

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

CARRERA DE ENFERMERÍA

*Tesis para optar por el grado académico de
Licenciatura en Enfermería*

**PREVALENCIA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS
DE ANSIEDAD Y RESPUESTA DE LA
PERSONA CON DISCAPACIDAD FRENTE A
LAS FORMAS DE COMUNICACIÓN
EMPLEADAS POR LOS FUNCIONARIOS DE
AIPED Y ANAMPE, SEGUNDO
CUATRIMESTRE, 2018**

CRISTINA ARREA MUÑOZ

MAYO, 2018

TABLA DE CONTENIDOS

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	15
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
1.1.1 Antecedentes del problema	16
1.1.2 Delimitación del problema	36
1.1.3 Justificación.....	37
1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA.....	38
INVESTIGACIÓN.....	38
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	39
1.3.1. Objetivo General	39
1.3.2. Objetivos específicos.....	39
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES.....	40
1.4.1. Alcances de la investigación	40
1.4.2. Limitaciones de la investigación	40
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	41
2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL	42
2.1.1 Modelos y teorías	76
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO	80
3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN.....	81
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	81
3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO.....	81
3.3.1 Población.....	81
3.3.2 Criterios de inclusión y exclusión	81
3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	82
3.4.1 Validez y confiabilidad del cuestionario	83
3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACION	83
3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	83
3.7 PLAN PILOTO	90
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	91
GENERALIDADES	92
ESPECIFICIDADES.....	97

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	135
5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN O EXPLICACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	136
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	142
6.1 CONCLUSIONES	143
6.2 RECOMENDACIONES	144
BIBLIOGRAFÍA.....	145
GLOSARIO Y ABREVIATURAS	161
ANEXOS	164
DECLARACIÓN JURADA	164
CARTAS DE APROBACIÓN.....	165

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Distribución de usuarios de AIPED y ANAMPE según sexo, mayo 2018.....	92
Tabla N° 2 Distribución de usuarios de AIPED y ANAMPE, según edad, mayo 2018.....	93
Tabla N° 3 Distribución de usuarios de AIPED y ANAMPE según tipo de familia, mayo 2018.	94
Tabla N° 4 Distribución de usuarios de AIPED y ANAMPE según tipo de discapacidad, mayo 2018.	95
Tabla N° 5 Distribución de usuarios de AIPED y ANAMPE según presencia de limitación física o motriz, mayo 2018.....	96

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1 Distribución de usuarios según patología o condición asociada a su discapacidad, AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.	96
Figura N° 2 Presencia de actitudes opositoras, desafiantes, agresivas como indicadores de hostilidad en la persona con discapacidad ante la indicación verbal del cuidador, con tono de voz fuerte y directivo, para iniciar actividades psicoeducativas, AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.....	98
Figura N° 3 Presencia de actitudes opositoras, desafiantes, agresivas en la persona con discapacidad ante la indicación verbal del cuidador con tono de voz fuerte y directivo, para realizar actividades básicas de vida diaria, AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.....	99
Figura N° 4 Presencia de actitudes opositoras, desafiantes, agresivas en la persona con discapacidad ante la indicación verbal dada por el cuidador, con tono de voz fuerte y directivo, para limitar conductas disruptivas, AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.....	100
Figura N° 5 Respuesta de la persona con discapacidad "acata la indicación" verbal proporcionada por su cuidador con postura corporal firme y segura pero no rígida, para iniciar actividades psicoeducativas, AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018	101
Figura N° 6 Respuesta de la persona con discapacidad "acata la indicación" verbal proporcionada por su cuidador con postura corporal firme y segura pero no rígida, para realizar actividades básicas de vida diaria, AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.....	102

Figura N° 7 Respuesta de la persona con discapacidad "acata la indicación" proporcionada por su cuidador con postura corporal firme y segura pero no rígida, para limitar conductas disruptivas, AIPED y ANAMPE, mayo 2018.Fuente: Elaboración propia, 2018.	103
Figura N° 8 Presencia de síntomas asociados a ansiedad en el usuario (ceño fruncido, tembor generalizado, llanto fácil) ante la indicación directiva dada por el funcionario verbalmente con tono de voz amenazador, para iniciar actividades básicas psicoeducativas, AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.....	104
Figura N° 9Presencia de síntomas asociados a ansiedad en el usuario (ceño fruncido, tembor generalizado, llanto fácil) ante la indicación directiva dada por el funcionario verbalmente con tono de voz amenazador, para realizar actividades básicas de vida diaria, AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.....	105
Figura N° 10 Presencia de síntomas asociados a ansiedad en el usuario (ceño fruncido, tembor generalizado, llanto fácil) ante la indicación directiva dada por el funcionario verbalmente con tono de voz amenazador, para limitar conductas disruptivas, AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.....	106
Figura N° 11 Presencia de sudoración , inquietud, lagrimeo como síntomas asociados a ansiedad en el usuario, ante la indicación verbal dada de forma directiva por su cuidador, para iniciar actividades psicoeducativas, AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.....	107
Figura N° 12 Presencia de sudoración, inquietud, lagrimeo como síntomas asociados a ansiedad en el usuario, ante la indicación verbal dada de forma directiva por su cuidador, para realizar actividades básicas de vida diaria, AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.....	108

Figura N° 13 Presencia de sudoración, inquietud, lagrimeo como síntomas asociados a ansiedad en el usuario, ante la indicación verbal dada de forma directiva por su cuidador, para limitar conductas disruptivas, AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.109

Figura N° 14 Aumento de conductas estereotipadas en la persona con discapacidad en respuesta a las indicaciones verbales dirigidas por su cuidador con tono de voz fuerte y rígido, para iniciar actividades psicoeducativas, AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018. 110

Figura N° 15 Aumento de conductas estereotipadas en la persona con discapacidad en respuesta a las indicaciones verbales dirigidas por su cuidador con tono de voz fuerte y rígido, para realizar actividades básicas de vida diaria, AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018. 111

Figura N° 16 Aumento de conductas estereotipadas en la persona con discapacidad en respuesta a las indicaciones verbales dirigidas por su cuidador con tono de voz fuerte y rígido, para limitar conductas disruptivas, AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.112

Figura N° 17 Presencia de tremor generalizado, actitud agresiva y desafiante en el usuario en respuesta y oposición a la indicación dada verbalmente por el funcionario con tono de voz amenazante, para iniciar actividades psicoeducativas, AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018..... 113

Figura N° 18 Presencia de tremor generalizado, actitud agresiva y desafiante en el usuario en respuesta y oposición a la indicación dada verbalmente por el funcionario con tono de voz amenazante, para realizar actividades básicas de vida diaria, AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018..... 114

Figura N° 19 Presencia de tremor generalizado, actitud agresiva y desafiante en el usuario en respuesta y oposición a la indicación dada verbalmente por el funcionario con tono de voz amenazante, para limitar conductas disruptivas, AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.....	115
Figura N° 20 Presencia de ceño fruncido, tremor generalizado y llanto fácil en el usuario como síntomas de ansiedad ante la posición directiva del funcionario, cuando proporciona indicaciones verbales para iniciar actividades psicoeducativas, realizar actividades básicas de vida diaria y limita conductas disruptivas, AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.....	116
Figura N° 21 Presencia de ceño fruncido, tremor generalizado y llanto fácil en el usuario como síntomas de ansiedad ante la posición empática del funcionario cuando proporciona indicaciones verbales para iniciar actividades psicoeducativas, realizar actividades básicas de vida diaria y limita conductas disruptivas, AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.....	118
Figura N° 22 Respuesta de la persona con discapacidad "acata la indicación verbal" proporcionada por el cuidador con tono de voz cálido y seguro, para iniciar actividades psicoeducativas, realizar actividades básicas vida diaria y limitar conductas disruptivas, AIPED y ANAMPE, mayo 2018.Fuente: Elaboración propia, 2018.....	119
Figura N° 23 Respuesta de la persona con discapacidad "acata la indicación verbal" proporcionada por el cuidador con tono de voz amenazante, para iniciar actividades psicoeducativas, realizar actividades básicas de vida diaria y limitar conductas disruptivas, AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018	121

Figura N° 24 Presencia de actitudes opositoras, desafiantes y/o agresivas ante la indicación verbal del funcionario, con tono de voz fuerte, directivo, para iniciar actividades psicoeducativas, realizar actividades básicas de vida diaria y limitar conductas disruptivas en la población femenina de AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

..... 123

Figura N° 25 Presencia de actitudes opositoras, desafiantes y agresivas ante la indicación verbal del funcionario, con tono de voz fuerte, directivo, para iniciar actividades psicoeducativas, realizar actividades básicas de vida diaria y limitar conductas disruptivas en la población masculina de AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

..... 124

Figura N° 26 Presencia de síntomas asociados a ansiedad como ceño fruncido, temblor generalizado y llanto fácil, ante la indicación directiva dada por el funcionario de forma verbal con tono de voz amenazador, para iniciar actividades psicoeducativas, según tipo de discapacidad de los usuarios de AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

..... 126

Figura N° 27 Presencia de síntomas asociados a ansiedad como ceño fruncido, temblor generalizado y llanto fácil, ante la indicación directiva dada por el funcionario de forma verbal con tono de voz amenazador, para realizar actividades básicas de vida diaria, según tipo de discapacidad de los usuarios de AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

..... 128

Figura N° 28 Presencia de síntomas asociados a ansiedad como ceño fruncido, temblor generalizado y llanto fácil, ante la indicación directiva dada por el funcionario de forma verbal

con tono de voz amenazador, para limitar conductas disruptivas, según tipo de discapacidad de los usuarios de AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018. 130

Figura N° 29 Respuesta del usuario según tipo de discapacidad "acata la indicación" verbal proporcionada por el docente con postura corporal firme y segura pero no rígida, para iniciar actividades psicoeducativas, AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018. 131

Figura N° 30 Respuesta del usuario según tipo de discapacidad "acata la indicación" verbal proporcionada por el docente con postura corporal firme y segura pero no rígida, para realizar actividades básicas de vida diaria, AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018. 132

Figura N° 31 Respuesta del usuario según tipo de discapacidad "acata la indicación" verbal proporcionada por el docente con postura corporal firme y segura pero no rígida, para limitar conductas disruptivas, AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.133

RESUMEN

Introducción: se identifica la prevalencia de signos y síntomas de ansiedad y respuesta de los usuarios de AIPED y ANAMPE, frente a las formas de comunicación empleadas por los cuidadores, quienes tienen contacto directo, cuidan, planifican y desarrollan actividades educativas, lúdicas y recreativas con ellos. **Objetivo General:** determinar la prevalencia de signos y síntomas de ansiedad, y la respuesta de la persona con discapacidad frente a las formas de comunicación empleadas por los funcionarios de cuidado directo de AIPED Y ANAMPE, durante el segundo cuatrimestre del 2018. **Metodología:** la investigación es exploratoria, con enfoque cuantitativo y una población de cien personas. Se utiliza un instrumento de elaboración propia con treinta preguntas, que se completa observando la conducta de los usuarios, frente a las formas de comunicación del cuidador cuando indica el inicio de actividades psicoeducativas, la realización de actividades básicas de vida diaria y limita conductas disruptivas. Se recolecta la información durante dos semanas, se realizan dos sesiones observacionales por usuario, de 2 horas y media. **Resultados:** el 54 % de la población es masculina y el 46 % femenina, la mayoría de 24 a 29 años de edad y provenientes de familia monoparental, el 68 % de la población presenta discapacidad de tipo intelectual. Los trastornos mentales, principalmente trastornos conductuales, predominan en la población, el 83 % de los usuarios no tiene limitación física. **Discusión:** la persona con discapacidad se torna hostil ante el trato directivo del docente, cuando le limitan conductas disruptivas, esto prevalece en hombres de 30 a 40 años de edad, con discapacidad intelectual y trastornos conductuales. La inquietud e irritabilidad como síntomas de ansiedad predomina en hombres, y el llanto fácil, en mujeres. Lo anterior se observa frecuentemente ante la forma de comunicación verbal con tono de voz fuerte y postura corporal rígida como forma de comunicación no verbal. La mayoría de usuarios responde de manera

favorable ante un tono de voz cálido y seguro del cuidador, cuando indica el inicio de actividades psicoeducativas y la realización de actividades básicas de vida diaria, sin embargo, cuando limita conductas disruptivas, el mismo debe comunicarse con tono de voz fuerte y directivo con ciertos usuarios. **Conclusiones:** la prevalencia de signos y síntomas de ansiedad en los usuarios de AIPED y ANAMPE, frente a las formas de comunicación empleadas por los funcionarios de cuidado directo, durante el segundo cuatrimestre del 2018, es de un 80 %. La respuesta del usuario es favorable cuando la indicación del docente para iniciar actividades psicoeducativas y realizar actividades básicas de vida diaria, es proporcionada desde una posición empática, pero cuando limita conductas disruptivas, se observa mejor respuesta del usuario desde una posición directiva del cuidador.

Palabras claves: prevalencia, signos y síntomas de ansiedad, respuesta de la persona con discapacidad, formas de comunicación, cuidadores, funcionarios, docentes, usuarios, cuidado directo, indicaciones, actividades psicoeducativas, actividades básicas de vida diaria, conductas disruptivas, hostilidad, inquietud, llanto fácil, tono de voz, postura corporal, posición directiva y empática.

SUMMARY

Introduction: the prevalence of signs and symptoms of anxiety and response of users of AIPED and ANAMPE is identified, compared to the forms of communication used by caregivers, who have direct contact, care, plan and develop educational, playful and recreational activities with them. **General Objective:** determine the prevalence of signs and symptoms of anxiety, and the response of the person with disability to the forms of communication used by the direct care officers of AIPED and ANAMPE, during the second quarter of 2018. **Methodology:** the

research is exploratory, with a quantitative approach and a population of one hundred people. An instrument of own elaboration is used with thirty questions, which is completed by observing the behavior of the users, compared to the forms of communication of the caregiver when he or she indicates the beginning of psychoeducational activities, the performance of basic activities of daily life and limits disruptive behaviors. Information is collected during two weeks, two observational sessions per user, of 2 and a half hours. **Results:** 54% of the population is male and 46% is female, most are between 24 and 29 years old and come from a single-parent family, 68% of the population have intellectual disabilities. Mental disorders, mainly behavioral disorders, predominate in the population, 83% of users do not have physical limitations. **Discussion:** the person with disability becomes hostile to the directive treatment of the teacher, when limited by disruptive behavior, this prevails in men from 30 to 40 years old, with intellectual disability and behavioral disorders. Restlessness and irritability as symptoms of anxiety predominate in men, and easy crying in women. The above is frequently observed in the form of verbal communication with strong voice tone and rigid body posture as a form of non-verbal communication. Most users respond favorably to a warm and safe tone of voice of the caregiver, when he or she indicates the beginning of psychoeducational activities and the performance of basic daily life activities, however, when this one limits disruptive behaviors, must communicate with tone of strong and directive voice with certain users. **Conclusions:** the prevalence of signs and symptoms of anxiety in the users of AIPED and ANAMPE, compared to the forms of communication used by the direct care officers, during the second four-month period of 2018, is 80%. The user's response is favorable when the indication of the teacher to initiate psychoeducational activities and perform basic activities of daily life, is provided from

an empathic position, but when it limits disruptive behaviors, the user's response is observed better from a managerial position of the caregiver.

Keywords: prevalence, signs and symptoms of anxiety, response of the person with disability, forms of communication, caregivers, officials, teachers, users, direct care, indications, psychoeducational activities, basic daily life activities, disruptive behaviors, hostility, restlessness , easy crying, tone of voice, body posture, directive and empathic position.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Antecedentes del problema

Internacionales

Las emociones de las personas con discapacidad intelectual y su detección ante una limitación para comunicarlas verbalmente, se han estudiado en España, en el año 2013. Mendizabal, León et al¹ indican que el estudio supone dar a conocer resultados de una tecnología que permite la detección de emociones en personas que no pueden comunicarlas de forma verbal. Así se podrá determinar su calidad de vida y bienestar, y se podrán determinar factores que les pueden causar angustia y eventualmente podrían dar lugar a conductas problemáticas.

El estudio refleja resultados basados en necesidades encontradas; “la inmensa mayoría de las personas atendidas presentan muy limitadas capacidades cognitivas para plantearse objetivos, planificar y actuar de manera intencional y activa”¹. El autor menciona que “la identificación de emociones en personas con discapacidad intelectual y del desarrollo grave es un reto complicado”¹. Las emociones de estas personas van a revelar información sobre preferencias, gustos por personas, por actividades y también sobre factores que les provocan ansiedad y estrés. Sin embargo, de acuerdo con los autores, la capacidad que tienen las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo grave para comunicar sus emociones verbalmente es sumamente limitada.

Debido a la dificultad que presenta la persona con discapacidad intelectual para comunicar verbalmente sus emociones, es necesario implementar estrategias alternativas de comunicación y un uso oportuno de la comunicación no verbal.

Aranda², en el año 2002 y Barajas, Fernández et al.² en el 2006, citados por Casas, Stella et al.², identifican la presencia de depresión y ansiedad en personas con deficiencia auditiva, con el objetivo de determinar la vulnerabilidad de los mismos; al desarrollo de trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Refieren que “la deficiencia auditiva comprende una menor o mayor limitación para la comunicación y el desarrollo de las actividades cotidianas, a nivel social, académico y profesional, pudiendo traer consigo consecuencias en el ámbito psicológico, emocional y comportamental.”²

Además, respecto a este estudio, Restrepo y Clavijo² en el año 2004, citados por los mismos autores, mencionan que

“es necesario considerar las implicaciones emocionales, afectivas y sociales que vienen ligadas a la deficiencia auditiva, puesto que las situaciones de aislamiento, comunicación y las dificultades a las que esta población se enfrenta en su cotidianidad, pueden repercutir negativamente en el proceso de integración y relación social”²

Se evidencia en el estudio, que la deficiencia auditiva representa una limitación para la comunicación y actividades de índole social, académico y profesional, pudiéndose convertir en un factor de riesgo para el desarrollo de ansiedad en esta población.

Kvam, Loeb et al.², citados por Casas, Stella et al.², plantean que “las personas con discapacidades físicas o que sufren enfermedades crónicas, enfrentan dificultades de tipo práctico y/o social. Tales dificultades pueden incrementar el riesgo de desarrollar problemas de salud mental.”² Los autores desarrollan un estudio con el propósito de “sistematizar críticamente el conocimiento producido sobre el tema de la depresión y la ansiedad en personas con

deficiencia auditiva, en las investigaciones publicadas durante el período 1993 – 2007, con el fin de contribuir a la generación de nuevas investigaciones”² El principal resultado obtenido fue el siguiente: “el tema de depresión y ansiedad en personas con deficiencia auditiva ha sido poco explorado a nivel mundial, lo cual dificulta encontrar en el medio académico investigaciones que hablen acerca de este tema”²

Afirman que el principal determinante de la ansiedad de los niños con discapacidad fue la edad, entendiéndose con esto, “que los niveles de ansiedad de un niño con discapacidad, tanto visual como auditiva, van a depender en gran medida de su etapa evolutiva, siendo directamente proporcional la edad con la ansiedad”² Resultó también, de acuerdo con Casas, Stella et al², que “las personas con deficiencia auditiva presentaron niveles sintomáticos más altos en ansiedad, somatización, ideación paranoide, depresión y sensibilidad interpersonal”²

Los autores concluyen que, para las personas con deficiencia auditiva, “la calidad de vida se relaciona con la posibilidad de escuchar; además señalan que un factor protector para esta población podría ser el aprendizaje del lenguaje de señas, ya que esto les permitiría mejorar sus relaciones sociales, tanto con aquellas que tienen la misma discapacidad como con las que no la tienen”²

Además, concluyen que, a las personas con discapacidad auditiva, el lenguaje de señas les permitirá disminuir el nivel de ansiedad que genera en ellos el hecho de no poder comunicarse verbalmente; y de esta manera relacionarse y establecer vínculos interpersonales.

Se ha estudiado poco sobre la ansiedad y depresión en personas con discapacidad auditiva, sin embargo, el antecedente anterior identifica síntomas de ansiedad en personas con esta condición debido a su limitación en la comunicación verbal. Cabe recalcar la importancia que representa

la puesta en práctica del lenguaje de señas para dicha población y cómo el mismo representa un factor protector para el desarrollo de ansiedad en estas personas. A partir de este punto, se establece la necesidad de implementar diversas formas de comunicación no verbal y el lenguaje de señas, en los centros integrales de personas con discapacidad.

Fiestas y Vega³ analizan los signos y síntomas de ansiedad en pacientes con trastornos de ansiedad y depresión. Plantean que “se ha encontrado una fuerte asociación entre síntomas físicos y trastornos de ansiedad o depresión donde el número de síntomas físicos en promedio es mayor en el sexo femenino respecto al masculino”³ Varios estudios demuestran, según lo mencionan los autores, que “la hipotensión arterial que no es causada por enfermedad cardiovascular, sobre todo la diastólica, se asocia con depresión y ansiedad”³ Otros autores, de acuerdo con Fiestas y Vega³, han encontrado relación entre obesidad y trastornos del estado de ánimo.

El objetivo del estudio, de acuerdo con los autores mencionados, corresponde a la identificación de la frecuencia de síntomas somáticos y comorbilidades físicas asociadas en pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad y depresión, para ello reclutaron pacientes de 18 a 60 años de edad, con un nivel de escolaridad de primaria completa como mínimo, que acudieron a consulta externa de psiquiatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia, en el período de mayo a julio del 2011, con un trastorno de ansiedad o depresivo diagnosticado.

La comorbilidad física más frecuente, según lo determinan los resultados de la investigación, fue gastritis crónica y en segundo lugar, hipertensión arterial. Los síntomas físicos más frecuentes, evaluados por medio de la entrevista, de acuerdo con Fiestas y Vega³, fueron cefalea, dorsalgia y cervicalgia como síntomas dolorosos y boca seca e indigestión, como

síntomas digestivos. En lo que respecta a síntomas genitourinarios y sexuales, destaca la disminución de la libido y polaquiuria. El estudio evidencia que las mujeres presentaron con mayor frecuencia síntomas físicos que los hombres, y esta diferencia fue significativa en lo que respecta a dolores en las articulaciones o extremidades, molestias abdominales, náuseas, disminución de la libido y dispareunia.

El antecedente anterior resulta importante debido a que evalúa los síntomas físicos que prevalecen en los trastornos de ansiedad, a diferencia de los antecedentes anteriores de la presente investigación, los cuales hacen énfasis en la respuesta emocional y comportamental de la ansiedad. El mismo no se refiere específicamente a la población con discapacidad, sin embargo, resulta de interés estudiar las respuestas, tanto emocionales y comportamentales, como físicas de la ansiedad.

Medina y Gil⁴ plantean que el estudio del estrés en el campo de la discapacidad ha recibido mucha atención en los últimos años. Mencionan que hay muchas publicaciones realizadas acerca del estrés que viven los padres, relacionado con el diagnóstico de su hijo o el cuidado del mismo, sin embargo, “la literatura que analiza la influencia del estrés en personas con discapacidad intelectual (DI) y en cómo estas se enfrentan a situaciones estresantes es relativamente escasa”⁴ Refieren que hay muy pocos estudios que “analicen la manera que tienen las personas con DI de hacer frente a situaciones estresantes que la vida plantea y cómo estas situaciones afectan a su bienestar personal”⁴

Hatton y Emerson⁴ en el año 2004, citados por los mismos autores, afirman que por muchos años se ha pensado que las personas con DI, debido a sus limitaciones intelectuales, “no podían realizar valoraciones cognitivas de las situaciones, y, por lo tanto, no podían experimentar los

efectos del estrés”⁴ Añaden que, por el contrario, algunos estudios indican que estas personas experimentan estrés por las mismas causas que pueden experimentarlo personas con funcionamiento típico. Ciertos autores postulan, de acuerdo con Hartley y MacLean⁴, citados por Medina y Gil, que las personas con Discapacidad Intelectual tienen mayor riesgo de presentar niveles altos de estrés.

Focht-New, Barol et al⁴ en el año 2008, citados por los autores previamente referidos, indican que las personas con Discapacidad Intelectual se enfrentan en su vida cotidiana a muchos eventos estresantes. Sin embargo, de acuerdo con Kahn y Adamec⁴ en el 2008, citados por Medina y Gil⁴, la identificación de los síntomas del estrés en estas personas es más compleja, en algunos casos porque son considerados como característica intrínseca a su condición, y en otros, porque las personas con discapacidad intelectual tienen limitaciones para reconocer y comunicar síntomas de estrés.

Este antecedente afirma que se ha estudiado poco la manera en que las personas con discapacidad intelectual le hacen frente a situaciones estresantes. Evidencia lo complejo que resulta identificar los síntomas de estrés en esta población, debido a su condición y a sus limitaciones para reconocerlos y comunicarlos. Desde este punto se refuerza la necesidad de tomar medidas adecuadas con el fin de detectar y atenuarlos de la mejor manera, procurando el bienestar personal del individuo.

Davol⁵ realiza una recopilación de estudios en Argentina relacionados con la importancia de la comunicación no verbal en la relación médico-paciente. El autor resalta la importancia de la mirada del médico hacia el paciente. Refiere que su importancia fue evidenciada en un estudio de Bensing y Kerksen⁵, donde se estudiaron “15 médicos generales y 337 vídeos de sus

consultas, se midió el tiempo que el médico miraba directamente a la cara del paciente y se utilizaron cuestionarios en los que el paciente evaluaba la conducta del médico”⁵ El estudio resultó, en que “a mayor tiempo de mirada médica, el paciente se sentía inclinado a hablar más libremente de sus problemas, utilizando más tiempo y también mayor proporción en relación con lo que hablaba el médico”⁵

El estudio ha puesto en evidencia, que “simplemente mirar al paciente se asocia con señales que permiten decodificar y descubrir sentimientos y emociones ocultas, aun para el paciente”⁵ Bensing y Kerssen⁵, citados por Doval⁵, aseguran que la mirada del médico estaba estrechamente relacionada con la “empatía y satisfacción”⁵ del paciente. El autor citado se cuestiona lo siguiente: “¿el desvío de la mirada del médico al registro médico para leer o escribir constituye un problema para el paciente, que lo deja desconcertado por no saber si el médico lo está escuchando o no?”⁵ Ruusuvoori⁵, citado por este autor, indica que “esta situación se evaluó en 10 médicos de atención primaria de Finlandia, con el grabado en vídeo de 35 presentaciones iniciales del problema por el cual el paciente consultaba”⁵

Además, se observaba detalladamente si el médico miraba al paciente o a la historia. Al mismo tiempo, se observaba la fluidez del habla del paciente, se detectaban alteraciones de fluidez del habla definidas por “autointerrupciones, seguidas de perturbaciones tales como una pausa, o una pausa ocupada por murmullos (como uh, uhm), o alguna clase de restauración (p. ej., un nuevo comienzo) o una continuación del habla interrumpida”⁵

Silverman y Kinnersley⁵, citados por Davol⁵ establecen como resultado del estudio; que “en más de dos tercios (78 %) de los pacientes, la charla tenía alteraciones en su fluidez cuando el

médico no lo miraba. Mencionan, que en el momento en que el médico miraba al paciente, “más de dos tercios (77 %) tenían una charla fluida sin alteraciones”⁵

El autor citado añade la importancia de los gestos posturales de la comunicación corporal dentro de la comunicación no verbal. Hall, Harrigan et al⁵, citados por el mismo, plantean que los resultados de varios estudios evidencian que el paciente califica de mayor preferencia a la interacción cercana del médico hacia el mismo en comparación con la alejada. Enuncian que “en otros estudios, los investigadores encontraron que las claves más importantes para la expresión de empatía, autenticidad y respeto eran inclinar el tronco hacia adelante, la distancia cercana y el contacto visual”⁵

Por otro lado, menciona el autor que la manera en que se dicen las cosas y el tono de voz son así de importantes como lo que se dice propiamente. Ambady, La Plante et al.⁵, citados por Davol⁵, opinan que “un médico que se relaciona con un tono de voz negativo, por ejemplo, utilizando una calidad de voz áspera o impaciente, puede disparar sentimientos litigiosos en su paciente cuando hay un mal resultado”⁵ Consideran que, en el caso opuesto, cuando el médico se relaciona con un tono de voz positivo, este tipo de sentimientos no se generan en el paciente.

Expresan que “en un estudio se utilizaron 114 conversaciones grabadas de 57 cirujanos de la comunidad, más de la mitad con algún reclamo de mala práctica”⁵ Afirman que “cada recorte fue finalmente juzgado con una escala de 7 puntos (que iba de "de ninguna manera" a "extremadamente") en 4 variables de tono de voz principales: 1) cálido/profesional, 2) interesado/ ansioso, 3) hostil, y 4) dominante”⁵ Los resultados de la investigación sugieren que en la relación médico-paciente, la manera de transmitir el mensaje es tan importante como lo que se pretende decir propiamente.

Hall, Stein et al⁵, citados por el mismo autor, plantean que en otro estudio “se involucró a 51 médicos de atención primaria y 199 de sus pacientes”⁵ Refieren que el estudio analizó “el tono de voz con contenidos filtrados en 4 componentes principales: 1) cálido/sostenedor, 2) capaz/interesado, 3) hostil/irrespetuoso, 4) entusiasta”⁵ Este concluyó que “con tonos de voz del médico calificado como cálido y sostenedor o capaz e interesado, los pacientes manifestaban que se les había dado más elección y/o control”⁵ También, que los pacientes o “se sentían más satisfechos con la comunicación de su médico, percibieron que se les proporcionaba mayor información y sentían mayor confianza”⁵.

El estudio anterior ejemplifica la importancia de la comunicación no verbal y la metacomunicación. Evidencia el papel de la comunicación en las relaciones interpersonales. Determina diversas respuestas de las personas ante la forma en que se transmite la información. El mismo expone la relación entre médico y paciente, lo cual no es el objetivo del presente estudio, sin embargo, aporta información importante a la presente investigación, acerca de la comunicación no verbal y sus componentes (tono de voz, fluidez del habla, postura corporal) y cómo influye la misma en la conducta y respuesta del individuo. El mismo, al identificar la importancia descrita en personas sin limitación física ni cognitiva, recalca la importancia de estudiar la respuesta en personas con limitación física, cognitiva o ambas.

Así como se describe la importancia de la comunicación no verbal en las relaciones interpersonales y cómo influye la misma en la respuesta y estado emocional del individuo, Arellano y Baralt⁶ describen las barreras en la comunicación no verbal entre el docente y el alumno, y desarrollan una investigación titulada “Comunicación en la Prevención del Conflicto en Instituciones Educativas de Media, Diversificada y Profesional”⁶ Su objetivo corresponde a

la identificación de “barreras en la comunicación no verbal existentes entre docentes y alumnos de las instituciones educativas”⁶ y “los criterios para la selección de los docentes que participaron en la presente investigación, fueron sus funciones, enmarcadas en el área administrativo docente”⁶

Afirman que “los resultados de la investigación permiten una proyección hacia el estudio de poblaciones con características similares a la investigada”⁶ Los mismos se analizan considerando los indicadores; gestos, señales y decodificación. Los resultados del estudio evidencian que “los docentes en la interrelación con sus alumnos encuentran barreras comunicacionales que se manifiestan en gestos y señales, que interfieren con una comunicación efectiva”⁶ Demuestran que “los alumnos utilizan de manera rutinaria señales y un vocabulario cuyo significado es solo conocido por ellos”⁶. Identifican que “los gestos, señales y símbolos que se utilizan en la comunicación tienen varias limitaciones, y una de ellas son los significados múltiples que se le dan”⁶

Los autores mencionan que los resultados del estudio reflejan que el lenguaje no verbal “no es utilizado por los alumnos para ofender, agredir, o lastimar a sus docentes, repercutiendo esto en una comunicación que se basa en el respeto por los demás”⁶. Refieren que el docente debe ser congruente entre lo que quiere decir y lo que está diciendo. Añaden, que debe considerar aspectos como “tono de voz, gestos, orientación del cuerpo al hablar y hasta qué punto se acercan físicamente uno del otro”⁶. Al tomarlos en cuenta, podrá descubrir significados no explícitos en la comunicación. La investigación evidencia, que un alto porcentaje de docentes “considera el contexto del alumno, para la interpretación de los mensajes”⁶

El antecedente previamente citado, evidencia que las barreras en la comunicación no verbal entre el docente y el alumno pueden generar limitaciones en el proceso de comunicación e incluso conflictos. Se tiene claro que el estudio se refiere a la relación entre el docente y el alumno en instituciones educativas media, diversificada y profesional, sin embargo, como lo afirman los autores, este permite una proyección hacia el estudio de esta problemática en poblaciones similares; pudiendo incluirse dentro de las mismas la relación entre la persona con discapacidad intelectual, física o sensorial con aquella que aborde a la misma.

Muñoz, González et al.⁷, publican, refiriéndose también a las formas de comunicación, que se han realizado estudios con relación a la población con discapacidad intelectual; demostrando “cómo el aprendizaje de niños con estas características se facilita con el uso de técnicas y estrategias que apuntan hacia la comunicación analógica y no verbal”⁷ Seys, Kersten et al.⁷, citados por Muñoz, González et al.⁷, mencionan, citando a Drews, Yeargin-Allsopp et al.⁷, que “algunas investigaciones han permitido demostrar que los procesos de atención y memoria influyen en la interpretación y comprensión de la información en personas con discapacidad intelectual”⁷. Añaden que la comunicación no verbal facilita dichos procesos.

Un estudio que permite relacionar lo anteriormente descrito, realizado por Muñoz y Cornejo⁷ en el año 2008, citados por los mismos, consistió en que a un grupo de universitarios se les presentó un video con una serie de metáforas, incluyendo gestos que representan un significado para cada una, y a otro grupo se presentó la misma serie de metáforas con gestos que representaban un significado distinto al set anterior. Los autores refieren que, al terminar de ver el video, los universitarios debían escribir qué comprendieron, resultando de esta manera que

los gestos efectivamente dirigían el significado que los participantes le daban a cada expresión verbal; colaborando las mismas en la comprensión de la metáfora.

Goldin-Meadow et al⁷ en el año 2001, citados por Muñoz, González et al.⁷, afirman con respecto a la investigación citada en el párrafo anterior, que los gestos efectivamente facilitan la tarea de memoria, y lo demostraron realizando un experimento donde les solicitaron a niños y adultos que recuerden una lista de palabras, mientras explican cómo resolver un problema matemático. “Tanto los niños como los adultos recordaron de manera significativa más palabras cuando gesticularon durante sus explicaciones de matemáticas más que cuando no gesticularon”⁷. Concluyeron que “el gesto permitiría ahorrar los recursos cognitivos de las personas en la tarea de explicación, permitiéndoles que asignen más recursos a la tarea de memoria”^{7 A}

El antecedente citado permite demostrar cómo se facilita la comprensión e interpretación de la información en personas con discapacidad intelectual mediante técnicas y estrategias no verbales. Evidencia la importancia del lenguaje gestual y su relación con la capacidad de ellos para memorizar la información. Así, se determina el interés de utilizar estas técnicas al comunicarse con esta población y para su utilización hacia fines didácticos.

Otra investigación, realizada en Brasil, se relaciona con la comunicación no verbal y su importancia en los cuidados de enfermería. Santos y Shiratori⁸ plantean como objetivos los siguientes: “identificar el significado de la comunicación no-verbal para los académicos de enfermería y analizar la influencia de la misma en el cuidado”⁸. Refieren que la investigación se desarrolló durante el cuidado directo a un paciente en cama, intubado, con sus miembros superiores inmovilizados. El estudio demostró “que el cliente, a pesar de toda la dificultad,

intentaba utilizar la comunicación verbal para relacionarse con el equipo de enfermería”⁸, sin embargo, no se pudo comprender lo que él expresaba.

Añaden que se pudo percibir la angustia del paciente por medio de su cara y ojos, sin lograr interpretar la información que el mismo emitía. Santos y Shiratori⁸ mencionan que la comunicación no verbal “sí establece relación con los otros”⁸. Indican que “transmitimos los mensajes de forma inconsciente, por medio de la expresión de la cara, del lenguaje corporal, de las características físicas, del tacto y del proxémica”⁸. Plantean que “la imposibilidad de entender los mensajes emitidos por el cliente, se tornan en barreras de la comunicación, y esta es una capacidad que puede ser desarrollada por el profesional de salud, objetivándose así la mejora de la calidad de la asistencia prestada”⁸.

Los autores, partiendo de los resultados de esta investigación, resaltan la importancia del uso de la comunicación no verbal, utilizada por el equipo de enfermería en cualquier cuidado que se le proporcione al paciente, cliente, de forma holística, considerándolo como “un ser singular, donde los cuidados que le serán dados tendrán que ser hechos de manera individualizada y peculiar a cada sujeto, pues este es un ser humano inserto dentro del contexto bio-psico-social”⁸.

Esta investigación garantiza la trascendencia que tiene la comunicación no verbal en los cuidados de enfermería, específicamente, como es el caso del mismo, al tratarse de un paciente encamado, intubado e inmovilizado. Evidencia que el personal de enfermería percibe diversos sentimientos del paciente, como la angustia, por medio de sus ojos y rostro, sin embargo, interpretar la información que desean transmitir resulta complicado. El estudio determina la importancia de reforzar la capacidad de comunicarse de manera no verbal con el paciente y así comprender de mejor manera lo que el mismo refiere. Este punto resulta de interés en el

desarrollo del presente estudio, ya que la población seleccionada presenta limitaciones en la comunicación, estableciéndose la necesidad de un uso efectivo de diferentes formas no verbales de comunicación.

Así como se detalla en antecedentes anteriores, la importancia de implementar estrategias de comunicación dirigidas a la población con discapacidad, Molero, Osorio et al.⁹, desarrollan un estudio dirigido a la identificación de problemas encontrados por los profesionales que trabajan con personas con discapacidad intelectual. Refieren que la mayor parte de la investigación se dedica al estudio de los déficits de comunicación de esta población. Los autores destacan que las habilidades sociales de la persona con discapacidad intelectual, pueden verse afectada por conductas inadaptadas como agresión, destrucción de la propiedad, estereotipia y conductas autolesivas.

Kearny⁹ y Healy⁹ en el año 2011, citados por Molero, Osorio et al.⁹ relacionan los problemas de conducta severos con bajas habilidades sociales. Hayes, Mc Guire et al.⁹ en el año 2011 y Jiménez et al.⁹ en el año 2013, citados por Molero, Osorio et al.⁹ refieren “la existencia de una relación entre problemas de conducta, psicopatología comórbida y déficits de habilidades sociales, en casos de discapacidad intelectual”⁹. El estudio parte del siguiente objetivo inmediato: “conocer la valoración de las habilidades comunicativas y conductas problemáticas, en un grupo de personas con discapacidad intelectual, a partir de las observaciones del equipo educativo de atención directa”⁹. Los educadores son quienes analizan los puntos fuertes y débiles de cada usuario y sus valoraciones son contrastadas con el resto de educadores.

La investigación utiliza dos protocolos de observación para personas con discapacidad intelectual moderada para evaluar conductas verbales y no verbales, los mismos son

procedimientos de valoración conductual diseñados para utilizarse en centros de atención a personas con discapacidad intelectual. El cuestionario de conductas verbales recoge aspectos de interacción social como “conversación, expresión de sentimientos, realizar y responder a peticiones, dar y aceptar una negativa, escucha activa, seguimiento de instrucciones, disculparse, y participar en actividades”⁹. El observador señala la presencia o ausencia de cada habilidad evaluada. El cuestionario de conductas no verbales comprende ítems agrupados en las siguientes categorías: “distancia corporal, contacto ocular, contacto físico, apariencia personal, postura y expresión facial”⁹. El observador responde sí, no o a veces, y así valora puntos fuertes y débiles en el área de la comunicación no verbal de los usuarios.

Molero, Osorio et al.⁹ exponen los resultados del estudio; con respecto a la observación de conductas verbales. Todos los docentes observadores concuerdan en que los usuarios inician la comunicación, expresan sentimientos y realizan peticiones, sin embargo, no todos observan en los usuarios las siguientes habilidades verbales de comunicación : mantienen y finalizan la comunicación, responden a peticiones, dan y aceptan una negativa, mantienen escucha activa, se disculpan, siguen instrucciones y participan en la interacción. Con respecto a la observación de conductas no verbales, los docentes concuerdan únicamente en que todos los usuarios respetan la distancia interpersonal con desconocidos, sin embargo, no todos los usuarios realizan lo siguiente: respetan la distancia interpersonal con compañeros y profesores, realizan contacto visual al inicio y durante la comunicación, permiten el contacto físico en situaciones de aprendizaje, se ayudan en la comunicación con el contacto físico, su apariencia personal es acorde con la situación, giran su cuerpo en actitud de escucha y para dirigirse a otra persona, sus gestos corresponden con lo que desean expresar y mantienen actitud inexpresiva.

Así como se determinan en el antecedente anterior las dificultades encontradas por profesionales que trabajan con personas con discapacidad intelectual, se refuerza la importancia de utilizar la forma de comunicación más idónea con ellos, pese a sus limitaciones.

Nacionales

La Política Nacional de Salud Mental 2012-2021, define los principios, lineamientos, enfoques y plan de acción de la Salud Mental en el país. Dicha política elabora un análisis de la situación nacional por determinantes.

“Los determinantes de la Salud Mental son todos aquellos factores que promueven la Salud Mental o por el contrario tienen un impacto negativo en la salud. Se identifican cuatro que son: Biológicos, Ambientales, Sociales-Económicos-Culturales, y Servicios y Sistemas de Salud”¹⁰.

Los determinantes biológicos son elementos de salud física y mental que se desarrollan a consecuencia de aspectos biológicos y orgánicos de la persona, “como podría ser la carga genética, el proceso de envejecimiento, los sistemas internos del organismo, la estructura poblacional y otros”¹⁰.

Los trastornos del comportamiento en la niñez y la adolescencia conforman la tercera parte de las consultas de psiquiatría y cuando no se tratan oportunamente, generan problemas complejos y con mayor discapacidad mental y social.

“Los determinantes ambientales corresponden a los aspectos relacionados con el ambiente en general, como el ambiente humano, que modifican el estado de salud de las personas”¹⁰.

Alzamora¹⁰ en el año 2012, refiere que “el ruido se asocia a estrés, el cual causa cambios fisiológicos que afectan al sistema cardiovascular, el ritmo respiratorio, el sistema

gastrointestinal, el sistema urogenital, el sistema nervioso y el sistema auditivo, así como la estabilidad emocional, provocando irritabilidad, estados tensionales, mal humor, falta de atención, fatiga, entre otros”¹⁰.

