

Artículo de Investigación

Necesidades sentidas de personas con capacidades disímiles ante la atención de profesionales de la salud

Felt needs of people with dissimilar abilities in the care of health professionals

 MADERO-ZAMBRANO, Kendy

Corporación Universitaria Rafael Núñez, Cartagena de Indias, Colombia

 VALLEJO-ARIAS, Sandra

Corporación Universitaria Rafael Núñez, Cartagena de Indias, Colombia

 CASTRO-BOCANEGRA, Verónica

Corporación Universitaria Rafael Núñez, Cartagena de Indias, Colombia

Autor correspondiente: kendymadero@hotmail.com

Recibido: 27-10-2020; Aceptado: 22-01-2021; En línea: 25-01-2021

 DOI: <https://doi.org/10.25214/27114406.1004>

Cómo citar este artículo:

Madero-Zambrano, K. Vallejo-Arias, S. & Castro-Bocanegra, V (2021). Necesidades sentidas de personas con capacidades disímiles ante la Atención de profesionales de la salud. *IPSA Scientia, revista científica multidisciplinaria*, 6(1), 10-21. <https://doi.org/10.25214/27114406.1004>

Resumen - El objetivo del trabajo fue interpretar las necesidades sentidas de personas con capacidades disímiles (auditiva y del lenguaje) frente a la atención que reciben por parte de profesionales de la salud. Se adoptó un enfoque de naturaleza cualitativa, fenomenológica y hermenéutica. La población fueron personas con capacidades disímiles auditivas y del lenguaje de una fundación sin ánimo de lucro de Colombia-Bolívar, con una muestra de 10 casos. Se aplicó entrevista semiestructurada sobre aspectos socio demográficos, satisfacción frente a la atención recibida, proceso de la comunicación, discriminación, implementación del lenguaje de señas, recomendaciones al personal sanitario. Para el desarrollo del ejercicio se contó con un intérprete quien permitió establecer los canales de comunicación. Cada entrevistado firmó un consentimiento informado, soportado en la Resolución 8430 de 1993 y la Declaración de Helsinki. Las necesidades sentidas frente a la atención en salud se concentraron en la dificultad de establecer una comunicación directa con los profesionales de la salud, situación que los hace sentir insatisfecho con la atención que reciben por parte de estos. Se experimenta tristeza, sensación de impotencia y temor, producto de la discriminación por su condición, la falta de privacidad y la sensación de inseguridad a consecuencia de la poca o nula interacción recíproca de la comunicación. La falta de comunicación directa con los profesionales de la salud es la necesidad que más aqueja a dicha población, por ello recomiendan la presencia permanente de intérpretes y el manejo de lenguaje de señas por parte de los profesionales de la salud.

Palabras clave: Personas con discapacidad, necesidades, demandas de servicios de salud, profesionales de la salud, capacidades disímiles.

Abstract – The objective of the work was to interpret the felt needs of people with dissimilar abilities (hearing and language) in front of the attention they receive from health professionals. A qualitative, phenomenological and hermeneutic approach was adopted. The population was people with different hearing and language abilities from a non-profit foundation in Colombia-Bolivar, with a sample of 10 cases. A semi-structured interview was applied on sociodemographic aspects, satisfaction with the care received, communication process, discrimination, implementation of sign language, and recommendations to health personnel. For the development of the exercise, an interpreter was used to establish the communication channels. Each interviewee signed an informed consent, supported by Resolution 8430 of 1993 and the Declaration of Helsinki. The needs felt in relation to health care concentrated on the difficulty of establishing direct communication with health professionals, a situation that makes them feel dissatisfied with the care they receive from them. They experience sadness, feelings of helplessness and fear, as a result of discrimination due to their condition, the lack of privacy and the feeling of insecurity as a result of little or no reciprocal communication interaction. The lack of direct communication with health professionals is the need that most afflicts this population, which is why they recommend the permanent presence of interpreters and the use of sign language by health professionals.

Keywords: Disabled persons, needs, demands of health services, health professionals, dissimilar abilities.

Introducción

Es importante resaltar que los seres humanos son sociales por naturaleza y la comunicación es la herramienta innata que lo hace posible; en el campo de la salud constituye un elemento clave no solo para identificar necesidades terapéuticas y su intervención, sino también para promover la relación entre los profesionales y pacientes (Rocha 2013). Dicha relación debe contar con toda una serie de habilidades y destrezas tales como la escucha activa, empática y de respeto mutuo, que aseguran la intimidad, el bienestar del paciente y por supuesto, una práctica clínica de calidad, satisfaciendo así las necesidades del usuario y permitiendo una mejor adherencia a los tratamientos. Por tanto, se debe asegurar una interacción, en vez de una transmisión directa o simple entrega de información (Maldonado, 2012; Cofreces Ofman & Stefani, 2014).

