



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

**MÁSTER PROFESIONAL EN COMUNICACIÓN CON MENCIÓN EN
MEDIOS PÚBLICOS Y COMUNITARIOS**

**AUTOPERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS DE IMPLANTE COCLEAR EN
EL ECUADOR: UN ENFOQUE DESDE LA COMUNICACIÓN
COMUNITARIA**

AUTORAS:

CINDY ANDREA RAMÓN ROMERO

JESSICA LISSETH RÍOS CUENCA

TUTOR:

DR. IVÁN RAMÍREZ MORALES, PHD.

JULIO 2019

MILAGRO- ECUADOR

COMPROMISO DE AUTENTICIDAD DE LA OBRA

Yo, Cindy Andrea Ramón Romero portadora de la cédula de ciudadanía No. 0705384055 y Jessica Lisseth Ríos Cuenca portadora de la cédula de ciudadanía No. 0703756585 estudiantes del Máster Profesional en Comunicación con mención en Medios Públicos y Comunitarios, con carácter de declaración y compromiso manifiesto lo siguiente:

- La tesis “AUTOPERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS DE IMPLANTE COCLEAR EN EL ECUADOR:UN ENFOQUE DESDE LA COMUNICACIÓN COMUNITARIA”, es de nuestra autoría y corresponde a una investigación auténtica e inédita.

- De la misma manera, declaro y autorizo a que se revise el presente documento con la finalidad de validar nuestros derechos como autoras, según lo expuesto en este compromiso.

Milagro, 8 de Agosto de 2019



Cindy Andrea Ramón Romero
0705384055



Jessica Lisseth Ríos Cuenca
0703756585

AUTORIZACIÓN

PhD. Fabricio Guevara Viejó

RECTOR

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

Presente

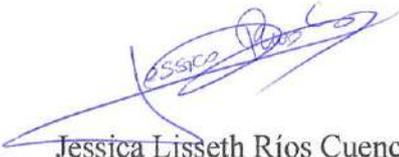
Cindy Andrea Ramón Romero portadora de la cédula de ciudadanía No. 0705384055 y Jessica Lisseth Ríos Cuenca portadora de la cédula de ciudadanía No. 0703756585 en calidad de autoras del Trabajo Fin de Master titulado “AUTOPERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS DE IMPLANTE COCLEAR EN EL ECUADOR: UN ENFOQUE DESDE LA COMUNICACIÓN COMUNITARIA”, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro a depositar el presente trabajo en el repositorio institucional, garantizando el libre acceso, permitiendo solamente la consulta y/o descarga del mismo.

Este trabajo fue presentado como requisito previo a la obtención del Título de Magister en Comunicación Profesional con mención en medios públicos y comunitarios, del Instituto de Posgrado y Educación Continua de la UNEMI.

Milagro, 8 de Agosto de 2019


Cindy Andrea Ramón Romero

0705384055


Jessica Lisseth Ríos Cuenca

0703756585

INFORME DE EVALUACIÓN DEL TRABAJO FIN DE MÁSTER

Milagro, 5 de Julio de 2019

Dirección Académica

Máster Profesional en Comunicación

Mención en Medios Públicos y Comunitarios

Universidad Estatal de Milagro

En calidad de Director del Trabajo Fin de Máster de las alumnas Cindy Andrea Ramón Romero, Jessica Lisseth Ríos Cuenca, titulado, "AUTOPERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS DE IMPLANTE COCLEAR EN EL ECUADOR: UN ENFOQUE DESDE LA COMUNICACIÓN COMUNITARIA", informo:

Que el presente trabajo cumplió con todas las fases de investigación, contrastación, argumentación y corrección. Se desarrolló una metodología adecuada y llegó a las conclusiones pertinentes. Se efectuaron todas las correcciones solicitadas, se presentó un trabajo novedoso que contribuirá al desarrollo de nuevas investigaciones académicas; además, aporta con nuevos conceptos de la comunicación comunitaria del país.

Por lo tanto, apruebo la entrega de este trabajo para que se inicie el proceso de defensa ante el tribunal que corresponda.

Atentamente;



Dr. Iván Ramírez Morales, PhD.
DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN



CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA

El tribunal calificador previo a la obtención del título de Master Profesional en Comunicación con Mención Medios Públicos y Comunitarios de las alumnas Cindy Andrea Ramón Romero y Jessica Lisseth Ríos Cuenca, otorga al presente proyecto de investigación las siguientes calificaciones.

Memoria Científica	[51,67]
Total	[88,00]
Defensa Oral	[36,33]
Equivalente	[M.B.]

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

PROFESOR DELEGADO

PROFESOR SECRETARIO

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	12
CAPITULO I	13
1.1 Problema	13
1.2 Justificación	13
1.3 Objetivo General:	13
1.4 Objetivos Específicos:	13
1.5 Sistematización de preguntas científicas	14
CAPÍTULO II:	15
2.1 Marco teórico	15
2.1.1 La discapacidad, concepto global y nacional	15
2.1.2. Antecedentes históricos	17
2.2. Tipos de discapacidad	19
2.3. Causas de la discapacidad auditiva	20
2.4. Discapacidad y discriminación: manifestaciones y legislación	22
2.5. La hipoacusia neurosensorial bilateral profunda	24
2.6. Soluciones tecnológicas para discapacidad auditiva	26
2.6.1. Clasificación de soluciones tecnológicas	27
2.7. Realidad nacional de la discapacidad auditiva.	27
3. Marco conceptual	28
3.1. Antecedentes históricos del Implante Coclear.	28
3.2. Definición de implante coclear	29
3.3. Políticas Públicas a favor de las personas con discapacidad	31
3.4. El futuro del Implante Coclear.	33
3.5. La comunicación comunitaria	33
3.5.1. Comunicación comunitaria y personas con discapacidad	35
CAPITULO III	37
4. Hipótesis y variable	37
5. Marco metodológico	37
5.1 Métodos empíricos	37
5.2. Métodos teóricos	38
5.3. Población y Muestra	39
CAPÍTULO IV	41
6. RESULTADOS	41
6.1 Análisis de la información	41
6.2 Desarrollo del producto comunicacional	57
6.3 Difusión del producto comunicacional	64
Conclusiones y recomendaciones	65

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Número de personas implantadas según provincia.	42
Figura 2. Rango de edad de personas implantadas.	43
Figura 3 Rango de edad de personas implantadas según provincia.	44
Figura 4. Causa de la hipoacusia (sordera).	45
Figura 5. Oído operado en las personas implantadas.	46
Figura 6. Número de cirugías de implantes realizadas desde 2004 hasta marzo de 2019.	47
Figura 7. Ciudad donde se realizó la cirugía de implante coclear.	48
Figura 8. Hospitales en que fueron operados los pacientes.	49
Figura 9. Modelo de procesador implantado.	50
Figura 10. Casa comercial que proporcionó el procesador del implante coclear.	51
Figura 11. Tiempo transcurrido entre la cirugía y activación del implante coclear.	52
Figura 12. Edad de los pacientes implantados.	53
Figura 13. Rehabilitación post implante.	54
Figura 14. Edad de los pacientes implantados y asistencia a rehabilitación.	55
Figura 15. Gráfico sobre la visibilización de la comunidad implantada.	56
Figura 16. Gráfico sobre visibilización de la comunidad implantada según provincia.	57

DEDICATORIA

Hace más de 8 años me enteré que mi hija Dayanara había quedado sorda profunda, lloré y sufrí al no saber qué camino tomar, nunca pensé que por el mismo motivo derramaría lágrimas de alegría, todas gracias a un implante coclear.

Hoy Dayanara tiene 10 años y escucharla decirme que me ama, escucharla orar, reír y cantar es mi mayor felicidad y mi principal motivación para agradecerle a Dios por la hija que escogió para mí.

En este camino hubo muchas personas negativas, pero más fueron las personas positivas, a todas ellas les agradezco, todas me dieron motivación, unas de seguir otras de demostrar que puedo lograrlo.

Con amor dedico este trabajo a mi hija Dayanara a mi hija sorda, que escucha gracias a un implante coclear.

Espero que cuando crezcas leas este trabajo con el mismo amor con el que lo realicé por ti y para ti y para todos los niños y usuarios que escuchan la vida gracias a un implante coclear.

También dedico este trabajo a mi familia que ha sido mi refugio y mi apoyo ¡Gracias!

"Dijeron que no se podía hacer nada contra la hipoacusia, menos mal que Graeme Clark no los escuchó".

Andrea Ramón Romero

DEDICATORIA

A Dayanara Loja, una guerrera que nos ha demostrado que no hay barreras que el amor y la perseverancia no puedan vencer.

A todas las personas con discapacidad de cualquier tipo que no solo piden el respeto a sus derechos sino también una inclusión plena en la sociedad.

A mis padres y a mi familia por el apoyo recibido para cumplir con este objetivo académico.

Jessica Ríos Cuenca

RESUMEN

En Ecuador, 65.050 personas viven con discapacidad auditiva, estos ciudadanos afrontan retos para su inclusión social y educativa, de ellos, únicamente 1100 según la Red Pública de Salud, han accedido a un implante coclear, que es un dispositivo tecnológico que reemplaza la cóclea, que es una parte del oído interno y a través de un micrófono envía sonido al cerebro. El implante hace que la persona que lo usa escuche. Con ello se puede pensar que la discapacidad auditiva ha desaparecido o ha sido superada con el uso de la prótesis, pero la realidad es distinta; el usuario de implante coclear no pierde su condición de persona sorda, por el contrario, inicia una dependencia absoluta hacia este mecanismo de procesamiento auditivo. Promover la visibilización de la comunidad de usuarios de implante coclear fue el propósito de este estudio, que se realizó con el método inductivo-deductivo de corte transversal y con la técnica empírica de la entrevista. La presente investigación brinda un nuevo aporte a la comunidad de usuarios de implante coclear en el país, ya que no existe un estudio similar sobre la autopercepción de los individuos que integran este colectivo. Los productos comunicacionales elaborados luego de la investigación han sido difundidos en medios de comunicación y redes sociales con el objetivo de visibilizar a la comunidad de implantados del país, grupo que en su mayoría dijo no sentirse visibilizada por la sociedad ecuatoriana.

Palabras clave: Visibilización; Inclusión; Comunidad; Hipoacusia; Producto comunicacional

ABSTRACT

In Ecuador, 65.050 people live with hearing disabilities, these citizens face challenges for their social and educational inclusion, of them, only 1100 have agreed to a cochlear implant, which is a device that performs the work of the affected parts of the inner ear and sends sound signals to the brain. This device allows the implanted person to listen. It could be thought then that the disability has been overcome thanks to this prosthesis, however, the reality is different; the implanted does not lose his condition as a person with deafness, rather, he starts a dependence on this mechanism. Promoting the visibility of the community of cochlear implant users was the purpose of this study, which was carried out with the inductive-deductive cross-sectional method and with the empirical technique of the interview. The present investigation provides a new contribution to the community of cochlear implant users in the country, since there is no similar study on the self-perception of the individuals that make up this group. The communication products developed after the investigation have been disseminated in the media and social networks with the aim of making the implanted community of the country visible, a group that mostly said that it was not visible to Ecuadorian society.

Keywords: Visibility; Inclusion; Community; Hearing loss; Communication product

INTRODUCCIÓN

Más de 1000 personas que tienen discapacidad auditiva en el Ecuador portan un implante coclear, dispositivo que permite la captación de sonidos. Pese a los beneficios de esta prótesis, el implante coclear no elimina las barreras que la sociedad construye ante quien considera diferente.

Ante la noción de invisibilización de la comunidad de implantados, surgió la necesidad de dar a conocer la realidad de estas personas y los beneficios del implante. En la presente investigación se realizó un estudio diagnóstico de la situación actual, lo que permitió desarrollar y difundir productos comunicacionales como infografías y entrevistas que faciliten a la sociedad conocer la realidad de las personas implantadas.

La investigación es de tipo participativa pues se accedió a la información desde los usuarios de implante coclear, y en el caso de niñas y niños, a sus padres. Mediante un proceso sistemático de indagación dirigida, se identificó de manera particular la realidad de los usuarios de implante coclear en todo el país.

Este proyecto de investigación surge de la necesidad de visibilizar a una comunidad que permanecía oculta ante la sociedad ecuatoriana. La problemática no ha sido abordada antes como tema de estudio dentro de la comunicación comunitaria.

Cabe destacar que, de acuerdo a la información recabada, no existe investigación similar en esta temática, por lo que constituye un trabajo pionero en la comunicación comunitaria con énfasis en la discapacidad auditiva en el Ecuador.

CAPITULO I

1.1 Problema

¿Cómo se perciben a sí mismos y por parte de la sociedad, las personas con discapacidad auditiva, usuarios de implante coclear?

1.2 Justificación

La sociedad ecuatoriana en su mayoría desconoce la realidad de los usuarios del dispositivo de implante coclear porque no existe ninguna fuente de información, ni base de datos que reflejen esta problemática, por lo tanto, esta comunidad permanece invisibilizada y con limitado apoyo estatal para su rehabilitación y mantenimiento de la prótesis auditiva.

1.3 Objetivo General:

Recolectar datos con el fin de construir una línea base de investigación sobre la situación de los usuarios de implante coclear en el Ecuador, mediante técnicas de investigación participativa, con la finalidad de determinar el estado de visibilización de esta comunidad.

1.4 Objetivos Específicos:

Conocer la autopercepción de los usuarios de implante coclear del país mediante una investigación de tipo social para desarrollar y diseñar información útil aplicable que contribuya a la visibilización y al conocimiento de los procedimientos post implante coclear.

Difundir los productos gráficos a través de una gira de medios de comunicación físicos y digitales para que la comunidad conozca el procedimiento a seguir ante el diagnóstico de hipoacusia neurosensorial profunda bilateral.

Difundir el producto comunicacional gráfico a través de una gira de medios de comunicación y digitales para que la comunidad usuaria de implante coclear exponga sus necesidades pos implante.

1.5 Sistematización de preguntas científicas

¿Cuál es la realidad de los usuarios de implante coclear en el Ecuador?

¿Cómo se puede determinar el estado de visibilización de los usuarios de implante coclear en el Ecuador?

¿Qué producto comunicacional se puede crear para dar a conocer la realidad de los usuarios de implante coclear en el país?

¿Cómo se puede difundir este producto comunicacional?

CAPÍTULO II:

2.1 Marco teórico

2.1.1 La discapacidad, concepto global y nacional

La discapacidad se presenta y se concibe de formas diversas a lo largo de la historia, es tal vez la actitud de la sociedad y la posición de las personas con discapacidad en el contexto social, el criterio más apropiado para diferenciarlas. Sin embargo, la historia reciente ha girado en torno a la dialéctica entre el modelo médico y el modelo social, considerados como los principales referentes conceptuales de la discapacidad (Ríos, 2015).

Desde el punto de vista médico, la discapacidad se asume como una enfermedad y se considera que las personas con discapacidad pueden aportar a la sociedad siempre y cuando sean rehabilitadas y logren parecerse a las demás, para tener valor como personas, tal como menciona Ripollés (2008), y agrega que es la sociedad donde se genera una actitud paternalista y caritativa porque las personas con deficiencias tienen menos valor que el resto.

Al momento de conceptualizar la discapacidad, no se puede hacer referencia a una sola definición, sino que son varios autores los que describen las características de este término. Por ejemplo, Fernández (2003) afirma que la discapacidad consiste en la dificultad de realizar actividades de la vida cotidiana. Ruiz y Fernández (2002) añaden que esta disfunción debe ser estable y permanente, para que sea considerada una discapacidad. Por su parte, Ozols (2007) coincide y además las clasifica en: físicas, sensoriales y cognitivas.

La Convención Interamericana creada para la eliminación de la discriminación efectuada a través de diferentes formas en contra las personas con discapacidad, incorporada a la Ley Orgánica de Discapacidad (Asamblea Nacional del Ecuador, 2012). En este año en el Ecuador después de tantas luchas, se da una normativa que define los derechos en los que se pueden amparar las personas con discapacidad.

El artículo seis de la precitada ley, explica que se considera persona con discapacidad a toda aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, con independencia de la causa que la hubiera originado, ve restringida permanentemente su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, es decir, enfrentan diariamente a una sociedad que no incluye a todos sus ciudadanos porque discrimina o excluye a las personas que tienen alguna discapacidad.

Resulta importante mencionar que el concepto de personas con discapacidad no sólo es utilizado porque se deriva de la Convención de las Naciones Unidas, sino que se lo respeta en la medida y honor de la lucha, de organización, inclusión y participación de personas con discapacidad que exigen en contar su situación de vida. Va más allá de las condiciones notorias, como físicas no o genéticas e intelectuales de cada uno de ellos, se trata de las condiciones sociales y culturales que resulta complejo para ellos al tener un sentido discriminatorio (Palacios & Romañach, 2006).

Por otro lado, la CIF que es la encargada de especificar universalmente, las condiciones de salud y todo lo relacionado con ella, se refiere a las funciones y estructuras funcionales y corporales. En las funcionales, se incluyen las funciones mentales, sensoriales de dolor, voz y habla. Dentro de las corporales se halla el sistema nervioso, el ojo, el oído y demás estructuras relacionadas con ellos (Jiménez Buñuales, González Diego, & Martín Moreno, 2002).

Algo importante que acotar es lo dicho por Ríos (2015), que en la actualidad, el enfoque de derechos, hace resurgir un nuevo concepto sobre discapacidad, refiriéndose con el resultado de la relación de un individuo con su entorno, en donde su funcionalidad está directamente relacionada con los ajustes aplicados al medio en donde se desenvuelve. Esto quiere decir que la discapacidad no está en la persona que tiene alguna limitación, sino en la relación de esta persona con un medio que puede ponerle barreras y excluirla o, por el contrario, aceptarla y brindarle los ajustes para que pueda desenvolverse funcionalmente dentro de su medio físico y social, es decir dentro de sus capacidades.

2.1.2. Antecedentes históricos

Al hablar de la discapacidad y su historia es necesario revisar los documentos existentes, como el Código de Hammurabi, y luego de este, cada legislación ha tratado a la discapacidad según las creencias que predominaban en esa época (Fernández, 2003).

Resulta necesario traer a colación un poco de historia de la discapacidad, para comprender la situación de desigualdad que han sufrido las personas con discapacidad a través de los tiempos y conocer que necesitan ser escuchados e incluso ser compensados por una sociedad que aún los ve con mirada de lástima.