Se evidencia según Moudon¹⁰, en el año 2009, que “el estrés relacionado con el ruido puede agravar desórdenes emocionales existentes”¹⁰.

Los determinantes, sociales, económicos y culturales comprenden variables como “aspectos culturales, estilos de vida, violencia social, discriminación por diversos motivos, estigma, ingresos económicos, nivel educativo, abuso de drogas, sedentarismo, alimentación, estrés, conducción peligrosa, empleo, prácticas de sexualidad, prácticas religiosas, la organización social, entre otras”¹⁰.

Los determinantes de sistemas y servicios de salud comprenden la provisión de servicios de salud y acceso de la población a los mismos.

La Política Nacional de Salud Mental tiene su normativa legal a nivel nacional y se basa en “la Constitución Política de Costa Rica (que establece en sus artículos 21 y 50, el derecho a la vida y a un ambiente sano), en la Ley 28 Política Nacional de Salud Mental 2012 - 2021 General de Salud (Ley N° 5395) y en la Ley Orgánica del Ministerio de Salud (Ley N° 7927)”¹⁰.

El artículo 13 de la Ley General de Salud N° 5395 dice que “los niños que presenten discapacidades físicas, sensoriales, intelectuales y emocionales, gozarán de servicios especializados”¹⁰.

La Comisión Nacional de Salud Mental establece la definición de salud mental para Costa Rica:

“La Salud Mental se entiende como un proceso de bienestar y desempeño personal y colectivo caracterizado por la autorrealización, la autoestima, la autonomía, la capacidad para responder a las demandas de la vida en diversos contextos: familiares, comunitarios, académicos, laborales y disfrutar de la vida en armonía con el ambiente”¹⁰.

Un estudio desarrollado por Quirós¹¹, en el Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad de Costa Rica, titulado “Repertorios comunicativos en la constelación autista” presenta como propósito “brindar un aporte para la investigación de la comunicación y el contexto comunicativo desde la perspectiva de la psicología del desarrollo”¹¹, el mismo comparte parte del supuesto planteado por Rivière y Núñez¹¹ en el año 1996, citados por la misma autora, el cual corresponde al siguiente:

“la mayoría de las concepciones y formas de relación presentes en los estilos comunicativos entre personas con autismo y sus interlocutores se encuentran determinadas en amplia medida por las representaciones sobre el autismo de los interlocutores, las cuales, se estructuran primordialmente y funcionan como estereotipos”¹¹.

Quirós¹¹ menciona que el estudio se realizó con la participación de dos niños de 9 y 11 años y sus respectivas familias. Los niños, en el momento de realizada la investigación, eran alumnos de una escuela especializada en neuropsiquiatría. Indica que dentro de la investigación se involucró, bajo consentimiento informado, a los docentes de la escuela y otros familiares involucrados en las tareas diarias escolares y familiares. Los niños, sujetos de estudio, habían sido referidos con el diagnóstico de autismo. Afirma que estos niños “requerían del entrenamiento en un sistema de comunicación particular (verbal o no verbal)”¹¹. Las observaciones se realizaron en los diferentes espacios educativos; aula regular, comedor, aulas

de cocina, de educación física, de música y en los hogares de los niños. Se realizaron también entrevistas a los maestros, padres, madres y demás familiares.

Se demostró que “las interacciones comunicativas de la vida cotidiana se sostenían sobre la base de la realización de tareas para el desarrollo”¹¹. De esta manera, la categoría tarea se consideró su unidad fundamental. Los canales más utilizados en la ejecución de 59 tareas analizadas con éxito durante la investigación, “son los canales visuales (80.6 %) y gestuales (83.3 %)”¹¹. Las conductas comunicativas verbales evidencian una ausencia de “emisiones verbales sintácticamente significativas, tales como palabras, frases u oraciones”¹¹. Predomina el uso de imperativos dirigidos hacia los niños en más de la mitad de las tareas. Quirós¹¹ comenta que “respecto a conductas comunicativas verbales como las reverberaciones, se encontró que ninguno de los dos niños las presenta”¹¹.

Esta investigación identifica los estilos comunicativos que prevalecen en la población autista. Evidencia que esta población requiere de un sistema de comunicación particular, tanto verbal como no verbal. Determina la forma de interacción comunicativa que utilizan en su vida cotidiana. Recalca el interés que representa el estudio de los canales que se utilizan al interactuar con estas personas con el fin de emitir el mensaje de una manera clara, y así, establecer un adecuado proceso de comunicación. El antecedente sirve como referencia para conocer y poner en práctica, la forma más idónea de comunicación, al interactuar con una persona autista.

En el Hospital Nacional de Niños, en el año 2010, se realiza un estudio titulado “Estrategias de comunicación para el personal de enfermería que atiende a personas sordas” Méndez, Ortiz et al.¹² aseguran que enfermería participa en el proceso de comunicación y relaciones

interpersonales, que basan su intervención en la observación o interacción con las personas. “Esta interacción se ve mediada por ciertos procesos comunicativos en los que existe una reciprocidad entre los interlocutores”¹². Plantean que cuando la persona presenta una deficiencia que limita su comunicación verbal, se interfiere esta interacción, además existe desconocimiento del personal de enfermería sobre estrategias comunicativas que permiten un adecuado proceso de comunicación con este tipo de personas.

La investigación realizada en el hospital mencionado establece como objetivo general “el desarrollo de un programa de capacitación sobre estrategias de comunicación dirigido al personal de Enfermería, con el propósito de facilitar la atención de personas con deficiencia auditiva que asisten al Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera”¹². La población estudiada estuvo conformada por el personal de enfermería femenino que laboraba en el Hospital Nacional de Niños en el 2010. El estudio determinó como limitantes del Proceso de Atención de Enfermería durante la comunicación con personas con deficiencia auditiva, que existe desconocimiento “por parte de las personas que reciben la atención, de los procedimientos que se les deben realizar y la finalidad de los mismos, lo cual les puede generar ansiedad”¹².

Respecto a la investigación descrita, Méndez, Ortiz et al.¹² mencionan que “se les solicitó a las participantes asumir el papel de personal de Enfermería atendiendo a una persona con deficiencia auditiva o el de una persona con deficiencia auditiva siendo atendida”¹². Añaden que, partiendo de situaciones planteadas, “las participantes expresaron haber experimentado sentimientos de impotencia, frustración y ansiedad debido a la incapacidad de transmitir comprensiblemente el mensaje deseado”¹². Los recursos utilizados en la actividad para intentar comunicarse eran internos y externos; “dentro de los internos se utilizó la mímica, usando

principalmente las manos y cara”¹², además señalaban partes del cuerpo. También “recurrieron a palabras verbales aun conociendo que la persona sorda de la situación descrita no escuchaba”¹². Los recursos externos implementados fueron el “uso de materiales como jeringas y agujas para explicar los procedimientos”¹². Finalmente, “las participantes expresaron algunas formas de comunicación no verbal para brindar instrucciones en una eventual atención con una persona sorda”¹².

El antecedente citado evidencia el papel de enfermería en el proceso de comunicación y relaciones interpersonales. Afirma que la interacción del personal de enfermería con personas con deficiencia auditiva es una tarea complicada, puesto que se desconocen estrategias comunicativas dirigidas específicamente a dicha población. Los autores del estudio afirman que el paciente con esta condición presenta altos niveles de ansiedad debido al desconocimiento de los procedimientos que se le deben realizar. A partir de este punto, se determina que el personal de enfermería debe capacitarse en la utilización de estrategias de comunicación dirigidas a personas con deficiencia auditiva.

1.1.2 Delimitación del problema

La investigación se lleva a cabo con una población de 100 personas, conformada por hombres y mujeres, mayores de edad, que asisten a la Asociación de Apoyo Integral para Personas con Discapacidad en Barva de Heredia o a la Asociación Nacional de Atención Múltiple para Personas Excepcionales en Santo Domingo de Heredia, durante el segundo cuatrimestre del 2018. El propósito de estas asociaciones es proporcionar a esta población las herramientas necesarias para fomentar su independencia y autonomía e incorporarse de esta manera a la sociedad.

La Asociación Integral para Personas con Discapacidad y la Asociación Nacional de Atención Múltiple para Personas Excepcionales son exclusivas para quienes presenten la condición de discapacidad física, mental o sensorial diagnosticada, y para quienes presenten patologías psiquiátricas diagnosticadas.

Esta población, por las condiciones físicas y psíquicas mencionadas tiende a mostrar niveles de ansiedad expresados en forma de agitación psicomotriz, hostilidad, temor, entre otros, ante la comunicación verbal y no verbal establecida por los cuidadores para dar indicaciones, ya sea para realizar las actividades de vida diaria o para limitar conductas disruptivas o no deseadas, siendo probablemente una barrera en la comunicación y la adecuada empatía que debería darse entre los mismos.

1.1.3 Justificación

De acuerdo con Hernández¹³, la investigación se justifica desde la conveniencia e implicación práctica; el trabajo busca identificar la prevalencia de signos y síntomas de ansiedad y respuesta de las personas con discapacidad, frente a las formas de comunicación utilizadas por sus cuidadores.

El estudio se justifica como implicación práctica, ya que, por medio de observación descriptiva, se pretende determinar las formas de comunicación utilizadas por los docentes o cuidadores dirigidas al proporcionar indicaciones a los usuarios de AIPED Y ANAMPE y la respuesta de los mismos; específicamente la ansiedad y sus formas de expresión tanto físicas como vegetativas.

El estudio procura beneficiar a la población con discapacidad, a los funcionarios que laboran en Centros para Personas con Discapacidad y el ambiente que rodea a los mismos; incluyendo

dentro del mismo a la familia y el entorno social de la persona. Pretende enfatizar en el proceso de comunicación de la persona con discapacidad; incluyendo necesidades, dificultades, limitaciones y su impacto en el desarrollo de ansiedad. Además, identificar las limitaciones en la comunicación dependientes del tipo y nivel de discapacidad del usuario, así como ciertas afecciones en el estado físico y psicoemocional de él (ella), que puedan dificultar aún más el proceso de comunicación.

La presente investigación propone una identificación de necesidades de los usuarios de AIPED y ANAMPE, en lo respectivo al proceso de comunicación. Pretende establecer estrategias con el fin de mejorar el proceso de comunicación entre los cuidadores y la población con discapacidad, para potenciar una comunicación efectiva entre ellos y de esa manera disminuir la prevalencia de signos y síntomas de ansiedad en los sujetos de estudio. El estudio, por medio de observación descriptiva en un tiempo determinado, la elaboración de un instrumento de elaboración propia y un efectivo análisis de los resultados del mismo, supone identificar datos relevantes, los cuales beneficiarán a la población en estudio, proporcionarán una respuesta a la pregunta de investigación y se cumplirán los objetivos establecidos.

1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia de signos y síntomas de ansiedad, y la respuesta de la persona con discapacidad frente a las formas de comunicación empleadas por los funcionarios de AIPED Y ANAMPE, durante el segundo cuatrimestre del 2018?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo General

Determinar la prevalencia de signos y síntomas de ansiedad, y la respuesta de la persona con discapacidad frente a las formas de comunicación empleadas por los funcionarios de cuidado directo de AIPED Y ANAMPE, durante el segundo cuatrimestre del 2018.

1.3.2. Objetivos específicos

Caracterizar a la población en aspectos sociodemográficos.

Identificar la prevalencia de signos y síntomas de ansiedad y la respuesta de la persona con discapacidad cognitiva e intelectual frente a las formas de comunicación empleadas por los funcionarios de cuidado directo de AIPED Y ANAMPE, utilizadas al proporcionar indicaciones, durante el segundo cuatrimestre, 2018.

Identificar las formas de comunicación verbal y no verbal empleadas por los funcionarios de cuidado directo de AIPED Y ANAMPE, al proporcionar indicaciones a los usuarios, durante el segundo cuatrimestre, 2018.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1. Alcances de la investigación

Se identifican las formas de comunicación más apropiadas que debe utilizar el funcionario de cuidado directo para proporcionar indicaciones a la persona con discapacidad, para iniciar actividades psicoeducativas, realizar actividades básicas de vida diaria y limitar conductas disruptivas.

Se identifican estrategias de comunicación asertiva dirigidas a la población con discapacidad.

1.4.2. Limitaciones de la investigación

Difícil acceso a la información del usuario, específicamente su historia clínica, por expedientes incompletos.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

CONTEXTO HISTORICO

Ansiedad

Vetere y Rodríguez¹⁴ plantean que a lo largo del tiempo han surgido diversos modelos teóricos sobre la ansiedad. Ellos refieren que desde el modelo conductual se postula que “la ansiedad es el resultado de un condicionamiento clásico. Esta aparecería como respuesta a un estímulo, a la vez que actuaría luego como estímulo sobre respuestas”¹⁴

Enuncian que las intervenciones propuestas desde el modelo descrito, suelen hacer uso de técnicas de control de la ansiedad, basadas propiamente en la “teoría del impulso sobre la ansiedad”¹⁴. Las intervenciones postulan, según Vetere y Rodríguez¹⁴, que “si una persona aprende a identificar las primeras señales de ansiedad, puede entonces poner en práctica técnicas para su reducción y de este modo mantenerla controlada”¹⁴ Añaden que varios estudios demuestran buenos resultados en el tratamiento de la ansiedad situacional con un buen entrenamiento en el manejo de la misma.

Desde la terapia cognitiva estándar se postula que “la ansiedad surge al interpretar situaciones como peligrosas o amenazantes, independientemente de que se trate de situaciones que entrañan un riesgo real o no”¹⁴. Es “producto de la ecuación entre la probabilidad de la amenaza percibida y la capacidad de afrontamiento de esta”¹⁴.

Comunicación

La palabra comunicación, según refiere Wolton¹⁵ tiene dos sentidos en el origen de su éxito. El primer sentido, según lo menciona, surge “en el siglo XII (1160), proviene del latín y remite a

la idea de comunión, de compartir”¹⁵. El segundo sentido, “se manifiesta en el siglo XVI; quiere decir transmisión, difusión”¹⁵. Este se relaciona al desarrollo de técnicas. Por tanto, “comunicar es difundir, mediante escritos, libros y periódicos, luego mediante el teléfono, la radio y el cine, y, finalmente, mediante la televisión y la informática”¹⁵.

El autor postula que las técnicas de comunicación se implementaron para “comunicarse mejor, para comprenderse mejor”¹⁵. Añade que “la comunicación remite simultáneamente a su dimensión normativa (el compartir como valor e ideal) y a su dimensión funcional (la difusión y la interacción como hechos)”¹⁵.

Watzlawick¹⁶, citado por del Pozo¹⁶, plantea que “toda conducta es comunicación”¹⁶ refiere que cualquier manera de comportamiento verbal, gestual u otro, puede transmitir información desde el emisor al receptor y viceversa. Una persona se comunica con otra al decir algo, o bien, al callar, es decir, un silencio puede también comunicar. Cuando una persona hace un gesto concreto, o bien, se viste de una manera en particular, está comunicándose. Igualmente pasa con el tono de voz, ya que, una frase puede tener distinto significado cuando se comunica con un tono de voz alto, se dice muy rápido o muy lento.

El autor indica, que los componentes de todo proceso de comunicación son: no verbales, verbales y paralingüísticos. Los no verbales, involucran expresiones faciales, mirada, gestos y distancia interpersonal; todas estas cambian el contenido del mensaje. Los verbales, se refieren al contenido de la conversación y los paralingüísticos involucran aspectos como el tono de voz, fluidez y velocidad del habla.

Asertividad

Janda¹⁷ en el año 1998, citado por Naranjo¹⁷ afirma que “el entrenamiento para lograr una conducta y una comunicación asertivas, fue una de las primeras técnicas desarrolladas por los terapeutas de la conducta en la década de 1950 y comienzos de la década de 1960”¹⁷ Menciona que “la palabra asertivo, de aserto, proviene del Latín asertus y significa afirmación de la certeza de una cosa, por lo que se deduce que una persona asertiva es aquella que afirma con certeza”¹⁷

La autora plantea que la asertividad es una conducta, no es una característica de la personalidad, por esta razón se habla de asertividad como una habilidad social. Añade que las técnicas asertivas, propuestas por las teorías de la conducta, “se basan en el principio de que cuando una persona modifica sus actos, también modifica sus actitudes y sus sentimientos”¹⁷. Garantiza que “se pueden desarrollar estrategias para cambiar la conducta, al margen de posibles motivos inconscientes que conduzcan a ésta”¹⁷.

Naranjo¹⁷ refiere que la persona se siente más satisfecha con ella misma y con las demás personas cuando pone en práctica el comportamiento asertivo. Güell y Muñoz¹⁷ en el año 2000, citados por la misma autora, señalan que “las experiencias de seguimiento de casos clínicos en los que se ha empleado el entrenamiento asertivo con éxito confirman una mejora en las relaciones sociales”¹⁷ Neidharet, Weinstein et al.¹⁷ en el año 1989, citados por Naranjo¹⁷, enfatizan que la asertividad es una manera de conducta normal.

Para Naranjo¹⁷, la asertividad se considera como “la conducta que posibilita la disminución de la ansiedad, otros la consideran como la defensa de los derechos propios y algunos como la habilidad para expresar sentimientos y pensamientos”¹⁷.

Descripción del lugar donde se realiza la investigación

AIPED (Asociación de Apoyo Integral para Personas con Discapacidad)

La Asociación consiste en un centro diurno, inaugurado el 25 de octubre del 2013, en Barva de Heredia, según refiere Bonilla¹⁸, inicia como “culminación del sueño de construir un espacio físico digno que permitiera dar calidad de vida a un grupo de hermanos adolescentes y algunos mayores que tienen necesidades especiales”¹⁸.

El autor menciona que AIPED posee infraestructura, tecnología de calidad y arquitectura moderna, haciendo uso de principios de “bioclimatismo y sustentabilidad”¹⁸, la cual cumple con normas de acceso universal. Es una asociación no lucrativa, dedicada a proporcionarle a la persona con discapacidad, “atención especializada y calidad de vida”¹⁸.

El edificio en su primera etapa consta de “recepción, sala de espera, salón comedor y una cocina, dos baterías sanitarias una para hombres y para mujeres, toda la edificación rodeada de corredores y zonas verdes”¹⁹, para el 2014 se atendieron a 30 personas con discapacidad y para el siguiente año se pretendía atender a 60 jóvenes con discapacidad, para ello se requería “invertir 170 millones de colones más autorizados y pendientes en la Junta de Protección Social”¹⁹

Personal

“Desde sus inicios el personal ha sido voluntario”²⁰, el mismo es un 80 % voluntario y corresponde a un grupo heterogéneo. Se compone de maestras y profesores pensionados, amas de casa, madres de algunos jóvenes, etc. Atienden a una población de 34 personas con discapacidad, a quienes se les ofrece atención variada todos los días.

Según la información proporcionada por los funcionarios de la asociación, el personal asalariado se conforma por dos docentes; una de ellas Educadora Especial y la otra orientadora, un conserje, una administradora, una contadora y una cocinera. El personal voluntario, como se mencionó anteriormente, está compuesto por madres de algunos usuarios, una psicóloga que asiste esporádicamente, y demás personas que contribuyen de manera voluntaria con su tiempo a la Institución. El personal asalariado labora de 8 am. a 1 pm. de lunes a viernes y dos veces a la semana trabajan hasta las 2:30 pm., ya que proporcionan atención individual al usuario.

Bases Organizacionales y Reglamentación

De acuerdo con los datos proporcionados por el personal de la Asociación de Apoyo Integral para Personas con Discapacidad, la misma se rige a nivel nacional bajo la Ley 7600. Presenta un reglamento interno, el cual se desea renovar.

ANAMPE (Asociación Nacional de Atención Múltiple para Personas Excepcionales)

La Asociación labora “bajo la modalidad del programa CAIPAD (Centro de atención de adultos con discapacidad) para personas adultas mayores de 18 años”²¹. La misma se compromete a “mejorar la calidad de vida de los usuarios, afectada por algún tipo de discapacidad y el objetivo principal es luchar por una equidad social y la equiparación de oportunidades e igualdad de derechos de las personas adultas con discapacidad”²¹. Procura en los usuarios el aprendizaje de hábitos de autocuidado para su vida diaria y la “utilización de herramientas, con el fin de que puedan integrarse en el ámbito socioeconómico de la comunidad en la que viven, con el propósito de que se sientan respetados e integrados”²¹. Para cumplir con este fin, proporciona servicios de Enseñanza Especial, Terapia Ocupacional, Educación para el Hogar, Artes Industriales y Alimentación.

La sede de la Asociación se ubica “en Santo Domingo de Heredia, de la Basílica 100 metros norte y 200 metros este, y se ha ido adaptando para cumplir con los requisitos de la ley 7600”²¹.

Su misión y visión corresponde a la siguiente, según información proporcionada por la secretaria de la asociación.

Misión

Mejorar la calidad de vida de las personas adultas con discapacidad, eliminando todo tipo de discriminación, con el fin de que sean integradas sin perjuicio en sociedad.

Visión

Brindar un servicio que evolucionará en la formación, capacitación y atención de las personas adultas con discapacidad, a fin de que puedan participar en el proceso socioeconómico de su comunidad, como personas autosuficientes.

Personal

Está compuesto por personas que aportan su conocimiento profesional y técnico, importante para el logro de objetivos y metas de la institución. “El personal se divide en docentes y administrativos, y miembros de la Junta Directiva, que a pesar de que fungen una labor muy importante para la administración y la toma de decisiones del Centro, estos no cuentan con remuneración salarial”²¹.

De acuerdo con información proporcionada por el personal de la asociación, actualmente ANAMPE cuenta con cuatro docentes, una de ellas de Educación para el Hogar, otro docente de Artes Industriales, una docente de Terapia Ocupacional y otra de Enseñanza Especial.

El personal administrativo de ANAMPE está compuesto por la administradora del centro, la secretaria, una asistente de pacientes y la Junta Directiva. El resto del personal se compone por tres cocineros, una de ellas es una usuaria, quien es admitida por la administración del centro para laborar como tal. Otros dos usuarios son admitidos en el centro para laborar como asistentes del departamento administrativo.

Bases Organizacionales y Reglamento

De acuerdo con la información suministrada por la secretaria de ANAMPE, la asociación se rige a partir de la ley 7600 y por el Ministerio de Educación bajo la ley 8131, 8791 y bajo el decreto 36895.

La Asociación se rige bajo un reglamento interno, el cual fue facilitado por el personal administrativo de ANAMPE. Fue modificado y aprobado el 06 de mayo del 2009, en convenio de colaboración con el MEP. Contiene diecisiete capítulos que comprenden información acerca de los beneficiarios directos; sus derechos, deberes, suspensiones, prohibiciones y reserva de ingresos y egresos. También establece las obligaciones de ANAMPE y del padre de familia o encargado del usuario. Incluye aspectos relacionados con los servicios voluntarios, y con las obligaciones y beneficios de los y las docentes y profesionales del centro.

CONTEXTO TEORICO-CONCEPTUAL

Ansiedad

Piqueras, Martínez et al²², siguiendo a Sandín²² y Chorot²², definen la ansiedad como “una respuesta del organismo que se desencadena ante una situación de amenaza o peligro físico o

psíquico, cuyo objeto es dotar al organismo de energía para anular o contrarrestar el peligro mediante una respuesta (conducta de huida o de agresión)”²².

Sierra, Ortega et al.²³ refieren que “las manifestaciones de la ansiedad consisten en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual y cognitiva, caracterizada por un estado generalizado de alerta y activación”²³.

Piqueras, Martínez et al.²² mencionan que la ansiedad funciona a manera de adaptación y pone al individuo en un estado de alerta ante estímulos o situaciones que pueden ser, o tienen un riesgo potencial de convertirse en una amenaza. Añaden que esta se convierte en una situación clínica cuando “el estímulo presentado es inofensivo y conlleva una compleja respuesta de alerta, cuando la ansiedad persiste en el tiempo, superando lo meramente adaptativo y los niveles de alerta persisten”²², interrumpiendo el desempeño del individuo y sus relaciones sociales.

Sierra, Ortega et al.²³ afirman, con respecto a la ansiedad, que “todas las teorías están de acuerdo en que consiste en una respuesta emocional compleja, adaptativa y fenomenológicamente pluridimensional”²³

Estado de ansiedad

Becerra, Madalena et al.²⁴ plantean que todo individuo ha percibido alguna sensación desagradable en determinadas circunstancias. Esa sensación, puede percibirse en situaciones como “participar de una entrevista para conseguir empleo, ser llamado a la oficina del jefe sin saber el motivo”²⁴ y muchas otras circunstancias.

Al presenciar este tipo de situaciones, la persona puede sentir “frío en el estómago, boca seca, manos sudadas, palpitaciones, atención aumentada a lo que pasa a su alrededor, tensión muscular, incapacidad de reaccionar”²⁴. Todas estas manifestaciones están vinculadas a una sensación desagradable de la cual, de ser posible, quien las está presenciando escaparía.

Afirman que todo este grupo de manifestaciones, sensaciones y respuestas del organismo se definen como ansiedad, y de manera más amplia, estado de ansiedad. Enuncian que “este estado aparece cuando se detecta un peligro o amenaza potencial o ante la presencia de estímulos ambiguos”²⁴ y que “en estos casos, la amenaza es indicada por estímulos, innatos o aprendidos, que señalizan peligro”.

Los autores señalan, con respecto a la ansiedad, que al inicio ocurre un “estado de alerta tenso, inhibición comportamental y, si es posible, evitación de la situación”²⁴. Mencionan también que “un importante desencadenador del estado de ansiedad es la presencia de un conflicto, en el cual el individuo necesita escoger entre dos situaciones simultáneas e incompatibles entre sí”²⁴. El conflicto puede ser de dos tipos; “aproximación-evitación, involucrando una situación atrayente o recompensadora y otra aversiva o desagradable”²⁴.

Becerra, Madalena et al.²⁴ postulan que la supervivencia del individuo es garantizada por un “buen desempeño en la solución de estos conflictos junto con el estado de alerta producido por niveles bajos de ansiedad”²⁴. Además, “las respuestas fisiológicas y comportamentales que componen el estado de ansiedad son, del punto de vista evolutivo, perfectamente normales y adaptativas”²⁴.

Concluyen que al exacerbarse el funcionamiento de las estructuras que regulan la ansiedad, surgen “respuestas exageradas frente a estímulos amenazadores”²⁴, intensificándose de esta

manera las sensaciones desagradables y “amenazas que serían leves o insignificantes a otros pasan a producir respuestas fisiológicas y comportamentales equivalentes a amenazas graves”²⁴ para quien padece una crisis de ansiedad.

Signos y síntomas

La Teoría Tridimensional de la Ansiedad, propuesta por Lang²⁵ en el año 1968, citado por Martínez, Inglés et al.²⁵, plantea que “la ansiedad se manifiesta según un triple sistema de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor o conductual) que pueden ser discordantes”²⁵. La teoría indica que este triple sistema generará diferentes perfiles de respuesta, los cuales, requieren evaluación específica para la elección del tratamiento más adecuado.

Bellack²⁵ y Lombardo²⁵ en el año 1984 y Barlow²⁵ en el 2002, citados por Martínez, Inglés et al.²⁵ apoyan la teoría propuesta por Lang²⁵ y refieren que los tres componentes de la misma se conceptualizan de la siguiente manera:

a. Respuesta cognitiva: “la ansiedad normal se manifiesta en pensamientos o sentimientos de miedo, preocupación, temor o amenaza; mientras que la ansiedad psicopatológica se vivencia como una catástrofe inminente (amenaza magnificada)”²⁵.

b. Respuestas fisiológicas: están asociadas al aumento en la actividad del Sistema Nervioso Autónomo y Somático y “de la actividad neuroendocrina del Sistema Nervioso Central, “como consecuencia de este incremento se pueden producir aumentos en la actividad cardiovascular, la actividad electrodérmica, el tono músculo-esquelético y/o la frecuencia respiratoria”²⁵.

c. Respuestas motoras: conocidas también como respuestas conductuales. Corresponden a cambios en la respuesta motora, se dividen en cambios con respuestas directas; incluyendo “tics,

temblores, inquietud motora, tartamudeo, gesticulaciones innecesarias, etc”²⁵ y con respuestas indirectas; incluyendo “conductas de escape o evitación producto de la ansiedad y que, usualmente, no están bajo un total control voluntario por parte de la persona”²⁵. Mencionan que las respuestas indirectas aparecen después de la presencia de respuestas de ansiedad de los primeros dos componentes descritos (cognitivo y fisiológico).

Clasificación de las respuestas motoras o conductuales

Méndez, Olivares et al.²⁵ en el año 2001, citados por los mismos autores, establecen una clasificación de las respuestas motoras o conductuales. La misma, se divide en: respuestas de evitación activa; donde el individuo actúa “obviando la aparición de los estímulos que provocan las respuestas de ansiedad”²⁵, respuestas de evitación pasiva; donde el individuo detiene la realización de determinada acción “logrando que los estímulos evocadores de las respuestas de ansiedad no se presenten”²⁵, respuestas de escape; donde “la persona se aleja del objeto temido cuando se encuentra de forma inesperada con él o por presión social”²⁵ y respuestas motoras alteradas; las cuales ocurren en caso de que determinada condición fuerce al individuo a permanecer en la situación desagradable y temida para el mismo, en este momento, “aparecen perturbaciones de la conducta motora verbal (voz temblorosa, bloqueos, repeticiones, etc.) y no verbal (tics, temblores, muecas faciales, etc.)”²⁵

Hostilidad

Spielberger et al.²⁶, en el año 1985, citados por Carrasco y González²⁶, plantean que la hostilidad comprende “un conjunto de actitudes negativas complejas, que motivan, en última instancia, conductas agresivas dirigidas a una meta, normalmente la destrucción o el daño físico de objetos o personas”²⁶. Afirman, citando a Berkowitz²⁶, quien menciona en el año 1996, que la hostilidad

se trata de un componente cognitivo y evaluativo, viéndose reflejado en un juicio negativo o desfavorable de la otra persona, sobre la que se muestra disgusto o desprecio. Según Carrasco y González²⁶, la hostilidad representa el componente actitudinal cognitivo.

Palmero, Díez et al²⁷ definen la hostilidad como “una actitud negativa hacia los demás y hacia la misma naturaleza humana, que consiste en su enemistad, denigración y rencor”²⁷. Generalmente implica una devaluación de los motivos y valores de los demás, además de la expectativa de que los demás son fuente de malas obras. También implica el deseo de oposición hacia los demás, incluyendo el deseo de causarles daño. La hostilidad aparece cuando se “presupone la existencia de un estilo atribucional basado en la cognición de amenaza y en la presunción de malevolencia por parte de los demás”²⁷.

Los mismos autores también definen la hostilidad desde una perspectiva multidimensional; diferenciando “entre las tres formas de posibles manifestaciones que se hallarían incluidas en el concepto de hostilidad: cognitivas, afectivoemocionales y conductuales”²⁷. El componente cognitivo comprende las creencias negativas sobre los demás, las cuales, “producen tendencias atribucionales que hacen más fácil interpretar la conducta de los demás como amenazadora u opositora”²⁷. El componente afectivo- emocional involucra estados emocionales propiamente, como “la ira, el enfado, el resentimiento, el disgusto y el desprecio”²⁷. El tercer componente, el conductual, involucra propiamente la agresión, expresada de manera física o verbal. Concluyen que la hostilidad resulta de la influencia que ha tenido el medio ambiente en el desarrollo de la vida del individuo.

Postulado del DSM-V con respecto a la ansiedad

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su quinta edición, postula que “la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura”²⁸, se asocia con “tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos”²⁸. Indica que “el nivel de miedo o ansiedad se ve reducido por conductas evitativas generalizadas”²⁸

Plantea que el miedo se diferencia de la ansiedad ya que se asocia “a accesos de activación autonómica necesarios para la defensa o la fuga, pensamientos de peligro inminente y conductas de huida”²⁸. Las conductas evitativas generalizadas pueden reducir el nivel de miedo o ansiedad, según lo afirma el manual.

El DSM-V define los trastornos de ansiedad como “los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas”²⁸. Estos “se diferencian entre sí, según el tipo de objetos o situaciones que inducen el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas, y según la cognición asociada”²⁸. La diferencia entre los trastornos de ansiedad y el miedo o ansiedad propios del proceso de desarrollo se determina “por ser excesivos o persistir más allá de los períodos de desarrollo apropiados”²⁸. Pueden distinguirse de la ansiedad o miedo transitorio, inducido frecuentemente por estrés, ya que son persistentes “(p. ej., suelen tener una duración de 6 meses o más)”²⁸.

Se menciona en el DSM, en su quinta edición, que “los sujetos con trastornos de ansiedad suelen sobrestimar el peligro en las situaciones que temen o evitan”²⁸. Sin embargo, la decisión de si ese miedo o ansiedad es desproporcionado o excesivo, se toma considerando factores de contexto cultural. Este apartado del manual, ubicado en la Sección II del mismo, comprende los

trastornos de ansiedad según la edad típica del inicio de los síntomas. Cada uno de estos es diagnosticado “sólo cuando los síntomas no son atribuidos a los efectos fisiológicos de una sustancia /medicamento u otra afección médica, o no se explican mejor por otro trastorno mental”²⁸.

Los trastornos de ansiedad se clasifican, según el DSM-V, en Trastorno de Ansiedad por Separación, Mutismo Selectivo, Fobia Específica, Trastorno de Ansiedad Social (Fobia Social), Trastorno de Pánico, Agorafobia, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Ansiedad Inducido por Sustancias, Trastorno de Ansiedad debido a otra afección médica y otro trastorno de ansiedad no especificado.

Postulado del CIE- 10 con respecto a la ansiedad

La Clasificación Internacional de Enfermedades, en su décima edición, no establece una definición general de ansiedad. Incluye, en su capítulo V, en el apartado correspondiente a trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos, a los trastornos de ansiedad y divide los mismos en: trastornos fóbicos de ansiedad; incluyendo agorafobia, fobias sociales, fobias específicas (aisladas), otros trastornos fóbicos de ansiedad y trastorno fóbico de ansiedad, no especificado.

Además de los trastornos fóbicos de ansiedad, comprende otros trastornos de ansiedad, como el trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica), trastorno de ansiedad generalizada, trastorno mixto de ansiedad y depresión, otros trastornos de ansiedad mixtos, otros trastornos de ansiedad especificados y finalmente el trastorno de ansiedad, no especificado. Tanto las definiciones compartidas por el Manual de Enfermedades Mentales y la Clasificación

Internacional de los Trastornos Mentales postulados por la OMS incluyen los mismos signos y síntomas vegetativos y emocionales de la ansiedad.

Comunicación

Díez³⁰ menciona que no hay una única definición de comunicación, las definiciones más usadas corresponden a “la capacidad que tiene todo ser animado de relacionarse con su entorno, el intercambio de ideas o pensamientos entre dos o más personas, una manera de entrar en contacto con los demás”³⁰.

Agrega otras definiciones de comunicación, como el “conjunto de técnicas que permiten la difusión de mensajes escritos o audiovisuales a uno o varios públicos, un proceso bilateral, un circuito en el que interactúan y se interrelacionan dos o más personas, a través de un conjunto de signos o símbolos convencionales, por ambos conocidos”³⁰.

La autora selecciona la última definición, ya que en esta se encuentran los “tres actores que confluyen en toda comunicación humana”³⁰, los cuales corresponden al emisor, receptor y mensaje.

Funciones de la comunicación

Lomov³¹ en 1989, citado por Moré, Velazco et al.³¹, indica que la comunicación presenta tres funciones, las cuales corresponden a “la informativa o cognoscitiva, la afectiva y la reguladora”³¹. Refiere que la función informativa o cognoscitiva abarca todo lo referente a la “transmisión y recepción de la información”³¹, la reguladora comprende la “regulación de la conducta”³¹. La función afectiva es considerada como la “menos desarrollada en el proceso de

comunicación”³¹, se relaciona con el estado de ánimo y los sentimientos, “en ello juega un papel fundamental el contacto físico que se establece entre los miembros de la familia”³¹.

Proceso de comunicación

Díez³⁰ postula que el proceso de comunicación requiere de ocho pasos para que sea efectivo, y se requieren “sin importar si este se realiza utilizando el habla, cualquier tipo de señal con las manos, mediante imágenes o utilizando cualquier otro medio de comunicación o tipo de lenguaje”³⁰. La autora enumera estos pasos de la siguiente manera: el primero es el “nacimiento de la idea y el desarrollo de esta, con una determinada intención; lo que una persona quiere contar a otra, codificación del mensaje, es decir, poner el mensaje en un código común para emisor y receptor, bien sean palabras o símbolos conocidos por ambos interlocutores”³⁰

El siguiente paso, al estar elaborado el mensaje, corresponde a la transmisión de este; debe seleccionarse el canal más adecuado para transmitir el mensaje, tomando en consideración posibles interrupciones e interferencias que pueden surgir. Luego, la recepción del mensaje por medio de un canal de recepción, el cual puede ser la vista, el oído, el tacto, el olfato y el gusto. La recepción del mensaje es mejor cuantos más órganos intervengan en la misma. Finalmente, toma lugar la interpretación del mensaje por parte del receptor, quien intenta construir una idea del mensaje que fue transmitido por el emisor. Díez³⁰ concluye, que si la idea que construye el receptor coincide con lo que el emisor quiso transmitir, se dice que “se ha logrado la comprensión del mensaje”³⁰.

Componentes básicos de la comunicación

Catalán, Muñoz et al.³², partiendo del modelo de las 5 W de Laswell, indican que los componentes básicos de la comunicación corresponden a los siguientes:

Emisor

Corresponde a la persona que “diseña y dirige un contenido con información”³². Afirman que el emisor no debe mezclar la realidad con opiniones subjetivas.

Mensaje

Un mensaje debe contemplar seis requisitos para impedir una deformación de lo que realmente se desea comunicar. Estos requisitos, corresponden a: “credibilidad, utilidad, claridad, continuidad y consistencia, adecuación en el medio, disposición del auditorio”³². La adecuada comprensión del mensaje es influida por factores que se deben tomar en consideración en todo proceso de comunicación, los cuales, corresponden a los siguientes, de acuerdo con los autores.

- El género.
- La edad.
- El nivel de educación.
- La capacidad de comunicación.

Canal

Corresponde al “vehículo o medio que transporta los mensajes”³². Hay diferentes maneras en las que los mensajes se transmiten por medio de canales, las cuales son: “informales, formales, verticales y horizontales”³².

Receptor

Es la persona que recibe, capta e interpreta la información que le transmite el emisor. Debe considerarse la “habilidad comunicativa”³² del receptor, ya que, si el mismo no tiene la habilidad

para “escuchar, leer y pensar”³², no tendrá la capacidad para “recibir y comprender los mensajes que la fuente ha transmitido”³². La manera en que el receptor interpreta el mensaje es afectado por aspectos culturales, sociales y conductuales del mismo.

Jackobson³², citado por los mismos autores, en el año 1960, introdujo el término retroalimentación, mejorando de esa manera el modelo de las 5W de Laswell. Planteó que “para que exista verdadera comunicación, el receptor ha de enviar un mensaje al emisor, lo que constituye la retroalimentación o *feedback* necesaria para que el proceso comunicativo sea completo y efectivo”³²

Procedimientos e instrumentos en comunicación (formas y técnicas de comunicación)

Catalán, Muñoz et al.³² refieren que los procedimientos e instrumentos de comunicación (formas y técnicas de comunicación), se clasifican en “lenguaje verbal y conductas y sistemas no verbales”³².

Lenguaje verbal

El lenguaje verbal puede presentarse de manera oral o escrita. Los autores enfatizan en la importancia de la homogeneidad que debe existir entre la comunicación verbal y el lenguaje corporal, ya que, el lenguaje corporal complementa al lenguaje verbal. La comunicación postural y el lenguaje gestual no debe contradecir lo que se está comunicando verbalmente. Cuando se emite un mensaje, “la vista de la persona debe estar enfocada hacia los ojos del receptor”³².

Conductas o sistemas no verbales

Las conductas o sistemas no verbales corresponden a la forma de comunicación no lingüística, constituyendo la “parte principal de la comunicación diaria, el cara a cara”³². Para el antropólogo social Hall³², citado por Catalán, Muñoz et al.³² “el 60 % de nuestras comunicaciones no son verbales”³², esto quiere decir que se usa más el lenguaje gestual de lo que se tiene conciencia.

Uno de los canales con mayor valor comunicativo corresponde a la mirada y las expresiones faciales. Se ejemplifica este aspecto de la siguiente manera: “cuando miramos a nuestro paciente, le indicaremos que es objeto de nuestra atención. Evitar su mirada tendrá el efecto contrapuesto”³². También, se ejemplifica de la manera contraria; “una mirada fija puede ser utilizada para incrementar la autoimagen, intimidar, señalar nuestra posición de superioridad o mostrar nuestra hostilidad”³².

Doval⁵ destaca la importancia de la mirada en la comunicación no verbal, menciona que “en la cultura occidental, la mirada o el contacto visual tienen un valor positivo para la gente”⁵. Asimismo, afirma que “emitir y recibir información no verbal en el contacto visual parece necesario para reconocer los sentimientos y las emociones, las preocupaciones y tensiones”⁵.

Gestos posturales de la comunicación corporal

Tanto la posición como la orientación al interactuar una persona con otra corresponden al momento donde “se interpretan las conductas no verbales y un grupo de conductas posturales específicas, relacionadas con el grado de conexión psicológica entre los interactuantes que pueden influir la propia interacción”⁵.

Tono de voz

“La palabra hablada en la comunicación humana, más allá de su nivel cognitivo, es connotada positivamente, contradicha y aun embellecida tanto por el tono y la calidad de la voz como por las expresiones faciales y los movimientos corporales del metamensaje no verbal”⁵.

Es decir, al transmitir un mensaje verbal, el tono de voz utilizado, las expresiones faciales, la posición corporal y demás elementos de la comunicación no verbal influyen en la interpretación del mismo por parte del receptor.

El autor resalta la importancia del tono de voz; refiere que el mismo es de suma importancia debido al “metamensaje que transmite del estado emocional del que habla, que a menudo puede ser comprendido aun cuando no pueda ser entendido”⁵. Hay expresiones emocionales de la voz como “felicidad, tristeza, miedo, disgusto, sorpresa y enojo”⁵, las cuales son universales, incluso los lactantes responden al tono de voz. “Es por medio de la expresividad vocal (codificación) y la sensibilidad al tono de voz (decodificación) que son transmitidos los elementos sutiles de la comunicación, afectados por la experiencia emocional”⁵.

En otras palabras, el primer nivel de comunicación que se limita a la expresión de ideas y frases gramaticales carece de la parte emocional y límbica que lleva el metamensaje y que a la postre es la que ayuda y permite el establecimiento de las relaciones sociales y la dinámica para bien o para mal que de ella pueda surgir.

