



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA**

CARRERA DE ENFERMERÍA

**INCLUSIÓN DE LA LENGUA DE SEÑAS
MEXICANA PARA LA ATENCIÓN DEL
PACIENTE SORDO EN EL ÁMBITO
HOSPITALARIO.**

T E S I N A

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA
P R E S E N T A:**

BRENDA RIVERA MONTIEL

**DIRECTOR DE TESINA:
MTRO. ADIEL AGAMA SARABIA**

**ASESORES DE TESINA:
MTRA. BELINDA DE LA PEÑA LEÓN
MTRA. GABRIELA TREJO NIÑO
MTRA. CECILIA REYES JUÁREZ
MTRA. MARÍA DEL CARMEN TOVAR MONCADA**





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR
CARRERA DE ENFERMERÍA
FORMATO F-5



OFICIO DE FECHA DE EXAMEN

QFB GRACIELA ROJAS VÁZQUEZ
JEFA DE LA UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR
 Presente

Le comunico que al alumno: **RIVERA MONTIEL BRENDA** con número de cuenta **312349723** de la carrera **ENFERMERÍA** se le ha fijado el día **6 de Marzo de 2020** a las **12:00 hrs.**, para presentar la réplica oral de su examen profesional, que tendrá lugar en esta facultad, ante el siguiente jurado:

CARGO	NOMBRE	FIRMA
PRESIDENTE	MTRA. PEÑA LEON BELINDA DE LA	
VOCAL	MTRO. AGAMA SARABIA ADIEL	
SECRETARIO	MTRA. TREJO NIÑO GABRIELA	
SUPLENTE	MTRA. REYES JUAREZ CECILIA	
SUPLENTE	MTRA. TOVAR MONCADA MARIA DEL CARMEN	

El título del trabajo escrito que se presenta es:

"INCLUSIÓN DE LA LENGUA DE SEÑAS MEXICANA PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE SORDO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO"

En la modalidad de: **TESINA**

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
 CDMX, a 17 de Febrero de 2020

DR. VICENTE JESÚS HERNÁNDEZ ABAD
 DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS
 SUPERIORES ZARAGOZA

DIRECCIÓN

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a la **UNAM** y a la **FES - Zaragoza** por darme mi carta de aceptación, por la oportunidad de estar dentro de sus instalaciones y hacerme sentir orgullosa de ser parte de la comunidad universitaria, por darme el conocimiento y las herramientas que necesito para comenzar un nuevo reto fuera de ellas y ser una enfermera capaz de servir a la población.

A mis asesores de tesina les agradezco enormemente, al **Mtro. Adiel Agama Sarabia**, la **Mtra. Cecilia Reyes Juárez** y la **Mtra. María del Carmen Tovar Moncada** por mostrarme que la investigación se disfruta tanto y que en enfermería es un área que vale la pena conocer y realzar. Muchas gracias por brindarme sus conocimientos, su orientación y su paciencia que fueron de suma importancia a lo largo de este proceso. Son cada uno de ustedes merecedores de mi respeto y conocimiento.

Agradezco también al **Faro de Oriente y sus profesores**, por atraparme en la primera clase y por enseñarme que la paciencia y la perseverancia te permiten conocer la increíble comunidad de los sordos y la belleza de la Lengua de Señas Mexicana.

De igual forma le agradezco a la **Biblioteca Vasconcelos** por brindarme de su ayuda desde el primer día que acudí a sus instalaciones y ser un sitio donde la inclusión es para todos.

DEDICATORIAS

Primeramente quiero dedicar esta tesina a ti **Dios mío**. Gracias por el camino que me has marcado, por acompañarme, por darme la sabiduría para tomar cada una de las decisiones que me han traído hasta aquí, sé que estando contigo todo se puede lograr.

A mis padres. Mami y Pidi, los amo. Esta tesina se las dedico con mucho amor porque sin ustedes y sin el apoyo que me han dado a lo largo del camino, yo no estaría aquí. Son lo más preciado que tengo en mi vida, ¡qué bendición ser su hija! y agradezco cada día a Dios por ponerme en su camino.

A mis hermanos, Tania y Rubén. Saben que son mi ejemplo a seguir, los admiro y me han demostrado que todo se puede con la voluntad de nuestro padre, los amo muchísimo. Gracias por todo el apoyo que me han dado, por cuidarme, quererme, protegerme, pero sobre todo por estar cuando más lo he necesitado.

También dedico esta tesina a mi amiga **Edith Torres**. Gracias por permitirme conocer de tu trabajo pero más allá de eso, conocerte como persona. Nunca olvidaré el día en que te conocí, amiguita.

A mis profesores de Lengua de Señas Mexicana, **Verónica y Gustavo**. Gracias por todo el tiempo, apoyo, la ayuda, dedicación y paciencia que me brindaron cada viernes en la biblioteca. Por la confianza que depositaron en mí, por la amistad que formamos y lo más importante por incluirme. Espero que este trabajo logre que ustedes y cada una de las personas sordas sean vistos y tratados de manera digna.

A cada uno de **mis amigos** que me acompañaron en este camino, que me motivaron y apoyaron. Son los mejores y que gusto tenerlos en mi vida.

¡GRACIAS!

ÍNDICE	
RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO 1. DISCAPACIDAD AUDITIVA	9
1.1 GENERALIDADES DEL APARATO AUDITIVO.....	9
1.2 TRASTORNOS DE LA AUDICIÓN	11
1.2.1 TRATAMIENTO	15
1.3 CLASIFICACIÓN DE LOS SORDOS	19
CAPÍTULO 2. SITUACIÓN DEL SORDO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO A NIVEL INTERNACIONAL	21
2.1 INTERVENCIONES Y NORMATIVIDAD PARA LA ATENCIÓN DEL SORDO A NIVEL INTERNACIONAL	23
CAPITULO 3. SITUACIÓN DEL SORDO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD EN MÉXICO	47
3.1 NORMATIVIDAD	53
CAPÍTULO 4. LENGUA DE SEÑAS MEXICANA	57
4.2 ESTRUCTURA.....	64
4.3 GRAMÁTICA DE LOS SORDOS	65
4.4 TIEMPOS VERBALES.....	65
CAPÍTULO 5. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES DE MARJORY GORDON EN LENGUA DE SEÑAS MEXICANAS	67
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	102
BIBLIOGRAFÍA	105
ANEXOS	111

RESUMEN

Introducción: La comunicación es esencial para poder satisfacer lo que el paciente requiere durante su estancia en un hospital o durante el tratamiento, siendo así que la Lengua de Señas Mexicana es la lengua natural por la cual las personas sordas se comunican. Ante el desconocimiento de su cultura por parte del personal de salud, existe la necesidad de incluir en las instituciones médicas esta forma de comunicación visogestual articulada por las manos y así, establecer una comunicación efectiva entre enfermero-paciente.

Objetivo: Generar la inclusión de la Lengua de Señas Mexicana para la atención del paciente sordo en el ámbito hospitalario a través del conocimiento sobre el panorama existente para la comunidad sorda dentro del sector salud, así como la propuesta de una Guía de Valoración de enfermería traducida en dicha lengua.

Desarrollo: El presente trabajo es una revisión monográfica que muestra el panorama a nivel internacional como nacional que encuentra la comunidad sorda al acudir a las instituciones de salud. Asimismo, se muestra un acercamiento a su cultura, su gramática y estructura para la comprensión y aplicación de la guía de valoración por Patrones Funcionales de Marjory Gordon que ayudará al personal de enfermería en su primer contacto con el paciente sordo.

Conclusión: De acuerdo a la búsqueda recopilada en este trabajo se encontró que la barrera principal que ellos detectan es la falta de comunicación con el personal de salud por el desconocimiento de su lengua y cultura, lo que ocasiona que no haya una comunicación efectiva entre enfermero-paciente. Esta situación genera que el usuario no reciba una atención personalizada y busque el apoyo del servicio de interpretación, donde tiene que explicarle a una tercera persona el motivo de su consulta trayendo consigo incomodidad y que su derecho de confidencialidad no sea respetado.

INTRODUCCIÓN

La integración social de las personas sordas se ha complicado por la falta de apoyo hacia su cultura y la barrera principal es la falta de comunicación que encuentran día a día. Actualmente, el paciente sordo no es atendido de forma personalizada, pues la mayoría de los profesionales de salud no conocen esta forma de comunicación e iniciar la inclusión dentro del área médica es fundamental, ya que se debe atender a la población sin importar sexo, edad, condición social o bien, por la discapacidad con la que se vive y así ofrecer una atención de calidad y trato digno.

Este documento pretende tener una relevancia dentro de la carrera de enfermería puesto que se reconoce por estar en constante actualización que trae consigo nuevos temas o nuevos descubrimientos en el área médica y su praxis, considerando que existen pocos textos que aborden este tema y es solamente las profesiones de Psicología, Pedagogía y Odontología que han realizado investigaciones acorde a la Lengua de Señas. Se tiene poco registro de documentos elaborados en el área de la enfermería a nivel nacional sobre esto y es así que la necesidad y la importancia de comunicación con los usuarios sordos es notoria en el área de enfermería. Aunque el acceso para ellos en el ámbito hospitalario no se ha reconocido y trabajado, el profesional de enfermería debe estar capacitado para atender al usuario con discapacidad auditiva y establecer la comunicación pues forma parte importante en nuestra profesión, ya que nosotros estamos más tiempo con el paciente y su familia.

Se tiene como objetivo que el personal pueda comunicarse con el usuario sordo mediante la herramienta que se ofrecerá en este proyecto; por otra parte generar la importancia de incluir la Lengua de Señas en el ámbito hospitalario conociendo el impacto que hay a nivel internacional como nacional de acuerdo a las investigaciones recopiladas en este trabajo, lo cual mejorará la salud de usuario que acuda a instituciones sanitarias beneficiando de igual forma su desarrollo biopsicosocial.

Esta tesina contiene cinco capítulos; el primero habla sobre las generalidades del aparato auditivo, los trastornos de audición y su respectivo tratamiento, además de la clasificación de sordos.

El segundo capítulo abarca el panorama global sobre la situación del sordo en el ámbito hospitalario así como las intervenciones y normatividad que siguen los países como Estados Unidos, Brasil, Italia, entre otros, en pro de los derechos de los sordos. Asimismo, el tercer capítulo abarca la situación del sordo en México y la normatividad que rige a las instituciones sanitarias.

El capítulo cuatro trata sobre la Lengua de Señas Mexicana y sus antecedentes, su gramática y estructura, ya que posteriormente en el último capítulo se abordará una Guía de Valoración de acuerdo a los Patrones Funcionales de Margory Gordon, donde dichas preguntas están traducidas a Lengua de Señas Mexicana y cómo puede el personal de salud ejecutarlas ante un paciente sordo.

CAPÍTULO 1. DISCAPACIDAD AUDITIVA

1.1 Generalidades del aparato auditivo

El sistema auditivo forma parte de los sentidos especiales; junto con él se encuentra el sentido del gusto, el olfato, la vista y el equilibrio.

El oído se compone de tres secciones las cuales están divididas en:

- Oído externo
- Oído medio
- Oído interno

Oído externo

Constituido por el pabellón auricular, la oreja está formada por cartílago elástico cubierto de piel. El borde del pabellón se llama hélix y la parte inferior es el lóbulo.¹

El meato o conducto auditivo se extiende desde la oreja hasta el tímpano². Este último también llamado membrana timpánica, vibra y transmite las ondas sonoras hacia los huesecillos del oído medio.

Oído medio

Es una pequeña cavidad que se encuentra entre el oído externo y el oído interno, está llena de aire y en ambos extremo está cerrada. Del lado externo por el tímpano y del lado interno por una pared ósea. Esta pared contiene dos orificios pequeños:

- Ventana oval (vestibular)
- Ventana redonda (coclear)

A su vez, el oído medio está comunicado con la nasofaringe por medio de la trompa de Eustaquio², al abrirse, las presiones se igualan en ambos lados del tímpano, si existiera una diferencia de presiones podría causar una reducción en la audición.

Oído interno

También denominado laberinto por su complicada serie de conductos.¹ Dentro del oído interno se encuentran tres pequeños huesos o huesecillos llamados martillo, yunque y estribo. Esta sección está conformada por el laberinto óseo que contiene los principales órganos del equilibrio y después por el laberinto membranoso

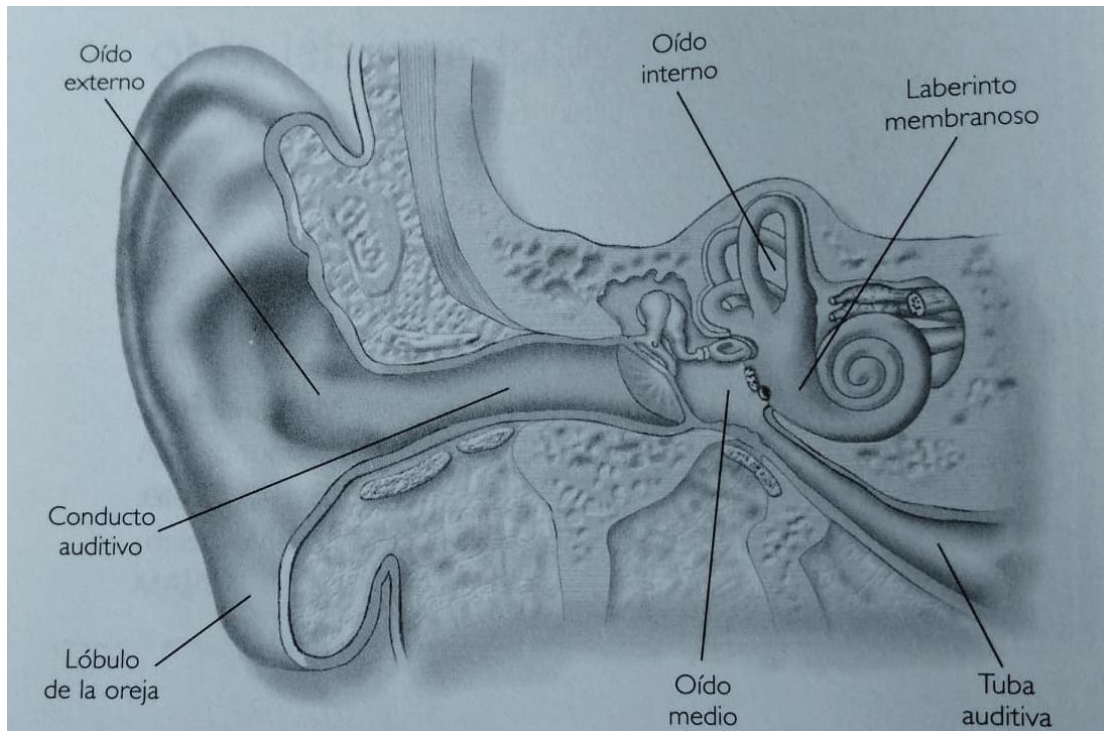
La vibración del tímpano convierte las ondas sonoras en movimiento mecánico. Los huesecillos actúan como palancas y conducen vibraciones al oído interno. Los huesecillos reciben la fuerza aplicada al tímpano, la amplifican y la transmiten a la ventana oval.²

El laberinto óseo se divide en tres partes:

- Vestíbulo: contiene el sáculo y utrículo y los receptores de estos, producen las sensaciones de fuerza de gravedad y aceleración lineal.
- Conductos semicirculares: estructuras tubulares delgadas que tienen receptores, los cuales son estimulados por los giros de la cabeza.
- Cóclea: cámara ósea que contiene el conducto coclear del laberinto membranoso. Sus receptores proporcionan el sentido de la audición.²

El laberinto membranoso contiene un líquido llamado endolinfa, que desempeña un papel importante en la generación de señales auditivas.¹

Figura 1. Aparato auditivo



Fuente: Tomada de Poblano Adrián, Temas básicos de audiología. Aspectos médicos, Instituto de la Comunicación Humana, 2003, p.p 14

1.2 Trastornos de la audición

Las causas de pérdida de audición y sordera pueden ser congénitas o adquiridas, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud.

Estas se clasifican como:

Causas congénitas: aquellas que se originan al momento del nacimiento o poco después. La pérdida de audición puede deberse a factores hereditarios y no hereditarios o por complicaciones durante el embarazo y parto, entre ellas están:

- Rubéola materna, sífilis u otras infecciones durante el embarazo.
- Bajo peso al nacer.
- Falta de oxígeno durante el parto.

- Uso inadecuado de ciertos medicamentos como aminoglucósidos, medicamentos citotóxicos, antipalúdicos y diuréticos.
- Ictericia grave durante el período neonatal, que puede lesionar el nervio auditivo del recién nacido.³

Causas adquiridas: aquellas provocadas a cualquier edad.

- Enfermedades infecciosas, como la meningitis, el sarampión y la parotiditis.
- Infección crónica del oído.
- Presencia de líquido en el oído (otitis media).
- Uso de algunos medicamentos, como los empleados para tratar las infecciones neonatales, el paludismo, la tuberculosis farmacorresistente y distintos tipos de cáncer.
- Traumatismos craneoencefálicos o en los oídos.
- Exposición prolongada a ruido excesivo, por ejemplo en entornos laborales en los que se trabaja con maquinaria ruidosa o se producen explosiones.
- Exposición a sonidos muy elevados durante actividades recreativas, como el uso de aparatos de audio a un volumen elevado durante períodos prolongados de tiempo, o en bares, discotecas, conciertos y acontecimientos deportivos.
- Envejecimiento, en concreto la degeneración de las células sensoriales (presbiacusia).
- Obstrucción del conducto auditivo producida por cerumen o cuerpos extraños.³

En cuanto a los tipos de pérdida auditiva, estos pueden clasificarse de la siguiente manera:

- Neurosensorial o de percepción
- De transmisión o de conducción
- Mixtas⁴

Hipoacusia neurosensorial

Antiguamente llamada sordera nerviosa o perceptiva, es ocasionada por un daño en las estructuras del oído interno, como las células ciliadas en la cóclea o las fibras nerviosas que van de la cóclea al cerebro.^{5,6}

Hipoacusia transmisiva

Puede ser congénita o adquirida. La primera se debe a malformaciones del conducto auditivo externo y del pabellón auricular, así como malformaciones en las ventanas oval. Las adquiridas se generan por otitis media serosa, otitis media aguda y se asocia a una alteración en la función de la trompa de Eustaquio. También por cerumen, cuerpos extraños o traumatismos.⁴

Hipoacusia mixta

Es una combinación de origen congénito más uno de carácter adquirido, que afectan al oído interno y medio.

Hipoacusia súbita

Trastorno de carácter urgente que requiere ser reconocida y tratada de manera inmediata, es conocida como pérdida auditiva neurosensorial súbita.⁵ Consiste en una sordera neurosensorial de 30 dB o más⁷ que se presenta rápidamente sin causa evidente como traumatismo, infección bacteriana o enfermedad de Ménière.⁶ Puede ser unilateral aunque también se ha presentado de forma bilateral.