Sin embargo, en los pacientes con cualquier dificultad, sea visual, motriz, muy especialmente auditiva y del lenguaje, esta interacción puede verse afectada por la falta de comunicación directa con el paciente o la propia percepción del acompañante de sus puntos de vistas. Este escenario dificulta interpretar del sujeto de atención sus costumbres, sentimientos, necesidades y sin duda limita el intercambio de opiniones. Esta situación empeora con las barreras de acceso que presenta la atención sanitaria y que impiden una atención inclusiva y con calidad a dicha población; tal es el caso, de un acceso limitado a información en temas de salud, dificultad para solicitar citas médicas vía teléfono, faltas de respeto por parte del personal de salud, barreras físicas y comunicacionales por falta de disponibilidad de personal sanitario capacitado en el tema (Campos & Cartes, 2019; Alfonso-Rojas & Murcia-Rojas, 2019).

Las evidencias estiman que los profesionales de la salud utilizan herramientas coloquiales para lograr comunicarse con este grupo de personas lo que corresponde con la práctica de la comunicación no verbal (gestos, expresiones faciales y corporales), sin embargo, esta forma no hace parte de la interacción reciproca de la comunicación, pues no se refleja el mismo interés por comprender lo que otro quiere expresar, lo que hace dudar de la efectividad de la retroalimentación, comprensión y análisis de la información. (Loredo, 2012; Aragón, Botero &

González, 2017). Elementos esenciales para alcanzar la excelencia en la atención sanitaria, la satisfacción adecuada de las necesidades de los usuarios y la seguridad del paciente. Aunque existes diferentes alternativas, como el uso del dibujo, de la escritura en términos sencillos y de programas informáticos, la relación de confianza creada a través de la comunicación entre el profesional y el paciente es la base para prestar cuidados de calidad con un enfoque holístico, integral, individual y universal (Fernández, López & Guillamón, 2019).

En la actualidad se reconoce a las capacidades disimiles como un asunto de salud pública que progresivamente está cobrando mayor relevancia, sobre todo porque las personas que presentan limitaciones funcionales o corporales generalmente se hallan en desventaja de oportunidades para participar en la vida social en relación con quienes no las presentan. Y la sociedad está obligada a implementar acciones basadas en la igualdad de oportunidades, evitando la discriminación y favoreciendo la accesibilidad (Tough et al., 2017).

En el caso de la pérdida auditiva entendida como la reducción o nulidad en la posibilidad de detectar, procesar e interpretar las vibraciones sonoras supone generalmente para la persona la imposición de una barrera para su desarrollo y su relacionamiento con el medio (Olarieta et al., 2015). Al respecto, las estadísticas muestran que alrededor de 1.000 millones de habitantes (15% de la población mundial), viven con algún tipo de capacidad, y la prevalencia es mayor en los países en desarrollo y según el Banco Mundial (2019) entre 110 millones y 190 millones de personas, o un quinto del total, presentan un nivel de capacidad considerable. Se estima que la pérdida de audición afecta a 360 millones de personas en todo el mundo, y en 2030 se proyecta que ocupará el noveno lugar en la lista de contribuyentes a la carga global de enfermedad (Emmett et al., 2015).

De acuerdo con los datos emitidos por el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD), en Cartagena existen 17,322 personas con capacidades disimiles. Quienes al auto reconocerse y hacer parte de este registro cuentan con algunos beneficios sociales del estado como por ejemplo un puntaje especial para el sorteo de vivienda y personalización de tarjeta para acceso al transporte masivo; sin embargo, no evidencian beneficios para la atención integral en salud de estos pacientes (Alcaldía de Cartagena, 2018).

Cabe resaltar, que son pocos estudios u artículos que tengan un abordaje hospitalario con respecto a la atención brindaba y el cómo se sienten los pacientes con capacidades disimiles auditivas y del lenguaje con la atención recibida en los centros de salud. No obstante, en Murcia, España, Cayuela et al. (2019), realizaron un estudio observacional en población sorda midiendo la calidad asistencial percibida y su satisfacción en la atención primaria en salud, concluyendo que esta población presenta una menor calidad asistencial percibida y una menor satisfacción global en comparación con la población general, y que los profesionales de enfermería reciben una mejor calificación que médicos y personal de administración en relación con la profesionalidad y el trato humano dispensado.

En Brasil, Santos & Freire (2019) analizaron las percepciones de individuos con sordera con relación al proceso comunicacional con profesionales de salud de la Atención Básica del Estado de Rio de Janeiro, encontrando que “la falta de intérprete y la no utilización de la Lengua Brasileira de Signos por los profesionales fueron percibidas como principales barreras comunicacionales”. La mayoría de la población encuestada relató inseguridad después de las

consultas, y los que mejor comprendieron su diagnóstico y tratamiento fueron los sordos bilingües y los orales.