Comunicación paralingüística

Catalán, Muñoz et al.³², no dejan de lado el paralenguaje, el cual, según lo mencionan, se clasifica dentro de los sistemas y conductas no verbales. “El paralenguaje hace referencia a las

características vocales del habla e incluye el tono, el timbre, la intensidad, la velocidad del habla, con sus pausas, vacilaciones, susurros, gruñidos, otros”³².

Poyatos³³ expresa que el paralenguaje comprende cuatro categorías. “La primera de ellas corresponde a las cualidades primarias básicas, tales como timbre, resonancia y ritmo de una voz masculina; los rasgos entonativos y registros animados de una mujer”³³. Otra categoría, corresponde a sus controles o calificadores, los cuales pueden ser: “laríngeo o faríngeo, labial, mandibular u objetual”³³. También se usan diferenciadores paralingüísticos, es decir, “reacciones fisiológicas y psicológicas que varían funcional y actitudinalmente entre culturas”³³. Las reacciones incluyen “risa, llanto, gritos, toses y carraspeos , estornudos y bostezos”³³.

Se usan, entre las palabras al comunicarse, alternantes paralingüísticos como “chasquidos linguales, aspiraciones y espiraciones, siseos, chisteos, bisbiseos, fricciones faríngeas o nasales, gemidos, gruñidos, resoplidos, ronquidos, soplos, sorbos, jadeos, sonidos dubitativos”³³. Más allá del paralenguaje, existen “sonidos extrasomáticos cuasi paralingüísticos, como los del entorno natural y objetual, considerados a un nivel perceptivo relacionado con la personalidad y cultura del hablante”³³.

Es decir, además de la comunicación verbal y no verbal, la comunicación paralingüística llega a reforzar aún más, el proceso de comunicación. La connotación e interpretación de la información transmitida puede cambiar, al considerarse los componentes paralingüísticos descritos en el párrafo anterior.

Formas de comunicación en Salud

Naranjo y Ricaurte³⁴ postulan que la comunicación con pacientes no solo se origina con palabras; las expresiones no verbales y el silencio son también formas de comunicación. Para proporcionar un cuidado de calidad es fundamental establecer entre la enfermera(o) y el paciente una relación de confianza y ayuda, con disposición al diálogo y la escucha, “utilizando una terminología clara y comprensible que facilite la comunicación y que permita identificar y satisfacer las necesidades del paciente de forma asertiva y oportuna”³⁴.

El profesional de enfermería establece una relación con el paciente por medio de una comunicación terapéutica. Para que la misma sea efectiva deben tomarse en cuenta características como la edad, sexo, nivel educativo, nivel socioeconómico y religión. Al conocer estas características del paciente, se definirá la manera de acercarse a él, qué técnicas utilizar para lograr una comunicación adecuada y efectiva, ejerciendo habilidades y destrezas como “sonreír, interpretar los gestos del paciente, satisfacer sus necesidades, crear disposición para el diálogo, ser asertivo, generar confianza, dar seguridad y brindar apoyo afectivo, entre otras”³⁴.

De la Cuesta, citado por Naranjo y Ricaurte³⁴, refiere que “el desafío para los cuidadores ahora es hacerse entender del paciente y entenderle a él, hablar con él en un lenguaje que para ambos tenga sentido, y cuando no haya palabras, encontrar la manera de comunicarse”³⁴. Cuando un cuidador se comunica con el paciente lo importante no son tanto las palabras como el tono, porque “la diferencia de tono en una misma palabra puede hacer que su significado varíe completamente; además, los pacientes con dificultades para la comunicación verbal pueden captar la expresión que acompaña las palabras más fácilmente que las palabras en sí”³⁴.

En otras palabras, si la comunicación es eficaz, se lograrán cambios en el paciente, quien en este caso se constituye en el receptor de todo un proceso de comunicación, se logra disminuir la ansiedad, se fortalece el binomio salud-enfermedad, se promueven conductas de auto-cura, se establecen lazos de comunicación que fortalecen la relación enfermero-usuario, se maximizan los procesos de atención, se crea empatía y lo más importante, se da una reciprocidad en la construcción personal.

Competencia comunicativa

Reyzábal³⁵ postula que la competencia lingüística es “el conjunto de conocimientos, habilidades y destrezas que requiere el uso adecuado, correcto, coherente y estético tanto del código oral como del escrito”³⁵. El concepto se centra en “escuchar y hablar, leer y escribir de forma competente”³⁵. Para que una comunicación sea eficaz deben tomarse en consideración aspectos sociales, culturales y psicológicos del momento.

La competencia comunicativa suele incluir la lingüística, sin embargo, esta competencia es mucho más amplia que solo la lingüística, y “resulta fundamental para subrayar, negociar, intercambiar, reforzar o, incluso negar significados que el mensaje verbal puede enunciar correctamente pero, a veces inadecuadamente”³⁵. La autora enuncia que la misma está basada en la “experiencia grupal y en las emociones, necesidades y motivaciones del propio sujeto; por ello, requiere un cúmulo de destrezas extralingüísticas relacionadas entre sí”³⁵.

Esta competencia implica, conocer en toda circunstancia, “cómo comunicarse, con qué lenguaje, código o registro; incluso saber cuándo callar en nuestros intentos por entablar contacto con los demás, exige dominio tanto de normas (por ejemplo, las de cortesía), actitudes y valores como destrezas y habilidades o conocimientos formales”³⁵.

La misma “se adquiere de manera entrelazada con el proceso de socialización y no únicamente con el de la adquisición de cierto dominio estrictamente lingüístico o paralingüístico”³⁵. Además, el individuo cuando intenta comunicarse debe tener la capacidad de pensar, de identificar lo que desea comunicar y saber a quién se dirige con la finalidad de utilizar los recursos apropiados.

Reyzabal³⁵ plantea lo siguiente:

“...la competencia comunicativa implica el uso eficaz de un sistema complejo de lenguajes y códigos interdependientes, el cual permite a un sujeto estar en contacto más o menos constante a través de múltiples signos y señales, sin descartar el principal que es el lenguaje verbal (oral y escrito)”³⁵.

Por medio de la comunicación se logra realizar acciones de intercambio social, con el propósito de obtener satisfacción de necesidades básicas como las de “inclusión, control y afecto”³⁵. La autora destaca la importancia de la comunicación no verbal e indica lo siguiente con respecto a ella: “la comunicación no verbal (corporal, musical, pictórica, estadística, etc.), que amplía, sustituye o complementa la verbal, agrega un amplio campo de posibilidades de interacción”³⁵. La competencia comunicativa verbal “conlleva la organización e interpretación de un todo coherente y cohesionado, un producto con intención comunicativa, unidad discursiva conocida como texto oral o escrito”³⁵.

La comprensión de un texto y su construcción requiere en el emisor y receptor cierto conocimiento del contenido que desarrolla, esto se conoce, como “competencia cognitiva”³⁵. Para ello se requiere de un uso apropiado de la semántica. “Descodificar o codificar un texto requiere competencia lingüística, pero también paralingüística, estilística y pragmática”³⁵.

Concluye que “para alcanzar la competencia comunicativa se necesita un saber global y un conjunto de destrezas, así como el control de emociones”³⁵. Para un completo dominio de la comunicación verbal se requiere, además de todo lo mencionado anteriormente, “conocimientos lingüísticos y paralingüísticos generales junto a habilidades para el uso correcto, coherente, apropiado, adecuado y oportuno de los textos o discursos”³⁵.

Fonseca³⁶ postula, con respecto a los estudios de Mehrabian³⁶, que para lograr una comunicación efectiva se requiere la unión de tres elementos relacionados en un mensaje cada vez que se habla, los cuales corresponden a elementos “visuales, vocales y verbales”³⁶. Los elementos visuales, corresponden a la imagen que los receptores pueden percibir a la hora de que el emisor se comunica e incluyen “la forma de gesticular y la de movernos, los desplazamientos que hacemos, el arreglo personal o vestuario que usemos”³⁶. Comprenden también la apariencia física, la cual se determina por “tipo de cara, complexión, estatura, color de ojos, cabello, manera de vestir”³⁶.

Los elementos vocales, son modulaciones percibidas en la voz como “la entonación, la velocidad, el volumen, el énfasis o la fuerza, el ritmo, la proyección y la resonancia”³⁶. El tono y la calidad de la voz determinan qué tan efectivo y creíble es el mensaje.

Los elementos verbales, son “todas las palabras y los métodos lingüísticos que utilizamos para hablar, desde la forma de estructurar las ideas que formulamos, la selección del lenguaje y los términos que utilizamos, hasta el contenido o significado que se obtiene del mensaje que transmitimos”³⁶.

Para establecer una comunicación efectiva y obtener el efecto deseado de ella, se requiere que estos tres elementos; visuales, vocales y verbales “sean consistentes entre sí”³⁶, se requiere

equilibrio entre ellos, por ejemplo, “que la emoción en la voz se conjunte con la energía de movimientos del cuerpo y la expresividad del rostro del comunicador”³⁶.

Estilos de comunicación

Van der Hofstadt³⁷ plantea tres estilos de comunicación; los cuales corresponden al estilo inhibido, agresivo y asertivo. El estilo inhibido, demuestra en varias ocasiones “una especie de rictus rígido tenso que sustituye la sonrisa normal”³⁷. Además, evidencia una posición del cuerpo que tiende a alejarse de la persona con la que se comunica, los miembros se encuentran contraídos, brazos y piernas cruzadas. Cuando se utiliza este estilo de comunicación, el cuerpo se observa tenso con una postura hundida. También, para comunicarse, el sujeto evita orientarse frente a frente con la persona o grupo de personas con quienes se relaciona.

La persona, al utilizar el estilo de comunicación inhibido, tiende a evitar el contacto físico. Además, “los gestos con las manos son muy escasos”³⁷. El sujeto inhibido presenta ansiedad e incomodidad y evidencia movimientos nerviosos con sus brazos y piernas y el autor menciona, respecto a los elementos de comunicación paraverbales, que las personas con un estilo predominantemente inhibido, presentan un volumen de voz muy bajo, con entonación monótona, fluidez verbal escasa, pudiendo resultar el habla entrecortada, formando muletillas y alargando sonidos del inicio o final de las palabras, la velocidad del habla varía de muy lenta a muy rápida, sin pasar por un nivel intermedio.

Indica que las intervenciones de los inhibidos son breves, responden con monosílabos y en pocas ocasiones toman la iniciativa de comunicar. Con respecto al manejo de los elementos verbales y el contenido, la persona que utiliza un estilo de comunicación inhibido, usa términos de una manera condicional, no afirma de una manera clara ni se enfrenta a los demás, emplea

palabras como “quizás, supongo, solamente, bueno, o frases como me pregunto si podríamos, realmente no es importante, no te molestes, otras”³⁷.

Agresivo

Las personas que se comunican a partir de un estilo de comunicación agresivo defienden sus propios derechos a cualquier precio, y normalmente su forma de defenderlos involucra una falta de respeto hacia los derechos de los demás. El estilo de comunicación agresivo implica agresión, desprecio y dominio hacia los demás; en un principio puede presentar consecuencias positivas para quien lo practica, ya que consigue con facilidad lo que busca, sin embargo, termina de manera negativa, pues genera conflictos. El uso continuo del estilo de comunicación agresivo genera en la persona sentimientos de culpa.

Las personas agresivas se encuentran con frecuencias tensos y pierden el control de las situaciones fácilmente. Además, estas personas presentan problemas al comunicarse con los demás, puesto que practican comunicación “unidireccional”³⁷ y no “bidireccional”³⁷; no permiten el “feedback”³⁷ por parte de los demás. Las personas agresivas no escuchan a los demás. Con respecto a los elementos no verbales, estas personas se caracterizan por una expresión facial seria, el ceño fruncido, la mirada directa a los ojos, continua y fija. Estas personas no suelen sonreír, hacen uso de muchos gestos, especialmente de amenaza.

Asertivo

La persona asertiva tiene la capacidad de expresar sus sentimientos, ideas y opiniones, defendiendo sus propios derechos y respetando los derechos de los demás. Sumado a ello, este tipo de individuos permiten que las personas con quienes se relacionan se expresen libremente.

La forma de expresarse de la persona asertiva se adapta al contexto donde se desarrolla la

comunicación, facilita la resolución de problemas inmediatos y minimiza el riesgo de que aparezcan problemas en el proceso de comunicación. “El estilo de comunicación asertivo consiste en ser capaz de comunicarse en cada ocasión de la mejor forma posible”³⁷.

El autor resalta una característica importante del estilo de comunicación asertivo; indica que la persona asertiva defiende sus derechos, expresa sus opiniones utilizando de la mejor manera los “componentes conductuales de la comunicación”³⁷. La persona que utiliza este estilo de comunicación habitualmente resuelve los problemas que se encuentran en sus relaciones sociales. Además, en sus relaciones interpersonales se siente relajada y con control, facilitándose la comunicación. Las relaciones interpersonales de las personas al utilizar el estilo asertivo para comunicarse son satisfactorias, ya que “incide sobre los componentes fisiológico y cognitivo de la comunicación, haciendo que el manejo de los componentes conductuales sea más fácil”³⁷.

Van der Hofstadt³⁷ postula, con respecto al manejo de los elementos no verbales de la comunicación asertiva, que la misma “se caracteriza por presentar una expresión facial amistosa y distendida”³⁷. La persona asertiva presenta contacto visual directo con su interlocutor, pero descansando, es decir, evitando que la misma permanezca fija. Estas personas sonríen frecuentemente, presentan postura erguida pero no rígida, con tendencia a mantener brazos y piernas ligeramente abiertos. Refiere que la persona asertiva mantiene la distancia adecuada hacia su interlocutor. También, utiliza gestos cuando se comunica, los mismos firmes y abundantes, pero no bruscos ni amenazadores. Suelen tener las manos sueltas, sin realizar ningún tipo de auto manipulación, ni movimientos nerviosos.

Del Pozo¹⁶ plantea que el estilo de comunicación asertivo requiere conocer lo que se desea comunicar antes de hablar, por ejemplo, expresar una queja concreta, solicitar un permiso, pedir un cambio de comportamiento. Añade que la asertividad se ve favorecida por el control emocional, el cual se favorece por la búsqueda del momento indicado para iniciar a dialogar. La conducta verbal del estilo asertivo se caracteriza por utilizar mensajes en primera persona, informar de manera clara lo que se desea expresar, evitar excusas, utilizar expresiones positivas, las cuales, reflejan comprensión hacia la otra persona. El comportamiento asertivo genera mayores beneficios y menos costes personales y de relación.

Discapacidad

Según lo establecido en la Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (ley 7600)³⁸, en su capítulo 1, artículo 2, la discapacidad se define como la “condición que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo y las barreras debidas a la actitud y el entorno, que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”³⁸. La Asociación Americana de Discapacidades del Desarrollo e Intelectuales, según menciona Schalock³⁹, indica con respecto a la discapacidad intelectual, que la misma “se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como el comportamiento adaptativo, que se expresan en las habilidades conceptuales, sociales y de adaptación práctica”³⁹.

López y Valenzuela⁴⁰ refieren que actualmente la definición de discapacidad “integra el modelo médico y el modelo social en una visión biopsicosocial que considera, por una parte, una pérdida

a nivel del cuerpo, determinada por una alteración fisiológica o estructural que afecta una función; y, por otra parte, un complejo fenómeno a nivel social”⁴⁰.

Dicen que en ella interactúan factores de la salud del individuo, del contexto externo e interno y demás factores que influyen en la manera en que la persona experimenta su condición. Se afirma que “la discapacidad implica disfunción en uno o más de tres niveles de funcionamiento humano”⁴⁰. Los tres niveles corresponden a corporal y personal dentro del contexto social.

En otras palabras, la discapacidad no involucra solamente la limitación del individuo. Debe incluirse, para una comprensión más adecuada de esta condición, y así proporcionar una mejor atención a la misma, factores contextuales internos y externos, ya que se relacionan estrechamente con la manera en que el individuo experimenta su discapacidad y cómo es visto por la sociedad.

La discapacidad intelectual, de acuerdo con la última versión del Manual Estadístico de Diagnóstico de Trastornos Mentales (DSM 5), citado por López y Valenzuela⁴⁰, para su diagnóstico requiere de tres criterios:

- 1) Déficit en las funciones intelectuales medidas por evaluación clínica y por pruebas estandarizadas.
- 2) Déficit en funcionamiento adaptativo, de modo tal que sin apoyo limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida diaria.
- 3) Inicio de estos déficits durante el período del desarrollo.

Su severidad se define con base en la función adaptativa evaluada por medio de tres dominios. Los tres dominios para evaluar corresponden al “conceptual, social y práctico”⁴⁰. La severidad

de la discapacidad intelectual determina las necesidades del individuo, el tipo de asistencia y de apoyo que requiere. Además de la discapacidad intelectual, la discapacidad sensorial (visual o auditiva) y física o motora, corresponden a la clasificación de la discapacidad, según lo plantean las autoras.

Con respecto a la variedad de discapacidades sensoriales, López y Valenzuela⁴⁰ expresan que los niños o adolescentes con déficit visual presentan condiciones limitantes, las cuales deben identificarse lo más temprano posible, entre ellas prevalece el “retraso en desarrollo motor, manierismos típicos o déficit de socialización dados por menos uso de la sonrisa, o problemas derivados de la no experiencia de la gestualidad y del lenguaje corporal”⁴⁰. La deficiencia auditiva corresponde al déficit sensorial más frecuente y se clasifica como “un trastorno de la comunicación por su fundamental importancia para un desarrollo típico de lenguaje”⁴⁰.

Las autoras citadas definen la discapacidad motora como “la dificultad que presentan algunas personas para participar en actividades propias de la vida cotidiana, que surge como consecuencia de la interacción entre una dificultad específica para manipular objetos, acceder a diferentes espacios, lugares y actividades”⁴⁰. Muchos trastornos que producen la misma se manifiestan también con dificultades del habla, afectando también habilidades comunicacionales.

Lo expuesto anteriormente va a generar limitaciones sociales y de convivencia, ya que se infiere que las habilidades comunicacionales verbales y no verbales son las formas y maneras que encuentra el individuo para interactuar con otros individuos, cayendo en otro tipo de discapacidad, que podría denominarse, social, incluyéndose en ella los individuos que se encuentran en el espectro autista.

El Trastorno del Espectro Autista es “un trastorno del neurodesarrollo que incluye un continuo, caracterizado por déficits en la comunicación e interacción social, en conjunto con patrones de comportamiento, intereses y actividades, repetitivos y restringidos”⁴⁰. A este grupo, pertenecen el Síndrome de Asperger y el Autismo de alto funcionamiento. Su severidad se basa en “déficits de comunicación social y en los patrones repetitivos y restringidos de conducta”⁴⁰. La necesidad de apoyo y asistencia que requiere la persona depende de la severidad del trastorno.

Muchas de las personas que padecen Trastorno del Espectro Autista “presentan importantes disarmonías cognitivas con fortalezas en habilidades visoespaciales y dificultades en los aspectos semántico-pragmáticos del lenguaje que pueden estar a la base de un trastorno de aprendizaje”⁴⁰. Las personas que presentan el mismo tienen predisposición a padecer trastornos de ansiedad, fobias, trastornos obsesivo-compulsivos, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y conductas disruptivas⁴⁰.

En otras palabras, las limitadas habilidades sociales, los intereses limitados y una dificultad en la meta-comunicación predisponen a estos individuos a desarrollar problemas a nivel de afecto y ansiedad, potenciando con ello sus conductas poco adaptativas y socialmente inaceptables.

Técnicas de comunicación dirigidas a personas con discapacidad

Salazar, Ferrer et al.⁴¹ plantean que existen “técnicas aumentativas de comunicación”⁴¹ dirigidas a personas con discapacidad. Afirman que son sistemas que van a complementar y reforzar el habla en el proceso de comunicación. El objetivo del uso de los Sistemas de Comunicación Aumentativa y Alternativa, es “recuperar la intencionalidad, así como la interpretación y la transmisión de sentido que se constituyen en elementos esenciales del proceso comunicativo”⁴¹.

.Utilizando como referencia este objetivo, enuncian que se debe establecer la necesidad comunicativa en personas con limitaciones de la misma.

Valsameda⁴¹, citado por estas autoras, postula que se debe “asumir la comunicación de acuerdo con las diversas conductas que el niño o el adulto realizan intencionalmente para afectar la conducta de la otra persona, con el fin de que ésta reciba la información y actúe en consecuencia”⁴¹. La comunicación es el resultado del ejercicio de la naturaleza social de la persona y, por ello, reposa en la facultad semiótica (o función simbólica) que tiene como fin permitirle representar y manejar la realidad en forma esencialmente compartida⁴¹.

Determinadas condiciones van a dificultar la comunicación, entre ellas “el retardo mental, autismo y parálisis cerebral”⁴¹. Estas condiciones “restringen las posibilidades para sostener de manera permanente experiencias sociales necesarias que desarrollen y consoliden una adecuada estructura lingüística, cognitiva y de formación de conceptos”⁴¹. El intercambio social con la madre, la familia y demás actores sociales hacen que el niño observe y experimente un mundo con sentido, además, enriquezca su repertorio lingüístico.

En otras palabras, el proceso de comunicación parte de un proceso social, el cual se desarrolla desde la niñez. El niño, se relaciona con su entorno y se comunica mediante su conducta. Luego experimenta y empieza a formar conceptos. Las condiciones descritas limitan la capacidad de mantener experiencias sociales, limitándose el desarrollo de una adecuada estructura lingüística.

Salazar, Ferrer et al.⁴¹ mencionan que el proceso de comunicación y lenguaje de la persona con discapacidad puede ser interrumpido por barreras sociales como la sobreprotección y el rechazo. Además, los problemas de desarrollo propiamente originan trastornos de comunicación y

lenguaje, sin embargo, el uso de estrategias y procedimientos apropiados será de gran ayuda para asistir a las personas con problemas de desarrollo.

Las autoras refieren la existencia de programas basados en la interacción. Mencionan, basándose en estos programas y en la influencia de autores como Vigotsky, Bell, Rondal et al.⁴¹, que se desarrollan otros programas, como el de Comunicación Ecológica. Este se basa en “generar rutinas de conversación, tanto en el hogar como en la familia y estimular así en el sujeto con necesidades especiales el hábito de interactuar independientemente del contexto en que se halle⁴¹”.

Los programas proporcionan elementos apropiados de intervención lingüística y comunicativa dirigidos a la población con discapacidad. Las autoras afirman que la interacción entre el niño o adulto con limitaciones del habla y el lenguaje, y sus padres, es de suma importancia. Resaltan la existencia de sistemas de ayuda que les facilitan a las personas con limitaciones del habla y lenguaje la interlocución. Algunos de estos sistemas de ayuda, corresponden al “Bliss, PIC, SPC, Lengua Manual, Braille”⁴¹.

Destacan un aspecto importante con respecto a la comunicación, la cual “es eminentemente social y requiere para su desarrollo del ambiente propio de la comunidad lingüística a la que pertenece el sujeto; ello le permitirá dominar sus reglas gramaticales y pragmáticas”⁴¹. Las personas con discapacidad tienen obstáculos que les dificulta la interacción social de manera natural y espontánea. Para Tetzchner⁴¹ y Martinsen⁴¹, referidos por Salazar, Ferrer et al⁴¹, todas las personas que no pueden usar el habla en la comunicación con los demás necesitan de un sistema de comunicación alternativo⁴¹.

Se infiere, por tanto, que se deben fomentar formas de comunicación que promuevan la inclusión social, escolar y laboral, y limiten la discriminación para esta población, las personas con discapacidades cognitivas, intelectuales y físicas, que requieren alternativas para ser entendidos.

Las autoras citadas plantean, que se requiere individualizar las limitaciones de la persona, por ejemplo, hay individuos con adecuada comprensión de la lengua, pero inadecuada expresión de la misma, otros que requieren de un sistema de apoyo temporal mientras desarrollan la capacidad expresiva y otros que requieren de un Sistema Alternativo, tanto para comprender como para poder expresarse apropiadamente.

Al individualizar y diferenciar las limitaciones de cada persona, deben tomarse en cuenta condiciones como “su grado de discapacidad y su nivel de potencialidad con respecto a la comunicación y al lenguaje”⁴¹. Se debe identificar cuando el niño no se comunica de la manera que debería hacerlo de acuerdo con su edad y empezar un proceso orientado a estimularlo, generándole la intención o el deseo de hacerlo⁴¹. Bruner⁴¹ y Bates⁴¹, citados por Salazar, Ferrer et al.⁴¹ mencionan que las habilidades de comunicación preceden la aparición de la lengua hablada y que esas habilidades se desarrollan en un contexto de interacción social⁴¹. Es por tanto que la comunicación como vía de interactuar en sociedad se vuelve una piedra angular para la comprensión y aceptación de la población con discapacidad.

2.1.1 Modelos y teorías

La investigación parte de la teoría de las relaciones interpersonales, de Hildegard E. Peplau, la cual, de acuerdo con Elers⁴² y Gibert⁴², describe la importancia de la relación enfermera-paciente como un proceso interpersonal significativo, terapéutico⁴². La teoría analiza cuatro

experiencias psicobiológicas que van a obligar a los pacientes a desarrollar respuestas constructivas o destructivas frente a necesidad, conflicto, ansiedad y frustración. Para Peplau se identifican cuatro fases en la relación enfermera-paciente: orientación como punto de partida, identificación, explotación y resolución.

En la fase de orientación, según plantean las autoras, el individuo siente una necesidad y busca ayuda profesional, la enfermera es quien ayuda al paciente a reconocer y comprender su problema de salud y así determinar su necesidad de cuidado. En la fase de identificación, el paciente se identifica propiamente con las personas que le proporcionan cuidados.

“La enfermera favorece la exploración de las sensaciones y la expresión de los sentimientos relacionados con su percepción del problema para ayudar al paciente a sobrellevar la enfermedad y a reforzar los mecanismos positivos de la personalidad que le proporcione la satisfacción que necesita”⁴².

El paciente, durante la fase de explotación, procura obtener el máximo de la relación y los mayores beneficios posibles. Finalmente, en la fase de resolución el paciente abandona sus viejos objetivos y se propone nuevas metas, es en esta fase, en la que el paciente se independiza de su identificación con la enfermera.

La presente investigación pretende identificar la respuesta de la persona con discapacidad a partir de la comunicación como elemento esencial de las relaciones interpersonales. De acuerdo con la teoría de Peplau, el individuo responde de manera constructiva o destructiva ante una necesidad, un conflicto, ansiedad o frustración. A partir de este punto, se pretende determinar la prevalencia de signos y síntomas de ansiedad como respuesta de la persona con discapacidad

de AIPED y ANAMPE, frente a las formas de comunicación empleadas por el docente cuando proporciona indicaciones al usuario.

Elers⁴² y Gibert⁴² refieren que la teoría de relaciones interpersonales, de Hildegard Peplau, describe seis roles de enfermería: “extraño, persona recurso, profesor, líder, sustituto y asesor, que se establecen en correspondencia con las fases de la relación enfermera-paciente”⁴².

El rol de la enfermera como docente, se relaciona con el presente estudio. De acuerdo con las autoras, la teoría postula que este rol inicia desde el conocimiento del paciente y la capacidad del mismo para utilizar la información. Dependiendo del tipo, grado de discapacidad y condición asociada del sujeto de estudio, se evidencian limitaciones en la comunicación, específicamente en la comprensión e interpretación de la información. Por ello, el docente o cuidador debe comunicarse de la forma más idónea con el usuario, con el fin de transmitir el mensaje de la mejor manera posible y fomentar un adecuado proceso de retroalimentación.

Las autoras citadas mencionan que la teoría parte de dos postulados fundamentales:

“El aprendizaje de cada paciente cuando recibe asistencia de enfermería es sustancialmente diferente según el tipo de persona que sea la enfermera”⁴².

“Estimular el desarrollo de la personalidad hacia la madurez es una función de enfermería y de la formación en este campo. Sus profesionales aplican principios y métodos que orientan el proceso hacia la resolución de problemas interpersonales”⁴².

El primer postulado se relaciona con la investigación, si bien es cierto que se refiere al aprendizaje del paciente según el tipo de persona que es la enfermera, se puede incluir dentro del tipo de persona, la forma en que se comunica con el paciente y le transmite la información.

A partir de ello, la forma empleada por el cuidador para comunicarse y la interpretación de la información por el usuario, repercutirá en la respuesta del mismo y en el desarrollo de signos y síntomas de ansiedad.

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

El estudio presenta un enfoque cuantitativo, debido a que pretende generalizar resultados, establecerlos en cifras numéricas y así generar un análisis estadístico.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El estudio es de tipo descriptivo; se observa y se describe el comportamiento de un sujeto sin influir sobre él de ninguna forma.

3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO

Personas con discapacidad, mayores de edad que asisten a centros de apoyo en Heredia.

3.3.1 Población

Personas con discapacidad, mayores de edad, que asisten a la Asociación de Apoyo Integral para Personas con Discapacidad (AIPED) en Barva de Heredia o a la Asociación Nacional de Atención Múltiple para Personas Excepcionales (ANAMPE) en Santo Domingo de Heredia.

Totalidad de la población: 100

3.3.2 Criterios de inclusión y exclusión

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Personas con discapacidad que asisten

a AIPED o ANAMPE.

3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Previo a la investigación con la población meta, se ejecuta un plan piloto en ACIOSA (Asociación Centro de Integración Ocupacional y Servicios Afines). El mismo corresponde a un instrumento de elaboración propia, con escala de Likert compuesta por 36 ítems con cinco opciones de respuesta (siempre, casi siempre, algunas veces, nunca, no observo), relacionados con la identificación, por medio de observación, de signos y síntomas de ansiedad y respuesta de la persona con discapacidad, frente a las formas de comunicación empleadas por sus cuidadores. El desarrollo y análisis de resultados del plan piloto permitió readecuar el instrumento de recolección de datos.

La recolección de la información de la población meta es por medio de un instrumento de elaboración propia, con escala de Likert, compuesta por 30 ítems, relacionados con la identificación de signos y síntomas de ansiedad y respuesta de la persona con discapacidad, frente a las formas de comunicación empleadas por sus cuidadores, detectables por medio de observación. La escala contiene cinco opciones de respuesta (siempre, casi siempre, algunas veces, nunca y no observo)

Para recolectar la información se realizan dos sesiones observacionales por usuario durante un período de diez días hábiles, a partir del viernes 27 de abril hasta el viernes 11 de mayo. Cada sesión observacional, establecida dentro de un cronograma que se le proporciona al encargado de cada asociación, es de dos horas y media. Cada día se observa la conducta de veinte usuarios y se completa el instrumento.

3.4.1 Validez y confiabilidad del cuestionario

La validez y confiabilidad del instrumento de recolección de datos se mide por medio del alfa de Cronbach, del cual se obtiene un 96 %. Las preguntas #3, #4 y #5 le suman validez y confiabilidad al instrumento y las preguntas #13, #14 y #15 le restan.

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación es no experimental, debido a que no hay una manipulación deliberada de las variables y es transversal, debido a que recolecta la información en un momento dado.

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Definición conceptual:

Signos y síntomas de ansiedad: “Respuesta vivencial, fisiológica, conductual y cognitiva, caracterizada por un estado generalizado de alerta y activación” Sierra, Ortega et al. ²³

Formas de comunicación: múltiples adopciones que adquiere la comunicación, según plantea Knapp⁴³, citado por Espinosa⁴³ “Las más importantes son la comunicación verbal y la comunicación no verbal”⁴³.

Definición operacional:

Signos y síntomas de ansiedad: manifestaciones objetivas en respuesta a un estímulo desencadenante de la ansiedad.

Formas de comunicación: formas de expresión verbal y no verbal (expresiones faciales, gestos, postura corporal, tono de voz), empleadas para recibir y transmitir información.

Dimensión: Síntomas físicos, síntomas motores o conductuales de ansiedad, clasificación de las formas de comunicación.

Indicadores:

De la dimensión síntomas físicos de ansiedad, los indicadores son: sudoración y lagrimeo.

De la dimensión síntomas motores o conductuales de ansiedad, los indicadores son; directos: tics, temblores, inquietud motora, tartamudeo, gesticulaciones innecesarias. Indirectos: conductas de escape o evitación. Hostilidad: medible por medio de conductas observables, como actitudes opositoras, desafiantes, agresivas (tirar objetos al suelo), ceño fruncido, llanto fácil, temblor generalizado, en respuesta a una directriz.

De la dimensión clasificación de las formas de comunicación, los indicadores son: verbal y no verbal (expresión facial, gestual, gestos posturales de la comunicación corporal, tono de voz), paralenguaje y meta mensajes.

Instrumento: elaboración propia, observación.

Objetivo Específico	Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Caracterizar a la población en aspectos sociodemográficos.	Aspectos sociodemográficos.	Según Ravelo ⁵⁶ , son las características de la población, en una zona geográfica.	Características de una población: edad, sexo, residencia, estado civil.	Clasificación de aspectos sociodemográficos.	Edad, sexo, procedencia, tipo de discapacidad.	Elaboración propia, observación.

<p>Identificar la prevalencia de signos y síntomas de ansiedad y la respuesta de la persona con discapacidad cognitiva e intelectual frente a las formas de comunicación empleadas por los funcionarios de cuidado directo de AIPED Y ANAMPE, utilizadas</p>	<p>Signos y síntomas de ansiedad.</p>	<p>“Respuesta vivencial, fisiológica, conductual y cognitiva, caracterizada por un estado generalizado de alerta y activación” Sierra, Ortega et al ²³</p>	<p>Manifestaciones objetivas en respuesta a un estímulo desencadenante de ansiedad, medibles por medio de observación.</p>	<p>Síntomas físicos de ansiedad. Síntomas motores o conductuales de ansiedad.</p>	<p>Sudoración y lagrimeo. Directos: Tics, temblores, inquietud motora, tartamudeo, gesticulaciones innecesarias. Indirectos: conductas de escape o evitación. Hostilidad: medible por medio</p>	<p>Elaboración propia, observación.</p>
--	---------------------------------------	---	--	---	---	---

<p>al proporcionar indicaciones, durante el segundo cuatrimestre, 2018.</p>					<p>de conductas observables, como actitudes opositoras, desafiantes, agresivas (tirar objetos al suelo), ceño fruncido, llanto fácil, temor generalizado, en respuesta a una directriz.</p>	
---	--	--	--	--	---	--

<p>Identificar las formas de comunicación verbal y no verbal empleadas por los funcionarios de cuidado directo de AIPED Y ANAMPE, al proporcionar indicaciones a los usuarios, durante el segundo cuatrimestre, 2018.</p>	<p>Formas de comunicación.</p>	<p>Múltiples adopciones que adquiere la comunicación, según plantea Knapp⁴³, citado por Espinosa⁴³ “Las más importantes son la comunicación verbal y la comunicación no verbal”⁴³</p>	<p>Formas de expresión verbal y no verbal (expresiones faciales, gestos, postura corporal, tono de voz, empleadas para recibir y transmitir información.</p>	<p>Clasificación de las formas de comunicación.</p>	<p>Verbal y no verbal (expresión facial, gestual, gestos posturales de la comunicación corporal, tono de voz); paralenguaje y metamensajes.</p>	<p>Elaboración propia, observación.</p>
---	--------------------------------	--	--	---	---	---

--	--	--	--	--	--	--

3.7 PLAN PILOTO

El plan piloto se ejecuta con diez personas con discapacidad en ACIOSA (Asociación Centro de Integración Ocupacional y Servicios Afines), localizada en Santo Domingo de Heredia. Se utiliza un instrumento de elaboración propia, configurado con la Escala de Likert, compuesta por 34 ítems con cinco opciones de respuesta (siempre, casi siempre, algunas veces, nunca, no observo), relacionados con la identificación, por medio de observación, de signos y síntomas de ansiedad y respuesta observables de la persona con discapacidad, frente a las formas de comunicación empleadas por sus cuidadores. Se obtienen resultados de interés para el desarrollo de la investigación con la población meta. Se realiza una sola sesión observacional de los diez usuarios, de tres horas de duración.

El desarrollo y análisis de resultados del plan piloto permitió readecuar el instrumento de recolección de datos. Readecuando el instrumento, se eliminan seis preguntas, debido a que las mismas le restan validez al instrumento y se añaden dos, quedando el mismo instrumento, con las correcciones mencionadas, compuesto por treinta ítems y la misma configuración de Likert.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

GENERALIDADES

Características sociodemográficas

Tabla N° 1

Distribución de usuarios de AIPED y ANAMPE según sexo, mayo 2018.

Sexo	Cantidad de usuarios
Femenino	46
Masculino	54
Total	100

Fuente: Elaboración propia, 2018.

La población se compone de 46 mujeres y 54 hombres.

Tabla N° 2

Distribución de usuarios de AIPED y ANAMPE, según edad, mayo 2018.

Edad	Cantidad de usuarios
18-23	18
24- 29	22
30-35	21
36-41	13
42-47	13
48-53	10
54-59	2
60-65	1
Total	100

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Según la tabla anterior, la mayoría de la población observada se encuentra entre los 24 y 29 años, seguidos por el grupo etario de los 30 a los 35 años y 36 de ellos se ubican entre los 36 a los 53 años.

Tabla N° 3

Distribución de usuarios de AIPED y ANAMPE según tipo de familia, mayo 2018.

Tipo de familia	Cantidad de usuarios
Monoparental	34
Nuclear	29
Abuelos como padres	1
Albergue	19
Otra	17
Total	100

Fuente: Elaboración propia, 2018.

La mayoría de usuarios proviene de familia monoparental y nuclear, solo uno de ellos vive con sus abuelos, 19 usuarios viven en albergue y los 17 restantes provienen de otro tipo de familia (extendida, viven con sus hermanos, con un tío, una tía)

Tabla N° 4

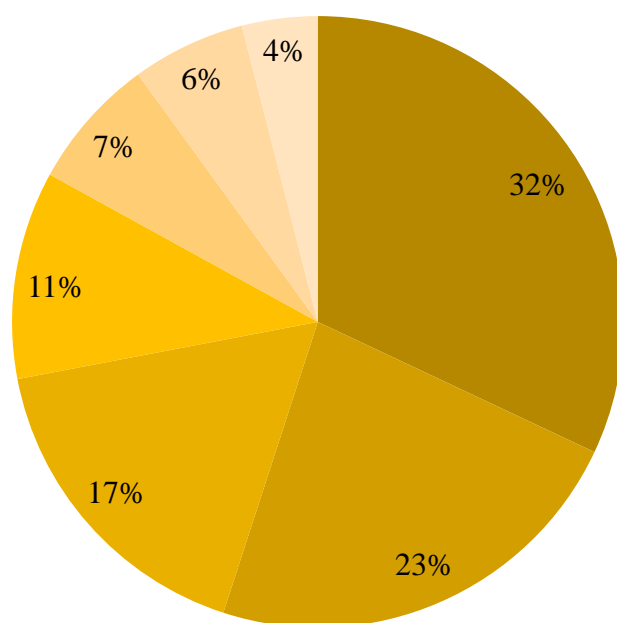
Distribución de usuarios de AIPED y ANAMPE según tipo de discapacidad,

mayo 2018.

Tipo de discapacidad	Cantidad de usuarios
Intelectual	68
Cognitiva o mental	3
Física o motriz	8
Sensorial	2
Múltiple	19
Total	100

Fuente: Elaboración propia, 2018.

La población se distribuye por tipo de discapacidad de la siguiente manera: 68 usuarios con discapacidad intelectual, 3 con discapacidad cognitiva o mental, 8 con discapacidad física o motriz, 2 con discapacidad sensorial y 19 con discapacidad múltiple.



- No se sabe
- Trastornos mentales
- Dos o más condiciones asociadas
- Trastornos neurológicos
- Otras condiciones físicas asociadas
- Trastornos de lenguaje
- Ninguna patología o condición asociada

Figura N° 1 Distribución de usuarios según patología o condición asociada a su discapacidad, AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

Los trastornos mentales son la condición asociada a la discapacidad más frecuente en la población (23%), predominan los trastornos del comportamiento. Con respecto al 32 % de la población, no se encuentra información en sus expedientes, que afirme la existencia de alguna enfermedad o condición asociada a su discapacidad. El 6 % de los usuarios presenta trastornos de lenguaje. Los trastornos neurológicos, predominando la epilepsia, se presentan en un 11 % de la población. El 17 % de la población presenta dos o más condiciones asociadas a su discapacidad; prevalecen los trastornos del comportamiento y de lenguaje. El 7 % de los usuarios presentan otras condiciones físicas asociadas. El 4 % de la población no tiene ninguna patología o condición asociada a su discapacidad.

Tabla N° 5

Distribución de usuarios de AIPED y ANAMPE según presencia de limitación física o motriz, mayo 2018.

Presencia de limitación física o motriz	Cantidad de usuarios
Sí	17
No	83
Total	100

Fuente: Elaboración propia, 2018.

De 100 personas, 17 tienen condiciones que limitan su movilidad, entre ellas encefalopatía crónica progresiva, mielomeningocele, parálisis cerebral infantil, diplejía espástica, cuadriplejía, atrofia multisistémica, Enfermedad de Charcot Marie Tooth, síndrome de inmovilización por encamamiento, tetraparesia espástica, escoliosis paralítica, hemiplejía, secuelas de epilepsia intratable, neuropatía no especificada, y 83 de ellas no presentan limitación física alguna.