Existe otra clasificación sobre pérdida auditiva que está relacionada con la edad. Esta se denominada Presbiacusia.^{4, 5} El envejecimiento es la causa principal de la presbiacusia, también otros factores que intervienen son ocasionados por exposición al ruido, ototoxicidad, enfermedades vasculares, involución neurológica, así como una disfunción inmune y autoinmune.⁴

Schuknecht describe a la presbiacusia en cuatro tipos: sensorial, neural, estrial y conductiva coclear o mecánica.⁷

De acuerdo con el Bureau International d'Audiophonologie (BIAP) dependiendo de la cantidad de decibeles, se tiene una clasificación cuantitativa:

Leve	pérdida entre 21 y 40 dB
Moderada	pérdida entre 41 y 70 dB
Grave	pérdida entre 71 y 90 dB
Profunda	pérdida superior a 90 dB
Cofosis	cuando no se percibe ningún sonido a 120 dB ^{4, 6}

Cuando la deficiencia auditiva es menor de 70 decibeles se habla de hipoacusia; su capacidad auditiva esta disminuida, pero pueden percibir el lenguaje oral y la mayoría de los sonidos que los rodean. La sordera es una pérdida auditiva profunda; es decir, mayor de 70 decibeles, esta impide la percepción del lenguaje oral y los sonidos del entorno de la persona.⁸

Por otro lado, dependiendo de en qué momento de su vida perdieron la capacidad auditiva, existe la clasificación locutiva en relación con el lenguaje⁴ denomina hipoacusia prelocutiva y poslocutiva.

Hipoacusia prelocutiva: también conocido como prelingual, es aquella que se instaura antes del desarrollo del lenguaje oral, se trata de una hipoacusia congénita. Es necesario que a temprana edad la persona empiece a tener una adquisición y desarrollo del lenguaje.⁹

Hipoacusia poslocutiva: se conoce también como poslingual y aparece cuando ya se ha adquirido algún lenguaje. En los adultos su lenguaje oral está más desarrollado.⁹

1.2.1 Tratamiento

Existen diferentes alternativas como tratamiento para la hipoacusia, ya sea por medio de dispositivos auxiliares, colocación de implante coclear, etc. Asimismo, hay pruebas de diagnóstico oportuno que permiten detectar la hipoacusia y así actuar de forma inmediata.

Tamiz Auditivo Neonatal Universal

El tamiz auditivo neonatal es la detección oportuna de la deficiencia auditiva del recién nacido; por ser un cribado, se realiza a todos los recién nacidos con o sin riesgos durante la gestación o al nacimiento. En México las instituciones pioneras en el empleo del tamiz auditivo neonatal son el Hospital Infantil de México “Federico Gómez”, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y el Hospital General de México.¹⁰ En octubre de 2011, el Senado de la República aprobó una reforma a la Ley General de Salud, en la que se estipula la obligación de aplicar pruebas de tamiz auditivo.¹¹

Auxiliares auditivos convencionales

Este dispositivo amplifica el sonido y consta de cuatro componentes esenciales: micrófono (receptor), amplificador, bocina (efector) y una batería. Estos dispositivos convencionales pueden estimular al oído interno tanto por vía aérea como por vía ósea. Se dividen de la siguiente manera.⁷

- Vía aérea

- Completamente intracanal: siendo de los más pequeños de los auditivos auxiliares y debido a su colocación literalmente dentro del conducto auditivo externo, es discreto y queda alojado en la parte más medial de la porción cartilaginosa del conducto auditivo externo.
- Intracanal: pequeño y discreto dispositivo que se ajusta a la porción externa (cartilaginosa) del conducto auditivo externo. Solo se prescribe para hipoacusias superficiales y medias.

- Intraconcha: este dispositivo se adapta ocupando la parte externa del conducto auditivo y la concha auricular mediante un molde hecho a la medida.
- Curveta retroauricular: dispositivos en forma curvada que se usan por detrás del pabellón auricular, son los que más ganancia auditiva pueden ofrecerle a los pacientes, son grandes y por ende son menos discretos. Están indicados en hipoacusias de medias a profundas y son más fáciles de manipular en personas de edad avanzada.⁷
 - Vía ósea
- Gafas: tipo especiales de auxiliar auditivo que se acopla en las patas de un armazón de lentes que queda en contacto con la piel de la zona mastoidea; de esta manera transmite los sonidos por vía ósea.
- Diadema: este dispositivo o banda elástica en la cabeza que mantiene el trasmisor-vibrador en contacto con el cráneo sobre la piel; es particularmente útil en niños con microtia y atresia bilateral.⁷

Implantes de oído medio

Estos dispositivos utilizan una amplificación mecánica vibratoria, y están indicados en pacientes con hipoacusia neurosensorial, conductiva o mixta. Uno de ellos es el sistema Vibrant Soundbridge (logo de marca) es el implante de oído medio más ampliamente utilizado en el mundo; es de tipo semiimplantable.⁷

Implantes cocleares

Auxiliares auditivos de alta tecnología que utilizan la transformación de la señal acústica en eléctrica y puenteo para estimular directamente al nervio auditivo. Están indicados en paciente adulto y pediátrico con hipoacusia profunda bilateral adquirida (TORCH, meningitis, hiperbilirrubinemia, hipoxia perinatal, otoesclerosis, enfermedad de Ménière, etc.) y en algunos casos de neuropatía auditiva o disincronía central. Actualmente se ha encontrado que este dispositivo también es utilizado en caso de hipoacusia súbita, asimismo se ha demostrado que el cerebro tiene la capacidad de procesar adecuadamente la información acústica normal de un lado del oído y el otro con implante coclear.⁷

Para que un paciente adulto sea candidato a dicho dispositivo debe cumplir con los siguientes criterios audiológicos, anatómicos y sociales:

- Hipoacusia severa o profunda con promedio de umbral de 70 dB o más.
- Adaptación o uso de auxiliares auditivos convencionales con un periodo de al menos tres meses.
- No tener lesiones centrales auditivas ni agenesia o hipoplasia del nervio coclear.
- Sin contraindicación para cirugía otológica.
- Compromiso en la rehabilitación auditivo-verbal posoperatorio.⁷

Implante de tronco cerebral

Dispositivo electrónico que transforma los sonidos y los ruidos del medio ambiente en señales eléctricas, por medio de electrodos colocados sobre la superficie de los

núcleos cocleares del tronco cerebral, desencadenando una sensación auditiva en el individuo.⁴

1.3 Clasificación de los sordos

De acuerdo a las causas de pérdida de la audición, las cuales pueden ser: congénitas, adquiridas, por lesión o traumatismo, por reacción a medicamentos o alguna enfermedad, las personas sordas pueden ser diferenciadas en tres tipos:

1. Sordo hablante
2. Señante
3. Semilingüe

Sordo hablante

El sordo adulto que perdió el oído poco después de haber empezado a vocalizar, frecuentemente recuerda la experiencia entonces vivida. Mientras más haya transcurrido su infancia con una audición lingüísticamente funcional, más habrá avanzado en la producción de vocablos. Por lo tanto, este infante sordo habrá incrementado la complejidad y el repertorio de sus vocalizaciones en proporción directa a la edad en que haya quedado sordo.¹²

Siendo así que el sordo hablante se define como aquella persona que asume una lengua oral como su primera lengua, sin importar ni cómo ni cuándo fue que quedó sorda. Aunque debido a su nula o limitada audición no puede entablar una conversación oral.¹²

Sordo semilingües

Los sordos semilingües siempre son sordos desde la infancia. Aquí es donde se tiene el primer acercamiento con la Lengua de Señas haciéndose esta como lengua materna.¹²

Entonces, el sordo semilingüe es toda aquella persona que no ha desarrollado a plenitud ninguna lengua, debido a que quedó sordo antes de consolidar una primera lengua oral ya que tampoco ha tenido acceso a una Lengua de Señas.¹²

Sordo señante

El sordo señante tiene una cosmovisión propia, de la cual comparte algunos rasgos de identificación con la de la mayoría de personas que lo circundan. Se le conoce como el enfoque socio-antropológico de la sordera, por lo tanto, el sordo señante es toda aquella persona cuya forma prioritaria de comunicación e identidad social se define entorno de la cultura de una comunidad de sordos y su Lengua de Señas.¹²

CAPÍTULO 2. SITUACIÓN DEL SORDO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO A NIVEL INTERNACIONAL

La Organización Mundial de la Salud menciona que 466 millones de personas a nivel mundial tienen pérdida de audición discapacitante (432 millones de adultos y 34 millones de niños).³ Siendo ocasionada por causas genéticas, complicaciones en el parto, por enfermedades infecciosas en el oído, ototoxicidad inducida por medicamentos, exposición a ruido excesivo y envejecimiento. Se estima que para el 2050 más de 900 millones de personas - una de cada diez - padecerá pérdida de audición.³

Las problemáticas a las que se enfrentan a diario la comunidad sorda son: la exclusión de su cultura, el desinterés de la sociedad y del gobierno por incluirlos y hacerlos parte de ella; el desconocimiento de su forma lingüística y su gramática que se refleja con las barreras de comunicación que ellos encuentran al no poderse comunicar con otras personas; la falta de información y difusión traducida a su lengua, servicios públicos no adaptados para discapacidad auditiva y el poco acceso a distintos sectores de la sociedad como la educación, el entorno laboral y el ámbito hospitalario.

Cada una de estas deficiencias encontradas en la sociedad pueden mejorar la condición de vida de las personas con discapacidad auditiva con el uso de dispositivos, la colocación de implantes cocleares así como la introducción a la Lengua de Señas, beneficiándolos en su desarrollo biopsicosocial e interpersonal. Sin embargo, no debemos olvidar la importancia de la detección temprana mediante la prevención y medidas que mejoren la salud auditiva.

Los dispositivos auditivos como los implantes cocleares benefician a las personas sordas o que perdieron la audición en alguna etapa de su vida pero la realidad es que este método no es totalmente accesible a toda la población que presenta esta limitante. El costo de esta cirugía es elevado y tiene riesgos como cualquier operación que va desde una infección en el sitio de implantación o un mal funcionamiento del dispositivo.

La población sorda al encontrarse con estos problemas ya mencionados logra que se acerquen a la Lengua de Señas como su medio de comunicación por la cual ellos pueden ser escuchados; es así que la comunicación juega un papel importante dentro de esta comunidad. De acuerdo al diccionario Merriam-Webster la define como “el proceso mediante el cual se intercambia información entre individuos a través de un sistema ya sea por palabras, sonidos, signos o comportamientos para expresar ideas, pensamientos o sentimientos”.¹³

Para que la comunicación sea efectiva se necesitan de varios elementos; emisor, mensaje, receptor, el canal y el contexto por el cual se están comunicando. El emisor debe mandar el mensaje ya sea de manera verbal o no verbal. Este debe ser claro y concreto para que el receptor comprenda en su totalidad la idea principal. En el área de la salud, la comunicación efectiva es muy importante ya que al establecerla se crea confianza y seguridad entre personal de salud-paciente y este último nos ayudará ya sea durante su estancia hospitalaria o bien, durante el tratamiento, pues se crea un ambiente agradable y de confort que beneficia en la recuperación del paciente.

2.1 Intervenciones y normatividad para la atención del sordo a nivel internacional

En Estados Unidos, Hommes realizó una investigación en el año 2015 en el Simposio Nacional sobre Interpretación de la Atención Médica dirigido a los intérpretes de ASL (American Sign Language) que brindan su servicio en instituciones médicas y su relación con la comunidad sorda, donde estudió las percepciones de los intérpretes de ASL en el ámbito hospitalario.

En este estudio se observó que la falta de comunicación entre proveedores de salud y usuarios sordos o con pérdida de audición es la barrera principal para una comunicación exitosa y que conlleva a varias desventajas, una de ellas es que no comprenden en su totalidad las instrucciones cuando acuden a sus citas médicas donde la mayoría es acerca de medicamentos o procedimientos.

También se encontró que los médicos no brindan un tiempo adecuado durante la cita médica, no se cercioran de que el paciente haya comprendido las instrucciones o sí se haya generado una duda en cuanto a su diagnóstico o tratamiento. En su investigación, el 81% de los intérpretes dijeron que los proveedores “escasas veces” usan métodos de enseñanza para asegurarse que los pacientes entendieron.¹⁴

Los intérpretes consideran que el uso de modelos anatómicos podría ayudar a la comprensión de las instrucciones médicas ya que los sordos son muy visuales. Otros elementos identificados utilizados por el personal de salud y que no son recomendables es el uso de la escritura, pues la redacción de notas para una comunicación vital y sensible restringe el flujo de la discusión interactiva¹⁵ entre médico-paciente o enfermero-paciente. Además, la gramática que utilizan los

sordos es distinta y utilizar palabras clave es adecuado al emplear este método. En el caso de que los familiares funjan como intérpretes, sucede que no dan totalmente la información a los profesionales o al paciente. Si los miembros de la familia que no tienen fluidez al interpretar e intentan explicar una terminología médica compleja que les cuesta entender, esto aumenta el potencial de malas interpretaciones.¹⁵

Otra modalidad mal empleada es la lectura labial, algunos usuarios no desarrollan esta habilidad e impide la comunicación. Esta última es la forma más “convencional” usada por médicos cuando no cuentan con intérprete de ASL. Otra desventaja que menciona es que por la deficiencia y el poco conocimiento sobre la cultura y lingüística de los sordos por parte del equipo de salud, el usuario sordo asiste menos al médico, lo que conlleva a que exista poca prevención, pues no tienen ese acercamiento al primer nivel de salud por la falta de difusión de información para ellos como lo es para la población en general.

Los intérpretes de ASL mencionaron que la población sorda no tiene empoderamiento, algunos no conocen sus derechos en salud u optan por que el familiar decida sobre ellos. Esto se obtuvo porque los intérpretes observaron que los sordos prefieren no interrumpir al médico durante la consulta, no preguntan o no tienen un panorama amplio en términos de salud y no pueden formar un criterio sobre su estado de salud, así como decidir libremente sobre su propio cuerpo.

En Estados Unidos de acuerdo a la Ley Americana de Discapacidad, los Centros de Salud deben de contar legalmente con un intérprete médico de ASL, pero no todos siguen esta norma y no llevan a la práctica las políticas establecidas.^{14,15}

Actualmente las comunidades sordas no gozan de derechos e igualdad en la sociedad a pesar de que esta ley ha estado vigente desde el año 1990. Dentro del ámbito hospitalario se encuentra una deficiencia por parte del personal de salud al no poderse comunicar con los usuarios sordos pues no cuentan con la capacitación y el conocimiento de la Lengua de Señas, lo que nos lleva a ser una barrera de comunicación entre médico-paciente o enfermero-paciente.

Los intérpretes son la línea directa preferida de los pacientes sordos, pero es poco su uso en las instituciones médicas pues no hay ese acceso de comunicación.^{15,16} Es así que una de las acciones con las que se apoya las instituciones de salud en ausencia de intérpretes es la plataforma de “Interpretación Remota por Video” (VRI) la cual consiste en interpretar en idiomas verbales o no verbales, la transmisión y comprensión de mensajes sirviendo de apoyo para una mejor comunicación. Sin embargo, el autor refiere que esta plataforma no es confiable ya que en caso de presentar fallas tecnológicas se podría interrumpir la comunicación.

Al haber una escasa comunicación por parte de los proveedores hacia los pacientes sordos o con pérdida auditiva, genera que no se obtenga la comprensión del mensaje y no se establezca confianza entre personal de salud-paciente. Se valora y se reconoce el trabajo y la participación de los intérpretes en las instituciones médicas, pero también es importante que los médicos conozcan y se acerquen a la cultura de los sordos pues hay necesidad de aprender y saber la Lengua de Señas para beneficio de esta comunidad que ha sido poco valorada y que merece ser tratada con igualdad, especialmente en el sector salud pues estos pacientes han

identificado constantemente la deficiencia en la calidad y el cuidado que ofrece el equipo de salud hacia ellos.

Por otra parte, en el continente europeo se manifiesta la inquietud sobre este tema, y es en Italia donde las autoras Sirch y Salvador deciden estudiar la perspectiva del paciente sordo sobre su estancia hospitalaria.

Para estas autoras el cuidado además de ser holístico, se basa en dos elementos; el instrumental y el expresivo. El primero se refiere a aquel compuesto por procedimientos efectuados por el personal de salud en el paciente, los cuales requieren de información del paciente, su consentimiento y su participación. El segundo consta de las emociones, es decir; la escucha, el compromiso, la compasión y la creación de confianza/confidencialidad.¹⁸ Siendo fundamental este último punto, pues el personal de enfermería al estar en mayor tiempo con los pacientes, llegan a encontrar en el profesional de enfermería un confidente al cual le tienen seguridad sobre su estado de salud.

También resaltan la comunicación, la relación con el cuidado enfermero y el cómo se sienten los sordos en cuanto a la atención que reciben por parte de los profesionales de salud^{17,18} encontrándose que los servidores de la salud fallan en el proceso de comunicación, la cual es una parte fundamental del cuidado.

Se hace referencia a la deficiencia que hay en cuanto a la comunicación y conocimiento sobre su cultura^{17,18} pues ir a una institución médica es como adentrarse a una comunidad que no es la suya y en donde no los entienden. Por ello, no se sienten cómodos de ir al médico pues siempre encuentran barreras y

generan que el usuario se sienta excluido y no participe de forma positiva durante su estancia y posteriormente durante el tratamiento.

Algunos de los testimonios que dieron los pacientes sordos trataban sobre la deficiencia en el sector salud, uno de ellos expresó que tenía miedo de asistir al médico y solo acudía en compañía de algún familiar. Otro participante refirió que el médico no le explicó cómo debía tomarse sus pastillas y su madre (también sorda), no comprendía lo que le había indicado el médico en la receta.

Por otra parte, un participante contó sobre su experiencia en el área de urgencias en donde su madre le explicó a la enfermera sobre la discapacidad que tenía su hijo y a pesar de saber esto el personal, el paciente fue ignorado ya que no pudo comunicarse con los médicos por la carga de trabajo y porque ellos hablaban muy rápido ocasionando que difícilmente el paciente sordo pudiera leerle los labios al personal de salud. También otra persona expresó que durante su consulta la enfermera lo trataba de manera infantil y le hablaba lento, siendo así que el paciente se sintiera ofendido e incómodo. Él refirió: *No soy un niño, no soy estúpido. Soy sordo.*¹⁷

En este estudio Sirch y Salvador exponen temas sobre enfermería en cuanto a acciones y procedimientos efectuados en el paciente sordo, tales son: la venoclisis en miembros superiores. La canalización en la mano dominante del sordo trae dificultades como impedir que haya una mejor movilidad para efectuar las señas.

Por otra parte existe la falta de identificación de necesidades como lo es el nivel de dolor, la vigilancia del personal durante la noche y el cómo se percatan de sus

necesidades, como también el cubrirse su boca impidiendo la lectura labial, si fuese el caso. Cuando los pacientes se encuentran hospitalizados su estado de ánimo va disminuyendo conforme van pasando los días de estancia, en el caso de los pacientes sordos que además de estar inseguros por estar dentro de un hospital, la falta de comunicación con el personal o los demás usuarios más la suma de su padecimiento o enfermedad por la cual acudieron, aumenta su debilidad. Además, si los profesionales no comprenden las necesidades de su paciente no brindarán un cuidado adecuado, la relación no será efectiva ni tampoco la atención, por ello el paciente sordo necesita ser entendido y acompañado a lo largo de la vía clínica con la sensibilidad adecuada y estrategias de comunicación necesarias.¹⁷

Otro punto del que hacen mención es sobre los derechos de los sordos sobre elegir por ellos mismos sobre su salud, pues ellos querrán participar en la elección de su procedimiento o tratamiento. El deseo de saber qué es lo que procede sobre su estado de salud disminuirá su miedo y fortalecerá su empoderamiento. Por ello, Sirch y Salvador mencionan que las barreras de comunicación combinadas con educación limitada, discapacidad, analfabetismo y ser parte de una minoría cultural^{17,18}, ponen en riesgo a los miembros de la comunidad sorda y su cuidado.

