



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA
CICLO LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
CURSO: TALLER DE PRODUCCIÓN DE TESINA

**DIFICULTAD COMUNICACIONAL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
ANTE PACIENTES HIPOACÚSICOS O EXTRANJEROS EN EL AREA DE
URGENCIAS**

**DOCENTE TITULAR: LIC. JORGE MICHEL
JTP: ANA FERNÁNDEZ
AUTORES: BENEGAS, ABEL
ECHEGARAY, CELESTE
GRIGOR, NATALIA**

Mendoza, marzo de 2020

“ El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o los autores”

ACTA DE APROBACIÓN

Tribunal Examinador:

- **Presidente:**.....
- **Vocal 1:**.....
- **Vocal 2:**.....

Trabajo Aprobado el:/...../.....

RESUMEN

Tema: “Dificultad comunicacional del profesional de enfermería ante pacientes hipoacúsicos o extranjeros en el área de urgencias”

Autores: Benegas, Abel; Echegaray, Celeste; Grigor, Natalia.

Lugar: Área de urgencia del Hospital Español de Mendoza ubicado en el departamento de Godoy Cruz, en el primer trimestre del año del año 2019.

Introducción: El personal de Enfermería se encuentra en un lugar primordial como es el área de urgencia para la atención de pacientes hipoacúsicos o extranjeros, y así por brindar una mejor atención y comunicación.

Objetivos: Identificar los factores que dificultan la comunicación con pacientes hipoacúsicos o extranjeros.

Método: El enfoque de la investigación es cuantitativo, el método utilizado es de tipo explicativo descriptivo de corte transversal.

Conclusión: La Enfermería esta posicionada en un lugar primordial para la atención de los pacientes ante una urgencia o emergencia, y le brinda a las personas una solución inmediata.

Los pacientes extranjeros llegan a nuestra provincia para vacacionar y tener una estadía plena, sin complicaciones y se acercan a nuestra provincia con paquetes ya contratados con antelación, aunque en muchas situaciones no saben el idioma del lugar; siendo esta una complicación por cualquier eventualidad para poder comunicarse.

Los pacientes hipoacúsicos cuando sufren algún accidente no pueden comunicarse libremente, ya que los profesionales de enfermería no siempre interpretan la lengua de señas, complicando la atención rápida de ellos.

Propuestas: Capacitación permanente en idiomas y lengua de señas al personal del Hospital Español de Mendoza.

Palabras Clave: Comunicación- Lengua de señas- Extranjero- Hipoacúsico

AGRADECIMIENTO

Este trabajo fue elaborado gracias al apoyo de múltiples docentes del Ciclo de Licenciatura en Enfermería, colegas y familia.

Esta tesis es el resultado del sacrificio personal, laboral, eficiencia, esfuerzo, el trabajar en equipo para poder lograr las metas personales.

También tuvimos la oportunidad de observar el trabajo que realiza Enfermería en cada área, y nos permitió conocer alcances que no están en los libros.

**BENEGAS, ABEL
ECHEGARAY, CELESTE
GRIGOR, NATALIA**

PROLOGO

En el presente trabajo se refleja que el personal de enfermería se encuentra en un lugar primordial como es el Área de Urgencia para la atención de pacientes hipoacúsicos o extranjeros, para poder brindarles una mejor atención y comunicación con ellos.

Evitando el mal uso de los recursos tratando de entender que le sucede al paciente, así poder llegar a un diagnóstico rápido y seguro sin provocarle una atención traumática. La enfermería es una profesión que el individuo desarrolla para ayudar a quien lo necesita y para satisfacer sus necesidades básicas, obteniendo condiciones de vida acorde a su dignidad humana.

La importancia del presente trabajo está centrado en la capacitación del personal de enfermería para satisfacer las necesidades de pacientes hipoacúsicos o extranjeros.

La lengua de señas e idiomas son beneficiosas en varios aspectos para el personal, para tener una mejor comunicación con los pacientes hipoacúsicos y extranjeros mediante la educación permanente en el personal de enfermería.

Esto redundaría en beneficio para poder utilizar mejor los recursos en tiempo y forma en la atención del paciente, también en la economía del hospital.

Índice General

Advertencia	I
Acta de aprobación	II
Resumen.....	III
Agradecimiento.....	IV
Prólogo.....	V
Índice General.....	VI - VII
Índice de Tablas y Gráficos.....	VIII

CAPITULO 1 PLANTEO DEL PROBLEMA

Descripción del Problema.....	Pág. 1
Formulación del Problema.....	Pág. 2
Objetivo General y Específicos.....	Pág. 3
Justificación.....	Pág. 4

MARCO TEORICO

Apartado I: <i>Historia y características de la hipoacusia, anatomía y patología, formas de comunicación, lengua de señas</i>	Pág. 5 - 12
Apartado II: <i>Anatomía y fisiología de la lengua</i>	Pág. 13 - 23
Apartado III: <i>Turistas extranjeros, auge en época de vendimia, barrera lingüística</i>	Pág. 24 - 31

CAPITULO 2 DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio, área, universo, muestra	Pág. 32
Definición de variables.....	Pág. 33
Operacionalización de variables.....	Pág. 34
Técnica de recolección de datos.....	Pág. 35 – 58

CAPITULO 3 RESULTADOS

Resultados	Pág.59 - 60
Interpretación de resultados.....	Pág. 61
Propuestas	...Pág. 62

APENDICE Y ANEXOS

Bibliografía.....	Pág. 63
Fotos ,Encuesta, Tabla Matriz.....	Pág.64 - 78

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

Tabla – Gráfico N° 1 Caracterización de la muestra según la edad.....	Pág. 36
Tabla – Gráfico N° 2 Caracterización profesionales entrevistados.....	Pág. 37
Tabla – Gráfico N° 3 Caracterización de servicios entrevistados.....	Pág. 38 - 39
Tabla – Gráfico N° 4 Caracterización conocimientos en ingles.....	Pág. 40
Tabla – Gráfico N° 5 Caracterización conocimientos lengua de señas...	Pág. 41
Tabla – Gráfico N° 6 Caracterización realización de curso de idiomas..	Pág. 42-43
Tabla – Gráfico N° 7 Caracterización de interés en idiomas.....	Pág. 44 - 45
Tabla – Gráfico N° 8 Caracterización experiencia con pacientes hipoacúsicos/extranjeros.....	Pág. 46 - 47
Tabla – Gráfico N° 9 Caracterización según comunicación con pacientes...	Pág. 48
Tabla – Gráfico N° 10 Caracterización según importancia de idiomas y lengua de señas.....	Pág. 49 - 50
Tabla – Gráfico N° 11 Caracterización según si conoce a alguien sordo...	Pág. 51
Tabla – Gráfico N° 12 Caracterización si está de acuerdo con capacitación laboral en idioma y lengua de señas	Pág. 52 - 53
Tabla – Gráfico N° 13 Caracterización sobre capacitación en el trabajo.....	Pág. 54
Tabla – Gráfico N° 14 Caracterización sobre a quién beneficia saber lengua de señas e idiomas.....	Pág. 55
Tabla – Gráfico N° 15 Caracterización sobre la calidad de atención al paciente hipoacúsicos / extranjero.....	Pág. 56
Tabla – Gráfico N° 16 Caracterización sobre incorporar lengua de señas como materia en currícula.....	Pág. 57
Tabla – Gráfico N° 17 Caracterización sobre emergencia y acción con paciente hipoacúsico.....	Pág. 58

CAPITULO I

PLANTEO DEL PROBLEMA

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Debido al auge turístico en la provincia de Mendoza en el primer trimestre del año 2019 se espera una gran concurrencia de extranjeros.

Se ha observado que en la mayoría de los servicios de guardia de diferentes nosocomios hay falencias en cuanto al personal capacitado para la atención en una urgencia o emergencias de pacientes hipoacúsicos y extranjeros.

Se visualiza la problemática, por lo cual se decide abordar el tema, se realizan encuestas en el personal del servicio de guardia para afrontar la atención de este tipo de pacientes, ya que son el primer eslabón en atención al ingreso de un nosocomio.

Se consultó que tipo de problemas tuvieron para realizar una capacitación acorde a la atención de este tipo de pacientes. También se consideraron diferentes factores internos y externos que influyen en la capacitación del personal de salud.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los errores de comunicación en el área de urgencia del personal de enfermería ante pacientes hipoacúsicos y extranjeros, del Hospital Español de Mendoza en el primer trimestre del año 2019?

OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores que dificultan la comunicación con pacientes hipoacúsicos o extranjeros.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar la población de estudio.
- Categorizar el tipo de atención que necesita el paciente.
- Estimar la eficiencia y eficacia en la atención de esos pacientes para un mejor diagnóstico.

JUSTIFICACIÓN

En el área de urgencia de un nosocomio es importante atender al paciente con la mayor eficiencia y eficacia posible, para obtener un diagnóstico certero y así poder brindar un tratamiento y una atención de buena calidad a los pacientes

Evitando el mal uso de los recursos y el tiempo, ya que la demanda de atención a veces sobrepasa al personal de enfermería, por eso queremos resaltar la importancia que tiene la capacitación del personal de enfermería para poder satisfacer las necesidades de pacientes hipoacúsicos o extranjeros.

A través de un instrumento de valoración, en este caso, usamos la entrevista de tipo cerrada, y mediante la tabulación de la misma, se observó que hay un error de comunicación importante hacia los pacientes hipoacúsicos y/o extranjeros, ya que el personal de enfermería no está capacitado del todo en lengua de señas e idiomas lo que nos lleva a poder concretar los objetivos a cumplir.

MARCO TEÓRICO

APARTADO I

HISTORIA Y CARACTERISTICAS DE
LA HIPOACÚSIA
ANATOMIA Y PATOLOGIA.
FORMA DE COMUNICACIÓN
LENGUA DE SEÑAS.

EL OIDO:

CONSTITUCIÓN ANATÓMICA:

La percepción del sonido se realiza mediante el oído, este es un órgano con una estructura muy compleja que permite registrar oscilaciones o vibraciones del aire que se constituyen en ondas sonoras.

En cada oído se distinguen partes, estas son:

- Oído externo: sirve para la transmisión de vibraciones sonoras, está formado por el pabellón de la oreja, amplio repliegue de la piel, tiene un cartílago (soporte) en forma de concha, englobando el orificio exterior del conducto auditivo. Sólo en la parte inferior carece de cartílago para formar el lóbulo de la oreja. Su misión es captar ondas sonoras.
- Conducto auditivo externo: formación tubular que tiene un recorrido en forma de “s” que termina en el tímpano, en la parte interna de este conducto se encuentran numerosas glándulas sebáceas, que segregan cerumen, que al secarse se parece a la cera cuya misión es lubricar dicho conducto y proteger junto a numerosos pelos finos que se encuentran en la parte externa del polvo y partículas extrañas.
- El tímpano: separa el oído externo del medio, es una membrana circular formada por fibras elásticas con posición oblicua en su centro, se inserta firmemente en la porción del hueso temporal. Su elasticidad permite que entre en vibración cada vez que las ondas sonoras hacen impacto sobre su superficie, al ser recogidas por el pabellón de la oreja y transmitidas por el conducto auditivo externo.
- Oído medio: está ubicado detrás del tímpano, interior del peñasco del hueso temporal, compuesto por tres huesecillos: **martillo**, que tiene su mango insertado en el seno del tímpano y su cabeza se une al **yunque** y este a su vez se une con el **estribo** que se encuentran articulados entre sí y forman una especie de cadena

(1)- El gran libro de la salud enciclopedia medica- readers digest México S.A de CV-Departamento editorial de libas- pág. 650.

Que es la conexión entre el tímpano y el laberinto del oído interno para transmitir vibraciones originadas en este.

-Trompa de Eustaquio: ubicado en la parte inferior del tímpano, tiene forma de tubo que se comunica con la faringe nasal. Función: mantener una igualdad de presión en ambos lados del tímpano,” éste puede hallarse en un estado óptimo de tensión para entrar en vibración. Esto explica la utilidad de los movimientos de deglución (tragar saliva, mascar chicleo chupar un caramelo) durante los rápidos ascensos o descensos en aviones, subida o bajada de montañas, buceos o pesca Submarina, pues al tragar se abre y se dilata la trompa. A través ésta, los gérmenes causantes de infecciones en la región nasofaríngea pueden pasar al oído medio: por otro lado sobre todo en niños, puede obstruirse por la amígdala faríngea, localizada precisamente cerca del orificio nasofaríngeo de la trompa, y así provocar fácilmente una sordera al abombarse el tímpano por existir un desequilibrio en la presión que dificulta la trasmisión del sonido del martillo” (1)

- Oído interno ó laberinto: está constituido por conductos semicirculares, el **vestíbulo** que es un pequeño espacio que contiene líquido, ubicado en el centro del laberinto entre los conductos semicirculares y el caracol. Tiene una pared exterior que se abre y forma una abertura cubierta por una membrana. Delante del vestíbulo empiezan los tres conductos semicirculares, donde se encuentra el órgano del equilibrio que está integrado por otolitos, estos son excitados por el líquido laberíntico que los rodea y a través de vías nerviosas que terminan en el cerebelo, forman el órgano principal por el cual el cuerpo humano mantiene el equilibrio. El **caracol óseo** que es parecido a la casa del caracol, con forma de tubo relleno de líquido y espiral, se encuentra dividido por la lámina espiral en una rampa superior (vestibular) y una inferior (timpánica). El caracol membranoso alberga el **órgano de Corti**. Sus fibras nerviosas auditivas están sincronizadas con vibraciones sonoras que vibran al unísono cuando son excitadas por éstas.

(1)- El gran libro de la salud enciclopedia medica- readers digest México S.A de CV-Departamento editorial de libas- pág. 650.

El nervio auditivo o parte coclear transmiten lo que se recibe a la corteza cerebral y allí son percibidas como tonos.

La capacidad auditiva del ser humano está limitada hacia arriba y hacia abajo en relación con la altura de los sonidos y tonos. Los límites de percepción se encuentran entre las 16 y 20.000 vibraciones por segundo. El límite superior disminuye con la edad, independientemente de si hay sordera o no. Hay enfermedades que reducen, en un extremo u otro los límites de tonos audibles.

“La función auditiva puede resumirse así: las ondas sonoras recogidas por el pabellón auricular pasan a través del conducto auditivo externo a la membrana del tímpano, haciéndola vibrar. Estas vibraciones se transmiten a la cadena de huesecillos. La placa basal del estribo que se adosa y ocluye la ventana oval conduce los movimientos ondulares al líquido laberíntico, cuyas vibraciones excitan a las terminaciones nerviosas del nervio auditivo” (2)

(2)- el gran libro de la salud enciclopedia medica- readers digest México S.A de CV-Departamento editorial de libas- pág. 652.

ENFERMEDADES DEL OIDO:

OIDO EXTERNO:

- Malformaciones anatómicas: la forma de los pabellones auriculares está sujeta a las mismas posibilidades de trastornos del crecimiento o malformaciones que cualquier otra parte del organismo. Orejas demasiado grandes o pequeñas, los pabellones deformados, desgarres del lóbulo de la oreja, todo se puede corregir mediante cirugía estética. Son frecuentes los traumatismos contusos que afectan al pabellón auricular y producen un hematoma. Este tipo de lesiones es frecuente en un boxeador, luchador, peleas infantiles, pero debe ser tratada convenientemente.
- Cuerpos extraños: su extracción nunca debe ser hecha por personas que no tengan experiencia, ya que generalmente usan horquillas o palillos con los que sólo empujarían el objeto más adentro provocando una lesión en el tímpano y luego infección. Es peligroso también realizar lavados con agua con una jeringa, porque el cuerpo extraño se hincha con el agua y obstruye totalmente el conducto auditivo. Es necesario recurrir a un especialista.
- Eczema del oído externo: enfermedad rebelde que se acompaña de escamas o costras, húmedas o secas, con intensa picazón, enrojecimiento, hinchazón y otras molestias que se sienten en el pabellón también. **Causas:** supuración crónica por otitis media, sensibilidad a medicación, lesiones, seborrea del cuero cabelludo son las más frecuentes. **Tratamiento:** primero se debe averiguar la causa con la atención de un especialista.
- Tapones de cerumen: **síntomas:** sordera, sensación de presión en el oído, dolor de cabeza, vértigos y zumbidos o ruidos. **Causas:** al bañarse o lavarse entra agua en el oído externo que esponja al cerumen para formar un tapón oclusivo, también puede ser sobreproducción constituida de cerumen que se acumula de a poco. **Tratamiento:** el tapón puede hablarse con glicerina o agua oxigenada.

Su extracción la hace un especialista mediante un lavado.

- Forúnculo del oído externo: **síntomas:** dolor fuerte, penetrante que se irradia a los ojos o dientes, masticación dolorosa si el forúnculo está situado más profundo. Si hay pus, esta puede obstruir el conducto e incluso impedir la audición. Enrojecimiento de la piel e hinchada son otros síntomas además de los ganglios linfáticos engrosados. **Causas:** se producen por heridas o traumatismos con ciertos objetos que se usan para limpiar o rascar el oído. La lesión es una puerta de entrada para una infección purulenta (estafilococos o estreptococos). También puede ser un tapón de cerumen implantado. **Tratamiento:** el médico indicará antibióticos, o gotas óticas con analgésicos. Como última instancia el tratamiento quirúrgico a través del cual se logra drenar la colección purulenta.
- Rotura o inflamación (miringitis) del tímpano: los síntomas pueden ser dolor brusco, zumbidos y sordera, las causas más frecuentes son lesiones originadas por perforaciones con objetos agudos, por compresión del aire.