ESPECIFICIDADES

Información sobre la conducta de los usuarios

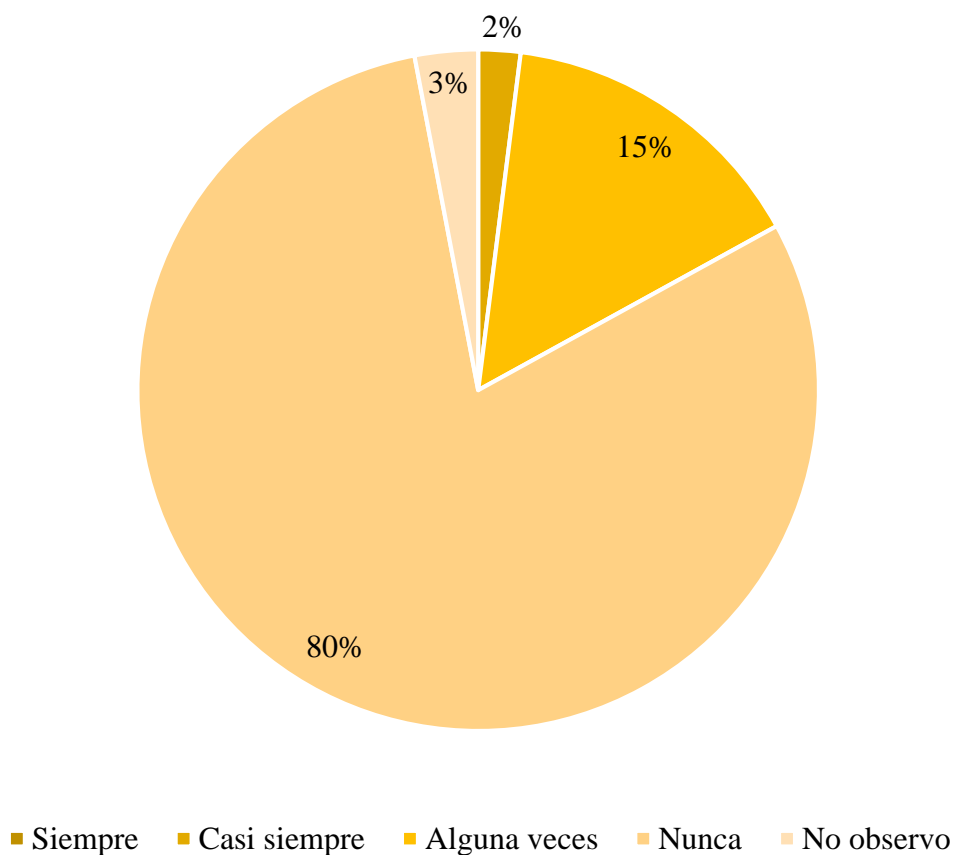
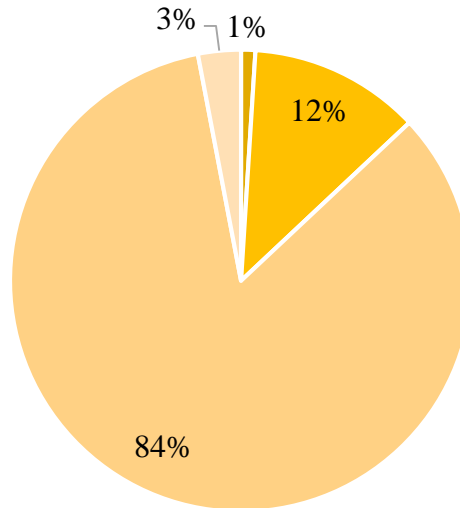


Figura N° 2 Presencia de actitudes opositoristas, desafiantes, agresivas como indicadores de hostilidad en la persona con discapacidad ante la indicación verbal del cuidador, con tono de voz fuerte y directivo, para iniciar actividades psicoeducativas, AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

De la población total, el 2 % “casi siempre” manifiesta actitudes opositoristas, desafiantes y agresivas ante la indicación verbal del cuidador con tono de voz fuerte y directivo, para iniciar actividades psicoeducativas y 15 % “algunas veces” las presenta. En el 3 % de la población, no se observa cómo responden ante esta forma de comunicación empleada por el docente o cuidador cuando indica el inicio de actividades psicoeducativas, debido a que ellos no participan de las actividades; por su tipo de discapacidad y funcionalidad, son admitidas

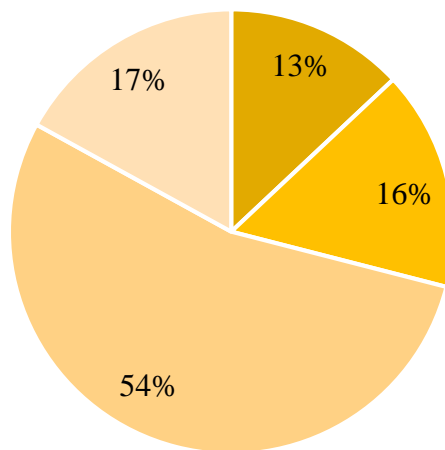
en el centro como usuarios, laborando como asistentes de cocina y aseo. El 80 % restante “nunca” manifiesta actitudes oposicionistas, agresivas, desafiantes en el presente caso.



■ Siempre ■ Casi siempre ■ Algunas veces ■ Nunca ■ No observo

Figura N° 3 Presencia de actitudes oposicionistas, desafiantes, agresivas como indicadores de hostilidad en la persona con discapacidad ante la indicación verbal del cuidador con tono de voz fuerte y directivo, para realizar actividades básicas de vida diaria, AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

Se identifican actitudes oposicionistas, desafiantes y agresivas como indicadores de hostilidad en la persona con discapacidad, ante la indicación verbal del cuidador con tono de voz fuerte y directivo, para realizar actividades básicas de vida diaria, en un 13 % de la población, el 1 % de la población total “casi siempre” manifiesta estas conductas ante la forma de comunicación descrita y 12 % “algunas veces” las presentan. En el 3 % de la población no se observa cómo responden ante esta forma de comunicación empleada por el docente o cuidador cuando indica la realización de actividades básicas de vida diaria, debido a que, en el momento de la indicación, se encuentran realizando otras labores y 84 % de la población “nunca” manifiesta actitudes oposicionistas, agresivas, desafiantes en el presente caso.



■ Siempre ■ Casi siempre ■ Algunas veces ■ Nunca ■ No observo

Figura N° 4 Presencia de actitudes oposicionistas, desafiantes, agresivas como indicadores de hostilidad en la persona con discapacidad ante la indicación verbal dada por el cuidador, con tono de voz fuerte y directivo, para limitar conductas disruptivas, AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

Se identifican actitudes oposicionistas, desafiantes y agresivas como indicadores de hostilidad en la persona con discapacidad, ante la indicación verbal del cuidador con tono de voz fuerte y directivo, para limitar conductas disruptivas, en un 29 % de la población; Del 29 % de usuarios, 13 % “casi siempre” manifiestan estas conductas ante la forma de comunicación descrita, 16 % “algunas veces” las presentan. En un 17 % de la población no se observa su respuesta debido a que nunca manifiestan conductas disruptivas y el 54 % restante “nunca” manifiesta actitudes oposicionistas, agresivas, desafiantes ante un tono de voz fuerte y directivo del cuidador, cuando limita conductas disruptivas.

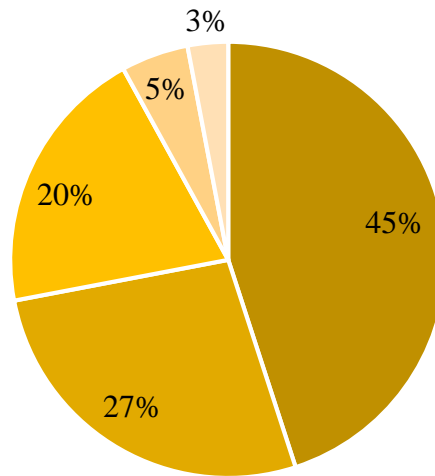
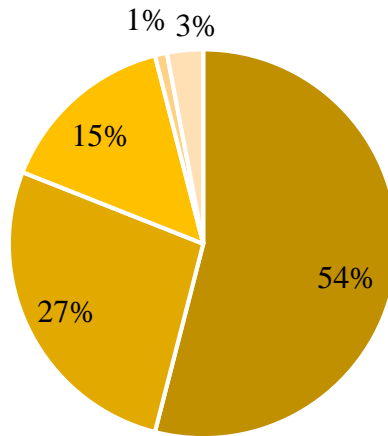


Figura N° 5 Respuesta de la persona con discapacidad "acata la indicación" verbal proporcionada por su cuidador con postura corporal firme y segura pero no rígida, para iniciar actividades psicoeducativas, AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

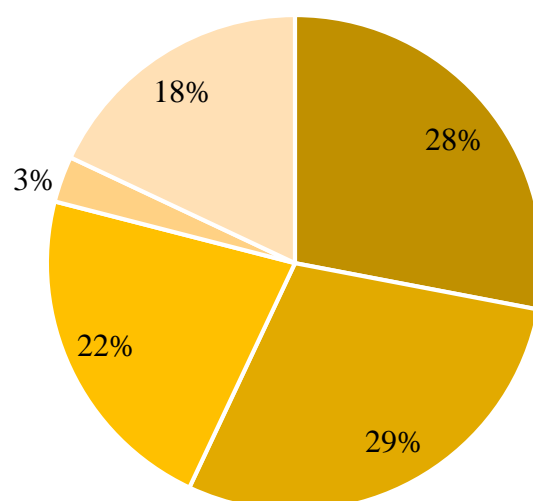
El 45 % de la población en estudio “siempre” acata la indicación proporcionada por el cuidador para iniciar actividades psicoeducativas, ante la postura corporal firme y segura, pero no rígida por parte de este. El 27 % “casi siempre” acata la indicación, el 20 % “algunas veces”, el 5 % “nunca” y en el 3 % de la población “no observo” si acatan o no la indicación verbal proporcionada por su cuidador con postura corporal firme y segura pero no rígida, para iniciar actividades psicoeducativas. Este porcentaje de la población corresponde a usuarios que laboran como asistentes de aseo y cocina, ellos no participan de las actividades, ya que ocupan otras tareas mientras el resto de usuarios participan en las mismas.



- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Nunca
- No observo

Figura N° 6 Respuesta de la persona con discapacidad "acata la indicación" verbal proporcionada por su cuidador con postura corporal firme y segura pero no rígida, para realizar actividades básicas de vida diaria, AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

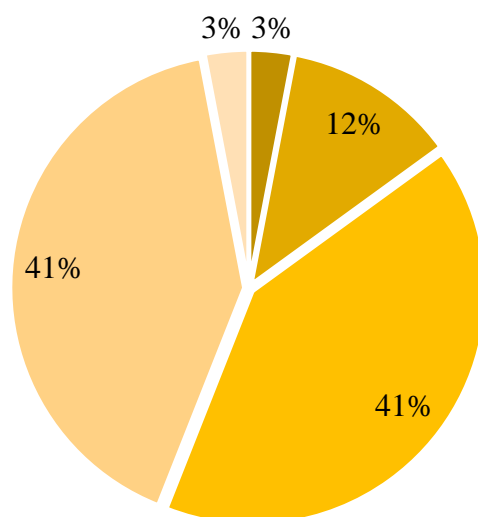
El 54 % de la población en estudio “siempre” acata la indicación proporcionada por el cuidador para realizar actividades básicas de vida diaria, con postura corporal firme y segura, pero no rígida. El 27 % “casi siempre” acata la indicación, el 15 % “algunas veces”, el 1 % nunca y en el 3 % de la población, usuarios que asisten al personal del centro, no se observa cómo responden a la indicación verbal proporcionada por el docente con postura corporal firme y segura, cuando indica la realización de actividades básicas de vida diaria, debido a que se encuentran cumpliendo con sus deberes mientras los docentes le indican al resto de usuarios la realización de actividades básicas de vida diaria.



■ Siempre ■ Casi siempre ■ Algunas veces ■ Nunca ■ No observo

Figura N°7 Respuesta de la persona con discapacidad "acata la indicación" proporcionada por su cuidador con postura corporal firme y segura pero no rígida, para limitar conductas disruptivas, AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

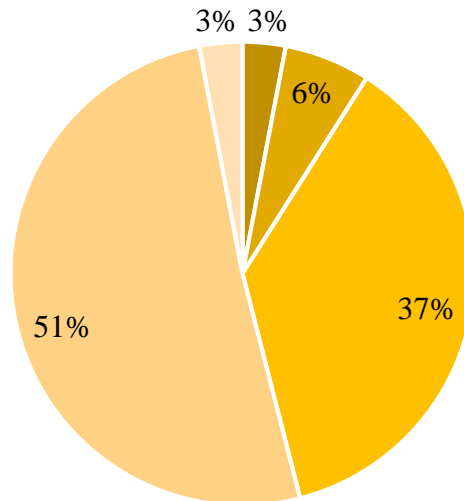
El 28 % de la población en estudio "siempre" acata la indicación proporcionada por el cuidador cuando limita conductas disruptivas, con postura corporal firme y segura, pero no rígida. El 29 % "casi siempre" acata la indicación, el 22 % "algunas veces", el 3 % "nunca" y el 18 % de la población no manifiesta conductas disruptivas, es por esta razón que no se observa cómo responden a la indicación verbal proporcionada por el docente, con postura corporal firme y segura, cuando limita conductas disruptivas.



■ Siempre ■ Casi siempre ■ Algunas veces ■ Nunca ■ No observo

Figura N° 8 Presencia de síntomas asociados a ansiedad en el usuario (ceño fruncido, tremor generalizado, llanto fácil) ante la indicación directiva dada por el funcionario verbalmente con tono de voz amenazador, para iniciar actividades psicoeducativas, AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

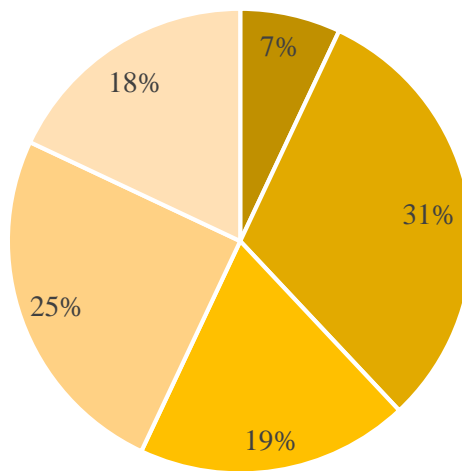
El 56 % de la población frunce el ceño, inicia con tremor generalizado, llora fácilmente como síntomas asociados a ansiedad, ante la indicación directiva dada por el funcionario verbalmente, con tono de voz amenazador, para iniciar actividades psicoeducativas “siempre”, “casi siempre” y “algunas veces”. El 3 % de la población “siempre” presenta los síntomas planteados, el 12 % “casi siempre” y el 41 % “algunas veces”. El 41 % de los usuarios observados “nunca” manifiestan los síntomas descritos ante la forma de comunicación mencionada y en el 3 % de la población no se observa cómo responden ante la forma de comunicación empleada por el funcionario cuando indica el inicio de actividades psicoeducativas, debido a que no participan de las mismas.



■ Siempre ■ Casi siempre ■ Algunas veces ■ Nunca ■ No observo

Figura N° 9 Presencia de síntomas asociados a ansiedad en el usuario (ceño fruncido, tremor generalizado, llanto fácil) ante la indicación directiva dada por el funcionario verbalmente con tono de voz amenazador, para realizar actividades básicas de vida diaria, AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

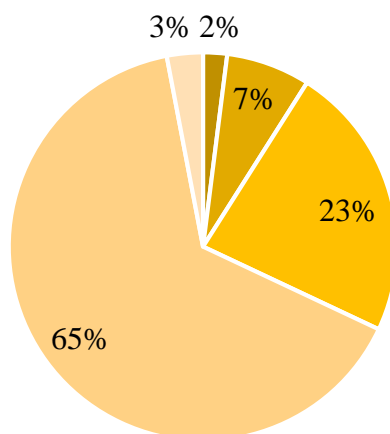
El 46 % de la población frunce el ceño, inicia con tremor generalizado, llora fácilmente como síntomas asociados a ansiedad, ante la indicación directiva dada por el funcionario verbalmente, con tono de voz amenazador, para realizar actividades básicas de vida diaria “siempre”, “casi siempre” y “algunas veces”. El 3 % de la población “siempre” presenta los síntomas, el 6 % “casi siempre” y el 37 % “algunas veces”. El 51 % nunca manifiesta los síntomas descritos ante la forma de comunicación mencionada y en el 3 % restante, correspondiente a los usuarios con cargos de asistencia en cocina y aseo, no se observa cómo responden ante la forma de comunicación empleada por el funcionario, cuando indica la realización de actividades básicas de vida diaria.



■ Siempre ■ Casi siempre ■ Algunas veces ■ Nunca ■ No observo

Figura N° 10 Presencia de síntomas asociados a ansiedad en el usuario (ceño fruncido, tremor generalizado, llanto fácil) ante la indicación directiva dada por el funcionario verbalmente con tono de voz amenazador, para limitar conductas disruptivas, AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

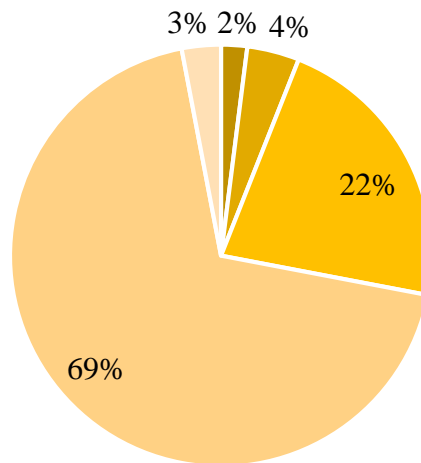
El 57 % de la población frunce el ceño, inicia con tremor generalizado, llora fácilmente como síntomas asociados a ansiedad, ante la indicación directiva dada por el funcionario verbalmente, con tono de voz amenazador, para limitar conductas disruptivas “siempre”, “casi siempre” y “algunas veces”. el 7 % “siempre” presenta los síntomas, el 31 % “casi siempre” y el 19 % “algunas veces”. El 25 % de los usuarios observados nunca manifiestan los síntomas descritos ante la forma de comunicación mencionada, y el 18 % restante no manifiesta conductas disruptivas, por ello no se observa cómo responden ante la forma de comunicación verbal, directiva, con tono de voz amenazador por parte del docente, cuando limita conductas disruptivas.



■ Siempre ■ Casi siempre ■ Algunas veces ■ Nunca ■ No observo

Figura N° 11 Presencia de sudoración , inquietud, lagrimeo como síntomas asociados a ansiedad en el usuario, ante la indicación verbal dada de forma directiva por su cuidador, para iniciar actividades psicoeducativas, AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

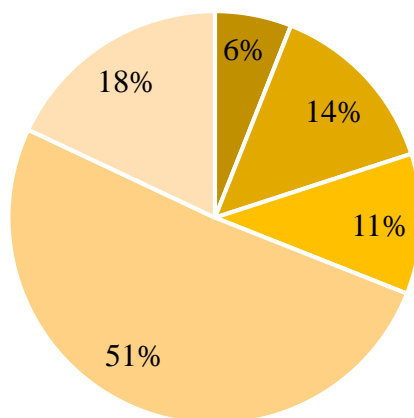
De 100 usuarios observados, el 32 % presenta sudoración, inquietud y lagrimeo como síntomas asociadas a ansiedad, ante la indicación verbal dada de forma directiva por parte del cuidador, para iniciar actividades psicoeducativas. De ellos, el 2 % “siempre” manifiesta los síntomas, 7 % “casi siempre” y 23 % “algunas veces”. En la mayoría de los usuarios (65 %), “nunca” se presentan los síntomas y en el 3 % de la población no se observa cómo responden ante la forma de comunicación empleada por el docente o cuidador, en el presente caso, ya que ellos se encuentran ocupados en sus cargos de asistentes de cocina y aseo de la institución.



- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Nunca
- No observo

Figura N° 12 Presencia de sudoración, inquietud, lagrimeo como síntomas asociados a ansiedad en el usuario, ante la indicación verbal dada de forma directiva por su cuidador, para realizar actividades básicas de vida diaria, AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

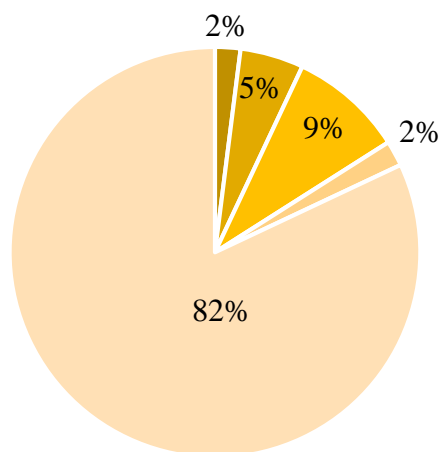
De 100 usuarios observados, el 28 % presenta sudoración, inquietud y lagrimeo como síntomas asociadas a ansiedad, ante la indicación verbal dada de forma directiva por parte del cuidador, para realizar actividades básicas de vida diaria; 2 % “siempre” manifiesta los síntomas, 4 % “casi siempre” y 22 % “algunas veces” La mayoría de los usuarios (69 %), “nunca” presentan los síntomas y el 3 % restante, quienes ocupan cargos de asistentes de cocina y aseo, no se observa cómo responden ante la forma de comunicación empleada por el docente o cuidador, en el presente caso, debido a que ellos no participan de las actividades básicas de vida diaria en el horario establecido por centro, se encuentra realizando sus respectivas tareas en ese momento.



■ Siempre ■ Casi siempre ■ Algunas veces ■ Nunca ■ No observo

Figura N° 13 Presencia de sudoración, inquietud, lagrimeo como síntomas asociados a ansiedad en el usuario, ante la indicación verbal dada de forma directiva por su cuidador, para limitar conductas disruptivas, AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

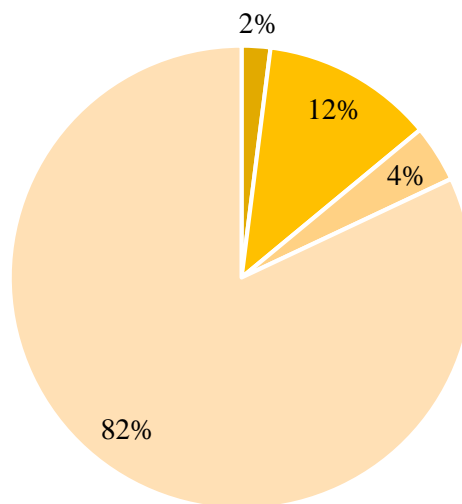
De la población total, 31 % presenta sudoración, inquietud y lagrimeo como síntomas asociadas a ansiedad, ante la indicación verbal dada de forma directiva por parte del cuidador, para limitar conductas disruptivas; “siempre” en un 6 %, “casi siempre” en un 14 % y “algunas veces” en un 11 %. Un 51 % de la población “nunca” presenta los síntomas y 18 % no manifiesta conductas disruptivas, por ello no se observa su respuesta ante la indicación verbal dada de forma directiva por parte del docente o cuidador, cuando limita conductas disruptivas. La mayoría de usuarios que manifiestan los síntomas descritos, presentan una discapacidad de tipo intelectual.



■ Siempre ■ Casi siempre ■ Algunas veces ■ Nunca ■ No observo

Figura N° 14 Aumento de conductas estereotipadas en la persona con discapacidad en respuesta a las indicaciones verbales dirigidas por su cuidador con tono de voz fuerte y rígido, para iniciar actividades psicoeducativas, AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

El 18 % de los usuarios de AIPED y ANAMPE muestra conductas estereotipadas (sacuden sus manos, giran objetos, mueven su cabeza y extremidades, deambulan de un lado a otro) Estas conductas aumentan, en respuesta a las indicaciones verbales dirigidas por el docente o cuidador de forma directiva, con tono de voz fuerte y rígido, para iniciar actividades psicoeducativas, en un 16 % de la población total. De este porcentaje, el 2 % “siempre” manifiesta un aumento en su conducta estereotipada, 5 % “casi siempre”, 9 % “algunas veces”. El 2 % de la población que presenta conductas estereotipadas “nunca” evidencia aumento en las mismas en respuesta a las indicaciones verbales dirigidas por el docente o cuidador de forma directiva, con tono de voz fuerte y rígido, para iniciar actividades psicoeducativas. En la mayoría de la población, el 82 %, no se observa ninguna conducta estereotipada.



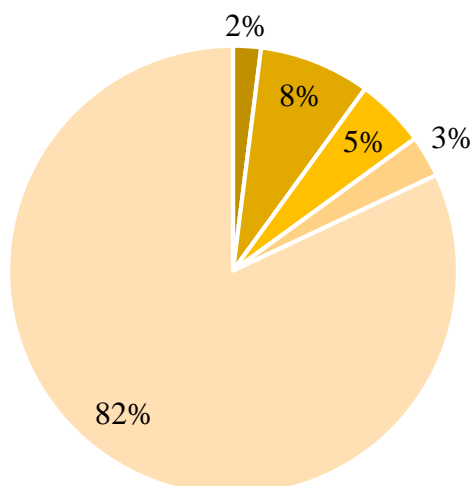
■ Siempre ■ Casi siempre ■ Algunas veces ■ Nunca ■ No observo

Figura N° 15 Aumento de conductas estereotipadas en la persona con discapacidad en respuesta a las indicaciones verbales dirigidas por su cuidador con tono de voz fuerte y rígido, para realizar actividades básicas de vida diaria, AIPED y ANAMPE, mayo 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

El 18 % de los usuarios de AIPED y ANAMPE muestra conductas estereotipadas (sacuden sus manos, giran objetos, mueven su cabeza y extremidades, deambulan de un lado a otro) Estas conductas aumentan, en respuesta a las indicaciones verbales dirigidas por el docente o cuidador de forma directiva, con tono de voz fuerte y rígido, para realizar actividades básicas de vida diaria, en un 14 % de la población total.

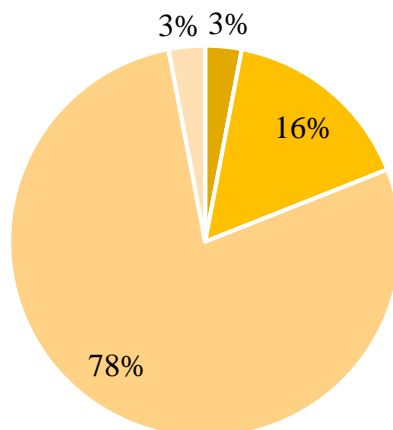
De este porcentaje, el 2 % “casi siempre” manifiesta un aumento en su conducta estereotipada y el 12 % “algunas veces”. El 4 % de la población que presenta conductas estereotipadas nunca evidencia aumento en las mismas en respuesta a las indicaciones verbales dirigidas por el docente o cuidador de forma directiva, con tono de voz fuerte y rígido, para realizar actividades básicas de vida diaria. En la mayoría de la población, el 82%, no se observa ninguna conducta estereotipada.



■ Siempre ■ Casi siempre ■ Algunas veces ■ Nunca ■ No observo

Figura N° 16 Aumento de conductas estereotipadas en la persona con discapacidad en respuesta a las indicaciones verbales dirigidas por su cuidador con tono de voz fuerte y rígido, para limitar conductas disruptivas, AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

El 18 % de los usuarios de AIPED y ANAMPE muestra conductas estereotipadas (sacuden sus manos, giran objetos, mueven su cabeza y extremidades, deambulan de un lado a otro). Estas conductas aumentan, en respuesta a las indicaciones verbales dirigidas por el docente o cuidador de forma directiva, con tono de voz fuerte y rígido, para limitar conductas disruptivas, en un 15 % de la población. De este porcentaje, el 2 % “siempre” manifiesta un aumento en su conducta estereotipada, 8 % casi siempre y el 5 % algunas veces. El 3 % de la población que presenta conductas estereotipadas nunca evidencia aumento en las mismas en respuesta a las indicaciones verbales dirigidas por el docente o cuidador de forma directiva, con tono de voz fuerte y rígido, para limitar conductas disruptivas. En la mayoría de la población, el 82 %, no se observa ninguna conducta estereotipada.



■ Siempre ■ Casi siempre ■ Algunas veces ■ Nunca ■ No observo

Figura N° 17 Presencia de tremor generalizado, actitud agresiva y desafiante en el usuario en respuesta y oposición a la indicación dada verbalmente por el funcionario con tono de voz amenazante, para iniciar actividades psicoeducativas, AIPED y ANAMPE, mayo 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

El 19 % de la población presenta tremor generalizado, actitud agresiva y desafiante, en respuesta y oposición a la indicación dada verbalmente por el funcionario con tono de voz amenazante, para iniciar actividades psicoeducativas; el 3 % de la población “casi siempre” presenta las manifestaciones mencionadas y el 16 % “algunas veces” La mayoría de los usuarios, el 78 %, “nunca” presenta las mismas y en el 3 % de la población, usuarios que laboran como asistentes de cocina y aseo en el centro, no observo la manera en que responden a la indicación verbal dada por el funcionario con tono de voz amenazante, para iniciar actividades psicoeducativas.

La mayoría de la población que manifiesta las actitudes descritas, presentan discapacidad intelectual.

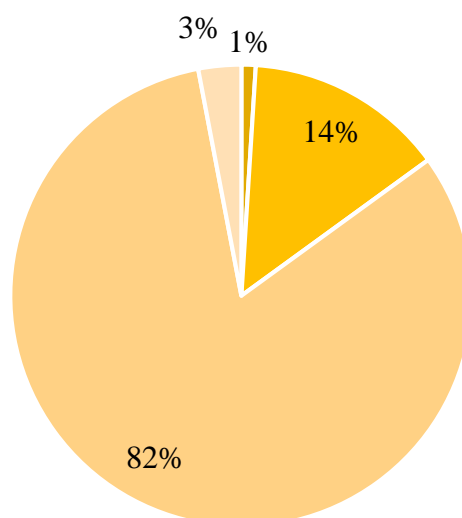
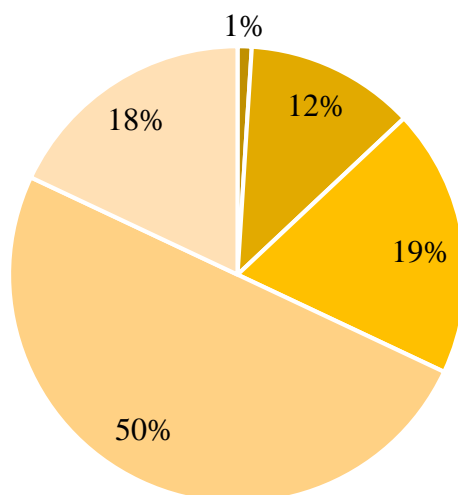


Figura N° 18 Presencia de tremor generalizado, actitud agresiva y desafiante en el usuario en respuesta y oposición a la indicación dada verbalmente por el funcionario con tono de voz amenazante, para realizar actividades básicas de vida diaria, AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

De 100 usuarios observados, el 15 % presenta tremor generalizado, actitud agresiva y desafiante, en respuesta y oposición a la indicación dada verbalmente por el funcionario con tono de voz amenazante, para realizar actividades básicas de vida diaria; 1 % “casi siempre” y 14 % “algunas veces” La mayoría de los usuarios, el 82 %, “nunca” manifiesta lo anterior y en el 3 % de la población, correspondiente a usuarios que laboran asistiendo al personal de aseo y cocina, “no observo” cómo responden a la indicación verbal dada por el funcionario con tono de voz amenazante, para realizar actividades básicas de vida diaria, ya que no participan de dichas actividades en el momento establecido por los docentes.



■ Siempre ■ Casi siempre ■ Algunas veces ■ Nunca ■ No observo

Figura N° 19 Presencia de tremor generalizado, actitud agresiva y desafiante en el usuario en respuesta y oposición a la indicación dada verbalmente por el funcionario con tono de voz amenazante, para limitar conductas disruptivas, AIPED y ANAMPE, mayo 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

El 32 % de la población presenta tremor generalizado, actitud agresiva y desafiante, en respuesta y oposición a la indicación dada verbalmente por el funcionario con tono de voz amenazante, para limitar conductas disruptivas; 1 % “siempre” presenta las manifestaciones mencionadas, 12 % “casi siempre” y 19 % “algunas veces” El 50 % de los usuarios en estudio “nunca” presenta las mismas y el 18 % de la población no manifiesta conductas disruptivas, por ello “no observo” la manera en que responden a la indicación verbal dada por el funcionario con tono de voz amenazante, para limitar conductas disruptivas.

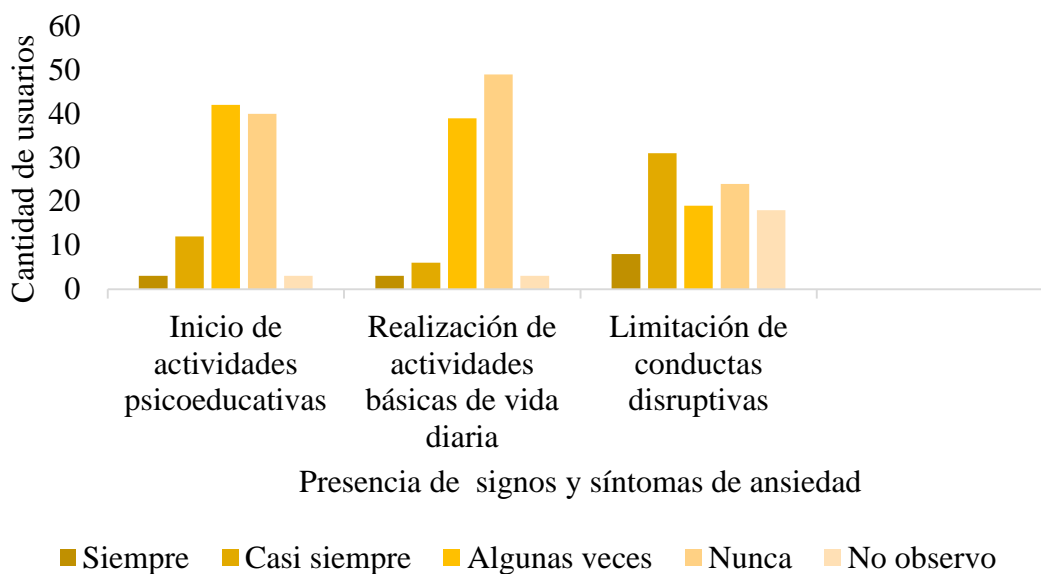


Figura N° 20 Presencia de ceño fruncido, tembor generalizado y llanto fácil en el usuario como síntomas de ansiedad ante la posición directiva del funcionario, cuando proporciona indicaciones verbales para iniciar actividades psicoeducativas, realizar actividades básicas de vida diaria y limita conductas disruptivas, AIPED y ANAMPE, mayo 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

De las 100 personas con discapacidad de AIPED y ANAMPE, 3 de ellas “siempre” fruncen el ceño, inician con tembor generalizado, lloran fácilmente, como síntomas de ansiedad ante la posición directiva del funcionario, cuando proporciona indicaciones verbales para iniciar actividades psicoeducativas, 12 “casi siempre, 42 “algunas veces” , 40 “nunca” y las 3 restantes laboran como asistentes de cocina y aseo, se encuentran trabajando en el momento en que se da la indicación, no participan de dichas actividades, por ello no se observa si manifiestan o no los síntomas ante la posición directiva del funcionario, cuando indica verbalmente el inicio de actividades psicoeducativas.

Cuando el funcionario indica verbalmente, desde su posición directiva, la realización de actividades básicas de vida diaria, 48 usuarios fruncen el ceño, inician con tembor generalizado, lloran fácilmente, como síntomas de ansiedad. Tres de ellos “siempre” presentan los síntomas, 6 “casi siempre”, 39 “algunas veces”, 49 “nunca” manifiestan los

síntomas y los 3 restantes, quienes asisten al personal de cocina y aseo, no se observa si los manifiestan o no.

La posición directiva del docente cuando le indica al usuario la realización de actividades básicas de vida diaria, respetando un horario establecido en la institución, influye en el desarrollo de síntomas de ansiedad observables por medio de su expresión facial (ceño fruncido), llanto fácil y temblor generalizado, sin embargo, menos usuarios manifiestan dichos síntomas cuando el cuidador proporciona esta indicación

De los usuarios observados, 58 fruncen el ceño, inician con temblor generalizado, lloran fácilmente, como síntomas de ansiedad ante la posición directiva del funcionario, cuando limita conductas disruptivas; 8 “siempre” presentan los síntomas, 31 “casi siempre” y 19 “algunas veces”, 24 “nunca” manifiestan estos síntomas y los 18 restantes no manifiestan conductas disruptivas. Entonces no se observa su respuesta ante la posición directiva del docente, cuando limita conductas disruptivas.

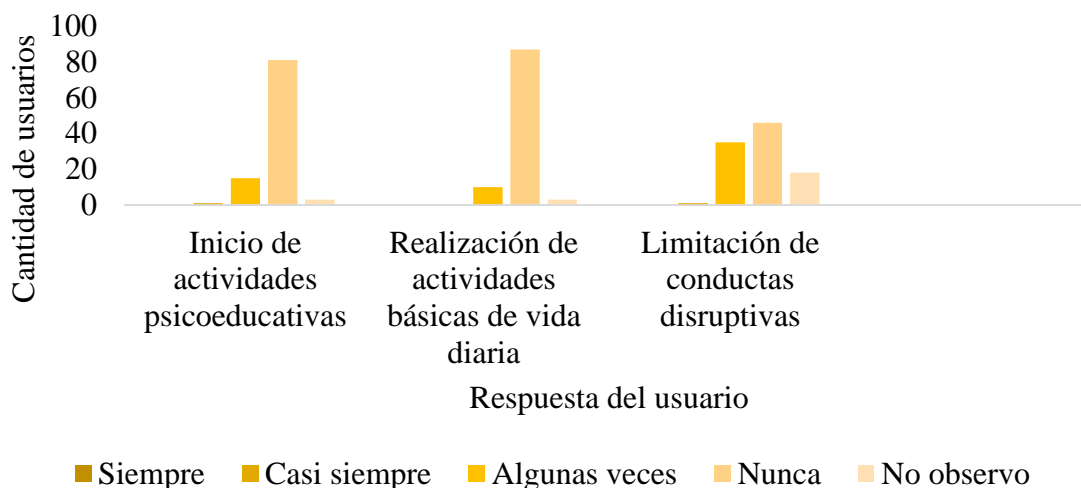


Figura N° 21 Presencia de ceño fruncido, tremor generalizado y llanto fácil en el usuario como síntomas de ansiedad ante la posición empática del funcionario cuando proporciona indicaciones verbales para iniciar actividades psicoeducativas, realizar actividades básicas de vida diaria y limita conductas disruptivas, AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

La posición empática del funcionario cuando proporciona indicaciones verbales para iniciar actividades psicoeducativas genera solo en 16 sujetos en estudio, la presencia de síntomas de ansiedad observables por medio del ceño fruncido, tremor generalizado y llanto fácil. Uno de ellos “casi siempre” manifiesta los síntomas, 15 “algunas veces”, 81 “nunca” y los 3 restantes no participan de las actividades grupales dentro del centro; laboran como asistentes de cocina y aseo, por ello no se observa si manifiestan o no los síntomas planteados.

Cuando el funcionario indica verbalmente, desde su posición empática, la realización de actividades básicas de vida diaria, solo 10 usuarios “algunas veces” fruncen el ceño, inician con tremor generalizado, lloran fácilmente, como síntomas de ansiedad, 87 de ellos “nunca” y los 3 restantes, quienes asisten al personal de aseo y cocina, no se observa si los manifiestan, en este caso.

La posición empática del funcionario cuando limita conductas disruptivas genera en 36 personas con discapacidad en estudio, síntomas de ansiedad observables por medio del ceño fruncido, tremor generalizado y llanto fácil. Una de ellas “casi siempre” presenta los síntomas, 35 “algunas veces”, 46 “nunca” los manifiesta y los 18 restantes no manifiestan conductas disruptivas, por ello no observo su respuesta ante la posición empática del funcionario cuando limita conductas disruptivas.

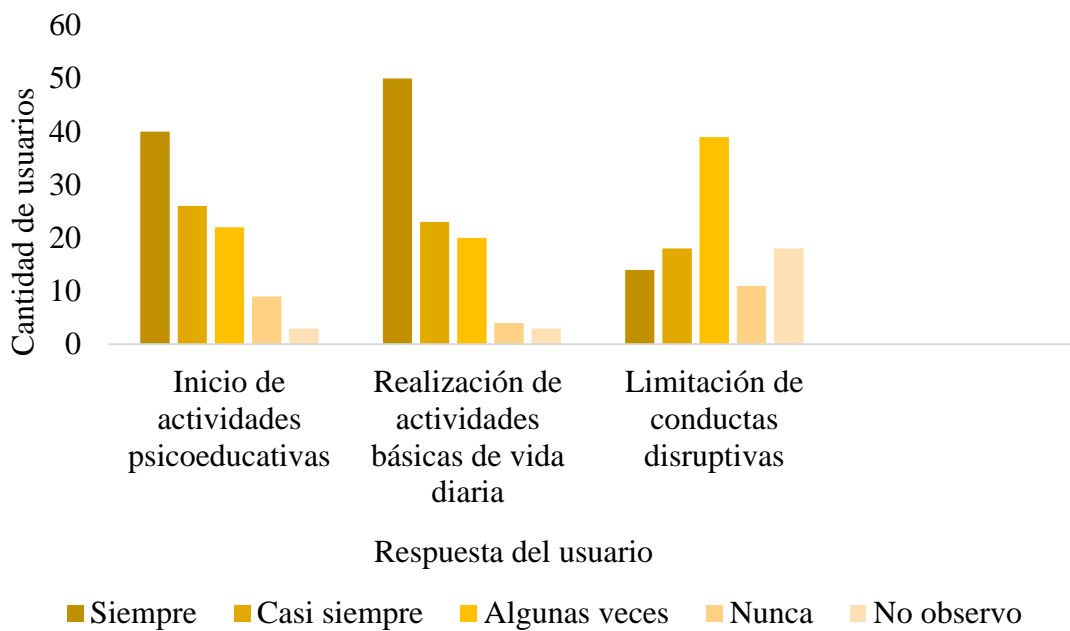


Figura N° 22 Respuesta de la persona con discapacidad "acata la indicación verbal" proporcionada por el cuidador con tono de voz cálido y seguro, para iniciar actividades psicoeducativas, realizar actividades básicas vida diaria y limitar conductas disruptivas, AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

Cuando el docente o cuidador proporciona una indicación verbal con tono de voz cálido y seguro para iniciar actividades psicoeducativas, 40 usuarios “siempre” acatan la indicación, 26 “casi siempre”, 22 “algunas veces” y 9 “nunca”. Estos 9 son en su mayoría, personas con discapacidad intelectual, se encuentran en rangos de edad de 20 a 30 años y son hombres, provienen de albergue o familia mono nuclear. Los 3 restantes, laboran como asistentes de

cocina y aseo, no se observa su respuesta ante la forma de comunicación mencionada, en el presente caso.

Cuando el cuidador indica verbalmente con tono de voz cálido y seguro, la realización de actividades básicas de vida diaria, 50 personas “siempre” acatan la indicación, 23 “casi siempre”, 20 “algunas veces”, 4 “nunca”; estos 4 corresponden en su mayoría a la misma población descrita en el caso anterior, y en los 3 usuarios restantes, quienes tienen cargo de asistentes, no se observa su respuesta ante la forma de comunicación mencionada, en el presente caso.

De la población en estudio, 14 participantes “siempre” acatan la indicación dada verbalmente por el docente con tono de voz cálido y seguro, para limitar conductas disruptivas, 18 “casi siempre”, 39 “algunas veces”, 11 “nunca”, estos 11 son en su mayoría usuarios con discapacidad intelectual, hombres, entre los 20 y 30 años, provenientes de albergue o familia mononuclear. Los 18 restantes nunca manifiestan conductas disruptivas, por lo anterior no se observa su respuesta ante la forma de comunicación mencionada.