En Chile, la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y el Instituto de la Sordera INDESOR (2018), crearon un “Manual de atención inclusiva y de calidad para personas sordas o con pérdida auditiva en centros de atención primaria en salud”, en el cual señalan que las personas con pérdidas auditivas y dificultad en el lenguaje acuden el doble de veces a consultas médicas con un médico general o con un especialista y un 33% de esta población, después de consulta médica, se sienten inseguros acerca de las instrucciones emitidas por el profesional de salud y/o tomaron las dosis erróneas de medicamentos, demostrando condiciones de salud deficientes sobre todo por la limitación de comunicación con el personal sanitario.

Del mismo modo, en Colombia, el Ministerio de Salud en el ABECÉ Salud Auditiva y Comunicativa “Somos todo oídos” (2017), reconoce que “el acceso limitado a los servicios puede tener efectos importantes en la vida cotidiana y generar sensación de soledad, aislamiento y frustración, sobre todo en las personas mayores que padecen pérdida de audición”. Es por ello que, una atención integral, el diagnóstico y tratamiento oportuno, la prestación de un servicio con calidad y demás situaciones derivadas de la atención en salud, son aspectos fundamentales para garantizar el derecho a vivir en condiciones dignas y en procura de un mejor bienestar general, constituyéndose esta población vulnerable, en un “referente para continuar difundiendo y promocionando medidas pertinentes que faciliten la eliminación o superación de barreras actitudinales y comunicativas que presentan las personas sordas en cualquier etapa del ciclo vital, en los diferentes ámbitos de desarrollo y de interacción social” (INSOR, 2013; Chaveiro, 2014).

Así mismo, el concepto de capacidades disímiles ha tenido un desarrollo significativo en la última década, al punto que su abordaje ya no se concibe dentro del manejo social del riesgo, sino desde el enfoque de derechos, conforme lo consagra la Convención sobre los Derechos de las personas con capacidades disímiles de Naciones Unidas. En esta convención se reconoce que las personas con capacidades diferentes deben gozar de autonomía e independencia individual y que sus derechos humanos y libertades fundamentales deben ser promovidos y protegidos por el estado (Doc. CONPES 166, 2013).

Investigaciones en Colombia, como la desarrollada por Arteaga et al. (2013) dan a conocer que los pacientes sordos que han consultado alguna vez una institución prestadora de servicios de salud (IPS), en su mayoría no están conformes con la atención recibida, indicando que “el médico no entiende, es como adivinando”; los “atienden como enfermos mentales”; se burlan de ellos; que se sienten discriminados y que prefieren cuidarse en casa con remedios caseros y solo consultan cuando están demasiado enfermos.

Sin embargo, al indagar con los profesionales de la salud en cuanto a la atención de pacientes con capacidades disímiles en Marinilla, Colombia, Lopera et al. (2019) concluyeron que como resultado del poco conocimiento del personal de salud acerca de la manera adecuada para abordar la población sorda, se generan sentimientos de temor e incapacidad para abordar este tipo de pacientes. Además, consideran que no hay lineamientos claros sobre la atención que debe regir para este tipo de población, argumentando que, durante su formación académica y

profesional, no recibieron formación específica sobre cómo cuidar y comunicarse con estas personas.

Mientras tanto, en Cartagena, se encuentra un solo artículo publicado por Alzamora et al. (2009) quienes presentan un protocolo de atención odontológica para este tipo de pacientes, donde se sugiere que el profesional debe conocer y aprender el manejo conductual y la terminología básica del lenguaje de señas para facilitar un acercamiento en el que se establezca confianza, empatía y tranquilidad al paciente. Además, la utilización de estas estrategias permite la identificación de las necesidades sentidas para poder brindar una adecuada atención que refleje en ellos sentimientos positivos durante y después de la atención.

Ahora bien, dada la situación actual de pandemia en que se encuentra el mundo, la OMS considera que el aislamiento obligatorio y preventivo se ha convertido en un obstáculo para el acceso a los servicios de salud de las personas con capacidades disímiles, puesto que no pueden informarse o ingresar a actividades de rehabilitación o de consulta externa dado que los medios audiovisuales son los más utilizados para difundir información y muchos de estos medios no están diseñados o pensados para ser utilizados por este grupo poblacional (Universidad del Rosario, 2020).

Atendiendo al hecho que la literatura reconoce, y que plantea en el sentido de que las necesidades de salud desde la perspectiva del usuario con las capacidades disímiles es una dimensión poco considerada en los análisis científicos, el presente artículo se emite con la finalidad de superar este vacío; con ello se aportará a la identificación, la comprensión y la interpretación de las necesidades en salud que presentan las personas con capacidades disímiles específicamente auditivas y del lenguaje frente a la atención que reciben por parte de profesionales de la salud en Bolívar, Colombia.