OIDO MEDIO

- Catarro agudo: se caracteriza por una sordera con poco dolor, ruidos, sensación de tener agua en el oído. Sus causas son varias: catarro respiratorio, hinchazón de mucosa nasal o pólipos nasales lo que produce inflamación de la trompa de Eustaquio, que establece la comunicación entre la faringe nasal y el oído medio. El tratamiento consiste en extirpar la amígdala faríngea.
- Otitis media purulenta: golpeteo en el oído acompañado de pulsaciones arteriales, sordera, dolor violento(otalgia) y síntomas generales como fiebre, malestar general provocadas por aguas sucias, sinusitis o inflamaciones de fosas nasales transmitidas al oído medio a través de la trompa ó infecciones transmitidas por vías sanguíneas(sarampión, paperas, gripe, etc.). El tratamiento lo dará un especialista con antibióticos por vía sistémica y analgésicos.

OIDO INTERNO

- Sordera: es la pérdida progresiva de la capacidad auditiva sin inflamaciones previas de alguna parte del oído que comienza generalmente con sordera a los tonos más altos, sus causas son: enfermedades como la gota, diabetes, sífilis, arterioesclerosis e intoxicaciones medicamentosas (quinina y estreptomicina) porque producen una degeneración en el órgano de Corti o terminaciones auditivas nerviosas. La eliminación de estos factores puede mejorar al paciente, pero su pronóstico no es bueno.
- Otosclerosis (sordera hereditaria): empieza a aparecer entre los 20 y 30 años sin enfermedad auditiva previa, algunas veces se presentan ruidos previos en el oído. Su naturaleza se debe a factores hereditarios ó en el estribo al estar cada vez más rígido ya no trasmite la vibración sonora al líquido laberíntico. El especialista al decidir en qué grado es posible mejorar la audición con una cirugía de ser necesario.
- Presbiacusia (sordera senil): este proceso se debe al envejecimiento por degeneración del oído interno (cóclea), la única solución es la prótesis auditiva, adaptada por un especialista. Hay diversos tipos de aparatos auditivos y es complicado escoger el modelo más adecuado. Una vez elegido el modelo de prótesis sigue con la educación del paciente para aprender a manejar el aparato auditivo y no desesperarse en los primeros días o semanas si la confusión sensorial es alta.
- ***Sordomudez: son todos aquellos individuos que por una sordera congénita o adquirida en los primeros años de su vida, no ha aprendido a hablar, es decir es mudo por ser sordo, la persona afectada no oye los tonos de voz y no puede imitarlos (es mudo). La sordera puede ser hereditaria, o adquirida por otras enfermedades como hemorragias en el parto, por meningitis, escarlatina, sarampión, difteria, sífilis, paperas, etc. Otras veces puede ser que la madre durante el embarazo consumido drogas como LSD,***

Talidomida, marihuana. Prevención: debe haber tratamiento precoz en infección del oído durante la lactancia. En el último año hay muchas opciones desde la lengua de señas hasta el uso hasta el uso de computadoras o entrenamientos con técnicas especiales para que el paciente pueda comunicarse con otras personas.

APARTADO II

ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DE LA
LENGUA.

ANATOMIA DE LA LENGUA

Se forma en la cara endodérmica del primer arco branquial, tiene dos protuberancias linguales laterales y una prominencia medial, o tubérculo impar nacido al borde inferior de este arco. Las protuberancias laterales se fusionan entre si y a su vez con la prominencia medial, formando los 2/3 anteriores del cuerpo de la lengua. Esta fusión deja una marca romboide a nivel medial. Con función masticadora (por delante de la V lingual). La porción posterior tiene origen en el arco faríngeo y es endoblastica. El esbozo de la glándula tiroides se desarrolla en la parte caudal del tubérculo impar mediante una invaginación endodérmica que va emigrando hacia abajo por delante de la cavidad intestinal. El agujero ciego es donde comienza la invaginación. La musculatura lingual tiene su origen en los somitas occipitales, y es inervada por el hipogloso. A lo largo de su desarrollo la lengua guarda proporción con el perímetro craneal. (Fig. 1)

CONSTITUCION ANATÓMICA

Órgano muscular que participa en la deglución, gusto y habla. Ocupa una porción en la parte oral y en la parte faríngea, insertada mediante músculos en el hueso hioides, la mandíbula, apófisis estiloides, paladar blando y la pared faríngea. Su estructura anatómica consta de: dos superficies, dos bordes, la base y la punta. (Fig. 2)

BASE O RAIZ, SUPERFICIE DORSAL, BORDES, PUNTA O VERTICE

SUPERFICIE DORSAL

Esta por delante con la bóveda palatina por detrás de la faringe. En la línea media tiene un surco longitudinal. En la parte posterior tiene tres pliegues: uno medio y dos laterales que la unen a la epiglotis, repliegues glosopiglóticos y el agujero ciego. (Fig.4)

SUPERFICIE VENTRAL

Descansa en el suelo de la boca, unida por el frenillo. Parte anterior con un surco medio y en la parte inferior del frenillo presenta dos conductos de las glándulas sublingual y submaxilar. También se observan las venas raninas. (Fig. 3)

BORDES

Libres y redondeados, delgados por delante que por detrás, correspondiendo a los arcos dentales.

BASE

Ancha y gruesa, relacionada con músculos milohioideo y geniohioideo, con el hueso hioides con la epiglotis.

FORMAS DE LA LENGUA (Fig. 5)

- TRIANGULAR
- REDONDEADA
- RECTANGULAR

TIPOS DE FRENILLOS LENGUALES (Fig. 6)

- FRENILLO CORTO
- FRENILLO NORMAL
- FRENILLO LARGO

PAPILAS DE LA LENGUA (Fig. 7 -8)

Se dividen en 5 grupos.

- ☐ *Papilas Caliciformes*: conforman la V lingual. Son las más voluminosas y prominentes se dividen en tres partes: mamelón central, rodete circular y surco. Están en la cara dorsal de la lengua.
- ☐ *Papilas Fungiformes*: están esparcidas por la cara dorsal de la lengua por delante y por detrás de la V lingual.
- ☐ *Papilas Filiformes*: ocupan toda la parte dorsal de la lengua por delante de la V lingual.
- ☐ *Papilas Foliadas*: en los bordes laterales de la lengua.
- ☐ *Papilas Hemisféricas*: parecidas a las glándulas de la piel, están en toda la mucosa lingual.

ZONAS GUSTATIVAS DE LA LENGUA (Fig. 9)

-DULCE

-AGRIO

-SALADO

-AMARGO

GLANDULAS SALIVALES PROPIAS DE LA LENGUA (Fig. 10-11)

SUBLINGUAL

- ☐ Más pequeña
- ☐ Situada en el suelo de la boca
- ☐ Peso 3 gramos
- ☐ Forma de almendra
- ☐ Produce 5% de saliva

LINGUALES

- ☐ Punta de la lengua
- ☐ Amígdalas
- ☐ Dorso de la lengua

MUSCULOS DE LA LENGUA

Las fibras musculares de la lengua son esqueléticas. Los músculos de la lengua son 8 pares y 1 impar, son 17 músculos en total. Se distribuyen de esta manera:

1 impar: lingual superior

8 pares: geniogloso, lingual inferior, hiogloso, estilogloso, palatogloso, amigdalogloso, faringogloso y transverso.

A su vez los músculos se dividen en:

Extrínsecos: Geniogloso, Estilogloso, Hiogloso, Palatogloso, Faringogloso, Amigdalogloso.

Intrínsecos: Lingual inferior, Transverso, y el musculo impar el longitudinal superior.

INERVACION DE LA LENGUA

“La inervación es motora y sensitiva (Fig. 12)

La inervación la proporciona en la porción mucosa anterior el nervio lingual que es rama del nervio maxilar inferior (del trigémino), así como por ramas del nervio cuerda del tímpano (Rama de la facial). La porción mucosa posterior inervada por el glosofaríngeo, mientras que el laríngeo superior, rama del neumogástrico inerva la zona caudal de la lengua, dejando que la masa muscular sea inervada por el hipogloso. La sensación del gusto de los dos tercios anteriores es conducida por la

Rama del nervio facial VII. El tercio posterior, por los nervios glosofaríngeo IX y vago X. La sensibilidad lingual está dada por la rama lingual de la división mandibular del trigémino y el nervio glosofaríngeo y laríngeo interno (rama del laríngeo superior, que a su vez es rama del vago)”

IRRIGACION DE LA LENGUA

La irrigación de la lengua procede de las arterias lingual, faríngea inferior (ramas de la carótida externa) y de la palatina inferior (rama de la facial) (Fig. 13)

SORDERA, LENGUA DE SIGNOS Y PATOLOGIAS DEL LENGUAJE

El tema de la sordera desde las patologías lingüísticas ha contribuido al hipoacúsico como una persona con deficiencia en el lenguaje, cuyo grado de inserción y de éxito social es medido por sus capacidades de reproducción oral y su comprensión del lenguaje vocal. Desde la óptica de los lenguajes visogestuales el hipoacúsico es una persona competente.

Se buscara una posible clasificación de trastornos lingüísticos teniendo en cuenta una modalidad viso- gestual.

El lenguaje gestual nos permite una comunicación rápida y fluida y de una conversación satisfactoria (lenguaje de signos) sin embargo el lenguaje que no se considere oral- auditivo, el hipoacúsico se ve condicionado por sus limitaciones impuestas por una recepción auditiva deficiente.

Trataremos de realizar una clasificación de trastornos lingüísticos teniendo en cuenta patologías del lenguaje más conocidas para conocer como seria su forma de comunicación ya sea por lengua de señas (adoptado como primera lengua o como lengua materna)

APROXIMACION A PATOLOGIAS DEL LENGUAJE

DEFINICION Y DELIMITACION

Patología, trastorno, retardo, alteraciones.

No hay denominación única para la organización y clasificaciones tienen que combinar para eso aspectos anatómicos, clínicos, lingüísticos, psicosociales y culturales.

Según la RAE: *patología*: parte de la medicina que estudia enfermedades y conjunto de síntomas. *Trastorno y retardo*: denominadas *alteraciones* en el habla, lenguaje y comunicación.

- *Perello* (1990) analiza trastornos llamados *lalopatías*: disartrias, disfemias, dislalias, dislalias audiógenas, disglosias.
- *Launay y Borel Maissonny* (1989) analiza trastornos de lenguaje, la palabra y voz en niños neurológicos y no neurológicos. Neurológicos: producidos por parálisis cerebral, sorderas, trastornos adquiridos por lesiones.
- *DSM-IV* (APA, 1994) refiere a trastornos de adultos y niños de comunicación y lenguaje que no son idénticos.
- *Azcoaga* (1990) establece síntomas y cuadros clínicos para clasificar los trastornos entre niños y adultos.

CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS

Rondal y Seron (1988) clasifican patologías del lenguaje como:

1. Tartamudez y farfuleo, trastornos de la articulación y de la voz
2. Sorderas.
3. Retraso mental.
4. Autismo infantil precoz.
5. Afasia congénita
6. Afasia del niño
7. Parálisis cerebral y afección cerebral mínima.
8. Retraso del lenguaje, disfasia y audiomudez.
9. Dislexia
10. Lenguaje y ceguera.
11. Lenguaje y psiquiatría.

Narbona y Chevré – Muller (2001) combinan sintomatología lingüística, origen congénito y adquirido y factores etiológicos resuelven:

- ☐ Déficit de los instrumentos de base.
- ☐ Trastornos neurolingüísticos y escrito.
- ☐ Tartamudeo.
- ☐ Trastornos de lenguaje de cuadros psicopatológicos o carencia de entornos.

Hernández Sacristán y Tormos Muñoz (2004) patologías neurolingüísticas relacionadas con perspectivas culturales con fundamentos biológicos y rehabilitadores.

Rapin y Allen (1983 y 1987) reformulada por *Rafin (1996)* diferencian 3 categorías clínicas:

- ☐ Niños con trastornos de lenguaje expresivo
- ☐ Trastorno de lenguaje expresivo y receptivo
- ☐ Trastorno de procesamiento de orden (incluye léxico-sintáctico y semanticoprágmatco).

.

UNA APROXIMACIÓN A TRASTORNOS LINGÜÍSTICAS DE LAS LENGUAS KINÉSICO-VISUALES

Mendoza (2001) define los trastornos de la comunidad sorda sin combinar inferencias clínicas con estudios empíricos sino parte de procesos de comprensión y expresión.

- Trastornos de la comprensión / recepción

La sordera se considera un déficit de recepción auditiva.

Rondan y Seron (1988) refieren que la pérdida de visión desde niño tiene consecuencias mayores que la pérdida de la audición. (Síndrome de Usher por ejemplo)

Narbona y Chevrie – Muller estudiaron déficit de instrumentos de base, déficit anatómicos congénitos y adquiridos restringiendo al sujeto al mundo exterior.

- **Trastornos de la producción**

Narbona y Chevrie – Muller trastornos de orden y control de la motricidad faringobucal. (Articulación gestual motora) dando importancia a trastornos con consecuencias en los gestos faciales. Sin considerar las disfemias (trastorno de fluidez).

- **Trastornos centrales**

Estudios experimentales de *Moreno, Sainz y Carrasco* (2005) corroboraron tesis de *Wilson y Emmorey* (1997 y 1998) y demostraron que los sordos del hemisferio izquierdo domina funciones lingüísticas gramaticales mientras que el hemisferio derecho se especialista en funciones espaciales no lingüísticas al igual que las personas oyentes.

Carreira, Gutiérrez Vaquero y Corina (2005) decían que el trastorno de lenguaje era en el cerebro y no a nivel buco-faríngeo o manual y al tratarse de un trastorno central o neurológico afectan al individuo con: afasias, agnosias, dispraxias, disartrias, Síndrome de Down, autismo y parálisis cerebral.

Igual que los trastornos neurolingüísticos específicos de lenguaje oral y escrito según *Narbona y Chevrie – Muller* tanto benignos: dislalia como severos: dispraxia bucofacial, apraxia bucofacial.

- Trastornos específicos de la lengua de señas relacionados con aspectos sociolingüísticos como la adquisición bilingüe espacial y de imagen.

Sin embargo observo que los niños que nacieron sanos y que por algún motivo externo quedaron sordos desarrollaron una singular característica bilingüe porque alcanza a recibir educación lingüística. En cambio los niños nacidos sordos los sonidos del lenguaje no son experimentados para el desarrollo de su lenguaje, debe ser adquirida artificialmente por especialistas para crear representaciones analógicas sustitutivas en su cerebro.

En el caso que el niño se desarrolle en un seno familiar con miembros sordos (por lo general es una situación con factores normales) el niño adquiere una lengua materna y crece en un ambiente cultural minoritario y con una valoración positiva de la lengua de signos. Ese punto va a medir sus destrezas lingüísticas en éxito o fracaso y condiciona sus posibilidades de acceso a escuelas y promociones académicas, profesionales y sociales.

Solo si el sistema escolar adecua los medios para una inclusión natural a partir de la lengua materna hay posibilidades de éxito.

Cuando falta el acceso a un desarrollo lingüístico apropiado y accesible a edad temprana del niño, hay una barrera para la maduración lingüística del mismo. Lo principal es utilizar estrategias lingüísticas y pragmáticas necesarias antes del desarrollo.

- **Patrones orales**

Un entrenamiento oral en niños sordos tiene consecuencias a largo plazo en sus hábitos comunicativos (lectura labial y práctica vocal).

De esta manera hay variaciones individuales con apoyo oral para diferenciar palabras con parámetros manuales parecidos que se diferencian con la articulación de los labios. Por ej.: ¿Cómo? y DIFICIL tienen parámetros comunes gestualmente pero se diferencian en la forma de gesticular los labios.

Hay una relevancia en su gesticulación fuera del ámbito educativo por parte de los sordos que las adaptan a su forma habitual de lenguaje que se adapta a una conversación normal.

-Adquisición tardía de lengua de señas

Desarrollar la lengua oral después de los 6 años supone un retraso patológico lo que nos plantea que: la adquisición del lenguaje está ligada a la maduración del cerebro o el cerebro de los sordos tarda más tiempo en aprender recursos básicos de expresión.

El investigador se formula una pregunta: ¿El sordo aprende de forma completa la lengua de signos después de una edad crítica de maduración?

En primera instancia y con evidencias estudiadas parece ser que los sordos en la adolescencia pueden asimilar códigos elementales simples para admitir los mismos. Aunque tardan más tiempo en los procesos gramaticales y fonológicos.

En sordos de nacimiento, con un lenguaje de señas adquirido desde temprana edad, las pruebas evaluaban que sujetos con 30 años de lenguaje de señas de forma habitual, tenían mayor velocidad de procesamiento, eran más rápidos y eficientes sin cometer errores de aspectos fonológicos.

APARTADO III

TURISTAS EXTRANJEROS.
AUGE EN EPOCA DE VENDIMIA.
BARRERA LINGÜÍSTICA.

MENDOZA

Es una ciudad del oeste de Argentina. Es la capital de la provincia de Mendoza y está ubicada en la llanura al este de la cordillera de los Andes. Es una de las principales ciudades del país, y con su aglomerado urbano, denominado Gran Mendoza alcanza una población total que supera el millón de habitantes. Su superficie es de 57 km² aunque su área metropolitana se extiende 168 km².

Es un principal polo industrial, un punto estratégico fundamental de las relaciones del Mercosur. La actividad económica está vinculada al comercio, la industria de servicios y principalmente la actividad turística en torno a la industria vitivinícola por lo cual junto con otras ciudades del mundo, es denominada «Capital Internacional del Vino».

Es una ciudad cosmopolita, debido a la gran cantidad de inmigrantes principalmente italianos y españoles, así como también importantes grupos de árabes, judíos, alemanes y franceses, entre otros, llegados a la Argentina a principios del siglo XX, y en la actualidad por inmigrantes de países de la región como Bolivia, Chile, Paraguay y Perú. Posee una muy variada oferta cultural y actividad nocturna, es una ciudad turística por excelencia y un destacado centro universitario. Su fisonomía tiene una muy notoria influencia europea, como el resto de Argentina, lo que se nota en los estilos arquitectónicos, también amplias avenidas y calles arboladas.

Como en otras grandes ciudades, su tendencia poblacional es neutra, debido a la falta de territorio para su expansión. A esta situación se suma que muchas familias de alto poder adquisitivo eligen vivir en barrios fuera del centro de la ciudad, con lo que el incremento poblacional se registra en el resto de los distritos del Gran Mendoza.

