

**CORPORACION UNIVERSITARIA ADVENTISTA**

**FACULTAD CIENCIA DE LA SALUD**



**PROPUESTA DE ENTRENAMIENTO COMUNICATIVO PARA EL  
MANEJO DE PACIENTES CON LIMITACIONES VERBALES Y/O  
AUDITIVAS, EN LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA UNAC.**

CARMELINA RUEDA GAMBOA

GINA PAOLA DÍAZ PORTILLO

WILSON ANDRÉS OSORIO TORO

MEDELLIN, COLOMBIA



## CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

### FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

#### NOTA DE ACEPTACIÓN

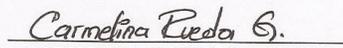
Los suscritos miembros de la comisión Asesora del Proyecto Laboral Tecnológico: “**Propuesta de entrenamiento comunicativo para el manejo de pacientes con limitaciones verbales y/o auditivas en la Tecnología en Atención Prehospitalaria**”, elaborado por los estudiantes: CARMELINA RUEDA, WILSON OSORIO y PAOLA DÍAZ PORTILLO del programa de TECNOLOGÍA EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y DESASTRES, nos permitimos conceptuar que éste cumple con los criterios teóricos, metodológicos y de redacción exigidos por la Facultad de Ciencias de la Salud y por lo tanto se declara como:

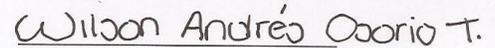
***APROBADO- BUENO***

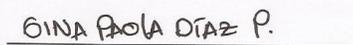
Medellín, Mayo 20 de 2015

  
LIC. MILTON ANDRÉS JARA  
Coordinador Investigación FCS

  
DR. FABIAN VALENCIA  
Asesor

  
CARMELINA RUEDA GAMBOA  
Estudiante

  
WILSON ANDRÉS OSORIO TORO  
Estudiante

  
GINA PAOLA DIAZ PORTILLO  
Estudiante

Personería Jurídica según Resolución del Ministerio de Educación No. 8529 del 6 de junio de 1983 / NIT 860.403.751-3

Cra. 84 No. 33AA-1 PBX. 250 83 28 Fax. 250 79 48 Medellín <http://www.unac.edu.co>

## **RESUMEN DE PROYECTO DE GRADO**

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA:

TECNOLOGÍA EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

PROPUESTA DE ENTRENAMIENTO COMUNICATIVO PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON LIMITACIONES VERBALES Y/O AUDITIVAS, DIRIGIDO A ESTUDIANTES DE LA TECNOLOGÍA EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA, UNAC

NOMBRE DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO:

CARMELINA RUEDA

GINA PAOLA DÍAZ

WILSON ANDRÉS OSORIO

SIGLA DEL TÍTULO ACADÉMICO Y NOMBRE DE LOS ASESORES:

TAPHUED

ASESOR METODOLÓGICO Y TEMÁTICO

FABIÁN L. VALENCIA-ARÉVALO, MD.

## FECHA DE TERMINACIÓN DEL PROYECTO:

Miércoles, 27 de mayo del 2015

## PROBLEMA O NECESIDAD

Esta propuesta de entrenamiento comunicativo se creó porque en nuestro medio aún no se cuenta con conceptos unificados para el manejo de usuarios con limitaciones verbales y/o auditivas, en los cuales se presentan casos donde se desconoce cómo acceder a estos pacientes y establecer una comunicación eficaz en su atención, lo que conlleva a una necesidad de crear un modelo de entrenamiento para los estudiantes de la TAPH de la UNAC, que permita unificar ideas y conceptos que garanticen un adecuado manejo al usuario.

## MÉTODO

El estudio se realizó en 4 fases la primera identificar las falencias en el manejo pre hospitalario; se hizo un análisis de las falencias con el cual identificamos que en la formación de los estudiantes no se les instruye como atender a los pacientes con dichas limitaciones. En el segundo se recogió información a través de fuentes como la asociación antioqueña de sordomudos –ASANSO- , encuestas a los estudiantes de 2 y 3 semestre de dicha tecnología, además de bases de datos. En la tercera fase se elaboró la propuesta y por último se presentó un informe a los evaluadores y se socializaron los resultados obtenidos.

## RESULTADOS

Se aplicó una encuesta a 42 estudiantes de segundo y tercer semestre de TAPH, y una entrevista a dos personas con limitaciones verbales y/o auditivas. Se analizó la información

cualitativa y cuantitativamente, y a partir de los resultados se pudo comprobar la pertinencia de esta propuesta.

## **CONCLUSIONES**

Con el desarrollo de nuestro proyecto daremos a conocer la importancia del manejo y conocimiento en lengua de señas del área pre hospitalaria para así tener una comunicación efectiva con el paciente y poder brindarle una atención eficaz y oportuna diseñando un modelo de capacitación y entrenamiento que se basará en dos módulos, los cuáles serán “guía básica y guía avanzada”, para los estudiantes y/o egresados de la Corporación Universitaria Adventista.

Principalmente se le agradece, por su contribución para el desarrollo de este proyecto, a Dios. Agradecimiento también extensivo a nuestras familias; quienes han sido un apoyo incondicional; a cada uno de nuestros docentes; quienes han hecho lo posible para que en cada clase o asesoría, tuviésemos las herramientas para nuestro aprendizaje. Así es como hemos podido ir subiendo escalón tras escalón en nuestro transitar académico diseñado nuestro presente proyecto, el cual consideramos importante tanto para la población con limitaciones verbales y/o auditivas, como para el personal del área de la atención pre hospitalario que lo asiste.

Para cada uno de ellos, MUCHAS GRACIAS.

Se dedica este trabajo a nuestro Dios todo poderoso, que nos dio sabiduría, salud, fuerzas y vida, y porque siempre estuvo a nuestro lado para la creación del mismo. A los maestros, que a lo largo de la carrera nos han llenado de conocimientos; los cuales son los que hoy podemos llevar a la práctica y en honor a ellos y a nuestras familias, hemos trabajado y esforzado para llevar a la realidad todo lo aprendido.

A los que arriesgan sus vidas por salvar las de otras personas y lo hacen con pasión, fe y confianza en el ser más maravilloso que los cuida y les ilumina en su labor. A nuestro país Colombia, porque con orgullo patrio nos hacemos llamar colombianos y porque en esta gran nación queremos salir triunfantes y tener una vida llena de bendiciones en el nombre del Dios del cielo y de la tierra.

## LISTA DE CONTENIDO

RESUMEN DE PROYECTO DE GRADO

CONCLUSIONES

LISTA DE CONTENIDO

LISTA DE TABLAS Y FIGURAS.

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. JUSTIFICACIÓN .....	2
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	3
4. PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	4
5. OBJETIVOS .....	4
1.1. Objetivo general .....	4
1.2. Objetivos específicos.....	4
6. VIABILIDAD .....	5
7. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN .....	6
7.1. Dificultades.....	6
8. IMPACTO DEL PROYECTO .....	7
9. MARCOS REFERENCIALES.....	8
9.1. Marco conceptual .....	8
9.2. Marco referencial.....	9
.....	10
9.3. Marco institucional.....	14
9.3.1. Misión. ....	14
9.3.2. Visión.....	14
9.4. Marco histórico.....	15
9.5. Marco normativo .....	18
9.5.1. Internacional.....	18
9.5.2. Nacional.....	23
9.6. Marco teórico.....	30

9.6.1.	Dificultades de aprendizaje.....	30
9.6.2.	Trastorno con déficit de atención con hiperactividad.....	32
	“TDAH.....	32
9.6.3.	Limitación verbal.....	33
9.6.4.	Localización.....	34
9.6.5.	Afasia.....	35
9.6.6.	Síndromes disociativos.....	36
9.6.7.	Discapacidad auditiva.....	38
10.	ANÁLISIS.....	42
11.	ALCANCE DEL PROYECTO.....	44
11.1.	Plan de trabajo.....	44
	TABLA 5. PLAN DE TRABAJO. GUÍA AVANZADA.....	49
11.2.	Vocabulario & oraciones claves.....	50
11.3.	Registro de actividades.....	52
	TABLA 6. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	52
12.	METODOLOGÍA DEL PROYECTO.....	53
12.1.	Enfoque.....	53
12.2	muestra.....	54
12.3.	Instrumento para la recolección de información.....	54
13.	PRESUPUESTO.....	55
14.	ORGANIGRAMA.....	56
15.	DISEÑO DE LA PROPUESTA CURRICULAR.....	60
16.	REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.....	61
	ANEXOS.....	63
	Anexo a. encuesta de monitoreo vocacional del proyecto en curso.....	63
	Anexo b. entrevista.....	65
	Anexo c. alfabeto dactilológico.....	66

## LISTA DE TABLAS Y FIGURAS.

TABLA 1. IMPACTO DEL PROYECTO.....	7
TABLA 2. ESTADÍSTICAS DEL CENSO 2005, DANE .....	10
TABLA 3. PORCENTAJES COMPARATIVOS DEL REGISTRO NACIONAL VS. CENSO 2005/FUENTE DANE. ....	12
TABLA 4. PLAN DE TRABAJO. GUÍA BÁSICA.....	45
TABLA 5. PLAN DE TRABAJO. GUÍA AVANZADA.....	49
TABLA 6. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES. ....	52
FIGURA 1. COMPONENTES DE LIMITACIONES VERBALES Y AUDITIVAS .....	8
FIGURA 2.ORGANIGRAMA .....	57
FIGURA 3.RESULTADO ENCUESTA .....	64
FIGURA 4.ALFABETO DADICTOLOGICO.....	67

## 1. INTRODUCCIÓN

Cada día se refleja la necesidad de estar preparados para afrontar situaciones que ponen en riesgo la vida o que afectan la salud de las personas, bienes y/o servicios, y aunque hoy se cuenta con personal capacitado para atender la mayoría de estas situaciones, existe un grupo de personas a las cuales se les presta poca atención, se cuenta con poca literatura y guías sobre manejo, a la hora del abordaje entre el personal de salud y el paciente, y son las personas con limitaciones verbales y/o auditivas. Y es este grupo de personas en el que se enfoca el presente proyecto, ya que para el personal asistencial pre hospitalario, la atención primaria es fundamental en el proceso del tratamiento de un paciente, pues de ésta depende mucho su posterior evolución, por lo que el abordaje clínico a este grupo especial de personas no puede ser el mismo que el que se presta a quienes no cuentan con estas limitaciones, razón por la cual se propone un componente flexible dentro del currículo académico en el programa de la Tecnología en Atención Pre hospitalaria (TAPH); todo esto como una respuesta institucional a la demanda moral, ética y social de hacer cumplir derechos humanos; tales como lo son la salud y la igualdad en la atención de todas las personas por parte de un personal de salud que cuente con la capacidad de llevar a cabo una atención inclusiva y de calidad hacia personas con discapacidad, en este caso, asociada a limitaciones verbales y auditivas.

El citado proyecto se desarrolla en la Corporación Universitaria Adventista (UNAC) como propuesta académica dentro del proceso formativo de los estudiantes de del programa de TAPH de la Facultad de Ciencias de la Salud de la misma, y fue liderado por tres (3) estudiantes de citado programa.

## **2. JUSTIFICACIÓN**

A pesar del mejoramiento en el sistema de prevención y atención de incidentes o emergencias en el cual existe un proceso continuo de cambios, en el medio aún no se cuenta con conceptos unificados para el manejo de usuarios con limitaciones verbales y/o auditivas, en los cuales se presentan casos donde se desconoce cómo acceder a estos pacientes y establecer una comunicación asertiva en su atención pre hospitalaria, lo que conlleva a una necesidad de crear un modelo de entrenamiento para los estudiantes de la TAPH de la UNAC, que permita unificar ideas y conceptos que garanticen un adecuado manejo al usuario. Esto permitirá establecer un orden secuencial en el protocolo de atención a estos pacientes con limitaciones verbales y/o auditivas, al implementar una adecuada comunicación que al momento de atender una emergencia con estas características pueda actuar en común acuerdo con lo establecido, y así satisfacer las necesidades de la población con limitaciones verbales y/o auditivas, haciendo cumplir sus derechos.

### **3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Pese a que hoy por hoy el término de discapacidad es el que determina el nivel de interacción entre las limitaciones que las personas poseen y su participación en la sociedad, éste es un proyecto basado en las estadísticas arrojadas por el Censo Nacional del 2005 elaborado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en el cual, un aproximado de 770.000 personas fueron registradas con “limitaciones para entender, hablar y/o oír”; dato que nos hizo ir en la búsqueda de una respuesta a una incógnita muy grande: ¿Cómo comunicarme con pacientes que presentan limitaciones verbales y/o auditivas en medio de una atención pre hospitalaria, siendo yo parte del personal en salud que los asiste?

No en vano Medellín fue catalogada la ciudad más innovadora del 2014, y es que unas de las razones para merecer dicho mérito, resulta de su interés generalizado por derrumbar las barreras que han existido en torno a las personas con discapacidad, producto de las limitaciones físicas y/o mentales que poseen, y por abrir nuevos caminos al mundo de la comunicación entre ellos y el resto de la comunidad.