La Lengua de Señas no es universal, cada país tiene su propia lengua la cual se compone de diferente gramática, entonces ¿en cada país los sordos sienten las mismas dificultades con el personal de salud? Para concluir, Sirch y Salvador nos comparten tres canales de comunicación preferidos por los pacientes sordos:

(a) Si los pacientes prefieren el uso de la Lengua de Señas, debemos darles esa libertad de expresión dejando que su mano dominante pueda efectuar las señas necesarias.

(b) En el caso de lectura de labios, el personal debe contemplar varios factores como tener una adecuada luz en su rostro y cuerpo, retirar cubrebocas si es el caso para que el paciente pueda leer los labios, mantener contacto visual, al gesticular palabras se debe cuidar el no gritar o exagerar en la pronunciación de las palabras, la velocidad en las palabras debe ser normal así como el movimiento de los labios, no hablar demasiado rápido ni tampoco lento, ser paciente y tener en cuenta la gesticulación facial.

(c) Si los pacientes eligen la forma escrita, considerar que se debe escribir oraciones cortas que sean simples pero que completen el mensaje, así como el uso de palabras claves.

La sociedad impone muchas barreras que no permiten el desenvolvimiento de las personas con discapacidad, y en el caso de las personas sordas no se realizan acciones adecuadas para incluirlas y por eso crean un “mundo sordo” o una “comunidad sorda” en donde ellos buscan protegerse, entenderse y aceptarse mutuamente. Ellos no van a discriminar ni aislar a una persona con discapacidad auditiva, al contrario, ayudaran a esa persona. Tampoco esta comunidad nos excluye a nosotros los oyentes de formar parte de su cultura.

De alguna forma ellos sienten que son tratados de manera distinta, olvidamos que ellos día a día tratan de luchar por la inclusión, por la igualdad y que sean tratados

como lo que son, como personas y que gocen de las mismas oportunidades y derechos que todos tenemos. Entonces, ¿por qué nosotros no nos acercamos a ellos aun sin tener esa limitante de la escucha?, ¿Por qué no creamos esa empatía que ellos buscan de la sociedad? Sirch y Salvador finalizan mencionando que “Las personas sordas pueden considerarse miembros orgullosos de una comunidad que se origina por su rico patrimonio cultural. La cultura de la comunidad sorda se forma en parte por la exclusión del mundo de la audición y en parte por las personas con características de unión...”¹⁷

De igual forma, en Nueva Zelanda Witko y Boyles investigaron la percepción de pacientes sordos y sus familiares sobre sus experiencias en los servicios de salud, como también las experiencias del personal de salud y con base a ello crear un plan sobre Lengua de Señas de Nueva Zelanda (NZSL). En su estudio los principales factores sobre la deficiencia de comunicación fue la alfabetización en materia de salud, el desconocimiento del profesional médico con la sordera así como la insuficiencia de los intérpretes en el área médica. Los testimonios recopilados lograron agruparse de cinco formas: 1) barreras sensoriales, 2) uso de intérpretes, 3) consentimiento y cumplimiento del tratamiento, 4) acceso a la información médica impresa y 5) reconocimiento cultural.

- 1) Dentro de las barreras sensoriales se encontró que si el usuario deseaba pedir o cambiar una cita tenía que hacerlo de manera presencial, para ellos una manera alternativa sería el uso de medios digitales y hacen mención de la plataforma de interpretación por video, así como también de correo electrónico o mensaje de texto, sin embargo estas no son usadas

comúnmente en el ámbito hospitalario. Otra barrera detectada fue la falta de alertas visuales en diferentes áreas de los hospitales por ejemplo, en salas de espera. El paciente sordo observa atentamente al personal para notar si son llamados usando la lectura de labios y aunque el personal conozca la discapacidad que tiene el usuario, difícilmente realizan acciones que incluyan y ofrezcan mejor servicio para ellos.

- 2) Recordemos que el uso de intérpretes es el medio más eficaz y elegido por los pacientes sordos, en este estudio consideraron que en ellos la información sobre su diagnóstico y tratamiento la comprenderían de la mejor forma. Por otro lado, se mencionó sobre la ayuda que ofrecen sus familiares como intérpretes durante la consulta o bien, durante su estancia hospitalaria. A veces el usuario se siente incómodo en transmitir sus dolencias o dar el motivo por el cual acude, como lo fue para un usuario que sintió pena de decirle a un intérprete que el motivo por el cual acudía era por una Infección de Transmisión Sexual (ITS).

Es cierto que el usuario encuentra confianza y seguridad al asistir con algún familiar a sus citas médicas, pero el proceso de comunicación no es efectivo^{19,18} como lo fue para un usuario sordo que manifestó lo siguiente: *"No obtienes la información que deseas, además es como pasar por cuatro personas diferentes. ¡Tengo que explicárselo a mi madre, ellos se lo explican a la enfermera, luego la enfermera a mi madre y mi madre a mí!"*¹⁸ Durante las hospitalizaciones, los usuarios se sienten vulnerables al no contar con apoyo de interpretación, están en espera de saber que sucederá con ellos y

buscan en los rostros del personal de salud alguna respuesta. Aunque algunos profesionales de salud dedican tiempo y paciencia para efectuar una comunicación efectiva con los sordos por medio de la escritura, la gesticulación o improvisación, algunos otros no brindan estas herramientas, se asustan y generan que el usuario les explique cómo pueden comunicarse con ellos. Un testimonio importante que ofreció un participante fue la experiencia que tuvo durante la visita médica que efectúan los médicos en los cambios de turno, el acto de estar frente al usuario provocó ansiedad y frustración; *"Mientras que otros pacientes podrían estar involucrados, todo lo que pude hacer fue verlos hablar sobre mí mientras señalaban las cosas en la tabla, muy frustrante"*.¹⁹

- 3) Dentro del área médica, el consentimiento informado es parte de la ética que posee el profesional de salud para poder efectuar los procedimientos que beneficien en su mejoría. ¿Cómo se obtendría el consentimiento de una persona sorda sobre su salud a falta de intérprete? En este estudio se encontraron testimonios que pudieron haber afectado la integridad de la persona sorda por la deficiencia de la interpretación y la falta de comunicación que encuentran cuando acuden al médico. De acuerdo a las autoras, los pacientes aceptan procedimientos con poca comprensión sobre lo que está sucediendo, lo que a menudo genera una angustia considerable¹⁹, ocasionando que no terminen el tratamiento por desconocimiento de las consecuencias sobre el abandono de este, el porqué de una duración prolongada, si su aplicación es específica para su

enfermedad o por qué tienen que acudir a procedimientos de seguimiento como análisis de sangre, radiografías, etc.

Un ejemplo de ello fue el caso de una mujer sorda que sufrió un derrame cerebral después de creer que solo sería necesario tomar el medicamento recetado para la presión arterial hasta que este se agotara y no continuar con dicho fármaco, pues pensaba que era como cuando recetan algún antibiótico. Después de este suceso, la paciente requirió de rehabilitación durante varios años.

A partir de esta experiencia, el personal de salud detectó que no pueden ofrecer un mejor servicio por la limitación de tiempo durante las citas, refirieron que 15 minutos no son suficientes para conocer realmente al usuario, sus necesidades, sus preocupaciones o sus dudas, saber cuál es el medio por el que ellos se comunican, ya sea por medio de la Lengua de Señas, la escritura, la lectura labial o bien, si consideran un intérprete o medio de interpretación como las plataformas digitales.

- 4) En cuanto al acceso a la información médica impresa de acuerdo a este grupo, los sordos expresaban la falta de difusión de información que plasman en folletos sobre enfermedades que pueden ser prevenibles, como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. Pedían que algunos de estos temas fueran traducidos a Lengua de Señas pues sus familiares no dominaban el tema y no les explicaban del todo.

5) El último apartado trató sobre lo que buscan diario los sordos, ser reconocidos como un usuario que se comunica por medio de Lengua de Señas, que son sordos, que necesitan sentirse satisfechos al acudir al médico^{19,18} aun sin un intérprete pues buscan ser tratados de manera digna y que no perciban su sordera como un déficit o enfermedad.

Las actitudes negativas que refleja la sociedad frente a ellos solo ocasiona que se sientan más excluidos y discriminados, fue así el testimonio de un sordo que en su cabecera de cama le colocaron “discapacitado auditivo” rechazó este acto y prefirió que solo colocaran un letrero que solo dijera “sordo” o “usuario de NZSL”.

Para estas autoras, el retraso de la accesibilidad a la discapacidad auditiva dentro de los hospitales tendría como resultado que el usuario participe menos en cuanto a su salud y acuda de manera emergente por una condición que ha empeorado a causa de la falta de apego en el tratamiento o bien, por la falta de difusión en prevención primaria.

En el año 2009 la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad reconoce la importancia de la Lengua de Señas y el completo acceso de las personas sordas a la sociedad. De igual forma la Federación Mundial de Sordos defiende que el acceso a la Lengua de Señas es fundamental para hacer realidad los derechos humanos de los ciudadanos sordos.¹⁹ Pero no siempre se lleva a cabo lo que estipulan estas dos instituciones, pues el personal de salud considera suficiente las técnicas de escritura, lectura labial o el apoyo del

familiar como medios de comunicación entre médico-paciente o enfermero-paciente.

De acuerdo a la Federación Mundial de Sordos (WFD por sus siglas en inglés) busca asegurar la accesibilidad de las personas sordas, que tengan derecho a la información y comunicación sobre los distintos entornos sociales, ya sea en el sector salud, el educativo, laboral, así como en los servicios públicos, políticos y judiciales.²⁶ Acceder a los servicios de atención médica, ser comprendidos e interactuar con el personal de salud es un derecho que deben gozar las personas sordas así como disfrutar de una accesibilidad médica equitativa.

En el Reino Unido, se estima que hay aproximadamente nueve millones de adultos sordos, lo que equivale a 1 de cada 7 de la población.²⁰ Dada esta prevalencia el personal de salud de este país ofrece atención con frecuencia a pacientes sordos o con pérdida auditiva. En 2004, el Royal National Institute for Deaf people (RNID) que es la organización benéfica más grande del Reino Unido en pro de la sordera, declaró que debe mejorarse la accesibilidad y la comunicación para las personas sordas en las estancias sanitarias, debe verse esta problemática de manera urgente y que los profesionales de salud estén capacitados para atenderlos. Además, ofrecieron recomendaciones sobre cómo deben comunicarse el equipo de salud de manera efectiva con estas personas.

Middleton y Turner definen “sordo” como aquel que tiene sordera profunda y prelingual. Por ello, la Lengua de Señas es la primera forma de comunicación que adquieren y de acuerdo a este estudio, se halló que la comunicación entre el

servidor de salud y el paciente sordo a menudo es inadecuado, no hay comprensión de las necesidades o preferencias de comunicación de la persona sorda.²⁰ Persiste la falla que hay por parte del personal, su falta de conciencia por su cultura y la dificultad en el acceso a los servicios de salud para el usuario sordo.

Por esta razón, realizaron un estudio en donde se encuestó a las personas sordas para conocer la forma de comunicación que ellos prefirieron cuando asistieron a una consulta médica. Esta investigación recopiló la opinión de los sordos que usan la Lengua de Señas Británica (BLS), además de los que han adquirido la habilidad de lectura de labios, los que usan la lengua de señas y el habla, así como los que se comunican por medio de la escritura. Se enfocaron en dos grupos de personas; las que nacieron sordas y que solo han tenido acercamiento con la BLS y las que perdieron su audición en algún momento de su vida pero conocen el lenguaje hablado, es decir; poslingual.

Se ha hablado de la utilidad de los intérpretes de Lengua de Señas en los hospitales quienes ayudan al paciente y médico para favorecer una comunicación efectiva, pero de acuerdo a estas autoras se cree que hay un intérprete totalmente calificado en el Reino Unido por cada 275 personas sordas que lo necesitan¹⁹, donde su participación está enfocada en otros entornos sociales y muy pocos en el área médica.

La mayoría de los participantes prefería una consulta médica con la ayuda de un intérprete pues la ausencia de profesionales de salud capacitados en esta lengua hace que la interpretación sea la herramienta primordial del sordo.^{20,18} Sin embargo,

poco menos de la mitad de las personas que utilizan la Lengua de Señas expresaron que preferirían ser atendidos por personal de salud que conociera su lengua. Para algunos sordos, les preocupaba la participación de una tercera persona durante su cita médica pues su privacidad estaba siendo comprometida y aunque los pacientes sordos expresen su inconformidad por la deficiencia que perciben, la realidad es que la capacitación a los profesionales de la salud al nivel requerido para realizar una consulta con fluidez es ineficaz.²⁰

Los sordos no perciben la sordera como una discapacidad médica, al contrario, su lengua tiene un gran valor cultural y lingüístico donde son aceptados y entendidos por pertenecer a una comunidad. El personal de salud es el que debe trabajar en la inclusión de su lengua. Si ofrecen un servicio que brinda opciones, también deberían ofrecer opciones de comunicación disponibles y que estén adecuados a la necesidad del paciente, pues ellos tienen derecho de ser atendidos directamente por un profesional de salud.

Aunque se ha abordado como barrera principal la falta de comunicación y deficiencia de su lengua por parte del personal de salud para que las personas sordas tengan un acceso total a las instituciones sanitarias, Kritzinger y Schneider hallaron que existen factores interpersonales que impiden que los sordos accedan a los servicios de atención médica entrevistando a 16 sordos.

Dentro de los factores interpersonales está primeramente la esfera familiar en la que crece la persona sorda, es importante que con el paso del tiempo los padres que tienen un hijo sordo no lo sobreprotejan, al contrario deben fortalecer en ellos

sentimientos de pertenencia que les permita desarrollarse plenamente en la sociedad, pero también los familiares deben ser inclusivos con su lengua, conocerla y practicarla para que puedan comunicarse, ya que si existe primero una barrera de comunicación en la familia, difícilmente podrán abrirse a los entornos sociales y crear lazos de relaciones.

Para los participantes, la falla de comunicación inicia en su infancia cuando acuden con sus padres al médico. El cuidador primario elige sobre su salud y solo él tiene conocimiento del padecimiento y tratamiento, pero cuando crece el individuo, tiene que seguir yendo acompañado pues no se le educó de manera independiente. Los propios padres no han aprendido a comunicarse de manera efectiva con sus hijos sordos y la información de salud no se transmite al paciente.²¹

Para estas autoras, la timidez, la inseguridad, la falta de independencia así como la falta de asertividad, el no cuestionamiento y un ambiente sobreprotector²¹, ocasiona que exista una falla en la comunicación e inseguridad cuando la persona sorda quiera acudir al sistema de salud. Dentro de su estudio la mayoría de los participantes expresó que muchas veces salen de una consulta médica sin tener idea del diagnóstico o cuales son las razones de la prescripción de medicamentos y esto se debe por la falta de confianza o miedo de preguntar.

Los sordos manifestaron que sentían vergüenza de parecer ignorantes al solicitarle al profesional de salud que les explicara o repitiera todo lo relacionado con su estado de salud; *“Y las personas te miran y piensan que eres diferente y piensan que no*

*entiendes nada, pero si puedo comunicarme en lenguaje de señas, entonces otras personas verán que soy bastante inteligente y capaz como los demás”.*²¹

El paciente sordo solo quiere ser tratado como las personas oyentes, que pueda decidir y conocer qué es lo que sucede en su cuerpo; *“El personal debe explicar a los pacientes sordos lo que está sucediendo. A veces los médicos y las enfermeras nos tratan como si ni siquiera estuviéramos allí. Te hace sentir mal. Estás enfermo y también te gustaría saber qué te pasa...”*²¹, es importante que el personal de salud entienda que ellos merecen respeto. Por otra parte, se abordó la interacción con intérpretes durante la atención médica y para ellos la participación de una tercera persona es similar a la situación por la que ellos pasaron cuando fueron niños, generando sentimientos de exclusión e infantilización.

Se necesita un compromiso por parte de los profesionales de la salud, que ayuden a los usuarios sordos a sentirse cómodos y de manera asertiva en el sistema de salud, que no traten de silenciar sus necesidades y que puedan gozar del mismo acceso a la salud que otros disfrutan.

A nivel de Latinoamérica, en Brasil se han realizado diversos estudios sobre enfermería y su relación con la lengua de señas. Uno de ellos es el realizado por Borges y Pereira, quienes abordan en su estudio la relación y el impacto de la Lengua de Señas en dicha profesión. Estas autoras valoraron la experiencia de los estudiantes de pregrado de esta profesión en dicho país.

La Constitución de Brasil en el artículo 1º menciona que: “La Lengua de Señas Brasileñas (LIBRAS) y otros recursos de expresión asociados, se reconoce como

un medio legal de comunicación y expresión.”^{22,18} Sin embargo, en este país la Lengua de Señas aun no es vista como una obligación para la enseñanza e inclusión en distintos sectores de la sociedad, especialmente en el área médica.

Refieren que la inclusión de esta lengua en esta profesión es de carácter urgente, ya que la ética en el contexto de la enfermería, abarca comportamientos y acciones que involucran conocimiento, valores, habilidades y actitudes entendidas en el sentido de favorecer las potencialidades del ser humano²², teniendo como resultado un cuidado humanizado. Si el personal de enfermería desconoce esta lengua, difícilmente va a poder establecer una relación y comunicación con el paciente, no podrá comprender el mensaje y principalmente sus necesidades.

Su estudio se basó en dar clases semanales a los profesionales de enfermería, el tema principal fue “Accesibilidad e Inclusión”. Para ello, se necesitaron de profesionales en LIBRAS que presentaron situaciones en donde el profesional de enfermería podría usar para comunicarse con las personas sordas mostrándoles preguntas y respuestas básicas en Lengua de Señas Brasileña. Fue evidente la deficiencia que se encuentra en los hospitales y fue el propio personal de salud que lo comentó, además reconocieron que la presencia de un intérprete en un hospital o para el uso del paciente sordo en instituciones médicas es importante, porque solo él podría traducir el mensaje a los profesionales y viceversa.

Un punto que se mencionó en el estudio de Borges y Pereira fue que durante la intervención se le cuestionó al público como actuaría si una persona sorda acude por un infarto al miocardio. Es importante esta cuestión porque los sordos solamente

tienen como forma de comunicación las señas, y por medio de éstas nos comentan su padecimiento, signos y síntomas, entonces es aquí que cómo el personal va a saber la razón por la cual acude el usuario. Y se obtuvo como respuesta: "podría haber muerto en ese momento porque no entiendo la Lengua de Señas"²². El profesional de LIBRAS con el que contaron les enseñó en signos qué pasos deben de seguir para facilitar el diagnóstico, como resultado los participantes se sorprendieron y expresaron satisfacción pues conocieron cómo actuar ante algo inesperado que sucede frecuentemente en un día de jornada laboral dentro de una institución sanitaria.

Se planteó en su estudio que esta forma de comunicación debería ser incluida en los planes educativos pero no de manera opcional, sino de manera obligatoria. Menciona que la falta de comprensión de las indicaciones prescritas por los profesionales de la salud puede tener como consecuencia, malas interpretaciones que perjudiquen la salud de los sordos generando inseguridad en su cura.