Considerando su área metropolitana, su población aumenta a razón de un 2 % por año, una tasa mayor que Córdoba y Rosario, por lo que en el futuro Mendoza podría convertirse en la segunda mayor ciudad de Argentina.

Entre enero y febrero creció 60% la llegada de turistas extranjeros a Mendoza en avión.

¿Paseamos por la Capital Internacional del Vino? ¿Por qué Mendoza cuenta con tanta concurrencia de turistas extranjeros?

El dólar fue el factor determinante de ese resultado. Además, en el mismo período cayó más de 5% la salida de mendocinos al exterior.

En el primer bimestre del año creció 60,7% la llegada de turistas extranjeros a Mendoza por vía aérea y se contrajo 5,6% la salida de mendocinos al exterior. Los resultados están directamente relacionados con la suba que el dólar tuvo durante el 2018 y el aumento de la conectividad aérea, dos factores que permitían anticipar el incremento de visitantes internacionales a la provincia.

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (Indec), fueron 23.800 los turistas extranjeros que llegaron a Mendoza en avión entre enero y febrero del 2019, mientras que en igual período del año pasado aterrizaron en el aeropuerto internacional poco más de 14.800 visitantes. Al mismo tiempo, la cantidad de mendocinos que tomaron un avión para salir del país bajó de 32.750 a 30.900 personas.

El escenario para el turismo

Para entender por qué creció tanto la llegada de turistas extranjeros por vía aérea, hay que tener en cuenta dos variables, una de carácter estructural y otra de tono coyuntural.

En el primer punto se destaca el notable incremento de la conectividad aérea, que comenzó a gestarse luego de la remodelación del Aeropuerto Internacional de Mendoza, en septiembre de 2016. Hasta ese año solo Aerolíneas Argentina y Latam operaban desde Mendoza, pero a partir de entonces la Administración Nacional de Aviación Civil (Anac) “abrió el juego” y permitió la entrada de nuevos competidores al mercado.

Desde entonces se incorporaron Sky, Copa Airlines, Gol, Andes, Norwegian, Flybondi y Jet Smart. También operaron por algunos meses Avianca y la empresa Latina American Wings (LAW), pero la primera abandonó temporalmente la ruta que unía a Mendoza con Lima y la segunda se presentó en quiebra.

Las consecuencias positivas no tardaron en llegar. El Aeropuerto Internacional de Mendoza pasó de tener una media de 1,2 millones de pasajeros aéreos anuales a alcanzar la cifra de 1,7 millones de pasajeros en 2017 y superar la barrera de los 2 millones de pasajeros en 2018.

En principio fue mucho más notorio el crecimiento del turismo emisor (mendocinos que salen al exterior), pero la suba del tipo de cambio durante el 2018 (el dólar se disparó de \$ 20 a \$ 40) le dio mucho más impulso al turismo receptivo (ingreso de turistas extranjeros).

En realidad, lo que incide no es la suba del dólar en sí, sino la pérdida del valor del peso frente a otras monedas. Para un turista estadounidense, por ejemplo, no es lo mismo visitar Mendoza cuando sus dólares valen \$ 20, que cuando cotizan a

\$ 45. Mientras más vale su moneda en relación al peso argentino, más barato le sale hacer turismo en nuestra provincia.

Lo mismo ocurre a la inversa. Para un mendocino es mucho más caro hacer turismo en Estados Unidos ahora, que hay que pagar \$ 40 por cada dólar, que hace un año, cuando la relación era de \$ 20 por dólar. Idéntica comparación podría hacerse con pesos chilenos, reales, euros y demás.

Si se observa la evolución del tipo de cambio en los últimos doce meses, queda claro entonces por qué aumentó tanto la llegada de turistas extranjeros a Mendoza por vía aérea y se redujo el número de mendocinos que hicieron turismo fuera del país.

MENDOZA, POR ENCIMA DEL PROMEDIO

Entre las principales ciudades del país, Mendoza es la que mejor resultado tuvo en materia de turismo aéreo durante el primer bimestre del año. En general todas mostraron disminución en la cantidad de personas que viajan al exterior y aumento de visitantes que llegan desde fuera del país, pero con porcentajes no tan buenos como Mendoza.

Un claro ejemplo es el de Buenos Aires (sumando Ezeiza y Aeroparque) que sufrió una caída del 18% en turismo emisor y un repunte del 22,8% en turismo receptor. Claro está, que la cantidad de personas que conforman esos porcentajes es inmensamente mayor a las que mueven los índices del Aeropuerto Internacional de Mendoza (superan el millón de personas en los primeros dos meses del año), pero en términos porcentuales nuestra provincia tuvo mejores resultados.

Ciudad de Mendoza, nombrada Capital Internacional del Vino el 30 de octubre de 1987, fue también designada 8ª Capital Mundial del Vino.

Somos parte de una Red Mundial junto a otras famosas ciudades vitivinícolas hecho que coloca a los vinos mendocinos en una inmejorable posición en el mundo, siendo su variedad insignia el “Malbec”.

La Ciudad fue la cuna de la vitivinicultura cuyana, ya que, a mediados del siglo XIX, se estableció en ella la histórica Quinta Agronómica, de donde surgieron los primeros enólogos mendocinos. Hoy, la Capital se constituye como una ciudad compacta que posee los servicios necesarios para brindar al visitante una estadía óptima: gran número de bares, pubs, restaurantes, amplia oferta gastronómica y de alojamiento.

“Se han realizado los planes de desarrollo del Valle de Uco y Alta Montaña, el primero de estos en plena ejecución. A esto se le sumó a partir de este abril de este año la devaluación de la moneda local, lo que nos pone en una posición más competitiva, aunque para entonces nuestra provincia ya estaba lista para aprovechar el viento a favor que ofreció la conveniencia cambiaria”, explicó Gabriela Testa, titular del Ente Mendoza Turismo (Emetur).

FIESTA NACIONAL DE LA VENDIMIA

La Fiesta Nacional de la Vendimia es una festividad tradicional y popular originaria de la provincia. Refleja la celebración de la uva transformada en vino a través del esfuerzo que los viñateros llevan a cabo en las viñas soportando inclemencias climáticas y diversos factores culturales, políticos y socio-económicos a lo largo de un año, como así también el de los especialistas que trabajan en las bodegas y laboratorios y que contribuyen significativamente en el proceso de fabricación. Su primer festejo se realizó en el año 1936, y desde entonces se celebró de manera continua hasta el año 1955 inclusive ya que en 1956 no se

Realizó por problemas económicos y por la Revolución Libertadora que afrontó el país. Después se continuó en 1957 hasta 1958 (en 1959 se llamó «La Fiesta del Vino») para luego celebrarse nuevamente en el año 1960 hasta 1984 (debido al terremoto de Mendoza en 1985), y de 1986 a la actualidad sin interrupciones.

Dicha fiesta consta de cuatro eventos centrales: la «Bendición de los frutos», la «Vía blanca de las reinas», el «Carrusel» y el «Acto central», siendo este último el más representativo y atractivo a nivel nacional e internacional,² celebrado en el teatro griego «Frank Romero Day» que es rediseñado en su estructura año tras año y en el que participan más de mil bailarines en su escenario, además de actores locales, combinando espectáculos artísticos y de luz y sonido. Previamente a los festejos centrales, se llevan a cabo una serie de fiestas secundarias (fiestas departamentales) en cada uno de los dieciocho departamentos que conforman la provincia cuyana durante los meses de diciembre, enero y febrero en los que, al igual que en el «Acto central», participan bailarines y actores pero en menor cantidad, y en donde es elegida una reina departamental que luego competirá por la corona nacional.

En el año 2011, la National Geographic nombró a la «Fiesta de la Vendimia» como la segunda fiesta de la cosecha más importante del mundo, detrás del «Día de Acción de Gracias» (en inglés: Thanksgiving) celebrado en Estados Unidos.³ Además, es considerada por sus desfiles, tanto de la «Vía blanca» como del «Carrusel», una de las cinco festividades más importantes y populares del planeta, junto al Carnaval de Río de Janeiro y La Fiesta de la Vendimia es uno de los principales festivales de Argentina, por ello, junto a otros festivales nacionales como el de Cosquín o el de Jesús María, forma parte de los eventos transmitidos a todo el país a través de la señal de Canal 7 en vivo y en directo. En Cuyo, es el festival de mayor convocatoria.

IDIOMAS

Las barreras en el proceso de comunicación:

Comunicarse significa según su raíz latina *comunicare* hacer en comunión, dar a conocer, estar unido a. Por eso hay una gran diferencia entre ser eficaz en la comunicación, es decir lograr que los demás comprendan un mensaje, y querer convertirse en un gran orador.

Por eso conceptos claves como claridad, brevedad y superación de obstáculos constituyen los tres ejes fundamentales.

La verdadera comunicación no está dada por un emisor que habla receptor que escucha, si no por dos o más seres o comunidades humanas que intercambian y comparten experiencias, conocimientos, sentimientos (aunque sea a distancia a través de medios o canales artificiales).

Es a través de ese proceso de intercambio como los seres humanos establecen relaciones entre sí y pasan de la existencia individual aislada a la asistencia social comunitaria.

Las Barreras en la Comunicación, o simplemente interferencias, son obstáculos que pueden llegar a distorsionar, desvirtuar o impedir parcial o totalmente el mensaje, y se sitúan entre el emisor y el receptor, cuando se gesta el proceso comunicativo.

Para una mejor comprensión hemos agrupado las diversas barreras que obstaculizan la comunicación en los siguientes grupos:

- Barreras semánticas

Tienen que ver con el significado de las palabras; cuando no precisamos su sentido, éstas se prestan a diferentes interpretaciones y así el receptor no interpreta lo que dijo el emisor, sino lo que su contexto cultural le indica.

Si al hablar o escribir empleamos una palabra con una acepción que no corresponda, se produce una barrera semántica. Esto quiere decir: cambio de significación.

- Barreras fisiológicas

Impiden emitir o recibir con claridad y precisión un mensaje, debido a los defectos fisiológicos del emisor o del receptor. Tales defectos pueden afectar cualquiera de los sentidos. Ya sea en forma total o parcial.

- Barreras psicológicas

Representan la situación psicológica particular del emisor o receptor de la información, ocasionada a veces por agrado o rechazo hacia el receptor o emisor, según sea el caso, o incluso al mensaje que se comunica; la deficiencia o deformación puede deberse también a estados emocionales (temor, tristeza, alegría) o a prejuicios para aprobar o desaprobado lo que se le dice, no entienda lo que oye o lee.

Argentina es el país hispanohablante más extenso del planeta, el segundo más grande de América Latina, aunque hay personas que saben hablar más de un idioma no llega al total de la población.

Los niños en edad escolar tienen idiomas como inglés, francés, italiano y en algún caso en portugués.

Se hace muy difícil la comunicación con personas de otros países que solo hablan su dialecto nativo y ahí se genera una barrera lingüística, ya que no puede expresarse si le sucede algo o si necesita de ayuda inmediatamente.

CAPITULO II

Diseño Metodológico

- Tipo de Estudio: Cuantitativo, explicativo descriptivo y corte transversal.
 - Cuantitativo: Porque los resultados son cuantificables, y se expresan en números.
 - Explicativo descriptivo: Se realiza un análisis y una descripción de los datos obtenidos con el objetivo de identificar los factores y situaciones que intervienen en la comunicación con pacientes hipoacúsicos y extranjeros.
 - Corte transversal: Porque se realiza un estudio y análisis de distintas variables en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo
- Área de Estudio:
 - Se realizo en la Guardia del Hospital Español
- Universo:
 - El total del personal del Hospital es de 301 profesionales.
- Muestra:
 - Se toma como muestra representativa al 100% los 30 profesionales entrevistados

Definición de Variables y Operacionalización.

- Variables: Entidad abstracta que adquiere diferentes valores se refiere a una cualidad propiedad o característica de persona o cosa en estudio. Varía de un sujeto a otro o en un mismo sujeto en diferentes momentos, se pueden clasificar en:
- Variable independiente: es aquella que explica, condiciona o determina el cambio de los valores de la variable dependiente.
- Variable dependiente: fenómeno o situación explicados, está en función de otra. Es el resultado esperado.
- Variable interviniente: elemento que puede estar presente en una relación entre la variable independiente y la variable dependiente, es decir, influye en la aparición de otro elemento en forma indirecta.
- En nuestro caso la variable dependiente sería la comunicación del personal de enfermería del Hospital Español, con pacientes hipoacúsicos/ extranjeros y la variable independiente son todos aquellos factores que puedan modificarla.

Operacionalización de variables		
Características de enfermería	• Edad	• Grupo etario: 18 años a 50 años ó mas
	• Formación académica	• Enfermeros profesionales • Enfermero universitario • Licenciado en enfermería • Médicos • Camilleros
	• Área/servicio donde trabajan	• Guardia medica • Maternidad • Clínica medica
Variables que modifican la comunicación	• Conocimientos y Realización de cursos	• Idiomas • Lengua de señas
	• Interés/importancia en aprender lengua de señas/idioma	• Bastante y mucho
	• Experiencia con este tipo de pacientes	• Si(predomina la mayoría) • No
	• Beneficios	• Institución • Pacientes • Enfermería.

- Técnica e Instrumento de recolección de datos:
 - Para la realización del siguiente estudio, el instrumento que se utilizó para poder recolectar información es una encuesta con preguntas cerradas, de múltiple opción.
- Análisis, procesamiento y presentación de datos: se utilizó una tabla matriz la cual obtenía los datos de encuesta, y se realizaron los gráficos a continuación.

RESULTADOS:

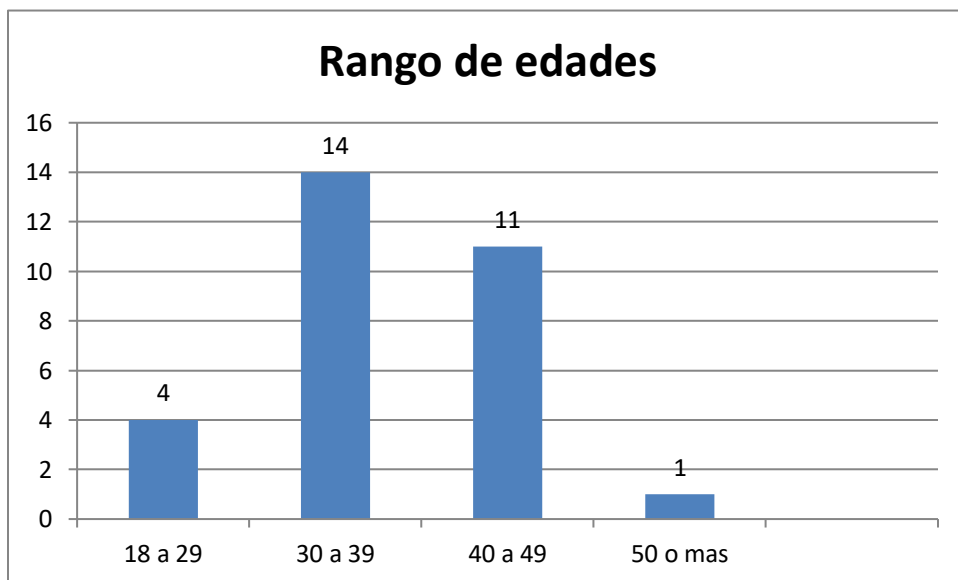
1- Caracterización de la muestra según la edad (n:30)

Tabla 1. Caracterización de la muestra según la edad.

Edad	FA
18 a 29	4
30 a 39	14
40 a 49	11
50 o mas	1

Fuente: Elaboración propia

Grafico 1. Caracterización de la muestra según la edad.



Fuente: Elaboración Propia

Comentario: Se observó un predominio del rango etario entre 30-49 años.

2- Caracterización de la muestra según profesionales entrevistados (n: 30)

Tabla 2: Caracterización profesiones entrevistadas. C: camillero, EP: enfermero profesional, EU: enfermero universitario, LE: licenciado en enfermería, M: medico.

PROF	FA
C	2
EP	19
EU	2
LE	5
M	2

Fuente: Elaboración Propia.

Grafico 2: Caracterización según los profesionales entrevistados C: camillero, EP: enfermero profesional, EU: enfermero universitario, LE: licenciado en enfermería, M: medico.



Fuente: Elaboración Propia

Comentarios: Se observa predominio de enfermeros profesionales

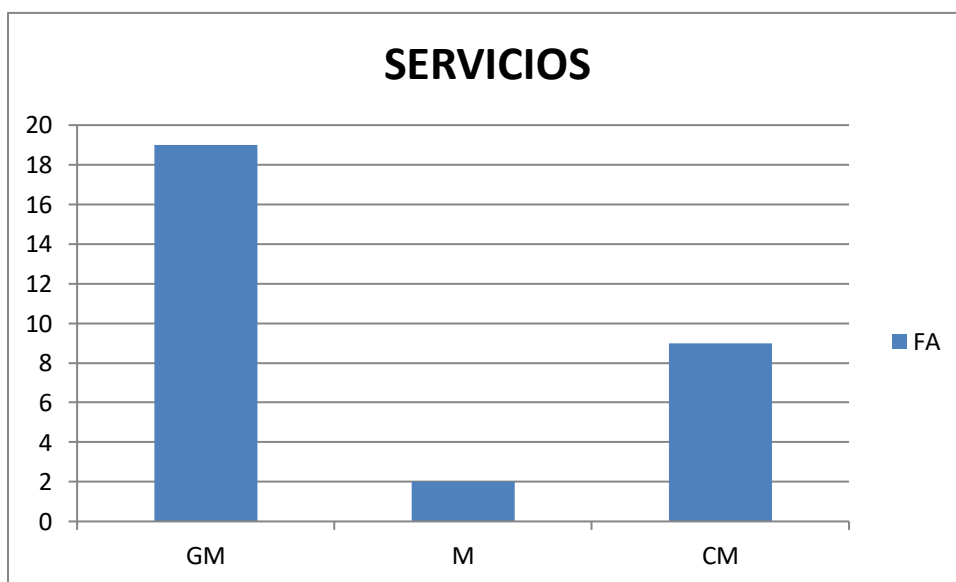
3- Caracterización de la muestra según servicios entrevistados

Tabla 3: Caracterización de servicios entrevistados. GM: guardia medica, M: maternidad, CM: clínica médica.