Y es éste el campo de acción en el que se desea implementar el proyecto, un área metropolitana en la que habita un número cercano a las 48.000 personas con alguna limitación, y en donde alrededor a un 30% de las mismas, lo presentan en el área verbal y/o auditiva. Infortunadamente, y de manera casi generalizada, en nuestro, hermoso país poco se apoya a esta población, realidad anexa que nos condujo a apuntar nuestro interés académico a tal grupo de personas. (1)

#### **4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cómo una propuesta de entrenamiento comunicativo favorece en la atención pre hospitalario a pacientes con limitaciones verbales y/o auditivas?

#### **5. OBJETIVOS**

##### 1.1. Objetivo general

Diseñar una propuesta de entrenamiento comunicativo que favorezca en la atención pre hospitalaria a pacientes con limitaciones verbales y/o auditivas.

##### 1.2. Objetivos específicos

- Señalar la importancia de una comunicación eficaz en la atención pre hospitalaria del manejo de pacientes con limitaciones verbales y/o auditivas.
- Mostrar la importancia de la atención pre hospitalaria en pacientes con limitaciones verbales y/o auditivas.
- Manejar una comunicación eficaz en la atención pre hospitalaria en pacientes con limitaciones verbales y/o auditivas.

## **6. VIABILIDAD**

Es un proyecto viable, puesto que en el entorno en el cual se pretende realizar el proyecto, como lo es Medellín, la cual cuenta con un grupo considerable de población con distintas discapacidades, entre ellas el grupo de personas con limitaciones verbales y/o auditivas, las que con el desarrollo del proyecto se pretende ayudar.

El entorno es favorable, ya que Medellín se ha hecho conocer como “Ciudad innovadora” y esta propuesta hará parte de lo que es innovador, no sólo para la Corporación Universitaria Adventista, sino también para Medellín, Colombia y el mundo. El proyecto se considera innovador desde un punto de vista importante, porque hasta el momento no se ha implementado y que si se llegase a desarrollar, traería grandes beneficios, no sólo a la población con limitaciones verbales y/o auditivas, sino también a los centros de salud, ya que se tendrá conocimiento sobre el estado general del paciente y no tardaría su atención.

## **7. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

### 7.1. Dificultades

- Falta de tiempo suficiente para dedicarle a la investigación sin personal calificado
- Incertidumbre y disponibilidad de recursos económicos
- No encontrar fuentes primarias y secundarias suficientes para darle objetividad al cuerpo del texto y conclusiones
- Barreras de entrada dentro del mismo sector que obliguen a cambios de paradigmas.

## 8. IMPACTO DEL PROYECTO

TABLA 1. IMPACTO DEL PROYECTO

<b>impacto esperado</b>	<b>plazo después finalizado el proyecto</b>	<b>indicador verificable</b>	<b>supuestos</b>
Los primeros graduandos Calificados para el manejo pre hospitalario en pacientes con limitación verbal y/o auditiva.	1 año y 6 meses	Graduación calificada por el paso de las dos guías, básico y avanzado.	
Respuesta positiva de los pacientes con limitación verbal y/o auditiva.	2 y 3 años	Seccional de Salud	
Implementación de capacitación en otros centros educativos para el manejo en pacientes con limitación verbal y/o auditiva.	4 a 5 años	Interés por parte de centros educativos.	

## 9. MARCOS REFERENCIALES

### 9.1. Marco conceptual

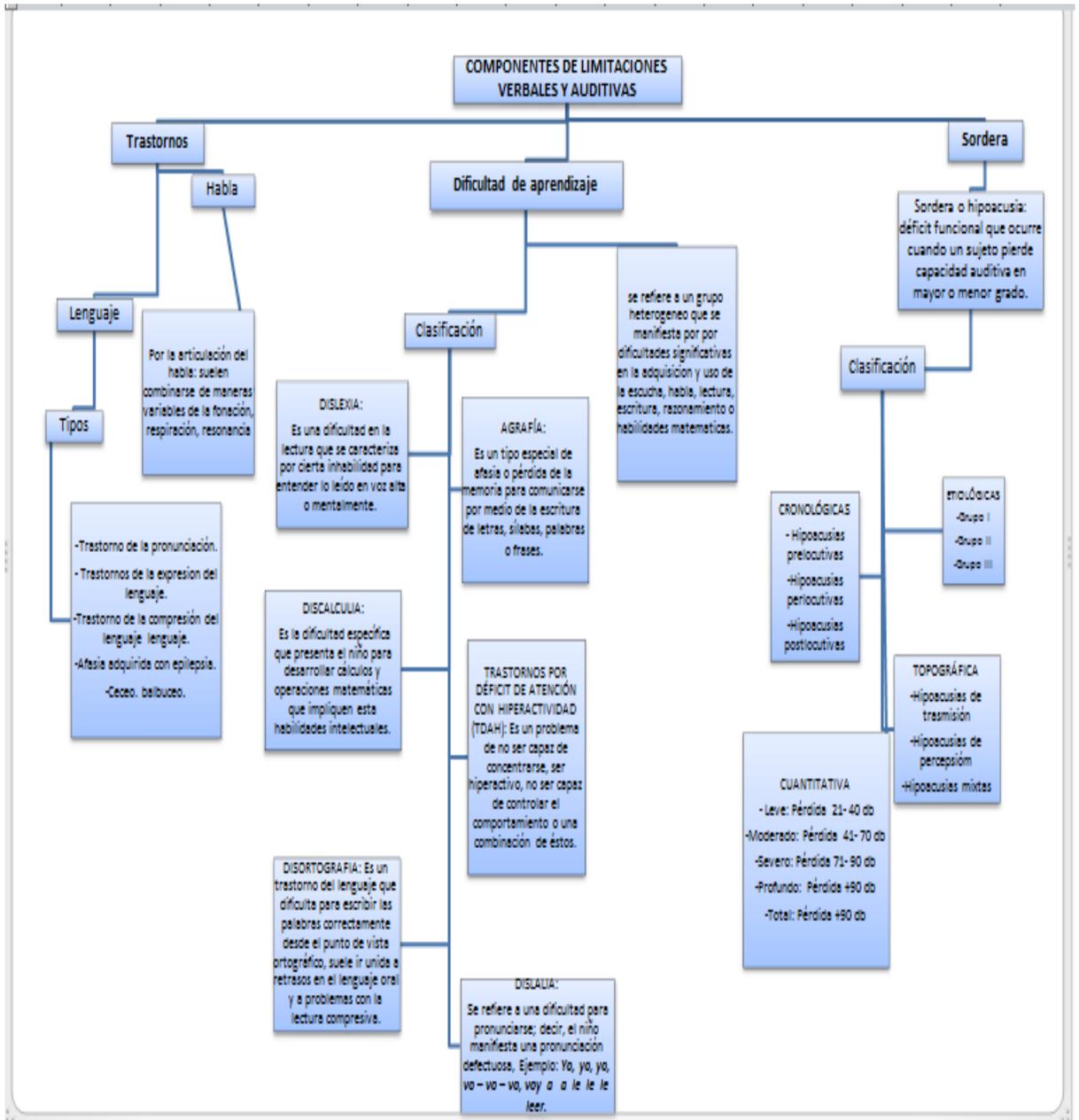


FIGURA 1. COMPONENTES DE LIMITACIONES VERBALES Y AUDITIVAS

## 9.2. Marco referencial

“De acuerdo con las investigaciones realizadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE, sobre la población que presenta limitaciones verbales y auditivas, se encuentra población con este tipo de limitaciones ya sea por accidentes o por genética, que con rehabilitación han mejorado su condición actual, o sencillamente “han continuado igual”, en Colombia.” (2) (Ver Tabla 1).

Acerca de cada una de las limitaciones indagadas dentro de la dinámica de la entrevista realizada durante las jornadas de recolección de datos, en el Censo 2005, se incluyeron las limitaciones para oír y/o hablar, competencias de interés para el presente proyecto, a saber:

TABLA 2. ESTADÍSTICAS DEL CENSO 2005, DANE

Limitaciones permanentes	GENERAL 2005		
	Limitaciones	% Personas con Lim	Prevalencia
Moverse o caminar	758.009	29,32%	1,84%
Usar sus brazos y manos	381.724	14,77%	0,93%
Oír, aún con aparatos especiales	446.179	17,26%	1,08%
Hablar	336.909	13,03%	0,82%
Ver, a pesar de usar lentes o gafas	1.121.129	43,37%	2,72%
Entender o aprender	312.472	12,09%	0,76%
Relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales	254.920	9,86%	0,62%
Bañarse, vestirse, alimentarse por sí mismo?	245.190	9,48%	0,60%
Otra limitación permanente?	486.594	18,82%	1,18%
Total deficiencias	4.343.126		
Total Personas con alguna dificultad permanente	2.585.224	1,68	
Total población nacional	41.174.853		6,30%

Fuente: DANE.

- **OÍR, AÚN CON APARATOS ESPECIALES:** En éste ítem, no solamente se hace referencia a la población “sorda”, sino cualquier persona que presenta dificultades al utilizar de forma intencionada el sentido de la audición en el desarrollo de sus actividades cotidianas, porque refiere que “no oye bien”.

Se refiere tanto a personas que debido a una sordera total, son incapaces de recibir algún sonido aun cuando éstos se amplifiquen; como también a aquellos que tienen dificultades graves o importantes para oír sirenas, alarmas, dispositivos de advertencia. Son “hipoacusias” aquellas personas que debido a una reducción de la capacidad auditiva se les dificulta entender una conversación en tono normal.

Según el Censo llevado a cabo en el año 2005, el total de la población nacional registró 41.174.853 habitantes; siendo las que poseen Limitaciones para Oír, y aún con aparatos especiales: 446.179 personas, equivalentes a un porcentaje del 17,26% de la población general, lo que significó una prevalencia del 1,08%. (Ver Tabla 2).

- **HABLAR Y COMUNICARSE:** Se refiere a personas con dificultades graves o importantes para formular y/o entender mensajes verbales (el tono, la vocalización, la producción de sonidos, la velocidad, y aquellos que son inadecuados para el hablante en términos de edad o desarrollo físico) y no verbales (expresión facial, gestos, signos). Personas con dificultades graves o importantes para articular palabra (ya sea por mutismo absoluto, o disfemia -más conocida en la *vox populi* como “tartamudez”-). (lenguaje de sordos, lenguajes asistidos por ordenador).

En el registro nacional realizado entre el 2003 y el 2008, se indagó por dificultades permanentes para “Hablar y comunicarse”, con un 20.3%, mientras que en el Censo 2005 se preguntó por limitaciones permanentes para “hablar”, arrojando un total de 336.909 personas, equivalentes a un porcentaje del 13.03%, que refleja una prevalencia cercana al 1%, específicamente 0,82%. (Ver Tabla 2 Y 3).

TABLA 3. PORCENTAJES COMPARATIVOS DEL REGISTRO NACIONAL VS. CENSO 2005/FUENTE DANE.

Identificación de las personas con discapacidad en los territorios desde el rediseño del registro  
Elaboró: Julio César Gómez Beltrán  
Abril 2008

Opciones del REGISTRO 2003 – 2008 Dificultades permanentes	%	CATEGORIAS LIMITACIONES & Restricciones	Opciones del CENSO GENERAL 2005 Limitaciones permanentes	%
Caminar, correr, saltar	51,0%	Movilidad	Moverse o caminar	29,32%
Llevar, mover, utilizar objetos con las manos	17,9%	Movilidad	Usar sus brazos y manos	14,77%
Oír, aun con aparatos especiales	14,1%	Comunicación - Aprendizaje y aplicación del conocimiento	Oír, aún con aparatos especiales	17,26%
Hablar y comunicarse	20,3%	Comunicación - Aprendizaje y aplicación del conocimiento	Hablar	13,03%
Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas	31,6%	Comunicación - Aprendizaje y aplicación del conocimiento	Ver, a pesar de usar lentes o gafas	43,37%
Pensar, memorizar	37,7%	Aprendizaje y aplicación del conocimiento	Entender o aprender	12,09%
Relacionarse con las demás personas y el entorno	13,0%	Relaciones interpersonales	Relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales	9,86%
Alimentarse, asearse y vestirse por si mismo	9,7%	Autocuidado	Bañarse, vestirse, alimentarse por si mismo?	9,48%
Distinguir sabores u olores	2,8%	Aprendizaje y aplicación del conocimiento		
Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón	29,3%	Tareas y demandas generales		
Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos	12,0%	Tareas y demandas generales		
Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos	9,4%	Relaciones interpersonales		
Mantener piel, uñas y cabellos sanos	5,1%	Relaciones interpersonales		
Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo	16,1%	Movilidad		
Otra	5,2%		Otra limitación permanente?	18,82%
TOTAL	275,2%		TOTAL	168,0%

Dentro de los ítems de la entrevista realizada, y en aras de ser lo más cercanos posible al interés que persigue esta propuesta de trabajo, es necesario incluir a las personas que con base en su estado mental, también presentan limitaciones en el área verbal y/o auditiva, por otras razones ajenas, quizás, a los órganos de los sentidos o estructuras asociadas a dichas funciones mentales, como lo son, aquellos con discapacidad cognitiva, mal llamada aún, “Retardo Mental”.