Borges y Pereira concluyen de esta manera que el uso de la LIBRAS es necesario así como también que el personal de salud este actualizado en cuanto a la Lengua de Señas y con ello pueda entender las demandas de necesidad que el usuario presenta durante su cargo, de esta manera se obtendrá una asistencia efectiva de ambas partes. "Hoy, se recomienda coexistir con las diferencias, responder a las dificultades de los sordos que buscan atención médica. Es deber de todos los profesionales estar comprometidos a colaborar en la construcción de una sociedad inclusiva."²²

Otro estudio también realizado en este país es el elaborado por Alves y Aragão que investiga como el personal de enfermería interactúa en la atención ofrecida al paciente sordo.

Su estudio se realizó en el Hospital Universitario “Gafree y Guinle” en Río de Janeiro, con una población conformada por 11 enfermeras, 23 enfermeros técnicos y 3 auxiliares de enfermería, siendo un total de 37 profesionales. Se obtuvo que las tres técnicas más usadas fueron mímica, lectura de labios y escritura, lo cual coincide con estudios anteriores ya mencionados.²³

Mencionan que la atención brindada por profesionales de enfermería a personas sordas no es la adecuada. No hay una completa inclusión social como debería ser y como lo estipulada la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las personas con Discapacidad.

Alves y Aragão refieren que la LIBRAS es una lengua y no un método alternativo de comunicación. Definen que la lengua de señas es una modalidad lingüística manual-articulada y no una modalidad oroarticular-auditiva.²³ Esto es importante ya que en artículos anteriores se ha mencionado que el personal de salud está acostumbrado a que el paciente sordo puede leer los labios, cuando la Lengua de Señas es utilizar las manos, expresión corporal, mirada intencional y lingüística.

La LIBRAS es la primera lengua que representa a los sordos en Brasil y se espera que su lengua sea reconocida y que ellos puedan formar parte de su sociedad. El comienzo de formar parte de una comunidad y de buscar ser aceptados inicia desde la pequeña edad al aprender a comunicarse con sus padres primeramente y

posteriormente su desarrollo en las etapas escolares, y es aquí en donde se encuentran con las primeras barreras de exclusión pues no hay tantos profesores capacitados para poderse comunicar con ellos, enseñarles y facilitar su integración con sus compañeros de clase.

De acuerdo a la normatividad de su país, estas autoras mencionan la Ley N° 10,436 emitida el 24 de abril del 2002, está enfocada en la lengua de señas brasileñas y su aplicación legal dentro del sistema de salud y educación. Esta ley dice que: “los cursos en LIBRAS son obligatorios para los graduados de atención médica y educación.”²³ Recordemos que esta ley es la misma que se menciona en el artículo de Borges y Pereira en donde ellas nos mencionan que aunque sea vista como una obligación, desafortunadamente no es aplicada como se espera en la sociedad brasileña. Regresando a Alves y Aragão, para ellos los profesionales de la salud que están en constante contacto con personas con discapacidad, especialmente enfermería, convive más tiempo durante su jornada con el paciente y familia por ello deben sensibilizarse sobre este tema, conocer las leyes que respaldan a estos pacientes y alentarlos en la lucha por sus derechos.²³

Este estudio demostró que los enfermeros muestran inseguridad al tratar a los pacientes sordos. Primero por no conocer la lengua de señas y segundo, porque no están completamente seguros que el usuario haya comprendido el mensaje, lo cual podría traer más adelante complicaciones en su estado de salud. Estas autoras consideran importante la comunicación enfermero-paciente pues si se entabla una comunicación efectiva, el personal de enfermería entenderá que el paciente sordo es un ser holístico y comprenderá su forma de pensar, sentir y actuar. Asimismo, al

comprender las necesidades de los sordos el personal sabrá que actividades realizar para beneficio de su salud y minimizar las molestias ocasionadas por la enfermedad o padecimiento que tenga el usuario.

Asimismo, Alves y Aragão también identificaron que los profesionales de enfermería consideran similar los términos “sordo”, “sordomudo” y “mudo”. La sociedad a veces se dirige a estas personas utilizando alguna de estas palabras y la mayor parte desconoce que el término correcto es “sordo”. Si valoramos a una persona sorda, solamente lo que tiene como limitante es la pérdida de audición, pues sus cuerdas vocales no están dañadas. Ellos pueden emitir sonidos mas no estructurar palabras, según sea el caso. Ellos pueden ver, sentir, caminar, entender y comunicarse, lo único que no pueden es escuchar.²³

De acuerdo a las Naciones Unidas, el tener acceso a la salud y disfrutar de ésta es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano²⁴. Para Laur, los proveedores médicos que no abordan las dificultades lingüísticas por las que pasan los pacientes sordos estarían afectando sus deberes éticos y profesionales y podrían enfrentar posibles demandas por negligencia²⁵. Este autor aborda la descripción general de los deberes éticos y legales que deben tener los profesionales en la atención a las personas con discapacidad auditiva. Afirma que la barrera principal que se ha abordado a lo largo de este capítulo en relación con la ética y moral del proveedor de salud tiene como consecuencias un diagnóstico erróneo además de errores médicos en cuanto a su historial médico encontrándose un riesgo para su salud, las pruebas de laboratorio efectuadas en ellos y que a veces son innecesarias traen insatisfacción en el usuario pues no se les comunica

por qué se efectuará dicho procedimiento en ellos. Otros riesgos son la incapacidad de reservar citas médicas, la insuficiencia de seguimiento y la orientación médica.

Aunque existen leyes contra la discriminación que protegen a las personas sordas como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad la cual ha permitido que cambie la visión que la sociedad tiene sobre estas personas, pues son vistas como objeto, protección, caridad o solo se enfocan en ellos por su patología, enfermedad o tratamiento. Olvidan que son personas con capacidad de hacer valer sus derechos con responsabilidad para la toma de decisiones sobre su cuerpo, siempre y cuando tengan consentimiento informado en torno a su salud siendo muy importantes estos dos últimos puntos para este autor. Describe que en Estados Unidos y en el Reino Unido se han reportado demandas en contra de médicos e instituciones que se han negado a brindar atención u ofrecer el servicio de interpretación, en donde se ve afectado su incumplimiento al solicitar su consentimiento informado pues no hay conciencia de que son personas con la libertad de elegir sobre su salud.

Existen acciones ejecutadas a nivel internacional que benefician la comunicación entre médico-paciente, menciona que existen en Suecia, Estonia o Australia servicios gratuitos de ayuda que proporciona algunos centros de atención médica por carácter legal de ofrecer este servicio en sus instituciones.²⁵

Laur expone que el código de conducta profesional a nivel global requiere que los médicos respeten y sean sensibles a cualquier diferencia o discapacidad cultural, social y étnica al comunicarse con los pacientes²⁵, también dicho código aborda la

confidencialidad, derecho a la privacidad y que la comunicación debe ser clara y accesible, por ello los servidores de salud deben reconocer la utilidad de intérpretes profesionales y su utilidad en la satisfacción de necesidad tanto en comunicación como en relación a su salud y libre decisión.

Se ha tratado el uso de familiares como medio de traducción y de la inconformidad del paciente sordo en que sepan sobre algunos detalles privados, que el familiar no explique con precisión el mensaje, ya sea por angustia o bien por la poca familiarización con términos médicos teniendo como resultado que el mensaje sea cambiado, se omitan o agreguen detalles que el paciente nunca mencionó.

Es por ello que existe la necesidad de aumentar la conciencia de la sordera dentro del personal de salud, proporcionando cursos de capacitación en Lengua de Señas y relacionar la importancia de la ética en las profesiones de salud. Asimismo, mostrar más empatía y comprensión hacia el usuario sordo mejorara la satisfacción y querrán participar más en torno a su estado de salud y prevención.

CAPITULO 3. SITUACIÓN DEL SORDO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD EN MÉXICO

La falta de la Lengua de Señas Mexicana en el ámbito hospitalario ocasiona que los sordos que acuden a estas instituciones no puedan comunicarse con los profesionales de la salud. El desconocimiento, la falta de interés y de comunicación genera una barrera, la persona no puede transmitir el motivo o problema de salud por el cual asiste. La inclusión de su lengua en los diferentes sectores sociales es uno de sus derechos como también recibir atención médica y adecuada, un trato digno y respetuoso e incluso ser tratado con confidencialidad, pues así lo marca los Derechos de los Pacientes.

En el último censo realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) se contabilizaron 5,739,270 personas con algún tipo de discapacidad en México, el 12.1% son sordas, es decir, 694,451 habitantes del país padecen deficiencia auditiva. Las personas sordas se enfrentan a diario a distintas limitaciones que les impiden relacionarse e interactuar con la sociedad a pesar de que en el 2005 se reconoce a la Lengua de Señas Mexicana como una lengua nacional y en el 2011 como patrimonio de la nación.²⁷ Dentro de la Ciudad de México los tipos de discapacidad más comunes son: motrices con el 42%, visuales 25%, auditivas 13%, intelectuales con el 11% y las psicosociales con un 9%.²⁸

De las causas que se tienen registro por pérdida auditiva un 28.9% corresponde por enfermedad, 49.6% por edad avanzada, 9.3% por nacimiento, 6.3% por accidente, 0.8% por violencia y con 5.1% por otra causa.³⁰

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) en 2014, de los 119.9 millones de personas que habitan la república mexicana, el 6% (7.2 millones) tienen discapacidad, de las cuales el 33.5% (2.4 millones) es de problema auditivo.^{30,29} Del total de personas con discapacidad auditiva, el 13.4% (320,000) tienen entre 0-14 años de edad, es decir, se encuentran en edad escolar.³⁰

La audición es fundamental para la comunicación entre las personas, y su disminución o su pérdida tienen consecuencias importantes. Mientras que la sordera en los niños dificulta el aprendizaje y el desarrollo del lenguaje, en las personas adultas y mayores disminuye su capacidad de comunicación y su autonomía, y limita las oportunidades de ser un miembro activo en la sociedad.⁹

Actualmente la forma que predomina por los medios de comunicación es la auditiva, lo cual resulta ser de carácter limitado para las personas sordas pues están de alguna forma incomunicadas y desconocen la información que se transmite para la población en general; es así que esta barrera de comunicación ocasiona la dificultad de empoderamiento de las personas sordas e incrementa el riesgo de ser discriminadas y excluidas socialmente aún más que otros grupos de personas con discapacidad.³¹ El Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), define a la discriminación como; una práctica cotidiana que consiste en dar un trato desfavorable o de desprecio inmerecido a determinada persona o grupo, que a veces no percibimos, pero que en algún momento la hemos causado o recibido.³²

En nuestro entorno social, la Ciudad de México está adaptada más que nada para las personas con discapacidades visual y motriz pues a simple vista podemos percatarnos de su limitante. Nuestra ciudad cuenta con rampas para personas con silla de ruedas, los semáforos están adaptados con diferentes sonidos para las personas con discapacidad visual e incluso hay calles de nuestra ciudad en braille, sin embargo, aún no hay adecuaciones para las personas sordas y sus necesidades pues las personas sordas no reflejan algún dato de su sordera que podamos percibir.

Además de la inadecuación que encuentran diario en su entorno social, sus derechos principales como la educación, el empleo y la salud no son tomados en cuenta. En lo que respecta al derecho a la salud de las personas sordas, el gobierno ni las instituciones médicas han actuado para disminuir la deficiencia que ellos encuentran dentro de estas instalaciones como también en su personal, pues la mayoría no están capacitados para atender a este sector de la población y no hay respeto por su lengua natural. Especialmente en el área de enfermería, Loredo y Matus recopilaron artículos en torno a la comunicación con pacientes sordos del año 2000 al 2012, donde la mayor parte de los resultados fueron a nivel internacional y el hallazgo en cuanto a nivel nacional no se obtuvo, pues en México no existe bibliografías sobre la Lengua de Señas Mexicana y su aplicación en los hospitales. Para ellas el cuidado de personas con deficiencia auditiva parece no ser una prioridad importante por parte del gremio de enfermería dentro de nuestro país, pues se observa poco material de lectura documentado en comparación con otros países.³³

Asimismo, refieren que los profesionales de salud deben considerar las características socioculturales de México. Además de brindar cuidado, tenemos la obligación de comprender estos grupos sociales, lograr la empatía, la inclusión e igualdad y sobretodo hacerlos sentir como personas y no como un enfermo o patología y cultivar en ellos sentimientos de pertenencia.³³ Estas autoras comparten su experiencia personal en cuanto a la atención que brinda el personal de enfermería en un usuario con deficiencia auditiva, relatan que el personal los ignora pues al quererse comunicar con ellos es una experiencia estresante para ambas partes. Si se comunican es con la ayuda de un familiar que sustituiría al “intérprete”.

Sin embargo el riesgo está presente, ya que el cuidador primario puede omitir información, tiende a la mala traducción ante situaciones críticas de salud, con el propósito de proteger a su familiar, puede tener desconocimiento de la semiología médica lo que contribuye al desvío del diagnóstico³³ y esto ocasionaría probablemente que la estancia hospitalaria se prolongue generando costos elevados y malas experiencias que provocan renuencia por parte de la persona con deficiencias auditivas hacia el personal de salud y como consecuencia, el personal de enfermería prefiere “cuidar en el silencio”.³³

En relación a los intérpretes como herramienta para el desarrollo, mejora y ayuda en la comunicación con las personas sordas es de carácter urgente. Se estima que en todo el país hay solo 40 intérpretes certificados en Lengua de Señas Mexicana (LSM), de los cuales 11 están ubicados en la capital.³⁴ A pesar de que este problema existe, el Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014-2018 refiere en su marco internacional que las personas sordas

con frecuencia tienen dificultades para la asistencia, contratación o formación de intérpretes de Lengua de Señas Mexicana (LSM), sobre todo en comunidades rurales o aisladas³⁵, según el Informe Mundial sobre Discapacidad del 2011.

El intérprete es un puente de comunicación, hay pocos en la Ciudad de México donde algunos se encuentran en diferentes espacios como en los medios televisivos o al servicio dentro de las instituciones gubernamentales u eventos del mismo, entre otros. Por ello, el personal de salud debe considerar la importancia de la inclusión de la Lengua de Señas Mexicana dentro de los hospitales, clínicas y centros de salud de nuestro país. Ningún profesional de la salud está exento de que en algún momento atienda a este sector de la población, es así que en el 2006 la Secretaría de Salud se interesó por la capacitación del personal médico y de enfermería para auxiliar a los usuarios con discapacidad auditiva dentro de las instituciones sanitarias certificando a 230 personas por la Asociación de Intérpretes de Lengua de Señas del DF, con el objetivo de que los pacientes no retrasen su atención médica a causa de su discapacidad.³⁶ Después de esta intervención que realizó la Secretaría de Salud ya no se realizaron más certificaciones para el personal de salud y es que la interpretación debe verse también como un tema serio. Es una profesión que lleva años de preparación, son profesionales que respetan la Lengua de Señas Mexicana, su gramática y transmiten el mensaje lo más cercano a su lengua natural y viceversa.

Es importante que el gremio del área de la salud forme el interés por este sector que no goza de sus derechos de salud y atención médica personalizada. La necesidad de ser comprendidos y de comunicarse con el profesional de salud existe.

Se debe actuar de manera inmediata y considerar que además de la comunicación verbal, hay otras formas por las cuales se puede comunicar el profesional de enfermería, acercarse a la Lengua de Señas Mexicana mejoraría su formación profesional o laboral y ofrecerían un mejor servicio.

Por esta razón, la preocupación de que los usuarios sordos gocen de una atención personalizada y trato digno se ve reflejada en la iniciativa Aarón Pedraza, que es sordo y quién brinda un curso-taller en la Ciudad de México dirigido a profesionales y estudiantes del área de la salud. Para Pedraza *"en México es difícil tener una atención médica del usuario con discapacidad auditiva, ya que se desconoce cómo debe ser el trato y no hay capacitaciones continuas"*³⁷

Asimismo, Antonio De Jesús Velázquez residente de la especialidad en Audiología, Otoneurología, Foniatría y Patología del lenguaje en el Instituto Nacional de Rehabilitación aprendió Lengua de Señas, *"tristemente, son muchos los colegas que no ven esto como una necesidad, es como si creyeran que eso le corresponde a alguien más; algunos actúan de esta manera por miedo y desconocimiento, otros por franco desinterés. Pero también están aquellos que solo requieren un poco de motivación para involucrarse en temas de atención inclusiva..."*³⁷

Nuestra sociedad tiene la idea de que las personas sordas son quienes deben de adaptarse a nuestro entorno, rechazamos la oportunidad de entender el mundo de otra manera, su mundo por medio de la Lengua de Señas. Es importante crear espacios en los que la inclusión sea indispensable y se construyan puentes entre la comunidad sorda y oyente.³⁸ Las personas sordas pueden realizar todo tipo de

trabajos intelectuales, manuales, etc, y pueden desarrollarse con los demás de una manera fluida y sin impedimentos, pero para ello es necesaria una concientización de la sociedad a este problema que sufren miles de personas.³⁹

3.1 Normatividad

A nivel internacional hay países que tienen leyes en defensa de las personas sordas y que estipulan que el acceso a sus sectores sociales se adapten a sus necesidades. Una de ellas es la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad la cual surge el surge el 13 de diciembre de 2006, siendo así la primera convención de derechos humanos que dirige un enfoque positivo a las personas con discapacidad. México participa en ella el 30 de marzo de 2007 adquiriendo el compromiso de respetar, reconocer y garantizar los principios y derechos que en ella se contiene.⁴⁰

De igual manera, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) en el escrito “Los principales derechos de las personas con discapacidad” menciona que se tiene como obligación considerar a las personas con discapacidad como seres humanos y que se requiere una modificación para disfrutar de todos los bienes y servicios públicos y privados, menciona que los Estados Partes se comprometen a asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos y libertades fundamentales, tales como; accesibilidad, igualdad y no discriminación, acceso a la justicia, inclusión en la comunidad, educación, salud, trabajo y empleo, entre otros.⁴⁰

En el año 2010, se crea la Ley para la Integración al Desarrollo de las Personas con Discapacidad del Distrito Federal, la cual se modifica en el año 2017; en ella se estipula en el capítulo tercero referente a la salud en el artículo 16 que “A fin de

garantizar el derecho a la salud, corresponde a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México las siguientes atribuciones: I. Diseñar, ejecutar y evaluar programas de salud pública para la orientación, prevención, detección, estimulación temprana, atención integral o especializada, habilitación y rehabilitación para los diferentes tipos de discapacidad”.⁴¹

Además, en la disposición número IV refiere “Corresponde a los directores o titulares de los centros de salud, clínicas y hospitales del Gobierno de la Ciudad de México contar, por lo menos, con una persona de cada sexo que sea intérprete de Lengua de Señas Mexicana para auxiliar a las personas con discapacidad auditiva en sus consultas o tratamientos.”⁴¹ Este servicio de interpretación a pesar de ser una norma vigente y que debe cumplirse, no se lleva a cabo por las instituciones de salud de este país. No todas las instituciones cuentan con dicho servicio, el cual forma parte de los derechos de las personas con discapacidad auditiva.

A partir del 30 de mayo de 2011 se publica en el Diario Oficial de la Federación la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad que tiene como objetivo que el Estado deberá promover, proteger y asegurar el pleno ejercicio de los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad, asegurando su plena inclusión a la sociedad en un marco de respeto, igualdad y equiparación de oportunidades.

