos facilita a nosotros el trabajo, por eso quizás nosotros no tenemos esa, hem, hem, no sé cómo ese compromiso de manejar, como en realidad comprometernos a tener una comunicación asertiva con ellos.</p> <p>E.6. Pues yo creo, que podríamos como tener folletos para ellos, pues aquellos que puedan</p>
--	--	---

			<p>leer, o digamos las personas que no pueden leer, pero pueden leer con las manos en braille, digamos que algún instrumento por escrito que los ayude a ellos a ubicarse de manera muy general en el servicio donde van a estar, sea uci, sea piso, sea urgencias, donde sea donde haya algún insumo físico en el que ellos puedan como encontrar información general, digamos respuestas a preguntas frecuentes, o a quien comunicarse cuando tengan alguna necesidad, igual para sus familias, que su familia también reciba esa información de entrada.</p>
		<p>5.3 Recomendaciones sobre las condiciones del entorno</p>	<p>E.1. Deberíamos tener un espacio tranquilo con ayudas visuales, con fotos de familiares, dibujos, mensajes escritos, para que les genere confianza para establecer una comunicación con el personal. E.2. Que en cada servicio se cuente con ayudas visuales, no se abecedarios que faciliten la comunicación, y se puede identificar lo que el paciente quiere transmitir. Los procesos de enfermería se llevan a nivel hospitalario, a nivel comunitario, los escenarios son diversos, así que más que una condición para el entorno, "reitero" en mi criterio lo más importante es saber comunicarme con ellos.</p> <p>E.3. Bueno con respecto al entorno en si yo opino algo que facilitaría la comunicación con ellos, sería tal vez, utilizar apoyos gráficos de dibujos que representen conceptos, o palabras, o mensajes que en este, precisamente concepto de cuidado paciente, sea de ayuda pues para poder brindarles una mejor atención y facilitar la comunicación, por ejemplo: una persona que está hospitalizada, es básico querer saber cuándo, cuando la persona se siente con calor, o frío, o tenga dolor, o tenga sed, o tenga hambre, o quiera utilizar el baño, alguna de esas cosas y por medio de gráficos y simplemente se le puedan presentar al paciente, o también señalar cosas que puedan utilizar el paciente en el lugar donde se encuentre, como donde va a encontrar su ropa, , donde se ha ubicado sus pertenencias, o que puede hacer para pedir alguna otra cobija, o le tomen algún signo vital, o para que le puedan administrar algún medicamento para el dolor , o este tipo de cosas.</p> <p>E.4. El entorno debería ser en primer lugar un entorno armonioso, que es armonioso entonces, yo me desempeño en una unidad de cuidado intensivo, donde el ambiente hostil y los factores estresantes están a la orden del día, con esos factores más la debilidad en la comunicación pues, creo que es un coctel para la falla en la comunicación, entonces pienso que se debería ser un poco más armonioso el ambiente; como armonioso el ambiente, pues disminuir un poquito los factores estresantes tanto la patología del paciente, como del monitoreo, como del ambiente en sí de la unidad, podría favorecer. En segundo lugar pienso que es muy importante el tiempo, porque el tiempo que necesitan estos pacientes y el tiempo que nos vamos a demorar para tratar de hacer una comunicación efectiva pues indudablemente, va a ser un poco más largo, entonces pienso que podríamos favorecer que el tiempo que se dedicara a estos pacientes fuera un poquito mejor. En tercer lugar pues tener las herramientas, cuando hablo de las herramientas son herramientas tan sencillas como tener un bolígrafo y papel o tener un tablero y un marcador acrílico, o tener escalas visuales para que él pueda manifestar o tener un alfabeto, para que él se pueda comunicar. Son elementos que en ocasiones no contamos en la unidad, o en los cubículos y que si son muy importantes, en el entorno del paciente para la comunicación. Y en tercer lugar generarle la confianza y generarle la empatía al paciente para que se pueda comunicar, indudablemente cuando nosotros no tenemos conocimiento, o cuando no estamos empapados de algún tema en específico, para este caso pues cuando no sabemos comunicarnos con un paciente con limitación auditiva, pues el reflejo y nuestra</p>