Entonces, si nos referimos al cuerpo de ley antiguo, denominado “Código de Hammurabi”, que fue promulgado en la antigua Babilonia del siglo XVII a. C., y trataba a la discapacidad como un tema de brujería, que estableció resoluciones que arriesgaban la vida de las personas con discapacidad. En la ley 2 del Código referido se señalaba que la persona embrujada debía arrojarse a un río y si no se ahogaba, podía seguir viviendo sin ningún problema en la sociedad (Padilla-Muñoz, 2010).

Al seguir la línea de la historia de la sociedad, Padilla-Muñoz, (2010) refiere que, en la antigua Grecia, la situación de las personas con discapacidad no varió mucho en comparación con la antigua Babilonia, pues eran sacrificados en rituales de adoración a los dioses, y tenían como primera opción para los sacrificios a las personas con discapacidad, malformaciones o debilidad notoria, sin duda, algo escalofriante.

Posterior a Grecia, prosigue el Imperio Romano, donde surge un cambio trascendental para las personas con discapacidad, pues se les regula los efectos civiles, que son los derechos y ventajas, o las obligaciones y deberes, para los ciudadanos de un país. Los romanos crearon la institución jurídica de la curatela, con el fin de administrar los bienes de un incapaz de ejercer por sí solo sus derechos, es decir de las personas con discapacidad de aquella época (Petit & Fernández González, 1989).

En Roma se estableció, en el Código Decenviral, a la curatela para los privados de la razón y posteriormente, se extendió también a los sordomudos. Así también, surge en el ámbito penal, la exención o perdón de la pena, a los fuera de lucidez, cuando estuvieran en crisis (González de Cancino, 1996).

Es verdad que en el Imperio Romano surgieron cambios a favor de los derechos de las personas con discapacidad, pero desde los comienzos de la humanidad siempre se ha querido enlazar a las discapacidades como castigos. Kramer y Sprenger, (2005) refieren que la historia muestra que algunas enfermedades fueron consideradas como un mal divino, como por ejemplo, la epilepsia, puesto que las convulsiones se interpretaban como del más allá o como posesión demoníaca.

Pese a los avances jurídicos de Roma, durante la Edad Media se tuvo la creencia de que los trastornos o discapacidad mental se relacionaban con lo satánico. Entró en juego en este tema, la Iglesia y la Santa Inquisición, institución religiosa que apoyaba el exterminio de las personas con discapacidad, a las que culpaba de asuntos demoníacos, epidemias o plagas. En esta época, surge también la exhibición como entretenimientos en circos para lucrarse con la discapacidad o anormalidad como la llamaban, de esa persona (Ledesma, 2008).

Con el transcurso del tiempo, resulta importante destacar que, en el siglo XVI, se fabricaron las primeras prótesis de mano esa ayuda técnica fue postulada más tarde como recursos de rehabilitación. En aquella época también se fundó en Granada una de las primeras instituciones para las personas que tenían algún tipo de discapacidad; aunque a pesar de estos desarrollos, aún algunas personas con discapacidad seguían siendo consideradas “poseídas por Satanás”, según lo referido por Martín Lutero y Juan Calvino (Ledesma, 2008).

Pero fue en la Edad Moderna, en la que se originaron cambios en la estructura de la sociedad a favor de la discapacidad y su tratamiento. Se logró un interés en lo que contempla en sí el cuerpo y mente del ser humano (Ratzan & Carmichael, 1991). En los siglos XVIII y XIX se dieron muchos cambios, empezaron a crear la primer escuela para las personas con ceguera y sordos llamados también en esa época “sordomudos”, donde realizó su formación Louis Braille, quien estableció

el método para lectura de los ciegos y fue hasta en 1878 donde se logró aplicar como un sistema universal para enseñar a personas con discapacidad visual.

Para 1884, en Alemania, por primera vez se publicaron tratados referentes a la discapacidad, pero aún existía la creencia que la discapacidad mental estaba relacionada con el demonio, trataban de curarlos por medio de exorcismos o encierros en calabozos. Con la Revolución Francesa, al médico Philippe Pinel, quien fue director de hospitales en el año 1793, estableció que las personas con tenían discapacidad mental no debían estar encadenados, puesto que en esta época estas personas llegaban encadenados hasta a los hospitales enfermedad (Restrepo, Bayona, Urrego, Oleas, & Restrepo, 2008).

Parra Dussan, (2015) refiere que posterior a la revolución francesa, sucedieron muchos conflictos bélicos en el mundo, que dejaron como resultado una gran cantidad de personas con discapacidad física y mental, que produjo un efecto concientizador de la sociedad sobre el problema.

2.2. Tipos de discapacidad

Habitualmente se habla de discapacidad física, sensorial, cognitiva o mental, clasificación que existe debido a su propia utilidad en términos económicos y organizativos; sin embargo, tal clasificación tiene diferentes aproximaciones desde diversas áreas del saber.

En Ecuador, la institución encargada de las políticas a favor de quienes poseen alguna discapacidad es el Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades perteneciente al sector público (CONADIS, 2019) órgano que mantiene en su base de datos electrónico el registro de las personas con discapacidad en todo el país, y que a mayo de 2019 constan 435.865 personas.

La clasificación según los tipos de discapacidad es Física con 214.862 personas (46.65%); Intelectual con 102.957 personas (22.35%); Auditiva con 65.050 personas (14.12%); Visual con 54.437 personas (11.82%); Psicosocial con 23.280 (5.05%).

La Ley Orgánica de Discapacidad (2012) señala claramente que se considera persona con discapacidad a toda aquella que, ve restringida su capacidad, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales.

Parra Dussan (2015), indica que el término discapacidad se define como cualquier deficiencia física, mental o sensorial que limite, sustancialmente una o más de las actividades principales de un individuo; dentro de ellas se describió la siguiente clasificación: discapacidades físicas, sensoriales y cognitivas. En las físicas se encuentran la parálisis cerebral, los amputados y las lesiones en la médula ósea. Las sensoriales se clasifican en dos las auditivas, visuales y la cognitiva comprende el síndrome de down y el retardo mental.

2.3. Causas de la discapacidad auditiva

Son varios los motivos que pueden generar una discapacidad y que las personas en cualquier momento de su vida pueden sufrir alguna de ella. Existen tres tipos causas por las que se puede tener una discapacidad auditiva, puede ser por defecto congénito, que hace referencia a algún trastorno que acompaña a un bebé al nacer, o desde antes, en el embrión o en el feto, en cuyo caso en muchas ocasiones podrían llegar a manifestarse en el curso del embarazo, pero también podrían quedar ocultas hasta el nacimiento o incluso transcurridas años después durante la vida. Como, por ejemplo, se encuentra al síndrome de Down que se produce desde la concepción y se puede detectar a las pocas semanas del embarazo. Así también, la sordera o ceguera que no son detectables en todos los casos hasta el momento de nacer.

En Ecuador, desde la vigencia del Plan Nacional del Buen Vivir (2013), se implementaron políticas para tratar de prevenir las discapacidades congénitas. En este instrumento de planificación nacional se estableció que el Estado debía fortalecer programas y proyectos para mejorar la nutrición prenatal y posnatal e incentivar la alimentación sana de mujeres embarazadas, al proporcionarles los suplementos necesarios para su estado de gestación.

Por otra parte, se dice que una causa importante para tener una discapacidad, son los accidentes. Estos hechos que en definitiva pueden suceder en cualquier etapa de la vida, suceden la mayoría de veces en la infancia y adolescencia. La etapa de la infancia es muy crítica por el alto grado de

vulnerabilidad que tiene el menor; es más, los futuros padres deben tomar todas las precauciones en sus viviendas con el fin de que al nacer él bebe pueda estar seguro, porque en la mayoría de accidentes se pueden originar el surgimiento de una discapacidad. Quemaduras, asfixias, caídas son los accidentes más comunes en los infantes que ocasionan discapacidad, lamentablemente no se cuenta con medidas para prevenirlos o de alguna forma controlarlos.

Con el pasar de los años, el menor se convierte en adolescente y los riesgos traspasan el hogar y traspasan las precauciones de los padres, pues fuera de la casa, no pueden ser controlados, y surgen circunstancias que no pueden ser prevenidas. Los accidentes domésticos según la Organización Mundial de la Salud son los que más presentan problemas de salud y que tiene un alto grado de mayor mortalidad, porque no pueden ser evitados y no existe un buen sistema de control en los hogares (del Río et al., 1997)

Las diferentes muertes ocasionadas por accidentes es sin duda uno de los problemas más graves a nivel mundial inclusive ha sido tan grave que ha desplazado a las enfermedades infecciones que ocupaban en el primer puesto en mortalidad y morbilidad, dentro de las muertes por accidentes están aquellas que se dan dentro de los hogares. (Rodríguez Vernal & Hernández Zayas, 2010).

La presente investigación no trata de profundizar las causas que pueden generar una discapacidad, pues siempre habrá accidentes que no se pueden evitar, siempre habrá enfermedades que nazcan con la persona o se produzcan con el pasar de los años. Lo importante es crear una sociedad inclusiva y apoyar a un gobierno para que tome acciones para terminar con las barreras que la comunidad impone a las personas con discapacidad y que los imposibilitan en participar activamente de la misma. La situación de las personas con discapacidad no mejorará con ayudas económicas sino más bien, se beneficiarán plenamente con el total acceso a las actividades comunitarias, oportunidades de trabajo y se eliminen los prejuicios en contra de ellos, no basta con aceptar, es importante incluir y eso es un trabajo de todos.

2.4. Discapacidad y discriminación: manifestaciones y legislación

La discriminación o exclusión, de manera general es el cómo tratamos a los demás entra aquí el maltrato, acoso o acciones hechas como inferioridad o maltrato, ya sea este por un razón determinada, como el color de piel, creencias religiosas, inclinación sexual o para el caso que nos ocupa, la discapacidad (Jiménez Lara & Huete García, 2013).

Las personas con discapacidad desean respeto; ello que haya consideración en atención a sus recursos; algunas veces sus necesidad pasan por todo lo contrario: ellos son diferentes como todo ser humano a otro hay, no se puede propagar la ‘solidaridad mal entendida’, la discapacidad merece ser atendida como cualquier otra situación del ser humano, (Jiménez Lara & Huete García, 2011).

Años atrás surgió un movimiento que luchó por la igual de las personas con discapacidad. Pues, cada vez más las personas con discapacidad luchan por sus derecho a ser tratados por igual igualdad y a la no discriminación es algo por lo que deben luchar y no una concesión graciable y gratuita de la sociedad en la que viven (Jiménez Lara & Huete García, 2013). A lo largo de los años se ha discriminado a este grupo social, primero por un desconocimiento total de las causas de la discapacidad y luego por un rechazo social por tratarlos diferentes, incluso asesinados y calificados como diabólicos.

En Ecuador se ha luchado por la igualdad de derechos y oportunidades para las personas con discapacidad, tomando como base principal la Constitución del Ecuador (2008), el Plan Nacional del Buen Vivir (2013) y la Agenda Nacional para la Igualdad en Discapacidades (2012), siendo portaestandarte el Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS).

El CONADIS debe formular políticas públicas y herramientas de gestión pública con el fin de erradicar la desigualdad y la discriminación que afectan, perjudican la vida de las personas con discapacidad y la de sus familias, en coordinación con las entidades rectoras y ejecutoras del Estado; sector privado y sociedad civil, es decir toda la comunidad.

En el Ecuador las personas con discapacidad y sus familias están amparadas legalmente por varias normativas nacionales e internacionales como: Constitución de la República (2008), Ley Orgánica de Discapacidades (2012) y su Reglamento; la Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y también está la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad que establecen un marco normativo amplio y suficiente para la garantía y ejercicio de sus derechos (PND, 2017).

El Plan Nacional del Buen Vivir es una planificación nacional realizada en el año 2014, que consideró los derechos de las personas con discapacidad en uno de sus objetivos, estableció la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial en la diversidad; guardando relación con el trabajo con los grupos de atención prioritaria entre los cuales están contempladas las personas que tienen alguna discapacidad. En ese contexto, surgió un instrumento específico para ejecutar esos objetivos, trabajando en territorio con grupos diversos, a través de talleres participativos, originándose la Agenda Nacional para la Igualdad en Discapacidades, con la participación de organismos y entidades del Estado, sector privado y la sociedad civil y el aval de la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES) a través de sus Direcciones de Políticas Públicas y Reforma Democrática del Estado (PND, 2017)

Es importante destacar en este punto, al ser de mucha importancia para la investigación, que el Plan Nacional del Buen Vivir contemplaba que el Estado Ecuatoriano trabaje en la difusión y el fortalecimiento de los derechos humanos sobre todo de niños y niñas, adolescentes y jóvenes así como de personas adultas mayores, mujeres, personas LGBTI y personas con discapacidad y principalmente fomentar e implementar instrumentos edu-comunicacionales para el respeto a la dignidad de los seres humanos sin importar ninguna condición que califique como diferente (PNBV, 2013).

A nivel nacional se ha pretendido a través de políticas públicas, evitar la discriminación hacia los grupos vulnerables, pero existen situaciones en la cotidianidad donde hay actos discriminatorios por el total desconocimiento que se tiene sobre la discapacidad de las personas, por lo que resulta necesario implementar un medio eficaz que informe sobre la realidad que viven día a día y las

necesidades que requieren para lograr una igualdad que en papel es excelente, pero que en la realidad es tan complejo de lograr.

Es una certeza que todas las personas en lo único que son iguales, es en que son distintas, la diversidad impera en el mundo, en cada región y no por ello se debe de discriminar a las personas con discapacidad, a los adultos mayores, personas indígenas, con VIH, no heterosexuales, con identidad de género distinta a su sexo de nacimiento, personas migrantes, refugiadas.

Los calificativos para las personas con discapacidad han sido variados, entre ellos, se puede mencionar retrasados, inválidos, deficientes, minusválidos, términos que lamentablemente se utilizan aún para calificar a las personas que tienen alguna discapacidad. La denominación de estas personas tiene vinculación con los conceptos que dominan en una determinada estructura social o período de tiempo. Según Soto Martínez, (2011) en Ecuador, el término correcto es persona con discapacidad, claro está que debería ser solo dentro de un ámbito jurídico o de cumplimiento de derechos, porque lo cierto es que toda persona tiene un nombre y debería llamarse por el nombre propio a cualquier ser humano sin importar si tiene o no alguna discapacidad.

La discapacidad está usualmente relacionada con la pobreza o la discriminación social principalmente por el escaso acceso al sistema educativo por parte de los niños con discapacidad en países en vías de desarrollo donde se estima que no pasa del 2% la asistencia mientras que, de cada 100 adultos con discapacidad, al menos 80 están situados en el rango de pobreza. Al hablar de género, se conoce que las mujeres con discapacidad están en desventaja para acceder a servicios básicos, si se compara con hombres con discapacidad (Jiménez Buñuales et al., 2002)

2.5. La hipoacusia neurosensorial bilateral profunda

La Organización Mundial de la Salud (2012) señala que la discapacidad auditiva se entiende como una alteración en las estructuras o funciones del sistema auditivo que afecta la realización de actividades que implican la comunicación oral. Comprende personas con sordera total o con hipoacusia que es como se llama en medicina, pues según Herrera, (1992), la discapacidad auditiva es un término genérico que indica una incapacitación que puede variar desde leve hasta profunda;

comprende los subgrupos sordos e hipoacústicos. Dependiendo del momento en el que se produzca la discapacidad, pues se puede encontrar a personas con discapacidad auditiva que realizan lectura labio-facial y que se comunican oralmente, y otras que se comunican a través de señas, generalmente si no hay algún tipo de estimulación inmediata al descubrir la sordera es más complejo que la persona con hipoacusia logre adquirir el lenguaje.

En realidad, la discapacidad auditiva tiene varios niveles, que se basan en la medición del decibel que percibe la persona, se clasifica en hipoacusia leve, moderada, severa y profunda o más conocida como sordera. Para esta investigación, se ha centrado la atención en el último nivel de hipoacusia (sordera), teniendo en cuenta que solo allí aplica la implantación de la ayuda técnica (implante coclear).

De acuerdo con lo planteado por Morales, (2006) la sordera ha sido vista habitualmente como un problema sensorial cuyo síntoma más evidente es la mudez o ausencia de lengua oral, es decir, la imposibilidad de comunicarse entre las personas a través de la palabra hablada, he ahí que nace la palabra vulgar “sordomudo” que para la comunidad sorda es ofensiva, a pesar de que es cierto que toda deficiencia auditiva trae consigo un problema del lenguaje, desde un retardo a la ausencia total del mismo, no significa que la persona sorda no pueda adquirirlo.

La sordera es la pérdida de la capacidad para percibir y discriminar los sonidos, los ruidos del medio ambiente, la padecen de forma congénita más de 2,6 por cada 10.000 niños y constituye la disfunción neurosensorial más habitual en el hombre. Se estima que más de 70 millones de personas en alrededor de todo el mundo tienen una pérdida que afecta la comunicación normal. Debido a sus diversos orígenes, la sordera constituye un ejemplo de gran heterogeneidad etiológica. Su clasificación es variada y los diversos aspectos determinan tipos diferentes entre los sordos e hipoacústicos (Álvarez Gavilán, Morales Peralta, Rodríguez Guas, Pérez Trujillo, & González Quesada, 2009).

En la sordera la problemática principal son los obstáculos comunicacionales entre la persona que tiene esta discapacidad y quienes se comunican mediante la oralidad además de desconocer los códigos del lenguaje de signos, un sistema al que acceden un grupo limitado. Con el propósito de

que más personas con discapacidad auditiva puedan comunicarse hay una variada gama de equipos que les facilitan esta tarea así como el acceso a la información.(Cortés, Morón, Góngora, López-Liria, & Ación, 2008).

Al referirnos a grandes avances, hay concordancia por lo dicho por Sánchez, (1990), en cuanto a las entrega de prótesis que son ayudas técnicas hechas para las personas sordas o hipoacústicos, que facilitan la ampliación, el volumen o la transformación de los estímulos auditivos, que han superado en cierto grado la sordera, según cada caso y el cumplimiento del protocolo respectivo de calificación, claro está que es falso que estas ayudas eliminan la sordera. Así lo hace al señalar que las ayudas técnicas no garantizan la discriminación de los sonidos y siempre dejan un grado de dificultad en la escucha.

2.6. Soluciones tecnológicas para discapacidad auditiva

En el caso de la discapacidad auditiva hay instrumentos, sistemas, equipos, así como productos que ayudan a mitigar o compensar la falta de audición, también se considera como ayudas técnicas a los dispositivos desarrollados por la tecnología con esta finalidad. Otra opción es sustituir el sistema oral de comunicación por signos que hagan más fácil la decodificación de mensajes y por ende el proceso comunicacional (Cortés et al., 2008).