En materia de salud, esta ley estipula en su Título Segundo: Derechos de las Personas con Discapacidad, Capítulo I Salud y Asistencia Social, Artículo 7 que:

“la Secretaría de Salud promoverá el derecho de las personas con discapacidad a gozar del más alto nivel posible de salud, rehabilitación y habilitación sin discriminación por motivos de discapacidad, mediante programas y servicios que serán diseñados y proporcionados, considerando criterios de calidad, especialización, género, gratuidad o precio asequible.”⁴²

Asimismo, en el año 2011 en el decreto del 1° de septiembre, se crea el Instituto de las Personas con Discapacidad, organismo responsable de coadyuvar con el Ejecutivo local y todas las áreas de Administración Pública de la Ciudad de México en el diseño, supervisión y evaluación de las políticas públicas en materia de discapacidad, a fin de contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad a través del libre ejercicio de sus derechos en un ambiente de igualdad de oportunidades.⁴³

La mayor parte de los logros que hace mención este instituto es durante el periodo del Lic. Miguel Ángel Mancera como Jefe de Gobierno de la Ciudad de México. Uno de estos logros fue la creación del primer Diccionario de Lengua de Señas Mexicana más un diplomado sobre esta lengua con la participación de 469 personas.⁴³

Posteriormente en el año 2017 se publica la Ley de la Accesibilidad para la Ciudad de México, en ella se estipula en su artículo primero que el objetivo de esta es que se garantice el derecho de accesibilidad al entorno físico, las edificaciones, los espacios públicos, la información y las comunicaciones. Asimismo, esperan con esta ley se elimine cualquier forma de discriminación y se promueva la igualdad.⁴⁴

Actualmente el senador Américo Villarreal Anaya propuso modificar el artículo 51 Bis de la Ley General de Salud, para que se establezcan unidades de salud especializadas en Lengua de Señas Mexicana para personas sordas.⁴⁵ Actualmente este artículo menciona lo siguiente:

ARTICULO 51 Bis 1.- Los usuarios tendrán derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen. Cuando se trate de la atención a los usuarios originarios de pueblos y comunidades indígenas, estos tendrán derecho a obtener información necesaria en su lengua.⁴⁶

Dicha modificación plantea la creación de un reglamento que obligue a la Secretaría de Salud integrar y operar unidades especializadas en Lengua de Señas, capacitar a directivos y personal de salud en esta lengua, así como la constante evaluación de su aprendizaje y crear cursos de retroalimentación si es necesario. “No todas las personas sordas tienen un familiar, conocido o amigo que les traduzca y no existe personal de salud capacitado en dicho lenguaje”⁴⁵.

CAPÍTULO 4. LENGUA DE SEÑAS MEXICANA

La inclusión de los sordos y su cultura en la sociedad mexicana se remota desde hace 152 años. Más tarde en la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, la Lengua de Señas Mexicana se le reconoce y es “oficialmente una lengua nacional y forma parte del patrimonio lingüístico con que cuenta la nación mexicana”. A pesar de esto, actualmente la búsqueda por ser vistos ante los demás y ser tomados en cuenta en los diferentes sectores de nuestro país continúa.

4.1 Antecedentes de la Lengua de Señas/Lengua de Señas Mexicana

Antecedentes de la Lengua de Señas

La historia de los “sordos” inició desde una perspectiva negativa. Por la falta del habla, la sociedad creía que no eran capaces de comprender y los catalogaban como personas enfermas e incapaces de razonar.⁴⁷

Posteriormente, al ver el trato de la sociedad hacia ellos y la importancia de la educación en jóvenes con la limitante de la escucha, hubo varios personajes que cambiaron esta situación y abrieron una brecha para que la comunidad sorda aprendiera a comunicarse y poco a poco cambiar la visión que se tenía sobre ellos.

El primer personaje importante para los sordos fue Pedro Ponce de León. Nacido en Valladolid en 1520, fue el primer educador de sordos. En su método de enseñanza incorporó la dactilología y las configuraciones manuales del abecedario para enseñar la escritura y el habla. En aquel tiempo a los niños sordos se les hablaba por medio de signos y escritura y se les pedía que respondiera de forma

oral.^{48,49,50,51} Cuarenta años después de la muerte de Ponce de León, Juan Pablo Bonet publicó su “Reducción de letras y arte para enseñar la escritura a hablar a los mudos”, se explica los métodos que utiliza en la introducción de los sordos.^{48,50,51}

Abad Charles-Michel de L’Épée es la figura más importante en la educación de los sordos en el siglo XVIII. Fundó la primera escuela pública para sordos en Francia, dónde comenzó a aprender la lengua de señas y a utilizarla como medio de enseñanza de la lengua y la cultura francesa para los sordos, inventó las señas metódicas que permitían incorporar la gramática francesa en la comunicación manual.^{48,49,47}

Como sucesor de L’Épée en el Instituto Nacional para Sordomudos en Paris, el Abad Sicard modificó el método de L’Épée. Otorgó una mayor importancia a la comprensión del significado en el contexto concreto en el que una expresión se producía, además de que la expresión escrita se practicara usando frases sencillas. A su vez, Thomas Hopkins Gallaudet fue enviado a Europa con la finalidad de aprender un método para enseñar a los sordos, es así que Sicard le enseña junto con Massieu y Clerc, profesores que trabajan en Paris.^{48, 49,47} Posteriormente Gallaudet vuelve a Estados Unidos junto con Clerc y fundó el denominado Asilo Americano para la Educación e Instrucción de Sordos y Mudos, enseñando Lengua de Señas Francesa y Lengua de Señas Americana.^{48,49,47,51}

En el siglo XIX inicio la época de discriminación de la Lengua de Señas pues algunos educadores se oponían a esta técnica, esperaban que los niños dejaran el uso de la Lengua de Señas y aprendieran métodos oralistas. En la década de los

60 se abrieron las primeras escuelas exclusivamente oralistas, mismas que se oponían a la utilización de las señas por considerarlas inadecuadas y opuestas a los objetivos educativos que se estaban trazando.⁴⁸

En 1880 en Milán, Italia, se llevó a cabo el Congreso Mundial de Educadores de Sordos, en donde se aprobó una resolución para promover el oralismo, despedir a todos los maestros sordos y prohibir el uso de la Lengua de Señas.^{48,50}

Es así que el pedagogo George Veditz que además de ser sordo desde los 8 años a causa de una enfermedad, fue electo en 1907 como Presidente de la Asociación Nacional de Sordos de los Estados Unidos de América (NAD por sus siglas en inglés). Por su interés en la conservación de la Lengua de Señas, en 1910 inició un proyecto en el que filmó a destacados maestros de oyentes como de niños sordos, siendo estas filmaciones un registro invaluable de la Lengua de Señas en el mundo. Veditz afirma que “mientras haya personas sordas sobre la tierra existirán las señas. El más noble don que Dios le ha dado a los sordos”.⁴⁸

William Stoke señaló que la Lengua de Señas tiene las condiciones lingüísticas para ser considerada un idioma, pues tiene un vocabulario, gramática, estructura y sintaxis propia. En 1960 siendo profesor de la Universidad de Gallaudet en Washington D.C, publicó el primer libro que estudia la Lengua de Señas Americana (ASL) desde una perspectiva lingüística.^{48,47}

Otro acontecimiento importante para la cultura sorda ocurrió en Roma en el año 1951, se llevó a cabo el primer Congreso de la Federación Mundial de Sordos (WFD); en él se reunieron 25 países para discutir y reunir los estatutos del Sistema

de Señas Internacional. En 1986 inicia sus actividades la Universidad de Gallaudet la cual es la única en el mundo que desarrolla programas de educación para estudiantes sordos.⁴⁸ En 1988, esta Universidad fue escenario de una gran protesta iniciada por los estudiantes, principalmente buscaban que el Presidente de la Universidad fuera una persona sorda y tenían a más de 100 personas sordas con doctorado y puestos administrativos para ser electos. Sin embargo, el 6 de marzo de 1988 se eligió a un presidente oyente provocando descontento en los estudiantes.⁴⁸

Posteriormente, el Dr. King Jordan asume la presidencia una semana después del movimiento siendo el primer presidente sordo de esta universidad. Las demandas de los estudiantes fueron aceptadas, lograron la integración de la comunidad sordas en diferentes puestos y actividades de dicha institución y hoy en día la sociedad reconoce los derechos y habilidades de las personas sordas e hipoacúsicas.⁴⁸ Asimismo, el Dr. Jordan acuñó la frase que posteriormente se hizo mundialmente famosa: “La persona sorda puede hacer todo, excepto oír”.⁴⁸

Por último, en 1994 la Declaración de Salamanca plasmó el marco de acción sobre las necesidades educativas especiales, participando de igual forma la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Se abordaron distintos puntos pero el más importante fue que cada niño tiene características, intereses, capacidades y necesidades de aprendizaje, de este modo se garantizaba que todos los sordos tengan acceso a la enseñanza.⁴⁸

Es así que desde 1880 hasta 1994 con dicha declaración más la evidencia de los progresos académicos, lingüísticos y emocionales de los niños sordos más las investigaciones recopiladas por los doctores Edward Klima y Ursulla Bellugi, se quitó la prohibición del uso de la Lengua de Señas en el mundo. A este periodo se le llama en la cultura sorda “Los cien años de silencio”.^{48,50}

Antecedentes de la Lengua de Señas Mexicana

El registro que se tiene en México sobre la educación para los sordos surge en el siglo XIX con la publicación de un anuncio en el diario “El Sol” el cual da aviso para educar a los sordos.⁴⁸ Por iniciativa del ejecutivo Benito Juárez y su Ministro de Justicia Ignacio Ramírez, quienes promulgan una ley el 15 de abril de 1861 en donde se establece la Institución de Escuelas públicas para sordomudos.^{48,47,50}

El 14 de febrero de 1867, por orden de Eduardo Huet quien fue un hipoacústico francés, fundó la Escuela Municipal de Sordomudos. Posteriormente, esta escuela pasó de régimen municipal a nacional el 28 de noviembre de 1867 por decreto del Diario Oficial de la Federación siendo ya Escuela Nacional de Sordomudos (ENS) en la Ciudad de México donde Huet fue su director en el periodo de 1867 a 1878.^{48,47,50}

Durante el gobierno del General Porfirio Díaz se promulga la Ley de Educación Primaria el 15 de agosto de 1908, en ella se enfatizó la importancia de dar educación primaria y enseñanza de oficios a sordomudos.^{48,50} La ENS funcionó hasta los últimos años de la década de 1960, lo que permitió que muchos sordos

desarrollaran la comunicación y el aprendizaje para lograr tener una vida digna y en muchos casos, un crecimiento profesional.⁴⁸

El “Día Nacional de Personas Sordas” ahora “Día de la Fraternidad del Sordo” se estableció en 1970 y se celebra cada 28 de noviembre en honor a que en esa fecha se creó la ENS. Actualmente se sigue celebrando y el punto de reunión es el Hemiciclo a Juárez en donde las personas sordas conviven con amigos, además de demostrarle a la sociedad su cultura.⁴⁸

En 1993, gracias al Dr. Eduardo Montes de Oca Fernández, se reincorporó la Lengua de Señas Mexicana en la licenciatura de Terapia de Comunicación Humana y ahora es parte de las materias cursadas por residentes de alta especialidad en pediatría en el Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra”.⁴⁸

A inicios del siglo XXI, el Diario Oficial de la Federación, mediante la Ley General de las Personas con Discapacidad en México, reconoce el uso de la Lengua de Señas Mexicana y la define como “una serie de signos gestuales articulados con las manos acompañados de expresiones faciales, mirada intencional y movimiento corporal dotados de una función lingüística” y que además es parte del patrimonio cultural pues “es tan rica y compleja tanto en gramática como en vocabulario como cualquier lengua oral”.⁴⁸ Asimismo, esta ley reconoce a la comunidad de sordos como “aquel grupo social cuyos miembros tienen alguna deficiencia del sentido auditivo que les limita sostener una comunicación y socialización regular y fluida en lengua oral”.⁴²

En 2009 se publica la primera edición de “Mis manos que hablan. Lengua de Señas para sordos” ejemplar muy importante y útil para el acercamiento a esta lengua. De las instituciones educativas para niños sordos en la Ciudad de México, existe el Instituto Pedagógico para Problemas de Lenguaje IAP (IPPLIAP), primera escuela con programa de Lengua de Señas Mexicana (LSM) la cual atiende a niños y adolescentes con problemas de audición, lenguaje y aprendizaje desde hace 40 años.⁴⁸

En 2013, el César Ernesto Escobedo Delgado se convirtió en el único sordo a nivel nacional con título en Estudios de Lengua de Señas Aplicada. Aprendió 12 lenguas, diez son lenguas de señas extranjeras y manejo de la lecto-escritura en español e inglés, su trayectoria académica la realizó en la Universidad de Gallaudet.⁴⁸

Han pasado 150 años y aún es muy difícil la situación en cuanto a la atención del gobierno y de particulares sobre la situación de los sordos en México. Se estima que actualmente hay al menos unos 138 tipos de lenguas de señas en el mundo y que como todas las lenguas orales, tienen morfología, sintaxis, gramática, léxico y rasgos idiosincráticos.⁴⁸

4.2 Estructura

La Lengua de Señas Mexicana se desarrolla como cualquier otro idioma ya que cuenta con su propia gramática y por lo tanto, se puede considerar como distinta al español. Por medio de la gesticulación, expresión corporal, expresión facial, el movimiento así como el posicionamiento de las manos transmite un sentimiento y un mensaje en su totalidad.

Para la realización de las señas se utiliza la mano dominante (MD) y la mano base (MB). Si la persona es diestra, su mano derecha es la dominante. Ahora, hay señas que requieren utilizar las dos manos, con la mano dominante hace los movimientos principales y la otra mano le sirve de apoyo, es decir; la mano base.⁵²

La dactilología es la representación manual de las letras del abecedario (ver anexo 1) y se utiliza para los nombres cortos, nombres propios, siglas, neologismos y cuando no se sabe la seña. Existen señas inicializadas o alfabéticas que utilizan la inicial de la palabra como seña, señas numéricas se denominan así cuando la mano forma números⁴⁸ (ver anexo 2)

Cuando no exista la seña para denominar ciertos objetos, se utiliza un clasificador. Por medio de las manos se podrá describir las características del objeto. Las señas se dividen en cuatro tipos, los cuales son: Seña manual: se articula con una mano, Seña bimanual: el uso de dos manos, Seña simétrica: ambas manos a la vez a través de movimientos en espejo, idénticos o alternados, Seña compuesta: se articula a través de al menos dos señas.⁴⁸

4.3 Gramática de los sordos

El orden de los elementos de una oración varía de una lengua a otra e incluso dentro de la misma lengua. En el caso de las lenguas de señas, de manera general se han descrito como lenguas SVO. Aunque de manera general se puede decir que en la LSM el orden de constituyentes que se observa en la mayoría de las construcciones gramaticales es Sujeto-Verbo-Objeto (SVO), sin embargo el orden de los elementos en la oración está determinada por el tipo de verbo que se utiliza.⁴⁷

La estructura de las oraciones en lengua de señas mexicana es distinta al español.

Esta se compone de:

Sujeto + Verbo + Objeto + Sujeto⁵¹

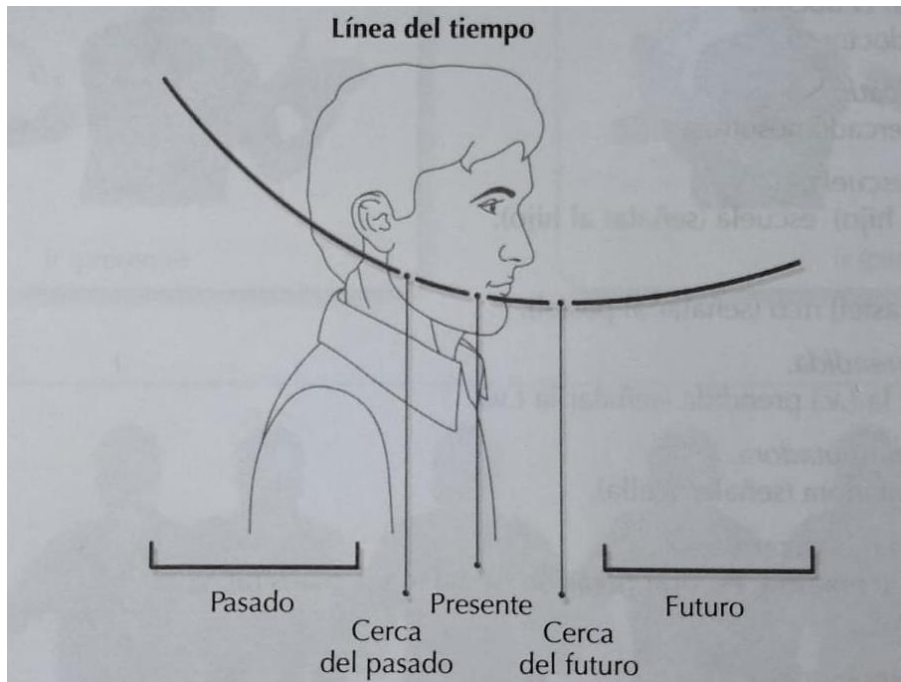
4.4 Tiempos verbales

Presente: para indicar este tiempo en lengua de señas se sobreentiende que se está hablando en dicho tiempo.⁵¹

Pasado: para indicar un enunciado en pasado, se hace un ligero movimiento del cuerpo hacia atrás según sea el contexto, o bien, se levanta la mano con la palma hacia atrás a la altura de la cabeza.⁵¹

Futuro: para indicar un enunciado en este tiempo, se hace un movimiento del cuerpo ligeramente hacia adelante, o bien, se dirige la mano lateraliza hacia adelante.⁵¹

Figura 2. Tiempos Verbales



Fuente: Tomada de López Luis Armando, Mis manos que hablan. Lengua de Señas para Sordos. México; Trillas; 2006, p.p 51

CAPÍTULO 5. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON EN LENGUA DE SEÑAS MEXICANAS

Marjory Gordon fue una enfermera que se desarrolló en los ámbitos de la teoría disciplinar y como profesora, además fue la primera presidenta de la NANDA. De igual manera se le atribuye el formato PES (Problema + Etiología + Signos o síntomas)⁵³, el cual ayuda en la elaboración del proceso enfermero. En 1987 elaboró un método que permite a la enfermera, la identificación de patrones mediante la recolección de datos en forma sistemática y continua, dividido en once patrones funcionales. Estos son considerados como modelo enfermero para valorar y organizar la información, recolectar la información sobre respuestas humanas y fisiopatológicas⁵⁴ y permite contemplar al paciente de forma holística. Además, la secuencia de dichos patrones proporciona un flujo eficiente y eficaz para la valoración de enfermería.⁵³

La palabra “patrón” para Gordon significa “una secuencia de comportamientos” así el profesional de enfermería recolecta aquellos que funcionan bien y los que funcionan mal.⁵⁴