Materiales y Métodos

Bajo el paradigma cualitativo y aplicando el estudio fenomenológico y la hermenéutica, se abordó esta investigación con el objetivo de aumentar la comprensión del problema objeto de estudio y así, proporcionar una guía de actuación en salud, por lo que se ha logrado conocer la opinión de diez personas con capacidades disímiles auditivas y del lenguaje de una fundación del departamento de Bolívar, reconociendo las experiencias vividas, los comportamientos, emociones y sentimientos (Strauss et al., 2014; Ramírez, 2016; Rojas, 2014).

La selección de los participantes se definió durante el propio o proceso de captura de la información, mediante un muestreo de conveniencia. Se basó en los criterios de inclusión para jóvenes mayores de edad, sin antecedentes psiquiátricos y que aceptaran la participación en el estudio y voluntariamente firmaron un consentimiento informado y autorizando la publicación de este. Con el objetivo de reducir los sesgos de la investigación e interpretación de la información que los participantes querían dar a conocer, se recurrió a un único intérprete de señas, con más de quince años de experiencia.

Para la recolección de la información se aplicó una entrevista a cada uno los participantes, partiendo de un formato semiestructurado, organizado en cinco secciones. Es importante

mencionar que el diseño se basó en el estudio de Restrepo y colaboradores (Restrepo, 2014) y fue revisado por el equipo investigador y validada por tres expertos. Las secciones fueron: aspectos socio demográficos, razones para necesitar atención en salud, barreras en la atención en salud, satisfacción con la atención en salud, implementación del lenguaje de señas durante la atención en salud y atención específica. Se les brindó un espacio o locación que permitiera crear un clima de confianza y empatía, de modo tal que estas personas indicaran respuestas detalladas, completas y a profundidad sobre el fenómeno de interés. Y, se especificó que se grabaría el audio y un video, para posteriormente hacer las transcripciones, preservando el anonimato de los participantes.

Las entrevistas fueron grabadas, transcritas, procesadas e interpretadas. Se procedió su lectura atenta, de manera tal que sea posible dilucidar conceptos, ideas, patrones y pensamientos recurrentes entre las personas estudiadas y así se puedan extraer los elementos esenciales del fenómeno correspondiente a las necesidades sentidas en la atención en salud. Posteriormente se contextualizó la experiencia en cuestión de temporalidad, espacio, corporalidad y contexto relacional (lazos generados en la experiencia).

Resultados y Discusión

Con relación a la caracterización socio demográfica, los participantes entrevistados fueron adultos jóvenes, varones, con baja escolaridad, de procedencia rural, trabajadores independientes y desempleados, devengan bajos ingresos, se ubican en los estratos inferiores, y están afiliados al régimen subsidiado. Estos rasgos concordaron por los que el Banco Mundial (2019) reconoce dentro del panorama global de la población con capacidades disímiles “tienen más probabilidades que las personas sin ningún tipo de limitación de obtener resultados socioeconómicos adversos, como menor nivel de educación, peor estado de salud, niveles inferiores de ocupación y tasas más altas de pobreza”.

Al considerar la variable de satisfacción de la atención en salud entre los pacientes con capacidades disímiles, en esencia esta resultó negativa. Para la mayor parte de estos sujetos, la satisfacción fue poca. Esto lo explicaron aludiendo a la imposibilidad de comprender el problema de salud que los aqueja, ni tampoco la solución al mismo, puesto que la explicación es limitada sólo al acompañante que no presenta una capacidad disímil y ninguno se esfuerza o se interesa por emitir este concepto al paciente, aunado a ello, la imposibilidad de ingresar solos a una consulta por no contar en la institución de salud, con intérpretes de señas. Expresando que “*No [experimento mucha satisfacción, porque no entiendo el] problema ni [la] solución*”, “*[En las instituciones] traductor no hay. [Esto conduce a que] no tenga una buena atención*”. Además, en las instituciones de salud no se encuentran profesionales que conozcan e interpreten el lenguaje de señas, por lo que la satisfacción de la atención en salud sigue siendo baja. Indican que “*No [experimento mucha satisfacción]. [Ya que] el médico ni enfermera nos entienden, entonces le explican es a la mamá [Y ella], no explica igual, resume todo*”.

Partiendo de esta escasa satisfacción, en la subjetividad del paciente emergen sentimientos de tristeza, que podría estar fuertemente vinculados con la impotencia resultante de la complicada comunicación con el personal de salud. Señalan que a veces se sienten tristes, “*[porque] quiero sentirme realmente atendido [y] nunca pasa*”. Además, del hecho que no se ha solucionado el

problema de salud que aqueja al paciente, manifestando que no están satisfechos siguen con problemas de salud y sienten que a los profesionales y familiares no les interesa.