AREA	FA	F%
GM	19	63,30%
M	2	6,66%
CM	9	30%
TOTAL	30	100%

Fuente: Elaboración Propia.

Grafico 3: Caracterización de servicios entrevistados. GM: guardia medica, M: maternidad, CM: clínica médica



Fuente: Elaboración Propia

Comentario: Hay predominio del 63,33% en el servicio de Guardia Medica.

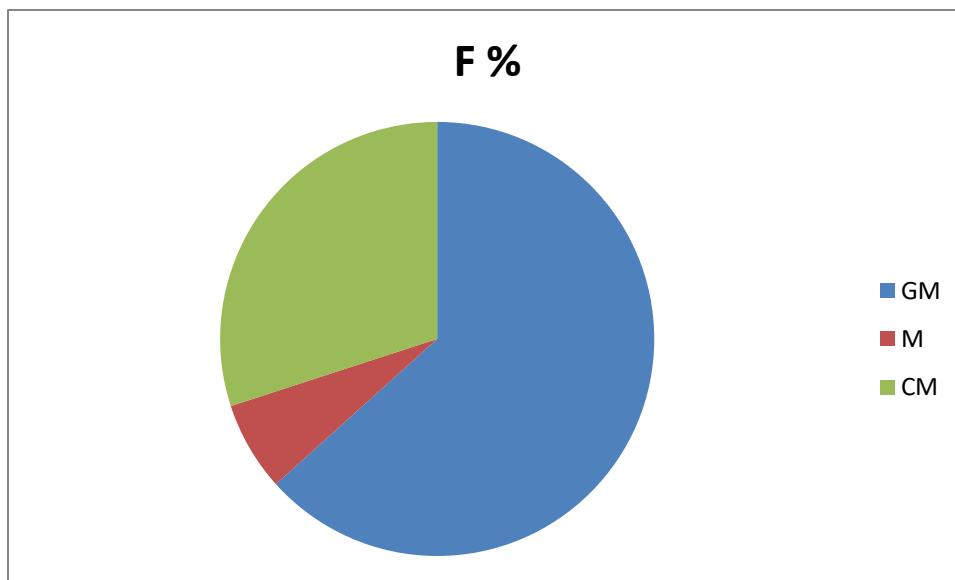
3- Caracterización de la muestra según servicios entrevistados en porcentaje

Tabla 3 en porcentaje: Caracterización de servicios entrevistados. GM: guardia medica, M: maternidad, CM: clínica médica (elaboración propia)

AREA	F %
GM	63,33%
M	6,66%
CM	30%

Fuente: Elaboración Propia

Grafico 3 en porcentaje: Caracterización de servicios entrevistados. GM: guardia medica, M: maternidad, CM: clínica médica



Fuente: Elaboración Propia

Comentario: Se observa predominio (63,33 %) de las personas entrevistadas en el servicio de guardia médica.

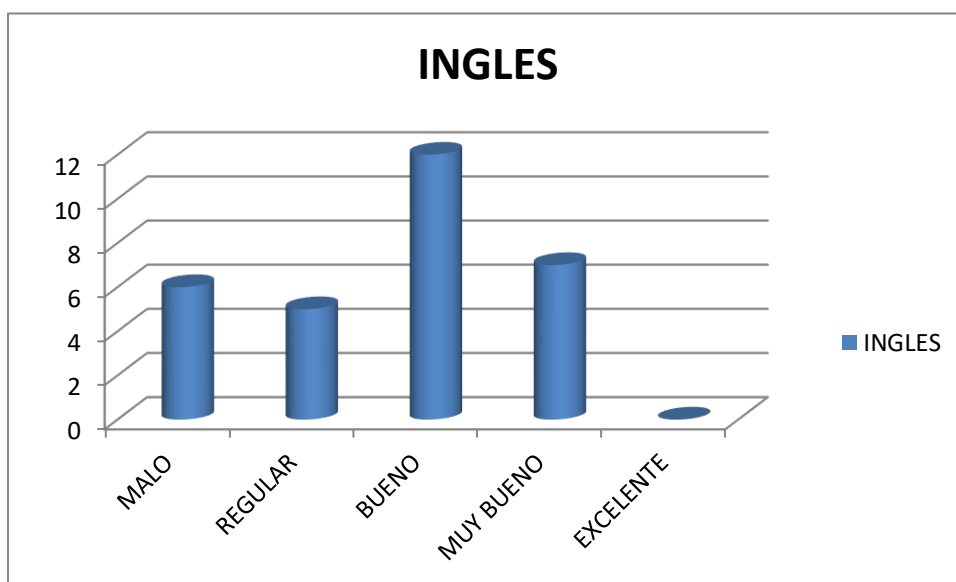
4- Caracterización de la muestra según conocimientos en lenguas extranjeras

Tabla 4: Caracterización de la calidad de conocimientos en ingles

CONOC.	INGLES
MALO	6
REGULAR	5
BUENO	12
MUY BUENO	7
EXCELENTE	0

Fuente: Elaboración Propia

Grafico 4: Caracterización de la calidad de conocimientos en ingles



Fuente: Elaboración Propia

Comentario: Una mayoría de personas (19) tiene buen manejo de ingles

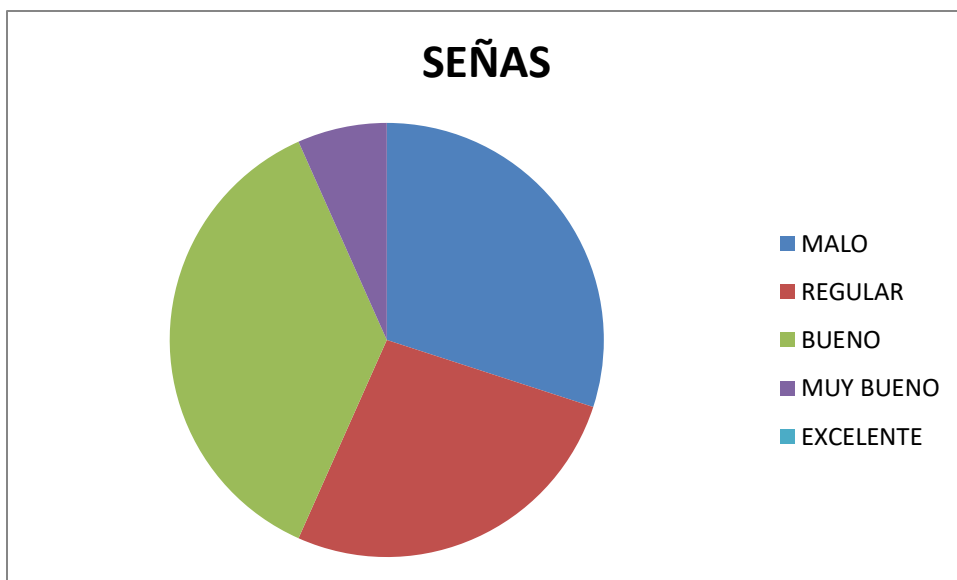
5. Caracterización de conocimientos en lengua de señas

Tabla 5: Caracterización de conocimientos en lengua de señas

CONOCIM.	SEÑAS
MALO	9
REGULAR	8
BUENO	11
MUY BUENO	2
EXCELENTE	0

Fuente: Elaboración Propia.

Grafico 5: Caracterización de conocimientos en lengua de señas



Fuente: Elaboración Propia

Comentario: Se observa que en lengua de señas la mayoría se encuentra con un conocimiento entre regular y malo (17) a comparación de las personas con un conocimiento bueno (11)

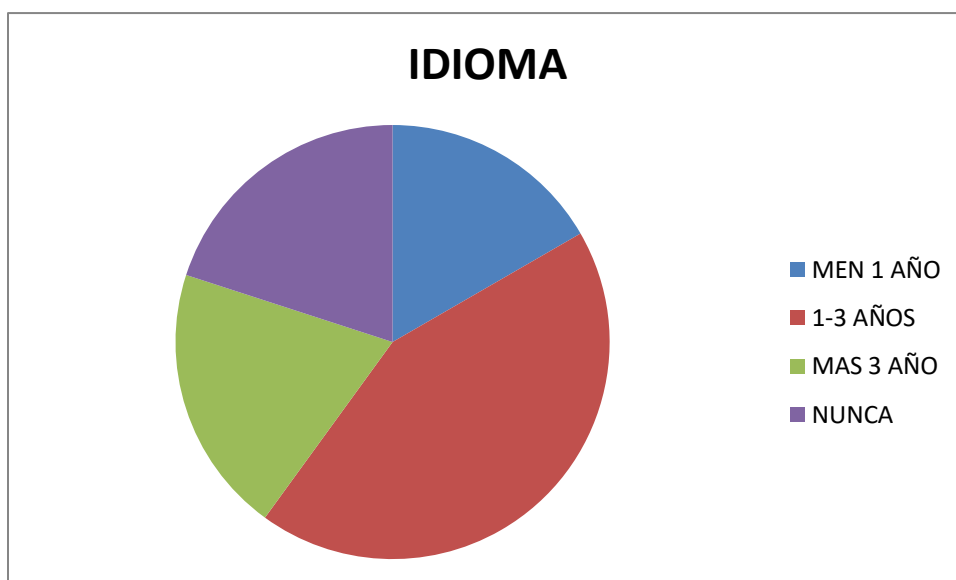
6- Caracterización de realización de curso de idiomas

Tabla 6: Caracterización de realización de curso de idiomas

CURS-IDIO	CANTIDAD
MEN 1AÑO	5
1-3 AÑOS	13
MAS 3 AÑO	6
NUNCA	6

Fuente: Elaboración Propia.

Grafico 6: Caracterización de realización de curso de idiomas



Fuente: Elaboración Propia

Comentario: Se observa que predominan personas que realizaron un curso de idiomas aproximadamente 1-3 años y sumadas a las que llevan más tiempo, se concluye que falta más capacitación en idiomas

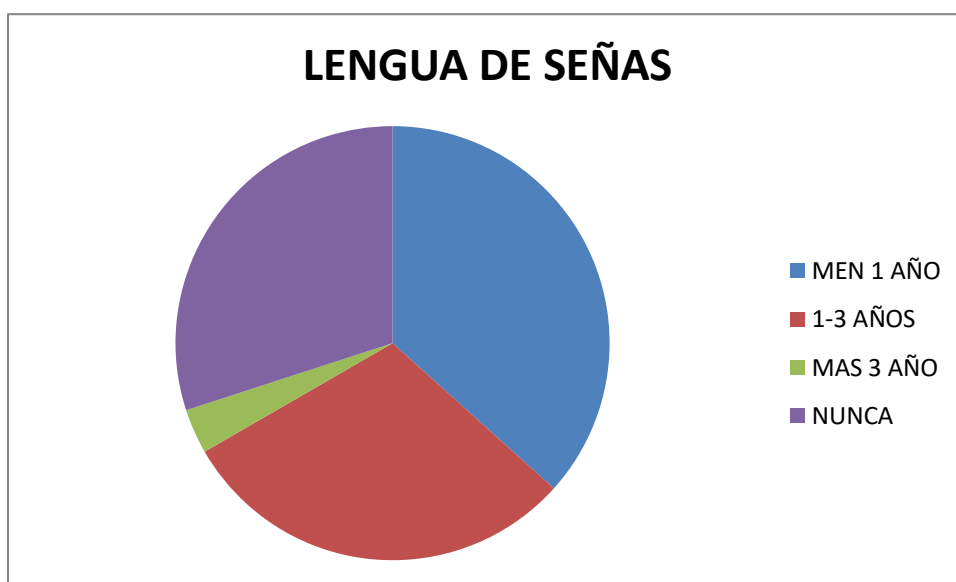
6- Caracterización de realización de curso de lengua de señas

Tabla 6: Caracterización de realización de curso de lengua de señas

CURS- SEÑA	CANTIDAD
MEN 1AÑO	11
1-3 AÑOS	9
MAS 3 AÑO	1
NUNCA	9

Fuente: Elaboración Propia.

Grafico 6: Caracterización de realización de curso de lengua de señas



Fuente: Elaboración Propia

Comentario: Se observa que la mayoría de las personas entrevistadas han realizado un curso lengua de señas hace aproximadamente menos de un año por lo cual puede seguir con la capacitación

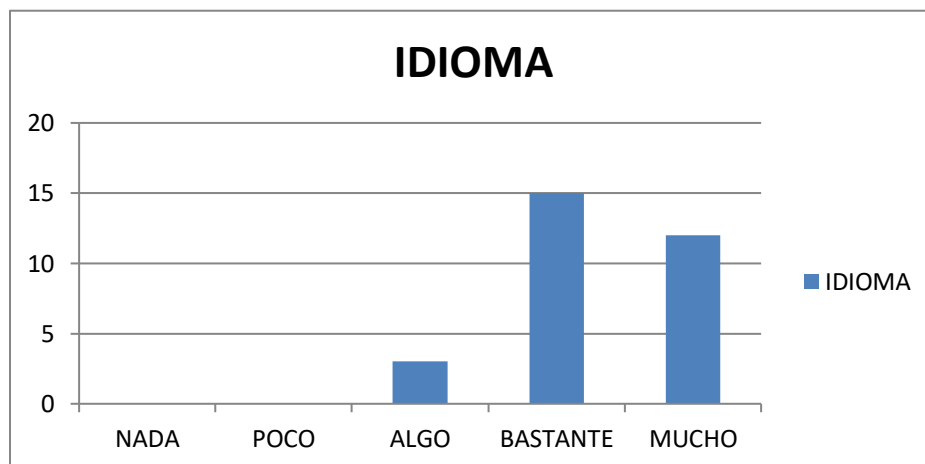
7- Caracterización de interés en idiomas

Tabla 7: Caracterización de interés en idiomas (elaboración propia)

INTERES	IDIOMA
NADA	0
POCO	0
ALGO	3
BASTANTE	15
MUCHO	12

Fuente: Elaboración Propia.

Grafico 7: Caracterización de interés en idiomas (elaboración propia)



Fuente: Elaboración Propia

Comentario: Se observa que hay bastante y mucho interés en aprender idiomas

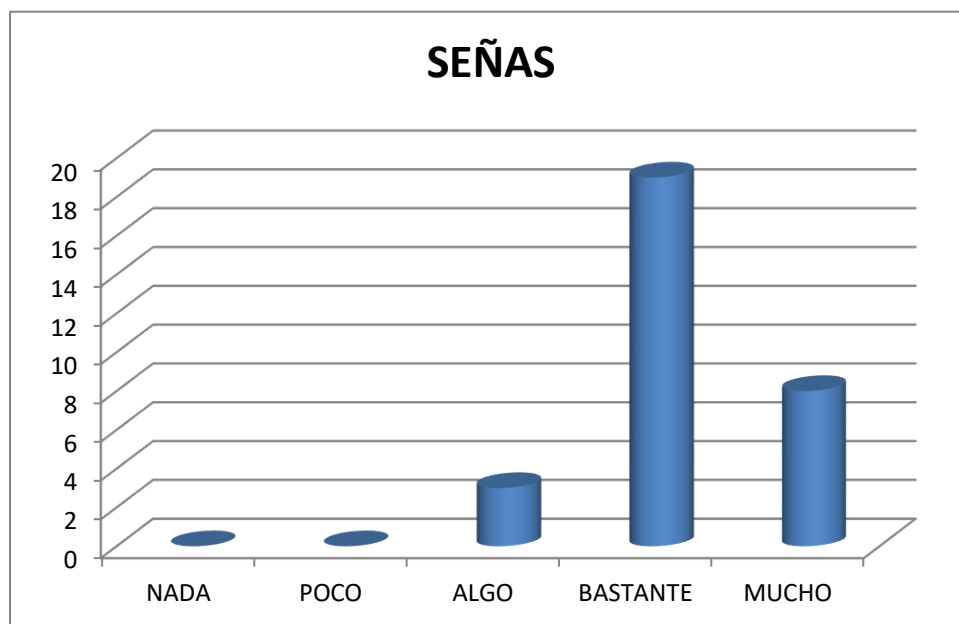
Caracterización de interés en lengua de señas

Tabla 7: Caracterización de interés en lengua de señas

INTERES	SEÑAS
NADA	0
POCO	0
ALGO	3
BASTANTE	19
MUCHO	8

Fuente: Elaboración Propia.

Grafico 7: Caracterización de interés en lengua de señas



Fuente: Elaboración Propia

Comentario: Se observa que hay bastante y mucho interés en aprender lengua de señas

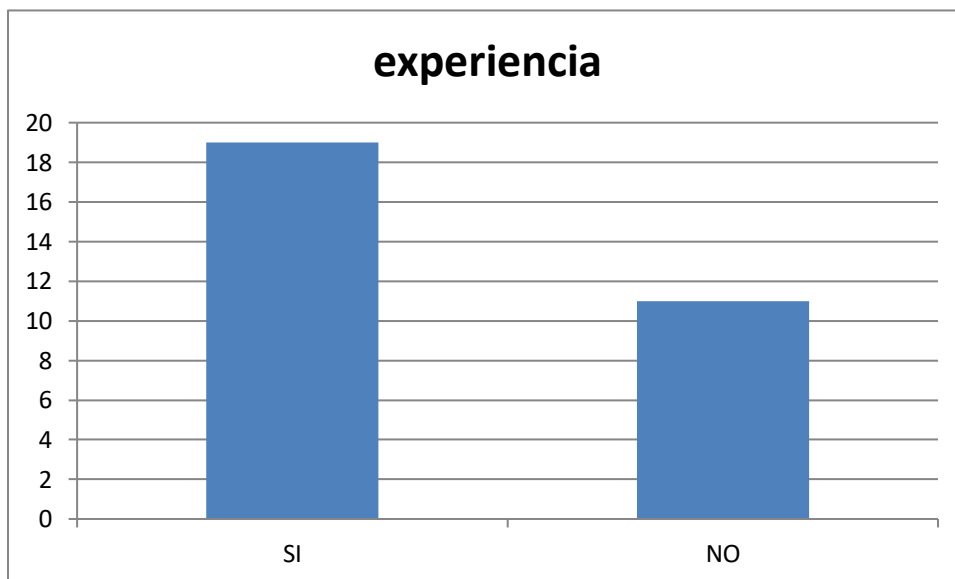
8- Caracterización según experiencia con pacientes hipoacúsicos /extranjeros.