- **PENSAR, MEMORIZAR Y RELACIONARSE CON OTROS:** Abarca no son solamente a quienes tengan “retraso mental”, sino aquellos que presentan entre otras dificultades en el desempeño de sus funciones mentales globales (conciencia, energía, impulso), en las funciones específicas (memoria, atención, cálculo), en las funciones emocionales (los sentimientos y los afectos); en las funciones de pensamiento y de cognición (la abstracción, la organización, el juicio); para adquirir y aplicar conocimientos (dadas por instrucciones, o por la experiencia propia).

En el registro se indaga por dificultades permanentes para “pensar, memorizar”, determinando un aproximado del 37.7%, mientras que en el Censo 2005 se preguntó por limitaciones permanentes para “Entender o aprender”, arrojando un cálculo de 312.472 personas, equivalente al 12.09%.

Dentro de este grupo de personas, se incluyeron aquellas con dificultades para “reconocerse y para reconocer otras personas, objetos o el entorno”, para un 13,01% de la población basada en el Registro. Otras dificultades para orientarse, en el tiempo y/o el espacio, para prestar atención y/o en la capacidad de concentración, debidas todas ellas a deficiencias intelectuales y/o cognitivas (retrasos, demencias, enfermedades mentales) obtuvo un número de 254.920 personas, equivalentes al 9.85% (0.62% de prevalencia). (3)

### 9.3.Marco institucional

#### 9.3.1. Misión.

La Corporación Universitaria Adventista reconoce a Dios como Creador, Redentor y Sustentador del hombre y del universo; y en armonía con los principios filosóficos y educativos inspirados por el Espíritu Santo, evidenciados en la naturaleza, ejemplificados por Jesucristo, expuestos en las Sagradas Escrituras y tal como los profesa la iglesia Adventista del Séptimo Día, nuestra Institución declara como su misión propiciar y fomentar una significativa relación del hombre con Dios por medio del trabajo en las diferentes disciplinas del conocimiento. En consecuencia, la Corporación se define como una institución universitaria sin ánimo de lucro que desarrolla su labor educativa enmarcada en el servicio a Dios, la comunidad adventista y la sociedad en general.

El trabajo del conocimiento se fundamenta en tres pilares: la formación integral, la cultura investigativa y la excelencia en el servicio, en el que el hombre es el agente principal del proceso educativo que persigue el desarrollo armónico de los aspectos físicos, mentales sociales y espirituales. La misión se desarrollará en procura de los altos niveles de calidad educativa, a través de un personal calificado con un profundo sentido de compromiso, apoyado en el uso óptimo de los recursos físicos, financieros y tecnológicos. (4)

#### 9.3.2. Visión.

“La Corporación Universitaria Adventista será una Universidad completamente accesible a la Iglesia Adventista del Séptimo Día en particular, y a la comunidad en general, con el propósito de preparar ciudadanos para este mundo y para la eternidad” (4).

#### 9.4.Marco histórico

### UNIVERSIDAD ADVENTISTA DE COLOMBIA

La Corporación Universitaria Adventista tiene sus orígenes en el Colegio Industrial Coloveno, fundado en el año 1937 en Antioquia. Este ente educativo nació con el objetivo de ofrecer un proceso educativo integral a la juventud de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, ubicada en el territorio de Colombia, Venezuela, Centroamérica y las Antillas Holandesas, principalmente.

En 1941 se instala en su propia sede ubicada en lo que actualmente se conoce como el sector de La Castellana en la ciudad de Medellín. En 1950 adopta el nombre de Instituto Colombo Venezolano y se continúa trabajando para preparar profesionalmente a pastores, administradores, maestros y músicos. En ese momento se trabajaba en los niveles de educación primaria, secundaria y superior. En 1981 adquiere su categoría de Institución Universitaria mediante la personería jurídica según la resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 8529 del 6 junio de 1983, a partir de esta fecha adopta el nombre de Corporación Universitaria Adventista – UNAC.

En la actualidad la Corporación Universitaria Adventista es una Institución educativa sin ánimo de lucro comprometida en el proceso de brindar Formación Integral a cada uno de los jóvenes que conforman la comunidad Unacense. Este objetivo se cumple mediante el trabajo intencionado (estructurado en cada uno de los programas de estudio) en los aspectos mentales, sociales, físicos y espirituales del educando. El pertenecer a la Comunidad de la Iglesia Adventista a nivel mundial, le ha permitido a esta Institución ser garante de moral y principios cristianos que se transmiten en cada uno de los espacios físicos y temporales que se vivencian en la UNAC, promoviendo

así un nuevo estilo de vida en el futuro profesional en el que prima el valor y el respeto hacia Dios y el servicio a sus semejantes. (5)

El proceso de formación del profesional va más allá de la transmisión de contenidos académicos en el aula, trasciende al modelamiento por el ejemplo que se puede dar a través de la convivencia en las residencias estudiantiles y en las residencias de profesores y administradores que se ubican estratégicamente dentro del campus, sacando provecho a las 18 hectáreas que han sido utilizadas de manera equilibrada para dar protagonismo a los espacios naturales dentro del proceso formativo.

La gestión integral de la UNAC se realiza pensando en ampliar cobertura. Por ser sin fines de lucro y como entidad cuyo servicio es para el bien público, cada uno de los recursos que se percibe es utilizado para aumentar la calidad en el servicio educativo y sobre todo para brindar nuevas posibilidades a jóvenes de estratos 1 y 2, que ven en los planes beca-labor la posibilidad para dar un giro sustancial a su calidad de vida. Anualmente se benefician más de 250 jóvenes con las diferentes modalidades de ayudas que genera la Institución.

La comunidad académica universitaria está conformada por los alumnos, los profesores y el personal administrativo, que se encuentra comprometido con el desafío que hoy tiene planteada la Institución en su conjunto. Ser Universidad y ampliar su presencia física a través del desarrollo de dos nuevas sedes: una en el municipio de Montenegro (Quindío) y otra en el municipio de Puerto López (Meta).

#### OBJETIVO SOCIAL

- **UNA SÓLIDA FORMACIÓN CRISTIANA.** El egresado es una persona íntegra, con altos ideales fundamentados en valores, con capacidad para servir a la sociedad utilizando los conocimientos adquiridos y aplicando los principios recibidos en su Alma Máter.

- **COMPETENCIA PROFESIONAL Y LABORAL.** El egresado es un profesional de excelencia. Con competencias cognitivas y laborales que le permiten desempeñarse profesionalmente en las áreas del conocimiento para las cuales fue formado. Con capacidad para crear nuevas propuestas de mejoramiento y alternativas de solución a los problemas que se presenten.
- **UN COMPROMISO CON EL SERVICIO.** El egresado es un líder servidor. Reconoce en cada ser humano una criatura formada a imagen de Dios y alguien por quien Cristo murió. Por lo tanto, desarrolla una labor social enfocada en el servicio a los demás.
- **CUIDADO PERSONAL Y DE LA SALUD.** El egresado reconoce la importancia de mantener su salud física y mental, por ende practica un estilo de vida que incluye la sana alimentación, hábitos de higiene, el ejercicio físico, la recreación y el descanso.

## 9.5.Marco normativo

### 9.5.1. Internacional.

Aunque la discapacidad es una condición de la humanidad, sólo hasta el decenio de 1970 se reconoce el concepto de los derechos humanos de las personas con discapacidad a nivel internacional; es así como en 1971 se profiere la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental y en 1975 se promulga la Declaración de los Derechos de los Impedidos, garantizándoles el goce de los mismos derechos políticos y civiles de todas las personas. Las Naciones Unidas en 1991, aprueban los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental y en 1993, igualmente se aprueban las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, implementando la formulación de políticas con el objetivo de organizar la cooperación técnica y la garantía de los derechos humanos, entre los diferentes Estados, dentro de éstos, y entre las organizaciones internacionales y los organismos no gubernamentales. Para el mismo año, se realiza la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos en Viena, donde se diseñó un Programa de Acción que permitió reconocer que "todos los derechos humanos y las libertades fundamentales son universales, por lo que comprenden sin reservas a las personas con discapacidades" y así, cualquier tipo de discriminación contra la discapacidad se consideraba violatoria de los derechos humanos. No obstante, de estos importantes avances, el logro más notorio se materializa en el año 2006 con la "Convención de las Naciones Unidas Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad". Este logro es relevante por ser el "Primer Pacto de Derechos Humanos del Siglo XXI", cuyo propósito es el de promover, proteger y salvaguardar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas con discapacidad, promoviendo el respeto de su dignidad inherente. La Convención fue adoptada por el Estado Colombiano mediante la Ley 1346 de 2009 y ratificada por la Corte Constitucional el 10 de mayo de 2010.

## DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DEL SORDO

- Considerando que en la Declaración Universal de los Derechos del Hombre los pueblos de las Naciones Unidas han proclamado la igualdad e inalienabilidad de los Derechos de toda la raza humana, como fundamento de la libertad, la justicia y la paz en el mundo.
- Considerando que en el mismo momento los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado su fe en los Derechos del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana, garantizando a todos los individuos la igualdad en libertad, dignidad y derechos, así como la asistencia médica, la instrucción gratuita, la libre elección de profesión y empleo y la libertad de asociación.
- Considerando los principios enunciados en la Declaración de las Naciones Unidas sobre los "derechos del joven" y los documentos de la organización mundial de la salud y la organización internacional del trabajo referentes a la rehabilitación de los disminuidos y el de la UNESCO sobre la educación especial y la educación permanente.
- Considerando que los derechos humanos universalmente reconocidos, han de aplicarse de manera universal y que, por tanto, las personas con pérdida auditiva de todo el mundo tienen los mismos derechos que los demás miembros de la sociedad
- Considerando que los disminuidos auditivos idiopáticos tienen una disminución exclusivamente sensorial, sin disminuciones de naturaleza psíquica y que a través de una educación adecuada pueden ser totalmente rehabilitados y desempeñar en la comunidad un papel igual al de los demás miembros, mientras que si, por el contrario, se hallan desprovistos de una educación y, por tanto, de la posibilidad de mantener relaciones humanas con los demás, sufren perturbaciones psíquicas y se ven obligados a llevar una vida vegetativa, desprovista de todo interés y contraria a los principios enunciados en la Declaración de Derechos del Hombre.

- Considerando la necesidad de establecer los Derechos Humanos fundamentales de las personas disminuidas de oído y de llamar la atención sobre ellas de los gobiernos, Naciones Unidas y Agencias Especializadas de las Organizaciones Internacionales no gubernamentales así como de las instituciones, entes y asociaciones que trabajan en el campo de la rehabilitación y la integración social de los Sordos, a fin de que las Declaraciones de principio de los documentos citados se puedan transformar, también para los Sordos, en una realidad auténtica y activa.

La Asamblea General del VI Congreso de la Federación Mundial de Sordos proclama:

Artículo 1: Las personas sordas deben gozar efectivamente de los mismos derechos reconocidos universalmente para los demás miembros de la sociedad por la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, por la de los Derechos del Niño y por los documentos aprobados por las Asambleas Centrales de la UNESCO, la organización mundial de la salud y la organización mundial del trabajo.

Artículo 2: Tanto en el campo internacional como en el nacional se deben adoptar medidas encaminadas a permitir un moderno tratamiento de los problemas inherentes a la sordera, eliminando superadas opiniones sobre las posibilidades limitadas de las personas sordas, que están basadas en viejas actitudes debidas a prejuicios que han demostrado ser erróneos.

Artículo 3: Para que los sordos puedan gozar, efectivamente y en igual medida, de los mismos derechos de los demás ciudadanos, es necesario que las comunidades procedan, mediante las leyes u otras medidas previstas por esta Declaración, a proteger los derechos de las personas disminuidas del oído para poder llevar a cabo los fines de la completa habilitación e integración en el sistema de la sociedad.

Artículo 4:

- a. Los jóvenes con disminución auditiva deben beneficiarse de la seguridad social y, según criterios especiales, del diagnóstico precoz y especializado, de escuelas especiales, de instrumentos gratuitos de prótesis acústica, de la libre orientación profesional y escolar de institutos profesionales o superiores especiales.
- b. La calidad y prioridad de la educación e instrucción para niños Sordos debe garantizarse y establecerse en términos iguales a las garantizadas a la población en general.
- c. Debe garantizarse la libertad de experimentar todos los sistemas y métodos educativos. Los padres y las Asociaciones de Sordos deben colaborar en la tarea de la instrucción y de la educación.

Artículo 5:

- a. La comunidad, con la colaboración y la ayuda de las asociaciones nacionales de disminuidos del oído, debe dar los pasos necesarios y realizar los esfuerzos apropiados para llevar a cabo los deseos legítimos y los fines de las personas sordas por su real independencia en la sociedad, con igualdad de deberes y derechos que los demás miembros de ella.
- b. Según estos principios, deben elaborar programas específicos y adecuados, teniendo en cuenta las condiciones sociales y económicas de las respectivas comunidades.

Artículo 6: Es necesario asegurar un trabajo idóneo y de satisfacción personal a los disminuidos del oído, eligiendo libremente entre las 1.260 profesiones y oficios para los que no es necesario el sentido del oído.

Artículo 7: Es necesario asegurar a la persona Sorda en especial las posibilidades de comunicación, eliminando las barreras que se interpongan, ya sea mediante la instrucción permanente y, si es posible, mediante instrumentos acústicos subsidiarios, ya mediante adecuadas adaptaciones gráficas o visuales, su titulación de películas y transmisiones de televisión y servicios de interpretación en lenguaje de signos.