Con respecto a la comunicación, existió un común acuerdo entre los pacientes entrevistados, quienes indican que el proceso comunicativo del que participan cuando asisten a la atención en salud, es el aspecto que más les genera completa insatisfacción. Los argumentos guardan relación, en cierto modo, similares a los presentados anteriormente, destacándose que los pacientes observan que el médico o la enfermera no les explica, es decir, cuando aprecian que no se toma el tiempo, se esfuerzan o se dedican a que el paciente comprenda lo que tiene. Esto se interpreta desde lo manifestado por ellos, expresando *“No [siento satisfacción porque el] médico o la enfermera no [me] explica [y] no se interesan por que [la persona] comprenda”*; *“No hay comunicación [básicamente porque] no logro entender lo que dicen”*.

Del mismo modo, la falta de entendimiento de un lenguaje de señas por parte del personal de salud es un punto que juega en su contra, y repercute en la generación de insatisfacción, señalan que los profesionales deben utilizar otras herramientas que permita comunicarse con sus pacientes, señalando que *“No entienden señas, [pero] tampoco utilizan el aplicativo web”*.

Esta insatisfacción con la atención en salud como con la comunicación obedecen –bajo su concepción– a la dificultad de comprender a los profesionales, el problema de salud ni tampoco su solución, lo que toma lugar porque el personal de salud no le entiende, sumado a que el médico –al ver su imposibilidad para entender el discurso oral– no se toman el trabajo de explicarles, además, la imposibilidad de ser personas independientes. Los hallazgos permitieron comprender que las personas que participaron se hallan entre poco y nada satisfechos. Para comprender esta situación se recurrió a los planteamientos de Barranco et al (2019) quienes afirman que los profesionales no emplean estrategias exitosas de comunicación porque carecen de conocimientos y habilidades pertinentes. Esto interfiere en la calidad de la atención, dando lugar a malentendidos, errores en la toma de decisiones y en desconfianza. Además, se agrega que, la falta de formación y sensibilización de estos profesionales afecta su atención hasta el punto de que estos usuarios decidan evitar la asistencia sanitaria y no participen en actividades de promoción de la salud (Arteaga et al., 2013).

Se encontró también, que la imposibilidad de ser personas independientes constituye en un aspecto adverso que genera insatisfacción al momento de participar en el proceso de atención en salud. Indican que *“No hay satisfacción, porque quisiera ser más independiente de mamá; [me da impotencia el hecho de que] siempre tiene que estar [presente] un intérprete”*; perdiendo además el derecho a su intimidad y dando lugar a la burla o a la grosería para expresarse o hacerse entender. Los entrevistados expresaron que *“Una vez quise hablar de relaciones sexuales con el medico [y quería estar] solo con él, [pero] no quiso...[suspiros], se rio [he hizo] mueca vulgar [con su cara y manos]”*; *“El médico no entiende muchas veces, [y] mi mamá es quien habla”*.

Sin embargo, reconocen que esta compañía juega un papel fundamental en el proceso de la comunicación, dado que este sujeto que generalmente representa al sexo femenino es quien da el apoyo durante este proceso, pero, sobre todo, es quien tiende puentes en la comunicación entre el paciente y el personal de la salud que los atiende. En sus discursos esto se torna evidente, cuando

manifiestan aspectos como: *“Mama me acompaña. [Como] no puedo hablar, entonces necesito [que establezca ella] esa línea de comunicación”*; *“Asiste mi mamá o mi hermana [quienes son las] que me entienden cuando hablo”*.

De igual forma, consideran que la falta de comunicación directa con los profesionales de la salud constituye un factor de riesgo que puede conllevar en cometer errores, indicando que *“Si ellos [profesionales de la salud] entendieran, no se equivocarían”*; *“[Es un riesgo] si [los profesionales de la salud] no me entienden, puede mandarme o hacerme algo que no es [lo adecuado]”*.

Dada esta imposibilidad de establecer comunicación directa con un profesional de la salud y de la permanencia de un intérprete, que en la mayoría de las veces es un familiar, se indagó en relación con la manera como se establece esta comunicación. Se encontró que, para comunicarse, casi siempre esa persona acompañante hace las veces de intérprete de lenguaje de señas, para que el personal de la salud le entienda al paciente y, a su vez, que el paciente comprenda aquello que ellos expresan. Consideran que *“No hay comunicación [si no tenemos intérprete, por eso] necesitamos quien nos traduzca para no estar en la ignorancia”* o que la *“Mamá habla, yo miro [y] mamá me dice lo que el médico le dice, y yo le entiendo”*.

Con relación a las opiniones sobre la implementación del lenguaje de señas, como parte de la atención en salud, los entrevistados argumentaron que esto debe tener lugar porque mejoraría la comunicación, tendrían mayor independencia y presentarían mayor ahorro de dinero. Estos resultados, cuando se comparan con los planteamientos de Deliyore (2018) se hace evidente y necesario que la comunicación se ajuste a las necesidades de estas personas, en el sentido de que se logren generar oportunidades reales de interacción. Es evidente que todas las personas tienen algo que expresar, pero pueden comunicarse –de modo efectivo– siempre y cuando cuente con los medios, la atención y el respeto de las personas interlocutoras implicadas.