Tabla 8: Caracterización según experiencia con pacientes hipoacúsicos/extranjeros

TUVO PAC.	CANTIDAD
SI	19
NO	11

Fuente: Elaboración Propia

Grafico 8: Caracterización según experiencia con pacientes hipoacúsicos/extranjeros



Fuente: Elaboración Propia.

Comentario: La mayoría de las personas entrevistadas tuvieron experiencia con pacientes hipoacúsicos/extranjeros.

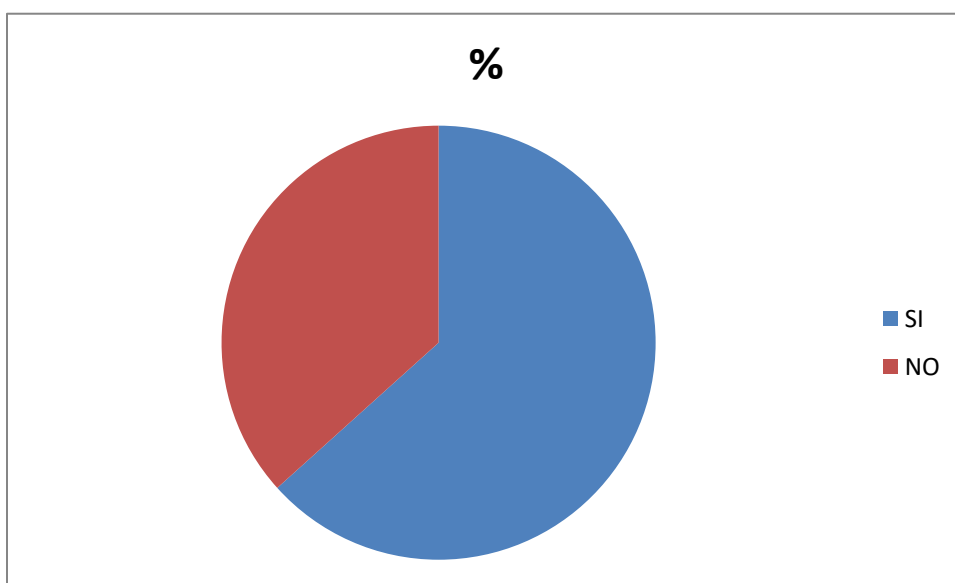
Caracterización según experiencia con pacientes hipoacúsicos /extranjeros en porcentaje.

Tabla 8: Caracterización según experiencia con pacientes hipoacúsicos/extranjeros en porcentaje

TUVO PAC.	%
SI	63,33
NO	36,66

Fuente: Elaboración Propia.

Grafico 8: Caracterización según experiencia con pacientes hipoacúsicos/extranjeros en porcentaje.



Fuente: Elaboración Propia.

Comentario: El 63,33% de las personas entrevistadas ha tenido experiencia con pacientes hipoacúsicos/extranjeros.

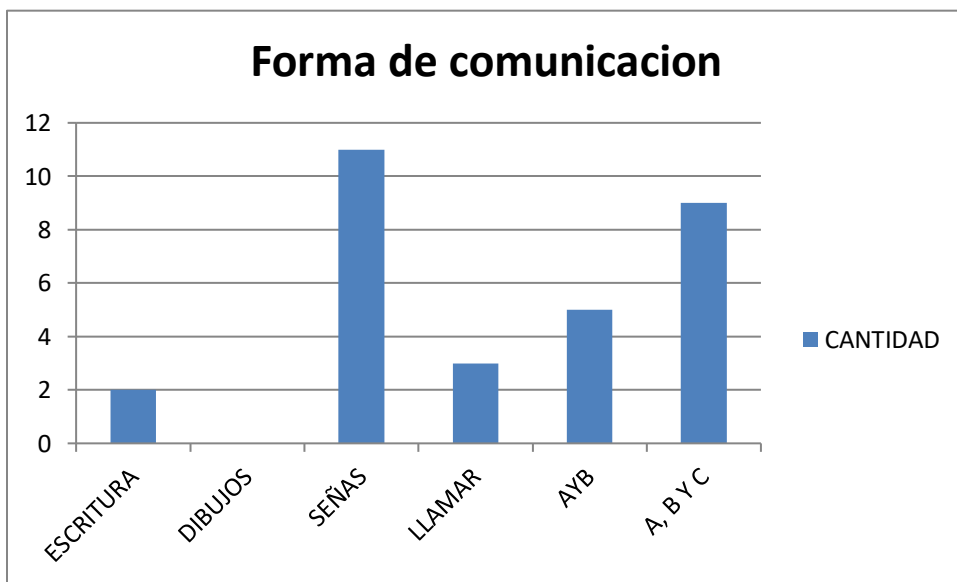
9- Caracterización según comunicación con pacientes

Tabla 9: Caracterización según comunicación con pacientes

COMUNI.	CANTIDAD
ESCRITURA	2
DIBUJOS	0
SEÑAS	11
LLAMAR	3
AYB	5
A, B Y C	9

Fuente: Elaboración Propia.

Grafico 9: Caracterización según comunicación con pacientes



Fuente: Elaboración Propia

Comentario: Se observa que gran cantidad de personas entrevistadas utilizan: escritura, señas y dibujos para comunicarse

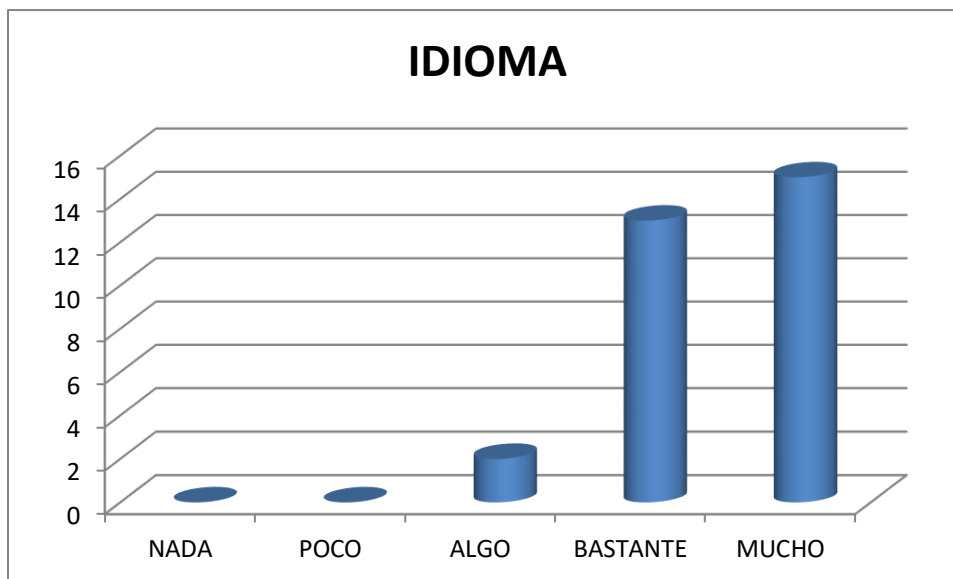
10-caracterización según importancia de idiomas y lengua de señas

Tabla 10: Caracterización según importancia de idiomas

IMPORTA	IDIOMA
NADA	0
POCO	0
ALGO	2
BASTANTE	13
MUCHO	15

Fuente: Elaboración Propia.

Grafico 10: Caracterización según importancia de idiomas



Fuente: Elaboración Propia

Comentario: Se observa que hay bastante y mucho interés en aprender idiomas

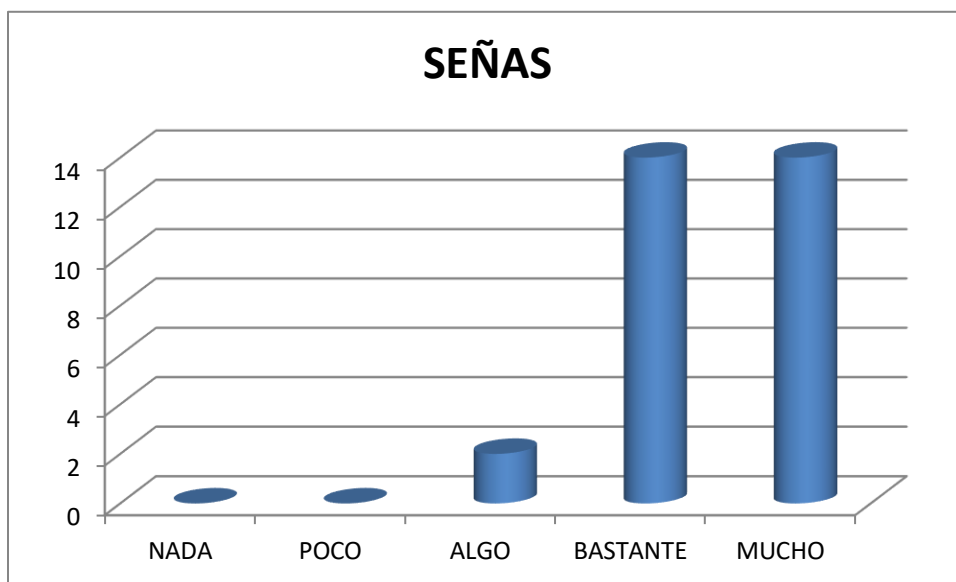
Caracterización según importancia de lengua de señas

Tabla 10: Caracterización según importancia de lengua de señas

IMPORTA	SEÑAS
NADA	0
POCO	0
ALGO	2
BASTANTE	14
MUCHO	14

Fuente: Elaboración Propia.

Grafico 10: Caracterización según importancia de lengua de señas



Fuente: Elaboración Propia

Comentario: Se observa que hay bastante y mucho interés en aprender lengua de señas

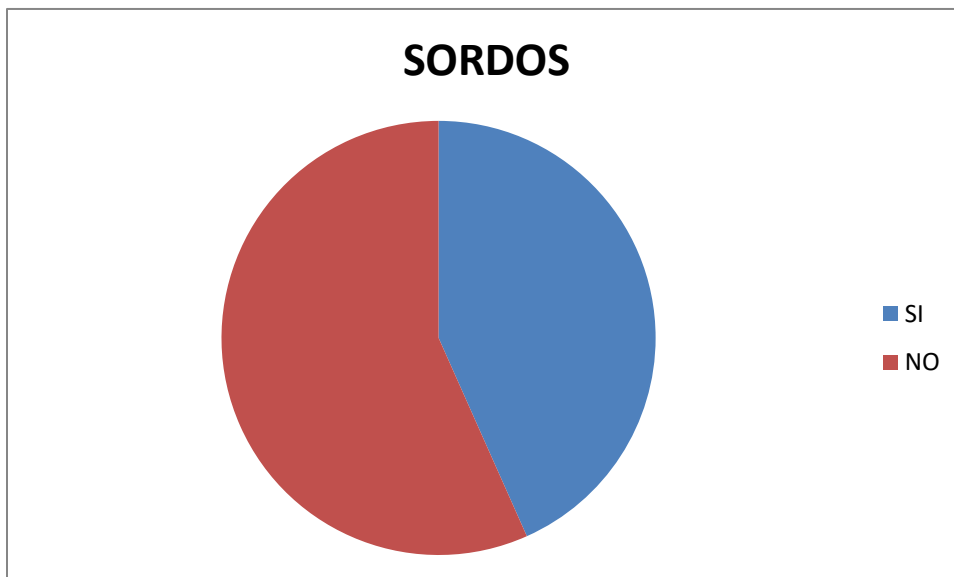
11- Caracterización según si conoce a alguien sordo

Tabla 11: Caracterización según si conoce a alguien sordo

CONOCE	CANT.
SI	13
NO	17

Fuente: Elaboración Propia.

Grafico 11: Caracterización según si conoce a alguien



Fuente: Elaboración Propia

Comentario: Se observa que hay más personas que no conocen personas sordas

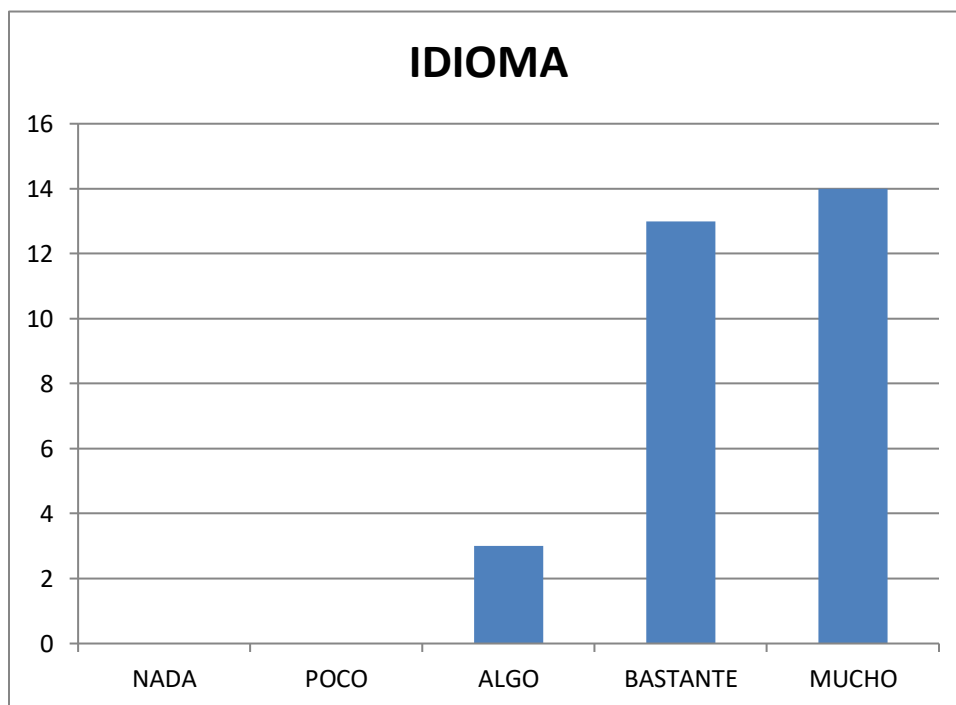
12- Caracterización si está de acuerdo con capacitación laboral en idioma.

Tabla 12: Caracterización si está de acuerdo con capacitación laboral en idioma

CAPACIT.	IDIOMA
NADA	0
POCO	0
ALGO	3
BASTANTE	13
MUCHO	14

Fuente: Elaboración Propia.

Grafico 12: Caracterización si está de acuerdo con capacitación laboral en idioma



Fuente: Elaboración Propia

Comentario: Se observa que hay bastante y mucho interés en aprender idiomas

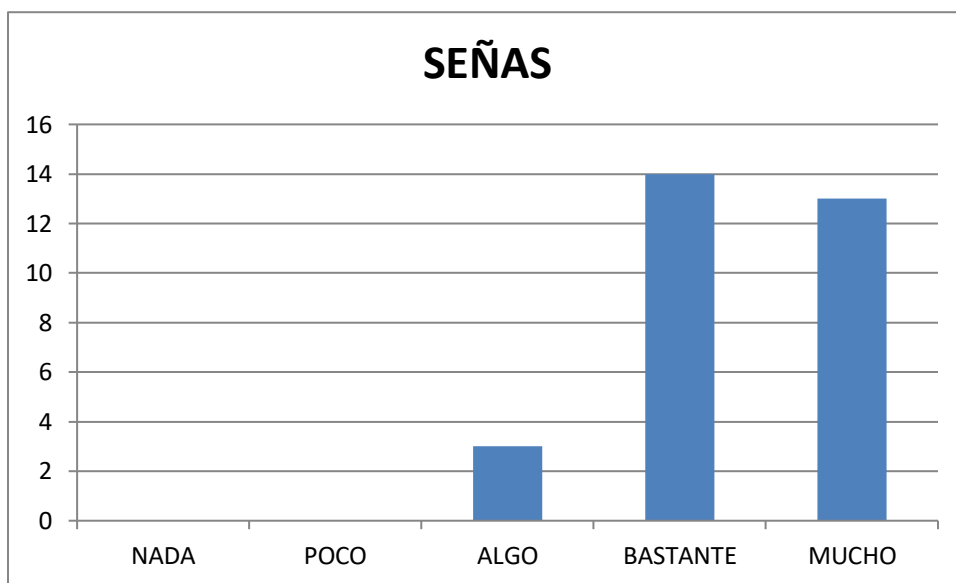
12 - Caracterización si está de acuerdo con capacitación laboral en lengua de señas

Tabla 12: Caracterización si está de acuerdo con capacitación laboral en lengua de señas

CAPAC.	SEÑAS
NADA	0
POCO	0
ALGO	3
BASTANTE	14
MUCHO	13

Fuente: Elaboración Propia

Grafico 12: Caracterización si está de acuerdo con capacitación laboral en lengua de señas



Fuente: Elaboración Propia.