Para que una ayuda técnica en discapacidad cumpla su verdadero propósito debe cumplir con los requisitos de ser eficiente y sencilla además de permitir al usuario una interacción social sin mayor desventaja (González-del-Yerro, Simón-Rueda, Cagigal-Gregorio, & Blas-Gómez, 2013).

En el mundo entero se calcula que más de mil millones de personas necesitan de una ayuda técnica por su discapacidad, cifra que para 2050 bien podría llegar a ser el doble. Las desventajas de no contar con estos dispositivos o productos inciden en las condiciones de vida de las personas con discapacidad, así como de sus familias más si están en condiciones de pobreza. En una sociedad que cada vez demuestra mayor sensibilización e inversión estatal hacia esta temática, el siguiente paso es la lograr una integración social (Cortés et al., 2008).

2.6.1. Clasificación de soluciones tecnológicas

Dentro del grupo de las ayudas técnicas para personas con discapacidad auditivas hay dos grandes grupos. Para quienes tienen problemas auditivos el audífono es la primera opción para aumentar el volumen de los sonidos que los rodean sin que signifique que la calidad de audición se iguale a la de otras personas; este audífono es distinto para cada persona y por ello se requiere la toma de un molde pero si la persona tiene hipoacusia profunda, esta propuesta no es válida (Campaña Carrera, 2015).

Tanto los audífonos como los implantes cocleares y otras ayudas técnicas o tecnológicas que reemplacen o compensen las deficiencias anatómicas o funcionales de las personas con discapacidad, deben ser entregadas gratuitamente por la atribución sanitaria nacional a través del Sistema Nacional de Salud; que además, garantiza la disponibilidad y distribución de las mismas, cumpliendo con los estándares de calidad establecidos (Campaña Carrera, 2015).

Si la sordera de la persona es total se opta por un implante coclear, dispositivo que reemplaza a la cóclea -la parte del oído que envía al cerebro los mensajes de los sonidos- y permite a las personas escuchar sonidos de su entorno así como la voz humana pero no con el tono que da sentido a las palabras sino de una manera mecánica (Campaña Carrera, 2015).

2.7. Realidad nacional de la discapacidad auditiva.

En la década del 80 el sistema educativo ecuatoriano abordó por primera vez el proceso de enseñanza aprendizaje de los niños y niñas con discapacidad auditiva y el enfoque que se aplicó por parte de la División Nacional de Educación Especial fue el de rehabilitación y enfoque clínico, la prioridad fue la enseñanza del español escrito más que el contenido de la malla curricular (Campaña Carrera, 2015).

Esta modalidad de enseñanza se mantuvo por años hasta la promulgación de Ley Orgánica de Discapacidad que contempla el trabajo conjunto de varias disciplinas para el abordaje de la discapacidad. Actualmente hay 14 escuelas especializadas en la educación de niños, niñas y

adolescentes con hipoacusia, los cuales están ubicados en distintas provincias del país lo que refleja que hay territorios donde aún falta un centro especializado de estudios para quienes tienen esta discapacidad. En el país son 5.370 menores de edad que tienen discapacidad auditiva según datos oficiales de CONADIS (2019) muchos de ellos forman parte de sistema educativo inclusivo al tener sus prótesis y por ello acuden a escuelas regulares.

En la actualidad, 65.050 personas tienen discapacidad auditiva según estadísticas del CONADIS (2019). La política estatal de brindar ayudas técnicas a estos ciudadanos se refleja en los programas y entidades públicas como Misión Manuela Espejo, Secretaría Técnica de Discapacidades, Ministerio de Salud Pública) que de manera continua entregan audífonos e implantes cocleares a quienes aplican para este beneficio. Solamente, en 2017, en el hospital de Cuenca, Vicente Corral Moscoso se pusieron 24 implantes cocleares a niños de edades entre uno y cuatro años, con residencia en distintas provincias (Sanitaria, 13 de febrero de 2017).

Se estima que por cada persona implantada, el estado ecuatoriano invierte entre \$30.000 y \$40.000 a lo que se suma \$ 10.0000 en atención hospitalaria y honorarios médicos. Es así que los informes oficiales detallaban una inversión mayor a \$720.000 hasta 2017 (Hospital Vicente Corral Moscoso, 2017).

3. Marco conceptual

3.1. Antecedentes históricos del Implante Coclear.

La estimulación eléctrica en pacientes hipoacústicos con la finalidad de generar sensaciones auditivas no es nueva. Hasta la mitad de la década del 90 del siglo XX se realizaba únicamente en adultos que previamente habían desarrollado su lenguaje pero luego se aplicó también en niños que conocían el sistema lingüístico, desde hace menos de una década se coloca en niños pre lingüísticos (Weir, 1990).

Sobre los orígenes del implante coclear se puede mencionar que en 1800 se realizó un experimento por parte de Volta que afirmó haber escuchado algo similar a un burbujeo luego de colocar varillas de metal en sus oídos y conectarlas a una fuente de electricidad. Esta práctica se mejoró con el

tiempo para obtener sensaciones auditivas en quienes no escuchaban, esto lo realizaron Politzer, Ritter, Gradenigo, Andreef, Gersuni, Volokhov, Jones, Stevens, y Lurie durante el sigloXIX y entrado el siglo XX (Manrique, 2002).

Fue Francia el país en que se realizó el primer procedimiento de implantación, esto ocurrió en 1957 por parte de A. Djurno y C. Eyries quienes colocaron un único hilo de cobre dentro de la cóclea de una paciente de 50 años quien era completamente sordo; el logro fue que hombre percibió el ritmo del lenguaje. Cuatro años después W. House realizó dos primeras implantaciones al colocar un electrodo de oro en la escala timpánica. Los implantes continuaron con un sistema de electrodos que ideó J. Urban; todas estas prácticas fue decisivas para un mayor desarrollo del implante coclear (Manrique, 2002).

La implantación se replicó en otros países, es así que, en 1967, en la Universidad de Melbourne se investigó el nervio coclear y los estímulos eléctricos; este estudio impulsó en 1979 dos casos de implantes con un modelo multicanal e intracoclear de los cuales hubo resultados alentadores. En la actualidad el implante coclear ya no es una técnica experimental pues más de 70.000 dispositivos se han colocado en el mundo con gran eficacia para tratar la hipoacusia profunda (Manrique, 2002).

El Latinoamérica el primer implante coclear se colocó en 1979, en el Hospital Británico de Buenos Aires en un proceso de coinvestigación supervisado por la FDA de los Estados Unidos, allí se colocó un dispositivo que permitía distinguir ruidos y ayudaba a la lectura de labios. Ocho años después se implantó tres pacientes, dos de ellos ya habían desarrollado el lenguaje al momento de la intervención. Las cirugías en este hospital continuaron y beneficiaron a pacientes de Argentina, Chile, Brasil e Italia. En junio de 1998 se dio luz verde a la implantación de niños mayores de dos años de edad y luego se permitió que niños menores de esa edad accedan al dispositivo. En el año 2000 se amplió el espectro del implante también para la sordera severa y no solamente para la profunda (Schwartzman, 2015).

3.2. Definición de implante coclear

El implante coclear, (IC) es un dispositivo electrónico que consta de dos partes, la primera consiste en colocar electrodos en la parte del oído interno exactamente en la parte de la cóclea, esto se hace a través de una cirugía que dura aproximadamente de dos a tres horas. La segunda parte consta de un micrófono que recoge el sonido y un procesador que lo regula y controla la calidad y volumen de la audición del paciente.(Cano de Gómez, 2005).

El implante coclear es un equipo electrónico que tiene una tecnología muy eficiente, luego de la colocación y activación del equipo, el paciente sordo puede receptor sonidos y con la constante terapia de lenguaje, el paciente logra adquirir lenguaje que con los años puede lograr mantener una vida oral normal.(Hospital Vicente Corral Moscoso, 2018).

Los implantes cocleares en Ecuador se colocan a personas que tiene más del 90dB de deficiencia auditiva bilateral y que han probado escuchar con audífonos sin tener resultados. Además, el paciente o los padres del mismo deben estar preparados y motivados por escuchar a través de un implante coclear. Los individuos con umbrales auditivos bilaterales deben también poseer una reacción ante el sonido de las palabras en un 40%, con listas abiertas de palabras (Manrique, 2002).

En los implantes cocleares hay partes que son básicas y comunes en todos los modelos. En la parte externa hay un micrófono, que es visible para todos y que envía la señal eléctrica a un procesador de habla, esto mediante un cable que también transmite al implante la señal codificada, más adelante por la piel se transmite ondas de radiofrecuencia al implante que cuando recibe la señal pone a trabajar los electrodos que estimulan las neuronas auditivas y transmiten la señal al nervio auditivo.

La diferencia entre implante coclear y un audífono consiste en que básicamente este último amplifica los sonidos para que el portador los escuche mientras que el implante realiza una estimulación directa del nervio auditivo para que el cerebro reconozca las señales como sonido, sin intervenir en las zonas dañados o lesionadas del oído. Con el implante coclear se requiere un proceso de aprendizaje o re-aprendizaje pues hay diferencia con la audición normal pero los usuarios pueden llevar una conversación en persona o por teléfono, entienden sonidos del ambiente y reconocen signos de aviso (NIDCD, 2007)

En el caso de la hipoacusia neurosensorial se ha demostrado la utilidad del implante coclear para su tratamiento pues los audífonos no representan mayor ayuda. Con ello también se contribuye con la calidad de vida de la persona implantada que sin el dispositivo presenta alteraciones en el desarrollo psicosocial y cognitivo así como alteraciones del lenguaje (Mattos Vélez & Morales Peralta, 2014).

3.3. Políticas Públicas a favor de las personas con discapacidad

La Constitución de la República del Ecuador, (2008) contiene amplias disposiciones para que el Estado brinde un trato preferencial a las personas con discapacidad que estén en situación de desigualdad además de reiterar la prohibición de discriminarles por esta condición (Asamblea Nacional del Ecuador, 2012).

Otro punto importante es que el Estado debe ejecutar los programas de prevención de discapacidad, así como aquellos que buscan su inserción y plena integración social. Además, reconoce el derecho a la atención especializada en centros de salud, a la rehabilitación integral y la asistencia permanente así como ayudas técnicas, a ser beneficiarios de descuentos cuando son titulares de un servicio básico o del servicio de transporte, a exenciones en el régimen tributario, al trabajo en condiciones de igualdad de oportunidades, a una vivienda adecuada, a una educación especializada, a atención psicológica, al acceso adecuado a bienes, servicios, medios, mecanismos y formas alternativas de comunicación, como el lenguaje de señas y el sistema braille. (Asamblea Nacional del Ecuador, 2012).

La Carta Magna establece como medidas a favor de las personas con discapacidad el asegurar la inclusión social, la obtención de créditos y rebajas o exoneraciones tributarias, el desarrollo de programas y políticas dirigidas a fomentar su esparcimiento y descanso, la participación política, el incentivo y apoyo para proyectos productivos y la garantía del ejercicio de plenos derechos de las personas con discapacidad (Asamblea Nacional del Ecuador, 2012).

Además la Ley Orgánica de Discapacidad - LOD (2012) tiene por objeto asegurar la prevención, detección oportuna, habilitación y rehabilitación de la discapacidad y garantizar la plena vigencia, difusión y ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, establecidos en la Constitución de la República, los tratados e instrumentos internacionales; así como, aquellos que se deriven de leyes conexas, con enfoque de género, generacional e intercultural.

En el ámbito educativo las disposiciones abarcan tanto los cambios en infraestructura para garantizar la accesibilidad física así como las adaptaciones en el currículo, el contar con personal docente especializado pero sobre todo el fortalecer la inclusión de niños y jóvenes que respecto a la educación tengan necesidades especiales (Asamblea Nacional del Ecuador, 2012).

En materia de trabajo, las personas con discapacidad, con deficiencia o condición discapacitante tienen derecho a acceder a un trabajo remunerado en condiciones de igualdad y a no ser discriminadas en las prácticas relativas al empleo, esto incluye los procedimientos para la aplicación, selección, contratación, capacitación e indemnización de personal y demás condiciones establecidas en los sectores público y privado con discapacidad (Asamblea Nacional del Ecuador, 2012).

Para el acceso a vivienda digna, las personas con discapacidad tienen derecho a las facilidades de acceso y condiciones de vivienda, que les permita procurar su mayor grado de autonomía. (Asamblea Nacional del Ecuador, 2012).

Un punto importante en el tema de discapacidad es la accesibilidad y para ello la LOD (2012) señala que se debe garantizar a las personas con discapacidad la accesibilidad y utilización de bienes y servicios de la sociedad, para ello se debe eliminar barreras que impidan o dificulten su normal desenvolvimiento e integración social. En toda obra pública y privada de acceso público, urbana o rural, deberán preverse accesos, medios de circulación, información e instalaciones adecuadas para personas con discapacidad.

Otro punto en las políticas públicas es la seguridad social, que es un derecho irrenunciable, y que es deber y responsabilidad primordial del Estado garantizar y hacer efectivo su pleno ejercicio con

respecto de las personas con discapacidad que requieran atención permanente y a las personas y las familias que cuiden de ellas. Las personas con discapacidad tienen derecho a la protección y promoción social del Estado con la finalidad de que fortalezcan su autonomía (Asamblea Nacional del Ecuador, 2012).

3.4. El futuro del Implante Coclear.

Una vez superada la etapa de discusión de los beneficios del implante coclear la siguiente fase son los adelantos tecnológicos que se pueda aplicar a este dispositivo para mejorar presentación y tamaño sin que ello afecte la calidad del sonido, esto se complementa con la búsqueda de cirugías menos invasivas y más opciones para ayudar técnicas (Cubana, 2018).

Dentro de esta tendencia para investigar y mejorar al implante coclear se sabe que la entidad encargada de estudiar la sordera en Estados Unidos realiza un aporte significativo pues los estudios inclusive se centran en cómo ayudar a quienes tengan solamente pérdida auditiva en el caso de las frecuencias altas para ofrecerles una solución específica, de igual manera, se analiza cómo lograr que haya más claridad en el mensaje que transmite el implante coclear. Otros investigadores exploran la posibilidad de combinar varias ayudas técnicas, como el caso de los implantes cocleares y los audífonos, según los casos específicos de la persona con hipoacusia (NIDCD, 2007).

3.5. La comunicación comunitaria

También conocida como Comunicación para el cambio social, la comunicación comunitaria tiene como propósito que determinado grupo de personas unidas geográfica o ideológicamente, con necesidades, demandas o realidades comunes articulen, difundan o compartan mensajes no impuestos por terceros sino surgidos del seno mismo de la comunidad con el propósito de que recuperen su voz y palabra y puedan participar activamente en el debate social.

El concepto de comunidad usualmente se relaciona con un espacio determinado: un barrio, un grupo social o un segmento poblacional pero también puede darse el caso de personas que

comparten una identidad o una característica aunque no un territorio pero tienen intereses comunes y sobre todo la necesidad de dar a conocer su voz.

La comunidad a su vez está integrada por organizaciones sociales que son espacios de encuentro y diálogo, donde se analiza y planifica acciones para la solución de problemáticas o la resolución de necesidades locales o específicas. Estas agrupaciones tienen estrechos vínculos con la comunidad al compartir aspectos como historia, cultura o identidad pero también desarrollan un trabajo colectivo donde se posibilita la participación ciudadana con el propósito de transformar la sociedad

Buscar el bien común es la clave para ayudarse mutuamente dentro de una comunidad, saber organizarse, comprometerse, convivir, participar, involucrarse, comunicarse, es lo que hará que una comunidad pueda convivir efectivamente sin tomar en cuenta las diferencias sociales, culturales y de territorio.

La comunicación comunitaria considera que es posible que los sectores sociales o populares recuperen la palabra e intervengan en la vida pública de una determinada sociedad, en un proceso donde sea la comunidad quien exprese su voz y construya de manera democrática nuevos espacios donde primen los intereses comunes para así participar en un proceso de desarrollo concebido desde la propia visión de las comunidades que buscan su visibilización y cohesión.

Para la consecución de los objetivos de la comunidad es necesario que las prácticas de la comunicación comunitaria sean planificadas y organizadas con una idea clara de los objetivos a alcanzar.

La comunicación comunitaria sirve para mantener informada a una determinada comunidad pero también para despertar conciencia de sus integrantes, la difusión de sus necesidades o logros pero además como un espacio para que las personas pueden ejercer su derecho humano a la comunicación, ese proceso que supera la información y difusión de información o datos pues el ser humano además transmite emociones e intenciones construye, crea e interpreta. (Universidad de Buenos Aires, 2009)

3.5. 1. Comunicación comunitaria y personas con discapacidad

La comunicación comunitaria busca recuperar la voz de determinado grupo social y que el mensaje no sea impuesto por externos, en un proceso comunicativo horizontal y no vertical donde la comunidad determine los asuntos que considera importantes para su entorno.

Los propósitos de comunicación comunitaria cobran especial relevancia cuando el grupo poblacional que la ejerce está conformado por personas con discapacidad de cualquier tipo ya que históricamente este segmento poblacional ha sido relegado, no ha sido escuchado adecuadamente y la realidad o necesidad que viven es desconocida para el resto de la sociedad.

Actualmente las políticas públicas buscan la plena integración de las personas con discapacidad en los distintos ámbitos sociales con la plena participación de la comunidad en aras de eliminar la discriminación así como las barreras físicas y de pensamiento que han llevado a situaciones de inequidad e injusticia en aspectos como acceso a la salud pública, servicios de educación, derecho al empleo, participación ciudadana e inclusive de recreación.

El gran objetivo es la inclusión de las personas con discapacidad y un paso inicial es conocer la realidad que atraviesan pero contada por ellos mismos para de esta manera evitar el error de la victimización de las que son objeto en algunos medios de comunicación tradicionales o en la sociedad sin que ello aporte para el mejoramiento de su nivel de vida.

Para iniciar un proceso de cambio es importante que la comunidad de personas con discapacidad participe activamente en la generación de los mensajes que serán compartidos en el entorno sobre todo para terminar con los estereotipos que usualmente se asigna a quienes presentan discapacidad de cualquier tipo. (Alvarado, Moreno, & Rodríguez, 2009)

La comunidad de personas con discapacidad puede utilizar la comunicación comunitaria como un medio para presionar por el cumplimiento de las obligaciones estatales, para construir una nueva imagen donde los rasgos positivos sean priorizados e inclusive para que su presencia social sea tomada en cuenta con mayor importancia. Esto se logra con la construcción de objetivos dentro de la comunidad u organización pero sobre todo con la unión de los integrantes del colectivo.