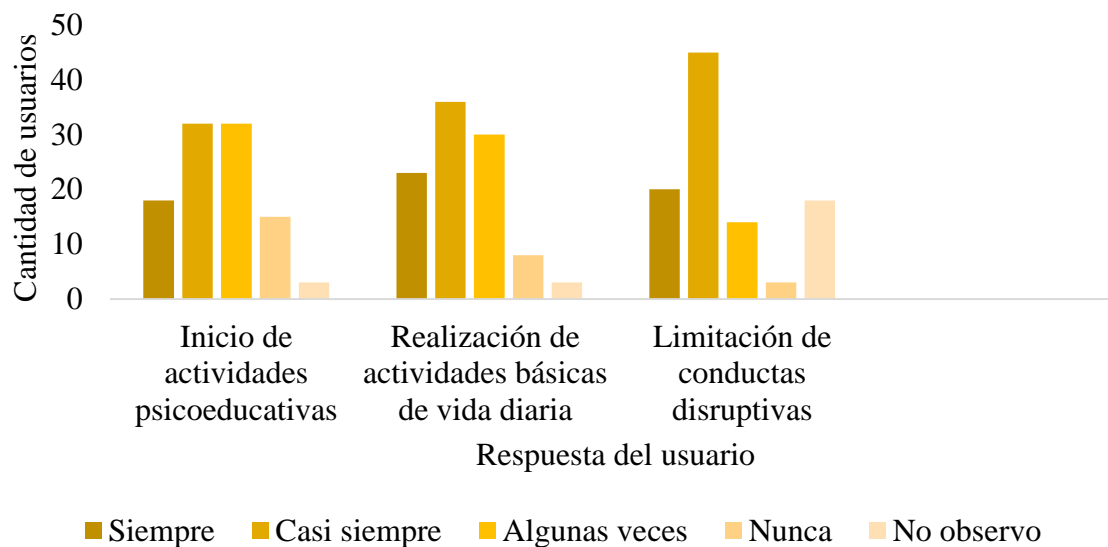


Figura N° 23 Respuesta de la persona con discapacidad "acata la indicación verbal" proporcionada por el cuidador con tono de voz amenazante, para iniciar actividades psicoeducativas, realizar actividades básicas de vida diaria y limitar conductas disruptivas, AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

De la población en estudio, 18 personas “siempre” acatan la indicación proporcionada por el cuidador, con tono de voz amenazante, para iniciar actividades psicoeducativas, 32 “casi siempre”, 32 “algunas veces” De ellos, 19 “nunca” acatan y los tres restantes laboran como asistentes de aseo y cocina, no participan de las actividades grupales, por eso no se observa cómo responden a la indicación verbal por parte del docente con tono de voz amenazante, cuando indica el inicio de actividades psicoeducativas. Quienes acatan frecuentemente la indicación ante esta forma de comunicación, son usuarios masculinos con discapacidad intelectual.

De los usuarios observados, 23 “siempre” acatan la indicación proporcionada por el cuidador, con tono de voz amenazante, para realizar actividades básicas de vida diaria, 36 “casi siempre”, 30 “algunas veces”, de ellos la mayoría son usuarios con discapacidad intelectual, en su mayoría hombres. De ellos, 8 “nunca” acatan y en los tres restantes, quienes cumplen tareas de asistencia en cocina y aseo, en el momento en que el docente

proporciona la indicación se encuentran ocupados en sus respectivas tareas, por esto no se observa cómo responden a la indicación verbal para realizar actividades básicas de vida diaria, dada por el docente, con tono de voz amenazante.

Veinte sujetos de estudio “siempre” acatan la indicación proporcionada por el cuidador para limitar conductas disruptivas, con tono de voz amenazante, 45 “casi siempre”, 14 “algunas veces” De ellos, la mayoría son hombres con discapacidad intelectual, que presentan trastornos del comportamiento y del control de impulsos como condición asociada a su discapacidad. Solamente 3 integrantes de la población “nunca” acatan y 18 de ellos no manifiesta conductas disruptivas, por ello no se observa cómo responden a la indicación verbal del docente con tono de voz amenazante, cuando limita conductas disruptivas.

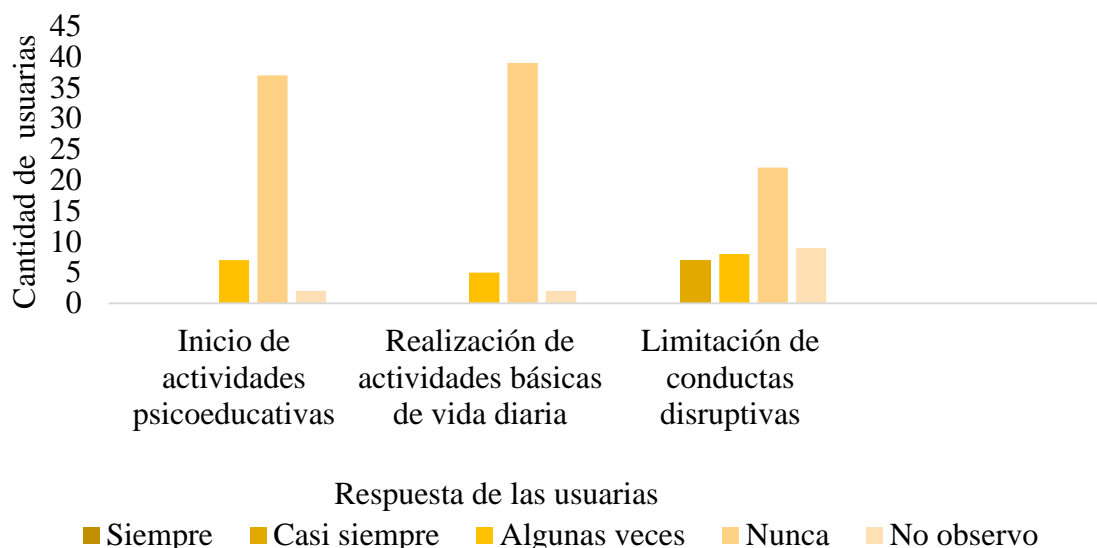


Figura N° 24 Presencia de actitudes oposicionistas, desafiantes y/o agresivas ante la indicación verbal del funcionario, con tono de voz fuerte, directivo, para iniciar actividades psicoeducativas, realizar actividades básicas de vida diaria y limitar conductas disruptivas en la población femenina de AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

La población femenina de AIPED y ANAMPE se compone de 46 usuarias. De ellas, solo 7 “algunas veces” presentan actitudes oposicionistas, desafiantes y agresivas como tirar o golpear objetos, ante la indicación verbal con tono de voz fuerte y directivo por parte del funcionario, para iniciar actividades psicoeducativas.

Las siete usuarias presentan discapacidad intelectual, no hay un grupo etario mayoritario, la mayoría presenta trastornos del comportamiento como patología asociada y proviene de albergue. De las 46 usuarias, 37 “nunca” presentan las actitudes descritas y dos de ellas laboran como asistentes de cocina, no participan de las actividades grupales, por esto “no observo” si presentan o no actitudes oposicionistas, desafiantes y/o agresivas, ante la indicación verbal de funcionario con tono de voz fuerte y directivo, para iniciar dichas actividades.

Cuando el docente o cuidador indica la realización de actividades básicas de vida diaria con tono de voz fuerte y directivo, solo cinco usuarias “algunas veces” responden con actitudes oposicionistas, desafiantes y agresivas. De ellas, 39 “nunca” manifiestan estas actitudes y dos de ellas asisten en la cocina y limpieza, no se encuentran con los docentes cuando proporcionan la indicación, por esto “no observo” su respuesta.

Cuando el docente limita conductas disruptivas con tono de voz fuerte y directivo, 7 usuarias “casi siempre” responden con actitudes oposicionistas, desafiantes y agresivas y 8 de las mismas “algunas veces”. Las actitudes descritas “nunca” se observan en 22 mujeres y no se observa la manifestación de conductas disruptivas, en 9 mujeres.

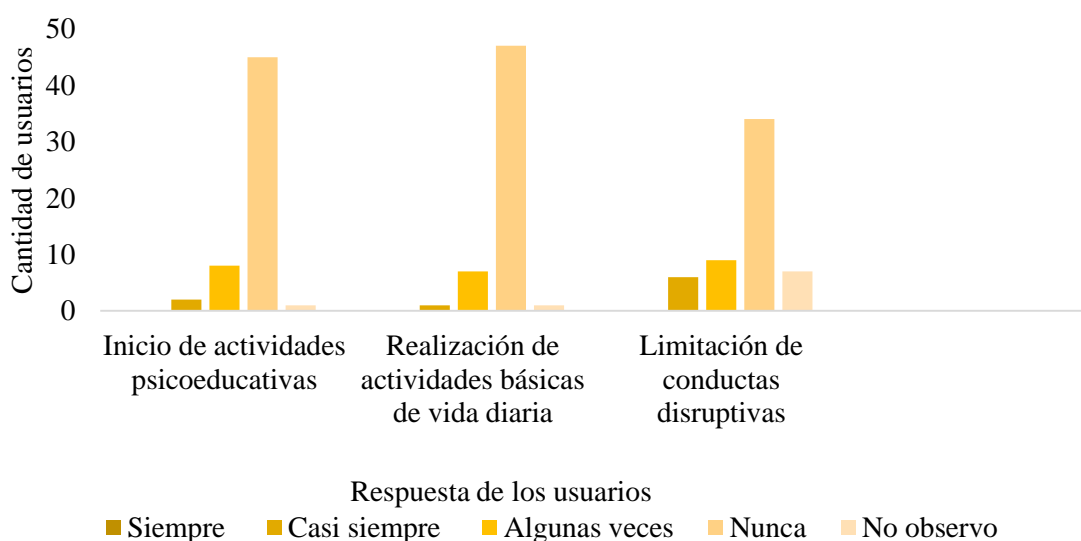


Figura N° 25 Presencia de actitudes oposicionistas, desafiantes y agresivas ante la indicación verbal del funcionario, con tono de voz fuerte, directivo, para iniciar actividades psicoeducativas, realizar actividades básicas de vida diaria y limitar conductas disruptivas en la población masculina de AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

Se observan actitudes oposicionistas, desafiantes y agresivas, por ejemplo, tiran y golpean objetos, ante la indicación verbal del funcionario, con tono de voz fuerte y directivo, para

iniciar actividades psicoeducativas, en 2 usuarios “casi siempre” y en 8 de ellos “algunas veces” Dichas actitudes “nunca” se presentan en 45 usuarios y en un usuario, quien es asistente en el área de aseo y se encuentra laborando en el momento en que el docente indica el inicio de actividades psicoeducativas, “no observo” su respuesta ante la forma de comunicación descrita.

De la población masculina, un usuario “casi siempre” manifiesta actitudes opositoras, desafiantes y agresivas, ante un trato directivo con tono de voz fuerte, por parte del docente cuando indica verbalmente la realización de actividades básicas de vida diaria. Siete usuarios las presentan “algunas veces” Estas actitudes “nunca” se presentan en 47 usuarios y en un usuario, quien labora como asistente de aseo en el centro, “no observo” su respuesta ante la forma de comunicación descrita, cuando el docente indica la realización de actividades básicas de vida diaria.

Cuando el docente limita conductas disruptivas con tono de voz fuerte y directivo, 6 usuarios “casi siempre” manifiestan actitudes opositoras, desafiantes y agresivas, por ejemplo, tiran objetos y los golpean, y 7 de ellos “algunas veces” Dichas actitudes “nunca” se manifiestan en 34 usuarios y 7 de ellos no manifiestan conductas disruptivas, por ello “no observo” su respuesta ante un tono de voz fuerte y directivo por parte del docente, cuando limita conductas disruptivas.

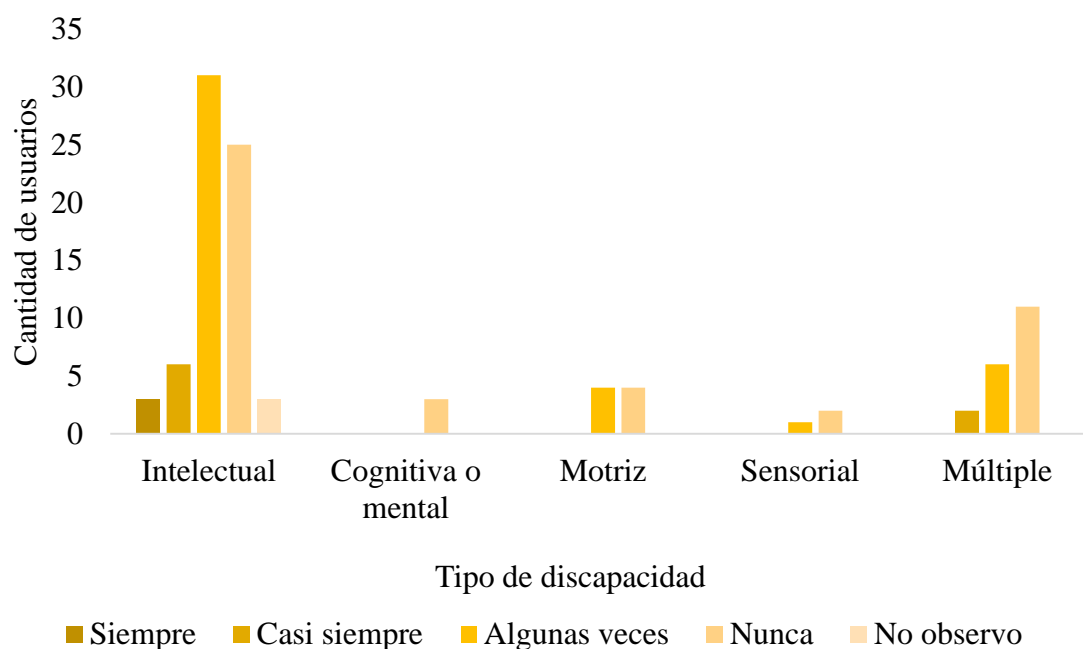


Figura N° 26 Presencia de síntomas asociados a ansiedad como ceño fruncido, tremor generalizado y llanto fácil, ante la indicación directiva dada por el funcionario de forma verbal con tono de voz amenazador, para iniciar actividades psicoeducativas, según tipo de discapacidad de los usuarios de AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

De 68 usuarios con discapacidad intelectual, 40 manifiestan síntomas asociados a ansiedad, ante la indicación verbal dada por el docente de manera directiva, con tono de voz amenazante, para iniciar actividades psicoeducativas. En 22 usuarios con el mismo tipo de discapacidad, “nunca” se presentan los síntomas y los tres restantes laboran como asistentes de cocina y aseo, ellos no se encuentran con los docentes en este momento, por esto “no observo” su respuesta ante esta indicación, proporcionada de dicha forma.

Los tres usuarios con discapacidad cognitiva o mental, dos con autismo y uno con esquizofrenia indiferenciada, “nunca” manifiestan síntomas asociados a ansiedad ante la indicación verbal dada por el docente de manera directiva, con tono de voz amenazante, para iniciar actividades psicoeducativas.

De 8 usuarios con discapacidad motriz, solo 4 de ellos, tres mujeres y un hombre, la mayoría entre los 30 y 40 años, “algunas veces” fruncen el ceño, manifiestan tremor generalizado, lloran fácilmente, ante la indicación verbal dada por el docente de manera directiva, con tono de voz amenazante, para iniciar actividades psicoeducativas.

La población se compone solamente por dos usuarios, un hombre y una mujer, con discapacidad sensorial (sordera en el caso de ellos). La usuaria “algunas veces” frunce el ceño, manifiesta tremor generalizado, llora fácilmente, ante la indicación dada de forma verbal con tono de voz amenazante para iniciar actividades psicoeducativas, siempre y cuando el docente utilice al comunicarse, expresiones faciales de enojo y una postura corporal rígida como formas de comunicación no verbal.

De 19 personas con discapacidad múltiple, en su mayoría motriz e intelectual y en su minoría intelectual y cognitiva, 2 de ellos “casi siempre” y 6 de los mismos “algunas veces” manifiestan síntomas asociados a ansiedad, ante la indicación verbal dada por el docente de manera directiva, con tono de voz amenazante, para iniciar actividades psicoeducativas. De ellos, 3 son mujeres y 5 hombres, en su mayoría en un rango de 30 a 40 años. Los 11 usuarios con discapacidad múltiple restantes, “nunca” manifiestan los síntomas.

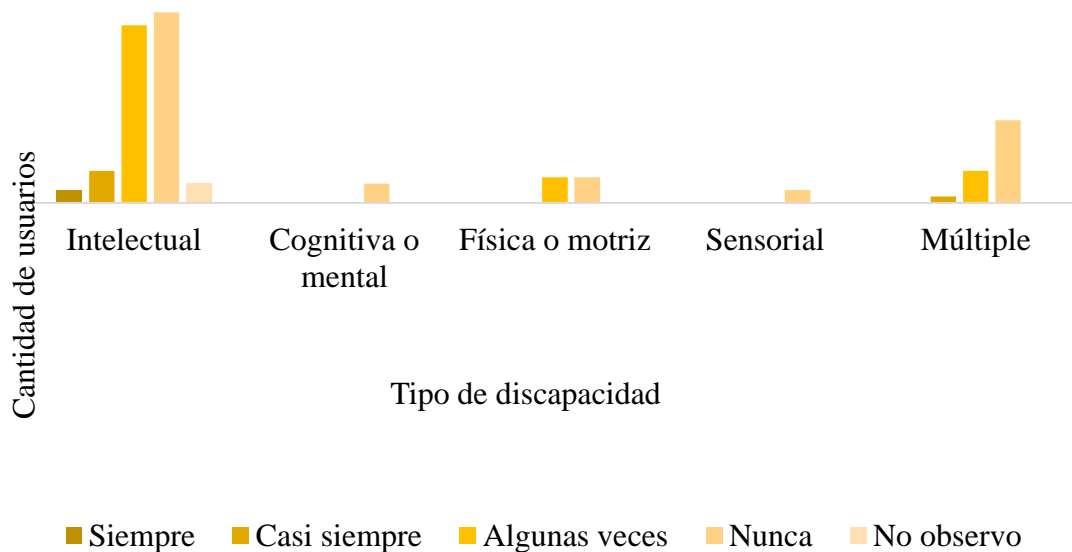


Figura N° 27 Presencia de síntomas asociados a ansiedad como ceño fruncido, tembor generalizado y llanto fácil, ante la indicación directiva dada por el funcionario de forma verbal con tono de voz amenazador, para realizar actividades básicas de vida diaria, según tipo de discapacidad de los usuarios de AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

De 68 usuarios con discapacidad intelectual, 35 manifiestan síntomas asociados a ansiedad, ante la indicación verbal dada por el docente de manera directiva, con tono de voz amenazante, para realizar actividades básicas de vida diaria. En 30 usuarios, con el mismo tipo de discapacidad, nunca se presentan los síntomas y los tres restantes laboran como asistentes de cocina y aseo, se encuentran ocupados en sus respectivas tareas mientras el docente le indica al resto de usuarios la realización de actividades básicas de vida diaria, por ello no observo su respuesta ante esta indicación, proporcionada de dicha forma.

La población está compuesta por tres usuarios con discapacidad cognitiva; dos con autismo y uno con esquizofrenia indiferenciada, ellos nunca manifiestan síntomas asociados a ansiedad como tembor generalizado, llanto fácil o fruncen el ceño, ante la forma de

comunicación verbal con tono de voz amenazador, por parte del docente cuando indica la realización de actividades básicas de vida diaria.

De 8 usuarios con discapacidad motriz, 4 de ellos, tres mujeres y un hombre, la mayoría entre los 30 y 40 años, “algunas veces” fruncen el ceño, manifiestan tremor generalizado, lloran fácilmente, ante la indicación verbal dada por el docente de manera directiva, con tono de voz amenazante, para realizar actividades básicas de vida diaria.

Los dos usuarios con discapacidad sensorial nunca fruncen el ceño, manifiestan tremor generalizado, lloran fácilmente, ante la indicación verbal dada por el docente de manera directiva, con tono de voz amenazante, incluso cuando la indicación verbal se acompaña de expresiones faciales de enojo y postura rígida, como formas de comunicación no verbal, para realizar actividades básicas de vida diaria.

Con respecto a la población con discapacidad múltiple, 6 de ellos (4 hombres y 2 mujeres), en su mayoría en un rango de 30 a 40 años de edad, presentan síntomas asociados a ansiedad, ante la indicación verbal dada por el docente de manera directiva, con tono de voz amenazante, para realizar actividades básicas de vida diaria.

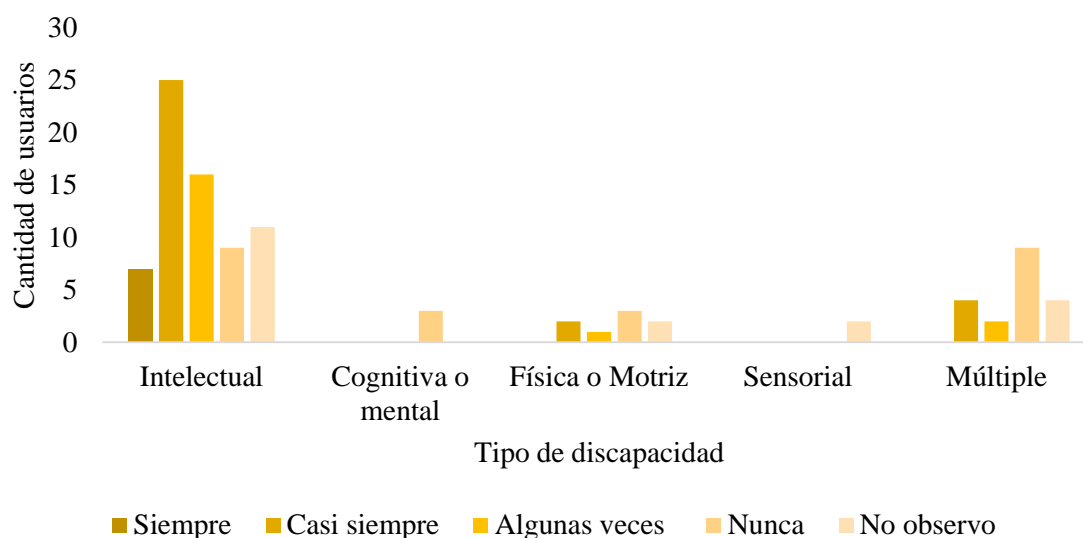


Figura N° 28 Presencia de síntomas asociados a ansiedad como ceño fruncido, tremor generalizado y llanto fácil, ante la indicación directiva dada por el funcionario de forma verbal con tono de voz amenazador, para limitar conductas disruptivas, según tipo de discapacidad de los usuarios de AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

Cuando el docente limita conductas disruptivas, con tono de voz amenazador, de los 68 usuarios con discapacidad intelectual, 48 manifiestan síntomas asociados a ansiedad, en su mayoría mujeres y se caracterizan por presentar llanto fácil, principalmente. Los síntomas nunca se presentan en 9 usuarios y no se observan conductas disruptivas en 11 de ellos.

Los tres usuarios con discapacidad mental o cognitiva nunca presentan los síntomas mencionados.

De los 8 usuarios con discapacidad física o motriz, 3 de ellos, dos mujeres y un hombre, la mayoría entre los 30 y 40 años, fruncen el ceño, manifiestan tremor generalizado, lloran fácilmente, ante la indicación verbal dada por el docente de manera directiva, con tono de voz amenazante, para limitar conductas disruptivas.

Ninguno de los tres usuarios con discapacidad sensorial manifiesta conductas disruptivas, es por ello por lo que no observo su respuesta ante la indicación verbal dada por el docente de manera directiva, con tono de voz amenazante, para limitar conductas disruptivas.

Con respecto a la población con discapacidad múltiple, 6 de ellos (4 hombres y 2 mujeres), en su mayoría en un rango de 30 a 40 años de edad, presentan síntomas asociados a ansiedad, ante la indicación verbal dada por el docente de manera directiva, con tono de voz amenazante, para limitar conductas disruptivas.

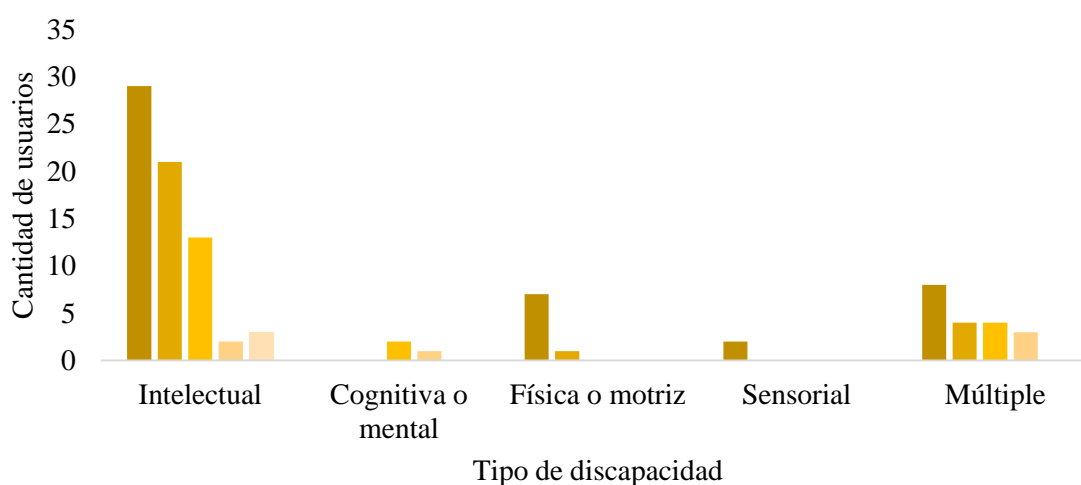


Figura N.º 29 Respuesta del usuario según tipo de discapacidad "acata la indicación" verbal proporcionada por el docente con postura corporal firme y segura pero no rígida, para iniciar actividades psicoeducativas, AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

De 68 usuarios con discapacidad intelectual, 63 acatan la indicación ante dicha forma de comunicación (29 "siempre" 21 "casi siempre, 13 "algunas veces") Dos personas "nunca" acatan y los tres restantes no participan de las actividades con los docentes ("no observo").

De tres usuarios con discapacidad cognitiva, los dos acatan "algunas veces" la indicación verbal proporcionada por el docente con postura corporal firme y segura, pero no rígida,

para iniciar actividades psicoeducativas. Uno de ellos acata de mejor manera la indicación, cuando el docente se comunica de forma cálida, con tono de voz suave.

Los ocho usuarios con discapacidad física o motriz, acatan la indicación (7 “siempre, 1 “casi siempre”). Los dos usuarios con discapacidad sensorial siempre acatan la indicación verbal y de los 19 usuarios con discapacidad múltiple, ocho “siempre” acatan la indicación, cuatro “casi siempre”, cuatro “algunas veces” y tres de ellos “nunca” acatan la indicación para iniciar actividades psicoeducativas, cuando el docente mantiene una postura corporal firme y segura.

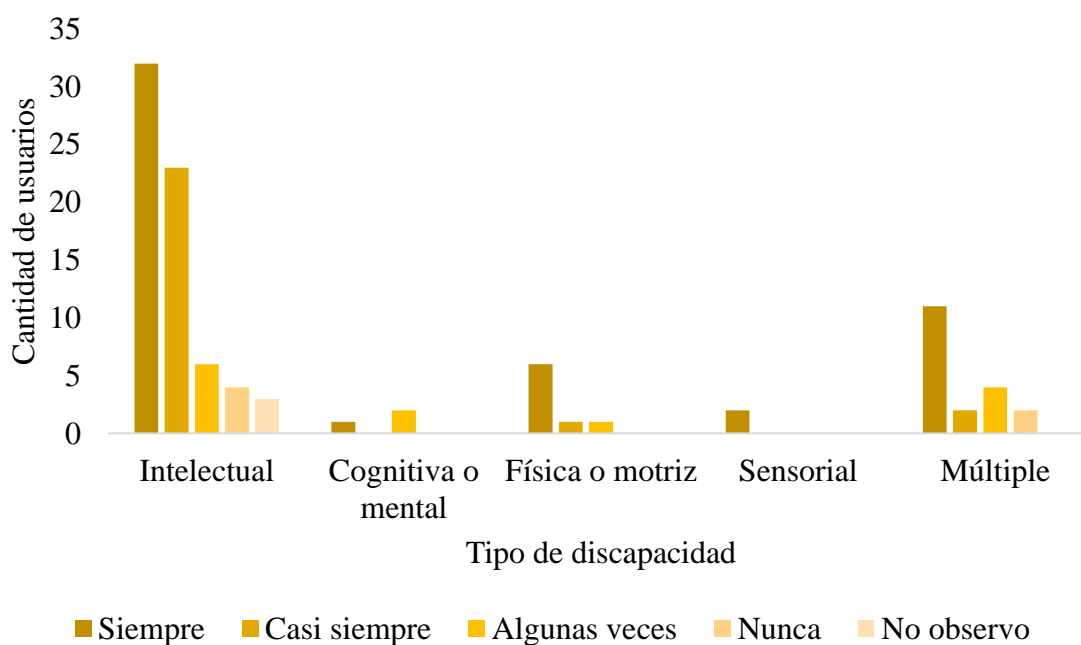


Figura N.º 30 Respuesta del usuario según tipo de discapacidad “acata la indicación” verbal proporcionada por el docente con postura corporal firme y segura pero no rígida, para realizar actividades básicas de vida diaria, AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

De 68 usuarios con discapacidad intelectual, 61 acatan la indicación ante la forma de comunicación verbal proporcionada por el docente con postura corporal firme y segura pero

no rígida, para realizar actividades básicas de vida diaria (32 “siempre”, 23 “casi siempre y 6 “algunas veces”). Cuatro personas “nunca” acatan la indicación y los tres restantes laboran como asistentes de cocina y aseo, se encuentran ocupados en sus respectivas labores mientras el docente le indica a los demás usuarios la realización de actividades básicas de vida diaria (“no observo”).

De tres usuarios con discapacidad cognitiva, uno “siempre” acata y dos de ellos “algunas veces”. Seis usuarios con discapacidad física o motriz “siempre” acatan la indicación, uno de ellos “casi siempre” y otro de los mismos “algunas veces” Los dos usuarios con discapacidad sensorial “siempre” acatan la indicación verbal y de los 19 usuarios con discapacidad múltiple, once “siempre” acatan la indicación, dos “casi siempre”, cuatro “algunas veces” y los dos restantes “nunca” acatan la indicación para realizar actividades básicas de vida diaria , cuando el docente mantiene una postura corporal firme y segura.

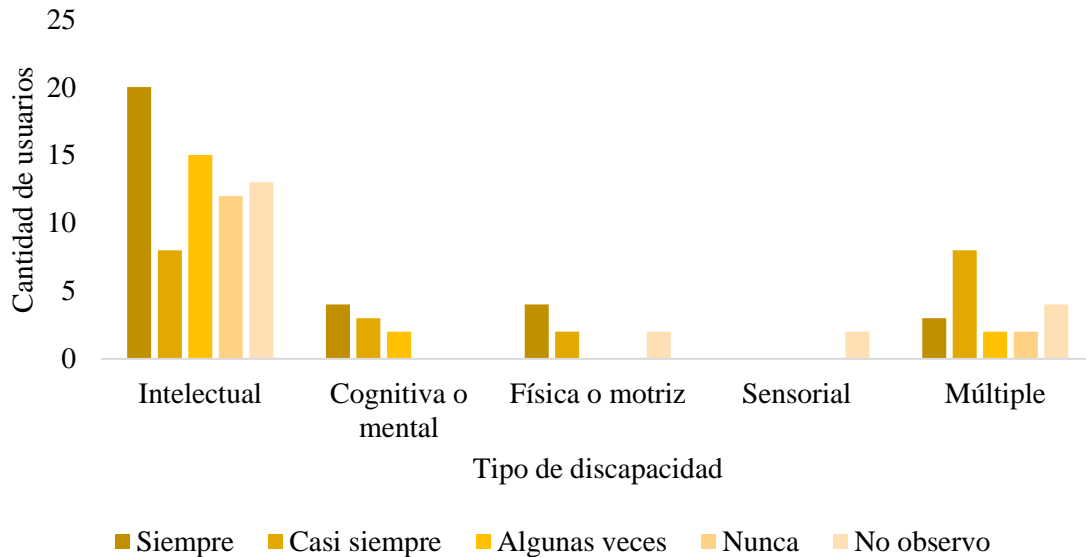


Figura N° 31 Respuesta del usuario según tipo de discapacidad “acata la indicación” verbal proporcionada por el docente con postura corporal firme y segura pero no rígida, para limitar conductas disruptivas, AIPED y ANAMPE, mayo 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

Cuando el docente limita conductas disruptivas, manteniendo una postura corporal firme y segura pero no rígida, de 68 usuarios con discapacidad intelectual, 20 “siempre” acatan la indicación, 8 “casi siempre” y 15 “algunas veces”, 12 de ellos “nunca” acatan. El docente debe alzar su voz, comunicarse de forma amenazante e incluso utilizar medidas correctivas con el usuario, por ejemplo, apartarlo del grupo o sujetarlo. Los 13 usuarios restantes no manifiestan conductas disruptivas durante el período de observación. De tres usuarios con discapacidad cognitiva o mental, uno de ellos, quien presenta esquizofrenia indiferenciada, “siempre” acata la indicación, otro de los mismos, quien presenta autismo “casi siempre” y el otro, quien también presenta autismo “algunas veces” acata.

De 8 usuarios con discapacidad física o motriz, 4 “siempre” acatan la indicación, 2 “casi siempre” y 2 de ellos “nunca” manifiestan conductas disruptivas, durante el período de observación. Ninguno de los dos usuarios con discapacidad sensorial manifiesta conductas disruptivas. Con respecto a los 19 usuarios con discapacidad múltiple, en su mayoría motriz e intelectual en su minoría intelectual y cognitiva, 3 de ellos “siempre” acatan la indicación, 8 de los mismos “casi siempre” y 2 “algunas veces”. Dos de ellos “nunca” acatan la indicación verbal dada por el docente, cuando mantiene una postura corporal firme y segura para limitar conductas disruptivas y cuatro de los mismos no manifiestan conductas disruptivas observables.

**CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE
RESULTADOS**

5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN O EXPLICACIÓN DE LOS RESULTADOS

La prevalencia de signos y síntomas de ansiedad en las personas con discapacidad de AIPED y ANAMPE se identifica por medio de conductas y manifestaciones observables asociadas. Por ejemplo, una conducta hostil, identificable por medio de características como el ceño fruncido, actitudes oposicionistas y desafiantes, que pueden ser verbales o por medio de gestos y lenguaje corporal (no verbales). De manera general, los resultados indican lo siguiente: los usuarios que presentan estas conductas con mayor frecuencia, son hombres, entre los 30 y 40 años de edad, provienen de albergue o familia mononuclear, tienen una discapacidad de tipo intelectual y algún trastorno conductual como condición asociada a su discapacidad.

La minoría de usuarios manifiesta hostilidad ante un trato directivo, con tono de voz fuerte, directivo por parte del docente, cuando proporciona la indicación para que inicien su trabajo educativo en el centro. Cuando la indicación del docente es para realizar actividades básicas de vida diaria, las manifestaciones de hostilidad son incluso menores. Pero, cuando el docente limita conductas disruptivas, comunicándose verbalmente, con tono de voz fuerte y directivo, muchos usuarios fruncen el ceño, toman actitudes oposicionistas y desafiantes. Se infiere que el regaño, desde esta forma de comunicación empleada por el docente, le genera ansiedad al usuario y lo manifiesta por medio de gestos, actitudes y conductas hostiles, se debe añadir que no sólo es la forma de comunicación sino también la interpretación que a nivel de su limitación cognitiva e intelectual establece el usuario, que maximiza la respuesta hostil, desafiante y hasta agresiva.

Más allá de la identificación de los signos y síntomas de ansiedad en la persona con discapacidad frente a las formas de comunicación empleadas por su cuidador, es importante identificar su respuesta. En algunos casos, el usuario quiere responder y oponerse a la indicación dada por el funcionario, y opta por una actitud desafiante y agresiva, incluso en algunos casos presenta tremor generalizado. Los usuarios sin limitación del habla generalmente se oponen verbalmente y acompañan a la comunicación verbal con gestos de disgusto y oposición, como formas de comunicación no verbal, sin embargo, muchos usuarios tienen limitación del habla y se oponen por medio de gestos y expresiones corporales. Lo anterior es frecuente cuando el docente limita conductas disruptivas a la población masculina, entre los 20 y 30 años, quienes viven en albergue o familia mononuclear, con discapacidad intelectual y algún trastorno conductual o del control de impulsos. Dependiendo del estado anímico y el nivel de ansiedad del usuario en el momento en que el docente limita alguna conducta, puede manifestarse desafiante con el mismo, incluso agresivo algunas veces. En ciertas ocasiones golpea objetos, los tira, grita. Lo anterior se observa en un 32 % de la población, la mayoría son usuarios con discapacidad intelectual y algún trastorno mental y del comportamiento asociado.

Al determinar síntomas conductuales asociados a ansiedad en la población en estudio, como el ceño fruncido, llanto fácil y tremor generalizado, ante la indicación verbal dada por el docente con tono de voz amenazante, se añade el llanto fácil, lo cual lo manifiestan los usuarios y se observa con claridad en respuesta a la indicación dada por el docente con tono de voz amenazante. De estos síntomas asociados a ansiedad, los hombres manifiestan frecuentemente tremor generalizado y fruncen el ceño. El llanto en ellos es poco frecuente, en cambio las mujeres sí manifiestan llanto frecuentemente, ante la indicación verbal dada por el docente con tono de voz amenazante, principalmente cuando limita conductas disruptivas. Lo anterior se

observa principalmente en la población con discapacidad intelectual y algún trastorno de la conducta como condición asociada a su discapacidad. Ante lo observado se puede desprender que la diferencia establecida por la construcción del género no es exclusiva de los grupos intelectual y cognitivamente capaces a la demanda de las sociedades sino impregna a los grupos con limitaciones sapientes.

Otros síntomas asociados a ansiedad, identificables en los sujetos de estudio por medio de observación, del tipo vegetativo, como sudoración, inquietud y lagrimeo, cuando el docente indica con tono de voz amenazante el inicio de actividades psicoeducativas, la realización de actividades básicas de vida diaria, o bien limita conductas disruptivas, tienen una prevalencia menor a los síntomas mencionados en el párrafo anterior. Los síntomas se observan con mayor frecuencia cuando el docente limita conductas disruptivas. De estos tres síntomas, se observa inquietud y sudoración, principalmente en la población con discapacidad intelectual. El lagrimeo se observa principalmente en mujeres.

La minoría de la población manifiesta conductas estereotipadas; el 18 % las presenta; algunos usuarios deambulan de un lado a otro, otros giran objetos, unos mueven su cabeza o extremidades continuamente, un usuario se balancea de un lado a otro, otro se golpea el pecho, otro mueve los dedos de su mano derecha. Si se proporcionan las indicaciones con tono de voz fuerte y rígido por parte del docente, para iniciar actividades psicoeducativas, realizar actividades básicas de vida diaria y limitar conductas disruptivas, se intensifican las conductas estereotipadas en la minoría de los usuarios. Los usuarios con discapacidad intelectual, cognitiva y múltiple (motriz e intelectual o intelectual y cognitiva) de AIPED y ANAMPE, son

quienes manifiestan estereotipias, los usuarios con discapacidad motriz y sensorial no las manifiestan.

Los signos y síntomas de ansiedad en la persona con discapacidad se manifiestan poco, ante una posición empática por parte del docente. Se infiere que la posición empática por parte del docente favorece a ambas partes en un proceso de comunicación. Sin embargo, aunque la presencia de signos y síntomas de ansiedad en la población en estudio no prevalezca ante una posición empática del funcionario, algunos usuarios, en su mayoría quienes presentan trastornos conductuales, de control de impulsos, del estado de ánimo, son muy susceptibles a presentar síntomas de ansiedad como llanto fácil, inquietud, irritabilidad y tremor generalizado ante cualquier forma de comunicación, principalmente cuando perciben que se les está llamando la atención.

Es importante identificar cuál es la manera de comunicación ideal por parte del docente, con el fin de que el usuario acate y se favorezcan ambas partes. Los resultados permiten interpretar, en general, que el usuario responde mejor ante un trato empático, sin embargo, no todos los usuarios responden de la misma forma.

De acuerdo con los resultados obtenidos, cuando el docente indica el inicio de actividades grupales educativas, la realización de actividades básicas de vida diaria, la mayoría de usuarios acata cuando se les habla desde una posición empática, asertiva, con tono de voz bajo, pero firme y seguro. Sin embargo, cuando limitan conductas disruptivas, con algunos usuarios se requiere un trato más directivo, para que corrijan su conducta. Algunos usuarios tienen comportamientos heteroagresivos que no solamente alteran el orden y el comportamiento de los demás, si no que pueden perjudicar la salud de ellos mismos. Por ejemplo, se observan usuarios

golpeando su cabeza con objetos, otros manipulando objetos peligrosos, otros golpeando partes de su cuerpo o a otros compañeros. Cuando el usuario presenta este tipo de conductas, se identifica que responden mejor ante un trato directivo, independientemente si es de parte de un cuidador masculino o femenino.

Se infiere que el uso correcto de la forma de comunicación se debe al reconocimiento de las situaciones donde cada una de ellas es adecuada, y al tipo de usuarios que va dirigida.

Tomando como referencia la teoría de las relaciones interpersonales, de Hildegard Peplau, seleccionada para la investigación, la persona responde de manera constructiva o destructiva frente a una necesidad, un conflicto, ansiedad y frustración. En el presente estudio, se observa la respuesta de la persona con discapacidad, frente al trato del docente cuando se comunica con él/ella para proporcionarle una indicación. La forma de comunicación empleada por el docente influye en la respuesta de la población en estudio, específicamente en la ansiedad y sus manifestaciones.

La teorizante seleccionada establece que uno de los roles de la enfermera es la docencia, e inicia desde el conocimiento del paciente y su capacidad para procesar la información. Pese a las limitaciones que el usuario presenta, tanto a la hora de transmitir como recibir el mensaje, el uso adecuado de las formas de comunicación dirigidas hacia ellos, fomentará un adecuado proceso de retroalimentación y disminuirá la ansiedad en los mismos.

Uno de los postulados de Peplau afirma lo siguiente: “El aprendizaje de cada paciente cuando recibe asistencia de enfermería es sustancialmente diferente según el tipo de persona que sea la enfermera”⁴². A partir de esto, se infiere que la relación que establece la enfermera con el paciente influye en la respuesta y aprendizaje de este.