Artículo 8:

- a. Para asegurar a las personas con disminución auditiva una adecuada labor de rehabilitación, es necesario que las comunidades reconozcan a las asociaciones nacionales de disminuidos del oído como elementos fundamentales de representatividad de los derechos del Sordo y donde confluyen las experiencias familiares de instrucción, formación, vida comunitaria y social, instrucción permanente y empleo del tiempo libre de las personas con disminución auditiva.
- b. A las asociaciones de Sordos se les asegurará su reconocimiento jurídico y los instrumentos y medios necesarios para que puedan proceder a la asistencia moral y material de las comunidades en que viven y trabajan los disminuidos del oído, a fin de llevar a cabo sus aplicaciones y su trabajo en un clima de sanidad, siendo útiles a la sociedad y poder ofrecer sus capacidades y experiencias.

Artículo 9:

- a. Es necesario que las comunidades aseguren los instrumentos adecuados para la organización de institutos y escuelas apropiados para la preparación del personal científico y especializado para el diagnóstico, terapia, instrucción cultural y profesional, instrucción permanente, aplicación y utilización de instrumentos acústicos y visuales e interpretación en lenguaje de signos.

- b. Asimismo, es necesario que los gobiernos y Asociaciones internacionales procedan a asegurar un intercambio constante de experiencias, informaciones e innovaciones
- c. científicas.
  
- d. A tal fin de agrupar a las asociaciones nacionales de disminuidos del oído y a los mayores expertos en el campo de la rehabilitación y seguridad de estas personas en todo el mundo, se entrega a desarrollar y ofrecer su colaboración y consulta para los problemas de estudio, investigación e intercambio.

Dirigido a las personas oyentes cuando se encuentran en presencia de una Persona sorda: Usted no debe sobreponer la cultura oyente por encima de la cultura sorda; Usted debe mantener el contacto visual cuando se esté comunicando con una persona sorda; Usted se comunicará todo el tiempo (por sus medios o a través de un intérprete, en el sistema de comunicación que use la persona sorda, sea éste: lengua, señas o castellano oral; Usted no actuará como el instructor de lengua de señas de la persona sorda; Usted no actuará como el profesor de gramática del castellano de la persona sorda; Usted no actuará como el terapeuta de lenguaje de la persona sorda; Usted no debe ser el comediante de la persona sorda, ni decir chistes ni juegos de palabras pertenecientes a la cultura del oyente. Usted no actuará como el papá o la mamá de la persona sorda; Usted verá a las personas sordas como miembros de una comunidad lingüística minoritaria, no como discapacitados o minusválidos. Usted verá a las personas sordas como ciudadanos colombianos con los mismos derechos y deberes que los demás compatriotas. Usted tendrá en cuenta que las personas sordas son capaces de hacer toda clase de cosas en las que no necesiten el sentido de la audición.

#### 9.5.2. Nacional.

Constitución Política de Colombia de 1991. Colombia es contemplada como un Estado Social de Derecho, y el tema de la discapacidad empieza a ser considerado y estudiado con mayor fuerza por la academia y las entidades públicas y privadas de los diferentes sectores,

permitiendo con ello tomar conciencia respecto al tema y fortalecer el desarrollo legislativo que ha contribuido a la incorporación del mismo en las agendas políticas y sociales del país. La Constitución Política Colombiana del 91 presenta disposiciones en artículos como:

Artículo 1: El objeto de la presente ley es garantizar y asegurar el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad, mediante la adopción de medidas de inclusión, acción afirmativa y de ajustes razonables y eliminando toda forma de discriminación por razón de discapacidad, en concordancia con la Ley 1346 de 2009.

Artículo 3: La presente ley se rige por los principios de dignidad humana, respeto, autonomía individual, independencia, igualdad, equidad, Justicia, inclusión, progresividad en la financiación, equiparación de oportunidades, protección, no discriminación, solidaridad, pluralismo, accesibilidad, diversidad, respeto, aceptación de las diferencias y participación de las Personas con Discapacidad, en concordancia con Ley 1346 de 2009.

Artículo 9: Todas las personas con discapacidad tienen derecho a acceder a los procesos de habilitación y rehabilitación integral respetando sus necesidades y posibilidades específicas, con el objetivo de lograr y mantener la máxima autonomía e independencia, en su capacidad física, mental y vocacional, así como la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida.

Artículo 10: Todas las personas con discapacidad tienen derecho a la salud, en concordancia con el artículo 25 de la Ley 1346 de 2009. Para esto se adoptarán las siguientes medidas:

1. El Ministerio de Salud y Protección Social, o quien haga sus veces, deberá:
  - Asegurar que el Sistema General de Salud en sus planes obligatorios, Plan Decenal de Salud, Planes Territoriales en Salud, y en el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, garantice la calidad y prestación oportuna de todos los servicios de salud,

así como el suministro de todos los servicios y ayudas técnicas de alta y baja complejidad, necesarias para la habilitación y rehabilitación integral en salud de las personas con discapacidad con un enfoque diferencial, y desarrollo de sus actividades básicas cotidianas;

- Asegurar que los programas de salud pública establezcan acciones de promoción de los derechos de las personas con discapacidad desde la gestación, así como el desarrollo de estrategias de prevención de factores de riesgo asociados a la discapacidad que no afecten la imagen y la dignidad de las personas que ya se encuentran en dicha situación;
- Asegurar que los programas de salud sexual y reproductiva sean accesibles a las personas con discapacidad.
- Desarrollar políticas y programas de promoción y prevención en salud mental y atención psicosocial para la sociedad.
- Promover el sistema de registro de localización y caracterización de las personas con discapacidad y sus familias, e incorporar la variable discapacidad en los demás sistemas de protección social y sus registros administrativos.
- Asegurar que el Sistema de Prevención y Atención de Desastres y Ayuda Humanitaria, diseñe lineamientos y acciones de atención para asistir en igualdad de condiciones a las personas con discapacidad en situaciones de desastres y emergencia humanitaria.
- En el marco del Plan Decenal de Salud adoptará medidas tendientes a prevenir la discapacidad congénita, lesiones y accidentes.
- Las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, en sus planes de desarrollo de salud y salud pública, incluirán un capítulo en lo relacionado con la discapacidad.

2. Las entidades prestadoras de servicios de salud deberán:

- Garantizar la accesibilidad e inclusión de las personas con discapacidad en todos sus procedimientos, lugares y servicios.
- Deberán establecer programas de capacitación a sus profesionales y empleados para favorecer los procesos de inclusión de las personas con discapacidad.
- Garantizar los servicios de salud en los lugares más cercanos posibles a la residencia de la persona con discapacidad, incluso en las zonas rurales, o en su defecto, facilitar el desplazamiento de las personas con discapacidad y de su acompañante.
- Establecer programas de atención domiciliaria para la atención integral en salud de las personas con discapacidad.
- Eliminar cualquier medida, acción o procedimiento administrativo o de otro tipo, que directa o indirectamente dificulte el acceso a los servicios de salud para las personas con discapacidad;
- Brindar la oportunidad de exámenes médicos que permitan conocer el estado del feto en sus tres primeros meses de embarazo, a madres de alto riesgo, entendiendo por alto riesgo madres o padres con edad cronológica menor a 17 años o mayor a 40 años. Madres o padres con historia clínica de antecedentes hereditarios o en situaciones que el médico tratante lo estime conveniente.

3. La Superintendencia Nacional de Salud, las direcciones territoriales de Salud y los entes de control, deberán estipular indicadores de producción, calidad, gestión e impacto que permite medir, hacer seguimiento a la prestación de los servicios de salud, a los programas de salud pública y a los planes de beneficios, que se presten y ofrezcan para las personas

con discapacidad e incorporar en el Programa de Auditorías para el Mejoramiento de la Calidad – PAMEC, los indicadores de discapacidad y de esta forma asegurar la calidad en la prestación de los servicios de salud por parte de las entidades responsables, y sancionar cualquier acción u omisión que impida o dificulte el acceso de las personas con discapacidad.

La Superintendencia Nacional de Salud, las Secretarías de Salud y los entes de control, deberán asegurar la calidad en la prestación de los servicios de salud por parte de las entidades responsables, y sancionar cualquier acción u omisión que impida o dificulte el acceso de las personas con discapacidad.

Artículo 12: Las personas con discapacidad tienen derecho a la protección social especial del Estado, en concordancia con el artículo 28 de la Ley 1346 de 2009.

Artículo 13: Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados. El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.

Artículo 16: Las personas con discapacidad tienen derecho al ejercicio efectivo del derecho a la información y a acceder a las comunicaciones en igualdad de condiciones, en concordancia con la Ley 1346 de 2009.

Artículo 47: El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran.

Artículo 49: La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

## LEYES

- Resolución 14861 de 1985: Por la cual se dictan normas para la protección, seguridad, salud y bienestar de las personas en el ambiente y en especial de las personas con discapacidad. De igual manera, esta Resolución reglamenta la construcción de baños, rampas, ambientes exteriores y rutas de circulación exterior, entre otras. Dentro de éstas se encuentran las que protegen a la población discapacitada por sordera. Normas Técnicas ICONTEC NTC. 4141 de 1997: Accesibilidad de las personas al medio físico: símbolo de sordera o hipoacusia y dificultad de comunicación. NTC. 4139 de 1.997: Accesibilidad de las personas al medio físico: símbolo gráfico, características generales. NTC. 4626 de 1.999: Audífonos: medida de las características de desempeño de los audífonos para inspección de calidad con propósitos de entrega. NTC. 4902 de 2.000: Accesibilidad de las personas al medio físico: cruces peatonales a nivel, señal sonora para semáforos peatonales.
- Ley 324 de 1996: Por la cual se crean algunas normas a favor de la población sorda.
- Ley 361 de 1997: Por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones Esta norma fue reglamentada parcialmente por el Decreto 1538 de 2005 y posteriormente mediante el Decreto Nacional 734 de 2012, “por el cual se reglamenta el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública y se dictan otras disposiciones”; por último fue adicionada por la Ley 1287 de 2009. Esta norma señala aspectos para garantizar los derechos fundamentales de las personas con limitación, estableciendo obligaciones y responsabilidades del Estado en sus diferentes niveles para que la población con

discapacidad pueda alcanzar: "...su completa realización personal y su total integración social

- Ley 368 de 1997: Por la cual se crea la Red de Solidaridad Social, el Fondo de Programas Especiales para la Paz, y el Fondo del Plan Nacional de Desarrollo Alternativo – Fondo Plante-, y se dictan otras disposiciones. Esta norma contempla en el numeral segundo del artículo tercero, que la Red debe adelantar y coordinar programas para las personas con discapacidad física y mental.
- Ley 762 de 2002: Por medio de la cual se ratifica la "Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad", suscrita en la ciudad de Guatemala, Guatemala, el siete de junio de mil novecientos noventa y nueve (1999).
- Ley 982 de 2005: Por la cual se establecen normas tendientes a la equiparación de oportunidades para las personas sordas y sordo-ciegas y se dictan otras disposiciones.
- Ley 1145 de 2007: Por la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad, el cual impulsa la formulación e implementación de la Política Pública en Discapacidad, de manera coordinada entre las entidades públicas del orden nacional, regional y local, las organizaciones de personas con y en situación de discapacidad y la sociedad civil, con lo cual se busca promocionar y garantizar sus derechos fundamentales de manera integral, en el marco de los Derechos Humanos.
- Ley 1346 de 2009: Por la cual se adopta la Convención de las Naciones Unidas Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

## 9.6.Marco teórico

Las dificultades de aprendizaje son un término genérico que se refiere a un grupo heterogéneo de trastornos manifestados por dificultades significativas en la adquisición y uso de la recepción, habla, lectura, escritura, razonamiento, o habilidades matemáticas, o de habilidades sociales. El término DA, acuñado por Kirk y Bateman (1962), consiste para estos autores en:

Un retraso, alteración o desarrollo retrasado en uno o más de los procesos de habla, lenguaje, lectura, escritura, aritmética u otras materias escolares como resultado de un handicap psicológico causado por una posible disfunción cerebral y/o trastornos emocionales o de conducta. No es el resultado de retraso mental, de privación sensorial o de factores culturales o instruccionales.<sup>1</sup>

Por su parte, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) define las DA como ‘trastornos que se caracterizan por un rendimiento académico sustancialmente por debajo de lo esperado dada la edad cronológica del sujeto, la medición de su inteligencia y una enseñanza apropiada para su edad’. (6)

### 9.6.1. Dificultades de aprendizaje.

- **PROBLEMAS GENERALES:** Las personas suelen presentar un retardo general en todo un proceso de aprendizaje. Se nota una inmadurez en el área cognitiva o verbal, lo que provocaría una lentitud para aprender. Suele presentarse como: Letargia, desinterés, dificultades en la atención. Provoca un rendimiento global deficiente y puede ir acompañado de baja autoestima.