Comentario: Se observa que hay bastante y mucho interés en aprender lengua de señas

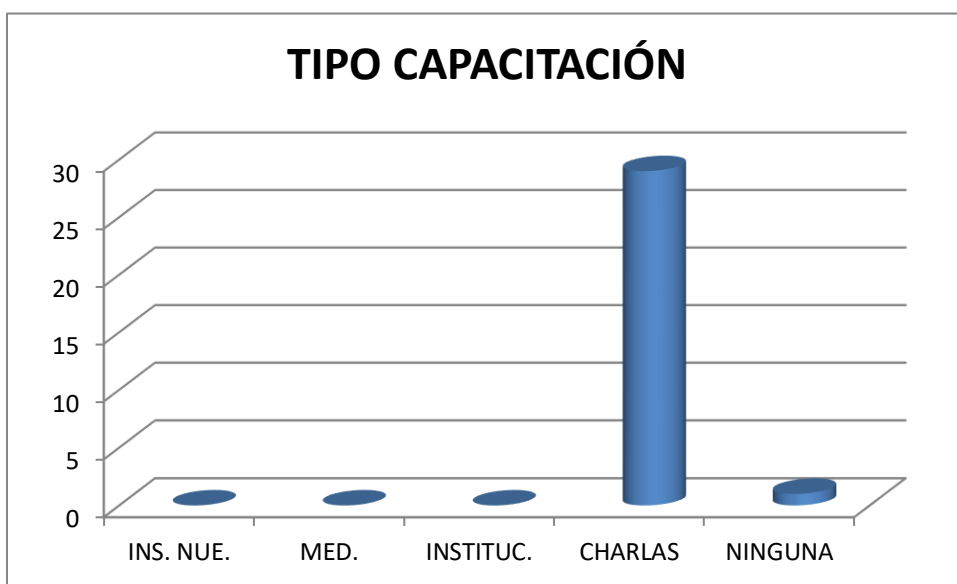
13- Caracterización sobre tipo de capacitación en el trabajo

Tabla 13: Caracterización sobre tipo de capacitación en el trabajo

CAP.LAB.	CANT.
INS. NUE.	0
MED.	0
INSTITUC.	0
CHARLAS	29
NINGUNA	1

Fuente: Elaboración Propia

Grafico 13: Caracterización sobre tipo de capacitación en el trabajo



Fuente: Elaboración Propia

Comentario: Se observa que predomina como capacitación las charlas de salud en el trabajo

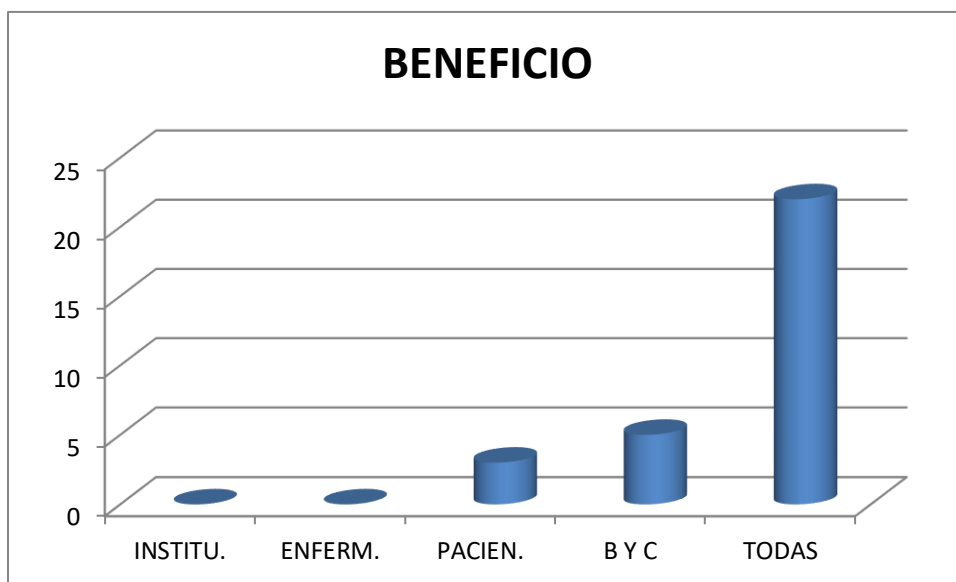
14- Caracterización sobre a quién beneficia saber lengua de señas e idiomas.

Tabla 14: Caracterización sobre a quién beneficia saber lengua de señas e idiomas

BENEFICIO	CANT.
INSTITU.	0
ENFERM.	0
PACIEN.	3
B Y C	5
TODAS	22

Fuente: Elaboración Propia

Grafico 14: Caracterización sobre a quién beneficia saber lengua de señas e idiomas



Fuente: Elaboración Propia

Comentario: Se observa que hay bastante gente entrevistada que opina que es un beneficio para todos

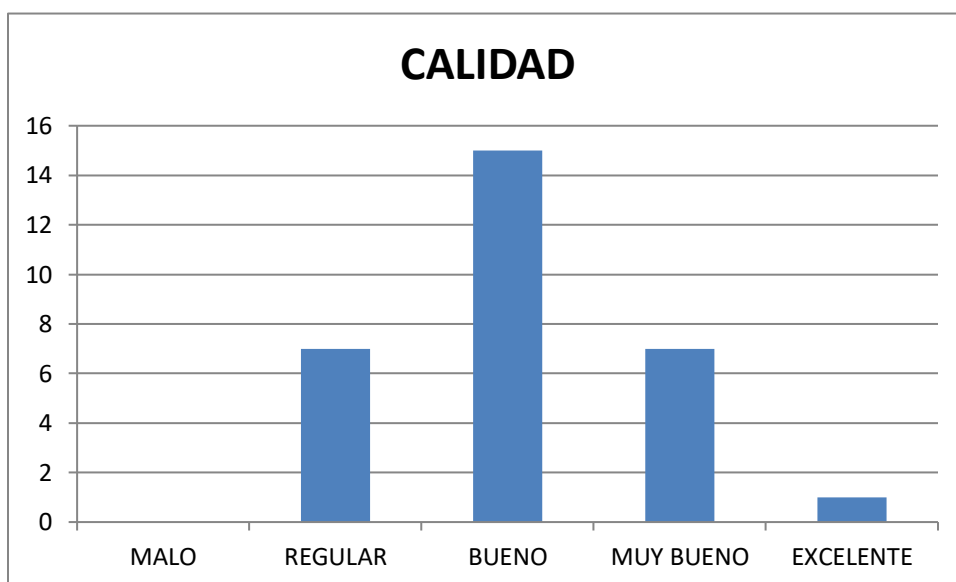
15. Caracterización sobre la calidad de atención al paciente hipoacúsicos / extranjero

Tabla 15: Caracterización sobre la calidad de atención al paciente hipoacúsicos / extranjero

CALIDAD	CANT.
MALO	0
REGULAR	7
BUENO	15
MUY BUENO	7
EXCELENTE	1

Fuente: Elaboración Propia

Grafico 15: Caracterización sobre la calidad de atención al paciente hipoacúsicos / extranjero



Fuente: Elaboración Propia

Comentario: Se observa que hay bastante gente entrevistada que opina que da una buena atención a estos pacientes

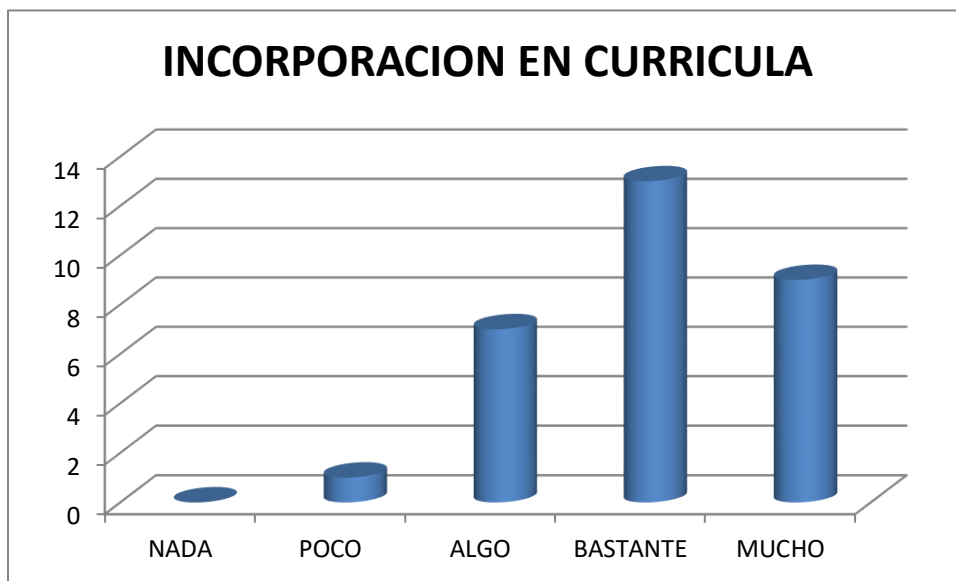
16 – Caracterización sobre incorporar lengua de señas como materia en currículo

Tabla 16: Caracterización sobre incorporar lengua de señas como materia en currículo

IMPORTA.	CANT.
NADA	0
POCO	1
ALGO	7
BASTANTE	13
MUCHO	9

Fuente: Elaboración Propia.

Grafico 16: Caracterización sobre incorporar lengua de señas como materia en currículo



Fuente: Elaboración Propia

Comentario: Se observa que hay bastante gente entrevistada que opina que se debería incorporar a la currícula como materia

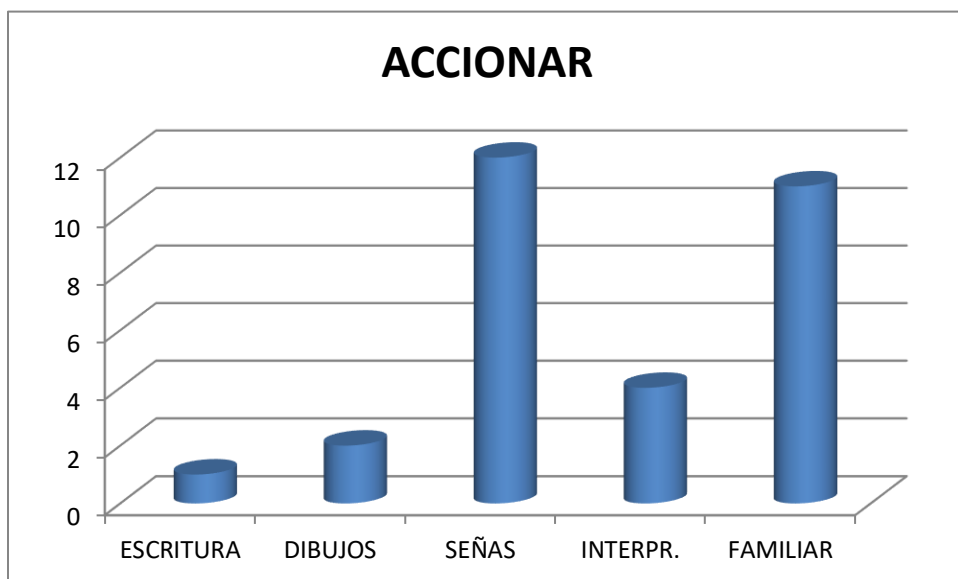
17- Caracterización sobre emergencia y acción con paciente hipoacúsico

Tabla 17: Caracterización sobre emergencia y acción con paciente hipoacúsico.

EMERG.	CANT.
ESCRITURA	1
DIBUJOS	2
SEÑAS	12
INTERPR.	4
FAMILIAR	11

Fuente: Elaboración Propia.

Grafico 17: Caracterización sobre emergencia y acción con paciente hipoacúsico



Fuente: Elaboración Propia

Comentario: Se observa que se tratan de comunicar con señas o buscar a un familiar como interprete

CAPITULO III

Resultados, Interpretación de resultados y
propuestas.

RESULTADOS

- Entre las 30 personas encuestadas del Hospital Español se observó que el predominio del rango etario es entre 30-40 años de edad.
- Donde predominan los enfermeros profesionales, luego los licenciados en enfermería, enfermeros universitarios, médicos y camilleros.
- De las 30 personas entrevistadas en el Hospital Español el 63,33% de las personas pertenecen al servicio de guardia médica.
- A través de las entrevistas también se pudo observar que de 30 entrevistados 12 tienen buen conocimiento en inglés y 7 personas muy buen conocimiento, es decir, 19 personas en total.
- También se obtuvo un resultado que en lengua de señas la mayoría de las personas entrevistadas tienen un conocimiento entre regular y malo (17) a comparación de las personas con un conocimiento bueno (11).
- Con respecto a si alguien realizó curso de idiomas, se observó que la mayoría de las personas (13) realizaron un curso de 1-3 años y sumadas a las que llevan más tiempo, se concluye que falta más capacitación en idiomas.
- En la realización de curso de lengua de señas se obtuvo como resultado que la mayoría de las personas entrevistadas han realizado un curso de lengua de señas hace aproximadamente menos de un año por lo cual puede seguir con la capacitación.
- A través de las encuestas se observó que bastante interés en aprender idiomas, el mismo resultado se obtuvo en aprender lengua de señas.
- De las 30 personas, el 63,33% (19) tuvieron alguna experiencia con pacientes hipoacúsicos.
- Se obtuvo como resultado que la comunicación con pacientes hipoacúsicos utilizó escritura, señas o dibujos para poder comunicarse.
- La mayoría de las personas entrevistadas tiene mucho interés en aprender idiomas al igual que lengua de señas. Es muy importante.

- También se obtuvo como resultado que predominan las personas que no conocen personas sordas.
- Una cantidad de 17 personas en total (13 y 14) están de acuerdo con la capacitación laboral en idioma y lengua de señas.
- Se observa que predominan las charlas de salud en el ámbito laboral.
- La mayoría de las personas entrevistadas opinaron que el saber lengua de señas es un beneficio para todos (paciente, enfermeros e institución).
- La mayoría del personal respondió que la atención hacia los pacientes hipoacúsicos/extranjeros es entre regular y buena.
- Se observa que hay bastante gente entrevistada que opina que lengua de señas se debe incorporar a la currícula como enfermería.
- También se obtuvo como respuesta que otra forma de comunicarse ante una emergencia con un paciente hipoacúsicos es con señas, con la ayuda de un familiar o un intérprete.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

Este grupo de investigación se propuso los siguientes objetivos específicos:

- Caracterizar la población de estudio.
- Categorizar el tipo de atención que necesita el paciente.
- Estimar la eficiencia y eficacia en la atención de esos pacientes para un mejor diagnóstico.

Estos objetivos se fueron afianzando a medida que íbamos terminando el proyecto, en función de los resultados obtenidos al realizar esta investigación se pudo observar que la atención que se brinda a este tipo de pacientes es regular /buena lo que complica un poco que la atención sea eficaz y con eficacia.

La interpretación de los resultados según la encuesta son los siguientes:

- La mayoría de los profesionales entrevistados son enfermeros profesionales, después licenciados.
- De los entrevistados predominan los profesionales que trabajan en el servicio de guardia médica, lo que nos demuestra que al ser el servicio que brinda la primera atención es necesario que el personal esté capacitado en lengua de señas e idiomas.
- También se pudo observar de acuerdo a los resultados que hay interés e importancia en aprender o afianzar conocimientos de lengua de señas e idiomas, es decir muestran predisposición.

Es beneficioso para el paciente, el enfermero y la institución. Los profesionales de Enfermería del Hospital Español de Mendoza, deben aprender ó afianzar los conocimientos adquiridos en lengua de señas e idiomas, para poder brindar una mejor atención, al paciente hipoacúsico o extranjero.

PROPUESTAS

Nosotros como autores de esta investigación, para poder disminuir o eliminar los factores que dificultan la comunicación con pacientes hipoacúsicos o extranjero, proponemos lo siguiente:

- Capacitación permanente en idiomas (inglés, portugués, francés, alemán, italiano) al personal de Enfermería del servicio de guardia del Hospital Español de Mendoza.
- Capacitación en lengua de señas al personal de Enfermería del servicio de guardia del Hospital Español de Mendoza.
- Dicha capacitación será en grupos y distintos horarios de acuerdo a los tres turnos.
- Que el personal capacitado enseñe al personal no capacitado, así de esta forma se puede cubrir más servicios/áreas del Hospital Español.

ÁPENDICE Y ANEXOS

BIBLIOGRAFIA

- Otte J. El Gran Libro de la Salud. 1ed. Mexico D.F. Selecciones del Reader's Digest. 1971
- Hernandez J. anatomía de la lengua. Lugar y fecha de publicación: revista academia.edu. [ultima fecha de consulta Mayo 2019].