Es indiscutible la importancia de la comunicación como herramienta para ubicar en la agenda pública todos los aspectos relacionados con la discapacidad lo que conlleva a una mayor presión social para el pleno cumplimiento de la legislación que en la mayoría de países brinda atención preferencial y garantiza la inclusión de estos ciudadanos.

La comunidad de personas con discapacidad tiene un enorme potencial comunicativo que debe ser adecuadamente explotado para eliminar la imagen y lenguaje negativo que los medios de comunicación masivos o tradicionales asocian con este colectivo pero además debe propender a la eliminación de toda discriminación y exclusión social. (Serrano, 2002)

CAPÍTULO III

4. Hipótesis y variables

La hipótesis de la presente investigación propone que el conocimiento de la realidad de los usuarios de implante coclear permite elaborar y difundir productos de comunicación que contienen información útil aplicable para la visibilización de este segmento poblacional.

Se ha definido las siguientes variables:

Variable dependiente: Visibilización de las personas con implante coclear.

Variable independiente: Conocimiento de la realidad de los usuarios de prótesis auditiva.

5. Marco metodológico

La presente investigación se realizó en el territorio nacional ecuatoriano. El trabajo de investigación se enmarca en la agenda de investigación de la Universidad Estatal de Milagro, su temática se corresponde con la línea de investigación denominada: Relaciones estratégicas entre Comunicación, Educación y Comunidad, sublínea: Desarrollo Social y Comunitario, eje: Cambio Social.

5.1 Métodos empíricos

5.1.1. Método de entrevista en profundidad: Este método se utilizó con los usuarios de implante coclear y permitió conocer en profundidad las percepciones de la propia comunidad implantada respecto a los problemas del día a día y a la necesidad de unirse. Durante la entrevista se buscó que las personas puedan expresarse libremente, para poder comprender sus experiencias, perspectivas, incomodidades y problemas. Se trató de establecer una conversación y no una entrevista formal de preguntas y respuestas, se aplicó un rapport inicial y empatía que permita la expresión de los fenómenos con mayor confianza.

La entrevista dirigida o semiestructurada, definida por Casellas (1992), como el proceso interaccional que favorece, por una parte, la expresión libre del entrevistado y, por otra parte, la escucha activa del entrevistador. Se orienta a clarificar conductas, fases críticas, etc., de la vida de las personas, lo que permite identificar y clasificar los problemas, los sistemas de valores, los comportamientos y los estados emocionales de las personas, con la finalidad de comprenderlo lo más completamente posible en su contexto propio, es decir, en su singularidad y en su historicidad.

Las entrevistas, se realizaron en el entorno diario de los entrevistados, en su hogar, aunque otros prefirieron un encuentro en un lugar menos privado por lo que se ha respetado la voluntad de las personas, por ello se viajó a diferentes lugares del país como Cuenca, Ambato, Quito, Manabí, Manta, Guayaquil, Huaquillas, El Puyo, Portoviejo, Santa Elena, donde se realizó reuniones con varios padres y usuarios de implante coclear. Se aplicó un formulario de entrevista (Anexo 1).

Al ser semiestructurada, la entrevista partió con aspectos básicos y comunes como causas de la hipoacusia, edad a la que la detectaron, como ha sido su recuperación, beneficios entre otros. Más adelante, estos aspectos se reflejan en el análisis de resultados, pero también surgieron asuntos muy particulares inherentes a la realidad de cada entrevistado, aparecieron temas emergentes que también son recogidos en el trabajo.

5.1.2. Procesamiento de la información: La información obtenida a través de las técnicas de investigación se procesó a través de una forma estadística, en este caso, se utilizó el software denominado Excel y de ello se obtuvo los resultados que permitieron cumplir con los objetivos de investigación.

5.2. Métodos teóricos

5.2.1. Método analítico-sintético: permitió la familiarización del investigador con el tema que constituye objeto de estudio, a través de la comprensión de las relaciones que se establecen entre las distintas partes de un fenómeno y penetrar en la esencia del autodesarrollo comunitario como una alternativa para la identificación de prioridades para la visibilización de los usuarios de implante coclear.

5.2.2. Método histórico-lógico: permitió la contextualización histórica en que se desarrolla la investigación. Y el análisis histórico lógico de las principales categorías estudiadas a través de entrevista relacionada con la visibilización y rehabilitación del implantado.

5.2.3. Método deductivo-inductivo: con con este método se logró partir del conocimiento general de la categoría identificación de prioridades para luego hacer las deducciones particulares. Es decir se partió de la autopercepción de invisibilización de la comunidad hasta conocer a detalle cada caso de los usuarios entrevistados.

5.2.4. Diseño: Para la realización de este trabajo se aplicó una metodología cuantitativa; el diseño de investigación es no experimental por cuanto no se ha realizado experimento o manipulación alguna de las variables de investigación, sino que se trabajó con los sujetos de investigación de acuerdo a las técnicas ya descritas.

La investigación es de corte transversal pues los datos fueron recopilados por las investigadoras en un solo momento para su posterior análisis y procesamiento.

5.3. Población y Muestra

Según datos proporcionados por el Ministerio de Salud la población de personas con discapacidad auditiva y portadores de implante coclear es de 1.100 en el país. Para establecer la muestra se utilizó una fórmula matemática que se describe a continuación:

$$n = \frac{k^2 * p * q * N}{(e^2 * (N-1)) + k^2 * p * q}$$

N: 1100 es el tamaño de la población o universo (número total de posibles encuestados).

k: 1.07 es una constante que depende del nivel de confianza que se le asigne.

e: 1.01 es el error muestral deseado.

p: 0.09 es la proporción de individuos que poseen en la población la característica de estudio.

q: 0.11 es la proporción de individuos que no poseen esa característica.

n: 101 es el tamaño de la muestra

Muestra: 101

El muestreo se realizó con la técnica del encadenamiento o bola de nieve por cuanto los sujetos de estudio eran difíciles de encontrar y su número está limitado a un grupo pequeño de la población, en este caso, usuarios de implante coclear. En razón de lo expuesto, la muestra es no probabilística.

Una vez obtenida la muestra se puede señalar que es heterogénea en cuanto a edad y condición social, la mayoría de sujetos de investigación pertenecen a un estrato socioeconómico medio y medio bajo y provienen de Costa, Sierra y Oriente.

CAPÍTULO IV

6. RESULTADOS

Con la finalidad de conocer de manera más precisa la realidad de los usuarios de implante coclear, se obtuvo una base de datos a partir de la realización de 101 entrevistas a profundidad a las personas con implante coclear o sus representantes, tal como se puede observar en los Anexos 2 y 3. De esta manera, se logró elaborar y difundir productos de comunicación que favorecen la visibilización de las personas con implante coclear.

Los resultados que se exponen en este capítulo, se corresponden con los objetivos específicos. Por lo que se ha dividido este capítulo en tres subsecciones:

En la primera, denominada Análisis de la información, se describe los hallazgos en base al análisis de la base de datos muestral actualizada sobre la situación de las personas implantadas en el Ecuador.

En la segunda, denominada Desarrollo de un producto comunicacional, se presenta una serie de infografías generadas mediante técnicas de diseño de acuerdo a la síntesis de la información recopilada durante la investigación para organizar y facilitar la comprensión del problema.

En la tercera, denominada Difusión del producto comunicacional, se demuestra el alcance que se logró mediante el uso de medios físicos y digitales para que la comunidad conozca el procedimiento a seguir ante el diagnóstico de hipoacusia neurosensorial profunda bilateral.

6.1 Análisis de la información

Una vez finalizada la recopilación de los datos, se procedió al análisis de la información y a la elaboración de gráficas utilizando los métodos y técnicas descritos en el capítulo Materiales y Métodos. En el Anexo 4, se puede revisar la base de datos de las 101 personas con implante coclear. Se ha omitido los nombres y datos personales de los entrevistados con respecto al derecho a la

intimidad y a la protección individual de los datos, conforme lo dispone el Art. 66 numeral 19 y 20.

6.1.1 Características de la población implantada

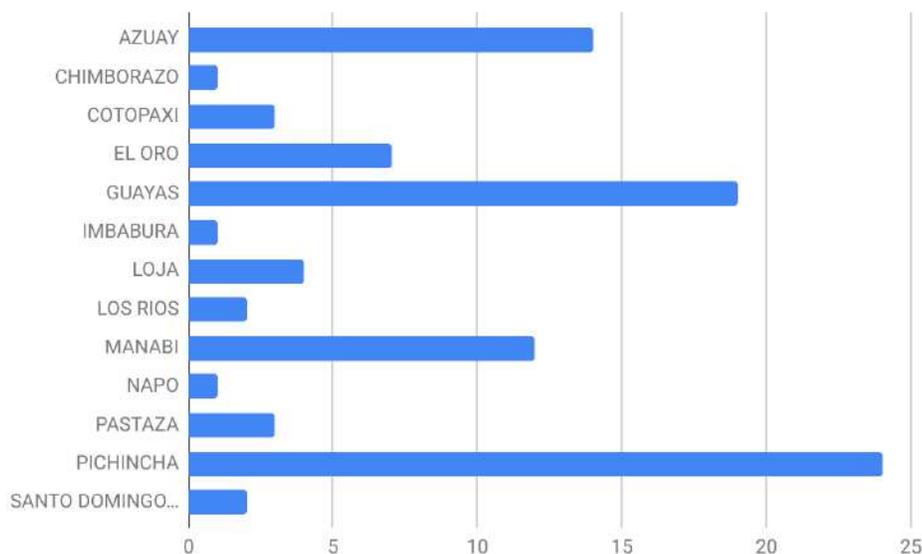


Figura 1. Número de personas implantadas según provincia.

En la Figura 1 se observa que las provincias con mayor población usuaria de implante coclear son Pichincha (25.8%), Guayas (20.4%) y Azuay (15.1%) mientras que Chimborazo, Imbabura y Napo apenas registran 1 caso (1.1%) cada una. El análisis de la información refleja que existe más usuarios con implante coclear en las provincias con mayor número de habitantes de acuerdo al último censo de población realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en 2010, donde se refleja a Guayas con una población total 3.645.483 seguida por Pichincha con una población total de 2.576.287 y luego está Azuay con una población total de 712.127.

En esta investigación las autoras no han encontrado datos relacionados con el número de personas implantadas por provincias, sin embargo si se ha encontrado sobre el nivel socioeconómico de las personas con discapacidad que según la Organización Mundial de Salud a nivel mundial el 80% son pobres (ONU, 2015).

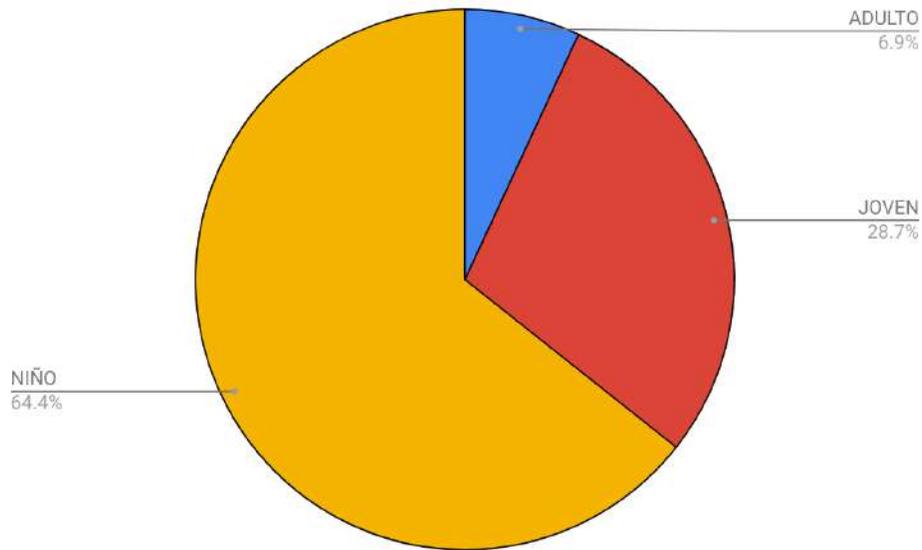


Figura 2. Rango de edad de personas implantadas.

En la Figura 2 se puede ver que el 64.4% de operados son niños y adolescentes, es decir personas de entre 0 y 17 años, 11 meses de edad; el 28.7% son jóvenes entre 18 y 29 años, 11 meses de edad pues legalmente en el país esa es la edad límite para ser considerado joven; el 6.9% es adulto, es decir, de 30 años de edad en adelante.

Estos datos concuerdan con lo señalado por los autores Summerfield, A., y Marshall, D. (1999) cuando mencionan que el Implante Coclear puede ser el artífice de una “cascada de beneficios” en la vida de un niño con sordera.

Es así que se comprueba de la referencia que habla Manrique (2002), cuando dice que la comprensión de las señales sonoras que llegan hasta el sistema auditivo se ha logrado a través de un sistema de aprendizaje que debe completarse en los primeros años de la vida de un ser humano y que requiere la maduración neurológica de la vía auditiva.

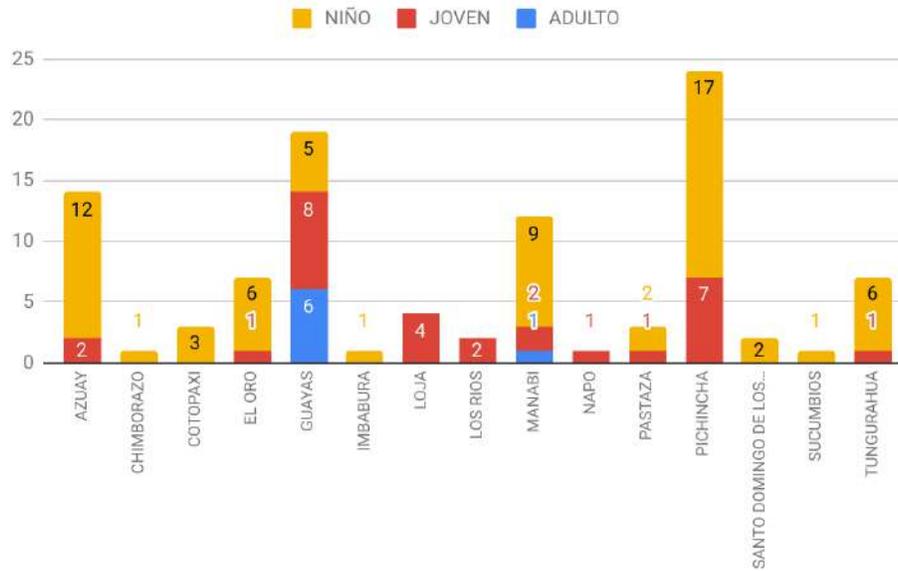


Figura 3 Rango de edad de personas implantadas según provincia.

En la Figura 3 se reafirma la cantidad de personas implantadas que se describe en la Figura 1 pero con la división en grupo de edad, así se entiende por niños y adolescentes a quienes tienen entre 0 y 17 años con 11 meses; jóvenes quienes tienen entre 18 y 29 años 11 meses; como adultos están quienes tienen 30 años o más.

En Pichincha, el 70.83% son niños y adolescentes mientras que el 29.17% son jóvenes, aquí no hay implantados adultos. En Guayas hay un 42.11% de jóvenes, un 31.57% de adultos y en menor porcentaje los niños con un 26.32%. En Cuenca, la población implantada es mayormente de la categoría niños y adolescentes con un 85.71% y los jóvenes son un 14,29%, no hay adultos implantados.

En las provincias con menor cantidad de personas implantadas, Chimborazo, Imbabura, Napo y Sucumbíos, una por provincia, tres de ellos encajan en la categoría niños y adolescentes, y uno es joven.

Se puede completar esta información con lo mencionado por el Hospital Vicente Corral Moscoso, esta institución afirma que es la casa de salud que tiene un récord de cirugías de implante coclear a nivel de Ecuador (Tiempo, 2018).

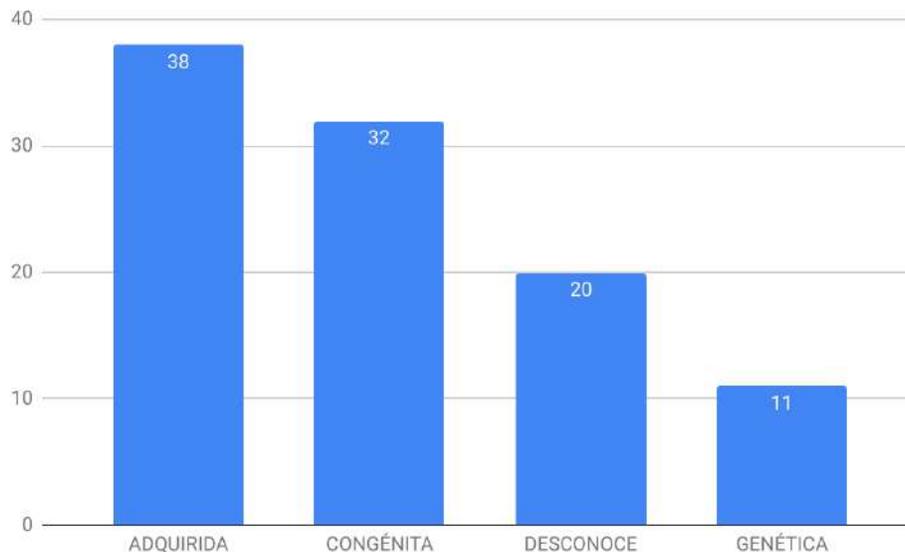


Figura 4. Causa de la hipoacusia (sordera).

Respecto a la causa que provocó la hipoacusia en los encuestados se determinó que el 37.63% adquirió esta condición por enfermedad o administración de medicamentos; el 31.68% corresponde a causa congénita, es decir, por motivos únicos dados en el embarazo; el 10.89% es por causa genética o sea por una condición inherente a un grupo familiar. Finalmente, el 19.80% no conoce la causa de la hipoacusia.

Es importante recalcar que, dentro de los resultados dados por entrevistas a los padres de familia, ellos no cuentan con un examen médico que certifique que la sordera de su hijo fue provocada por un medicamento, sino más bien es el resultado de algunos test realizados en el proceso de calificación para colocación de implante coclear de cada uno de los candidatos.