- **DIFICULTADES ESPECÍFICAS:** Presentan dificultades en el procesamiento del lenguaje lector-escrito y/o en las habilidades matemáticas. Tampoco logran un rendimiento escolar normal. Existen alteraciones en el desarrollo, la maduración psíquica y neurológica por lo que estos(as) niños(as) aprenden en cantidad y calidad inferior a lo esperado según su edad. Dentro de estas dificultades específicas se encuentran, entre otros:
  1. **DISLEXIA:** Desorden específico en la recepción, comprensión y expresión de la comunicación escrita. Se manifiesta en dificultades reiteradas y persistentes para aprender a leer.
  2. **DIGRAFÍAS:** Trastorno de la escritura que afecta a la forma (caligrafía) o al contenido (dislexia) de lo que se quiere transmitir en el mensaje. Se manifiesta en omisión, confusión, uniones y separaciones indebidas de sílabas, palabras o letras.
  3. **DISCALCULIA:** Dificultades en el desarrollo de las habilidades matemáticas. Suele aparecer asociada a las dos anteriores y a trastornos de la atención. Se manifiesta en la confusión de números, el (la) niño(a) los invierte o escribe en espejo.

En cuanto al pronóstico escolar para estos(as) niños(as), la evolución es muy lenta, requiere de mucha paciencia y puede llegar a ser satisfactoria cuando las estrategias de intervención son conjuntas entre el terapeuta, psicopedagogo(a), colegio y familia. Por otra parte, es importante que la detección y posterior tratamiento de este tipo de trastornos sea dentro de los dos primeros años de escolaridad básica, ya que el comienzo de una intervención oportuna, permite un adecuado desarrollo futuro. La intervención psicopedagógica debe ser constante y sistemática. De ser así, los(as) alumnos(as) logran superar sus dificultades y presentan un desempeño normal el resto de los años de escolaridad, y en un futuro ingresan a la universidad para cursar la carrera que decidan elegir.

### 9.6.2. Trastorno con déficit de atención con hiperactividad.

“TDAH, es un término específico que se refiere a un grupo de trastornos ocurridos por una alteración neuropsicológica que provoca retrasos en el desarrollo de las áreas y funciones que se encargan del control ejecutivo del comportamiento. Se manifiesta con dificultades significativas para el aprendizaje y la adaptación familiar, escolar y social”. (7)

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad, principalmente entre el nacimiento y la adolescencia; el control ejecutivo del comportamiento que afecta de modo directo a los procesos psicológicos de atención sostenida, memoria de trabajo, autorregulación de la motivación y el afecto, internalización del lenguaje y procesos de análisis y síntesis directamente implicados en las tareas de enseñanza-aprendizaje y adaptación escolar.

Los alumnos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad muestran desde temprana edad una incapacidad muy limitante para la inhibición de la conducta.

- **HIPERACTIVIDAD:** Presentan una actividad motriz incesante e inadecuada.
- **DÉFICIT DE ATENCIÓN:** Tienen dificultades para concentrarse durante un largo periodo de tiempo (atención sostenida); también muestran deficiencias para focalizarse en un estímulo obviando el resto, (atención selectiva); y por último tienen dificultades para atender a más de un estímulo o tarea relevante al mismo tiempo (atención dividida). Presenta impulsividad y déficit de análisis y síntesis, primero actúa y luego piensa.
- **MEMORIA DE TRABAJO:** Presentan menos eficacia en la codificación de estímulos, carecen de estrategias de codificación y de recuerdo.

- **AUTORREGULACIÓN DE LA MOTIVACIÓN Y EL AFECTO:** Muestran numerosos intereses muy dispares, pero de muy corta duración, de tal modo que cambian de actividad rápidamente.
- **INTERNALIZACIÓN DEL LENGUAJE:** Estos alumnos presentan retraso en la adquisición del lenguaje interno, que facilita la guía y el control de la conducta. Dificultades en el aprendizaje, inadaptación escolar, familiar y social.

### 9.6.3. Limitación verbal.

Para poder hablar de limitaciones verbales, se deben definir algunos conceptos claves y básicos dentro de esta área del conocimiento: las funciones neuropsicológicas del ser humano, en especial el lenguaje, herramienta que el mismo Dios nos ha dado para diferenciarse de los demás seres vivos.

### ¿QUÉ ES EL LENGUAJE?

“El lenguaje es la capacidad que poseen los seres humanos para simbolizar el mundo. Es una facultad innata y debe ser estimulada adecuadamente desde la primera infancia para su normal desarrollo”. (National J. Committee, 1992).

“El lenguaje incluye el conocimiento del mundo que le rodea y por consiguiente reconocer cómo este mundo ha sido signado universalmente desde la cultura con los medios con que se expresa”. (Bruner 1983). Esta facultad permite al hombre la creación de sistemas de signos símbolos que permiten la comunicación entre individuos, entre ellos las diferentes lenguas. Hay un lenguaje afectivo y otro proporcional o cognitivo.

- **LENGUAJE AFECTIVO:** Éste es, en cambio, más difundido entre las especies animales, y está constituido por el conjunto de sonidos y gestos que denotan estados de ánimo, o expresan algún mensaje, lo que muchas veces se llama expresión corporal, y que son signos lingüísticos, comprensibles en forma casi universal, e incorporados en forma instintiva.

- LENGUAJE PROPORCIONAL: Es casi exclusivo del hombre y se puede observar algo de él en los primates superiores como el chimpancé y el gorila. Está formado por conjuntos de símbolos auditivos (lenguaje oral) y visuales (escrito o de señales), que son aprendidos en la interacción con otros individuos humanos y que son usados para transmitir mensajes, ideas conceptos entre ellos, pero que además son imprescindibles para que el mismo individuo pueda pensar. El pensamiento y el desarrollo del intelecto van estrechamente ligados al desarrollo del lenguaje, se puede evocar sensaciones, imágenes sin palabras, pero las ideas y los pensamientos sólo son posibles en el lenguaje, ya sea cotidiano, técnico, matemático o cualquiera otra simbología apropiada. Sin embargo el lenguaje proporcional y afectivo van juntos en nuestra actividad, y la falta de correspondencia entre lo expresado como conceptos y nuestros gestos, pueden causar sorpresa, malestar o hilaridad, según las circunstancias. (8)

#### 9.6.4. Localización

“Los hemisferios del cerebro no son simétricos, sino que claramente son distintos. El hombre tiene como principales diferencias con los animales; el lenguaje y la destreza del uso en las manos, que en un 95% de los casos es asimétrica, con una clara predominancia de la mano derecha, de manera que el hemisferio izquierdo pasa a ser más importante, es el hemisferio (dominante), y en él están organizados los mecanismos y las estructuras que hacen posible el lenguaje”. (9)

El 1% de las personas son zurdos con el dominio completo del hemisferio derecho, que funciona como un espejo del dominio izquierdo; sin embargo la mayor cantidad de zurdos tienen el dominio más bien ambiguo en que las funciones se reparten entre ambos hemisferios, pero el lenguaje tiende a estar predominantemente representado en el hemisferio izquierdo, aunque de modo menos absoluto que en el individuo diestro. En el hemisferio dominante hay zonas relacionadas con las funciones del lenguaje; dos son receptoras (sensitivas) y una es ejecutiva (motora), gracias a dicha clasificación, es que se

ha podido determinar que los pacientes con limitaciones verbales, cursan con afasias sensitivas o motoras.

#### 9.6.5. Afasia.

La afasia es un trastorno causado por lesiones en las partes del cerebro que controlan el lenguaje. Puede dificultar la lectura, la escritura y expresar lo que se desea decir. Es más común en los adultos que sufrieron un derrame. Otras causas pueden ser los tumores cerebrales, las infecciones, las lesiones y la demencia. El tipo de problema que tenga y la gravedad dependerán de la parte del cerebro que sufrió el daño y de la magnitud del mismo.

Existen muchos tipos de trastornos del lenguaje que pueden afectar todo, desde la comprensión del lenguaje escrito o hablado, hasta la capacidad de hablar o escribir; los cinco tipos de afasia más frecuentes y descritas, son:

- **AFASIA MOTORA:** Es un tipo no fluida o expresiva y se caracteriza por patrones de articulación del habla difíciles de entender. La afasia motora y otros problemas de lenguaje relacionadas, como las afasias puras o con fluidez, se originan en el cerebro y puede ser causada por un traumatismo, accidente cerebrovascular u otros problemas que afectan el cerebro. En éste afasia motora, la capacidad de comprender el lenguaje está intacta, mientras que daña la capacidad de articular el lenguaje de una manera totalmente comprensible.
- **AFASIA EXPRESIVA:** Es un tipo de afasia en la que la persona pierde la capacidad de comunicarse con los demás. Esto es en realidad un trastorno del cerebro y ocurre cuando la porción anterior del mismo está dañado o no se desarrolla completamente. Este tipo de afasia se conoce en términos de neuropsicología clínica como afasia de Broca, mientras que en la neuropsicología cognitiva, se denomina como afasia agramatismo.

- **AFASIA RECEPTIVA:** Se escucha la voz o puede leer un impreso, pero no le encuentra sentido a lo que lee o escucha
- **AFASIA ANÓMICA:** Se caracteriza por la dificultad de encontrar palabras de uso común. La anomia es una componente de prácticamente todas las afasias fluidas, la afasia de Wernicke y la afasia de conducción. Únicamente si la anomia aparece de modo relativamente aislado se habla de afasia anómica.
- **AFASIA GLOBAL:** El paciente no puede hablar, entender lo que se le dice, leer o escribir. En algunos casos de lesión cerebral grave, afasia global puede ocurrir. La afasia global se caracteriza por una pérdida de casi completa de la capacidad de comprender o producir lenguaje escrito o hablado. Otras habilidades mentales, como la razón matemática y la comprensión social no lingüística, tienden a permanecer intactas en personas con afasia global, lo que indica que los “centros de idiomas” del cerebro son distintas de otras áreas de razonamiento del cerebro. (10)

#### 9.6.6. Síndromes disociativos

Son una serie de alteraciones clínicas que muy probablemente son debidas a una interrupción de la cadena de interconexiones que hacen posible la comprensión y utilización del lenguaje. Según la localización de esa interrupción será el tipo de fenómeno disociativo que ocurra. Hay una gran variedad de ellas:

- **AFASIA DE CONDUCCIÓN:** El lenguaje es fluido, pero a menudo en forma ininteligible, tipo jerga, con gran cantidad de parafasias y neologismos. Por esto se puede confundir con la afasia de Wernicke. La diferencia es que no aparece logorrea y que el lenguaje incluso puede parecer no fluido debido a la gran cantidad de pausas que realiza el paciente al no encontrar las palabras que busca. En el lenguaje

espontáneo del paciente hay una constante tendencia a la autocorrección. Es típica la aproximación fonética, en la que el paciente intenta reiteradamente cambiar el fonema erróneo. Cuando acierta el correcto, es capaz de identificarlo y hacerlo notar.

Otra diferencia con la afasia de Wernicke es que en la afasia de conducción la persona afectada percibe los errores que está cometiendo. La capacidad de comprensión está conservada y hay una buena consciencia del déficit. La comprensión puede ser similar a la de la afasia de Broca e incluso mejor.

Las personas con afasia de conducción fallan al ejecutar órdenes en las que está implicado el esquema corporal, sobre todo si suponen una orientación derecha/izquierda. La repetición está muy gravemente alterada y estos pacientes no consiguen repetir correctamente frases, ni sílabas ni palabras. La denominación está también gravemente comprometida. Los neologismos y parafasias son de tipo semántico. La lectura en voz alta está muy afectada, pero el paciente puede entender bastante bien los textos y las órdenes escritas. La escritura está repleta de para grafías.

- **SORDERA VERBAL PURA:** El paciente no comprende nada de lo que se le dice, pero puede leer correctamente y escribir y su lenguaje espontáneo es correcto. Parece un sordo, pero sin embargo su audición se puede comprobar que es normal y puede distinguir sin problemas el sonido de un motor, un timbre una campana, etc...; pero las palabras habladas no las comprende, pero sí las escritas.
- **CEGUERA VERBAL:** Es un trastorno muy raro pero muy interesante; el paciente comprende todo lo que se le ha dicho, habla sin ningún tipo de problemas, reconoce los números, puede hacer cálculos, pero no puede leer y no reconoce los colores. Asombra el hecho de que puede escribir espontáneamente y al dictado, pero no le es posible leer lo que acaba de escribir.

- **MUTISMO VERBAL PURO:** El paciente no puede hablar, pero sí puede leer y comprender aunque no lo hace en voz alta, y escribe sin problemas. Se produce por lesiones corticales o subcorticales pequeñas en el área motora del lenguaje, generalmente es transitoria y se recupera después de una semana.
- **AFASIA NOMINAL:** Es un tipo de trastorno del lenguaje adquirido, que es caracterizado por dificultad severa para recordar nombres o palabras. Esta condición es llamada también anómico o amnésica, generalmente es causado por algún tipo de lesión, tumor o accidente cerebrovascular que se presenta en la cabeza. Una de las dificultades menos severas es la de recordar los nombres o palabras. (11)

#### 9.6.7. Discapacidad auditiva

Es un término amplio que se utiliza para referirse a todos los tipos de pérdida auditiva. Se refiere a la falta o disminución en la capacidad para oír claramente debido a un problema en algún lugar del aparato auditivo.

La pérdida de la audición puede fluctuar desde la más superficial hasta la más profunda, a la cual comúnmente se le llama sordera.