			<p>comunicación no verbal va a ser de angustia y va a ser de frustración y más aún si sabemos que tenemos que dedicarle más tiempo del que tenemos para ser efectiva la comunicación entonces pues esa empatía y esa confianza que le podemos brindar, con las manifestaciones que le damos también pues van a ser muy útiles para que el paciente se pueda comunicar. Y en tercer lugar aunque a veces nos cuesta mucho, supuestamente nos prepararon para eso, es entender y ponernos en el zapato, en los zapatos del paciente a que me refiero con eso y hago el ejemplo exclusivo de los dos pacientes adultos que tuve; si un paciente tiene dolor, si un paciente está en un ambiente totalmente diferente y adicional a eso es un ambiente hostil, un ambiente estresador y no se puede comunicar, pues las..., la respuesta o la consecuencia de eso pues va a ser desastrosa, ósea uno tener un paciente totalmente agitado y un paciente en total disconfort, y adicional a eso nos va a afectar a nosotros el tener ese paciente, porque no vamos a saber cómo abordarlo, si no tranquilizamos un poco y vemos todos los factores que están en juego, pues seguramente vamos a poder dar solución a esos inconvenientes con lo que mencionaba anteriormente con detalles tan elementales con un papel y un lápiz eso creo que es parte del entorno de lo que podemos hacer.</p> <p>E.5 Yo creo que en este sentido no tiene ninguna diferencia, en realidad, las condiciones del entorno, cuando, para generar una comunicación con las personas que tienen limitación auditiva, con relación digamos, pues comparándolo con una que no tiene la limitación auditiva, porque si yo quiero establecer con una persona cualquiera, independientemente, si tiene limitación o no auditiva una comunicación asertiva, yo tengo que estar en un ambiente cómodo, que no haya ruido, donde pueda mirar directamente a los ojos, donde pueda igual expresarme verbal y no verbalmente.</p>
		<p>5.4 Acciones propuestas por los participantes para mejorar la comunicación</p>	<p>E.1.Pienso que aunque estemos en un sitio donde se genera mucho estrés, debemos tomarnos un poco más de tiempo para tratar en lo máximo de tener una adecuada comunicación; asegurarnos que tengan en la mano lápiz y papel para facilitar la comunicación, que tengan en la medida de lo posible el acompañamiento de una persona familiar o amigo, que tenga la habilidad para comunicarse con ella, me interesaría además recibir capacitación para aprender formas básicas de comunicación.</p> <p>E.2.El aporte que puedo hacer es capacitarme teniendo conciencia de la importancia de hacerlo para así brindarles una mejor atención</p> <p>E.3.De mi parte yo aportaría mi experiencia, en términos, que he tenido, esos encuentros con personas con ese tipo de limitación, que ya me he logrado comunicar con ellos satisfactoriamente, que he encontrado medios, a través de los cuales uno puede enviar un mensaje no verbal, de algún modo que la persona lo entiende y también recibirlo y como que abrir los sentidos a como ellos también se comunican sin manejar como tal el lenguaje de señas.</p>

		<p>E.4. Bueno, lo que yo puedo aportar en este momento, pues podría decir que son varias cosas, en primer lugar creo que de lo más importante es la experiencia, porque pues finalmente con las experiencias que he tenido, algunas buenas, algunas no tan buenas, pues me ha permitido establecer unas herramientas y darme cuenta pues que aunque es una limitación, aunque es un problema, que no muy comúnmente lidiamos, pues finalmente si son situaciones que se nos pueden presentar, entonces la experiencia me ha brindado o la experiencia me ha permitido establecer unas estrategias para poderme comunicar con eso, esas estrategias en la segunda oportunidad que tuve de enfrentarme con un paciente con limitación auditiva, se las pude transmitir a mi personal auxiliar, se las pude transmitir a mis colegas, para poder entablar una comunicación con ellos, entonces creo que indudablemente, la experiencia que tenga uno en el abordaje de estos pacientes pues va a ser muy buena. En segundo lugar como lo mencionaba anteriormente y recalco nuevamente, es el conocimiento, a que me refiero con el conocimiento, es entender y es buscar los lugares en los cuales nos pueden brindar información de cómo abordar esos pacientes, los lugares donde nos pueden brindar información de cómo nos podemos comunicar con esos pacientes y esa información como la podemos divulgar al personal, que trabaja con nosotros, a las familias o a las redes de apoyo de esos pacientes y a las mismas personas con limitación auditiva, entonces buscar el conocimiento, buscar las fuentes de conocimiento siempre va a ser una herramienta que va a ser muy valiosa, y no solamente buscar las fuentes de conocimiento sino también aplicar ese conocimiento a las barreras de comunicación que tenemos; y en tercer lugar es ya de acuerdo a los conocimientos que tengamos, y ya de acuerdo a todo el abordaje que hayamos hecho, es buscar las herramientas didácticas para poder comunicarnos como lo decía anteriormente, entonces pues mantener siempre algún elemento didáctico con el cual nos podamos comunicar. Finalmente y la academia no lo enseña que la comunicación verbal hace parte del 10% de nuestra comunicación y el 90% es comunicación no verbal, a veces nosotros nos dejamos guiar simplemente por ese 10%, y pensamos que ese 10% es el todo y mentiras que pues si no nos podemos comunicar verbalmente y si tenemos una limitación auditiva que nos impide tener una comunicación verbal efectiva, pues podemos hacer uso de la comunicación no verbal y enriquecernos más en esa comunicación que puede transmitir muchos más mensajes que los que podemos decir con palabras.</p> <p>E.5. Yo creo que parte de mi concientización, acerca de en realidad, hem querer ayudarle a esa otra persona, querer que no sienta que tiene una limitación, hem, también entender que hoy es él, pero mañana, puedo ser yo la que este en esa situación y tratar a mis paciente como a mí me gustaría que me trataran, pues en esa situación en la que ellos se encuentran.</p> <p>E.6. Pues digamos que dentro de la experiencia que yo tengo no sé qué más hacer, sino ser empático, realmente intentar ponerse en el lugar de la persona y pensar para que ese tipo de personas podría ayudarle, digamos que en una situación como esta que es tan crítica como la que tuvo mi paciente, buscar la mejor manera de tranquilizarlo de comunicarle el interés que uno tiene por ella como persona y por ayudarla a salir pues de ese momento en el que corre riesgo su vida, y es yo creo que hacer el esfuerzos por brindar una atención de calidad para ese tipo de personas que tienen unas necesidades tan especiales, tan delicadas, básicamente eso, si uno quiere, si uno esta, digamos tiene clara que la meta es brindar una atención integral y humana pues de ahí en adelante las cosas se pueden dar dentro de los recursos que tenga cada momento, pero básicamente ser enfático y buscar la manera de comunicar eso a la paciente.</p>
--	--	--