Los resultados de la Figura 4, concuerdan con lo que dice la Organización Mundial de la Salud, respecto a la prevención de la pérdida auditiva a la que sitúa en el 50%, además destaca que para esta condición hay dispositivos como audífonos, prótesis e inclusive intervenciones quirúrgicas pero lo primordial es sensibilizar a la población sobre la importancia de una atención temprana para frenar los efectos de la pérdida auditiva (OMS, 2015).

Además, el organismo agrega que mediante programas de salud pública es posible la prevención de al menos la mitad de los diagnósticos de pérdida auditiva; el porcentaje aumenta al tratarse de

niños menores a quince años siempre que se preste atención a las posibles causas como enfermedades entre las que se puede mencionar el sarampión, la rubéola, así como la parotiditis, la meningitis o el citomegalovirus además de la otitis media crónica. Otras posibles causas son las complicaciones en el parto, el bajo peso del bebé o nacimiento prematuro. El uso de medicamentos que puedan lesionar el oído también forma parte de las posibles causales. (OMS, 2019)

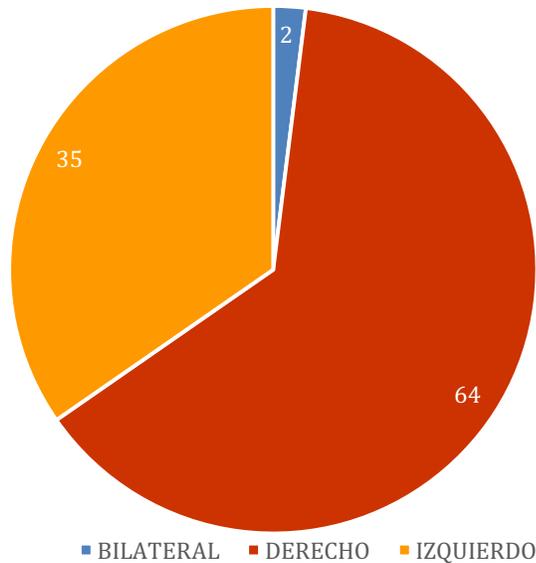


Figura 5. Oído operado en las personas implantadas..

En la Figura 5 se observa que el implante se coloca con mayor frecuencia en el oído derecho con un 63.3% debido a que el dispositivo se coloca siempre en el oído con mayor hipoacusia (sordera). El 34.7% recibió el implante en el oído izquierdo y el 2% tiene implante en ambos oídos, aunque no es usual este procedimiento, es una situación excepcional con recomendación médica.

Estos datos estadísticos concuerdan con la investigación realizada por la Universidad Gallaudet, quien destaca que algunos centros médicos optan por implantar en el lado derecho para facilitar el desarrollo del habla y lenguaje. La razón es el efecto de cruce entre los lados del cerebro y por lo tanto al colocar en el área derecha tiene repercusión en el extremo izquierdo donde se ubica la zona del habla (Gallaudet University & Clerc Center, 2011).

6.1.2 Cirugía de implantes

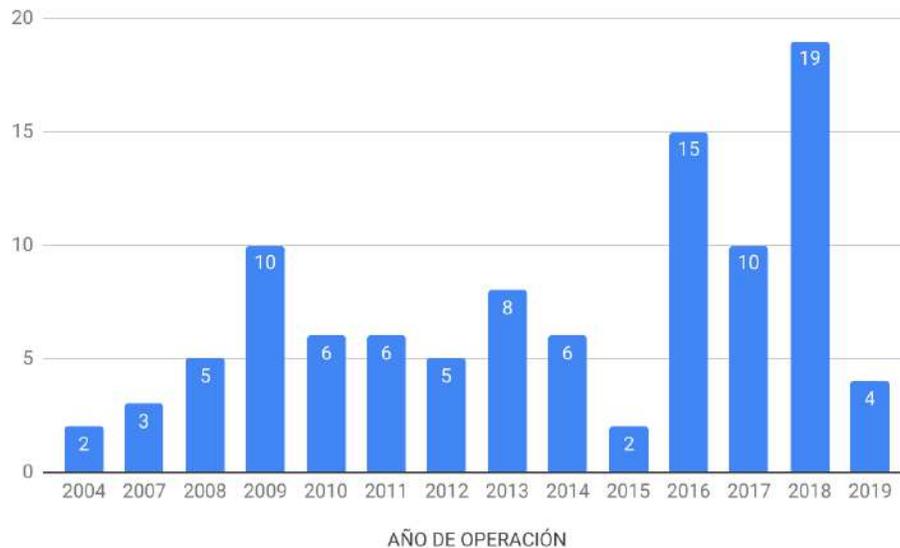


Figura 6. Número de cirugías de implantes realizadas desde 2004 hasta marzo de 2019.

En los últimos cuatro años hay una cantidad considerable de colocación de implante coclear pues de la muestra de 101 entrevistados, 48 personas (47.52%) han sido intervenidas desde 2016 hasta marzo de 2019 mientras que de 2004 a 2015 hay 52.48% siendo 2019 el año más destacado con 10 casos.

Esto concuerda con lo señalado por Ramos, (2016) al destacar que la hipoacusia representa un importante problema de salud. La dificultad para oír y comunicarse es frustrante para la persona, provocando aislamiento social y baja autoestima, agregándose que frecuentemente con depresión y con demencia en la senectud, dando como resultado que esta tecnología se haya desarrollado tan rápidamente en los últimos años (Ramos-Macías et al., 2016).

Además, concuerda con lo señalado por la Organización Mundial de Salud, cuando en 2017 pidió a los estados miembros que en la atención primaria en salud se incluya el ámbito audiológico y otológico además de promocionar este tipo de atenciones médicas así como los dispositivos para casos de sordera (OMS, 2019).

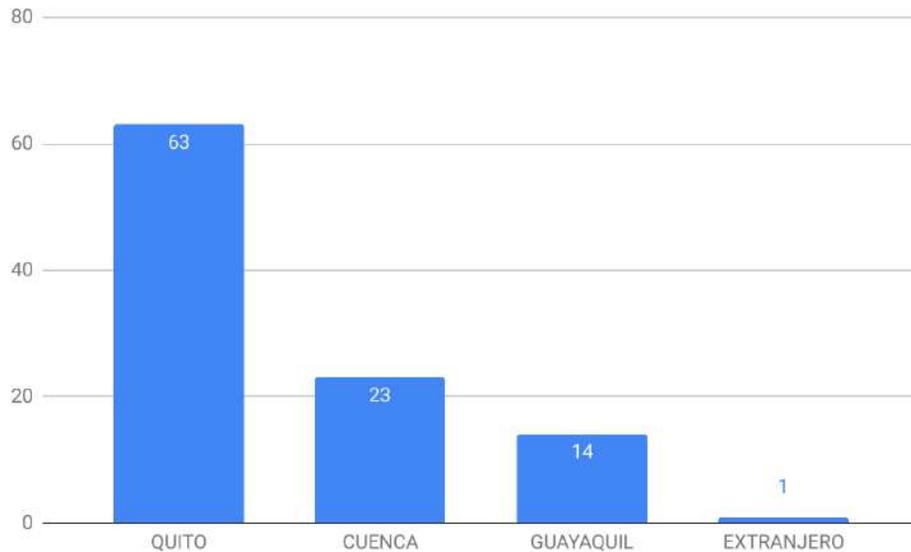


Figura 7. Ciudad donde se realizó la cirugía de implante coclear.

En la Figura 7 se observa que el mayor número de intervenciones de implante se han realizado en la ciudad de Quito pues el 62.3% de los intervenidos ha acudido a algunos de los hospitales autorizados como son Carlos Andrade Marín, Pediátrico Baca Ortíz, Militar y Metropolitano; a continuación, está Cuenca con el 22.8% pues en esta ciudad se operó en el hospital Vicente Corral Moscoso; el 13.9% lo hizo en Guayaquil, ya sea en el Teodoro Maldonado Carbo o Dr. Roberto Gilbert. Un solo caso, que representa el 1% lo hizo en el extranjero, concretamente en España.

PVI (2019) Estos datos concuerdan con lo mencionado por el Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca (HVCM), institución que encabeza la colocación de implantes sobre todo en niños cuyas edad van de uno a cuatro años. Por otro lado, el programa de implantes cocleares ha resurgido en hospitales como el Carlos Andrade Marín, en Quito o el Teodoro Maldonado Carbo, en Guayaquil, ambos regentados por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (Coello, 2017).

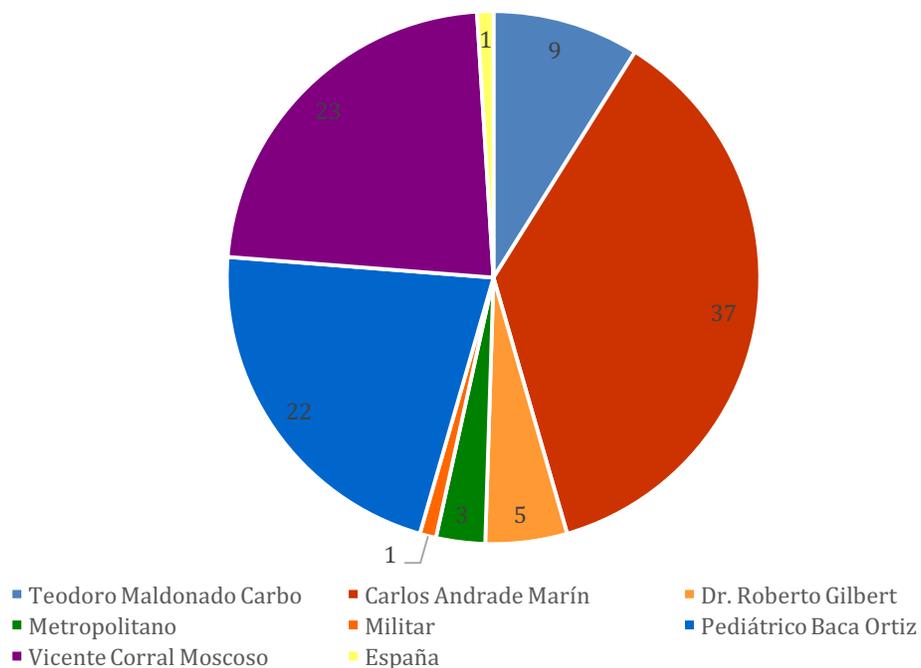


Figura 8. Hospitales en que fueron operados los pacientes.

La Figura 8 muestra que el 99% de los pacientes fueron intervenidos en centros de salud pertenecientes a la red pública, tanto del Ministerio de Salud como del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social como son los hospitales Carlos Andrade Marín (Quito), Vicente Corral Moscoso (Cuenca), Pediátrico Baca Ortiz (Quito), Teodoro Maldonado Carbo (Guayaquil), Dr. Roberto Gilbert (Guayaquil), Metropolitano (Quito), Militar (Quito). El 1% fue operado en el exterior, concretamente en España.

Estos resultados son ratificados por el Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (2012) al referir que en Ecuador subsisten el sector público y el privado, es un sistema mixto de salud. En la esfera pública están el Ministerio de Salud Pública, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social que a su vez abarca al Seguro Social Campesino, además las Fuerzas Armadas y la Policía tienen sus propios institutos de seguridad social (ISAGS, 2012).

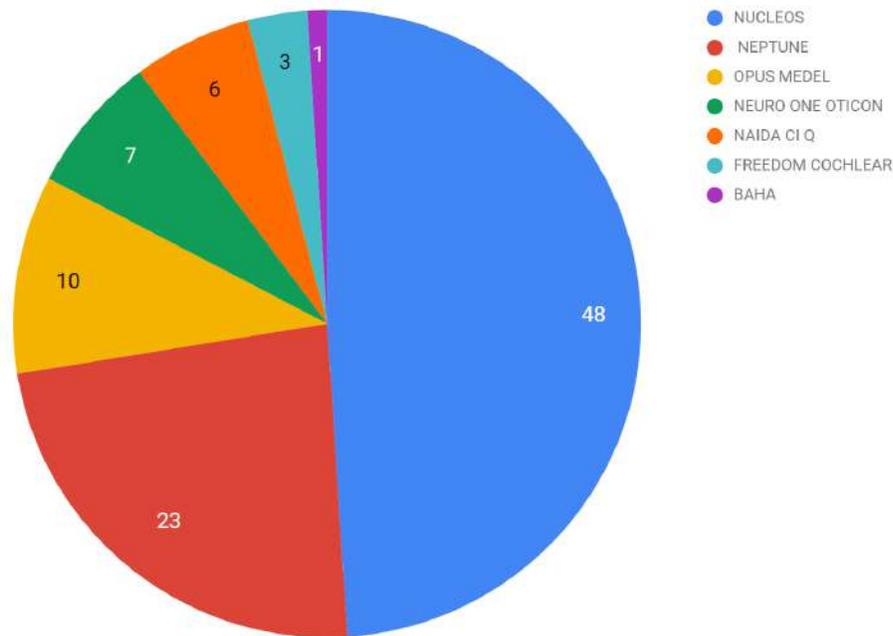


Figura 9. Modelo de procesador implantado.

En la Figura 9 se puede observar que el modelo Nucleos es el más común entre los implantados pues lo tiene el 49% mientras que Neptune es la segunda opción con un 23.5%; le siguen los modelos Opus Medel con el 10.2%, Neuro One Otico con 7.1%, Naida CI Q con 6.1%, Freedom Cochlear con 3.1% y Baha apenas con el 1%.

A pesar de que las autoras no han encontrado información específica de Ecuador en cuanto a las marcas de implantes, si existe información complementaria dicha por Rubinstein (2004) este autor dice que hay diferentes modelos de implantes cocleares, cada uno de los incorpora guías de electrodos que difieren entre sí tanto en su longitud como en el número o cantidad de canales. Por muy elevado que sea el número físico de canales, la tecnología actual no permite transmitir información por más de 6-8 canales efectivos

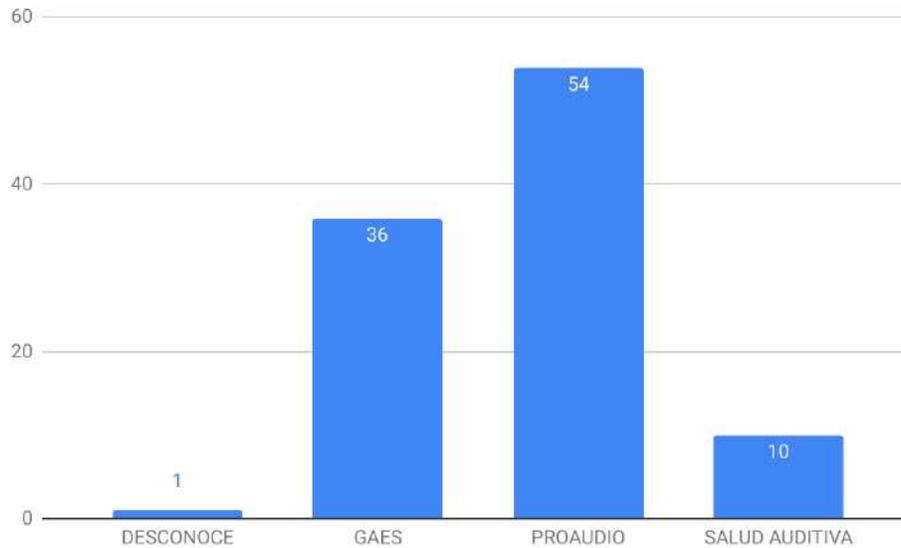


Figura 10. Casa comercial que proporcionó el procesador del implante coclear.

En la Figura 10 se puede notar que la casa comercial Proaudio domina el mercado de los implantes cocleares en la muestra investigada pues el 53.5% de las personas tiene un modelo de procesador proporcionado por esta marca que en Estados Unidos se denomina COCHLEAR; le sigue AVANCES BIONIC denominada GAES en Ecuador con el 35.6% y MED-EL es Salud Auditiva en Ecuador con el 9.9%. Una persona desconoce la casa comercial del implante que porta.

Para complementar este resultados se cita lo mencionado por Battmer (2009), quienes evaluaron la tasa de fracaso de 34 centros de salud europeos con programa de implantes cocleares, a los que remitieron cuestionarios. En total recopilaron información acerca de 12.856 pacientes implantados. El 3,79% experimentó fracaso total del dispositivo. Según estos autores, en general, la fiabilidad de los sistemas es satisfactoria, pero hay una gran necesidad imperiosa de unificar las definiciones de fracaso del implante coclear.

Respecto a las casas comerciales que distribuyen los dispositivos, Taitelbaum- Swead et al. (2005) llevaron a cabo un estudio con 96 niños implantados comparando 3 dispositivos pertenecían a 3 casas comerciales distintas y respecto al desarrollo auditivo y de la percepción del habla, concluyendo que no se habían comprobado diferencias significativas entre los 3 tipos de implantes.

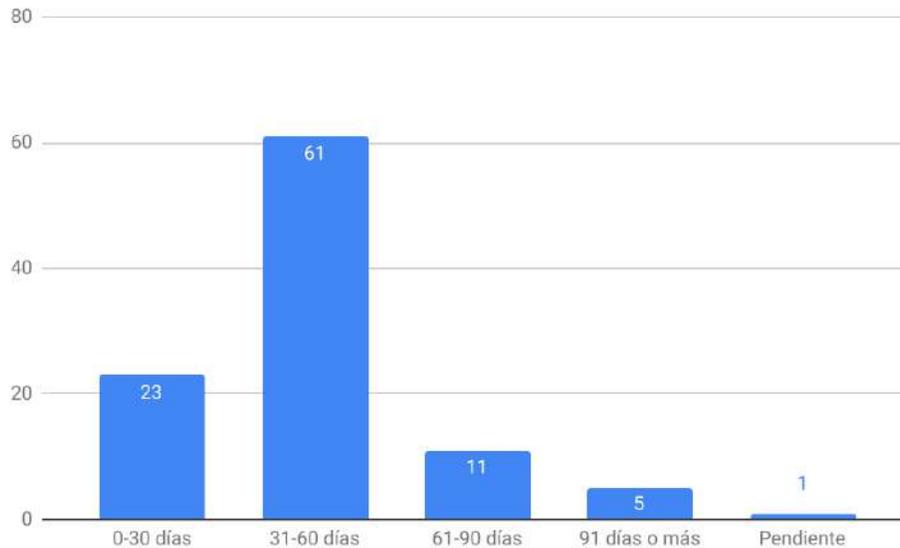


Figura 11. Tiempo transcurrido entre la cirugía y activación del implante coclear.

Se aprecia que el tiempo de espera para la activación del implante luego de la cirugía es relativamente corto, la mayoría entre 31 y 60 días. En los casos mayores a ese lapso los entrevistados señalaron que las causas fueron impedimentos personales, enfermedad. Solo un paciente tenía pendiente la activación del implante.