(https://www.academia.edu/37243910/Anatom%C3%ADa_de_la_lengua.pdf)

- Báez I.; Cabeza C. Sordera. Lengua de signos y patologías del lenguaje. Universidad de Vigo. 2003 [ultima fecha de consulta Mayo 2019]

(<https://www.uv.es/~perla/1%5B16%5D.BaezyCabeza.pdf>)

- Martí M.I.A. ; Martin A. La barrera de la comunicación como obstáculo en el acceso a la salud de los inmigrantes. Universidad de Granada. 2011 [ultima fecha de consulta Mayo 2019]

(<https://www.Dialnet-LaBarreraDeLaComunicacionComoObstaculoEnElAccesoAL-4051279.pdf>)

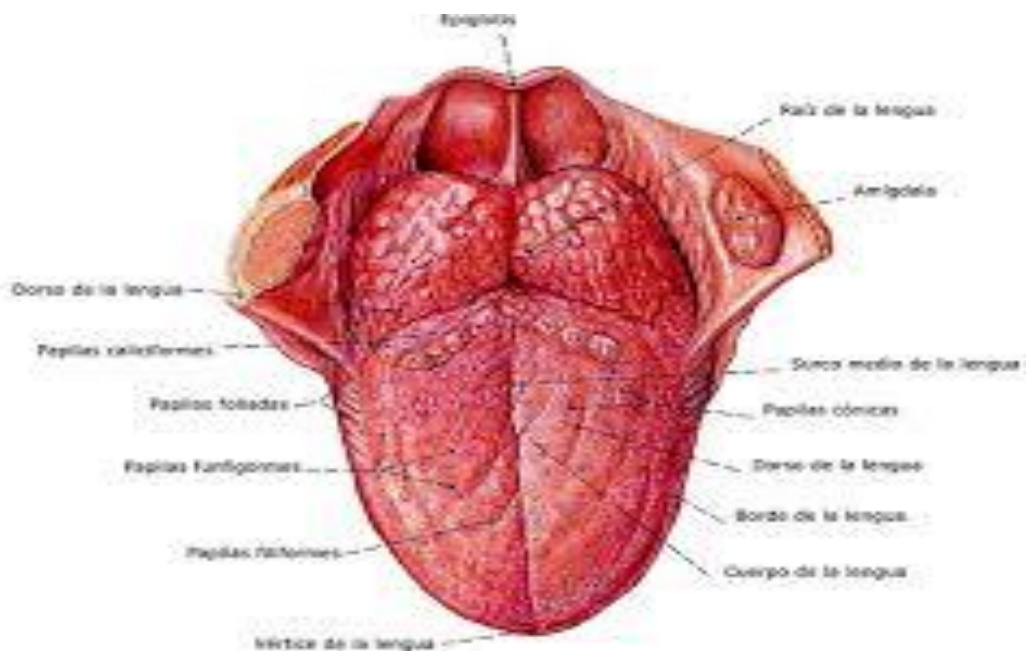
- <http://www.mendoza.edu.ar/marzo-fiesta-nacional-de-la-vendimiaq/>
- <https://ciudaddemendoza.gob.ar/>

TABLA MATRIZ

1	33	EP	GM	B	M	M	M	M	M	B	D	M	B	NO	E	M	B	NO	B	B	D	E	B	B	AE
2	30	C	GM	M	M	M	M	M	M	D	D	B	B	NO	D	B	B	NO	B	B	D	D	R	B	DE
3	43	C	GM	B	M	M	M	M	R	C	A	B	B	SI	E	M	M	NO	M	M	D	D	E	M	BDE
4	45	EP	GM	B	M	M	M	R	B	B	B	B	B	SI	C	B	B	SI	B	B	D	E	B	B	C
5	35	EP	GM	MB	M	M	M	R	B	C	B	M	M	SI	C	M	M	SI	M	M	D	E	MB	M	C
6	39	EP	GM	B	M	M	M	M	B	B	B	B	B	SI	C	B	B	SI	B	B	D	E	B	B	C
7	30	EP	GM	MB	M	M	M	R	B	B	A	M	M	SI	C	B	B	SI	B	B	D	E	B	M	C
8	29	EP	GM	MB	M	M	M	R	R	C	D	M	B	NO	F	M	B	NO	M	B	D	D	MB	A	DE
9	40	EP	GM	B	M	M	M	R	B	B	B	M	M	SI	C	M	M	SI	M	M	D	E	B	B	C
10	27	EP	GM	B	R	R	R	R	R	A	A	B	B	NO	F	M	M	NO	B	B	D	D	R	M	ADE
11	37	EP	GM	M	M	M	M	M	R	D	D	B	B	SI	F	M	M	NO	B	B	D	E	B	A	AE
12	30	EP	GM	M	B	M	M	M	M	B	A	B	B	SI	F	M	M	NO	B	B	D	E	B	M	AE
13	40	LE	GM	MB	R	R	R	R	B	C	B	B	B	SI	C	M	M	SI	M	M	D	C	MB	B	C
14	30	EP	M	R	M	M	M	R	R	D	D	A	A	NO	E	A	A	NO	A	A	D	C	R	A	E
15	39	EU	M	B	M	M	M	R	B	B	B	B	B	NO	D	B	B	NO	B	B	D	E	B	B	ADE
16	40	EU	CM	MB	M	M	B	M	B	B	A	M	M	SI	C	B	B	SI	A	A	D	E	B	A	C
17	23	EP	CM	R	M	M	M	M	M	A	A	B	B	SI	F	B	B	NO	B	B	E	E	B	A	E
18	37	EP	CM	M	M	M	M	M	R	D	A	B	B	SI	F	B	B	SI	M	M	D	E	R	M	ADE
19	45	EP	GM	R	M	M	R	R	R	A	A	B	B	NO	E	B	M	NO	B	B	D	E	B	M	ABDE
20	36	LE	CM	B	M	M	M	R	B	B	A	B	B	NO	C	B	B	NO	B	B	D	E	B	B	CE
21	33	EP	CM	B	M	M	M	M	B	B	B	M	M	SI	C	M	M	SI	M	M	D	C	B	B	C
22	30	EP	CM	B	M	M	M	R	B	A	A	M	M	NO	E	B	B	NO	B	B	D	E	B	B	E
23	30	EP	CM	MB	M	M	M	R	MB	B	B	M	M	SI	C	M	M	SI	M	M	D	E	MB	M	C
24	50	EP	CM	M	M	M	M	M	M	A	D	A	A	NO	D	A	A	NO	A	A	D	D	R	A	DE
25	29	EP	CM	B	M	M	M	M	R	B	D	M	B	NO	F	B	B	SI	M	M	D	E	R	B	E
26	46	LE	GM	R	M	M	M	M	M	D	D	B	B	SI	A	M	M	NO	M	M	D	E	MB	B	E
27	43	LE	GM	M	M	M	R	M	M	D	D	B	B	SI	A	B	B	NO	M	M	D	E	R	P	E
28	40	M	GM	R	M	M	M	M	M	B	B	M	A	SI	F	M	M	SI	M	M	D	E	MB	A	E

TABLA MATRIZ

29	44	M	GM	MB	R	M	M	M	M	C	C	M	M	SI	F	M	M	NO	M	M	D	E	B	B	E
30	40	LE	GM	B	M	M	R	R	MB	C	A	A	B	SI	C	M	M	SI	M	M	D	E	MB	M	C



ANATOMIA DE LA LENGUA
FIG 1

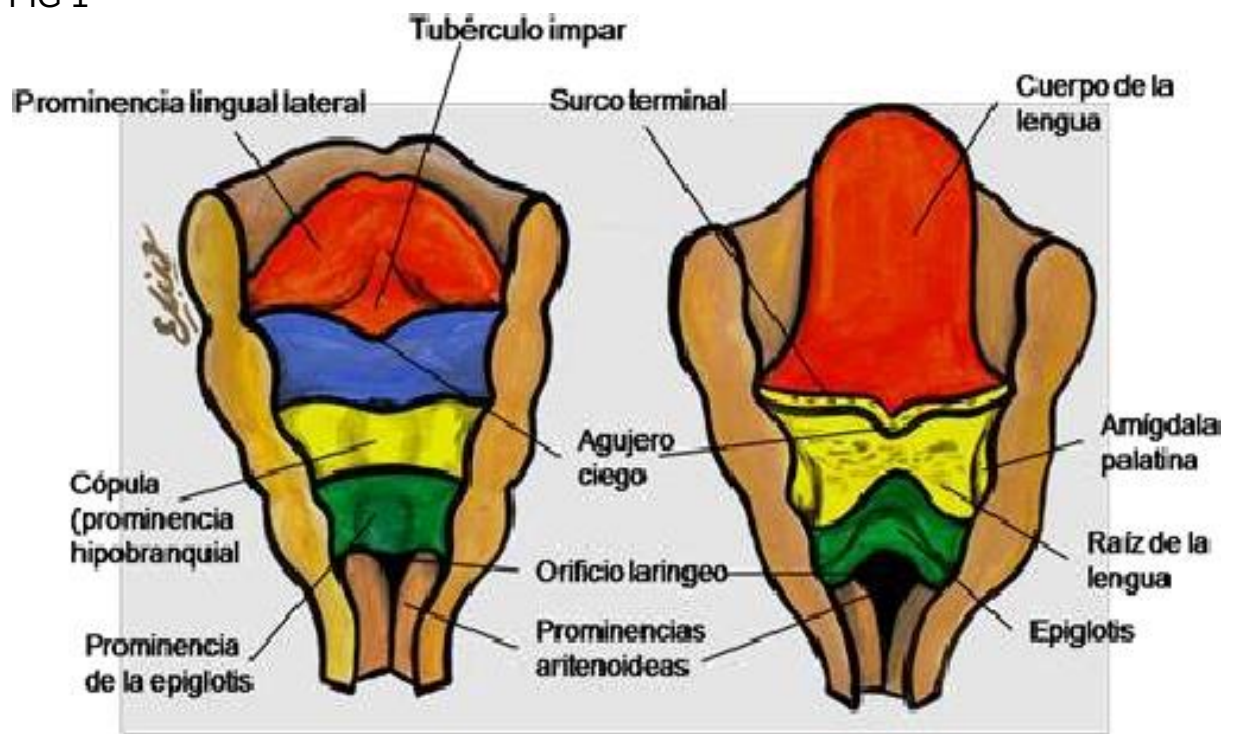
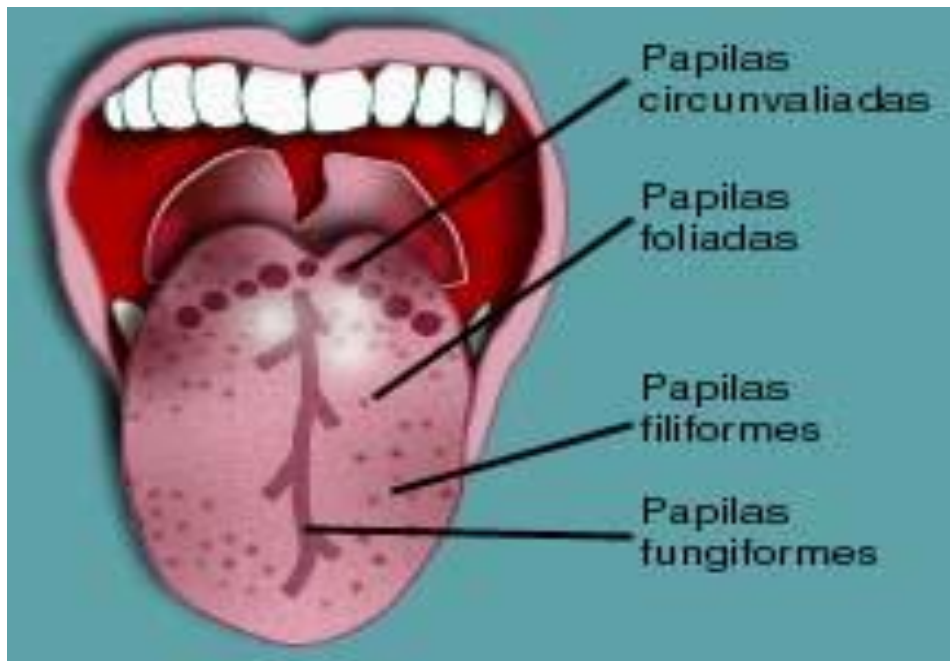