Los patrones se dividen en físicos y emocionales, los cuales son:⁵⁴

FISICOS

<i>Patrón de percepción/mantenimiento o de la salud</i>	de Valora la percepción del usuario en relación con su estado de salud, las características de su entorno y las conductas para el cuidado de la salud. ⁵⁴ Asimismo, la gestión de riesgos y el cumplimiento de las actividades de promoción de la salud mental
---	---

	y física, la prescripción médica o de enfermería y la atención de seguimiento. ⁵⁵
<i>Patrón nutricional/metabólico</i>	Valora los hábitos-costumbres alimenticios y la ingesta de líquidos en relación con la necesidad metabólica ⁵⁴ , como también las preferencias alimentarias particulares y el uso de suplementos de nutrientes o vitaminas. Describe los patrones de lactancia materna y alimentación infantil, la capacidad para la curación, la temperatura corporal y la apariencia general de bienestar de la piel, cabello, uñas, membranas mucosas y dientes. ⁵⁵
<i>Patrón de eliminación</i>	Valora la capacidad del individuo para eliminar los desechos del organismo (intestinales, urinarios y cutáneos) ⁵⁴ , incluyendo la regularidad percibida del individuo de la función excretora, el uso de rutinas o laxantes para la eliminación intestinal y cualquier cambio o alteración en el patrón de tiempo, modo de excreción, calidad o cantidad de eliminación. ⁵⁵
<i>Patrón actividad/ejercicio</i>	Valora la capacidad del organismo para la realización del ejercicio, actividad, ocio y recreación, así como el tipo, la cantidad y la calidad. También se incluyen factores que interfieren con las actividades deseadas o esperadas para el individuo (tales como déficits y compensaciones neuromusculares, disnea, angina o calambres musculares por esfuerzo, y clasificación cardíaca/pulmonar, si corresponde). ⁵⁵
<i>Patrón reposo/sueño</i>	Valora los aspectos de relajación, descanso y sueño del usuario en cuanto a su cantidad y calidad ⁵⁴ , la percepción del nivel de

energía después del sueño y cualquier alteración de este, así como el uso de medicamentos o rutinas nocturnas.⁵⁵

Patrón

cognitivo/perceptual

Valora las capacidades sensoriales, las experiencias de la persona relacionadas con el dolor y su respuesta a éste; así como los procesos del pensamiento, memoria, habilidades para el aprendizaje y capacidad para la toma de decisiones.⁵⁴

EMOCIONALES



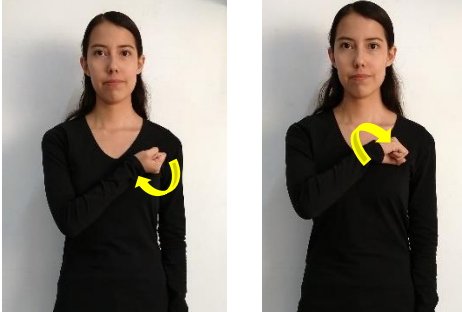
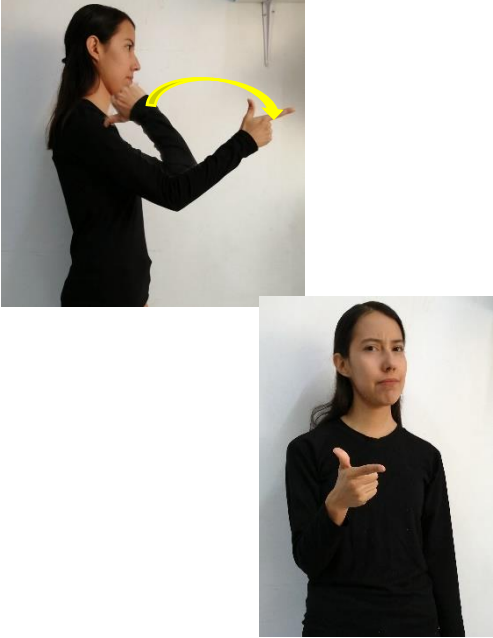
<i>Patrón autoimagen/autoconcepto</i>	Valora el autoconcepto y las percepciones del estado de ánimo, las actitudes del individuo sobre sí mismo, la percepción de habilidades (cognitivas, afectivas o físicas), la imagen corporal, la identidad, incluidas la postura y el movimiento del cuerpo, el contacto visual, la voz y el patrón del habla. ⁵⁵
<i>Patrón rol/relaciones</i>	Valora la percepción individual dentro de los roles y responsabilidades relacionadas con éstos. Así como la satisfacción o los disturbios en la familia, el trabajo o las relaciones sociales. ⁵⁵
<i>Patrón de sexualidad/reproducción</i>	Valora la percepción de la feminidad o masculinidad, la capacidad de expresar la sexualidad ⁵⁴ , la satisfacción o insatisfacción. También de las funciones o estado reproductivo, incluida las etapas premenopausia o posmenopausia. ⁵⁵
<i>Patrón de afrontamiento/tolerancia al estrés</i>	Valora el afrontamiento y la efectividad de tolerancia ante el estrés y los mecanismos de adaptación utilizados para hacerle frente al problema. ^{54,55}
<i>Patrón de valores/creencias</i>	Valora el sistema de metas, valores o creencias (incluso las espirituales) del individuo que guían las elecciones o decisiones ante un conflicto relacionado con la salud. ⁵⁵

En este trabajo se optó por emplear el modelo de Patrones Funcionales de Marjory Gordon ya que es uno de los tres enfoques más revisados en la carrera de enfermería de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza para poder hacer un adecuado diagnóstico enfermero. Asimismo al comparar dicho modelo con las teorías de Dorothea Orem y Virginia Henderson este se apega más a los dominios establecidos en la NANDA. Del mismo modo estos Patrones Funcionales de Marjory Gordon fueron ajustados a la hoja de enfermería de la institución hospitalaria donde se realizó el servicio social.



Esta valoración tiene como propósito ayudar al personal de enfermería que atiende a un usuario con discapacidad auditiva, pues es el primer contacto con los pacientes que acuden a una institución sanitaria. Asimismo, servirá para que los profesionales se acerquen a esta lengua y generen interés en ella. La guía contiene preguntas que podrán cuestionar los profesionales de enfermería a los pacientes sordos. Las preguntas vienen en español y el orden de las señas es de acuerdo a la gramática en LSM que usan los sordos.

Recordar que para transmitir el mensaje es importante la gesticulación. Asimismo, las señas deben ejecutarse con la mano dominante, pues las imágenes que se mostraran a continuación fueron elaboradas usando la mano derecha.



Patrón 1. Percepción/Mantenimiento de la salud

<p>¿Considera que tiene algún problema de salud?</p>		<p>(problema)</p>			
<p>(Tú)</p> <p>1. Señalar a la persona</p>			<p>(salud)</p> <p>3. MB en puño a la altura del pecho</p> <p>4. MD con índice hacia arriba se junta con el dorso de la MB.</p> <p>5. MD con el índice hacia arriba realiza movimiento hacia arriba-abajo</p>	 <p>* MD: mano dominante *MB: mano base</p>	
<p>(algo)</p> <p>2. MD está en puño con pulgar extendido y posteriormente abre con pulgar e índice extendido</p>					


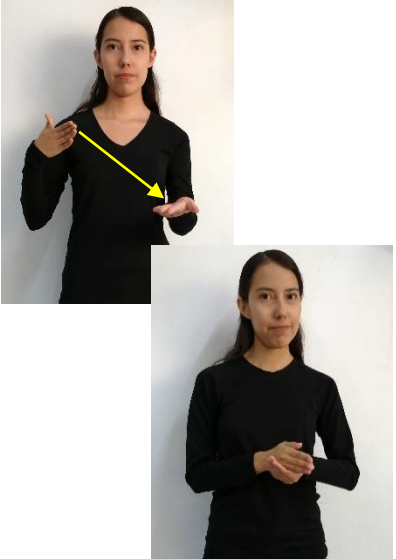
Patrón 1. Percepción/Mantenimiento de la salud

¿Este problema lo ha presentado anteriormente?	
<p>(Enfermedad)</p> <p>1. Índice de la MD sobre puño de la MB. El índice realiza pequeños movimientos hacia arriba-abajo</p>	
<p>(mismo)</p> <p>2. Pulgar tiene pinzado el dedo índice de la MD y abre</p>	




* MD: mano dominante
 *MB: mano base

<p>(problema)</p> <p>3. MB en puño a la altura del pecho</p> <p>4. MD con índice hacia arriba se junta con el dorso de la MB.</p> <p>5. MD con el índice hacia arriba realiza movimiento hacia arriba-abajo</p>	
<p>(antes)</p> <p>6. MD mostrando dorso realiza movimiento hacia atrás.</p>	


Patrón 1. Percepción/Mantenimiento de la salud



¿Con qué frecuencia va al médico?	
<p>(Tú)</p> <p>1. Señalar a la persona</p>	
<p>(ir)</p> <p>2. MB mostrando palma hacia arriba con dedos en dirección hacia adelante.</p> <p>3. MD lateralizada con movimiento recto cae en palma de MB</p>	

* MD: mano dominante
 *MB: mano base

<p>(médico)</p> <p>4. MB en puño a la altura del pecho con nudillos hacia abajo.</p> <p>5. MD tocándose índice y pulgar se colocan sobre puño de MB</p>	
<p>(cuántas)</p> <p>6. Ambas manos cerradas en puño con nudillos hacia arriba y después se abren</p>	
<p>(veces)</p> <p>7. MB mostrando palma hacia arriba. La MD está en "P" (ver anexo 1) y el dedo medio toca palma de MB realizando movimiento hacia arriba</p>	

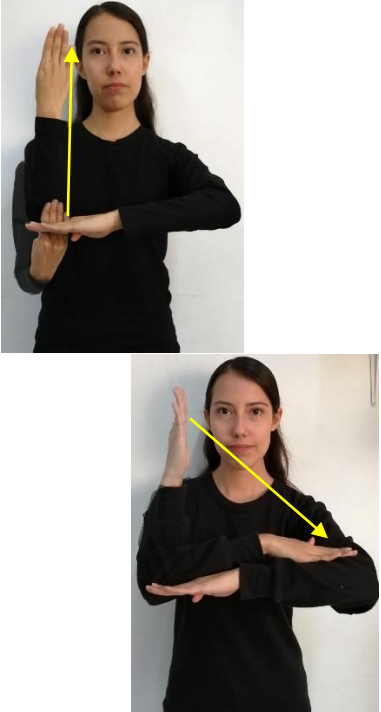
Patrón 1. Percepción/Mantenimiento de la salud



¿Consume drogas?	
<p>(Drogas)</p> <p>1. MD mostrando palma y solo pulgar realiza movimiento de abducción-aducción hacia el centro de la palma</p>	

¿Fuma?	
<p>(Tú)</p> <p>1. Señalar a la persona</p>	
<p>(fumas)</p> <p>2. MD índice y medio se colocan sobre los labios y con movimiento suave hacia afuera-adentro</p>	

* MD: mano dominante
*MB: mano base




Patrón 1. Percepción/Mantenimiento de la salud

¿Número de cigarrillos al día?	
(1 día)	
<p>1. MB en horizontal a la altura del pecho.</p> <p>2. La MD mostrando dorso toca índice de la MB, sube e índice de MB toca codo</p> <p>3. Rotación de muñeca medio círculo y cae tocando el antebrazo de la MB</p>	

(cuántos)	
<p>4. Ambas manos cerradas en puño con nudillos hacia arriba y abren</p>	
(fumas)	
<p>5. MD índice y medio se colocan sobre los labios y con movimiento suave hacia afuera-adentro</p>	


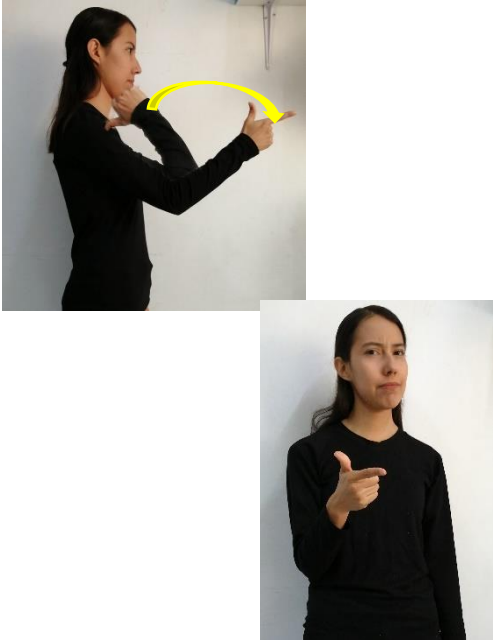
* MD: mano dominante
*MB: mano base

Patrón 1. Mantenimiento/Percepción de la salud

¿Consume alcohol?	
(Tú) 1. Señalar a la persona	
(tomas) 2. MD solo meñique y pulgar están extendidos y se coloca la mano a la altura de la boca con movimiento afuera-adentro	
(alcohol) 3. MD cerrada se coloca arriba de la garganta con pulgar extendido y realiza movimiento hacia abajo	

* MD: mano dominante
*MB: mano base


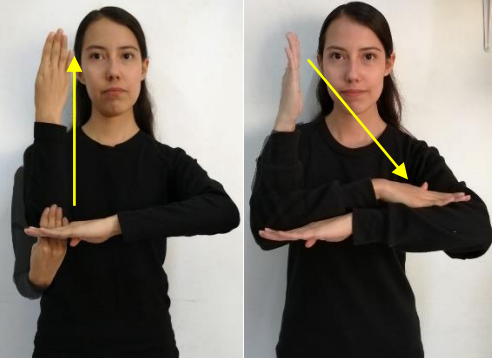
Patrón 2. Nutricional metabólico

¿Es alérgico(a) a algún alimento?	
<p>(Tú)</p> <p>1. Señalar a la persona</p>	
<p>(algo)</p> <p>2. MD está en puño con pulgar extendido y posteriormente abre con pulgar e índice extendido</p>	



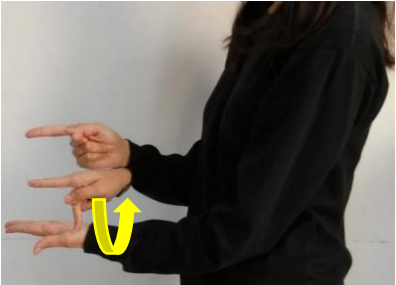
<p>(comer)</p> <p>3. MD cerrada se coloca a la altura de la boca con movimiento hacia adelante-atrás</p>	
<p>(alérgico)</p> <p>4. Dedo medio de MD toca comisura de la boca con movimiento hacia adentro-afuera</p>	

* MD: mano dominante
*MB: mano base


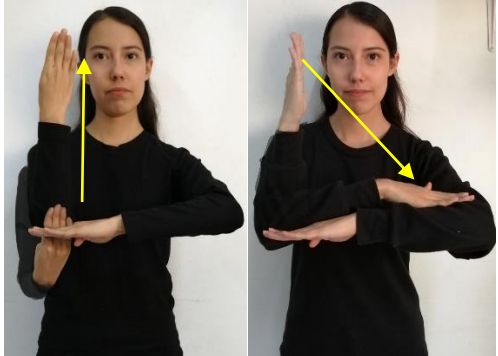
Patrón 2. Nutricional metabólico

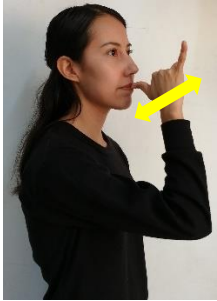


¿Cuántas comidas realiza al día?	
<p>(Tú)</p> <p>1. Señalar a la persona</p>	
<p>(1 día)</p> <p>2. MB en horizontal a la altura del pecho.</p> <p>3. La MD mostrando dorso toca índice de la MB, sube e índice de MB toca codo</p> <p>4. Rotación de muñeca medio círculo y cae tocando el antebrazo de la MB</p>	

* MD: mano dominante
 *MB: mano base

<p>(comer)</p> <p>5. MD cerrada se coloca a la altura de la boca con movimiento hacia adelante-atrás</p>	
<p>(cuántas)</p> <p>6. Ambas manos cerradas en puño con nudillos hacia arriba y abren</p>	
<p>(veces)</p> <p>7. MB mostrando palma hacia arriba. La MD está en "P" (ver anexo 1) y el dedo medio toca palma de MB realizando movimiento hacia arriba</p>	



Patrón 2. Nutricional metabólico

¿Cuántos litros o vasos de agua toma al día?	
<p>(Tú)</p> <p>1. Señalar a la persona</p>	
<p>(1 día)</p> <p>2. MB en horizontal a la altura del pecho.</p> <p>3. La MD mostrando dorso toca índice de la MB, sube e índice de MB toca codo</p> <p>4. Rotación de muñeca medio círculo y cae tocando el antebrazo de la MB</p>	

<p>(tomar)</p> <p>5. MD solo meñique y pulgar están extendidos y se coloca la mano a la altura de la boca con movimiento afuera-adentro</p>	
<p>(agua)</p> <p>6. Índice de MD realiza movimiento flexión-extensión</p>	
<p>(litros)</p> <p>7. MB lateralizada. MD con pulgar e índice extendido forman un "L" y el pulgar toca la palma de la MB.</p>	 <p>Litro</p>

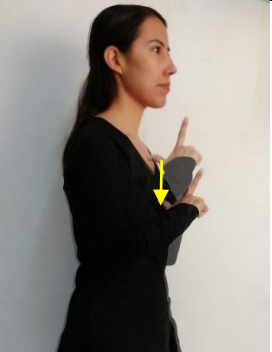

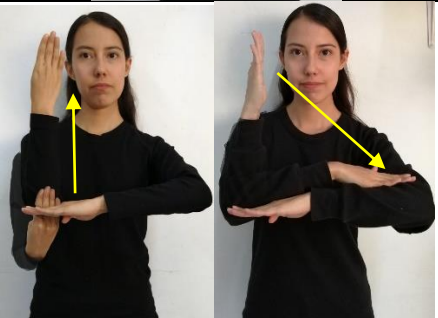
* MD: mano dominante
*MB: mano base


Patrón 2. Nutricional metabólico



<p>(vaso) 8. MD simulando tomar un vaso</p>	<p>Vaso</p> 
<p>(cuántos) 9. Ambas manos cerradas en puño con nudillos hacia arriba y abren</p>	

* MD: mano dominante
*MB: mano base

Patrón 3. Eliminación

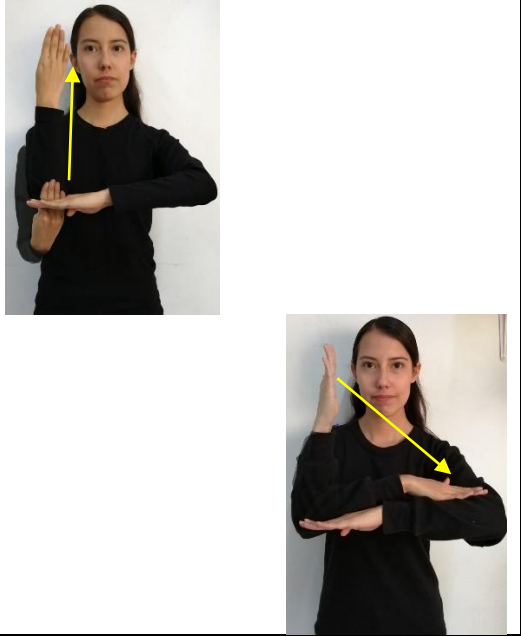


¿Número de micciones al día?	
<p>(Orina)</p> <p>1. MD en "L". El pulgar toca pecho y realiza movimiento hacia abajo</p>	
<p>(cuántas)</p> <p>2. Ambas manos cerradas en puño con nudillos hacia arriba y abren</p>	
<p>(1 día)</p> <p>3. MB en horizontal a la altura del pecho.</p> <p>4. La MD mostrando dorso toca índice de</p>	