El término sordera se refiere al impedimento auditivo cuya severidad no permite a la persona percibir los sonidos y el lenguaje hablado, incluso usando audífono. La limitación auditiva aparece como invisible, ya que no presenta características físicas evidentes. Se hace notoria fundamentalmente por el uso del audífono y en las personas que han nacido sordas o han adquirido la pérdida auditiva a muy temprana edad, por el tono de voz, el que en muchos casos es diferente al común de la gente.

En el ser humano, la pérdida auditiva (sordera) o la hipoacusia (disminución objetiva de la agudeza auditiva), se pueden clasificar según el grado en que se ve afectada la recepción de

los sonidos y la ubicación de la lesión que las ocasionan. Las características de la pérdida tienen las siguientes variaciones, según la Clasificación Bureau International d'Audiophonologie:

- **DEBILIDAD AUDITIVA SUPERFICIAL:** Implica pérdida de algunos sonidos, pero no tan profunda como para que afecte la mayoría de los usos de la audición.
- **DEBILIDAD AUDITIVA MEDIA:** Bastantes sonidos no son escuchados y afectan lo que la persona comprende de los sonidos ambientales, incluyendo algunos sonidos del lenguaje.
- **PÉRDIDA BILATERAL SIGNIFICATIVA:** Es aquella pérdida auditiva en ambos oídos; el oído con mejor audición tiene dificultades para escuchar y comprender el lenguaje. En ocasiones, aunque se escuche la voz humana, no se discrimina lo que se dice.
- **PÉRDIDA AUDITIVA SEVERA:** Muchos sonidos no son escuchados, incluyendo la mayoría de los sonidos del lenguaje. No se discriminan las palabras.
- **PÉRDIDA PROFUNDA:** La mayoría de los sonidos no son escuchados.

Al pensar en las causas que originan la discapacidad auditiva, se pueden hallar causas genéticas, transmitidas de padres a hijos y que en el caso del área auditiva, es la más frecuente y poco previsible; causas congénitas, cuando no necesariamente por herencia sino principalmente por factores adquisitivos durante el embarazo, nace un individuo con citadas limitaciones, ejemplo de ello, son las infecciones virales tales como la rubéola, el sarampión, la varicela, etc. padecidas por la madre gestante. Por fortuna las campañas de vacunación han logrado disminuir el número total de estos casos.

Destacan también la ingesta de medicamentos durante el embarazo y la asfixia al nacer, todos éstos, casos en los que podría evidenciarse un escaso desarrollo de lenguaje oral,

debido a que la persona nacida así, no tiene competente o disponible su aparato auditivo, esencial para el desarrollo natural y espontáneo del lenguaje, en general. Por eso se ve que en cuanto al uso del lenguaje, se hace una distinción entre pre lingual y post lingual, criterio que establece si la hipoacusia o sordera están presentes antes o después de la adquisición del lenguaje, respectivamente. Por tal motivo, la pérdida severa de la audición en las etapas tempranas de la vida tendrá efectos importantes en la adquisición y desarrollo del lenguaje oral en un niño o niña. Un último e importante grupo de personas refiere causas, posnatales en las que las limitaciones fueron ocasionadas por algún accidente o enfermedad después del nacimiento. Se destacan la meningitis meningocócica y la otitis crónica de tipo infeccioso, como también la hiperbilirrubinemia del recién nacido y algunas otros factores traumáticos locales. Ya en la vida adulta, otra causa más de estas limitaciones, es la que afecta especialmente a los trabajadores expuestos a ruidos de tipo industrial, a pesar de existir normativas de protección en esta materia. Finalmente, también en este grupo posnatal se incluye el compromiso verbal y/o auditivo que se relaciona con el envejecimiento.

## HERRAMIENTAS LINGÜÍSTICAS ACTUALES

La lengua es propia a cada comunidad y tiene sus propios medios de expresión, permitiendo que las personas se comuniquen entre sí y expresen sus intenciones comunicativas, en otras.

La enseñanza de una lengua en el ámbito escolar es un proceso muy complejo, porque es un fenómeno multifactorial y considerando que el discurso docente “modela y ejemplifica el uso de la lengua”.

Partiendo de la problemática que se ha venido presentando con frecuencia, como lo son las limitaciones tanto verbales como auditivas, en algunos usuarios, se ha

interesado en investigar y diseñar un modelo de capacitación, ya que para acceder a estos pacientes no se está preparados, puesto a su limitación, haciendo una atención deficiente o transporte inadecuado por el solo hecho de desconocer o no saber identificar estos usuarios.

Una de ellas es la Logopedia, técnica que evalúa, diagnostica e interviene las distintas dificultades del lenguaje, habla y voz. Pero una de las más usadas, es, sin duda alguna, el Lenguaje de Señas (LS). Las personas sordas tienen, generalmente a su disposición, la vía visual. Por este motivo mientras que el lenguaje oral es auditivo-verbal, su lengua natural es determinada por un patrón visual-gestual, como lo es el lenguaje de señas, constituyéndose en su más natural forma de expresión y configuración gesto-espacial y percepción visual, gracias a lo cual las personas sordas pueden establecer un canal de información básica para la relación con su entorno social, ya sea conformado por otras personas con sordera u oyentes. Mientras que con el lenguaje oral la comunicación se establece en un canal vocal-auditivo, el lenguaje de señas lo hace por un canal gesto-viso-espacial. Tiene una estructura gramatical propia que se caracteriza por los siguientes parámetros articulatorios mediante los que se analizan y describen lingüísticamente los gestos en la lengua de señas: configuración, lugar de articulación, movimiento, punto de contacto, plano y componente no manual. (12)

## 10. ANALISIS

Cada día se refleja la necesidad de estar preparados para afrontar situaciones que ponen en riesgo la vida o que afectan la salud de las personas, bienes y servicios. Aunque en la actualidad se cuenta con personal capacitado para atender estas situaciones, existe un grupo de personas a las cuales se les presta si no poca, deficiente atención, además de contar con poca literatura y guías sobre el manejo de éste tipo de pacientes: las personas con limitaciones verbales y auditivas, es éste grupo de personas hacia quienes éste proyecto enfoca su interés.

“La atención primaria es fundamental por parte del personal en salud que asiste al paciente en el ambiente pre hospitalario, pues de ésta depende en gran parte su recuperación. En ese orden de ideas, el primer abordaje clínico a este grupo especial de personas no debe ser el mismo que el elaborado hacia quienes no cuentan con estas limitaciones, propósito que se pretende alcanzar a través del proceso de capacitación y entrenamiento en habilidades comunicativas, dirigido a cada una de las personas del área de la salud, pero que en éste caso en particular, serían estudiantes de la TAPH”. (13)

Como reflejo indirecto de uno de los derechos fundamentales, el de la salud y el bienestar de las personas con o sin discapacidad, también se ve manifiesto cuando el personal de salud cuenta con la capacidad de llevar a cabo una atención pre hospitalaria de calidad para este grupo de personas.

El proyecto se desarrolla en la Corporación Universitaria Adventista y está finalmente destinado para lograr la inclusión de un proceso de enseñanza a los estudiantes de la TAPH, dentro de su currículo académico. A su vez, dicho proyecto está liderado, a la fecha, por tres estudiantes del mismo programa universitario.

Siendo de gran importancia en la comunidad, hoy en día la atención pre hospitalaria congrega una serie de conocimientos y destrezas que se están empezando a implementar en la legislación nacional de salud en Colombia, exigiendo así, que el personal vinculado con la salud tenga los conocimientos básicos y una mínima experiencia clínica formativa a la hora del manejo y tratamiento inicial adecuados para con los usuarios en general, pero de manera especial, con aquellos con limitaciones verbales y/o auditivas. Muestra de ello, la puesta en escena de la Clasificación Internacional de Funciones, Discapacidad y Salud , propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde el año 2001; material que determina una categorización de los diferentes ámbitos en los que el ser humano puede presentar limitaciones.

## **11. ALCANCE DEL PROYECTO**

### **11.1. Plan de trabajo**

**META:** Capacitar a los estudiantes Tecnólogos de Atención Pre hospitalaria de la Corporación Universitaria Adventista de la ciudad de Medellín, en el manejo pre hospitalario en pacientes con limitaciones verbales y/o auditivas.

TABLA 4. PLAN DE TRABAJO. GUÍA BÁSICA.

GUÍA BÁSICA		
actividades	periodo/tiempo	resultados esperados/evaluación
<b>Capacitación Teórica</b>	8 Horas	Conocimiento & Sensibilización de la discapacidad asociada a las limitaciones verbales y/o auditivas. Aprender las generalidades del LSC (alfabeto dactilológico, saludos y preguntas básicas).
<b>Simulacros</b>	6 Horas	Simulación de una escena pre hospitalaria, atendiendo a un paciente que simulará tener discapacidad asociada a limitación verbal y/o auditiva, para su entrevista inicial...
<b>Evaluación</b>	6 Horas distribuidas así: 2 Horas Evaluación teórica. 4 Horas Evaluación práctica.	Examinar lo aprendido en la primera guía básica. Aprobarla será prerequisite para avanzar.

El desarrollo de la guía básica será durante 20 horas de entrenamiento básico, el curso se dividirá en tres pasos, los cuales serán:

- Capacitación teórica:
  - a) Conceptualización & categorización de las limitaciones.
  - b) Sensibilización en discapacidad.
  - c) LSC: Alfabeto dactilológico de la A hasta la Z.
  - d) Vocabulario básico
  
- Simulacro
  
- Evaluación

En la primera parte se verá la capacitación teórica, la cual tendrá una duración de 10 horas, en las que se dará a conocer la importancia de tener conocimiento, académicamente suficiente, acerca de las limitaciones verbales y/o auditivas, cómo saber distinguirlas, para así, conocer mejor su abordaje comunicativo. Se dará a conocer la importancia de tener conocimiento del lenguaje de señas en un abordaje pre hospitalario para pacientes con limitaciones verbales y/o auditivas, al saber distinguir si esta persona presenta limitación de este tipo, de lo contrario, proseguir en un abordaje diferente, el cual se planteará en el segundo curso (avanzado).

Por tal motivo, en la segunda fase se tendrán 10 horas más de actividades, esta vez, prácticas, bajo la modalidad de simulacro, en los cuales no sólo se aplicará el alfabeto dactilológico aprendido en la primera fase, sino también se tendrá para aprender y aplicar un nuevo vocabulario de palabras y reglas lingüísticas propias del LSC, como también se tendrá en cuenta la otra clase de discapacidad, la asociada a las limitaciones verbales, que muchos otros pacientes pueden presentar. En ambos casos, dichas herramientas lingüísticas

serán necesarias, para cuando se ha de actuar como primeros respondientes, en el caso particular de este proyecto, bajo el perfil específico de TAPH.

Después de tener un conocimiento básico de alfabeto dactilológico, un vocabulario y haber realizado un primer y sencillo simulacro de entrevista o primer contacto con un usuario con limitaciones, se realizará una evaluación teórico-práctica en la cual se abarcará lo aprendido en esta primera guía básica.

El desarrollo de la guía avanzada será durante 40 horas de entrenamiento teórico-práctico, la segunda parte del curso se regirá por la siguiente guía, la cual se dividirá en tres pasos, a saber:

- Capacitación teórica
- Simulacro
- Evaluación

En las primeras 20 horas se tendrá un repaso de los componentes más importantes del primer curso (básico), para luego adentrarse en la capacitación teórica del segundo curso. Posteriormente se desarrollará un simulacro, el cual tendrá una duración de 15 horas, en el que ya se pondrá en práctica no sólo lo aprendido en la primera guía (identificación personal, saludos, preguntas básicas, etc.) sino que se profundizará en la distinción sindromática del paciente con discapacidad, ya sea asociada a limitación verbal y/o auditiva, siempre dentro de un ambiente pre hospitalario.

Este segundo curso (avanzado), busca tener espacios de reconocimiento y afianzamiento en el uso de la LSC, y a la vez proveer a los estudiantes, conocimientos y experiencias que fortalecerán sus vínculos e identidad con la comunidad con limitaciones ya citadas, en especial a la población con sordera, usuaria de esta lengua. Como lo dijera Chomsky alguna vez, hablando del Constructivismo Social, "...es fundamental la interacción social como eje en el proceso de la adquisición y aprendizaje", en este caso, de la Lengua de Señas

Colombiana , razón por la cual, el Curso Avanzado, incluirá más talleres grupales y un simulacro colectivo, el cual será con personas con limitaciones verbales y/o auditivas. Por último, será la evaluación teórico-práctica, en la cual se tendrán voluntarios con este tipo de limitación realizando el papel de paciente, los cuales colaborarán para que los alumnos pongan en práctica lo aprendido durante las horas vistas en ambas guías. Aprobará el estudiante que logre el 80% de los logros o metas propuestas durante el curso.

TABLA 5. PLAN DE TRABAJO. GUÍA AVANZADA.

guía avanzada		
actividades	período/tiempo	resultados esperados/evaluación
<b>Repaso Teórico Capacitación</b>	20 Horas	Repaso de la guía básica. Revisar detalles sindromáticos de las limitaciones verbales y/o auditivas. Observar y aprender el manejo de un paciente con éstas alteraciones, en medio de un ambiente pre hospitalario.
<b>Simulacros</b>	15 Horas	Practicar lo aprendido desde la guía básica y los nuevos conocimientos en una escena pre hospitalaria con personal que tiene, en la vida real, limitaciones verbales y/o auditivas.
<b>Evaluativo</b>	5 Horas	Evaluar lo aprendido durante el curso.