Ahora bien, al ser complicada la comunicación directa, entre la persona y el médico, esto implica riesgo de errores. En efecto, esto concuerda con lo sugerido por Burkle et al. (2017), en el sentido de que, cuando las personas con capacidades disímiles intentan mantener conversación con los proveedores de atención médica, se puede comprometer la seguridad del paciente y, aún peor, el resultado general de salud. También concuerda con lo indicado por Agaronnik et al. (2019) dado que la información médica inexacta e incompleta que surge de este tipo de comunicación incrementa la propensión de errores médicos, por ejemplo, dosis incorrectas de medicamentos y diagnósticos erróneos.

En el proceso de entrevistas se indagó con los pacientes si, en algún momento durante la atención en salud, habían experimentado o sentido discriminado motivado por su condición y, en caso afirmativo, que describieran los sentimientos, ideas y demás rasgos que emergieron en ellos a consecuencia de este sentimiento. Atendiendo las respuestas de cada participante, se evidencian rasgos de discriminación por su condición especial. Algunos reportaron que han sentido burlas, lo que ha generado en ellos sentimientos de tristeza y algunos casos rabia/ ira, en sus voces: *“Sí entiendo rápido [lo que los otros hacen] y se burlaron [de mí] porque no escucho”*; *“Sí [me he sentido discriminado]. Muchas veces [eso me hace sentir] mal, triste. [He pensado que] mejor*

no voy [a ser atendido por el personal de salud]”; “Sí [he me he sentido] discriminada, [esto me hace sentir] triste y furiosa”.

Por su parte, los entrevistados consideran que debe implementarse el lenguaje de seña durante la atención en salud, que sea un personal imparcial, dado que esto mejoraría la comunicación y tendrían mayor independencia, permitiendo que *“si [la comunicación es en] persona [sin intérprete,] lograría explicarle [al personal de la salud y] entenderlo, y sentirse más satisfecho”* y que *“[debería implementarse, de este modo] así la mamá no nosotros al médico”.*

La discriminación hacia los pacientes estudiados fue detectada en los relatos analizados, despertándose sentimientos de tristeza y furia ante las burlas. Los sentimientos detectados podrían encajar en los datos a conocer por Díaz et al. (2016) en cuyo estudio indican que, entre las personas con capacidades disímiles, las relaciones emocionales más frecuentes son soledad, aislamiento, frustración, depresión, ansiedad, vergüenza, etc., a lo que se le añaden reacciones comportamentales afines al abandono de actividades y la existencia de mayor dependencia. Esto último fue común en los discursos de los pacientes entrevistados, dado que el depender de otro sujeto, los aquejaba. En respuesta a esto, Gómez et al. (2019) indican que atañe al profesional de Enfermería adquirir competencias para lograr una mejor comunicación con estos pacientes en el ámbito del respeto, además de procurar un cuidado humanizado satisfactorio para ofrecerles apoyo, bienestar, información y despertar sentimientos de confianza y autoestima.

Los pacientes entrevistados estuvieron de acuerdo con que en los centros de salud donde reciben atención debe haber un intérprete capacitado o bien, el personal de salud aprender lenguaje de señas. Estas recomendaciones resultaron similares a las del trabajo de Burkle et al. (2017), aunque los autores proponen un espectro más amplio de medidas dentro de las que vale la pena mencionar la importancia de asistencia lingüística, la cual puede tomar muchas formas, incluido el uso de médicos multilingües, intérpretes profesionales en persona, servicios de interpretación telefónica, servicios de interpretación remota por video profesional, traducción escrita de formularios y materiales educativos.

Dadas todas estas condiciones, el personal entrevistado con capacidades disímiles, plantean una serie de recomendaciones en esta última categoría dirigidas al personal sanitario que los atiende en las instituciones de salud, y que coadyuven a lograr una atención inclusiva y humanizada.

Muchos sujetos coincidieron en que debe haber un intérprete capacitado que sirva de puente para la conversación entre el paciente y los profesionales de la salud o en su defecto la implementación del aplicativo web, esto conduciría a que ambas partes puedan comprender y atender con efectividad, tanto los síntomas y manifestaciones de los padecimientos, como las indicaciones biomédicas y tratamientos que se ameritan. Expresando que *“[Debe haber] traductor [de lenguaje de] señas [en] todos los [establecimientos] de la salud o utilizar la aplicación”*; *“A futuro quisiera [que haya] un traductor que me atienda si algo me pasa [cuando busque atención]”*; *“[Es necesaria la presencia de un] traductor [de lenguaje de] señas profesionales”.*

Otros sujetos fueron más categóricos, y le recomiendan al personal de salud aprender lenguaje de señas, con lo cual no se requeriría de algún mediador en la conversación médico-paciente. De los

siguientes extractos de entrevista se logró comprender la idea mencionada: “*Medico [y] enfermera [deben] hablar [lenguaje de] señas [sic], [eso demostraría un] poco más de respeto [e] interés [por el paciente]”*; “*Que aprenda[n] lenguaje de señas, [para que] nos atiendan como se debe [de forma adecuada]”*.”