Este dato se confirma con lo mencionado por Romero (2011), luego de la cirugía debe realizarse la activación del receptor-estimulador externo para adaptar las características audiológicas del niño a la estimulación eléctrica emitida por el implante. El proceso de encendido o programación y se lleva a cabo unas cuatro semanas tras la cirugía.

El objetivo de la programación es activar el implante y para ello se debe escoger la modalidad, así como la estrategia para estimularlo lo que determinará el funcionamiento de los electrodos. Las opciones elegidas en cada caso, se introducen en el procesador externo, conectando este al ordenador a través de una interface; las opciones serán diferentes en función del número de electrodos introducidos en la cóclea y del modelo de dispositivo de que se trate. El número de electrodos introducidos en la cóclea se supervisa a través de un control radiológico realizado inmediatamente después de la cirugía. Según el modelo y tipo de procesador, las estrategias de análisis de las señales sonoras que llegan a las partes externas del dispositivo pueden ser elegidas entre 3 opciones: Spectral Peak Strategy (SPEAK), Continuous Interleaved Sampling (CIS) y Advanced Combination Encoder (ACE) (Ramos et al., 2007).

6.1.3 Rehabilitación Post-implante

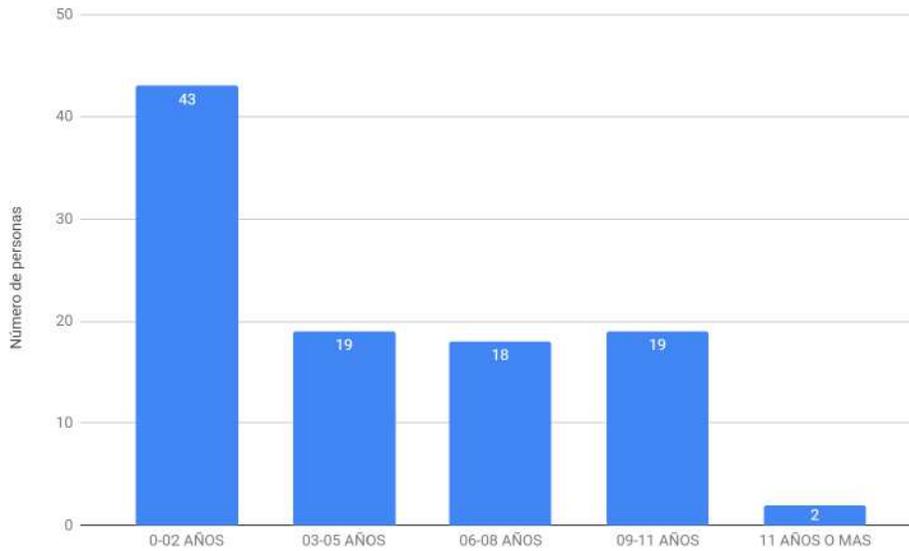


Figura 12. Edad de los pacientes implantados

La Figura 12 refleja que la política estatal es actuar en los dos primeros años de vida de una persona a la que se ha diagnosticado hipoacusia neurosensorial profunda (sordera) para que los niños y niñas tengan mayor oportunidad de desarrollar su lenguaje e integrarse a la sociedad.

En los segmentos de 03-05 años, de 06-08 años y de 09-11 años, el número de pacientes es similar pero la cifra disminuye considerablemente cuando la persona pasa de los once años de edad, apenas 2 intervenidos, pues ahí se considera aspectos como una dificultad mayor para el desarrollo del lenguaje, puesto que resulta más complejo el desarrollo del habla.

Lo descrito anteriormente se fortalece con lo que plantea (Manrique y Huarte, 2002), La comprensión de las señales sonoras que llegan hasta el sistema auditivo se logra a través de un proceso de aprendizaje que debe completarse en los primeros años de la vida y que requiere la maduración neurológica de la vía auditiva. Cuando un niño nace su cerebro se encuentra todavía inmaduro. Procesos posteriores como la mielinización de las vías nerviosas, su interconexión y la influencia del ambiente externo a través de las aferencias acústicas, completarán este proceso madurativo. Más tarde, mediante la memoria y el aprendizaje y gracias a la plasticidad neuronal, este cerebro (cada vez más maduro) se irá adaptando a las situaciones cambiantes de su medio y seleccionando aquellas aferencias que le ayuden en este proceso de asimilación-acomodación.

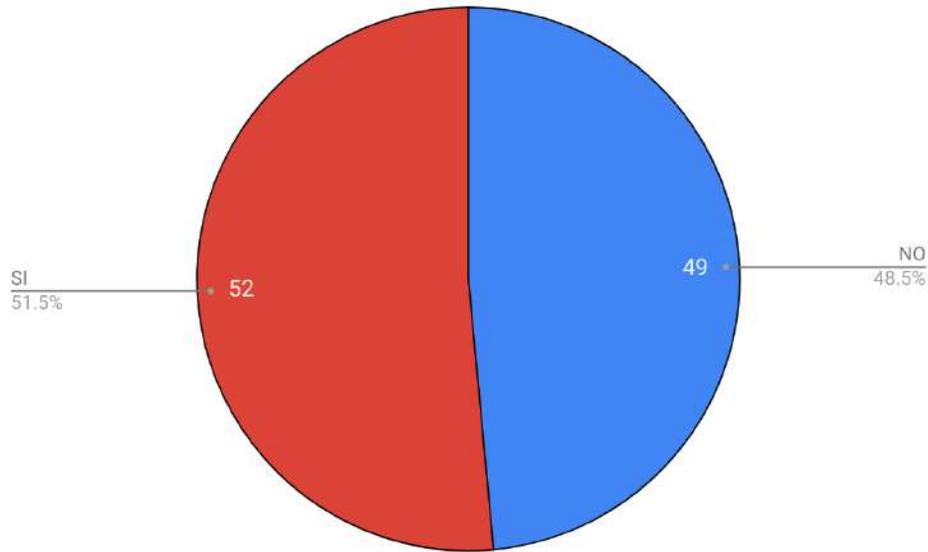


Figura 13. Rehabilitación post implante.

En la Figura 13 se observa que el 51.5% de los implantados acude a servicio de rehabilitación mientras que el 48.5% no recibe o no acude voluntariamente a las terapias sea en razón del tiempo transcurrido desde el implante o por considerar que no es necesario pese a las indicaciones médicas.

Estos resultados denotan lo que la Dra. Ana Bermúdez indica al señalar que no es posible una predicción puntal de los beneficios que el implante tendrá en una persona pero que si hay un aspecto en que todos coinciden y es en el impacto de factores como la participación adecuada en el programa de rehabilitación (Bermudez, s. f.).

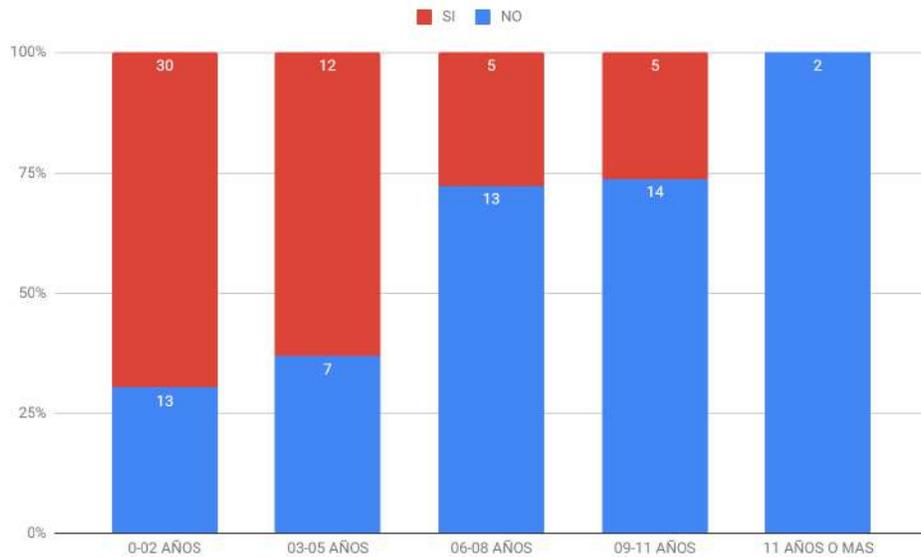


Figura 14. Edad de los pacientes implantados y asistencia a rehabilitación.

En la Figura 14 se evidencia que a menor tiempo transcurrido entre la activación del implante mayor es la asistencia a la rehabilitación por parte de las personas implantadas, sobre todo en los dos primeros años después de la cirugía y encendido del dispositivo, es así que 30 de 43 personas acuden a terapia; sin embargo, es preocupante que pese a la importancia que tiene la rehabilitación para el desarrollo del lenguaje, 13 personas no acuden a este servicio.

Cuando han transcurrido de 03 a 05 años desde la operación hay una disminución en la asistencia a rehabilitación, 12 personas si van y 7 pacientes optan por no hacerlo; la tendencia se mantiene al punto que luego de 11 años de activación del implante es nula la rehabilitación por parte los implantados pues se supone que ya han desarrollado de manera aceptable su lenguaje.

A este resultado se agrega lo que dice Geers, Nicholas y Moog (2007) , el desarrollo, posterior al uso de la prótesis implante coclear, que muestran los niños con sorderas prelocutivas, profundas y neurosensoriales, viene determinado por múltiples factores imbricados de forma compleja, de ahí la dificultad para interpretar la relación entre ellos y su influencia en los resultados que los niños consiguen a través del uso de este dispositivo, se puede decir que depende del desarrollo de cada usuario.

Profant Milan, Kabátová, Zuzana, Simková Ludovika (2008), analizaron el impacto de la identificación temprana de la sordera en el desarrollo post implante, comparando un número de niños que habían sido diagnosticados antes de los 9 meses, con otro número que lo habían sido luego a esa fecha. Los factores considerados en el estudio fueron la edad de diagnóstico, la de adaptación de los primeros audífonos y la del implante coclear, analizando su influencia en el desarrollo auditivo y en la inteligibilidad de las expresiones habladas. Los resultados mostraron que aquellos niños cuyo diagnóstico se realizó más pronto, mejoraban su respuesta auditiva, la percepción del habla y la expresión espontánea en lengua oral.

6.1.4 Visibilización de la comunidad implantada

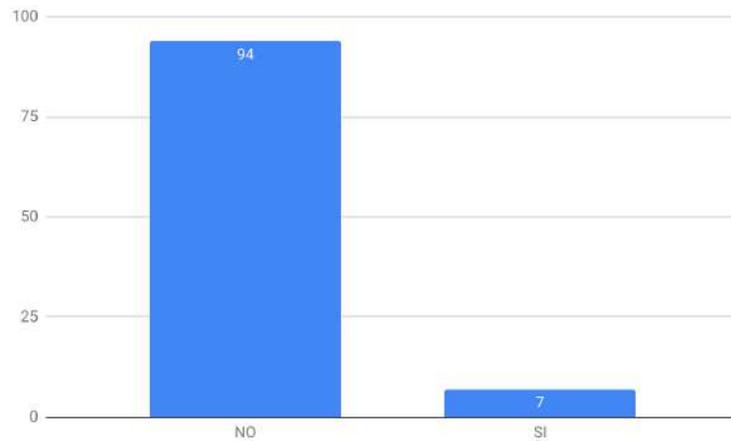


Figura 15. Gráfico sobre la visibilización de la comunidad implantada.

En la Figura 15, se puede observar que 94 encuestados (93.07%) consideran que la comunidad de personas implantadas no es visibilizada en la sociedad ecuatoriana y tan solo 7 personas (6.93%) piensan que sus casos y realidades si son conocidas.

Las autoras han realizado una exhaustiva búsqueda sobre el tema de la visibilización de los usuarios de implante coclear pero no se ha logrado tener ningún tipo de información referencial.

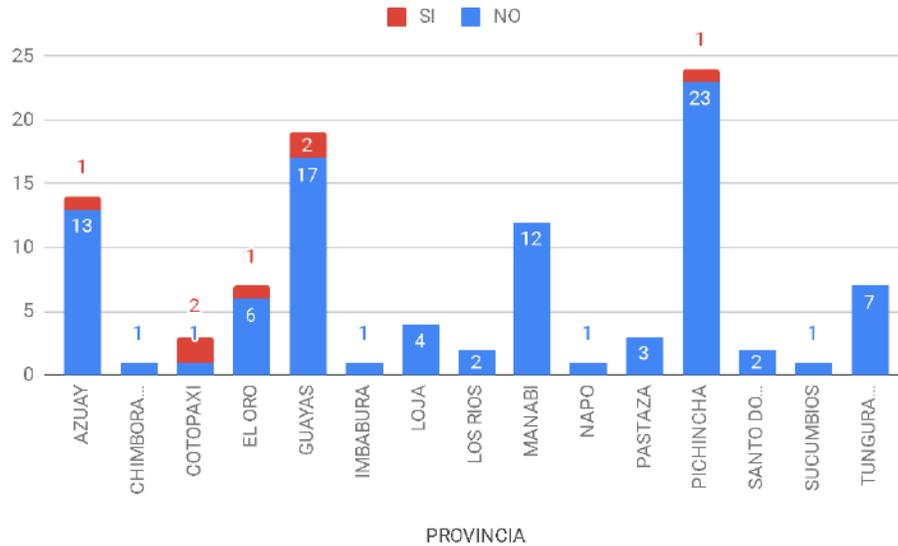


Figura 16. Gráfico sobre visibilización de la comunidad implantada según provincia.

En la Figura 16 se observa que en todas las provincias se mantiene la tendencia de que las personas implantadas sienten que están invisibilizadas como comunidad; En Guayas, solo 2 de 19 encuestados consideran que la realidad que viven si es conocida por el país, similar criterio tienen 2 personas en Cotopaxi, 1 en Azuay, 1 en El Oro y 1 en Pichincha. Estos resultados están relacionados con la figura 15 que muestra el total nacional.

Las autoras han realizado una exhaustiva búsqueda sobre el tema de la visibilización de los usuarios de implante coclear pero no se ha logrado tener ningún tipo de información referencial.

6.2 Desarrollo del producto comunicacional

La investigación realizada además de determinar la invisibilización de la comunidad de personas implantadas del país, evidenció que es escaso el material gráfico de producción propia que refleje la realidad ecuatoriana. Por ello, se elaboraron cuatro infografías en formato A3 mismas que fueron difundidas en una gira de medios de comunicación en la que se explicó en detalle en el siguiente acápite del informe.

Dichas infografías fueron elaboradas por las autoras para informar a la ciudadanía sobre la situación de las personas implantadas en Ecuador.

6.2.1 Detalles técnicos

Para la elaboración de estas infografías se utilizó la herramienta de trabajo Adobe Ilustrador, primero se realizó un boceto de cada una de las infografías para tener una idea clara de lo que se desea diseñar, se utilizaron vectores de forma para lograr dar el mensaje a través de la imagen y además se colocó una fotografía de una paciente de la ciudad de Machala, para poder utilizarla se contó con la autorización de forma escrita por parte de sus padres.

En cuestión de colores se utilizó colores planos y gradientes, tipo de letra roboto, tamaño 17,19 pt para el texto y para subtítulos AllerDisplay, tamaño 51,46 pt.

Para crear una identidad de marca comunicacional visual y posicionarla en la comunidad ecuatoriana, se diseñó un logo (Anexo 5) que identifique a esta comunidad usando como primer recurso, un oído con un implante coclear acompañado del eslogan “escucha la vida”.



¿ QUÉ ES EL IMPLANTE COCLEAR ?

“El implante coclear es un dispositivo de alta tecnología que permite que un paciente sin audición, adquiera la capacidad de captar sonidos y pueda desarrollar lenguaje, cultura y escritura.”

¿ SABÍAS QUÉ ?



FOTO: Dayanara Maite Loja Ramón, 10 años
Usuario de Implante Coclear desde los 3 años de edad.
Machala, Provincia de El Oro.

La persona IMPLANTADA (niño o adulto) NO pierde su condición de discapacidad pues sino utiliza el dispositivo no escucha.

\$ 40.000,00 es el costo aproximado del implante coclear (tratamiento integral) en el Ecuador.

Una parte del dispositivo se implanta quirúrgicamente y la segunda parte del implante está formado por un micrófono/receptor, que convierte el sonido en una señal eléctrica y lo envía a la parte interna del implante coclear.

1.100 PERSONAS en Ecuador utilizan un implante coclear según datos del Ministerio de Salud Pública (abril 2019).

La parte externa del implante coclear funciona mediante codificación con la parte interna y le sirve de manera exclusiva a cada paciente

TIPOS DE HIPOACUSIA

ADQUIRIDA

La persona perdió totalmente o parcialmente la audición por enfermedad o por consumir un determinado medicamento.

CONGÉNITA

La condición se produjo únicamente en la gestación o durante ese embarazo.

GENÉTICA

La sordera se presenta en varios integrantes de una misma familia causa por un gen en común.



PUEDE SER HIPOACUSIA

SI TU HIJO A PRESENTA ESTOS SÍNTOMAS

- No responde a lo que le dicen o no parece darse cuenta de que le hablan
- Pide reiteradamente que le repitan las cosas (en niños no tan pequeños)
- Necesita buscar hacia la derecha e izquierda para ver de dónde proviene la voz o el sonido
- Empieza a hablar más tarde que los demás niños de su edad o no puede pronunciar correctamente palabras o frases
- Tiene dificultades para oír una voz concreta cuando hay varias personas hablando
- No oye los sonidos rápidos o suaves
- Tiene dificultad para aprender en el aula de clases.

Figura 17.- ¿Qué es el implante coclear?

En la Figura 17 se aprecia la primera de cuatro infografías; allí se explica que es el Implante Coclear y datos de interés para el público. El primer elemento es una fotografía de una niña con implante coclear, imagen utilizada con la debida autorización de sus padres. A la derecha de la imagen hay un segmento titulado ¿Sabías qué? con cuatro puntos de interés para las personas, información relacionada con el implante coclear.

En la parte inferior de la Figura 17 se observa el título “Tipos de Hipoacusia” y un ícono de signo de advertencia junto a información relacionada con signos de alerta ante un posible diagnóstico de hipoacusia (sordera).

En la Figura 18 se puede apreciar un esquema gráfico que contiene los pasos a seguir para acceder al implante coclear desde que la persona sospecha que ella o algún familiar presenta la hipoacusia neurosensorial bilateral profunda hasta la rehabilitación post implante que es fundamental para que el proceso sea exitoso.