## 11.2. Vocabulario & oraciones claves

### IDENTIFICACIÓN PROPIA

- Buenos días/tardes/noches
- Mi nombre es (...?)
- Soy tecnólogo de atención pre hospitalaria
- ¿Puedo ayudarlo?
- ¿Me hice entender?

### PREGUNTAS GENERALES PARA SABER QUÉ TIPO DE AYUDA PRESTARLE

- ¿Qué le pasó?
- ¿Hace cuánto le pasó?
- ¿Cómo fue que sucedió?
- ¿Dónde le duele?
- ¿Sabe dónde se encuentra, qué día es hoy, que año?

### SIGNOS O SÍNTOMAS

- ¿Perdió el conocimiento?
- ¿Le dificulta respirar?
- ¿Tiene cefalea (dolor de cabeza)?
- ¿Tinnitus (zumbido en los oídos)?
- ¿Siente ganas de vomitar?
- ¿Mareo?

- ¿Puede ver bien?
- ¿Ha sangrado?
- ¿Siente “hormigas” en alguna parte de su cuerpo?
- ¿Dolor?
- ¿Puede moverse?

#### ANTECEDENTES MÉDICOS

- Diabetes (Hiperglicemia )
- Hipotensión o hipertensión arterial ( presión arterial )
- Asma
- Convulsiones o epilepsia
- Problemas cardíacos
- Cirugías recientes

### 11.3. Registro de actividades

Pese a la dificultad horaria entre las dos partes (asesor y estudiantes), se cumplió el siguiente cronograma durante el transcurso del primer semestre del año lectivo:

TABLA 6. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

<b>objetivo específico o meta</b>	<b>logros</b>	<b>fecha de inicio de la actividad</b>	<b>fecha de culminación de la actividad</b>	<b>persona responsable</b>
<b>Planteamiento del problema, entrega de anteproyecto al asesor</b>	✓	Febrero 25	Marzo 4	Integrantes del proyecto y asesor
<b>Tipos de sordera, alteraciones del habla, dificultad de aprendizaje y leer anteproyecto</b>	✓	Marzo 4	Marzo 11	Integrantes del proyecto y asesor
<b>Algoritmo y frases claves</b>	✓	Marzo 11	Marzo 18	Integrantes del proyecto
<b>Terminar la corrección del documento y mapa conceptual</b>	✓	Marzo 18	Marzo 25	Integrantes del proyecto y asesor
<b>Leer documento NPSOL, entrega de corrección</b>	✓	Marzo 25	Abril 9	Integrantes del proyecto y asesor
<b>Se define plan de trabajo , encuesta, concretar filmación y video*</b>	X	Abril 9	Abril 15	Integrantes del proyecto
<b>Entrega de encuesta corregida</b>	✓	Abril 15	Abril 22	Integrantes del proyecto y asesor
<b>Componentes del curso (guías) , entrega de resultados, fotos y video</b>	✓	Abril 22	Abril 29	Integrantes del proyecto
<b>Galería de fotos, Proyecto corregido</b>	✓	Abril 29	Mayo 05	Integrantes del proyecto

## **12. METODOLOGÍA DEL PROYECTO**

### **12.1. Enfoque**

El proyecto tiene un enfoque mixto, ya que abarca tanto cuantitativo como cualitativo. La metodología utilizada para satisfacer la necesidad y el desarrollo del proyecto consta de las siguientes fases:

#### **FASE 1. IDENTIFICAR FALENCIAS EN EL MANEJO PRE HOSPITALARIO.**

“Después de hacer un análisis de las falencias en la Tecnología de Atención pre hospitalaria, identificamos que en nuestra formación no se cuenta con la instrucción de cómo atender a los pacientes con limitaciones verbales y/o auditivas, lo que nos motivó hacer esta propuesta”. (14)

#### **FASE 2. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN.**

En esta fase se recolectó información a través de fuentes primarias como es el equipo de trabajo, y preguntas a expertos como a la Asociación Antioqueña de Sordomudos - ASANSO-, encuestas tanto a los estudiantes de la Tecnología, como a las personas que tienen estas limitaciones. Además de fuentes de información secundaria como base de datos, revistas científicas que abordan el tema.

#### **FASE 3. ELABORACIÓN DE LA PROPUESTA.**

Después de obtener la información de diferentes fuentes, procedimos a la elaboración de la propuesta de entrenamiento comunicativo para el manejo de pacientes con limitaciones verbales y/o auditivas, en la Atención Pre hospitalaria, UNAC. Con el objetivo de

contribuir en la formación de los estudiantes de la Tecnología y mejorar la atención a las personas con limitaciones verbales y/o auditivas.

#### FASE 4. ELABORACIÓN DE INFORME Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.

Se elaborará un entregable que contenga los resultados obtenidos a lo largo del proyecto de grado. Forma parte esencial dentro de la ejecución del proyecto, el poder dar cuenta de los resultados obtenidos a todos los involucrados en la Tecnología de Atención Pre hospitalaria con el objetivo que se vuelva un elemento de inclusión en la malla curricular.

#### 12.2 muestra

La población que se ha tomado como referencia son personas, hombre, mujer, con limitaciones verbales y/o auditivas, tanto en el área metropolitana como a nivel nacional.

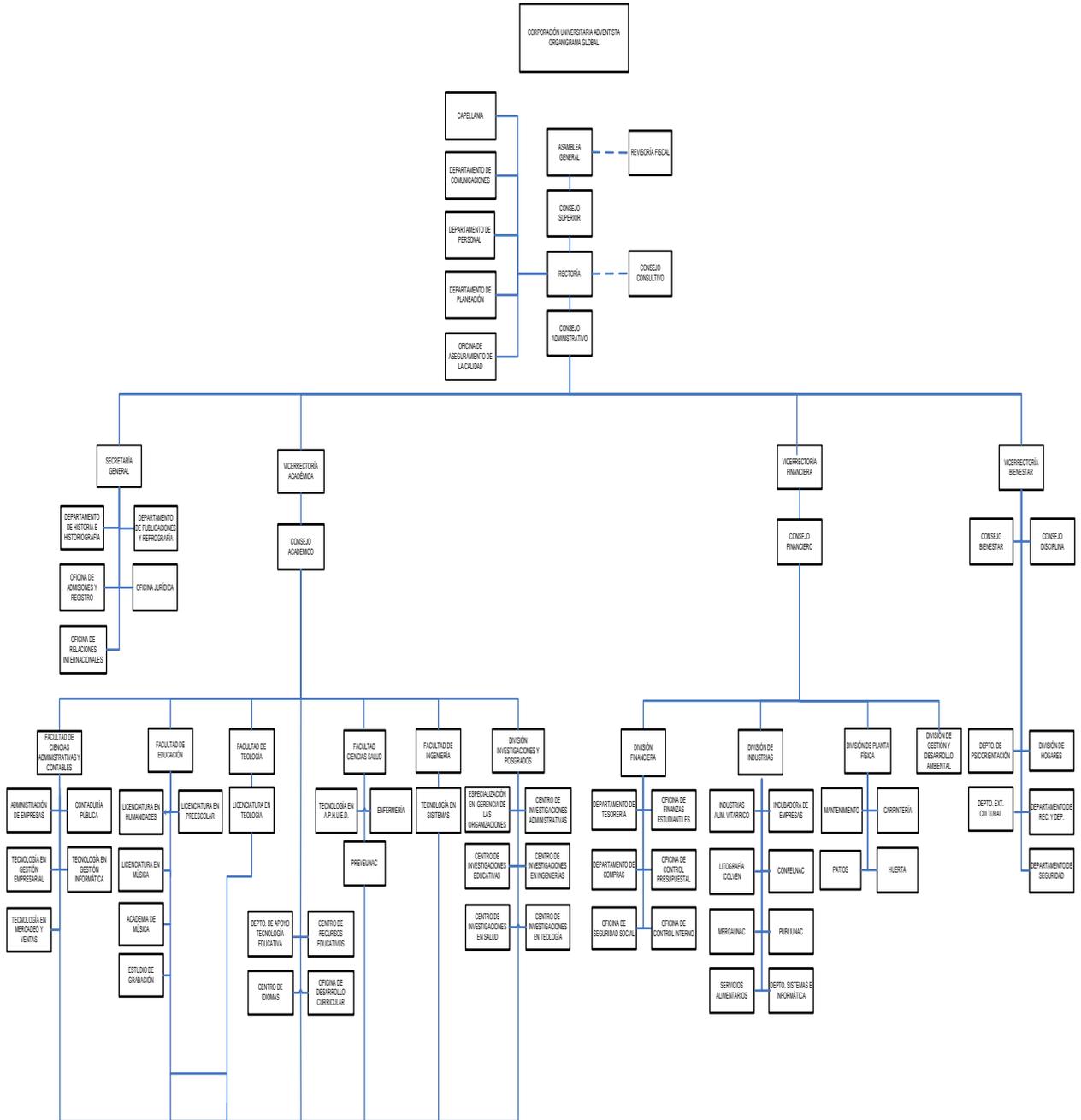
#### 12.3. Instrumento para la recolección de información

Se utilizó como medio de recolección de información, ya fuese por medio de encuesta, entrevistas y el conocimiento de lo que le hace falta a la atención pre hospitalaria para cubrir también a la población con limitación verbal y/o auditiva

### 13. PRESUPUESTO

<b>cantidad</b>	<b>elemento</b>	<b>descripción</b>	<b>valor</b>
<b>3</b>	Computadores	Compac	\$ 2.500.000
<b>1</b>	Transporte	Bus, metro	\$ 150.000
<b>1</b>	Alimentación	Almuerzo y cena	\$ 100.000
<b>25</b>	Fotocopias	Libros	\$ 5.000
<b>TOTAL</b>			<b>\$2.755.000</b>

# 14. ORGANIGRAMA



## FIGURA 2.ORGANIGRAMA

Número de Alumnos: 1300 en promedio

Número de Profesores: 160

### ASAMBLEA GENERAL.

Presidente: Eliseo Bustamante Villabona

Secretario: Juan Alberto Díaz Rueda

Director de Educación de la Unión Colombiana de los Adventistas: Gamaliel

Secretario de la Unión Colombiana.

Tesorero de la Unión Colombiana.

Presidente de Asociación del Alto Magdalena

Presidente de Asociación del Oriente Colombiano

Presidente de la Asociación del Pacífico

Presidente de la Asociación Centro occidental

Presidente de la Misión del Caribe

Presidente de la Misión del Noreste

Presidente de la Misión del Atlántico

Presidente de la misión Central

Presidente de la Misión Sur Colombiana

Presidente de la Misión de las Islas.

Representante de los Egresados.

Representante de los Estudiantes.

Representante de los profesores.

Tres representantes de la feligresía de la Iglesia Adventista.

### DIRECTIVOS.

Rector: Dr. Abraham Acosta

Secretario General: Dr. (c)

Vicerrector Académico: Dr. Luis Enrique Ribero Suárez

Vicerrector Financiero: Fabián Jaimes

Vicerrector de Bienestar Estudiantil: Mg. Uriel Barrero Sáenz

## FACULTADES.

Facultad de Ciencias Administrativas y Contables

Facultad de Educación

Facultad de Teología

Facultad de Ciencias de la Salud

Facultad de Ingenierías

## PROGRAMAS DE PREGRADO Y POSGRADO QUE SE HAN OFRECIDO.

Licenciatura en Básica con énfasis en Ciencias Naturales

Licenciatura en Básica con Énfasis en Educación Física y Deportes.

Licenciatura en Básica con Énfasis en Matemáticas.

Licenciatura en Básica con Énfasis en Ciencias Sociales

Especialización en Ministerio Pastoral.

## PROGRAMAS DE PREGRADO QUE SE OFRECEN.

Administración de Empresas (ciclo profesional para tecnólogos)

Contaduría Pública

Enfermería (programa profesional)

Licenciatura en Básica con Énfasis en Humanidades: español e inglés.

Licenciatura en Música

Licenciatura en Preescolar

Licenciatura en Teología

Tecnología en Atención Pre hospitalaria de Urgencias, Emergencias y Desastres.

Tecnología en Gestión Empresarial

Tecnología en Gestión Informática

Tecnología en Mercadeo y Ventas

Tecnología en Sistemas

#### PROGRAMA DE POSGRADO.

Especialización en Gerencia de las Organizaciones con Énfasis en Liderazgo y Servicio.

Especialización en Emprendimiento y Gestión de Negocios. (15)

## **15. DISEÑO DE LA PROPUESTA CURRICULAR**

Se establecerá un proyecto mediante el cual se iniciará con un equipo de trabajo por parte de estudiantes y personas expertas en el asunto de la comunicación en personas con limitaciones verbales y/o auditivas; se concluye que este trabajo le dará la oportunidad a muchos APH de conocer diferentes tipos de limitaciones verbales y/o auditivas. Este trabajo enfatiza en darles una buena atención a pacientes con limitaciones verbales y/o auditivas.

Con el propósito de trabajar en la comunicación y la estabilidad emocional del usuario, la programación de horarios y la planeación forman parte fundamental de la capacitación, actividad que normalmente requiere de cierto grado de coordinación entre entes responsables, el equipo de planeación y los capacitadores.