La persona con discapacidad de AIPED y ANAMPE, responde según la forma en que le transmiten el mensaje, a la hora de recibir indicaciones por parte de sus cuidadores. Puede mostrarse anuente a la indicación, o bien manifestar conductas y actitudes hostiles y respuestas asociadas a ansiedad.

La comunicación per se, no deja de ser compleja y si se añade variables de índole cognitivo, neuronal y física, el resultado suele sobrepasar las habilidades personales y profesionales de los cuidadores.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

- a) Los signos y síntomas de ansiedad prevalecen en hombres con discapacidad intelectual, de 30 a 40 años, provenientes de albergue o familia mononuclear, cuando el funcionario de cuidado directo se comunica verbalmente desde una posición directiva, con tono de voz fuerte y rígido, postura corporal rígida, para limitar conductas disruptivas.
- b) La prevalencia de signos y síntomas de ansiedad en la persona con discapacidad cognitiva, frente a las formas de comunicación empleadas por los funcionarios de AIPED y ANAMPE es de un 66 % de dicha población, predomina la inquietud, como síntoma asociado a ansiedad en la persona con discapacidad cognitiva o mental. La respuesta del mismo es favorable cuando las tres indicaciones planteadas en la investigación, se proporcionan desde una posición empática del docente o cuidador.
- c) La prevalencia de signos y síntomas de ansiedad de la persona con discapacidad intelectual frente a las formas de comunicación empleadas por los funcionarios de AIPED y ANAMPE es de un 78 %, predomina la inquietud, el llanto fácil, las conductas hostiles (ceño fruncido, actitudes desafiantes, opositoristas). La respuesta del mismo es efectiva cuando la indicación es proporcionada desde la posición empática del funcionario, para iniciar actividades psicoeducativas y realizar actividades básicas de vida diaria, pero cuando limita conductas disruptivas, él mismo acata frecuentemente la indicación ante la posición directiva del cuidador, con tono de voz fuerte.
- d) Se identifican como formas de comunicación empleadas por los docentes, la verbal (oral) y la no verbal (expresiones faciales, postura corporal firme y tono de voz cálido y seguro o alto y amenazante), posición empática, directiva.

- e) La comunicación asertiva por parte del cuidador, representa un factor protector en la población de AIPED y ANAMPE, para el desarrollo de síntomas asociados a ansiedad.

6.2 RECOMENDACIONES

A los funcionarios de cuido directo de AIPED y ANAMPE:

- a) Implementar talleres para desarrollar, fortalecer y maximizar formas de comunicación empáticas y asertivas con los usuarios.
- b) Fomentar espacios conversatorios con los usuarios, con el fin de identificar principales factores desencadenantes de angustia, estrés y ansiedad. En caso de limitaciones cognitivas y/o físicas que interfieren con ello, mantener una comunicación continua con los familiares cercanos que reconocen los primeros síntomas asociados a la ansiedad y/o hostilidad y hasta agresividad.
- c) Incluir dentro de las actividades del centro, ejercicios de respiración y relajación, con el fin de que el usuario utilice las mismas cuando se encuentre angustiado, estresado y ansioso, adecuándose a las características físicas, cognitivas e intelectuales de los usuarios.
- d) Identificar a los usuarios más ansiosos y establecer estrategias a partir del proceso de comunicación, para mitigar los síntomas y manejar asertivamente una crisis de ansiedad.

Al personal administrativo de las asociaciones:

- a) Completar los expedientes de los usuarios, solicitando al padre o encargado de este, su historia clínica, actualizada.

BIBLIOGRAFÍA

CITADA

1-Mendizabal P, León R, Ruiz M, Alutiz G. Una experiencia de innovación colaborativa en tecnología centrada en la persona: la detección emocional y sus posibles contribuciones al apoyo de personas con discapacidad intelectual y del desarrollo. Revista Española de Discapacidad [Internet].2013 [citado 22 Setiembre 2017]; 1(2):119-131. Disponible en: http://www.repositoriocdpdi.net:8080/bitstream/handle/123456789/1629/Art_MendizabalP__I_nnovacioncolaborativa2013.pdf?sequence=1.

2-Casas DA, Linares MS, Lemos M, Restrepo DA. Depresión y ansiedad en personas con deficiencia auditiva: revisión de literatura. Revista Virtual Universidad Católica del Norte [Internet]. 2009 [citado 22 Setiembre 2017]; (28):1-15. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194214468012>.

3-Fiestas L y Vega J. Síntomas físicos en pacientes con trastornos de ansiedad y depresión que acuden a la consulta externa de psiquiatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Rev Neuropsiquiatr [Internet].2012 [citado 3 diciembre 2017]; 75 (2):47-57. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/viewFile/1309/1341>.

4-Medina B y Gil R. Estrés y estrategias de afrontamiento en personas con discapacidad intelectual: revisión sistemática. ELSEVIER [Internet]. 2017 [citado 5 diciembre 2017]; 23(1):38-44. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-ansiedad-estres-242-articulo-estres-estrategias-afrontamiento-personas-con-S1134793716300501>.

5-Doval Hernán C Adiós a las palabras: la dimensión del silencio en la conducta no verbal durante la entrevista médica. Rev. argent. cardiol. [Internet]. 2015 [citado 2 octubre2017]; 83(1):85-91. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482015000100021&lng=es.

6-Arellano, N. Las barreras en la comunicación no verbal entre docente - alumno. Orbis. Revista Científica Ciencias Humanas. [Internet]. 2006 [citado 5 diciembre 2017]; 2(4):3-38. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70920402>.

7-Muñoz MT, González C, Lucero B. Influencia del lenguaje no verbal (gestos) en la memoria y el aprendizaje de estudiantes con trastornos del desarrollo y discapacidad intelectual: Una revisión. Rev. Signos. [Internet]. 2009 [citado 8 enero 2018];42(69):29-49. Disponible en:https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-09342009000100002&script=sci_arttext&tlng=en.

8-Santos C, Shiratori K. COMUNICACIÓN NO VERBAL: SU IMPORTANCIA EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA. Enfermería Global [Internet].2008 [citado 12 enero, 2018]; 7(1):1-9. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/912/902>.

9- Molero Md M, Osorio MJ, Pérez MdC, Gázquez JJ. HABILIDADES DE COMUNICACIÓN Y CONDUCTA PROBLEMÁTICA EN USUARIOS DE UNA VIVENDA TUTELADA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL. International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD [Internet]. 2014 [citado 13 julio 2018]; 3(1):295-303. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349851785029>.

10- Corrales, Castillo, Castillo, Gólcher, Macanche, Barquero et al. Política Nacional de Salud Mental 2012-2021. [Internet]. San José, Costa Rica: Producción Documental, Unidad de Mercadotecnia Institucional, Dirección de Desarrollo Estratégico Institucional. Ministerio de Salud;2012.[24Julio2018].Disponible-en:
<http://www.bvs.sa.cr/saludmental/politicasaludmentalpdf>.

11-Quirós Ramírez, A. Repertorios comunicativos en la constelación autista. Actualidades en Psicología [Internet]. 2006 [citado 13 enero, 2018]; 20(107):90-104. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133212642005>.

12-Méndez Blanco, MC, Ortiz López, E, Venegas López, A. Estrategias de comunicación para el personal de Enfermería que atiende a personas sordas. Enfermería Actual en Costa Rica [Internet].2011[citado21enero,2018];(21):1-20. Disponible en:
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/3659/3563>.

13-Hernández R, Fernández C y Baptista P. Metodología de la Investigación. Quinta Edición. México: Mc Graw Hill; 2010.

14-Vetere G y Rodríguez R. Validación empírica de modelos teóricos y tratamientos cognitivo-conductuales para el Trastorno de Ansiedad Generalizada. Revista Argentina de Psiquiatría [Internet].2005[citado5octubre2017];16:170-176.Disponible-en:
<http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex61.pdf#°page=11>.

15-Wolton D. Pensar la comunicación. [Internet]. Buenos Aires, Argentina: 2005 Editorial Prometeo Libros; 2005 [actualizado 2005; citado 25 Setiembre, 2017]. Disponible en:
<https://books.google.co.cr/books?hl=es&lr=&id=bBVc9VvmLLoC&oi=fnd&pg=PA17&dq=c>

omunicacion&ots=UzJozdLX4j&sig=mftvtFBU909sjXVoll8Ui3Rx4Zo&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false.

16- Del Pozo JA. Técnicas de comunicación personal y grupal. [Internet]. Volumen 1. Primera Edición. España: Editorial Club Universitario; 2013 [actualizado 2013; citado 14Enero,2018]Disponible-en:

<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=1ig5DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA7&dq=wazlawick,+del+pozo&ots=TOpIwBV5rK&sig=GOY7e59HmAlj-T4MX4zzBb05QbA#v=onepage&q&f=false>.

17-Naranjo Pereira, ML. Relaciones interpersonales adecuadas mediante una comunicación y conducta asertivas. Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"[Internet].2008[citado28Enero2018];8(1):1-27. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44780111>.

18-Ibo en Web [Internet]. Costa Rica: Bonilla I; 2013 [actualizado 2013, citado 25 Set 2017]. Disponible en: <http://www.iboenweb.com/ibo/docs/aiped.html>.

19-El Florense [Internet]. Costa Rica: Gómez, M; 2014 [actualizado 2014, citado 24 Oct, 2017].Disponible en: <http://elflorense.com/2014/10/30/aiped-una-manera-diferente-de-dar-amor-a-los-demas/>.

20- Aipedcr.com [Internet]. Costa Rica; 2016 [citado 24 Octubre, 2017] Disponible en: <http://aipedcr.com/>.

21-Anampecr.wixsite.com [Internet]. Costa Rica; 2015[citado 24 Octubre, 2017] Disponible en: <http://anampecr.wixsite.com/anampecr>.

22-Piqueras JA, Martínez AE, Ramos V, Rivero R, García LJ, Oblitas LA. ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SALUD. Suma Psicológica [Internet]. 2008. [citado 29 Set 2017]; 15(1):43-73. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134212604002>.

23-Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Revista Mal-estar E Subjetividade [Internet]. 2003 [citado 30 Set 2017]; 3(1):10 - 59. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27130102>.

24-Becerra AM, Madalena AC Estanislau C, Rodríguez JL, Días H, Bassi A, Chagas DA et al. Ansiedad y miedo: su valor adaptativo y mal adaptaciones. Revista Latinoamericana de Psicología [Internet]. 2007 [citado 30 Setiembre 2017]; 39(1):75-81. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80539107>.

25-Martínez M, Inglés C, Cano A y García J. ESTADO ACTUAL DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA TEORÍA TRIDIMENSIONAL DE LA ANSIEDAD DE LANG. [Internet]. Junio 2012[actualizado Agosto 2012; citado 5 Oct 2017]18(2-3) ,201-219.2012Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/35859/1/2012_Martinez-Monteagudo_etal_AnsiedadyEstres.pdf.

26-Carrasco MA, González MO. ASPECTOS CONCEPTUALES DE LA AGRESIÓN: DEFINICIÓN Y MODELOS EXPLICATIVOS. Acción Psicológica [Internet]. 2006 [citado 4 Diciembre 2017]; 4(2):7-38. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=344030758001>.

27-Palmero F, Díez JL, Diago JL, Moreno J, Oblitas L. HOSTILIDAD, PSICOFISIOLOGÍA Y SALUD CARDIOVASCULAR. Suma Psicológica [Internet]. 2007

[citado4Diciembre2017];14(1):23-50. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134216860002>.

28-Kupper DJ, Regier DA, Narrow WE, Schultz SK, Kuhl EA, Blazer DG. MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES.Vol 52. 5ta edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.

29-Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. [Internet]. Volumen 1. Décima revisión. Washington DC: Servicio Editorial, Programa de Publicaciones de la OPS;1992. [2008; citado 16 feb 2018]. Disponible en: ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume1.pdf

30-Díez S. Técnicas de comunicación. [Internet].136.2006.España: Editorial Ideas Propias; 2006.[2006;citado30Set2017].

Disponible en: https://books.google.co.cr/books?hl=es&lr=&id=IW6-sADnRZMC&oi=fnd&pg=PA1&dq=+tecnicas+de+comunicacion&ots=TcSXWsegB-&sig=WtEea6_i2rP9hwuhjXmYKNyu1Qk&redir_esc.

31-Moré M J, Bueno C, Rodríguez T, Olivera T. Lenguaje, comunicación y familia. Rev Hum Med [Internet]. 2005 Abr [citado 1 Oct 2017]; 5(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202005000100008&lng=es.

32-Catalán D, Muñoz M, Fuentes MT. Técnicas de comunicación para la prevención y el control de enfermedades. [Internet] Abril 2010 [citado 30 Set 2017]; 1(1): 50-65. Disponible en: http://www.aecs.es/1_1_tecnicas_com.pdf.

33-Poyatos, F. La comunicación no verbal: algunas de sus perspectivas de estudio e investigación. Revista de Investigación Lingüística. [Internet]. 2003 [citado 5 Oct 2017]; 6(2) 67-83. Disponible en: <http://revistas.um.es/ril/article/view/5741/5591>.

34-Naranjo IC, Ricaute G. GP. La comunicación con los pacientes. Invest. educ. enferm [Internet]. 2006 [citado 12 Enero]; 24(1):94-98. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072006000100010&script=sci_arttext&tlng=es.

35-Reyzábal MV. LAS COMPETENCIAS COMUNICATIVAS Y LINGÜÍSTICAS, CLAVE PARA LA CALIDAD EDUCATIVA. REICE. Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación [Internet]. 2012 [citado 9 Oct 2017; 10(4):63-77. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55124841006>.

36-Fonseca M. Comunicación Oral. [Internet]. 280. Segunda Edición. México: Editorial Pearson; 2005 [actualizado en el 2005; citado 10 Oct 2017]. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=KZAASf370B8C&oi=fnd&pg=PA17&dq=tecnicas+de+comunicacion+verbal,+no+verbal+&ots=ctITZ8sMZb&sig=W91vwnoA5pzWgizY7d5iIKKLyCM#v=onepage&q=tecnicas%20de%20comunicacion%20verbal%2C%20no%20verbal&f=false>.

37-Van der Hofstadt CJ. El libro de las habilidades de comunicación. [Internet]. Segunda Edición. España: Ediciones Díaz de Santos; 2003 [actualizado en el 2005; citado 2 Nov 2017]. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=7ldQbFzhRBkC&oi=fnd&pg=PR15&dq=co>

municacion+asertiva&ots=7fpmRX9GLA&sig=vEeN-
a8RrhSolLTjzpK1HNxv85I#v=onepage&q&f=false.

38- www.tse.go.cr [Internet]. Costa Rica 1996 [citado 29 Setiembre 2017] Disponible en:
<http://www.tse.go.cr/pdf/normativa/leyigualdaddeoportunidades.pdf>.

39-Schaldock RL. La nueva definición de discapacidad intelectual, apoyos individuales y resultados personales. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*. [Internet].2009 [citado 7 Setiembre 2017];40(1) 229. Disponible en:<http://riberdis.cedd.net/handle/11181/3841>

40-López I, Valenzuela G. Niños y adolescentes con necesidades educativas especiales. *Rev Med Clin Condes* [Internet]. 2015 [citado 28 setiembre 2017]; 26 (1): 42-51. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864015000085>.

41-Salazar N, Ferrer Y, Toro I. COMUNICACIÓN AUMENTATIVA Y ALTERNATIVA MEDIANTE TECNOLOGIAS DE APOYO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD. *Universidad Pedagógica Nacional* [Internet]. 2003 [citado 29 Set 2017];13. Disponible en:
<http://revistas.pedagogica.edu.co/index.php/TED/article/view/5587/4604>.

42- Mastrapa YE, Gibert Lamadrid Md. Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Revista Cubana de Enfermería* [Internet]. 2016 [citado 2018 Jul 15]; 32(4): [aprox. 0 p.]. Disponible en:
<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/976>.

43-Espinosa RA. Formas de comunicación. *Mundo Gestalt* [Internet].2013 [citado 26 enero, 2018]. Disponible en: <https://mundogestalt.com/formas-de-comunicacion/>.

44- Cancer.gov [Internet]. EEUU: Instituto Nacional del Cáncer. [citado 29 marzo, 2018]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/respuesta-electrodermica>.

45- Philip F. Desarrollo humano: estudio del ciclo vital. [Internet] 60. 2da edición. México: Editorial Prentice Hall. 1997 [citado 29 Marzo 2018]. Disponible en: <https://books.google.co.cr/books?id=ZnHbCKUCtSUC&pg=PA556&lpg=PA556&dq=activacion+autonomica&source=bl&ots=yAOseeCZbM&sig=hxJrdfo5q8wvS43X2bWiBszx5sE&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwj0ofS3i6LaAhWpk1kKHXXIBf0Q6AEIYZAJ#v=onepage&q&f=false>.

46-García P, Grijelmo A. Palabras Moribundas. [Internet] 1. 1ra edición. España: Penguin Random House Grupo Editorial España. 2011 [citado 30 Marzo 2018]. Disponible en: https://books.google.co.cr/books?id=lrr3u2jYTLEC&pg=PT64&lpg=PT64&dq=bisbisear+define&source=bl&ots=wfy0YbLYno&sig=46JrwFAqVCQc_c6UhgplNL5ckio&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjwmajl2ZzbAhWkuFMKHTvtDvoQ6AEInQEwCg#v=onepage&q&f=false.

47- Gil E. Comunicación analógico digital. Universidad Complutense de Madrid. [Internet]. [citado 30 marzo 2018]Disponible en: http://webs.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/C/comunicacion_anadigi.pdf.

48- Varas P, Von Fürstenberg M. Descripción del perfil intelectual y etiológico de alumnos egresados de un Programa de inclusión educacional para jóvenes con discapacidad cognitiva leve. Revista nacional e internacional de educación inclusiva. [Internet]. 2016 [citado 30 marzo 2018]; 9 (2).Disponible en:

<http://www.revistaeducacioninclusiva.es/index.php/REI/article/view/281/263>.

49- Centro Virtual Cervantes. [Internet]. Madrid, España: Instituto Cervantes; 1997 [2018; citado 31 marzo 2018]. Disponible en:

https://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/diccio_ele/diccionario/destrezas.htm.

50- Alborés P. Comunicaciones Interpersonales. 1ra edición. España: Editorial Ideas Propias; 2005. [2005; citado 1 de mayo 2018]. Disponible en:

https://books.google.co.cr/books?id=3aJsPzBTC7AC&printsec=frontcover&hl=es&source=gs_bse_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.

51- Clínica Universidad de Navarra [Internet]. España. 2015 [2015; citado 1 mayo 2018]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/manierismo-manerismo>

52- Cortés C. Comunicación y Metacomunicación: Redefiniendo una relación axiomática. PSYKHE [Internet]. 2003 [citado 2 mayo 2018]; 12 8(1): 65-71. Disponible en: <http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/view/334/314>.

53- Centro Virtual Cervantes. [Internet]. Madrid, España: Instituto Cervantes; 1997 [2018; citado 3 mayo 2018]. Disponible en:

https://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/diccio_ele/diccionario/proxemica.htm

54- Ecu Red. [Internet]. [actualizado 2018; citado 4 mayo 2018]. Disponible en: <https://www.ecured.cu/Sem%C3%A1ntica>.

55-Dominguez R. Enseñar con y sin palabras: Elementos del lenguaje no verbal en los discursos del profesorado. Publicaciones Didácticas [Internet]. 2009 [citado 5 mayo 2018]

Número 1. Disponible en:

<http://publicacionesdidacticas.com/hemeroteca/articulo/00101/articulo-pdf>.

CONSULTADA

1-Cubero CM. La disciplina en el aula: Reflexiones en torno a los procesos de comunicación. Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación" [Internet]. 2004 [consultado 28Setiembre2017]; 4(2):0. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44740202>.

2- Rodríguez V. EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD A TRAVÉS DE LA EXPRESIÓN CORPORAL: UN ENFOQUE HOLÍSTICO. Reflexiones [Internet]. 2008 [consultado 4 Octubre 2017]; 87(1):127-137. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72912553009>.

3-Soto R. ADAPTACIÓN DE LA FORMA ABREVIADA DEL “CUESTIONARIO DE RECURSOS Y ESTRÉS (QRS-F, 1983), PARA PADRES DE PERSONAS CON AUTISMO. Actualidades Investigativas en Educación [Internet]. 2008. [consultado 3 Noviembre 2017]; 8(1):1-27. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/aie/article/view/9324/17793>.

4- Henao CP, Verdugo MA, Córdoba L. Adaptación para Colombia de la Escala INICO-FEAPS de evaluación de calidad de vida de personas con discapacidad intelectual. Rev. Fac. Med [Internet]. 2015 [consultado 4 Noviembre 2017]; 63(4): 677-686. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v63n4/v63n4a13.pdf>.

5-Cestero AM. LA COMUNICACIÓN NO VERBAL Y EL ESTUDIO DE SU INCIDENCIA EN FENÓMENOS DISCURSIVOS COMO LA IRONÍA.ELUA [Internet].2006 [consultado 21 Diciembre 2017]; 20:57-77. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/6074>

6- López M, Mendieta D, Muñoz MA, Díaz A, Cortés J. Calidad de vida y discapacidad en el trastorno de ansiedad generalizada. Salud Mental. [Internet].2014; [consultado 5 Enero 2018]; 37(6):509-516.Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000600009.

7-Blanco TM. ANSIEDAD ANTE LA MUERTE Y FACTORES DE VULNERABILIDAD ASOCIADOS EN OFENSORES SEXUALES RECLUIDOS EN EL CENTRO DE ATENCIÓN INSTITUCIONAL ADULTO MAYOR. Anales en Gerontología [Internet]. 2015; [consultado 5 Enero 2018]; 7:26-40. Disponible en:

<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/gerontologia/article/view/17568/17067>.

8- Guillén A, Buela G. Estructura factorial del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) para pacientes diagnosticados con depresión. Salud Mental [Internet].2015; [consultado 5 Enero 2018]; 38(4):293-298. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58241191009>.

9- Ros S, Comas A, García M. Validación de la Versión Española del Cuestionario PHQ-15 para la evaluación de síntomas físicos en pacientes con trastornos de depresión y/o ansiedad: estudio DEPRE-SOMA. Actas Esp Psiquiatr [Internet].2010; [consultado 6 Enero 2018]; 38(6):345-57. Disponible en: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/11/68/ESP/11-68-ESP-345-357-775023.pdf>.

10-Verdugo MA, Jenaro C. EVALUACIÓN PROFESIONAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD. Verdugo MA. Evaluación Curricular. Una guía para la intervención psicopedagógica. 2ª edición. Madrid: Siglo 21; 1997.p.1-55. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/237404796_EVALUACION_PROFESIONAL_DE_PERSONAS_CON_DISCAPACIDAD.

11- Soto R. Comunicación y lenguaje en personas que se ubican dentro del espectro autista. Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación" [Internet].2007 [consultado 10 Enero 2018]; 7(2):0. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44770212>.

12- Olivar JS. Ineficacia en la comunicación referencial de personas con autismo y otros trastornos relacionados: un estudio empírico. Anuario de Psicología. [Internet].1997. [consultado 10 Enero 2018]; 75:119-145. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/61371/96242>.

13- García M. TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN EN EL AUTISMO. Universidad de A. Coruña. [Internet]. [consultado 11 Enero 2018]; 409-417. Disponible en: http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/6911/RGP_8-29.pdf?sequence=1.

14- Hervás A, Maristany A, Salgado M, Sánchez L. Los trastornos del espectro autista. Pediatr Integral [Internet].2012 [consultado 11 Enero 2018]; 16 (10): 780-794. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2012/xvi10/04/780-794%20T.autism.pdf>.

15-Artavia Granados, JM. Interacciones personales entre docentes y estudiantes en el proceso de enseñanza y aprendizaje. Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación" [Internet]. 2005 [citado 12 enero, 2018]; 5(2):1-19. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/447/44750208/>.

16- Alfaro L. Psicología y discapacidad: un encuentro desde el paradigma social. Revista Costarricense de Psicología [Internet]. 2013 [consultado 12 Enero 2018]; 32(1):63-74. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476748711005>.

17- Corrales E. EL LENGUAJE NO VERBAL: UN PROCESO COGNITIVO SUPERIOR INDISPENSABLE PARA EL SER HUMANO. Comunicación [Internet]. 2011 [consultado 16 Enero 2018]; 20(001): 46-51. Disponible en: <http://revistas.tec.ac.cr/index.php/comunicacion/article/view/823/737>.

18- Andrade F. La inclusión educativa en el aula regular: Un caso de Síndrome de Asperger. Revista Electrónica Educare [Internet]. 2011 [consultado 17 Enero 2018]; 15: 39-53. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194121530004>.

19- Sandoval C, Canales G. Funcionamiento psicosocial de personas con enfermedad mental desinstitucionalizadas: Una experiencia de rehabilitación psicosocial costarricense. Revista Costarricense de Psicología [Internet]. 2009 [consultado 17 Enero 2018] ; 28(41-42):121-135. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476748706005>.

20- Tamayo N, Gómez C, Ramírez S, Rodríguez MN. Prevalencia de trastornos del afecto y de ansiedad en personas con condiciones crónicas. Resultado de la Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015. rev.colomb.psiquiatr [Internet]. 2016 [consultado 17 Enero 2018]; 45(1):141-146. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502016000500019&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.06.001>.

21-Medina J, Chamarro A, Parrado E. Original: Efecto del deporte en el bienestar psicológico de las personas con gran discapacidad física de origen neurológico. Rehabilitación [Internet].

2013 [consultado 22 Enero 2018]; 47(1):10-15. Disponible en: www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-120-pdf-S0048712012001442-S300.

22-Gómez AM, Peñas O, Parra EI. Caracterización y condiciones de los cuidadores de personas con discapacidad severa en Bogotá. Rev. Salud Pública [Internet]. 2016 [consultado 26 Enero 2018]; 18(3): 367-378. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642016000300004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v18n3.53048>.

23-Nájera J. “ EL EFECTO DEL ESTRÉS AGUDO DE TIPO PSICOSOCIAL EN EL PROCESAMIENTO DE LOS COMPONENTES VERBAL Y VISUO-ESPACIAL DE LA MEMORIA DE TRABAJO EN UNA MUESTRA DE JÓVENES ADULTOS UNIVERSITARIOS. Tesis de licenciatura. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica. (2012).

24-Ferrari T. La Danza como medio terapéutico para niños con Trastorno del Espectro Autista. Opiniones de los profesionales que trabajan en los centros asociados a la Federación de Autismo del Uruguay. Trabajo Final de Grado. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay. (2016).

25-Silva L, Díaz A, Lagos C, Ruiz C, Troncosco E, Jiménez M. Ansiedad en estudiantes de 7° y 8° básico de escuelas municipales. Chillán. Tesis de licenciatura. Colegio de Enfermeras de Costa Rica. San José, Costa Rica. (2005).

26- Botero P. DISCAPACIDAD Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO: UNA REVISIÓN TEÓRICA. Revista Vanguardia Psicológica [Internet].2013 [consultado 31 Enero 2018]; 3(2):196-214.Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4815156>.

27- Molero F, Silván-Ferrero P, García Ael C, Fernández I. LA RELACIÓN ENTRE LA DISCRIMINACIÓN PERCIBIDA Y EL BALANCE AFECTIVO EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA: EL PAPEL MEDIADOR DEL DOMINIO DEL ENTORNO. Acta Colombiana De Psicología [Internet]. (Enero, 2013), [citado 17 Febrero, 2018]; 16(1): 35-42. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/798/79829185004/>.

GLOSARIO Y ABREVIATURAS

Actividad electrodérmica: “Cambio en el calor y la electricidad que transmiten los nervios y el sudor a través de la piel”⁴⁴

Activación autonómica: “estimulación del sistema nervioso autónomo”⁴⁵

Agorafobia: “conglomerado relativamente bien definido de fobias que abarca el miedo a salir del hogar, el miedo a entrar a locales comerciales, a sitios donde hay multitudes o a lugares públicos, o el miedo a viajar solo en tren, en ómnibus o en avión”²⁸

Ansiedad paroxística: “ataques recurrentes de ansiedad grave (pánico), que no se restringen a una situación en particular o a un conjunto de circunstancias, y que por lo tanto son impredecibles”²⁸

Bisbiscear: “susurrar o hablar entre dientes” Diccionario de la Real Academia Española⁴⁶, citado por García P y Grijelmo A⁴⁶

Comunicación analógica: dimensión de la comunicación cuya función es la transmisión de “información acerca de las relaciones sociales contraídas por los intercomunicadores” Gil⁴⁷ Se conoce también como comunicación no verbal.

Comunicación digital: dimensión de la comunicación que se encarga de “transmitir información acerca de objetos de referencia externa a las relaciones sociales”⁴⁷ consolidadas en la comunicación analógica.

Disarmonía cognitiva: “patrón de funcionamiento intelectual francamente disarmónico, en que existe una disminución notable y perturbadora de un área o función de la inteligencia respecto de otra que permanece normal” Cádiz⁴⁸, citado por Varas y Von Fürstenberg⁴⁸.

Destreza extralingüística: “formas en que se activa el uso de la lengua. Tradicionalmente la didáctica las ha clasificado atendiendo al modo de transmisión (orales y escritas) y al papel que desempeñan en la comunicación (productivas y receptoras)”⁴⁹

Feedback: “en la psicología de la comunicación se usa el término feedback para significar todos aquellos mensajes que yo percibo de otros, y que expresan el afecto de mi conducta en ellos” Alborés⁵⁰

Manierismo: “Trastorno de la psicomotricidad, caracterizado por un exceso y una exageración de los movimientos (del lenguaje, de los gestos, de la mímica, de la marcha, etc.), que aparecen como faltos de espontaneidad, teatrales y artificiosos, como afectados e inauténticos”⁵¹.

Metacomunicación: “cualquier comunicación acerca de la comunicación, ya sea acerca de la relación, el discurso, o cualquier mensaje” Cortés⁵².

Paralenguaje: características vocales del habla e incluye el tono, el timbre, la intensidad, la velocidad del habla, con sus pausas, vacilaciones, susurros, gruñidos, etc”³²

Proxémica: estudio de “las relaciones de proximidad, de alejamiento, etc, entre las personas y los objetos durante la interacción, las posturas adoptadas y la existencia o ausencia de contacto físico. Asimismo, pretende estudiar el significado que se desprende de dichos comportamientos”⁵³.

Semántica: “estudio del significado de los signos lingüísticos, esto es, palabras, expresiones y oraciones”⁵⁴

Tactésica: Según Dominguez⁵⁵, es un aspecto de la comunicación no verbal básico. Es “un sentido vital en el desarrollo del niño. Cada cultura desarrolla sus códigos táctiles y existen grandes diferencias entre ellas”⁵⁵

ACIOSA: Asociación Centro Integración Ocupacional y Servicios Afines

AIPED: Asociación de Apoyo Integral para Personas con Discapacidad

ANAMPE: Asociación Nacional de Atención Múltiple para Personas Excepcionales

BLISS: sistema simbólico gráfico visual

CAIPAD: Centro de Atención Integral para Personas Adultas con Discapacidad

CNREE: Consejo Nacional de Rehabilitación y de Educación Especial

CIE-10: Clasificación Internacional de las Enfermedades 10ª versión

DI: Discapacidad Intelectual

DSM V: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, quinta edición

JPS: Junta de Protección Social

MEP: Ministerio de Educación Pública

OMS: Organización Mundial de la Salud

PIC: Sistema de Pictogramas e Ideogramas de la Comunicación

SPC: Sistema Pictográfico de Comunicación

TDAH: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

ANEXOS

DECLARACIÓN JURADA

DECLARACIÓN JURADA

Yo Cristina Arrea Muñoz, cédula de identidad número 115680932, en condición de egresada de la carrera de enfermería de la Universidad Hispanoamericana, y advertida de las penas con las que la ley castiga el falso testimonio y el perjurio, declaro bajo la fe del juramento que dejo rendido en este acto, que mi trabajo de graduación, para optar por el título de licenciatura titulado “Prevalencia de signos y síntomas de ansiedad y respuesta de la persona con discapacidad frente a las formas de comunicación empleadas por los funcionarios de AIPED y ANAMPE, segundo cuatrimestre del 2018” es una obra original y para su realización he respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derechos de Autor y Derecho Conexos, número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; especialmente el numeral 70 de dicha ley en el que se establece: “ Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que estos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original”. Asimismo, que conozco y acepto que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. Firmo, en fe de lo anterior, en la ciudad de San José, el día 24 de mayo del 2018.



Cristina Arrea Muñoz

CARTAS DE APROBACIÓN

Viernes 8 de junio, 2018

Msc. Zaida Rodríguez Cordero
Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimada señora

La estudiante **Cristina Arrea Muñoz**, cedula 1 1568 0932, me ha presentado para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado **PREVALENCIA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y RESPUESTA DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD FRENTE A LAS FORMAS DE COMUNICACIÓN EMPLEADAS POR LOS FUNCIONARIOS DE AIPED Y ANAMPE, SEGUNDO CUATRIMESTRE, 2018**, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura.

En mi calidad de tutora, he verificado que se han incluido las observaciones y hecho las correcciones indicadas, durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación, antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos, conclusiones y recomendaciones.

Los resultados obtenidos por el postulante implican la siguiente calificación

a) Original del tema	10%	9
b) Cumplimiento de entrega de avances	20%	18
c) Coherencia entre los objetivos, los instrumentos aplicados y los resultados de la investigación	30%	28
d) Relevancia de las conclusiones y recomendaciones	20%	18
e) Calidad y detalle del Marco Teórico	20%	20
Total	100%	93

Por consiguiente, se avala el traslado de la tesis al proceso de lectura.

Atentamente


Msc. Keyla Palma Delgado
Cedula 1 0958 0134
EE-6891

CARTA DEL LECTOR

San José, 10 de agosto del 2018.

Máster Zaida Rodríguez
Carrera Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimada señora:

La estudiante **CRISTINA ARREA MUÑOZ.**, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado **PREVALENCIA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y RESPUESTA DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD FRENTE A LAS FORMAS DE COMUNICACIÓN EMPLEADAS POR LOS FUNCIONARIOS DE AIPED Y ANAMPE, SEGUNDO CUATRIMESTRE, 2018.** el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

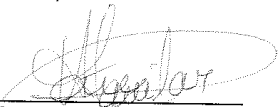
En mi calidad de lectora metodológica, he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, presentación de resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	07
b)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	28
c)	DISCUTE, INTERPRETA Y EXPLICA LOS RESULTADOS	20%	15
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	14
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20
	TOTAL		84

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de revisión filológica.

Atentamente,


MSc. Vanessa Aguilar Zeledón
Cédula identidad 1-0874-0329
Carné Colegio Profesional E-4368

San Ramón, 14 de agosto de 2018

Sres.

Comité de Trabajos Finales de Graduación
Escuela de Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimados señores:

La estudiante **Cristina Arrea Muñoz**, con cédula N.º 1156809322, me ha presentado para la corrección de estilo, en mi calidad de profesional graduado en Filología, el trabajo de investigación denominado: "PREVALENCIA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y RESPUESTA DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD FRENTE A LAS FORMAS DE COMUNICACIÓN EMPLEADAS POR LOS FUNCIONARIOS DE AIPED Y ANAMPE, SEGUNDO CUATRIMESTRE, 2018, el cual fue elaborado para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería.

He revisado, de acuerdo con los lineamientos de la corrección de estilo señalados por la Universidad, los aspectos de estructura gramatical, acentuación, ortografía, puntuación y los vicios de dicción, que se trasladan al escrito, y he verificado que se han realizado todas las correcciones indicadas en el documento.

Por consiguiente, este trabajo se encuentra listo para ser presentado oficialmente a la Universidad.

Atentamente,



MSc. Carlos María Palma Zúñiga

No. de cédula. 202260865

No. Carné COLYPRO 33367

CARTAS DE AUTORIZACION PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN

Heredia, 3 de mayo de 2018

Asociación de Apoyo Integral para Personas con Discapacidad (AIPED)

Autorizo a la estudiante Cristina Arrea Muñoz realizar su investigación referente a su tesis de grado de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Hispanoamericana, dicho trabajo podrá ser realizado en las instalaciones y con los usuarios de AIPED, Barva de Heredia. Dándome por enterado, por medio de la estudiante, del propósito final del estudio.

Inicia el jueves 3 de mayo y finaliza el viernes 11 de mayo.


Carlos Gutiérrez Gutiérrez
Administrador

AIPED
Asociación de Apoyo Integral
Para Personas con Discapacidad
Barva - Heredia
C.J. 3-002-371687

Heredia, 27 de abril de 2018


Asociación Nacional de Atención Múltiple para Personas Excepcionales

(ANAMPE)

Autorizo a Cristina Arrea Muñoz realizar su investigación en ANAMPE. Ella me explica el propósito de la misma y me proporciona un cronograma de trabajo. Inicia el día 27 de abril y finaliza el viernes 11 de mayo.

Licda. María Fernanda Campos

Educación Especial

 4-0212-0315.

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

CARRERA DE _____

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Teléfono:(506) 2211 3000

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la Investigación: _____

Nombre del Investigador (a) Principal: _____

Nombre del participante: _____

A. **PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN:**

En esta sección se debe explicar quién está realizando la investigación, la institución a la que pertenecen, una breve justificación o motivación para realizar la

investigación, la información que se pretende obtener, el tiempo que durará la investigación y el tiempo que durará la participación de las personas en la investigación. Procuré no usar un lenguaje técnico, debe estar redactado con un lenguaje sencillo pero correcto: utilice palabras que cualquier persona pueda entender (la recomendación es redactar para personas con sexto grado de escolaridad).

B. ¿QUÉ SE HARÁ?:

Describe de forma detallada los siguientes puntos:

1. ¿En qué consiste la participación de la persona (cuáles mediciones se le harán, si tiene que llenar cuestionarios, consumir algún alimento, dónde tiene que presentarse, en cuáles condiciones debe asistir, etc.)?
2. ¿Qué es lo que tiene que hacer para participar en la investigación (cuáles son los requisitos que tiene que cumplir para poder participar)?
3. ¿A qué se compromete cuando acepta formar parte de la población de la investigación?
4. ¿Durante cuánto tiempo va a participar en la investigación?

C. RIESGOS:

1. La participación en este estudio puede significar cierto riesgo o molestia para usted por lo siguiente: (describa y anote claramente, con lenguaje sencillo, todas las molestias e inconvenientes posibles –reales y potenciales-, así como riesgos para la salud física y mental, incluyendo el riesgo de la pérdida de privacidad, la incomodidad o ansiedad. No minimice nunca los riesgos).
2. Si sufriera algún daño como consecuencia de los procedimientos a que será sometido para la realización de esta investigación, los investigadores participantes realizarán una referencia al profesional apropiado para que se le brinde el tratamiento necesario para su total recuperación.

D. BENEFICIOS:

Si existiera algún beneficio directo: Como resultado de su participación en este estudio, el beneficio que obtendrá será (describa los beneficios reales para la persona que acepta participar en el estudio).

Cuando no exista ningún beneficio directo: Como resultado de su participación en este estudio, no obtendrá ningún beneficio directo, sin embargo, será posible que los investigadores aprendan más acerca de..... y este conocimiento beneficiará a otras personas en el futuro.

- E.** Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con el(la) investigador(a) (*nombre completo del investigador*) quien debió haber contestado de forma satisfactoria todas sus preguntas. Si quisiera mayor información más adelante,

puede obtenerla llamando al investigador a cargo al teléfono (*número*) en el horario (*horario de consulta disponible*). Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Universidad Hispanoamericana **al teléfono 2211-3000**, de lunes a viernes en el horario de 8 am a 5 pm.

- F. Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.

- G. Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho **de negarse a participar o a interrumpir** su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica o de otra índole que requiera.

- H. Su participación en este estudio es confidencial por lo que en caso de publicarse los resultados de esta investigación o divulgarse en una reunión científica, se garantiza estrictamente el anonimato de todas las personas participantes en el estudio.

- I. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de estudio en esta investigación.

Nombre, cédula y firma del sujeto (niños mayores de 12 años y adultos)

fecha

Nombre, cédula y firma del testigo

fecha

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento

fecha

Nombre, cédula y firma del padre/madre/representante legal (menores de edad) fecha

NOTA : Si el participante es un menor de 12 años, se le debe explicar con particular cuidado en qué consiste lo que se le va a hacer.

Se le recuerda que si va a trabajar con adolescentes de edades entre 12 y 18 años, debe elaborar fórmula de asentimiento informado.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA VALIDACIÓN (PLAN PILOTO)

Sr (a) participante

Por este medio le saludo cordialmente y a la vez solicito su colaboración en el desarrollo de mi Proyecto de Graduación para optar por el grado de Licenciatura de la carrera de Enfermería, de la Universidad Hispanoamericana.

La presente investigación es meramente observacional y de carácter anónimo, para el desarrollo de la misma se empleará el presente instrumento, correspondiente a un plan piloto, no pretende generar datos relevantes. Pretende identificar la prevalencia de signos y síntomas de ansiedad y la respuesta de la persona con discapacidad, frente a las formas de comunicación utilizadas por el personal encargado de su atención, durante el primer cuatrimestre del 2018. No se publicarán resultados, ni se utilizarán los mismos para otros fines y se realizará únicamente con su consentimiento.