FIG 2



BASE O RAIZ, SUPERFICIE DORSAL, BORDES, PUNTA O VERTICE

FIG 3-4

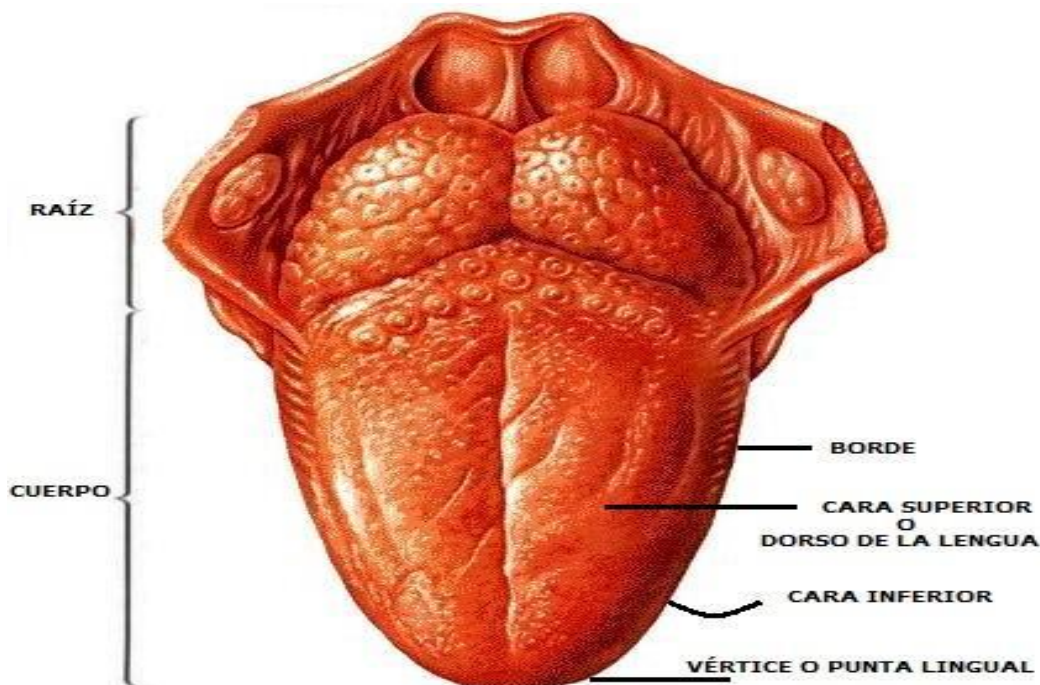


FIG 5-6

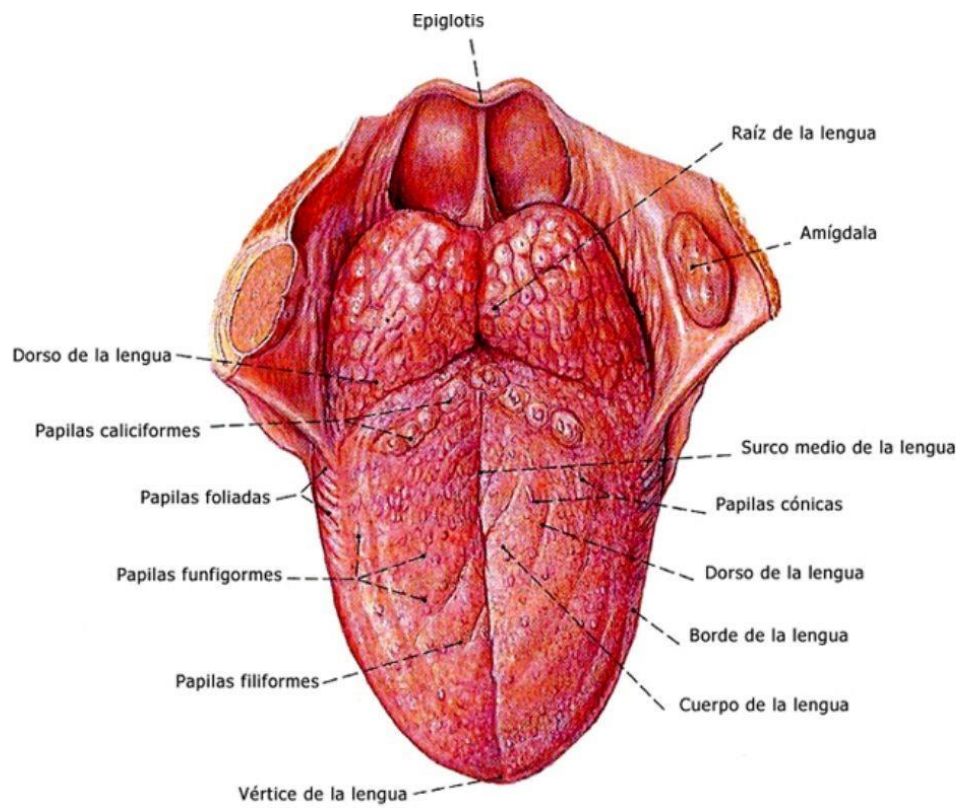


FIG 7-8

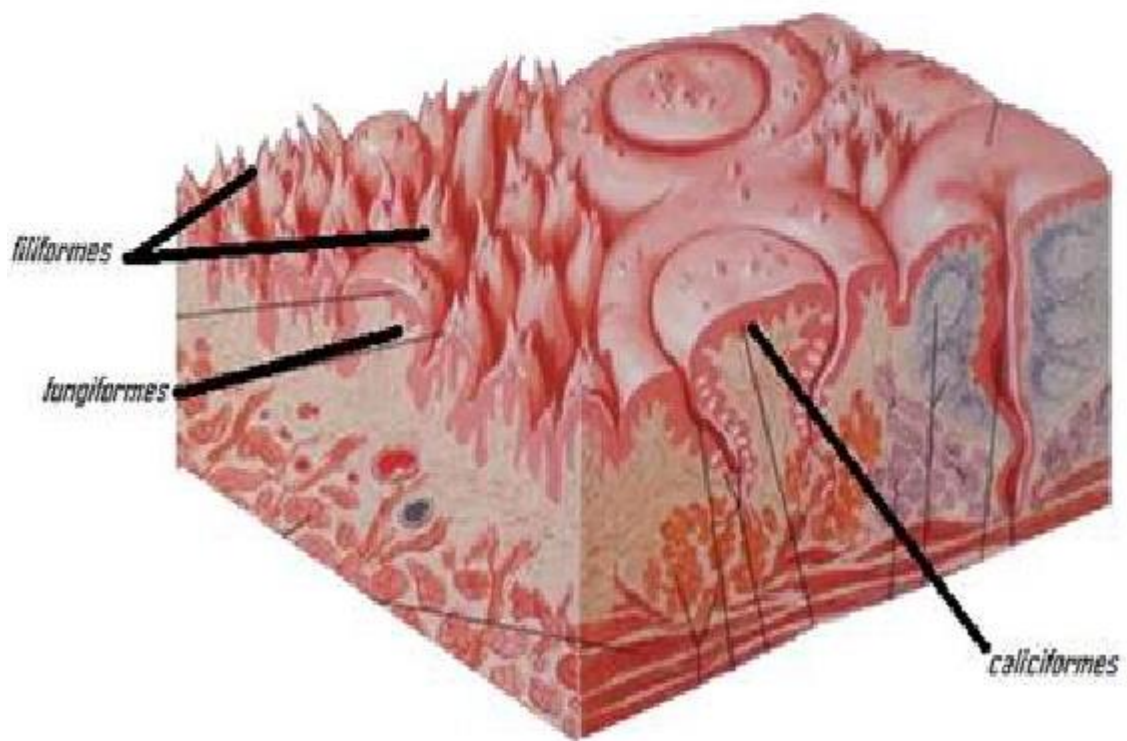
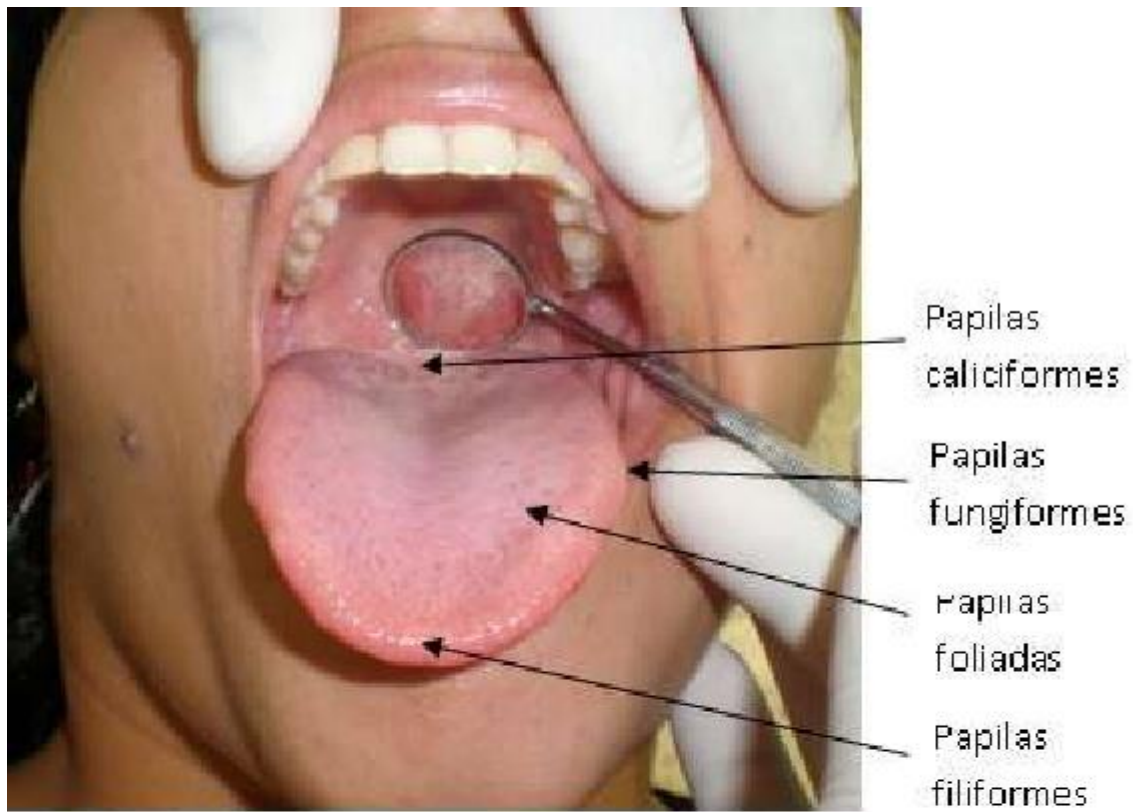


FIG 9

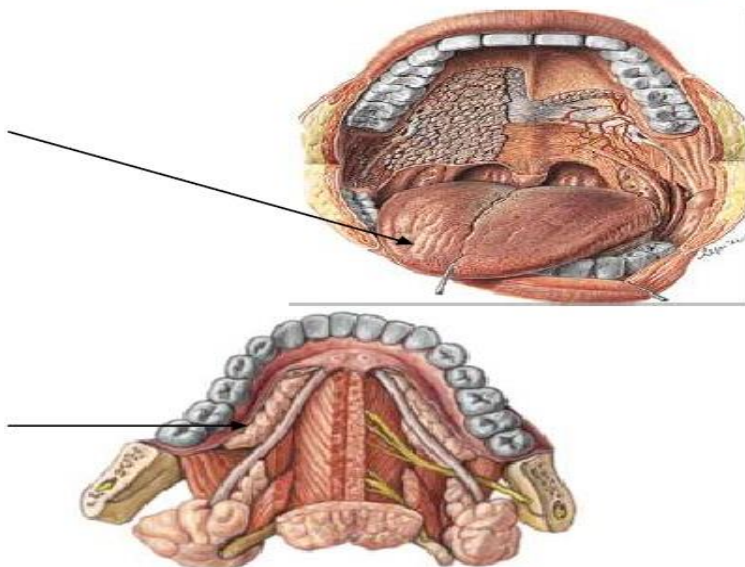
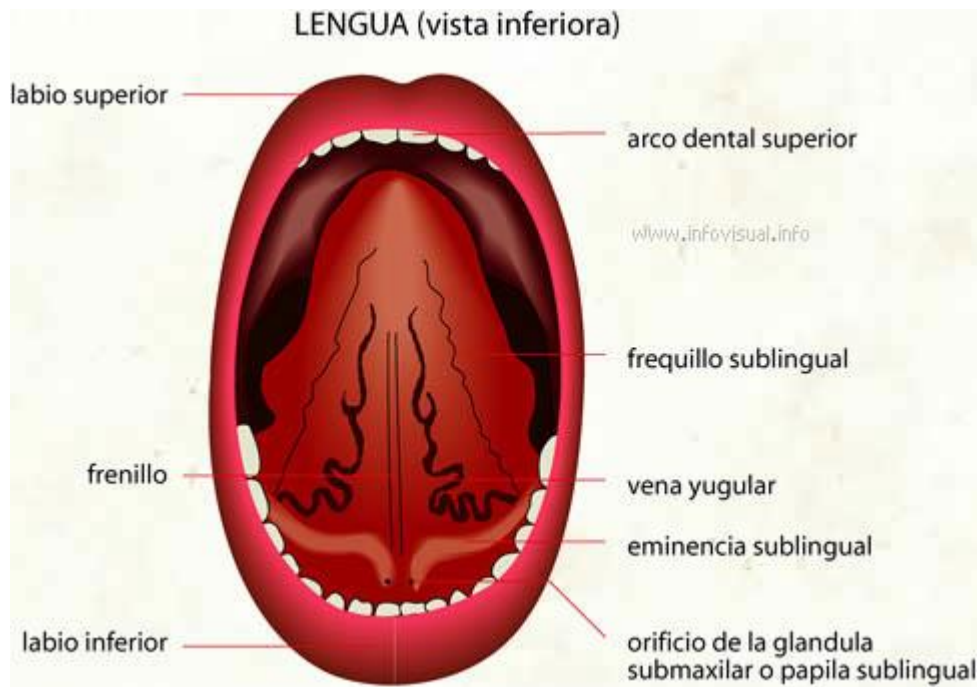
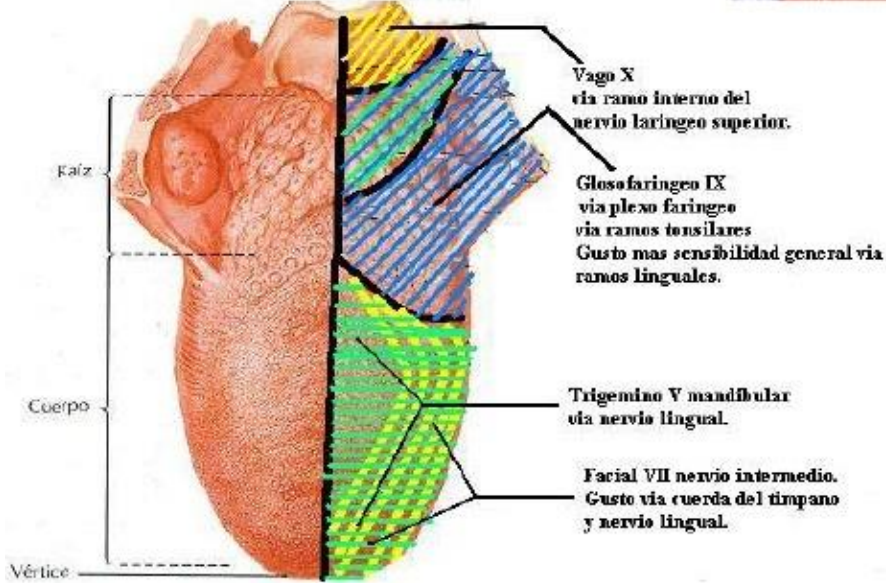
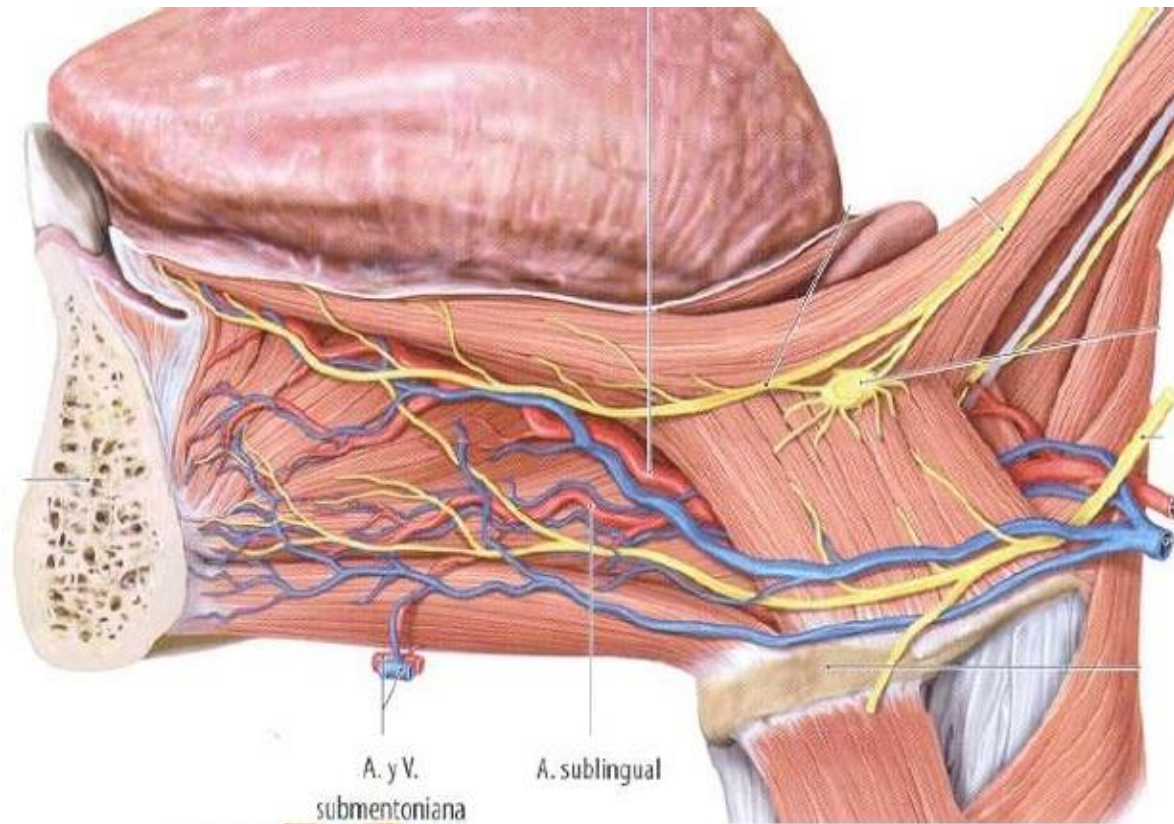


FIG 10-11



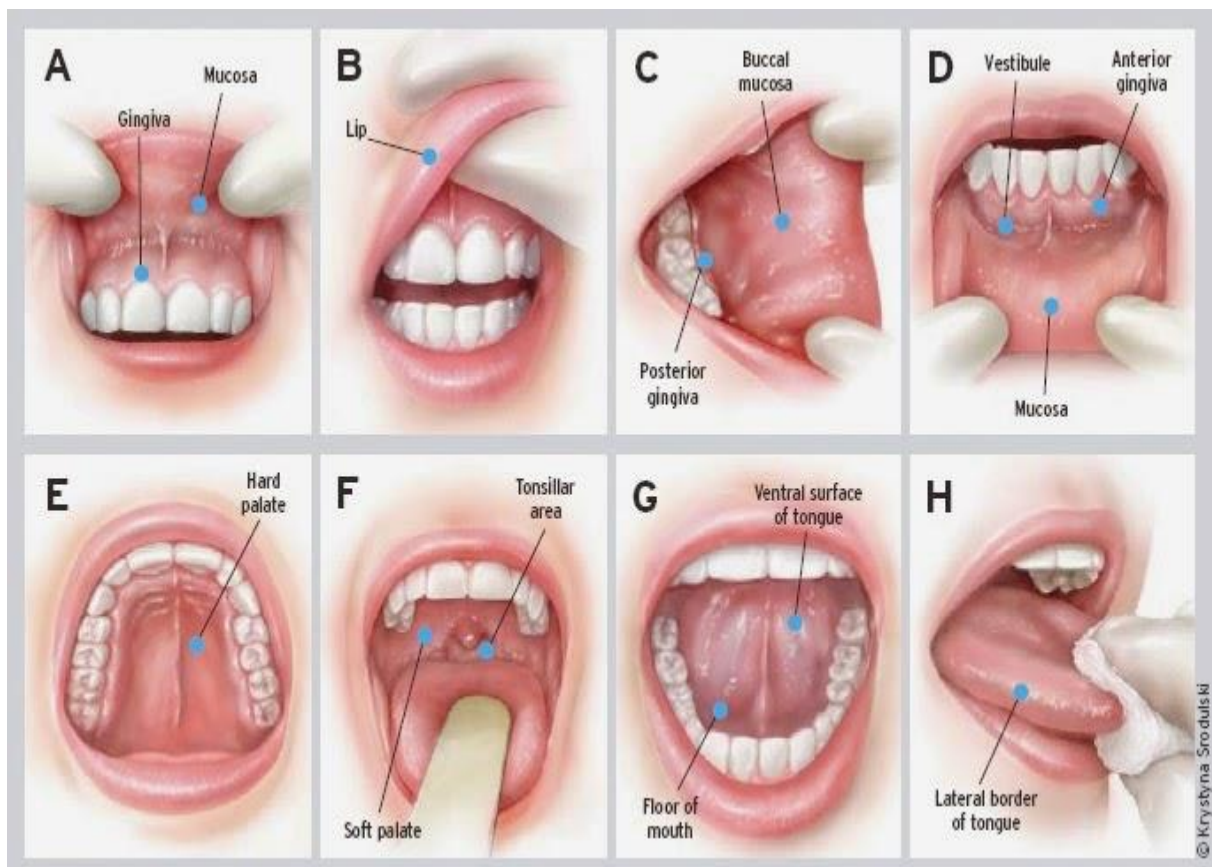
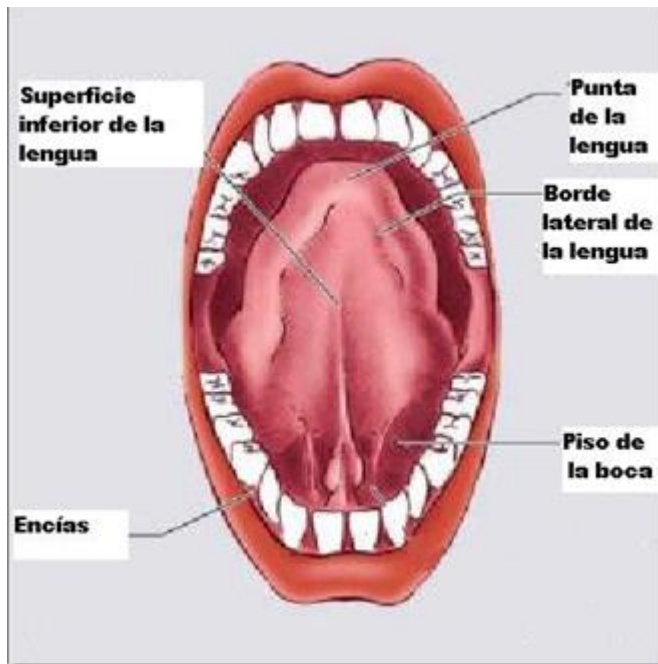


FIGURE 1. A brief screen for oral cancer includes this eight-step examination of the inside of the mouth.

ENCUESTA PARA EL PERSONAL DE GUARDIA

Manejo de urgencias en pacientes con problemas de comunicación (hipoacusia-idioma)

Edad:

Título:

Área:

1- Tiene conocimiento en lenguas extranjeras

Idioma	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno	Excelente
Inglés					
Francés					
Alemán					
Italiano					
Portugués					

2- Tiene conocimientos en Lengua de Señas

	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno	Excelente
Señas					

3- Realizo algún curso relacionado a las preguntas anteriores. Cuanto tiempo.

	Menos 1 año	1-3 años	Más de 3 años	Nunca
Idioma				
Señas				

4- Tiene interés en aprender alguna de las dos mencionadas anteriormente

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
Idioma					
Señas					

5- Usted en algún momento tuvo un paciente sordo o extranjero

SI	NO

6- Como hace para comunicarse con pacientes sordos, hipoacúsicos o extranjeros

- a- Escritura
- b- Carteles con dibujos
- c- Señas
- d- Llamar a alguien que sabe
- e- A y b
- f- A, b y c

7- Considera importante saber Idiomas o Lengua de Señas

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
Idioma					
Señas					

8- Conoce alguien sordo en su entorno

SI	NO

9- Está de acuerdo que se incorpore capacitación relacionada con estos pacientes

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
Idioma					
Señas					

10-Que capacitación le dan en su trabajo

- a- Instrumental nuevo
- b- Medicación nueva
- c- Institucional
- d- Charlas de salud
- e- Ninguna

11- A quien beneficiaria saber Lengua de Señas u Idiomas

- a- Institución
- b- Enfermero
- c- Paciente
- d- B y C
- e- Todas las anteriores

12-Que calidad de atención de salud le da a un paciente hipoacúsico o extranjero

	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno	Excelente
Atención					

13-Considera que Lengua de Señas tendría que ser una materia para incorporar en la currícula de enfermería

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
Señas					

14-En una emergencia con un paciente con estas características como actúa

- a- Escritura
- b- dibujos
- c- señas
- d- busca un interprete
- e- busca un familiar