Esta capacitación tendrá un máximo de tres sesiones teórico-práctico; determinando el tiempo de cada sesión de una (1) hora por cada serie, siendo el tiempo promedio de duración de tres (3) horas totales, el tiempo entre cada sesión, lo establecido cada ocho (8) días teniendo como duración total del curso tres semanas, pudiendo presentar condiciones de tiempo desfavorables que puedan atrasar o extender el tiempo previsto para el desarrollo del plan de trabajo.

## 16. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. DANE. [Online].; 2012 [cited 2015 03 04. Available from:  
<https://www.dane.gov.co/files/censos/ManualTecnico.pdf>.
2. SAMANIEGO P. PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y ACCESO A SERVICIOS ACTIVOS EN LATINOAMERICA. [Online].; 2009 [cited 2015 03 05. Available from:  
<http://www.mecd.gob.es/dms-static/9b18b5d4-671b-463b-bb33-9f785124cc2a/personas-con-discap--compl-pdf.pdf>.
3. CABELLO IM. REVISTA DIGITAL-INVESTIGACION Y EDUCACION. [Online].; 2010 [cited 2015 03 12. Available from: [http://www.csi-f.es/sites/default/files/TEXTOS\\_IMASE\\_62\\_ABRIL\\_2010\\_06.pdf](http://www.csi-f.es/sites/default/files/TEXTOS_IMASE_62_ABRIL_2010_06.pdf).
4. UNAC. CORPORACION UNIVERSIARIA ADVENTISTA. [Online].; 2015 [cited 2015 03 16. Available from: <http://www.unac.edu.co/>.
5. UNAC. CORPORACION UNIVERSITARIA ADVENTISTA. [Online].; 2015 [cited 2015 03 18. Available from: <http://www.unac.edu.co/index.php/historia/>.
6. SCRIBD. [Online]. [cited 2015 03 24. Available from:  
<http://es.scribd.com/doc/186691151/Dificultades-de-Aprendizaje#scribd>.
7. TRASTORNOS EN HIPERACTIVIDAD. [Online]. [cited 2015 03 28. Available from:  
[http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO24884/dificultades\\_aprendizaje\\_1.txt](http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO24884/dificultades_aprendizaje_1.txt).
8. ANDREA CORREDOR AL. "CULTURA LINGÜÍSTICA INSTITUCIONAL PARA INCLUSION A LA EDUCACION SUPERIOR DE LA POBLACION SORDA. [Online]. [cited 2015 04 12. Available from:  
<file:///C:/Users/Invitado/Downloads/149-529-1-PB.pdf>.
9. H DC. ALTERACIONES DEL LENGUAJE. [Online].; 2014 [cited 2015 04 21. Available from:  
<http://www.med.ufro.cl/Recursos/neurologia/doc/c2.pdf>.
10. MEDLINEPLUS. [Online].; 2014 [cited 2015 04 29. Available from:  
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/aphasia.html>.
11. TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE. [Online]. [cited 2015 05 12. Available from:  
<http://www.nataliacalderon.com/trastornosdelaprendizaje-c-53.xhtml>.
12. [Online].; 2012 [cited 2015 05 15. Available from:  
<http://www.psicodiagnosis.es/areaclinica/trastornosnelambitoescolar/trastornos-del-habla->

[y-lenguaje/index.php](#).

13. J.A. AG. [Online].; 2014 [cited 2015 05 30. Available from:  
<http://www.spapex.es/pdf/aprendizaje.pdf>.
14. GUIA MEDICA PREHOSPITALARIA. [Online].; 2013 [cited 2015 05 01. Available from:  
<http://es.slideshare.net/CristianSerna/guias-medicas-de-atencion-prehospitalaria>.
15. unac. [Online].; 2015 [cited 2015 05 10. Available from: <http://campusvirtualunac/registro>.

## ANEXOS

### **Anexo a. encuesta de monitoreo vocacional del proyecto en curso.**

1. ¿Considera usted importante el manejo del lenguaje de señas en un abordaje pre hospitalario? SÍ \_\_ NO \_\_
2. ¿Sabe distinguir qué tipo de dificultad auditiva o de comprensión; presenta un paciente al abordarlo? SÍ \_\_ NO \_\_
3. ¿Qué indicadores permiten identificar si una persona presenta un trastorno en su audición y/o lenguaje? \_\_\_\_\_
4. ¿Le gustaría recibir capacitación en el tema para su labor como APH? SÍ \_\_ NO \_\_
5. ¿Sabe usted qué es discapacidad de aprendizaje? SÍ \_\_ NO \_\_
6. Mencione dos tipos de dificultades de aprendizaje que conozcas: \_\_\_\_\_ -  
\_\_\_\_\_
7. ¿Conoce qué es TDAH? SÍ \_\_ NO \_\_
8. ¿Cuáles son las alteraciones de un paciente con TDAH?  
\_\_\_\_\_
9. ¿Cómo cree usted que sería el manejo pre hospitalario con este tipo de discapacidades?
10. ¿Sabe a cuántos decibeles debe de oír el ser humano?
11. ¿Cuáles son los primeros signos de una pérdida de audición?
12. ¿Un tapón de cerumen puede ser la causa de una pérdida de audición?

## Resultados

Encuesta de segundo y tercer semestre a estudiantes de APH, UNAC.

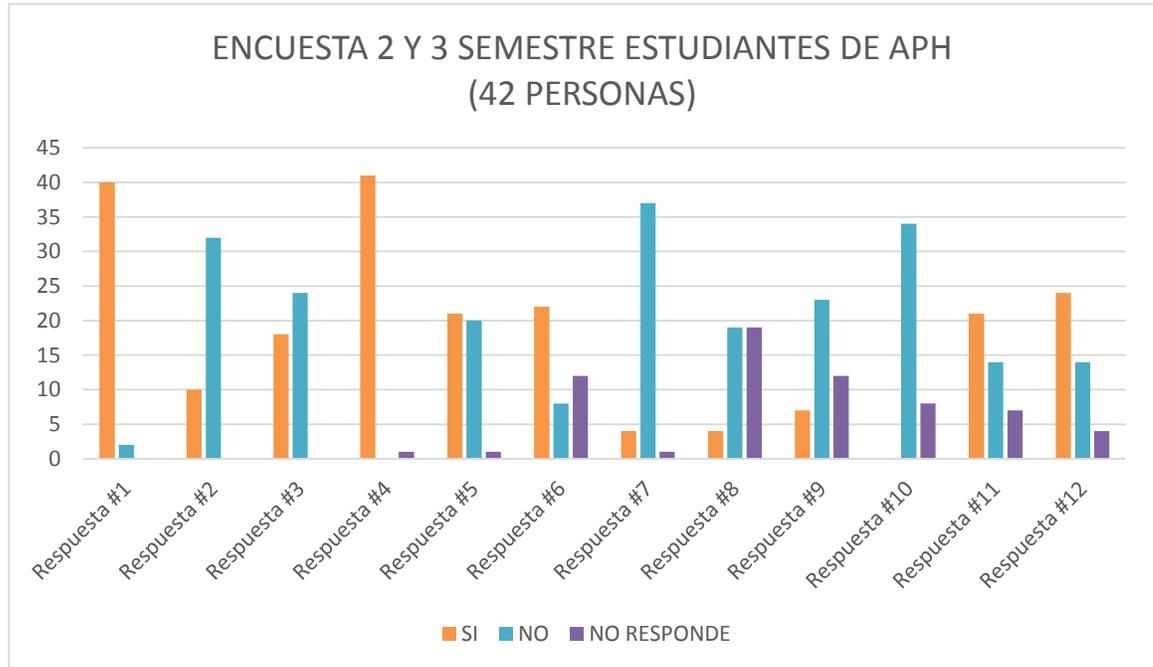


FIGURA 3.RESULTADO ENCUESTA

### OBSERVACIONES:

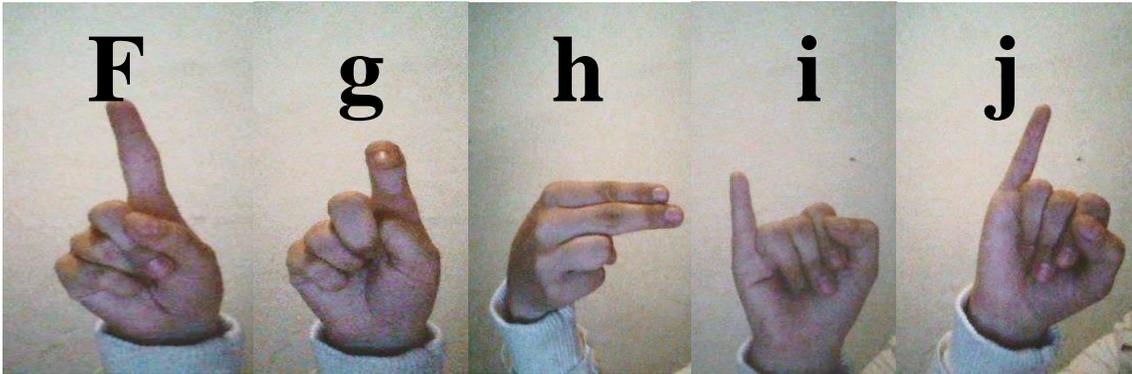
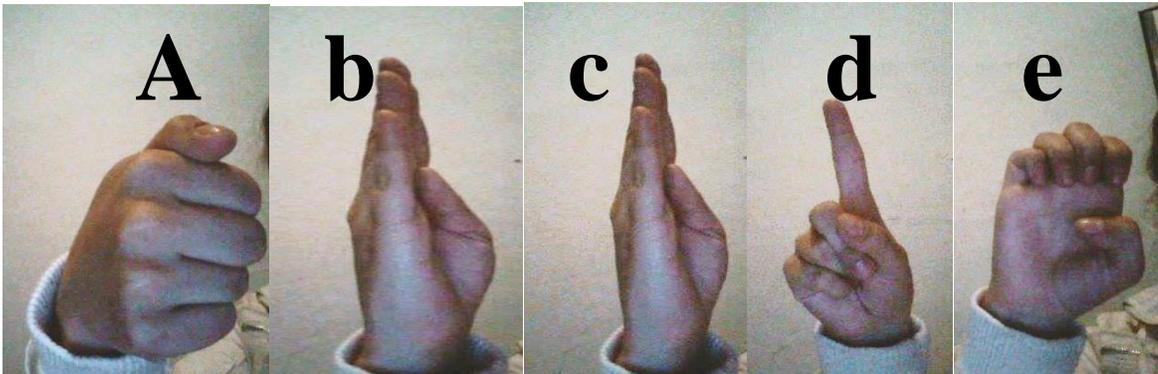
1. Ser más específicos en lo que se pregunta, brindar más información.
2. En una escala de Glasgow se podrían confundir las discapacidades de un paciente sordomudo porque apenas pueden hacer sonidos y confundir a los APH.
3. Sería bueno aprender a hablar este lenguaje de señas.
4. Es muy importante poder comunicarse con todos los pacientes para una mejor atención.
5. Está interesante la encuesta y se espera que la pongan en práctica.

## Anexo b. entrevista.

Se realizó entrevista a dos personas con limitación verbal y auditiva con ayuda de una intérprete, y se les realiza las siguientes preguntas:

1. ¿Conoce o ha escuchado sobre personal de Atención Pre hospitalaria con conocimiento de la lengua de señas?
2. ¿Ha sufrido algún tipo de accidente donde ha encontrado personal idóneo de Atención Pre hospitalaria que pueda comprender lo que dice?
3. ¿Usted consulta en un centro hospitalario y ha tenido dificultades de comunicación con el personal que laboran en el lugar?
4. ¿Ve usted importante que se tenga personal con conocimiento de la lengua de señas?
5. ¿Cree que el personal de salud está preparado para atender a personas con limitación verbal y/o auditiva?

Anexo c. alfabeto dactilológico



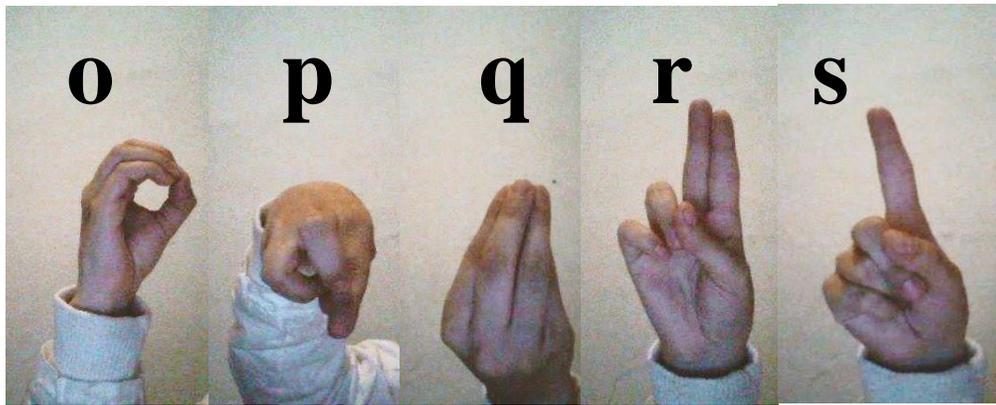


FIGURA 4. ALFABETO DADICTOLOGICO.