Características sociodemográficas

Sexo: F____ M____

Edad: 18-23 () 24-29 () 30-35 () 36-41 () 42- 47 () 48- 53 () 54 – 59 ()

Tipo de familia de procedencia: Monoparental () Nuclear () Abuelos como padres () Vive en albergue () Otra () especifique_____

Tiene hermanos: Sí___No___ ¿Cuántos?___ Alguno con discapacidad Sí____ No ____

Tipo de discapacidad del usuario: _____ Presenta alguna limitación física: Sí___ No__

Instrumento de recolección de datos

1-El usuario toma una actitud oposicionista, desafiante, agresiva (tirando cosas), ante la indicación verbal del funcionario, con tono de voz fuerte, directivo, para iniciar actividades psicoeducativas.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

2- El usuario toma una actitud oposicionista, desafiante, agresiva (tirando cosas), ante la indicación verbal del funcionario, con tono de voz fuerte, directivo, para realizar actividades básicas de la vida diaria.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

3- El usuario toma una actitud oposicionista, desafiante, agresiva (tirando cosas), ante la indicación verbal del funcionario, con tono de voz fuerte, directivo, para limitar conductas disruptivas.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

4- El usuario responde con tics, gesticulaciones innecesarias o inquietud motora, ante la indicación verbal del cuidador, dada con cierto temor, inseguridad, exceso de gesticulaciones y expresiones faciales, para iniciar actividades psicoeducativas.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

5- El usuario responde con tics, gesticulaciones innecesarias o inquietud motora, ante la indicación verbal del cuidador, dada con cierto temor, exceso de gesticulaciones y expresiones faciales, para realizar actividades básicas de la vida diaria.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

6- El usuario responde con tics, gesticulaciones innecesarias o inquietud motora, ante la indicación verbal del cuidador, dada con cierto temor, exceso de gesticulaciones y expresiones faciales, para limitar conductas disruptivas.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

7- El usuario acata la indicación verbal proporcionada por el funcionario, cuando mantiene una postura corporal firme, pero no rígida y segura, para iniciar actividades psicoeducativas.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

8-El usuario acata la indicación verbal proporcionada por el funcionario, cuando mantiene una postura corporal firme, pero no rígida y segura, para realizar actividades básicas de la vida diaria.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

9- El usuario acata la indicación verbal proporcionada por el funcionario, cuando mantiene una postura corporal firme, pero no rígida y segura, para limitar conductas disruptivas.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

10- El usuario frunce el ceño, inicia con tremor generalizado, llora fácilmente, como síntomas asociados a ansiedad, ante la indicación directiva dada por el funcionario de forma verbal, con tono de voz amenazador, para iniciar actividades psicoeducativas.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

11- El usuario frunce el ceño, inicia con tremor generalizado, llora fácilmente, como síntomas asociados a ansiedad, ante la indicación directiva dada por el funcionario de forma verbal, con tono de voz amenazador, para realizar actividades básicas de la vida diaria.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

12- El usuario frunce el ceño, inicia con tremor generalizado, llora fácilmente, como síntomas asociados a ansiedad, ante la indicación directiva dada por el funcionario de forma verbal, con tono de voz amenazador, para limitar conductas disruptivas.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

13- El usuario frunce el ceño, se muestra desanimado, inquieto, ante la indicación verbal dada de manera apática por el cuidador, con muy poco o casi nulo lenguaje gestual, corporal y verbal, para iniciar actividades psicoeducativas.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

14- El usuario frunce el ceño, se muestra desanimado, inquieto, ante la indicación verbal dada de manera apática por el cuidador, con muy poco o casi nulo lenguaje gestual, corporal y verbal, para realizar actividades básicas de la vida diaria.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

15- El usuario frunce el ceño, se muestra desanimado, inquieto, ante la indicación verbal dada de manera apática por el cuidador, con muy poco o casi nulo lenguaje gestual, corporal y verbal, para limitar conductas disruptivas.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

16-El usuario se manifiesta sudoroso, inquieto, con lagrimeo, ante la indicación verbal dada de forma directiva por parte del cuidador, para iniciar actividades psicoeducativas.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

17- El usuario se manifiesta sudoroso, inquieto, con lagrimeo, ante la indicación verbal dada de forma directiva por parte del cuidador, para realizar actividades básicas de la vida diaria.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

18- El usuario se manifiesta sudoroso, inquieto, con lagrimeo, ante la indicación verbal dada de forma directiva por parte del cuidador, para limitar conductas disruptivas.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

19- Se observa un aumento de conductas estereotipadas en el usuario; sacude sus manos, gira objetos, mueve su cabeza, mueve sus extremidades, deambula de un lado a otro, ante las

indicaciones verbales dirigidas por el cuidador de forma directiva, con tono de voz fuerte y rígido, para iniciar actividades psicoeducativas.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

20-Se observa un aumento de conductas estereotipadas en el usuario; sacude sus manos, gira objetos, mueve su cabeza, mueve sus extremidades, deambula de un lado a otro, ante las indicaciones verbales dirigidas por el cuidador de forma directiva, con tono de voz fuerte y rígido, para realizar actividades de la vida diaria.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

21-Se observa un aumento de conductas estereotipadas en el usuario; sacude sus manos, gira objetos, mueve su cabeza, sus extremidades, deambula de un lado a otro, ante las indicaciones verbales dirigidas por el cuidador de forma directiva, con tono de voz fuerte y rígido, para limitar conductas disruptivas.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

22- El usuario manifiesta tremor generalizado, se muestra agresivo, toma una actitud desafiante, cuando quiere responder y oponerse a la indicación dada verbalmente por su cuidador, con tono de voz amenazante.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

23- El usuario frunce el ceño, inicia con tremor generalizado, llora fácilmente, como síntomas de ansiedad, ante la posición directiva del funcionario, cuando indica el inicio de actividades psicoeducativas.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

24- El usuario frunce el ceño, inicia con tremor generalizado, llora fácilmente, como síntomas de ansiedad, ante la posición directiva del funcionario, cuando indica la realización de actividades básicas de vida diaria.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

25-El usuario frunce el ceño, inicia con tremor generalizado, llora fácilmente, como síntomas de ansiedad, ante la posición directiva del funcionario, cuando limita conductas disruptivas.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

26- El usuario frunce el ceño, inicia con tremor generalizado, llora fácilmente, como síntomas de ansiedad, ante la posición empática del funcionario, cuando indica el inicio de actividades psicoeducativas.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

27- El usuario frunce el ceño, inicia con tremor generalizado, llora fácilmente, como síntomas de ansiedad, ante la posición empática del funcionario, cuando indica la realización de actividades básicas de la vida diaria.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

28- El usuario frunce el ceño, inicia con tremor generalizado, llora fácilmente, como síntomas de ansiedad, ante la posición empática del funcionario, cuando limita conductas disruptivas.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

29-El usuario acata la indicación verbal, dada por el funcionario utilizando un tono de voz adecuado, cálido y seguro, para iniciar actividades grupales educativas.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

30- El usuario acata la indicación verbal, dada por el funcionario utilizando un tono de voz adecuado, cálido y seguro, para realizar actividades de la vida diaria.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

31-El usuario acata la indicación verbal, dada por el funcionario utilizando un tono de voz adecuado, cálido y seguro, para limitar conductas disruptivas.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

32- El usuario acata la indicación verbal, dada por el funcionario utilizando un tono de voz amenazante, para iniciar actividades grupales educativas.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

33- El usuario acata la indicación verbal, dada por el funcionario utilizando un tono de voz amenazante, para realizar actividades básicas de la vida diaria.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

34-El usuario acata la indicación verbal, dada por el funcionario utilizando un tono de voz amenazante, para limitar conductas disruptivas.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

ANÁLISIS PLAN PILOTO

Características sociodemográficas

Sexo		
Femenino	Masculino	Total
5	5	10

Edad							
18-23	24-29	30-35	36-41	42-47	48-53	54-59	60-65
0	0	2	1	2	0	3	2

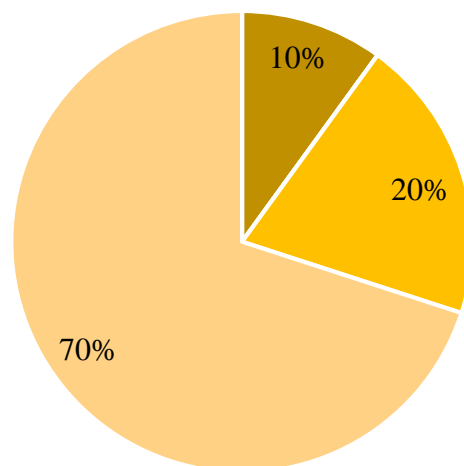
Tipo de familia de procedencia			
Monoparental	Nuclear	Vive en albergue	Otra
1	1	5	3 (con hermanos)

Tipo de discapacidad de los usuarios			
Física	Intelectual	Cognitiva	Sensorial
1	9	0	0

Tienen hermanos	
Sí	No
6	4

Tienen hermanos con discapacidad	
Sí	No
1	9

Información sobre la conducta de los usuarios

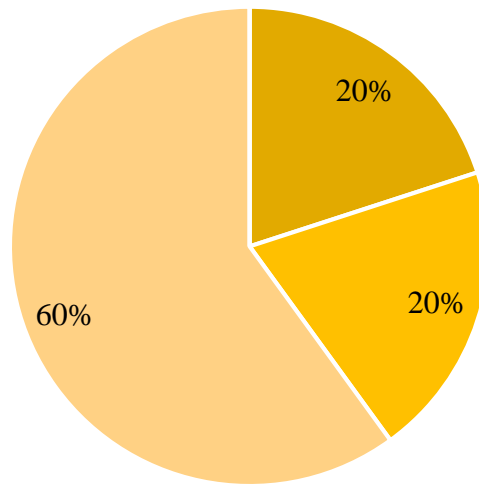


■ Siempre ■ Casi siempre ■ Algunas veces ■ Nunca ■ No observo

Figura N°1 Presencia de actitudes oposicionistas, desafiantes, agresivas, como indicadores de hostilidad en la persona con discapacidad, ante la indicación verbal del cuidador con tono de voz fuerte y directivo, para iniciar actividades psicoeducativas, ACIOSA, abril 2018.

Fuente: Instrumento de elaboración propia para validación, 2018.

Uno de los usuarios observados (10 % de la población), se manifiesta “siempre” agresivo y desafiante, ante la indicación verbal dada por el cuidador con tono de voz fuerte y directivo, para iniciar actividades psicoeducativas (tira objetos al suelo, intenta quitarse los zapatos), dos de ellos (20 %) “algunas veces”, en los siete restantes (70 %) “nunca” se evidencian estas actitudes durante la observación.



■ Siempre ■ Casi siempre ■ Algunas veces ■ Nunca ■ No observo

Figura N°2 Presencia de actitudes oposicionistas, desafiantes, agresivas, como indicadores de hostilidad en la persona con discapacidad, ante la indicación verbal del cuidador con tono de voz fuerte y directivo, para realizar actividades básicas de vida diaria, ACIOSA, abril 2018.

Fuente: Instrumento de elaboración propia para validación, 2018.

Cuando el docente indica la realización de actividades básicas de vida diaria (lavado de manos, aseo dental), fomentando el cumplimiento de las mismas en un horario establecido por la institución, dos usuarios (20 % de la población) “casi siempre” manifiestan conductas agresivas, desafiantes (no acatan la indicación al primer llamado) , dos de ellos (20 %) “algunas veces” y seis de ellos (60 %) “nunca”, mostrándose obedientes y anuentes a aceptar las indicaciones.

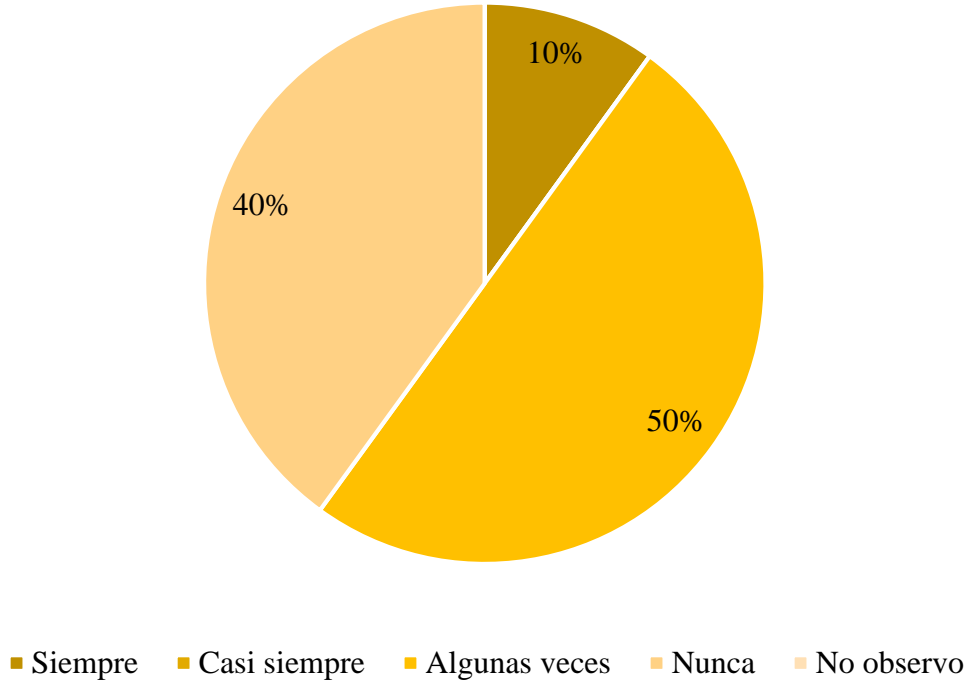


Figura N°3 Presencia de actitudes opositoristas, desafiantes, agresivas, como indicadores de hostilidad en la persona con discapacidad, ante la indicación verbal del cuidador con tono de voz fuerte y directivo, para limitar conductas disruptivas, ACIOSA, abril 2018. Fuente: Instrumento de elaboración propia para validación, 2018.

Cuando el cuidador limita conductas disruptivas, se observa mayor número de conductas agresivas, desafiantes, por parte de los usuarios. Uno de ellos (10 % de la población) “siempre” las presenta (no acata la indicación, frunce el ceño, grita), cinco de ellos (50 %) “algunas veces”, mostrando gestos opositoristas a la indicación, solamente cuatro de ellos (40 %) “nunca” (en ningún momento de la observación las presenta)

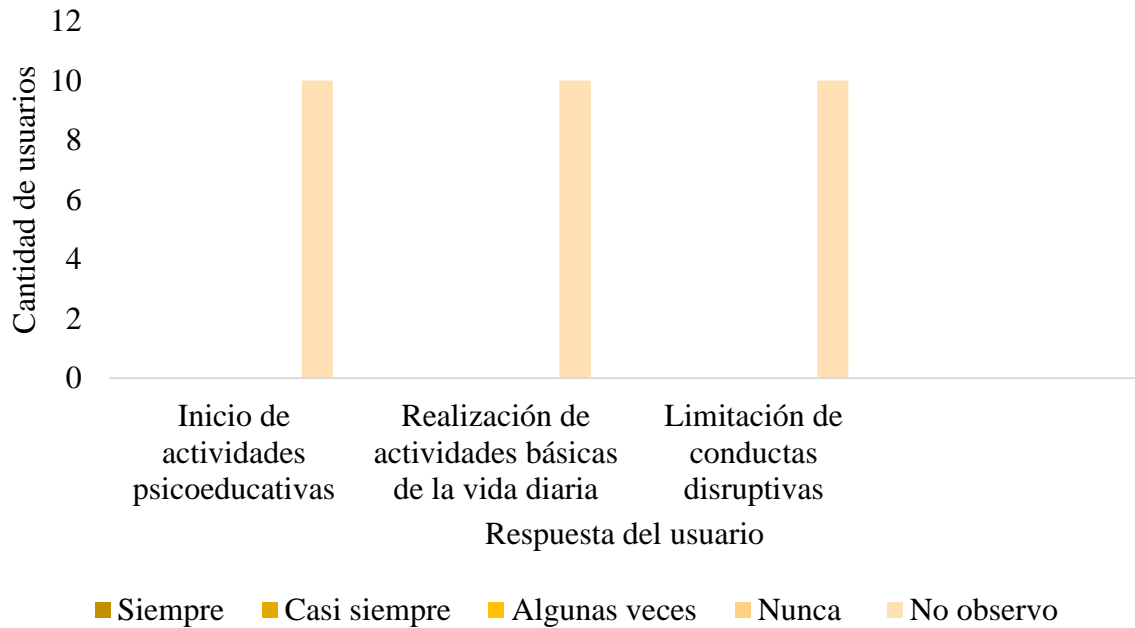
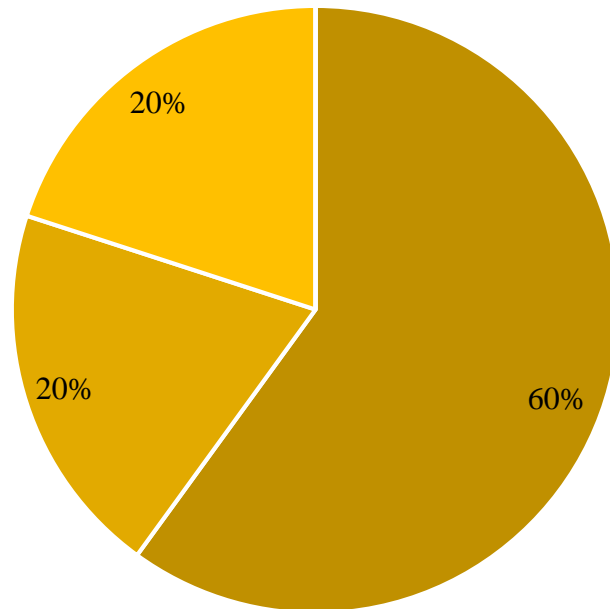


Figura N°4 Presencia de tics, gesticulaciones innecesarias o inquietud motora, como síntomas motores o conductuales de ansiedad en el usuario, ante la indicación verbal del cuidador, dada con cierto temor, inseguridad, exceso de gesticulaciones y expresiones faciales, para iniciar actividades psicoeducativas, realizar actividades básicas de la vida diaria y limitar conductas disruptivas, ACIOSA, abril 2018. Fuente: Instrumento de elaboración propia para validación, 2018.

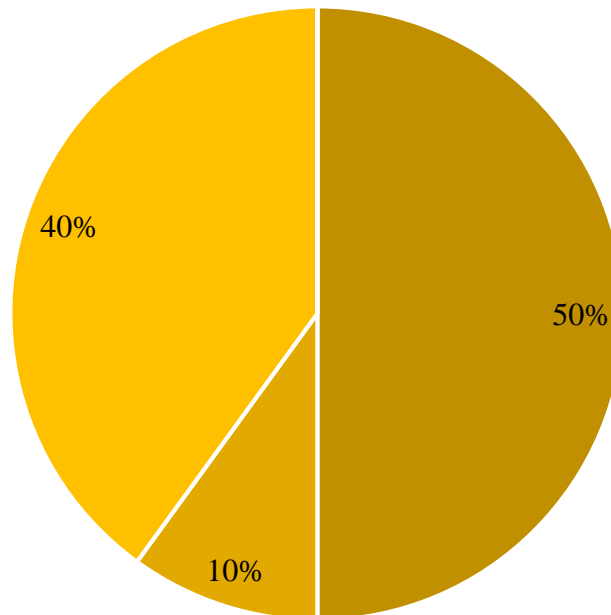
No se observan en ningún usuario las manifestaciones descritas, en respuesta a la forma de comunicación planteada, por lo tanto, la pregunta le resta validez al instrumento, se elimina la misma del instrumento de recolección de datos.



■ Siempre ■ Casi siempre ■ Algunas veces ■ Nunca ■ No observo

Figura N°5 Respuesta de la persona con discapacidad “acata la indicación”, ante la indicación verbal proporcionada por el cuidador con postura corporal firme, pero no rígida y segura, para iniciar actividades psicoeducativas, ACIOSA, abril 2018. Fuente: Instrumento de elaboración propia para validación, 2018.

El enunciado planteado se observa con claridad cuando el docente indica el inicio de actividades psicoeducativas verbalmente, manteniendo una postura firme y segura. Seis usuarios (60 % de la población) “siempre” acatan la indicación, dos de ellos (20 %) “casi siempre” y dos de ellos (20 %) “algunas veces” En este caso, se evidencia que la forma en que el docente proporciona la indicación, influye en la respuesta del usuario.



■ Siempre ■ Casi siempre ■ Algunas veces ■ Nunca ■ No observo

Figura N° 6 Respuesta de la persona con discapacidad “acata la indicación”, ante la indicación verbal proporcionada por el cuidador con postura corporal firme, pero no rígida y segura, para realizar actividades básicas de vida diaria, ACIOSA, abril 2018. Fuente: Instrumento de elaboración propia para validación, 2018.

Cuando el docente indica la realización de actividades básicas de vida diaria, ajustándose a un horario establecido para lavado de manos y aseo dental, la respuesta del usuario es menos favorable. Cinco usuarios (50 % de la población) “siempre” acatan la indicación sin problema alguno, uno de ellos (10 %) “casi siempre” y cuatro de ellos (40 %) “algunas veces”. Algunos escapan cuando llega el momento del lavado de dientes y manos, o bien muestran conductas desafiantes, el cuidador debe alzar la voz y comunicarse de una manera amenazante con ciertos

usuarios, por ejemplo, “les dice que pueden participar de la siguiente actividad únicamente si se lavan los dientes”

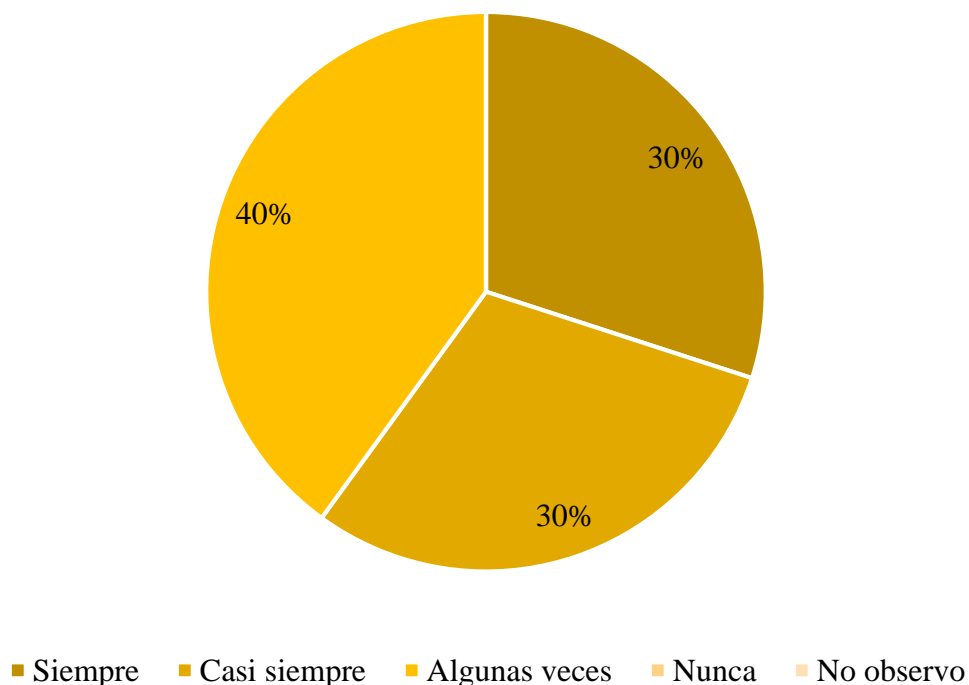


Figura N°7 Respuesta de la persona con discapacidad “acata la indicación”, ante la indicación verbal proporcionada por el cuidador con postura corporal firme, pero no rígida y segura, para limitar conductas disruptivas, ACIOSA, abril 2018. Fuente: Instrumento de elaboración propia para validación, 2018.

Cuando el cuidador limita conductas disruptivas verbalmente, manteniendo una postura corporal firme y segura, la respuesta del usuario no es tan favorable. Solamente tres de ellos (30 % de la población) “siempre” acatan la indicación, incluso piden disculpas por su comportamiento, otros tres (30 %) “casi siempre” y los cuatro restantes (40 %) “algunas veces”. Con estos cuatro últimos usuarios (40 % de la población), el docente debe hablarles con tono de voz fuerte y de una forma amenazante (les dice que si no dejan de comportarse de la manera

que lo están haciendo, no les dan almuerzo, y/o no los dejan participar en las siguientes actividades)

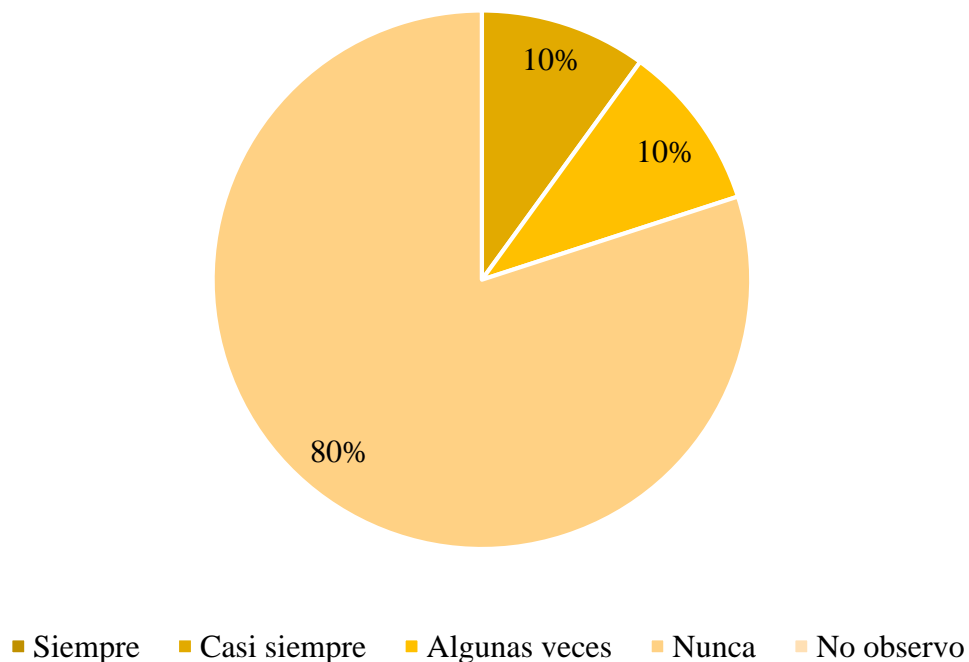
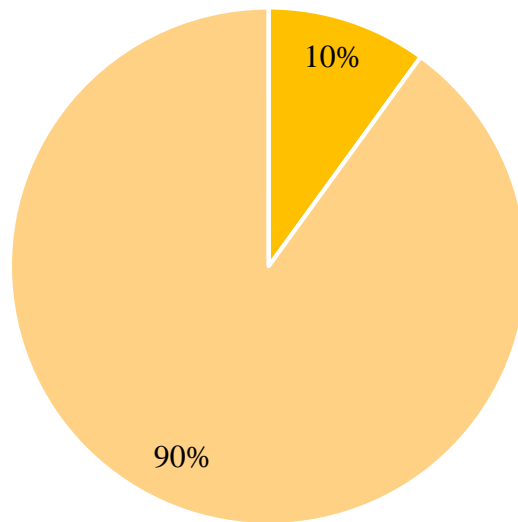


Figura N°8 Presencia de síntomas asociados a ansiedad en el usuario (ceño fruncido, tembor generalizado, llanto fácil), ante la indicación directiva dada por el funcionario verbalmente, con tono de voz amenazador, para iniciar actividades psicoeducativas, ACIOSA, abril 2018. Fuente: Instrumento de elaboración propia para validación, 2018.

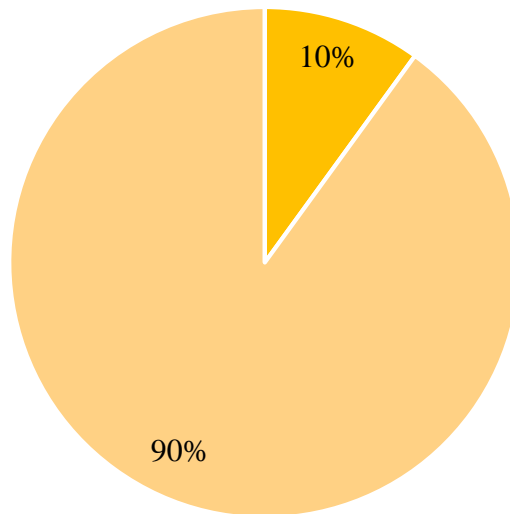
Cuando el docente indica el inicio de actividades psicoeducativas verbalmente, con tono de voz amenazador, ocho usuarios observados, el 80 % de la población, “nunca” presentan síntomas asociados a ansiedad, como tembor generalizado, ceño fruncido, llanto fácil, uno de ellos, 10 %, “algunas veces” y uno de ellos, 10 %, “casi siempre”, mostrando el ceño fruncido y llanto fácil.



■ Siempre ■ Casi siempre ■ Algunas veces ■ Nunca ■ No observo

Figura N°9 Presencia de síntomas asociados a ansiedad en el usuario (ceño fruncido, temblor generalizado, llanto fácil), ante la indicación directiva dada por el funcionario verbalmente, con tono de voz amenazador, para realizar actividades básicas de vida diaria, ACIOSA, abril 2018. Fuente: Instrumento de elaboración propia para validación, 2018.

Cuando el docente o cuidador indica la realización de actividades básicas de la vida diaria, con tono de voz amenazador, nueve usuarios, 90 %, “nunca” presentan síntomas asociados a ansiedad, solamente uno de ellos, 10 %, “algunas veces” los presenta, observándose en este usuario específicamente llanto fácil y ceño fruncido.



■ Siempre ■ Casi siempre ■ Algunas veces ■ Nunca ■ No observo

Figura N°10 Presencia de síntomas asociados a ansiedad en el usuario (ceño fruncido, tembor generalizado, llanto fácil), ante la indicación directiva dada por el funcionario verbalmente, con tono de voz amenazador, para limitar conductas disruptivas, ACIOSA, abril 2018. Fuente: Instrumento de elaboración propia para validación, 2018.

Cuando el cuidador limita conductas disruptivas de los usuarios, con tono de voz amenazador, solamente uno de ellos, 10 % de la población “algunas veces” manifiesta síntomas asociados a ansiedad como tembor generalizado, llanto fácil. Los nueve restantes, 90 %, “nunca” los manifiestan durante la observación, mostrándose anuentes a disminuir aquellas conductas que alteran el orden de los demás.

Pudo observarse que la forma de comunicación verbal con tono de voz amenazador, empleada por el funcionario, influye poco en la presencia de síntomas asociados a ansiedad, como tembor generalizado y llanto fácil, en la persona con discapacidad, más bien, el usuario responde de

manera positiva ante la indicación directiva dada por el docente o cuidador con tono de voz amenazador. Lo anterior se observa en los tres casos planteados, precisamente cuando el funcionario indica la realización de actividades básicas de vida diaria y limita conductas disruptivas.

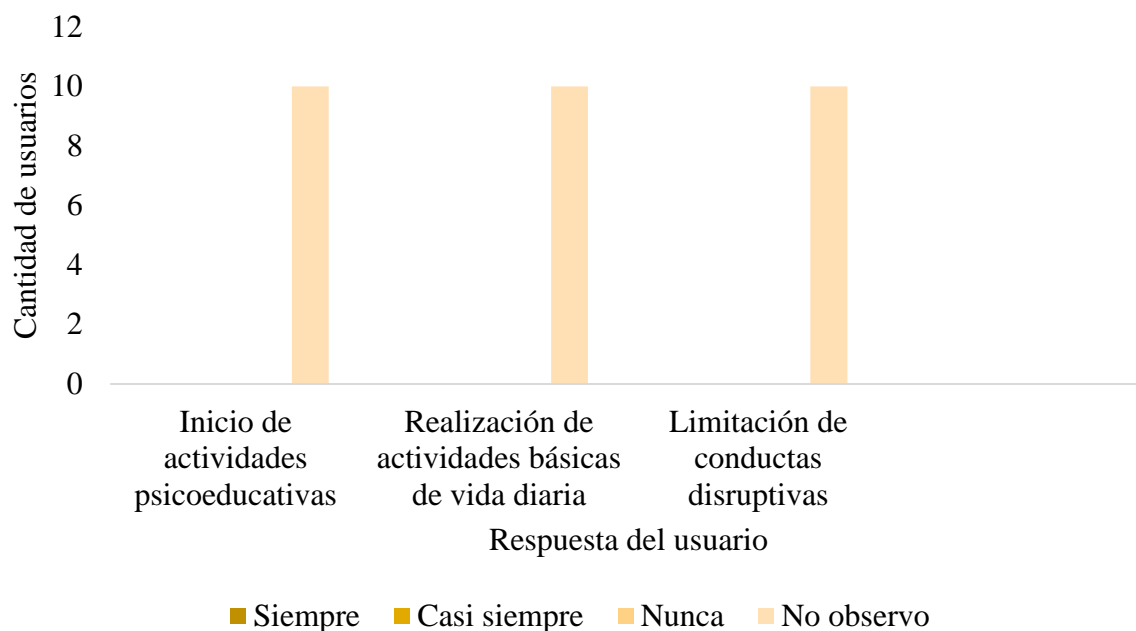
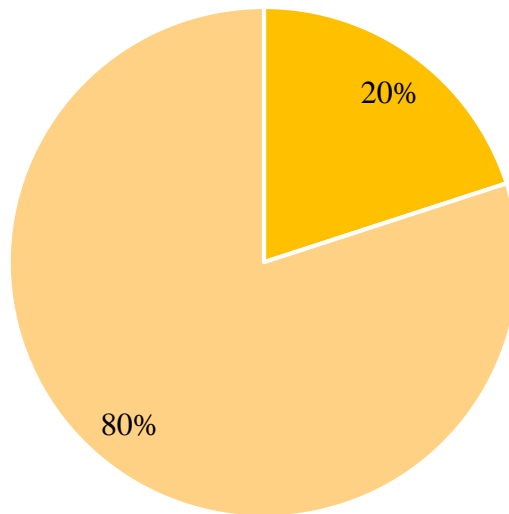


Figura N°11 Presencia de desánimo, inquietud, ceño fruncido, como indicadores de hostilidad en la persona con discapacidad, ante la indicación verbal dada por el cuidador de manera apática, con muy poco o casi nulo lenguaje gestual, corporal y verbal, para iniciar actividades psicoeducativas, realizar actividades básicas de vida diaria y limitar conductas disruptivas, ACIOSA, abril 2018. Fuente: Instrumento de elaboración propia para validación, 2018.

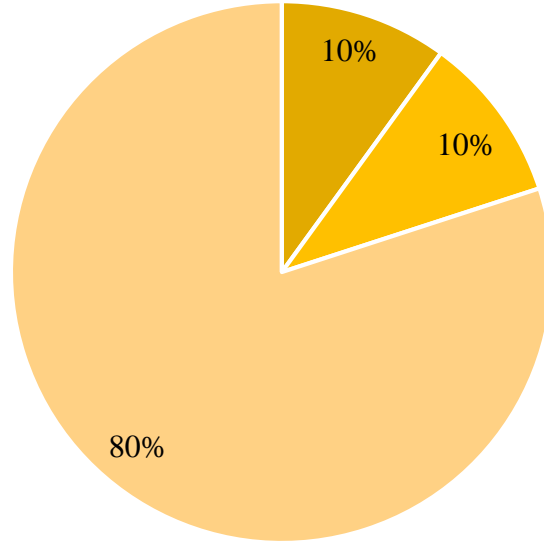
Durante la observación, no se presenta ninguna de las manifestaciones mencionadas, en ninguno de los tres casos, ni se observa al docente o cuidador comunicarse de manera apática, con muy poco o casi nulo lenguaje gestual, corporal y verbal. Se elimina la pregunta del instrumento, ya que no responde lo que se desea averiguar, por ello le resta validez al mismo.



■ Siempre ■ Casi siempre ■ Algunas veces ■ Nunca ■ No observo

Figura N°12 Presencia de sudoración, inquietud, lagrimeo, como síntomas asociados a ansiedad en el usuario, ante la indicación verbal dada de forma directiva por parte del cuidador, para iniciar actividades psicoeducativas, abril 2018. Fuente: Instrumento de elaboración propia para validación, 2018.

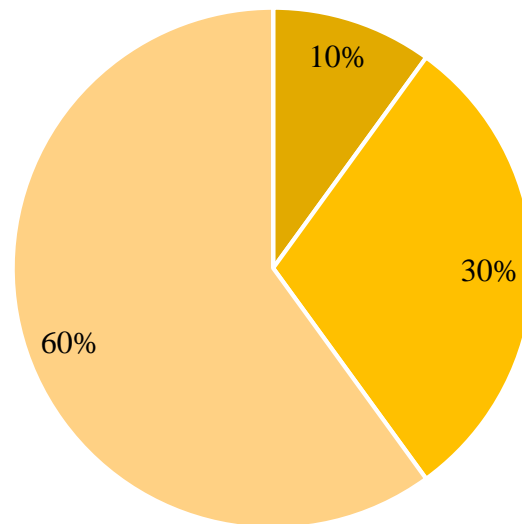
Se observa, cuando el docente indica verbalmente, de forma directiva, el inicio de actividades psicoeducativas, solamente a dos usuarios (20 % de la población) presentar “algunas veces” síntomas asociados a ansiedad como sudoración, lagrimeo e inquietud. Los ocho restantes (80 %), “nunca” manifiestan estos síntomas durante la observación.



■ Siempre ■ Casi siempre ■ Algunas veces ■ Nunca ■ No observo

Figura N°13 Presencia de sudoración, inquietud, lagrimeo, como síntomas asociados a ansiedad en el usuario, ante la indicación verbal dada de forma directiva por parte del cuidador, para realizar actividades básicas de vida diaria, abril 2018. Fuente: Instrumento de elaboración propia para validación, 2018.

Cuando el docente indica la realización de actividades básicas de vida diaria verbalmente, de forma directiva, solamente uno de los usuarios (10 % de la población), “casi siempre” manifiesta la sintomatología descrita, acompañada por conductas oposicionistas y desafiantes. Uno de ellos (10 %) “algunas veces” presenta sudoración, inquietud, lagrimeo, como síntomas asociados a ansiedad en el usuario, ante la indicación verbal dada de forma directiva por parte del cuidador, para realizar actividades básicas de vida diaria. Los ocho restantes (80 %), “nunca” manifiestan lo descrito.



■ Siempre ■ Casi siempre ■ Algunas veces ■ Nunca ■ No observo

Figura N°14 Presencia de sudoración, inquietud, lagrimeo, como síntomas asociados a ansiedad en el usuario, ante la indicación verbal dada de forma directiva por parte del cuidador, para limitar conductas disruptivas, abril 2018. Fuente: Instrumento de elaboración propia para validación, 2018.

Cuando el docente limita conductas disruptivas de los usuarios de forma directiva, se observa “casi siempre” para un 10 % de los usuarios, sudoración, lagrimeo e inquietud como síntomas asociados a ansiedad. Se observa lo mismo, “algunas veces” para un 30 % de la población y “nunca” para un 60 %.

Es más común observar los síntomas descritos, en situaciones donde el docente limita una conducta. De los tres síntomas planteados en la pregunta, se observa con mayor claridad la sudoración e inquietud. El lagrimeo solo se observó en una usuaria, cuando el docente le limita una conducta disruptiva, que altera el orden y conducta del resto de los usuarios. Se pudo

observar otros síntomas que ayudarán a plantear la pregunta, entre ellos, gesticulaciones innecesarias (mostrando una actitud oposicionista, desafiante)

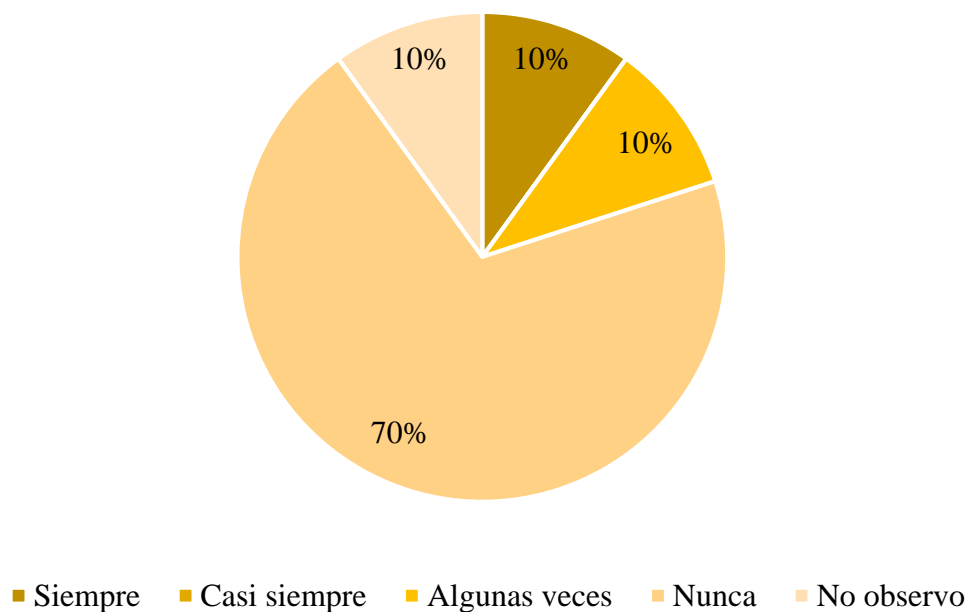


Figura N°15 Aumento de conductas estereotipadas en la persona con discapacidad (sacude las manos, gira objetos, mueve su cabeza y extremidades, deambula de un lado otro), en respuesta a las indicaciones verbales dirigidas por el cuidador de forma directiva, con tono de voz fuerte y rígido, para iniciar actividades psicoeducativas, ACIOSA, abril 2018. Fuente: Instrumento de elaboración propia para validación, 2018.

Durante el período de observación, solamente uno de los usuarios, 10 % de la población, “siempre” intensifica conductas estereotipadas (se sienta en el piso y lo toca continuamente con su dedo índice derecho), en respuesta a la indicación verbal dirigida por el cuidador de forma directiva, con tono de voz fuerte y rígido, para iniciar actividades psicoeducativas. Uno de ellos,

10 %, “algunas veces” muestra aumento en conductas estereotipadas (deambula de un lado a otro), siete de ellos, 70 % “nunca”. Ellos manifiestan conductas estereotipadas (deambulan de un lado a otro, sacuden sus manos o mueven sus extremidades, continuamente), pero estas se mantienen, no se intensifican ante la forma de comunicación descrita, cuando el docente indica el inicio de actividades psicoeducativas, y en uno de ellos, 10 % de la población, “no observo” ninguna conducta estereotipada.