Conclusiones

Acorde con los resultados obtenidos, su análisis y discusión se puede concluir que la necesidad predominante de la población sujeto de estudio corresponde a la dificultad de establecer una comunicación directa con los profesionales de la salud. Situación que los hace sentir insatisfechos con la atención que reciben por parte del personal sanitario. Además, emergen sentimientos de tristeza, rabia y temor, producto de la discriminación por su condición, la poca privacidad en la relación médico paciente y la percepción de una atención riesgosa que puede conllevar a cometer errores en su diagnóstico y tratamiento. Por lo tanto, recomiendan 1) la inclusión del lenguaje de seña en la formación de pregrado de estos profesionales. 2) el uso de herramientas tecnológicas de comunicación disponible a nivel nacional, como el Servicio de Interpretación en línea SIEL, ofrecido por el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones de Colombia, que funciona como centro de relevo para facilitar la comunicación entre sordos y oyentes. 3) la identificación de pacientes con capacidades disímiles (auditivas y del lenguaje) al momento de agendar citas para que se programe o se mantengan intérpretes de lengua de señas en los servicios de atención.

Agradecimientos

Se les agradece la colaboración para realizar el presente estudio a María Alejandra Mendoza Fernández, Jeniffer De Jesús Hernández Olivo, Paula Andrea Escorcía Lara, Carolina Molina Babilonia. Así como al intérprete y a los pacientes con capacidades disímiles que participaron en el estudio.

Referencias

- Agaronnik, N., Campbell, E. G., Ressalam, J., & Iezzoni, L. I. (2019). Communicating with Patients with Disability: Perspectives of Practicing Physicians. *Journal of general internal medicine*, 34(7), 1139–1145. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-04911-0>
- Alcaldía Distrital de Cartagena de Indias (2018). *Personas con discapacidad en Cartagena, a registrarse*. Recuperado de <https://www.cartagena.gov.co/index.php/component/content/article/93-acciones%20comunicacionales/839-personas-con-discapacidad-en-cartagena-a%20registrarse?Itemid=515#:~:text=De%20acuerdo%20con%20el%20Registro,esta%20condici%C%B3n%20e n%20la%20ciudad.&text=%E2%80%9CAuto%20reconocerse%20como%20personas%20con,los%20beneficios%20sociales%20del%20Estado>.
- Alfonso-Rojas, C. & Murcia-Rojas, K. (2019). Salud visual y ocular de escolares atendidos en una clínica universitaria oftalmológica de Cartagena de Indias (Colombia). *IPSA Scientia, Revista científica Multidisciplinaria*, 4(1), 71-81. <https://doi.org/10.25214/27114406.941>
- Alzamora, L., Bello, Z., & Rodríguez, F. (2009). Diseño de protocolo de atención odontológica a pacientes del instituto para la habilitación del niño sordo de Cartagena de Indias. *Ciencia y salud virtual*, 1(1), 62-68.