<p>la MB, sube e índice de MB toca codo</p> <p>5. Rotación de muñeca medio círculo y cae tocando el antebrazo de la MB</p>	
--	---

¿Número de evacuaciones al día?	
<p>(Defeca)</p> <p>1. MD abierta en pecho dando pequeños golpes</p>	
<p>(cuánto)</p> <p>2. Ambas manos cerradas en puño con nudillos hacia arriba y abren</p>	


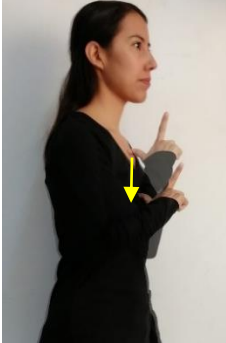

* MD: mano dominante
*MB: mano base


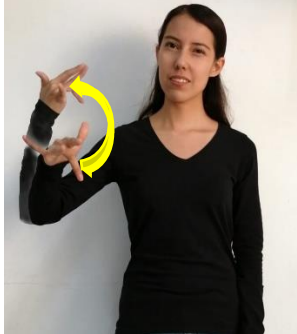

Patrón 3. Eliminación

<p>(1 día)</p> <p>3. MB en horizontal a la altura del pecho.</p> <p>4. La MD mostrando dorso toca índice de la MB, sube e índice de MB toca codo</p> <p>5. Rotación de muñeca medio círculo y cae tocando el antebrazo de la MB</p>		<p>¿Presenta algún problema al orinar/defecar?</p>	
		<p>(Tú)</p> <p>1. Señalar a la persona</p>	
		<p>(orinar)</p> <p>MD en "L". El pulgar toca pecho y realiza movimiento hacia abajo</p> <p>(defecar)</p> <p>MD abierta en pecho dando pequeños golpes</p>	 <p style="text-align: center;">Orinar Defecar</p>

* MD: mano dominante
*MB: mano base


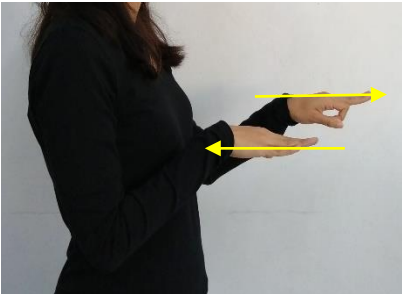
Patrón 3. Eliminación



<p>(bien)</p> <p>3. Índice, medio y anular de la MD toca barbilla y realiza movimiento hacia enfrente</p>	
<p>(dolor)</p> <p>4. MD extendida con solo dedo medio flexionado, realiza movimiento arriba-abajo</p>	
<p>(orinar) (defecar)</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div data-bbox="520 954 743 1295">  <p>Orinar</p> </div> <div data-bbox="743 987 1031 1255">  <p>Defecar</p> </div> </div>

<p>¿Molestia o dolor estomacal?</p>	
<p>(Molestia)</p> <p>1. Ambas manos, una y una, pegan en costilla</p>	
<p>(dolor)</p> <p>2. MD extendida con solo dedo medio flexionado, realiza movimiento arriba-abajo</p>	
<p>(estomacal)</p> <p>3. Ambas manos tocan abdomen y realizan movimiento circular</p>	

* MD: mano dominante
 *MB: mano base


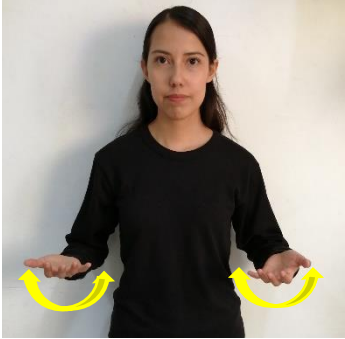

Patrón 4. Actividad/Ejercicio

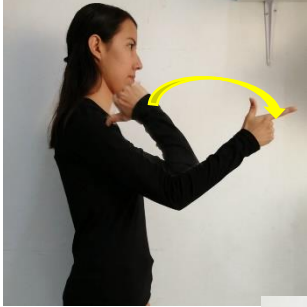

¿Trabaja? ¿Cuántas horas?	
<p>(Tú)</p> <p>1. Señalar a la persona</p>	
<p>(trabajar)</p> <p>2. Ambas manos con dorso hacia arriba y con solo medio, anular y meñique están extendidos</p> <p>3. Realizan movimiento adelante-atrás una y una.</p>	

<p>(cuántas)</p> <p>4. Ambas manos cerradas en puño con nudillos hacia arriba se abren</p>	
<p>(horas)</p> <p>5. Índice a la altura de la frente realiza movimiento circular por toda la cara en dirección hacia la izda.</p>	

* MD: mano dominante
*MB: mano base




Patrón 4. Actividad/Ejercicio


¿Realiza algún deporte?	
<p>(Tú)</p> <p>1. Señalar a la persona</p>	
<p>(hacer)</p> <p>2. Ambas manos abiertas con palma hacia arriba.</p> <p>3. Realizar movimiento hacia los lados</p>	
<p>(deporte)</p> <p>4. Ambas manos en "d" lateralizadas realizan movimiento circular hacia adelante intercalado</p>	

<p>(algo)</p> <p>5. MD está en puño con pulgar extendido y posteriormente abre con pulgar e índice extendido</p>	 
---	--

* MD: mano dominante
 *MB: mano base

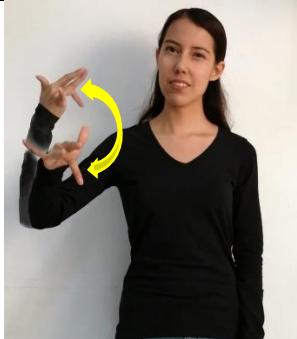

Patrón 5. Reposo/Sueño

¿Cuántas horas duermes?	
<p>(Tú)</p> <p>1. Señalar a la persona</p>	
<p>(dormir)</p> <p>2. MD en "D" tocando la sien baja tocando la mejilla.</p>	
<p>(cuántas)</p> <p>3. Ambas manos cerradas en puño con nudillos hacia arriba y abren</p>	

<p>(horas)</p> <p>5. Índice a la altura de la frente realiza movimiento circular por toda la cara en dirección hacia la izda.</p>	
--	---

* MD: mano dominante
*MB: mano base

Patrón 6. Cognitivo/Perceptual

¿Dónde le duele?	
<p>(Dolor)</p> <p>1. MD extendida con solo dedo medio flexionado, realiza movimiento arriba-abajo</p>	
<p>(dónde)</p> <p>2. Ambas manos en "D" y el índice de la MD tocará yemas de los dedos de la MB</p>	

¿Cómo es el dolor?	
<p>(Dolor)</p> <p>1. MD extendida con solo dedo medio flexionado, realiza movimiento arriba-abajo</p>	
<p>(cómo)</p> <p>2. Ambas manos se juntan con pulgar hacia abajo</p>	



Punzante



Quemante






Pulsátil




Opresivo

* MD: mano dominante
*MB: mano base

Patrón 6. Cognitivo/Perceptual

Del cero al diez ¿Cuánto le duele?	
<p>(Tú)</p> <p>1. Señalar a la persona</p>	
<p>(sentir)</p> <p>2. Dedo medio de MD toca pecho y realiza movimiento hacia arriba. Los demás dedos se encuentran extendidos</p>	
<p>(dolor)</p> <p>3. MD extendida con solo dedo medio flexionado, realiza movimiento arriba-abajo</p>	

<p>(cuánto)</p> <p>5. Ambas manos cerradas en puño con nudillos hacia arriba y abren</p>	
---	---

(Ver anexo 2. números)



Cero

al





Diez




*MD: mano dominante

*MB: mano base



Patrón 7. Autoimagen/Autoconcepto

¿Presenta cambios de humor?	
<p>(Tú)</p> <p>1. Señalar a la persona</p>	
<p>(sentir)</p> <p>2. Dedo medio de MD toca pecho y realiza movimiento hacia arriba. Los demás dedos se encuentran extendidos</p>	

* MD: mano dominante
*MB: mano base




<p>(bien)</p> <p>3. Índice, medio y anular de la MD toca barbilla y realiza movimiento hacia enfrente</p>	 <p>Bien</p>
<p>(mal)</p> <p>4. Índice de MD lateralizada toca barbilla y realiza movimiento hacia abajo</p>	 <p>Mal</p>
<p>(enojado)</p> <p>5. Índice de MD en la sien, la muñeca rota hacia adelante-atrás</p>	 <p>Enojado</p>

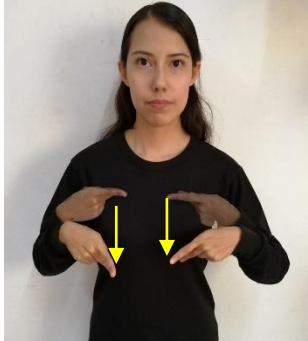
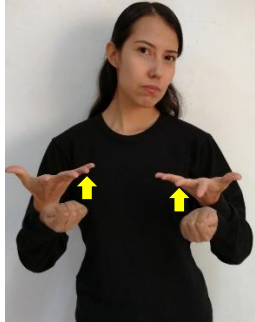
Patrón 7. Autoimagen/Autoconcepto

<p>(triste)</p> <p>6. MD cubre nariz y boca y finaliza cerrando</p>	 <p>Triste</p>
<p>(cambio)</p> <p>7. MD en "B" (ver anexo 1) a la altura de la cara. Realiza movimiento a la izquierda como también la cara cambiando gesto.</p>	

* MD: mano dominante
*MB: mano base


Patrón 8. Rol/Relaciones



¿Con cuántas personas vive?	
<p>(Tú)</p> <p>1. Señalar a la persona</p>	
<p>(casa)</p> <p>2. Se juntan yemas de los dedos anular, medio e índice a la altura del pecho</p>	
<p>(adentro)</p> <p>3. Índice de MD cae en palma de MB y este se cierra con índice adentro</p>	

<p>(personas)</p> <p>4. Ambas manos en "P" donde medio toca pecho y realiza movimiento hacia abajo</p>	
<p>(cuántas)</p> <p>5. Ambas manos cerradas en puño con nudillos hacia arriba y abren</p>	

* MD: mano dominante
*MB: mano base


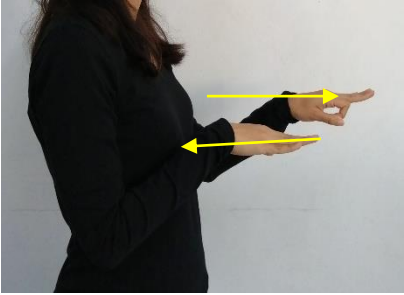
Patrón 8. Rol/Relaciones



¿Cómo es su relación familiar?	
<p>(Tú)</p> <p>1. Señalar a la persona</p>	
<p>(familia)</p> <p>2. MD en "F" en brazo realiza movimiento hacia abajo terminando en antebrazo</p>	

<p>(contacto)</p> <p>3. Yemas de dedos índices se tocan varias veces</p>	 
---	--

* MD: mano dominante
 *MB: mano base

Patrón 8. Rol/Relaciones


¿Cómo es su relación laboral?	
<p>(Tú)</p> <p>1. Señalar a la persona</p>	
<p>(laboral/trabajar)</p> <p>2. Ambas manos con dorso hacia arriba y con solo medio, anular y meñique están extendidos</p> <p>3. Realizan movimiento adelante-atrás una y una.</p>	

<p>(contacto)</p> <p>4. Ambas manos con palmas hacia arriba una sobre la otra realizando movimiento circular.</p>	
<p>5. Yemas de dedos índices se tocan varias veces</p>	

* MD: mano dominante
*MB: mano base

Patrón 9. Sexualidad/Reproducción

¿Ha iniciado vida sexual activa?	
<p>(Ya)</p> <p>1. Manos mostrando palmas, realizan movimiento hacia los lados.</p>	
<p>(hacer)</p> <p>2. Ambas manos abiertas con palma hacia arriba.</p> <p>3. Realizar movimiento hacia los lados</p>	

(sexo)	
<p>4. Índice MD flexionado a la altura de la nariz, salta la altura de la barbilla</p>	

* MD: mano dominante
*MB: mano base

Patrón 9. Sexualidad/Reproducción

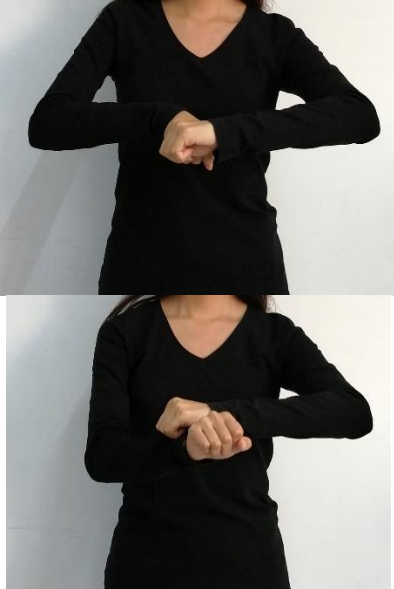
¿Utiliza métodos anticonceptivos?	
<p>(Usar)</p> <p>1. Índice y medio de MD en barbilla dando pequeños golpes hacia afuera-adentro</p>	
<p>(anticonceptivos)</p> <p>2. Índice MB.</p> <p>3 MD con solo índice y meñique extendidos bajan cubriendo índice MB (condón)</p> <p>4. Índice y pulgar de MD pinzados, abren al mismo tiempo que los labios. (pastilla)</p>	 <p>(condón)</p>  <p>(pastilla)</p>

<p>5. Ambas manos lateralizadas. Dedo meñique toca choca con dedo índice de MB. (contra)</p>	 <p>(contra)</p>
<p>6. Brazo base flexionado. MD con dorso hacia arriba se coloca a mitad del antebrazo y realiza movimiento de media luna hacia afuera tocando codo. (embarazo)</p>	 <p>(embarazo)</p>

* MD: mano dominante
*MB: mano base



Patrón 9. Sexualidad/Reproducción

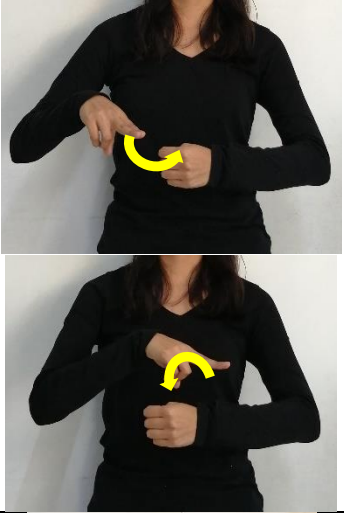

¿Ha tenido embarazos previos? ¿Parto o cesárea?	
<p>(Embarazo)</p> <p>1. Brazo base flexionado. MD con dorso hacia arriba se coloca a mitad del antebrazo y realiza movimiento de media luna hacia afuera tocando codo.</p>	
<p>(antes)</p> <p>2. MD mostrando dorso realiza movimiento hacia atrás</p>	

<p>(Parto)</p> <p>3. MB en puño y puño de MD atrás de este y realiza movimiento hacia afuera debajo de puño MB</p>	
<p>(cesárea)</p> <p>4. Puño de MB lateralizado y pulgar de MD traza una línea de arriba-abajo</p>	<p>Parto</p>  <p>Cesárea</p>

* MD: mano dominante
*MB: mano base



Patrón 9. Sexualidad/Reproducción

¿Su ciclo menstrual es regular o irregular?	
<p>(Menstruación)</p> <p>1. MD en "P" (ver anexo 1)</p> <p>(sangre)</p> <p>2. MD en "S" (ver anexo 1) sobre dorso de puño de MB realizando movimiento circular</p>	
<p>(normal)</p> <p>3. Índice y medio de MD tocando puño de MB</p> <p>4. Estos dos dedos harán un movimiento rotatorio hacia la</p>	

<p>izquierda sobre el puño de MB regresando al punto de inicio.</p>	
<p>(regular)</p> <p>5. Rotación de muñeca hacia los lados.</p>	

* MD: mano dominante
*MB: mano base


Patrón 10. Afrontamiento/Tolerancia al estrés

¿Se siente estresado, inquieto, angustiado?	
<p>(Tú)</p> <p>1. Señalar a la persona</p>	
<p>(sentir)</p> <p>2. Dedo medio de MD toca pecho y realiza movimiento hacia arriba. Los demás dedos se encuentran extendidos</p>	

<p>(cansado)</p> <p>3. Ambas manos tocan pecho y una a una bajan</p>	
<p>(nervioso)</p> <p>4. Nudillos chocan entre sí varias veces</p>	
<p>(preocupado)</p> <p>5. Dedo índice y medio de MD se mueven arriba-abajo</p>	

* MD: mano dominante
*MB: mano base



Patrón 10. Afrontamiento/Tolerancia al estrés

¿Hay dificultad de comunicación con su familia?	
<p>(Tú)</p> <p>1. Señalar a la persona</p>	
<p>(familia)</p> <p>2. MD en "F" en brazo realiza movimiento hacia abajo terminando en antebrazo</p>	
<p>(sentir)</p> <p>3. Dedo medio de MD toca pecho y realiza movimiento hacia arriba. Los demás dedos se encuentran extendidos</p>	

<p>(difícil)</p> <p>4. Índice de la MD toca frente lado derecho y este abre y cierra en dirección a la izquierda.</p>	
<p>(comunicar)</p> <p>5. Ambas manos en "C" tocan comisura de los labios e intercaladas hacen movimiento hacia afuera</p>	

* MD: mano dominante
*MB: mano base

Patrón 11. Valores/Creencias

¿Profesa alguna religión? ¿Cuál?	
<p>(religión)</p> <p>1. Dedos índice y medio se entrelazan y chocan entre sí</p>	
<p>(cuál)</p> <p>2. El puño de la MD toca nudillos del puño de la MB.</p> <p>3. Abre MD cubriendo puño de MB</p>	 



Católico



Cristiano



Testigo de Jehová

* MD: mano dominante
 *MB: mano base

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El personal de enfermería además de brindar cuidados, es el acompañante del paciente y sus familias el mayor tiempo posible. En esta profesión la comunicación juega un papel importante con el usuario, pues gracias a ella el profesional sabe cómo actuar y qué se requiere mejorar. Las personas con discapacidad auditiva utilizan la Lengua de Señas Mexicana como medio de comunicación, por esta razón el personal de salud debe conocer y estar capacitado sobre su lengua para brindar atención integral al paciente, formar una comunicación efectiva y mostrar empatía la cual muchos usuarios con esta discapacidad buscan en la sociedad, pues de acuerdo a Hommes¹⁴ la falta de comunicación entre profesionales de salud y las personas sordas es la barrera principal que encuentran cuando acuden a instituciones de salud, pues es adentrarse a una comunidad desconocida en donde no son entendidos como refiere Sirch y Salvador¹⁷.

Los derechos de los pacientes sordos y su inclusión en el sector salud no están llevándose a cabo pues de acuerdo a dichas autoras, las personas sordas desean elegir sobre su salud y conocer su padecimiento y tratamiento. Recibir una atención directa, integral y personalizada es uno de sus derechos que debe ser llevado a cabo por las instituciones médicas a lo que Laur²⁵ expone que los proveedores de la salud al desconocer la cultura sorda están dañando los deberes éticos que tienen ante el paciente sordo. Olvidan que son personas con derechos y de ser libres en la toma de decisiones. Dentro del área de enfermería la confidencialidad enfermero-paciente es un deber ético y moral que debe seguir el profesionalista.