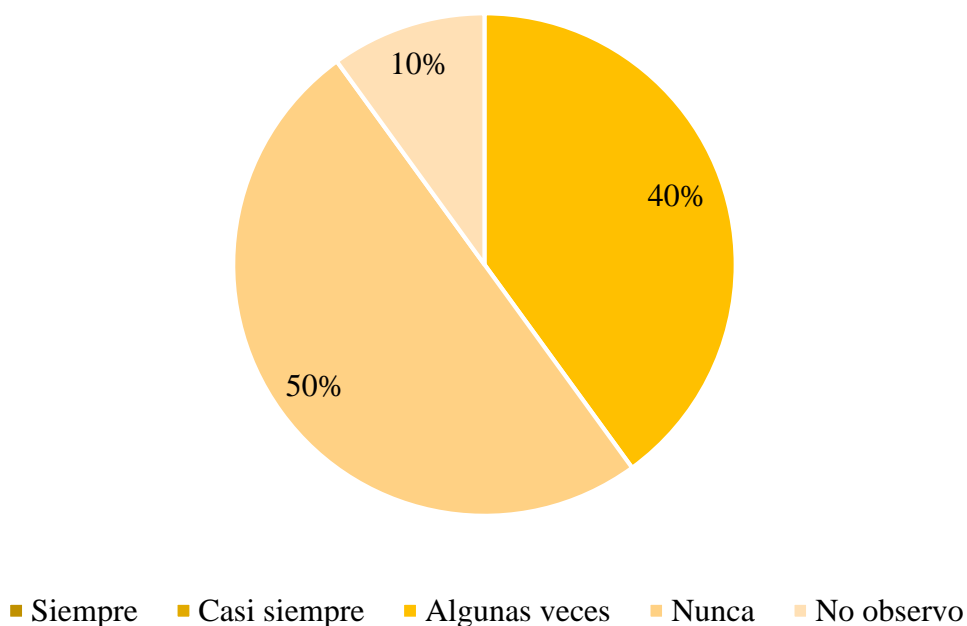


Figura N°16 Aumento de conductas estereotipadas en la persona con discapacidad (sacude las manos, gira objetos, mueve su cabeza y extremidades, deambula de un lado otro), en respuesta a las indicaciones verbales dirigidas por el cuidador de forma directiva, con tono de voz fuerte y rígido, para realizar actividades básicas de vida diaria, ACIOSA, abril 2018. Fuente: Instrumento de elaboración propia para validación, 2018.

Cuando el docente indica verbalmente la realización de actividades básicas de vida diaria (aseo bucal, lavado de manos), cuatro usuarios, 40 % de la población, “algunas veces” intensifican conductas estereotipadas (deambulan de un lado a otro, mueven su cabeza y extremidades), cinco de ellos, 50 %, “nunca” muestran aumento en sus conductas estereotipadas (deambulan de un lado a otro, sacuden sus manos o mueven sus extremidades), en respuesta a la indicación directiva, dirigida por el cuidador con tono de voz fuerte y rígido. En un usuario, 10 % de la población, “no observo” ninguna conducta estereotipada.

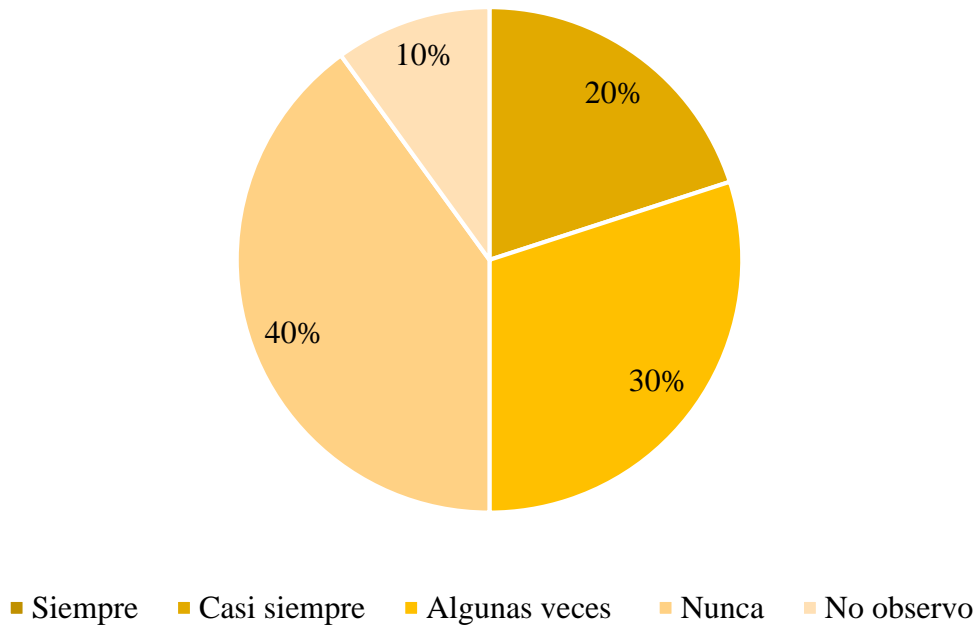
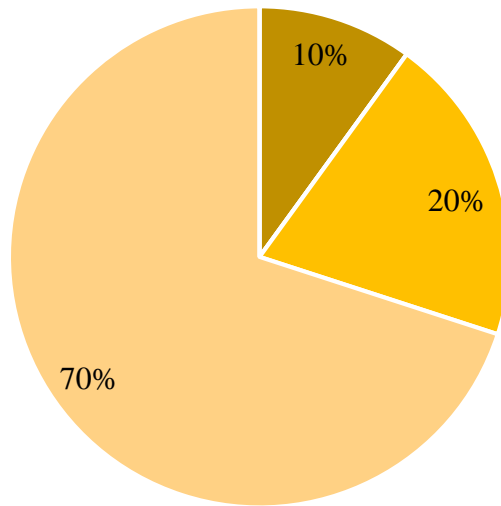


Figura N°17 Aumento de conductas estereotipadas en la persona con discapacidad (sacude las manos, gira objetos, mueve su cabeza y extremidades, deambula de un lado otro), en respuesta a las indicaciones verbales dirigidas por el cuidador de forma directiva, con tono de voz fuerte y rígido, para limitar conductas disruptivas, ACIOSA, abril 2018. Fuente: Instrumento de elaboración propia para validación, 2018.

Cuando el docente limita conductas disruptivas, dos usuarios, el 20 % de la población, “casi siempre” intensifica conductas estereotipadas (uno de ellos deambula de un lado a otro, el otro se sienta en el piso y lo toca continuamente con su dedo índice derecho) Tres usuarios, 30 %, “algunas veces” manifiestan aumento de conductas estereotipadas (mueven su cabeza, extremidades), en respuesta a la indicación verbal dirigida de forma directiva por el docente o cuidador, con tono de voz fuerte y directivo. Cuatro de ellos, 40 %, “nunca” intensifican sus conductas estereotipadas, en respuesta a las indicaciones verbales dirigidas por el cuidador de forma directiva, con tono de voz fuerte y rígido, para limitar conductas disruptivas y en uno de ellos, 10 %, “no observo” ninguna conducta estereotipada.

Se infiere que un trato directivo, con tono de voz fuerte y rígido por parte del docente o cuidador, influye en el aumento de conductas estereotipadas en el usuario, como posibles manifestaciones asociadas a ansiedad, cuando proporcionan la indicación para realizar actividades básicas de vida diaria y limitar conductas disruptivas. Cuando el docente emplea dicha forma de comunicación para iniciar actividades psicoeducativas, no se intensifican las conductas estereotipadas, como posible manifestación de ansiedad en la población con discapacidad en estudio.



■ Siempre ■ Casi siempre ■ Algunas veces ■ Nunca ■ No observo

Figura N°18 Manifestación de tremor generalizado, actitud agresiva y desafiante en el usuario, en respuesta y oposición a la indicación dada verbalmente por el funcionario, con tono de voz amenazante, ACIOSA, abril 2018. Fuente: Instrumento de elaboración propia para validación, 2018.

Uno de los usuarios observados (10 % de la población), “siempre” manifiesta tremor generalizado, actitud agresiva y desafiante, cuando quiere responder y oponerse a la indicación verbal dada por el docente, con tono de voz amenazante. El usuario manifiesta conductas hostiles (agresivas, desafiantes) Dos de ellos (20 %), “algunas veces” muestran este tipo de conductas y siete de ellos (70 %) “nunca”; ellos acatan la indicación sin problema. Lo anterior se observa cuando el docente limita conductas disruptivas, que alteran el comportamiento y el orden del resto de usuarios, por ejemplo, cuando el docente llama la atención a los que no están participando en la actividad del momento, o bien están molestando al resto de compañeros. Es en este momento en que el usuario se molesta, manifiesta una actitud desafiante y agresiva, en

respuesta y oposición a la indicación dada verbalmente con tono de voz amenazante, por el funcionario.

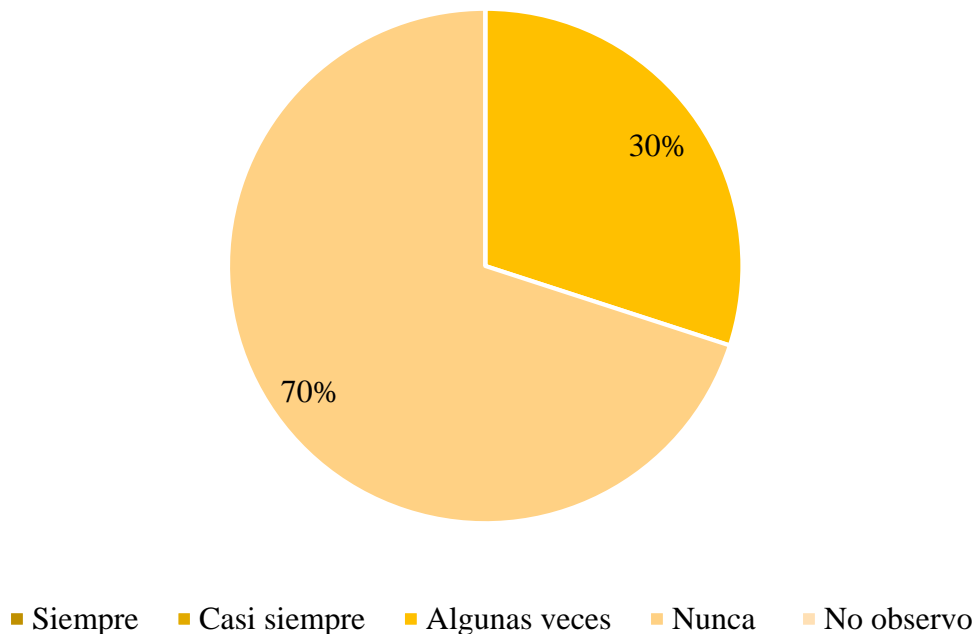
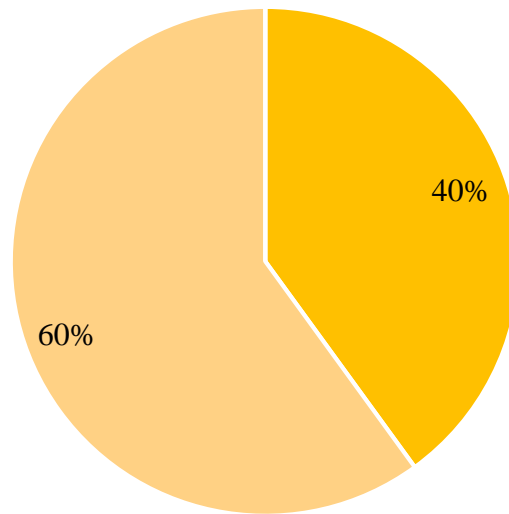


Figura N°19 Presencia de ceño fruncido, tremor generalizado y llanto fácil en el usuario, como síntomas de ansiedad ante la posición directiva del funcionario, cuando proporciona indicaciones verbales para iniciar actividades psicoeducativas, ACIOSA, abril 2018. Fuente: Instrumento de elaboración propia para validación, 2018.

De acuerdo con lo observado, la posición directiva del funcionario cuando indica el inicio de actividades psicoeducativas, influye poco en el desarrollo de síntomas de ansiedad en el usuario. Sin embargo, se observan tres usuarios, 30 % de la población, que lloran fácilmente “algunas veces”, ante la posición directiva del cuidador, en el presente caso. Los siete restantes, 70 % de la población, “nunca” manifiestan llanto fácil, ceño fruncido ni tremor generalizado; ellos acatan la indicación sin problema alguno.



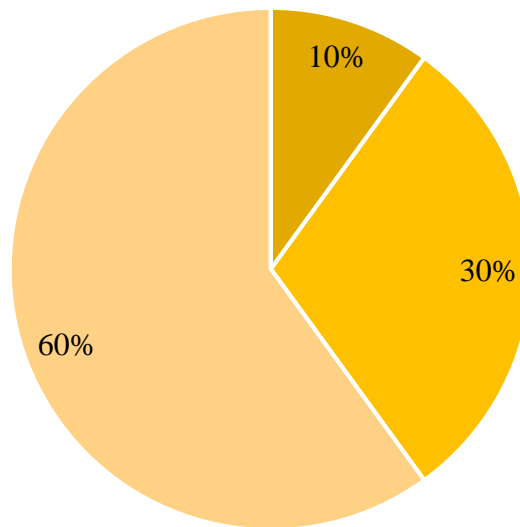
■ Siempre ■ Casi siempre ■ Algunas veces ■ Nunca ■ No observo

Figura N°20 Presencia de ceño fruncido, tembor generalizado y llanto fácil en el usuario, como síntomas de ansiedad ante la posición directiva del funcionario, cuando proporciona indicaciones verbales para realizar actividades básicas de vida diaria, ACIOSA, abril 2018.

Fuente: Instrumento de elaboración propia para validación, 2018.

Cuando el cuidador indica la realización de actividades básicas de vida diaria (lavado de manos, aseo dental), ajustándose al horario ya establecido, cuatro usuarios, 40 % de la población, “algunas veces” responden con tembor generalizado y llanto fácil, ante la posición directiva del mismo y seis de ellos, 60 %, “nunca” evidencian ninguno de estos síntomas.

Se infiere que la posición directiva del funcionario, cuando indica la realización de actividades básicas de vida diaria, influye poco en el desarrollo de síntomas de ansiedad como ceño fruncido, tembor generalizado y llanto fácil en el usuario.



■ Siempre ■ Casi siempre ■ Algunas veces ■ Nunca ■ No observo

Figura N°21 Presencia de ceño fruncido, tremor generalizado y llanto fácil en el usuario, como síntomas de ansiedad ante la posición directiva del funcionario, cuando proporciona indicaciones verbales para limitar conductas disruptivas, ACIOSA, abril 2018. Fuente: Instrumento de elaboración propia para validación, 2018.

Cuando el docente o cuidador limita conductas disruptivas desde una posición directiva, uno de los usuarios, 10 % de la población observada, “casi siempre” frunce el ceño, presenta tremor generalizado y llora fácilmente, tres de ellos, 30 %, “algunas veces” fruncen el ceño y lloran fácilmente, no manifiestan tremor generalizado. Los seis restantes, 60 % “nunca” manifiestan los síntomas planteados, ante la posición directiva del funcionario, cuando limita conductas disruptivas, en el período de observación.

La posición directiva del funcionario, cuando limita conductas disruptivas, influye poco en el desarrollo de síntomas de ansiedad como ceño fruncido, tremor generalizado y llanto fácil en el usuario.

Se infiere que la posición directiva del docente o cuidador, independientemente de la indicación que proporcione, influye poco en el desarrollo de síntomas de ansiedad observables en llanto fácil y tremor generalizado.

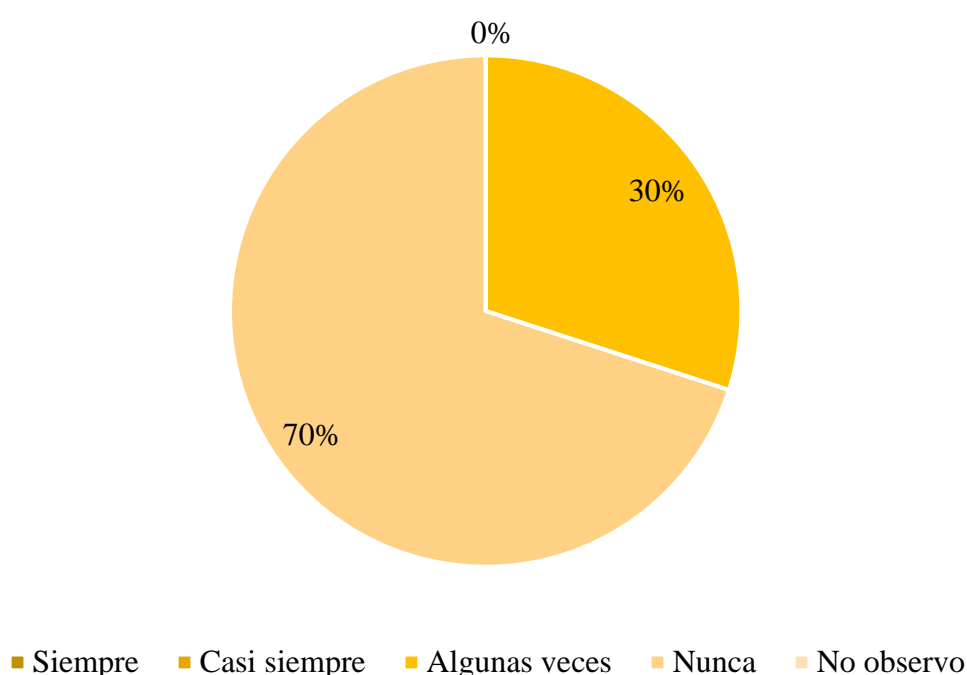
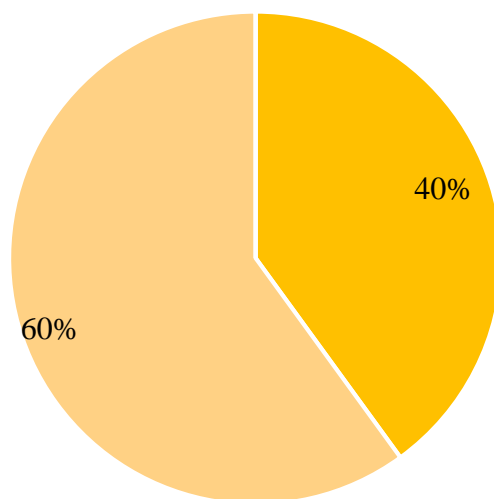


Figura N°22 Presencia de ceño fruncido, tremor generalizado y llanto fácil en el usuario, como síntomas de ansiedad ante la posición empática del funcionario, cuando proporciona indicaciones verbales para iniciar actividades psicoeducativas, ACIOSA, abril 2018. Fuente: Instrumento de elaboración propia para validación, 2018.

Tres usuarios, 30 % de la población, “algunas veces” manifiestan llanto fácil ante la posición empática del funcionario, cuando indica verbalmente el inicio de actividades psicoeducativas. Se observan desanimados y no desean participar en ninguna actividad por más que el docente intente convencerlos, desde una posición empática. Los siete restantes, el 70 %, “nunca” manifiestan la sintomatología.

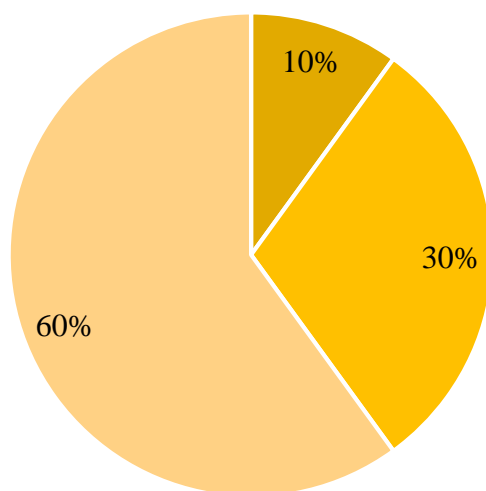


■ Siempre ■ Casi siempre ■ Algunas veces ■ Nunca ■ No observo

Figura N°23 Presencia de ceño fruncido, tremor generalizado y llanto fácil en el usuario, como síntomas de ansiedad ante la posición empática del funcionario, cuando proporciona indicaciones verbales para realizar actividades básicas de vida diaria, ACIOSA, abril 2018.

Fuente: Instrumento de elaboración propia para validación, 2018.

Cuando el funcionario indica desde su posición empática, la realización de actividades básicas de vida diaria, cuatro usuarios, 40 % de la población, “algunas veces” responden con llanto fácil y además, muestran conductas desafiantes (el docente debe emplear un tono de voz alto y comunicarse de manera directiva), seis usuarios, 60 %, “nunca” manifiestan los síntomas mencionados.



■ Siempre ■ Casi siempre ■ Algunas veces ■ Nunca ■ No observo

Figura N°24 Presencia de ceño fruncido, tremor generalizado y llanto fácil en el usuario, como síntomas de ansiedad ante la posición empática del funcionario, cuando proporciona indicaciones verbales para limitar conductas disruptivas, ACIOSA, abril 2018. Fuente: Instrumento de elaboración propia para validación, 2018.

Cuando el funcionario limita conductas disruptivas desde su posición empática, uno de los usuarios observados, 10 % de la población, “casi siempre” responde con tremor generalizado, llora fácilmente y frunce el ceño. Tres de ellos, 30 %, “casi siempre” responden de la misma forma y seis de ellos, 60 %, “nunca”. Ellos acatan la indicación y se muestran anuentes a

disminuir aquellas conductas que alteran el orden de los demás. Se infiere que la posición empática del funcionario cuando proporciona indicaciones, permite mitigar la ansiedad de los usuarios.

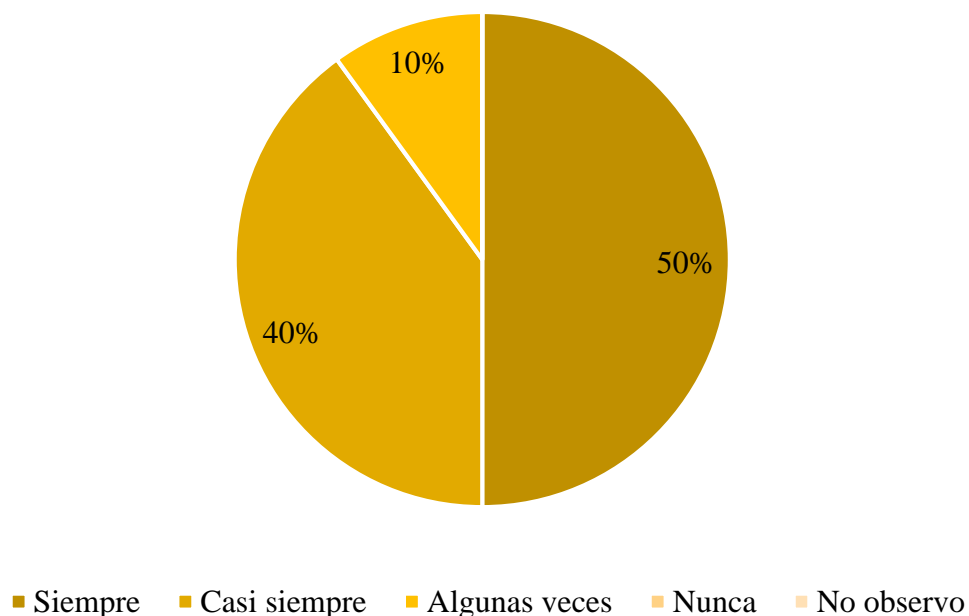
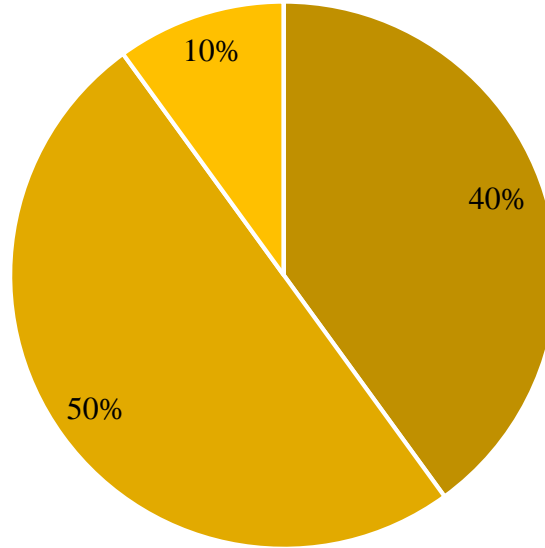


Figura N°25 Adherencia de la persona con discapacidad a la indicación verbal, dada por su cuidador con tono de voz adecuado, cálido y seguro, para iniciar actividades grupales educativas, ACIOSA, abril 2018. Fuente: Instrumento de elaboración propia para validación, 2018.

Cuando el docente indica verbalmente, con tono de voz adecuado, cálido y seguro el inicio de actividades grupales educativas, cinco usuarios, el 50 % de la población, “siempre” acata la indicación, cuatro de ellos, 40 %, “casi siempre” y uno de ellos, 10 %, “algunas veces”, con este usuario el docente debe comunicarse con tono de voz fuerte, directivo y amenazante para que acate la indicación.



■ Siempre ■ Casi siempre ■ Algunas veces ■ Nunca ■ No observo

Figura N°26 Adherencia de la persona con discapacidad a la indicación verbal, dada por su cuidador con tono de voz adecuado, cálido y seguro, para realizar actividades básicas de vida diaria, ACIOSA, abril 2018. Fuente: Instrumento de elaboración propia para validación, 2018.

Cuando el cuidador proporciona la indicación para realizar actividades básicas de vida diaria, verbalmente, con tono de voz adecuado, cálido y seguro, cuatro usuarios observados, el 40 % de la población “siempre” acatan la indicación, cinco de ellos, 50 % de la misma “casi siempre” y uno de ellos, el 10 %, “algunas veces”. Con este último usuario en particular, el cuidador frecuentemente emplea un tono de voz fuerte, directivo, para que acate la indicación.

Uno de los usuarios observados, quien presenta parálisis cerebral y autismo como diagnóstico médico, evidencia expresiones faciales de disgusto cuando sus cuidadores proceden a lavarle los dientes, además emite sonidos de disgusto, sin embargo, el cuidador emplea un tono de voz cálido y seguro con él, con el fin de apaciguar su disgusto.

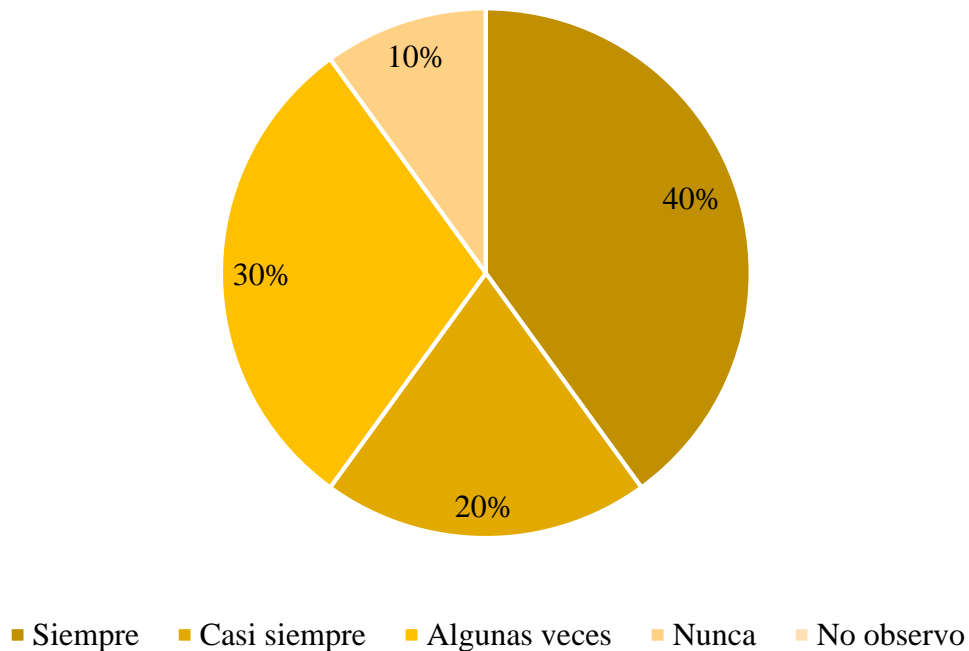


Figura N°27 Adherencia de la persona con discapacidad a la indicación verbal, dada por su cuidador con tono de voz adecuado, cálido y seguro, para limitar conductas disruptivas, ACIOSA, abril 2018. Fuente: Instrumento de elaboración propia para validación, 2018.

Cuando el cuidador limita conductas disruptivas, con tono de voz adecuado, cálido y seguro, cuatro usuarios, 40 % de la población, “siempre” acatan la indicación, dos de ellos, 20 % de la misma, “casi siempre”, tres de ellos, el 30 %, “algunas veces” y uno de ellos, 10 %, “nunca”

Por medio de la observación, se determina que un tono de voz adecuado, cálido y seguro empleado por el cuidador en los tres casos planteados, influye en una respuesta positiva y anuencia del usuario a seguir las indicaciones. Sin embargo, como se detalla en los tres casos planteados, uno de los usuarios observados no responde ni acata la indicación verbal ante un tono de voz adecuado, cálido y seguro. El docente o cuidador debe alzar su voz y comunicarse de manera amenazante, especialmente le limita conductas disruptivas. Es muy difícil que el

usuario responda de la manera esperada por el docente, cuando emplea un tono de voz adecuado, cálido y seguro para comunicarse, según se observa. Este usuario presenta retraso mental severo como diagnóstico médico y los docentes refieren que se encuentra en estudio por otra patología psiquiátrica.

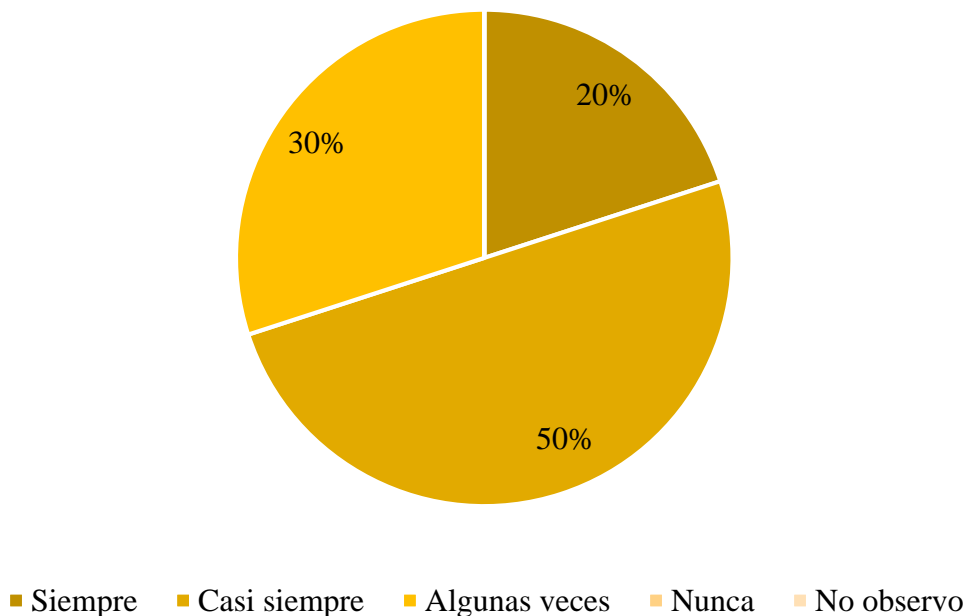
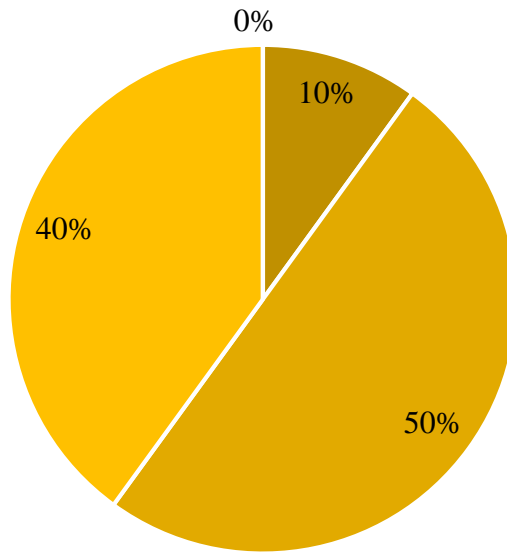


Figura N°28 Adherencia de la persona con discapacidad a la indicación verbal, dada por su cuidador con tono de voz amenazante, para iniciar actividades grupales educativas, ACIOSA, abril 2018. Fuente: Instrumento de elaboración propia para validación, 2018.

Cuando el docente indica verbalmente, con tono de voz amenazante, el inicio de actividades grupales con fines educativos, dos usuarios observados, 20 % de la población, “siempre” acatan la indicación, cinco de ellos, 50 % de la misma, “casi siempre” y tres de ellos, 30 %, “algunas veces” la acatan; muestran conductas y gestos opositoristas.



■ Siempre ■ Casi siempre ■ Algunas veces ■ Nunca ■ No observo

Figura N°29 Adherencia de la persona con discapacidad a la indicación verbal, dada por su cuidador con tono de voz amenazante, para realizar actividades básicas de vida diaria, ACIOSA, abril 2018. Fuente: Instrumento de elaboración propia para validación, 2018.

Cuando el cuidador indica la realización de actividades básicas de vida diaria (lavado de manos, aseo dental), empleando la forma de comunicación verbal con tono de voz amenazante, un usuario observado, 10 % de la población, “siempre” acata la indicación, cinco de ellos, 50 % de la misma, “casi siempre” y cuatro de ellos, el 40 %, “algunas veces” la acatan y además, muestran conductas opositoras.

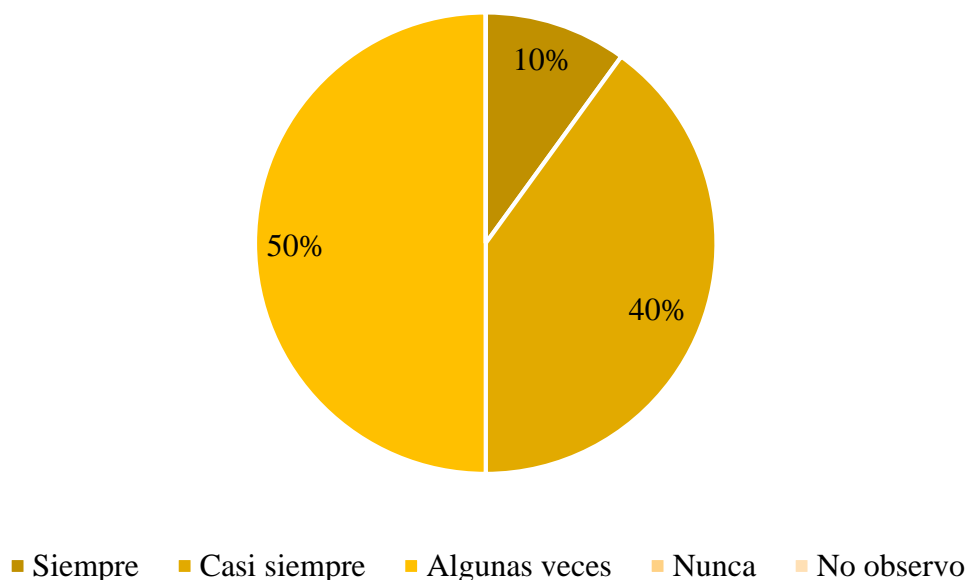


Figura N°30 Adherencia de la persona con discapacidad a la indicación verbal, dada por su cuidador con tono de voz amenazante, para limitar conductas disruptivas, ACIOSA, abril 2018.

Fuente: Instrumento de elaboración propia para validación, 2018.

Cuando el cuidador limita conductas disruptivas, con tono de voz amenazante, uno de los usuarios observados, 10 % de la población, “siempre” acata la indicación, cuatro de ellos, 40 % de la misma, “casi siempre” y cinco de ellos, 50 %, “algunas veces” Se observa al docente emplear frecuentemente un tono de voz amenazante, para limitar conductas disruptivas del usuario.

Según lo observado, el docente o cuidador debe emplear un tono de voz amenazante al comunicarse con algunos usuarios, con el fin de que los mismos acaten la indicación, específicamente cuando limita conductas disruptivas. Incluso, cuando se comunica de esta manera, “algunas veces” le resulta difícil lograr que algunos usuarios acaten la indicación.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS POBLACIÓN META

Sr (a) participante

Por este medio le saludo cordialmente y a la vez solicito su colaboración en el desarrollo de mi Proyecto de Graduación para optar por el grado de Licenciatura de la carrera de Enfermería, de la Universidad Hispanoamericana. La presente investigación es meramente observacional y de carácter anónimo. Pretende identificar la prevalencia de signos y síntomas de ansiedad y la respuesta de la persona con discapacidad frente a las formas de comunicación empleadas por los funcionarios de AIPED y ANAMPE , durante el segundo cuatrimestre del 2018. Para el desarrollo de la misma se empleará el presente instrumento. El estudio no pretende publicar ni utilizar los resultados para fines ajenos a la investigación y se realizará únicamente con su consentimiento.

Características sociodemográficas

Sexo: F____ M____

Edad: _____

Tipo de familia de procedencia: Monoparental () Nuclear () Abuelos como padres () Vive en albergue () Otra () especifique_____

Tiene hermanos: Sí____No____ ¿Cuántos? ____ Alguno con discapacidad Sí____ No ____

Tipo de discapacidad del usuario: _____ Patología asociada_____

Presenta alguna limitación física: Sí____ No__

Instrumento de recolección de datos

1-El usuario toma una actitud oposicionista, desafiante, agresiva (tirando cosas), ante la indicación verbal del funcionario, con tono de voz fuerte, directivo, para iniciar actividades psicoeducativas.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

2- El usuario toma una actitud oposicionista, desafiante, agresiva (tirando cosas), ante la indicación verbal del funcionario, con tono de voz fuerte, directivo, para realizar actividades básicas de la vida diaria.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

3- El usuario toma una actitud oposicionista, desafiante, agresiva (tirando cosas), ante la indicación verbal del funcionario, con tono de voz fuerte, directivo, para limitar conductas disruptivas.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

4- El usuario acata la indicación verbal proporcionada por el funcionario, cuando mantiene una postura corporal firme, pero no rígida y segura, para iniciar actividades psicoeducativas.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

5-El usuario acata la indicación verbal proporcionada por el funcionario, cuando mantiene una postura corporal firme, pero no rígida y segura, para realizar actividades básicas de la vida diaria.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

6-El usuario acata la indicación verbal proporcionada por el funcionario, cuando mantiene una postura corporal firme, pero no rígida y segura, para limitar conductas disruptivas.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

7- El usuario frunce el ceño, inicia con tremor generalizado, llora fácilmente, como síntomas asociados a ansiedad, ante la indicación directiva dada por el funcionario de forma verbal, con tono de voz amenazador, para iniciar actividades psicoeducativas.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

8- El usuario frunce el ceño, inicia con tremor generalizado, llora fácilmente, como síntomas asociados a ansiedad, ante la indicación directiva dada por el funcionario de forma verbal, con tono de voz amenazador, para realizar actividades básicas de la vida diaria.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

1. 9- El usuario frunce el ceño, inicia con tremor generalizado, llora fácilmente, como síntomas asociados a ansiedad, ante la indicación directiva dada por el funcionario de forma verbal, con tono de voz amenazador, para limitar conductas disruptivas.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

10-El usuario se manifiesta sudoroso, inquieto, con lagrimeo, ante la indicación verbal dada de forma directiva por parte del cuidador, para iniciar actividades psicoeducativas.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

11- El usuario se manifiesta sudoroso, inquieto, con lagrimeo, ante la indicación verbal dada de forma directiva por parte del cuidador, para realizar actividades básicas de la vida diaria.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

12- El usuario se manifiesta sudoroso, inquieto, con lagrimeo, ante la indicación verbal dada de forma directiva por parte del cuidador, para limitar conductas disruptivas.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

13- Se observa un aumento de conductas estereotipadas en el usuario; sacude sus manos, gira objetos, mueve su cabeza, mueve sus extremidades, deambula de un lado a otro, ante las indicaciones verbales dirigidas por el cuidador de forma directiva, con tono de voz fuerte y rígido, para iniciar actividades psicoeducativas.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

14- Se observa un aumento de conductas estereotipadas en el usuario; sacude sus manos, gira objetos, mueve su cabeza, mueve sus extremidades, deambula de un lado a otro, ante las indicaciones verbales dirigidas por el cuidador de forma directiva, con tono de voz fuerte y rígido, para realizar actividades de la vida diaria.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

15- Se observa un aumento de conductas estereotipadas en el usuario; sacude sus manos, gira objetos, mueve su cabeza, sus extremidades, deambula de un lado a otro, ante las indicaciones verbales dirigidas por el cuidador de forma directiva, con tono de voz fuerte y rígido, para limitar conductas disruptivas.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

16-El usuario manifiesta tremor generalizado, se muestra agresivo, toma una actitud desafiante, cuando quiere responder y oponerse a la indicación, dada verbalmente por su cuidador, con tono de voz amenazante, para iniciar actividades psicoeducativas.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

17-El usuario manifiesta tremor generalizado, se muestra agresivo, toma una actitud desafiante, cuando quiere responder y oponerse a la indicación, dada verbalmente por su cuidador, con tono de voz amenazante, para realizar actividades básicas de vida diaria.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

18- El usuario manifiesta tremor generalizado, se muestra agresivo, toma una actitud desafiante, cuando quiere responder y oponerse a la indicación, dada verbalmente por su cuidador, con tono de voz amenazante, para limitar conductas disruptivas.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

19- El usuario frunce el ceño, inicia con tremor generalizado, llora fácilmente, como síntomas de ansiedad, ante la posición directiva del funcionario, cuando indica el inicio de actividades psicoeducativas.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

20- El usuario frunce el ceño, inicia con tremor generalizado, llora fácilmente, como síntomas de ansiedad, ante la posición directiva del funcionario, cuando indica la realización de actividades básicas de vida diaria.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

21-El usuario frunce el ceño, inicia con tremor generalizado, llora fácilmente, como síntomas de ansiedad, ante la posición directiva del funcionario, cuando limita conductas disruptivas.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

22- El usuario frunce el ceño, inicia con tremor generalizado, llora fácilmente, como síntomas de ansiedad, ante la posición empática del funcionario, cuando indica el inicio de actividades psicoeducativas.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

23- El usuario frunce el ceño, inicia con tremor generalizado, llora fácilmente, como síntomas de ansiedad, ante la posición empática del funcionario, cuando indica la realización de actividades básicas de la vida diaria.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

24- El usuario frunce el ceño, inicia con tremor generalizado, llora fácilmente, como síntomas de ansiedad, ante la posición empática del funcionario, cuando limita conductas disruptivas.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

25-El usuario acata la indicación verbal, dada por el funcionario utilizando un tono de voz cálido y seguro, para iniciar actividades grupales educativas.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

26- El usuario acata la indicación verbal, dada por el funcionario utilizando un tono de voz cálido y seguro, para realizar actividades de la vida diaria.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

27-El usuario acata la indicación verbal, dada por el funcionario utilizando un tono de voz cálido y seguro, para limitar conductas disruptivas.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

28- El usuario acata la indicación verbal, dada por el funcionario utilizando un tono de voz amenazante, para iniciar actividades grupales educativas.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

29-El usuario acata la indicación verbal, dada por el funcionario utilizando un tono de voz amenazante, para realizar actividades básicas de la vida diaria.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()

30-El usuario acata la indicación verbal, dada por el funcionario utilizando un tono de voz amenazante, para limitar conductas disruptivas.

Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Nunca () No observo ()