En la Figura 19 se da a conocer los centros hospitalarios del país, tanto de la red pública de salud como los regentados por otras entidades donde se realiza la cirugía para colocar el implante coclear a fin de que las personas que requieran atención acudan al más cercano según su lugar de residencia.

En la Figura 20 se observa que la cuarta infografía mantiene la identidad de diseño y colores concebida para las infografías anteriores. En la parte superior destaca el logotipo creado por las autoras. El lector encuentra tres segmentos, el primero relacionado con el costo de mantenimiento del implante coclear, una necesidad recurrente entre los padres de niños usuarios del dispositivo y también entre los adultos que portan el implante coclear. La inclusión educativa consta en una segunda sección de la infografía y se menciona unas necesidades de los niños y padres que forman parte de la comunidad de usuarios de implante coclear. En un tercer acápite del gráfico se da a conocer algunos de los resultados obtenidos con la investigación, sobre todo en lo referente a la autopercepción y visibilización de quienes integran la comunidad de personas con implante coclear en Ecuador.

RUTA DE ATENCIÓN PARA COLOCACIÓN DE IMPLANTE COCLEAR

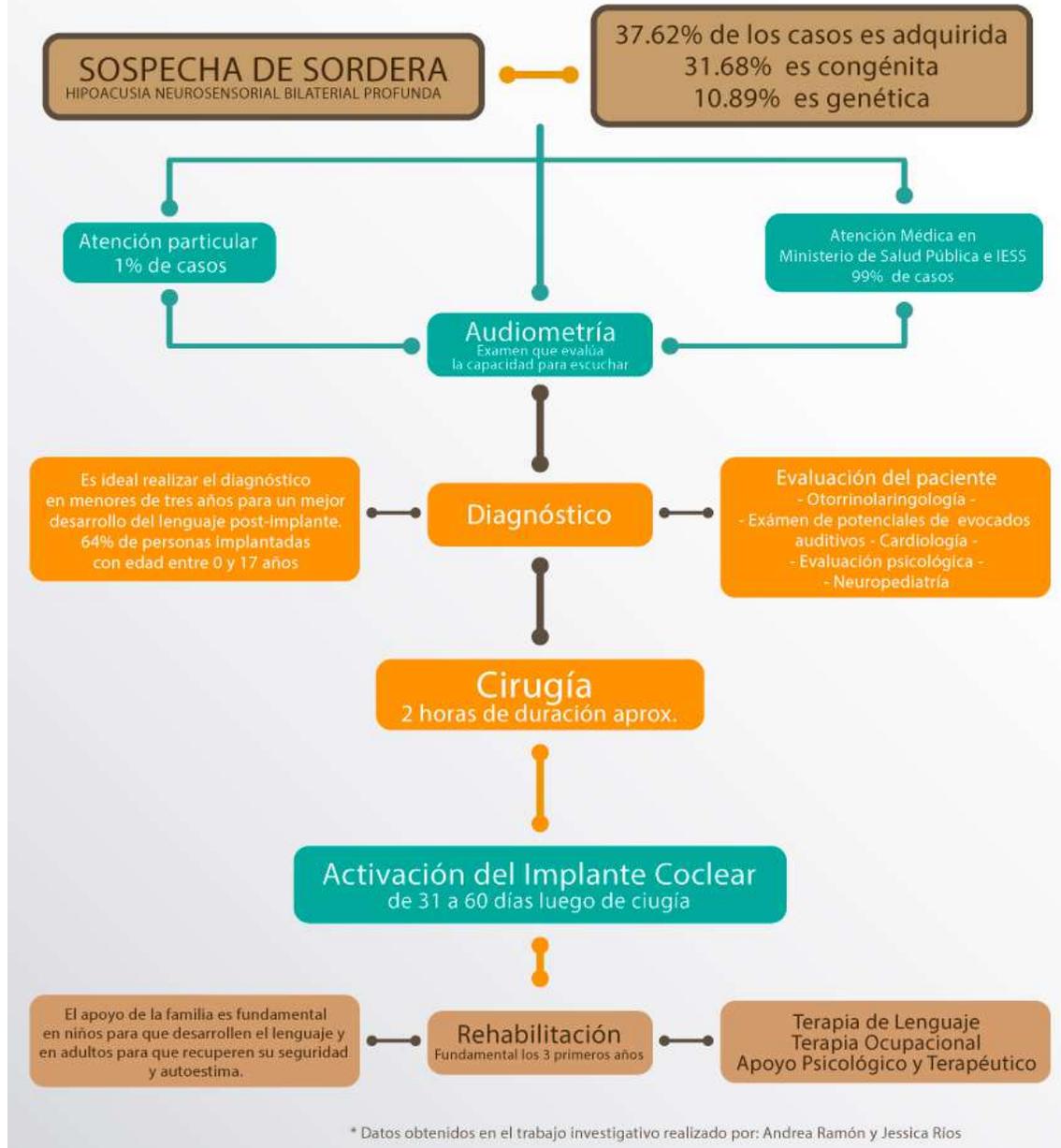


Figura 18.- Ruta de atención para implante coclear



Figura 19.- Hospitales donde se realiza la cirugía de implante coclear

COSTO DE MANTENIMIENTO DEL IMPLANTE COCLEAR



Si bien la cirugía de implante coclear es gratuita (**RED PÚBLICA DE SALUD**), los altos costos de mantenimiento son cubiertos por los usuarios o sus representantes.

Ejemplo: un cable conector externo, puede llegar a costar \$ 250,00 aproximadamente y su cambio puede ser constante.

La comunidad de implantados cocleares solicita un seguimiento exhaustivo y compromiso por parte de la Red Pública de Salud para que se realice a tiempo el cambio de la parte externa del implante coclear que tiene un tiempo de vida útil de 5 años.

INCLUSIÓN



Los padres de los niños portadores de implante coclear coinciden que es necesario una adaptación incluyente en el sistema educativo debido al alto grado de desconocimiento que existe sobre el uso de este dispositivo.

DATOS OBTENIDOS DE LA INVESTIGACIÓN

- **93.07%** de los entrevistados consideran que la comunidad de personas con implante coclear no está visibilizada en la sociedad ecuatoriana, pues la mayoría de la población desconoce de la existencia o uso de este dispositivo.
- **51.5%** de los implantados reciben rehabilitación de lenguaje oral
- **48.5%** no van a terapia, unos porque han culminado su rehabilitación (adultos), y otros por la falta de acceso a terapias en la Red Pública del Salud.
- **64%** de los implantados son niños y adolescentes entre 0 a 17 años; el 28,7% son jóvenes entre 18 a 29 años y el 6,9% son adultos de 30 años en adelante.

* Investigación y Datos obtenidos por: **ANDREA RAMÓN Y JESSICA RÍOS**

Figura 20.- Necesidades y demandas de la comunidad implantada en el Ecuador para su visibilización

6.3 Difusión del producto comunicacional

La autopercepción de los usuarios de implante coclear del país fue investigada mediante una investigación de tipo social para desarrollar y difundir información útil aplicable que contribuya a la visibilización y al conocimiento de los procedimientos post implante coclear. Una vez conocida la autopercepción de los usuarios de implante coclear en el país fueron desarrollados varios productos comunicacionales en la que constan, 4 infografías y 22 videos testimoniales sobre la situación de implante coclear en el país.

Las cuatro infografías como producto comunicacional gráfico sintetizan la información recopilada durante la investigación para organizar y facilitar la comprensión del problema. Dichas infografías fueron difundidas en una primera fase mediante una gira de medios (Anexo 6) de comunicación realizada en la provincia de El Oro y en un segundo momento serán entregadas a los representantes de la Red Pública de Salud.

Conclusiones y recomendaciones

En el presente trabajo, se desarrolló una investigación cuantitativa de tipo social, con la intención de reconocer la realidad de los usuarios de implante coclear en el Ecuador. Los resultados obtenidos y el análisis realizado a estos permiten llegar a las siguientes conclusiones.

La base de datos recopilada, aporta información valiosa para el estudio de la realidad de los usuarios de implante coclear, pues la investigación reflejó que la comunidad se autopercebe invisibilizada ante la sociedad, situación que inclusive puede conllevar a la insensibilidad. La base de datos muestral recoge información de personas ubicadas geográficamente en distintos lugares del país, y es la primera de su tipo en el Ecuador, de esta manera se constituye en un punto de partida para nuevas investigaciones relacionadas con esta problemática.

Los usuarios de implante coclear son una comunidad invisibilizada en el país, por lo que se requiere de manera urgente, que la sociedad conozca más sobre la realidad que viven pues mantienen sus condiciones de personas con discapacidad auditiva pese a contar con una ayuda técnica.

La aplicación de técnicas de investigación participativa, permitió que las autoras conozcan de cerca la realidad de las personas usuarias de implante coclear, mediante las entrevistas a profundidad que se desarrollaron.

Por lo expuesto, se puede afirmar que el conocimiento de la realidad de los usuarios de implante coclear, mediante las técnicas de investigación participativa, permitió elaborar y difundir los productos comunicacionales desarrollados, la información recabada es útil y pertinente para la visibilización de este grupo de personas.

El producto comunicacional creado a partir de los resultados de esta investigación facilita la comprensión de la problemática y permite a la ciudadanía conocer más sobre quienes portan y quienes podrían portar un implante coclear.

Con la difusión del producto comunicacional en una serie de infografías publicadas en la gira de medios de comunicación realizada por las investigadoras se divulgó de mejor manera los resultados de la investigación y sobre todo el procedimiento a seguir ante el diagnóstico de hipoacusia neurosensorial profunda bilateral.

Se recomienda ampliar la base de datos mediante un estudio detallado en todas las provincias del país, a una escala cantonal, con la finalidad de que se visibilice a todas las personas usuarios de implante coclear, así también realizar una campaña comunicacional masiva en televisión y continuar con la difusión de entrevistas testimoniales en internet. Las estrategias comunicacionales de producción que se hagan se recomienda seguir usando el logo creado para posicionarlo en la sociedad ecuatoriana.

Además, se considera necesario realizar un estudio detallado sobre las cuotas de mercado que manejan los proveedores de implantes cocleares en el país.

Bibliografía

- Álvarez Gavilán, Y., Morales Peralta, E., Rodríguez Guas, H., Pérez Trujillo, J., & González Quesada, Y. (2009). Características de la sordera en un grupo de discapacitados auditivos. *Panorama Cuba y Salud*, 4(1). Recuperado de <https://www.redalyc.org/html/4773/477348937003/>
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2012). Ley orgánica de discapacidades (LOD). *Quito, Pichincha, Ecuador*.
- Battmer, R.-D., Linz, B., & Lenarz, T. (2009). A review of device failure in more than 23 years of clinical experience of a cochlear implant program with more than 3,400 implantees. *Otology & Neurotology: Official Publication of the American Otological Society, American Neurotology Society [and] European Academy of Otology and Neurotology*, 30(4), 455-463. <https://doi.org/10.1097/MAO.0b013e31819e6206>
- Bermudez, A. (s. f.). REHABILITACION DE PACIENTES CON IMPLANTE COCLEAR. Recuperado 2019, de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-ologo/protocolo_de_actuacion_asistencial_implante.pdf
- Campaña Carrera, X. S. (2015). *Normalización y sordera en Ecuador: Historia de una lucha contra la naturaleza* (PUCE). Recuperado de <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/8778>
- Cano de Gómez, A. (2005). *Acta Pediátrica de México* (Versión vol. 26, núm. 3). Recuperado de Instituto Nacional de Pediatría Distrito Federal, México website: <https://www.redalyc.org/pdf/4236/423640828001.pdf>
- Casellas, J. C. (1992). Pourtois, J.P., Desmet, H. (1992). Epistemología e instrumentación en ciencias humanas. *Revista Complutense de Educación*, 288-288. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/view/RCED9292110288B>
- Coello, C. (2017). Ecuador promueve colocación de implantes cocleares. Recuperado 2019, de Redacción Médica website: <https://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/ecuador-promueve-colocacion-de-implantes-cocleares-89738>
- CONADIS. (2019). Estadísticas de Discapacidad – Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades. Recuperado 24 de junio de 2019, de <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadisticas-de-discapacidad/>
- Conadis, C. N., & de la I, de D. (2012). *Agenda nacional para la Igualdad en discapacidades 2013-2017*. Conadis.
- Constituyente, A. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Recuperado de <http://www.academia.edu/download/45208547/constitucion-ecuador.pdf>
- Cortés, M. del C. M., Morón, M. T. P., Góngora, D. P., López-Liria, R., & Acién, F. L. (2008). Métodos de intervención en discapacidad auditiva. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 219-224. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832318023.pdf>
- Cubana, E. (2018). Implante coclear. Recuperado 2019, de https://www.ecured.cu/Implante_coclear
- del Río, J. A. N., Martín, J. S., Berrocal, J. C., Fernández, G. B., Mialdea, R. L., Vals, C. E., ... Estévez, J. V. (1997). Estudio epidemiológico de los accidentes en la infancia: Primer Registro de Trauma Pediátrico. *Anales españoles de pediatría*, 47, 369-372. Recuperado de <https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/47-4-6.pdf>
- Fernández, A. (2003). Educación inclusiva: Enseñar y aprender entre la diversidad. *Revista digital UMBRAL*, 13, 1-10. Recuperado de <http://ww2.educarchile.cl/UserFiles/P0001/File/EDUCACI%C3%93N%20INCLUSIVA.pdf>

- Gallaudet University, & Clerc Center. (2011). *Implantes Cocleares: Consideraciones en el proceso del implante*. Recuperado 2019, de <https://www3.gallaudet.edu/clerc-center/our-resources/cochlear-implant-education-center/navegando-un-bosque-de-informaci%C3%B3n/consideraciones-en-el-proceso-del-implante.html>
- Geers, A. E., Nicholas, J. G., & Moog, J. S. (2007). Estimating the influence of cochlear implantation on language development in children. *Audiological Medicine*, Vol. 5, pp. 262-273. <https://doi.org/10.1080/16513860701659404>
- González de Cancino, E. (1996). *Manual de derecho romano*. Bogotá: *Universidad Externado de Colombia*.
- González-del-Yerro, A., Simón-Rueda, C., Cagigal-Gregorio, V., & Blas-Gómez, E. (2013). La calidad de vida de las familias de personas con discapacidad intelectual. Un estudio cualitativo realizado en la Comunidad de Madrid/Quality of life of the families of people with intellectual disability. A qualitative study carried out in the commun. *REOP-Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 24(1), 93-109. Recuperado de <http://espacio.uned.es/revistasuned/index.php/reop/article/view/11273>
- Herrera, C. (1992). '¿ Tu hijo oye bien. *La Habana: Pueblo y educación*.
- Hospital Vicente Corral Moscoso. (2017). Hospital Vicente Corral Moscoso continúa con proyecto de implantes cocleares | Hospital Vicente Corral Moscoso. Recuperado 28 de junio de 2019, de MINISTERIO DE SALUD PUBLICO website: <http://hvcm.gob.ec/hospital-vicente-corrall-moscoso-continua-con-proyecto-de-implantes-cocleares/>
- Hospital Vicente Corral Moscoso. (2018). Especialistas realizarán seis implantes con nueva tecnología únicos en el país a usuarios con discapacidad auditiva. | Hospital Vicente Corral Moscoso. Recuperado 2019, de Página web del Hospital Vicente Corral Moscoso website: <http://hvcm.gob.ec/especialistas-realizaran-seis-implantes-con-nueva-tecnologia-unicos-en-el-pais-a-usuarios-con-discapacidad-auditiva/>
- ISAGS. (2012). Sistema de Salud en Ecuador. Recuperado 2019, de <http://isags-unasur.org/es/sistema-de-salud-en-ecuador/>
- Jiménez Buñuales, M. ^a. T., González Diego, P., & Martín Moreno, J. M. ^a. (2002). La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF) 2001. *Revista española de salud pública*, 76, 271-279. <https://doi.org/10.1590/S1135-57272002000400002>
- Jiménez Lara, A., & Huete García, A. (2011). *La discapacidad en España: Datos epidemiológicos. Aproximación desde la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999*. Recuperado de <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/3025>
- Jiménez Lara, A., & Huete García, A. (2013). *La discriminación por motivos de discapacidad. Análisis de las respuestas recibidas al cuestionario sobre discriminación por motivos de discapacidad promovido por el CERMI Estatal*. Recuperado de <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/3855>
- Kramer, H., & Sprenger, J. (2005). *Malleus Maleficarum. El martillo de los brujos. El libro infame de la Inquisición*. El árbol sagrado. Historia.
- Ledesma, J. A. (2008). *La imagen social de las personas con discapacidad. Estudios en homenaje a José Julián Barriga Bravo*. Recuperado de <https://market.android.com/details?id=book-EivYreIjoNsC>
- Manrique, M. (2002). Implantes cocleares. *Acta otorrinolaringologica española*, 53(5), 305-316. Recuperado de <https://sites.google.com/site/fonosmdqyalrededores3/home/IMPLANTESCOCLEARES.pdf>
- Martín, M. T., & Ripollés, M. S. A. (2008). La discapacidad dentro del enfoque de capacidades y funcionamientos de Amartya Sen. *Araucaria: Revista Iberoamericana de filosofía, política y*