Por ello, este autor refiere que el personal de salud debe respetar la confidencialidad y derecho a la privacidad que tiene el usuario, sin embargo, los pacientes sordos al no poderse comunicar directamente con el profesionista requerirá de un intérprete o bien de un familiar que funja este cargo, que aunque es la herramienta más convencional por los sordos, también trae consigo una desventaja pues Witko y Boyles¹⁹ mencionan que los sordos sienten incomodidad de notificarle a una tercera persona el motivo de consulta.

En nuestro país la falta de intérpretes certificados incentiva a que las instituciones médicas incluyan y motiven a su personal a acercarse a esta cultura. Ningún profesional de salud está exento de que en algún momento atienda a una persona con discapacidad auditiva, es por eso que el personal debe estar capacitado para esta situación y esta guía es una herramienta que facilitará al profesional de enfermería conocer más a su paciente, sus necesidades y qué actividades realizar en ellos.

Además, la Ley para la Integración al Desarrollo de las Personas con Discapacidad⁴¹ estipula que las instituciones de salud deben de contar con un intérprete de cada sexo para que las personas con discapacidad auditiva no detengan sus consultas o tratamiento. Existe un riesgo en la atención a la salud de las personas sordas ante la falta de estos profesionistas certificados y el desconocimiento de los profesionales de la salud sobre la Lengua de Señas Mexicana, es así que su aplicación en hospitales debe empezar, pues Loredo y Matus³³ encontraron que parece no ser una prioridad importante por parte del

gremio de enfermería en nuestro país, pues se observa poco material de lectura documentado en comparación con otros países.

La necesidad de crear conciencia sobre la sordera y establecer empatía por parte del personal de salud hacia las personas sordas y su cultura mejorará la satisfacción del usuario. Por este motivo, se espera que la elaboración de dicha guía beneficie a las personas sordas, que la inclusión dentro del sector salud inicie y que el profesional de salud se acerque a dicha cultura. Por último se sugiere adoptar este trabajo a otras teorías de enfermería con el fin de acercar al personal de enfermería a los grupos de atención prioritaria independientemente del modelo o teoría que su formación dicte.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Tortora GJ, Derrickson B. Principios de anatomía y fisiología. México; Editorial médica panamericana; 2006.
- 2 Peate I, Nair M. Anatomía y Fisiología para enfermeras. México; Mc Graw Hill; 2012.
- 3 Organización Mundial de la Salud (OMS) Sordera y pérdida de la audición [internet] Organización Mundial de la Salud, 15 de marzo de 2019 [Consultado 27 agosto 2019]. Disponible en: <https://cutt.ly/YelqO3V>.
- 4 Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial (SEORL), Otorrinolaringología. México; Editorial médica panamericana; 2012.
- 5 Olsen W. Guía de la Clínica de Mayo sobre la audición. México; Trillas; 2002.
- 6 Farb SN. Otorrinolaringología. México; Manual Moderno; 1986.
- 7 Vargas AAM, Sánchez MJF. El ABC de la otorrinolaringología 2018. México; Editorial Alfil; 2018.
- 8 Nunan I. Discapacidad auditiva, Public Works and Government Services Canada, 2013. [Consultado 05 noviembre 2019] Disponible en: <https://cutt.ly/BeUZrV7>.
- 9 Varela NI, Lassaletta AL. La sordera. España; CSIC; 2012.
- 10 González GLO, Pérez GVM, Ospina RJP. Clínica de tamiz auditivo en el Instituto Nacional de Pediatría. Acta Pediatr Mex 2012 [Consultado 03 diciembre 2019]; 33(1):20-25.
- 11 Lino GAL, Castañeda MMV, Mercado HI, Arch TE. La educación para la salud auditiva en México. ¿Problema de salud pública? Tamiz Auditivo Neonatal Universal. Rev Mex AMCAOF [Internet] 2015 [Consultado 30 noviembre 2019]; 4 (2): 65-70. Disponible en: <https://cutt.ly/8e46AcT>.
- 12 Fridman MB. De sordos hablantes, semilingües y señantes, México 2009. [Consultado 12 noviembre 2019]. Disponible en: <https://cultura-sorda.org/sordos-hablantes-semilingues-y-senantes/>.
- 13 Merriam-Webster. The Merriam-Webster Dictionary. Merriam Webster Inc; 2016.
- 14 Hommes R, Borash A, Hartwig K, DeGracia D. American Sign Language Interpreters Perceptions of Barriers to Healthcare Communication in Deaf and Hard of Hearing Patients. Journal of Community Health [Internet] 2018 [Consultado 15 agosto 2019]; Volume 43, Issue 5, pp 956–961. Disponible en: <https://linkspringercom.pbidi.unam.mx:2443/article/10.1007%2Fs1090001805>.

15 Pendergrass KM, Nemeth L, Newman SD, Jenkins CM, Jones EG. Nurse practitioner perceptions of barriers and facilitators in providing health care for deaf American Sign Language users: A qualitative socio-ecological approach. Journal of the American Association of Nurse Practitioners [Internet] 2017 [Consultado 22 agosto 2019]; Volume 29, Issue 6 pp 316-323. Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.pbidi.unam.mx:2443/doi/full/10.1002/2327-6924.12461>.

16 Olson A, Swabey L. Communication Access for Deaf People in Healthcare Settings: Understanding the Work of American Sign Language Interpreters. Journal for Healthcare Quality [Internet] 2017 [Consultado 19 septiembre 2019]; Vol. 39, No 4 pp 191-199. Disponible en: <https://insights-ovid-com.pbidi.unam.mx:2443/crossref?an=01445442-201707000-00001>.

17 Sirch L, Salvador L, Palese A. Communication difficulties experienced by deaf male patients during their in-hospital stay: findings from a qualitative descriptive study. Nordic College of Caring Science [Internet] 2017 [Consultado 23 agosto 2019]. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/ehost/detail/>.

18 Pereira PC, Forthes PA. Communication and Information barriers to Health Assistance for Deaf patients. American Annals of the Deaf [Internet] 2010 [Consultado 07 septiembre 2019]; 155(1): 31-37. (7p) Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=c5896253-c023-4276-ab12-60ffa59ef01d%40sdc-v-sessmgr03>.

19 Witko J, Boyles P, Smiler K, Mckee R. Deaf New Zealand Sign Language users' access to healthcare. The New Zealand medical Journal [Internet] 2017 [Consultado el 12 septiembre 2019]; 130(1466):53-61. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih-gov.pbidi.unam.mx:2443/pubmed/?term=Deaf+New+Zealand+Sign+Language+users%E2%80%99+access+to+healthcare>.

20 Middleton A, Turner GH, Bitner GM, Lewis P, Richards M, Clarke A, Stephens D. Preferences for communication in clinic from deaf people: a cross-sectional study. Journal of Evaluation in Clinical Practice [Internet] 2010 [Consultado 05 octubre 2019]; 16(4): 811-817. (7p). Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/ehost/detail/detail?vid=5&sid=c5896253-c023-4276-ab12-60ffa59ef01d%40sdc-v-sessmgr03&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=105057120&db=c8h>.

21 Kritzinger J, Schneider M, Swartz L, Braathen SH. "I just answer 'yes' to everything they say": Access to health care for deaf people in Worcester, South Africa and the politics of exclusion. Elsevier [Internet] 2014 [Consultado 09 octubre 2019]; Volume 94, Issue 3, pp 379-383. Disponible en: <https://www.sciencedirect-com.pbidi.unam.mx:2443/science/article/pii/S073839911300520X>.

22 Borges I, Pereira L, da Silva C, Santos L, Sales S. The role of the nurse in relation to the deaf patient. *Journal of Nursing Revista de Enfermagem* [Internet] 2019 [Consultado 10 agosto 2019]; 13(3):858-62. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=90da5ffa-31f6-453f-b280-66730f589b63%40sessionmgr103>.

23 Alves MWC, Aragão MD, Almeida de FNM, Tonini T, Sousa de MR, Bueno de OG. Sign language: how the nursing staff interacts to take care of deaf patients? *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, Redalyc* [Internet] 2013 [Consultado 14 agosto 2019]; 5(3): 283-292. (10p). Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/ehost/detail/detail?vid=3&sid=3b1f933b-3581-4c96-b2bd-d97dc4a6bfb8%40sessionmgr4008&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=104147227&db=c8h>.

24 Kuenburg A, Fellingner P, Fellingner J. Health Care Access Among Deaf People. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education* [Internet] 2016 [Consultado 17 octubre 2019]; 21(1): 1-10. 10p. Disponible en: <https://academic-oup-com.pbidi.unam.mx:2443/jdsde/article/21/1/1/2404217>.

25 Laur A. Healthcare access for deaf patients – The legal and ethical perspectives. *Medico-Legal Journal* [Internet] 2018 [Consultado 14 octubre 2019]; 86(1): 36-41. 6p. Disponible en: <https://journals-sagepub-com.pbidi.unam.mx:2443/doi/pdf/10.1177/0025817217743416>.

26 World Federation of the Deaf, Ensuring Accesibility. World Federation of the Deaf [Internet]. Disponible en: <http://wfdeaf.org/our-work/ensuring-accessibility/>.

27 Sánchez MM. “César, el maestro de lenguaje de señas al que vivir en silencio no lo detuvo”. *Animal político* (México). 09 septiembre 2016. Disponible en: <https://www.animalpolitico.com/2016/09/lenguaje-personas-sordas-mexico/>.

28 Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) Discapacidad, México 2010. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/temas/discapacidad/default.html#Informacion_general.

29 Gaceta del Senado de la Republica. Proyecto de Decreto que declara el Día 28 de noviembre de cada año, como el “DIA NACIONAL DEL SORDO”. *Gaceta LXIII/3SPO-109/79916*, jueves 05 de abril 2018. Disponible en: https://www.senado.gob.mx/64/gaceta_del_senado/documento/79916.

30 Carmona L. Organizaciones Socialmente Comprometidas (OSC). Encuesta nacional y discapacidad auditiva (México). 28 febrero 2016. Disponible en: <https://osc.org.mx/encuesta-nacional/encuesta-nacional-discapacidad-auditiva/>.

31 Muñoz BI. Comunidades sordas: ¿pacientes o ciudadanas? Revista Scielo [internet]. 2011 [Consultado 06 septiembre 2019]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112011000100012.

32 Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), Discriminación en general, 2019. Disponible en: http://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=46&id_opcion=38&op=38.

33 Loredo MN, Matus MR. Intervenciones de comunicación exitosas para el cuidado a la salud en personas con deficiencia auditiva. Revista Scielo [Internet]. 2012 [Consultado 03 septiembre 2019]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000400006.

34 SIPSE (México). “En México se hacen ciegos ante los sordos”. 01 octubre de 2016. Disponible en: <https://sipse.com/mexico/sordos-discapacidad-gobierno-mexico-224324.html>.

35 Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014-2018 [Consultado 19 noviembre 2019]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/23604/Programa_Nacional_Developmento_Inclusi_n_PD_2014-2018.pdf.

36 Contreras C. “Capacitan a médicos y enfermeras en lenguaje de señas”. Excelsior (México), 23 julio de 2016. Disponible en: <https://www.excelsior.com.mx/comunidad/2014/07/23/972526>.

37 Tabakman R. “Hacia una atención médica inclusiva” Medscape, 05 octubre 2018. Disponible en: <https://espanol.medscape.com/verarticulo/5903250>.

38 López PAV. “Hablar con señas, una forma de inclusión necesaria”, El Informador (México), 21 septiembre de 2019. Disponible en: <https://www.informador.mx/suplementos/Hablar-con-senas-una-forma-de-inclusion-necesaria-20190921-0023.html>.

39 Gaceta del Senado de la Republica. Proyecto de Decreto que declara el Día 28 de noviembre de cada año, como el “DIA NACIONAL DEL SORDO”. Gaceta LXIII/3SPPO-50/76997 jueves 16 de noviembre 2017 [Consultado 19 noviembre 2019]. Disponible en: https://www.senado.gob.mx/64/gaceta_del_senado/documento/76997.

40 Los principales derechos de las personas con discapacidad, editado por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, julio de 2018. ISBN: 978-607-729-284-5.

41 Gaceta Oficial de la Ciudad de México, [internet] 2017 [Consultado 19 noviembre 2019]. Disponible en: <https://indiscapacidad.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/595/567/cb3/595567cb3c520128231550.pdf>.

42 Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, [internet] 2018 [Consultado el 19 noviembre 2019]. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGIPD_120718.pdf.

43 Instituto de las Personas con Discapacidad de la Ciudad de México. Historia de INDISCAPACIDAD CDMX. [Consultado 01 diciembre 2019]. Disponible en: <https://www.indiscapacidad.cdmx.gob.mx/instituto/acerca-de/historia-de-indiscapacidad>.

44 Comisión Nacional de Derecho Humanos (CNDH) Marco Normativo. Ley de la Accesibilidad para la Ciudad de México [internet] 2017 [Consultado el 19 noviembre 2019]. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/Discapacidad/Ley-Accesibilidad-CDMX.pdf>.

45 Senado de la República. Boletín. Proponen capacitar al personal de salud en lenguaje de señas. 27 octubre de 2019 [Consultado 30 noviembre 2019]. Disponible en: <http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/46583-proponen-capacitar-al-personal-de-salud-en-lenguaje-de-senas.html>.

46 Ley General de Salud. Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación: 21 de junio de 2018 [Consultado 30 noviembre 2019]. Disponible en: <http://ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/pdf/wo11037.pdf>.

47 Cruz AM, Stark ST (dir). Gramática de la lengua de señas mexicana [tesis]. [México]: El Colegio de México. Centro de Estudios Lingüísticos y literarios; 2008 [Consultado 03 diciembre de 2019]. Recuperado a partir de: http://elies.rediris.es/elies28/pdfs/Miroslava_Cruz_Aldrete_Tesis.pdf.

48 Escobedo DC. Diccionario de lengua de señas mexicana. México; Instituto de las personas con Discapacidad de la Ciudad de México; 2017.

49 Davis H, Silverman SR. Audición y sordera, 2° edición, México; Ediciones científicas La prensa medica mexicana; 1985.

50 Vera LAR, Ramírez DB (dir). La lengua de Señas Mexicana, un Derecho Humano [tesis]. [México]: Universidad Autónoma de Baja California Sur. Área de Conocimiento de Ciencias Sociales y Humanidades Departamento Académico de Ciencias Sociales y Jurídicas; 2019 [Consultado 30 noviembre 2019]. Recuperado a partir de: <http://biblio.uabcs.mx/tesis/te4143.pdf>.

51 López GLA, Rodríguez CRM, Zamora MMG, Esteban SSS. Mis manos que hablan. Lengua de Señas para sordos. México; Trillas; 2006.

52 Serafín de FME, González PR. Manos con voz. Diccionario de Lengua de Señas Mexicana. México; Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED); 2011.

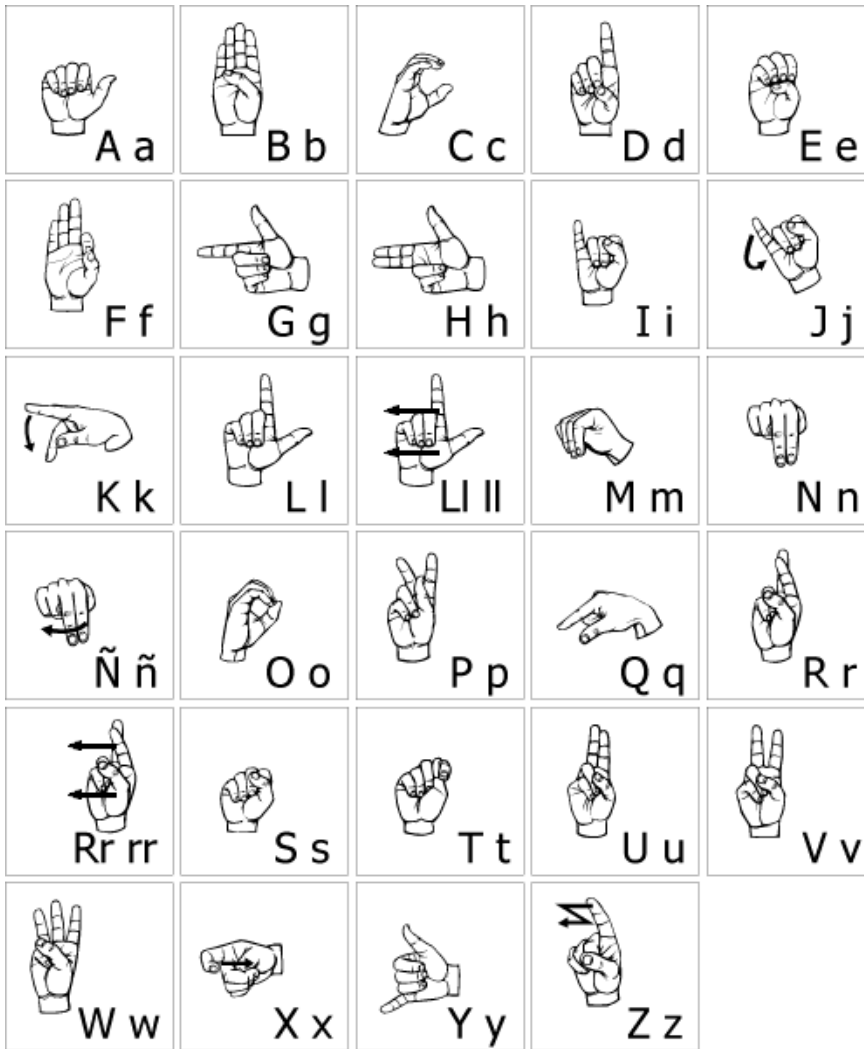
53 NANDA Internacional: diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017. España; Elsevier; 2015.

54 Rodríguez SBA. Proceso enfermero, 2° ed, México; Cuellar; 2000.

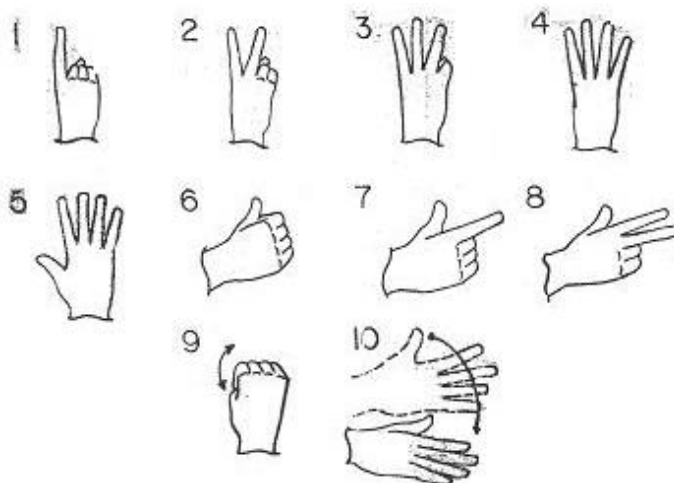
55 Gordon M. Manual of Nursing Diagnosis, 30 ed, United States of America; Jones & Bartlett Learning; 2016. Disponible en: <https://cutt.ly/hrwHD28>.

56 Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF). Los Derechos Humanos de Grupos de Atención Prioritaria, Revista mensual de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, Defensor [Internet] 2018 [Consultado 31 diciembre 2019]; Núm 9, Año XVI. Disponible en: <https://cutt.ly/aruRNkW>.

ANEXOS



Anexo 1.
Abecedario



Anexo 2.
Números