- Aragón J, A. I. K., Botero B, M., & González O, D. (2017). *Habilidades y métodos comunicativos del personal de enfermería durante el cuidado de personas con limitación auditiva* [Disertación Doctoral]. Corporación Universitaria Adventista.
- Arteaga, D., Correa, S., Duque, K. D., & Ruiz, S. L. (2013). Abordaje prehospitalario del paciente con discapacidad [Trabajo de grado no publicado], Universidad CES. Medellín.
- Banco Mundial (2019) *Discapacidad: Panorama general*. Recuperado de <https://www.bancomundial.org/es/topic/disability>
- Barranco M, S., Ventura P, P. E., & Coronado C, P. (2016). Estrategias de comunicación de los profesionales de enfermería con personas sordas o ciegas. *Index de Enfermería*, 25(4), 253-257. Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000300007
- Burkle C., Anderson K., Xiong Y., Guerra A., Tschida D. (2017). Assessment of the efficiency of language interpreter services in a busy surgical and procedural practice. *BMC Health Serv Res*, 17, 1-6. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-017-2425-7>
- Campos, V., & Cartes, R. (2019). Estado actual de la atención sanitaria de personas con discapacidad auditiva y visual: una revisión breve. *Revista médica de Chile*, 147(5), 634-642. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019000500634>
- Cayuela, PS. Pastor, M. Conesa, MA (2019) Calidad asistencial percibida y satisfacción de las personas sordas con la atención primaria de un Área de Salud de la Región de Murcia. *Enfermería Global*. 54, 303-312. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v18n54/1695-6141-eg-18-54-303.pdf>
- Chaveiro, N., Duarte, S. B. R., Freitas, A. R. D., Barbosa, M. A., Porto, C. C., & Fleck, M. P. D. A. (2014). Qualidade de vida dos surdos que se comunicam pela língua de sinais: revisão integrativa. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 18, 101-114. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0510>
- Cófreces, P., Ofman, S. D., & Stefani, D. (2014). La comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010. *Revista de Comunicación y Salud*, 4, 19-34. <http://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2014.4.19-3420>
- Deliyore M. (2018). Comunicación alternativa, herramienta para la inclusión social de las personas en condición de discapacidad. *Revista Electrónica Educare*, 22(1), 1-16. <http://dx.doi.org/10.15359/ree.22-1.13>
- Díaz C, Goycoolea M, Cardemil F. (2016) Hipoacusia: trascendencia, incidencia y prevalencia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27(6), 731-739. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2016.11.003>
- Emmett S, Francis H. (2015). The Socioeconomic Impact of Hearing Loss in US Adults. *Otol Neurotol*. 36(3), 545-550. <https://doi.org/10.1097/MAO.0000000000000562>
- Fernández R, I., López H, L., & Guillamón G, M. (2019). Estrategias de comunicación en la interacción terapéutica en usuarios de edad avanzada en circunstancias de sordera. *Ágora de Salud*, VI. 99-108. <http://dx.doi.org/10.6035/AgoraSalut.2019.6.11>
- Gómez, V., Correa, M., Manfrin, R. & De Sosa J. (2019) Vivencia del enfermero al cuidar sordos y/o portadores de deficiencia auditiva. *Enfermería Global*. (17), 1-10. <https://doi.org/10.6018/eglobal.8.3.75171>
- Instituto Nacional para Sordos. INSOR (2013). *Boletín Observatorio Social Población Sorda Colombiana. Estadística e información para contribuir en el Mejoramiento de la Calidad de vida de la población sorda colombiana. Boletín N° 5*. Bogotá. Recuperado de http://www.insor.gov.co/home/wp-content/uploads/filebase/boletin_observatorio05.pdf

Ley 1618 de 2013 y en el Documento CONPES 166 - Bogotá D.C., 09 de diciembre de 2013.

Lopera Arango, D. L., Ramírez Salazar, E. A., Jiménez Vanegas, A. M., Gómez Cardona, J. L. & Restrepo Castaño, M. E. (2019). Percepción del personal de salud sobre la atención a la población sorda en el Hospital San Juan de Dios de Marinilla. *Revista Universidad Católica de Oriente*, 30(44), 24-44.

Loredo N. (2012). Intervenciones de comunicación exitosa para el cuidado a la salud en personas con deficiencia auditiva. *Rev Enferm Univers ENEO-UNAM*. 9(4), 57-69. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v9n4/v9n4a6.pdf>

Maldonado, A. D. A. (2012). La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería: saber qué decir y qué hacer. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 3(2), 147-157. Recuperado de http://www.aecs.es/3_2_6.pdf

Ministerio de salud y Protección Social (2017). *ABECÉ Salud Auditiva y Comunicativa “Somos todo oídos”*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/abece-salud-auditiva-2017.pdf>

Olarieta J., García F., Pérez N. & Rivera T. (2015) Hipoacusia. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 11(91), 5445–5454. <https://doi.org/10.1016/j.med.2015.11.014>

Ramírez C. (2016). *Fenomenología hermenéutica y sus implicaciones en enfermería*. Universidad Sur-colombiana, Neiva Huila, Colombia.

Restrepo-Zea JH., Silva-Maya C., Andrade-Rivas F., VH-Dover, R. (2014) Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*. 13(27), 242-265. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.assa>.

Rocha O, T., & Faria S, S. M. (2013). La comunicación enfermera-cliente en el cuidado en las unidades de urgencias 24h: una interpretación en Travelbee. *Enfermería global*, 12(30), 76-90. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n30/clinica5.pdf>

Rojas, B. (2014) *Investigación cualitativa*. Caracas: FEDUPEL.

Santos AS, & Portes AJF. (2019) Perceptions of deaf subjects about communication in Primary Health Care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 27(e3127). <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2612.3127>

Strauss A. & Corbin J. (2014) *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.

Tough H., Siegrist J., & Fekete C. (2017) Social relationships, mental health and wellbeing in physical disability: a systematic review. *BMC Public Health*. 17, 1-8. Recuperado de <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017-4308-6>

Universidad de Chile. Instituto de la Sordera INDESOR (2018). *Manual de atención inclusiva y de calidad para personas sordas o con pérdida auditiva en centros de atención primaria en salud*. Universidad de Chile.

Universidad del Rosario (14 de diciembre de 2020). Discapacidad, una condición que no tiene aislamiento. *Periódico Nova Et Vetera*. Recuperado de <https://www.urosario.edu.co/Periodico-NovaEtVetera/Salud/Discapacidad-una-condicion-que-no-tiene-aislamient/>