- humanidades*, (20), 64-94. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2663115.pdf>
- Mattos Vélez, M. B., & Morales Peralta, E. (2014). Hipoacusia de causa genética en cubanos con implante coclear. *Revista Habanera de*. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2014000600009&script=sci_arttext&tlng=pt
- Morales, A. M. (2006). La era de los implantes cocleares: ¿el fin de la sordera? Algunas consideraciones para su estudio. *Sapiens*, 7(2), 159-170. Recuperado de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1317-58152006000200011
- NIDCD. (2007, abril). Hoja de información de NIDCD Implantes cocleares. Recuperado 2019, de Instituto Nacional de la Sordera y otros Trastornos de la Comunicación website: <https://www.nidcd.nih.gov/sites/default/files/Documents/health/hearing/FactSheetCochlearImplantSpanish.pdf>
- OMS. (2015). *10 datos sobre la sordera*. Recuperado de <https://www.who.int/features/factfiles/deafness/es/>
- OMS. (2019). Sordera y pérdida de la audición. Recuperado 2019, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>
- ONU. (2015). Más del 80 por ciento de las personas con discapacidad son pobres. Recuperado 2019, de <https://www.un.org/es/development/desa/news/social/crpd-disabilities.html>
- Ozols Rosales, M. A. (2007). Actividad física y discapacidad. *MHSalud*, 4 (2). Recuperado de <https://www.redalyc.org/html/2370/237017534001/>
- Padilla-Muñoz, A. (2010). Discapacidad: contexto, concepto y modelos. *International Law: Revista Colombiana de Derecho Internacional*, (16), 381-414. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/824/82420041012.pdf>
- Palacios, A., & Romañach, J. (2006). *El modelo de la diversidad: la bioética y los derechos humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*. Recuperado de <https://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/9899/?sequence=1>
- Parra Dussan, C. (2015). *Enfoque de derechos humanos en la política pública de discapacidad*. Recuperado de <http://repository.usergioarboleda.edu.co/handle/11232/354>
- Petit, E., & Fernández González, J. (1989). *Tratado elemental de derecho romano*. Recuperado de <http://www.sidalc.net/cgi-bin/wxis.exe/?IsisScript=AGRIUAN.xis&method=post&formato=2&cantidad=1&expresion=mfn=015216>
- PNBV. (2013). *Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017. Todo el mundo mejor. Quito: SENPLADES. Primera edición*.
- PND. (2017). *Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021-Toda una Vida* (Versión Mediante Resolución N.º CNP-003-2017.). Recuperado de Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo website: https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf
- Profant, >milan, Kabátová, Z., & Šimková, L. (2008). From hearing screening to cochlear implantation: cochlear implants in children under 3 years of age. *Acta Oto-Laryngologica*, Vol. 128, pp. 369-372. <https://doi.org/10.1080/00016480701736254>
- PVI. (2019, febrero 25). Un implante que transforma el silencio y la vida de los niños | Diario El Mercurio. Recuperado 1 de julio de 2019, de Diario El Mercurio website: <https://ww2.elmercurio.com.ec/2019/02/25/un-implante-que-transforma-el-silencio-y-la-vida-de-los-ninos/>
- Ramos, Á., Rodríguez, C., Borkoski, S., Cuyás, J. M., Falcón, J. C., Goenaga, L., & Masgoret, E. (2007). Implante coclear en hipoacusias con alteración de la conexina 26. *Acta*

- Otorrinolaringológica Española*, Vol. 58, pp. 198-201. [https://doi.org/10.1016/s0001-6519\(07\)74912-9](https://doi.org/10.1016/s0001-6519(07)74912-9)
- Ramos-Macias, Á., Borkoski-Barreiro, S., Falcón-González, J. C., & de Miguel, Á. R. (2016). IMPLANTE COCLEAR. ESTADO ACTUAL Y FUTURO. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27(6), 798-807. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2016.11.011>
- Ratzan, R. M., & Carmichael, A. G. (1991). *Medicine: a treasury of art and literature*. H. Lauter Levin.
- Restrepo, C. G., Bayona, G. H., Urrego, A. R., Oleas, H. S., & Restrepo, M. U. (2008). *Psiquiatría clínica: diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. Recuperado de <http://paltex.paho.org/Publication/Index?publicationId=ab0f46c5-c41c-40fb-a71b-4a66f4be60ec>
- Ríos, M. I. H. (2015). El concepto de discapacidad: De la enfermedad al enfoque de derechos. *Revista CES Derecho*, 6(2), 46-59. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5280484>
- Rodríguez Vernal, Y., & Hernández Zayas, M. S. (2010). Discapacidad infantil por accidente doméstico. *Medisan*. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000300016
- Romero, M. S. J. (2011). *El implante coclear en la población infantil* (Universidad de Córdoba). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=56766>
- Rubinstein, J. T. (2004). How cochlear implants encode speech. *Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery*, 12(5), 444-448. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15377959>
- Ruiz, M., & Fernández, F. (2002). Trabajo y discapacidad: Incidencia de factores sociales y educativos en Extremadura. *Recuperado el*, 28.
- Sánchez, C. M. (1990). *La increíble y triste historia de la sordera*. Ceprosord.
- Sanitaria, C. ©. 2015. (13 de febrero de 2017). Nueva tecnología en implantes cocleares en el Vicente Corral Moscoso. Recuperado 28 de junio de 2019, de Redacción Médica website: <https://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/nueva-tecnolog-a-en-implantes-cocleares-en-el-vicente-corrall-moscoso-89624>
- Schwartzman, J. A. (2015). Historia del Implante Coclear. Recuperado 2019, de <http://implantecoclear.org/documentos/implante/historia.pdf>
- Senplades. (2013). *Plan Nacional del Buen Vivir* (Vol. 1). Vol. 1. Recuperado de www.buenvivir.gob.ec
- Soto Martínez, M. A. (2011). La discapacidad y sus significados: notas sobre la (in) justicia. *Política y cultura*, (35), 209-239. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-77422011000100011
- Summerfield A Marshall. (1999). International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology | Vol 47, Issue 2, Pages 119-226 (15 February 1999) | ScienceDirect.com. Recuperado 28 de junio de 2019, de Revista Internacional de Otorrinolaringología Pediátrica website: <https://www.sciencedirect.com/journal/international-journal-of-pediatric-otorhinolaryngology/vol/47/issue/2>
- Tiempo, E. L. (2018, febrero 20). HVCN coloca 75 implantes cocleares. Recuperado 30 de junio de 2019, de EL TIEMPO website: <https://www.eltiempo.com.ec/noticias/cuenca/2/429875>
- Weir, N. (1990). *Otolaryngology: an illustrated history*. Butterworth-Heinemann.

ANEXOS

Anexo 1.

Formulario de entrevista

* FECHA:

* CIUDAD:

*NOMBRES Y APELLIDOS:

* CIUDAD Y PROVINCIA EN LA QUE RESIDE:

* FECHA Y LUGAR DE OPERACIÓN (HOSPITAL):

* FECHA DE ACTIVACIÓN DEL IMPLANTE COCLEAR:

* MARCA DEL IMPLANTE COLOCADO:

* CASA COMERCIAL DEL IMPLANTE COCLEAR:

* OIDO QUE FUE OPERADO:

* ¿USTED HA RECIBIDO REHABILITACIÓN POST IMPLANTE?

SI, NO POR QUÉ?

*¿ SU HIPOACUSIA FUE ADQUIRIDA, CONGÉNITA O GENÉTICA?

* ¿CONSIDERA USTED QUE LA PERSONAS USUARIAS DE IMPLANTE COCLEAR SON VISIBILIZADAS EN EL PAÍS?

¿ HA RECIBIDO USTED ALGÚN TIPO DE DISCRIMINACIÓN POR SER PERSONA CON DISCAPACIDAD AUDITIVA Y USUARIA DE IMPLEMENTE COCLEAR?

NOTA: PRINCIALES ASPECTOS CONSULTADOS A LOS ENTREVISTADOS, LA ENTREVISTA FUE A PROFUNDIDAD.

Anexo 2. Fotografías de los usuarios de implante coclear durante las entrevistas.







Anexo 3. Capturas de 2 de los 22 vídeos editados con entrevistas.



Anexo 4. Base de datos

EDAD	PROVINCIA	FECHA DE OPERACIÓN	FECHA DE ACTIVACIÓN	LUGAR DE OPERACIÓN	MARCA Y CASA COMERCIAL DEL PROCESADOR	OÍDO QUE FUE OPERADO	PARA UD, EXISTE VISIBILIZACIÓN DE LA COMUNIDAD IMPLANTADA SI O NO	REHABILITACIÓN POST IMPLANTE SI O NO	CAUSA ADQUIRIDA / CONGÉNITA / GENÉTICA	LA CASA DE SALUD DONDE FUE INTERVENIDA FUE PÚBLICA Y PRIVADA
5 años 3 meses	PICHINCHA	05/02/18	05/03/18	HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO	DESCONOCE / DESONOCE	DERECHO	NO	NO	ADQUIRIDA	PÚBLICA
7 años	PICHINCHA	15/03/18	15/04/18	HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO	NEPTUNE / GAES	BILATERAL	NO	SI	DESCONOCE	PÚBLICA
9 años 7 meses	TUNGURAHUA	17/01/17	25/03/17	HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN	NÚCLEOS / PROAUDIO	IZQUIERDO	NO	SI	CONGÉNITA	PÚBLICA
21 años	PICHINCHA	01/05/2004	6/1/2004	HOSPITAL MILITAR	NÚCLEOS / PROAUDIO	DERECHO	NO	NO	ADQUIRIDA	PÚBLICA
19 años	AZUAY	13/05/2004	7/2/2004	HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN	NÚCLEOS / PROAUDIO	DERECHO	NO	NO	CONGÉNITA	PÚBLICA
11 AÑOS	EL ORO	18/07/2011	10/5/2011	HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN	NÚCLEOS / PROAUDIO	DERECHO	NO	NO	CONGÉNITA	PÚBLICA
9 años 7 meses	PICHINCHA	08/04/13	22/05/13	HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN	NEPTUNE / GAES	IZQUIERDO	NO	SI	DESCONOCE	PÚBLICA
3 años 9 meses	AZUAY	10/02/16	01/04/16	HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO	NÚCLEOS / PROAUDIO	IZQUIERDO	NO	SI	ADQUIRIDA	PÚBLICA
9 años 7 meses	COTOPAXI	30/03/14	07/05/14	HOSPITAL PEDIATRICO BACA ORTÍZ	NEPTUNE / GAES	DERECHO	NO	SI	CONGÉNITA	PÚBLICA
11 años	AZUAY	04/09/09	19/09/09	HOSPITAL PEDIATRICO BACA ORTÍZ	NEPTUNE / GAES	DERECHO	NO	SI	GENÉTICA	PÚBLICA

3 años 3 meses	AZUAY	08/02/18	08/03/18	HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO	NEURO ONE OTICON / GAES	DERECHO	NO	SI	DESCONOCE	PÚBLICA
9 años	AZUAY	08/06/16	01/08/16	HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN	NÚCLEOS / PROAUDIO	DERECHO	NO	NO	ADQUIRIDA	PÚBLICA
7 años 6 meses	GUAYAS	18/01/2016	2/29/2016	HOSPITAL DR. ROBERTO GILBERT	NÚCLEOS / PROAUDIO	DERECHO	NO	SI	DESCONOCE	PÚBLICA
7 años 5 meses	AZUAY	04/04/16	07/05/16	HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO	OPUS MEDEL / SALUD AUDITIVA	DERECHO	SI	SI	ADQUIRIDA	PÚBLICA
12 años 1 mes	GUAYAS	30/08/2017	10/10/2017	HOSPITAL DR. ROBERTO GILBERT	NEPTUNE / GAES	IZQUIERDO	NO	SI	DESCONOCE	PÚBLICA
7 años 9 meses	GUAYAS	10/11/14	22/12/14	HOSPITAL DR. ROBERTO GILBERT	NÚCLEOS / PROAUDIO	IZQUIERDO	NO	SI	ADQUIRIDA	PÚBLICA
11 años 11 meses	PICHINCHA	19/12/2008	2/19/2009	HOSPITAL PEDIATRICO BACA ORTÍZ	FREEDOM COCHLEAR / PROAUDIO	DERECHO	NO	NO	ADQUIRIDA	PÚBLICA
11 AÑOS 8 MESES	MANABÍ	21/07/08	21/08/08	HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN	NÚCLEOS / PROAUDIO	DERECHO	NO	SI	GENÉTICA	PÚBLICA
3 años , 4 meses	MANABÍ	27/09/18	06/11/18	HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO	NEPTUNE / GAES	DERECHO	NO	SI	CONGÉNITA	PÚBLICA
3 años 4 meses	MANABÍ	27/09/2018	06/11/2018	HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO	NAIDA CI Q / GAES	DERECHO	NO	SI	CONGÉNITA	PÚBLICA
6 años 3 meses	AZUAY	01/08/16	16/09/16	HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN	NÚCLEOS / PROAUDIO	IZQUIERDO	NO	SI	ADQUIRIDA	PÚBLICA
10 años 11 meses	AZUAY	01/02/10	01/03/2010	HOSPITAL PEDIATRICO BACA ORTÍZ	NEPTUNE / GAES	DERECHO	NO	SI	CONGÉNITA	PÚBLICA

9 años	PICHINCHA	13/03/19	pendiente de activar	HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN	OPUS MEDEL / SALUD AUDITIVA	DERECHO	NO	NO	GENÉTICA	PÚBLICA
6 años 3 meses	PICHINCHA	06/04/2016	6/1/2016	HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN	NÚCLEOS / PROAUDIO	DERECHO	NO	SI	GENÉTICA	PÚBLICA
3 años 5 meses	AZUAY	10/02/17	10/03/17	HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO	NÚCLEOS / PROAUDIO	DERECHO	NO	SI	CONGÉNITA	PÚBLICA
3 años 4 meses	AZUAY	11/02/17	15/03/17	HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO	NÚCLEOS / PROAUDIO	DERECHO	NO	SI	CONGÉNITA	PÚBLICA
6 años 3 meses	MANABÍ	24/11/2017	28/12/2017	HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO	OPUS MEDEL / SALUD AUDITIVA	DERECHO	NO	SI	ADQUIRIDA	PÚBLICA
5 AÑOS	AZUAY	05/02/18	05/03/18	HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO	NEURO ONE OTICON / GAES	DERECHO	NO	SI	CONGÉNITA	PÚBLICA
5 años 6 meses	MANABÍ	08/02/18	07/03/18	HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO	NEURO ONE OTICON / GAES	DERECHO	NO	SI	DESCONOCE	PÚBLICA
9 años 10 meses	EL ORO	06/05/12	06/06/12	HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN	NEPTUNE / GAES	DERECHO	NO	NO	ADQUIRIDA	PÚBLICA
19 años	GUAYAS	15/06/2010	7/15/2010	HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN	NEPTUNE / GAES	DERECHO	NO	NO	CONGÉNITA	PÚBLICA
13 años con 11 meses	PICHINCHA	08/11/2008	30/11/2008	HOSPITAL PEDIATRICO BACA ORTÍZ	NEPTUNE / GAES	DERECHO	NO	NO	ADQUIRIDA	PÚBLICA
19 años	GUAYAS	04/06/10	15/07/10	HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN	NEPTUNE / GAES	DERECHO	NO	NO	CONGÉNITA	PÚBLICA

3 años 2 meses	IMBABURA	16/07/18	20/09/18	HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN	DESCONOCE / Proaudio	IZQUIERDO	NO	SI	ADQUIRIDA	PÚBLICA
5 años	COTOPAXI	26/09/18	06/11/18	HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO	NAIDA CI Q / GAES	IZQUIERDO	SI	SI	GENÉTICA	PÚBLICA
54 AÑOS	GUAYAS	19/07/16	31/08/16	HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO	NÚCLEOS / PROAUDIO	IZQUIERDO	NO	NO	ADQUIRIDA	PÚBLICA
7 años	PICHINCHA	12/11/13	09/01/14	HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN	NÚCLEOS / PROAUDIO	IZQUIERDO	NO	SI	ADQUIRIDA	PÚBLICA
2 años 8 meses	GUAYAS	15/02/19	27/02/19	HOSPITAL DR. ROBERTO GILBERT	NÚCLEOS / PROAUDIO	IZQUIERDO	NO	NO	GENÉTICA	PÚBLICA
5 AÑOS	TUNGURAHUA	26/11/17	26/12/17	HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO	OPUS MEDEL / SALUD AUDITIVA	DERECHO	NO	SI	CONGÉNITA	PÚBLICA
3 AÑOS	GUAYAS	14/03/18	24/04/18	HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO	NEURO ONE OTICON / GAES	DERECHO	SI	SI	CONGÉNITA	PÚBLICA
3 años 5 meses	PICHINCHA	01/07/18	01/09/18	HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN	NÚCLEOS / PROAUDIO	DERECHO	NO	SI	GENÉTICA	PÚBLICA
11 años 8 meses	PICHINCHA	05/04/2009	5/7/2009	HOSPITAL METROPOLITANO	FREEDOM COCHLEAR / PROAUDIO	IZQUIERDO	NO	NO	DESCONOCE	PÚBLICA
21 años 1 mes	EL ORO	20/07/2016	9/1/2016	HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO	NÚCLEOS / PROAUDIO	DERECHO	SI	NO	DESCONOCE	PÚBLICA
17 años 11 meses	PICHINCHA	04/07/2012	11/5/2012	HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN	BAHA / Proaudio	DERECHO	NO	NO	DESCONOCE	PÚBLICA

5 años	PASTAZA	02/05/16	16/08/16	HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN	NÚCLEOS / PROAUDIO	IZQUIERDO	NO	SI	GENÉTICA	PÚBLICA
10 años	SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS	15/02/2012	4/13/2012	HOSPITAL PEDIATRICO BACA ORTÍZ	NEPTUNE / GAES	IZQUIERDO	NO	NO	ADQUIRIDA	PÚBLICA
8 años	PASTAZA	30/03/15	30/04/15	HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN	NÚCLEOS / PROAUDIO	IZQUIERDO	NO	SI	ADQUIRIDA	PÚBLICA
5 años 7 meses	EL ORO	23/11/17	27/12/17	HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO	OPUS MEDEL / SALUD AUDITIVA	DERECHO	NO	NO	DESCONOCE	PÚBLICA
6 años	SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS	16/03/2018	4/26/2018	HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO	NEURO ONE OTICON / GAES	IZQUIERDO	NO	SI	CONGÉNITA	PÚBLICA
14 años	GUAYAS	15/06/07	15/08/07	HOSPITAL METROPOLITANO	NÚCLEOS / PROAUDIO	IZQUIERDO	NO	SI	CONGÉNITA	PÚBLICA
18 años	GUAYAS	11/06/2007	7/16/2007	HOSPITAL METROPOLITANO	NÚCLEOS / PROAUDIO	IZQUIERDO	NO	NO	CONGÉNITA	PÚBLICA
18 años 4 meses	LOS RÍOS	07/06/10	07/07/10	HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN	NEPTUNE / GAES	DERECHO	NO	NO	ADQUIRIDA	PÚBLICA
4 años 8 meses	PICHINCHA	05/02/18	05/03/18	HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO	NEURO ONE OTICON / GAES	DERECHO	NO	SI	DESCONOCE	PÚBLICA
10 AÑOS 10 MESES	TUNGURAHUA	18/04/14	21/05/14	HOSPITAL PEDIATRICO BACA ORTÍZ	NEPTUNE / GAES	DERECHO	NO	NO	CONGÉNITA	PÚBLICA
12 años 3 meses	LOJA	24/06/09	24/07/09	HOSPITAL PEDIATRICO BACA ORTÍZ	NÚCLEOS / PROAUDIO	IZQUIERDO	NO	NO	CONGÉNITA	PÚBLICA
11 años 11 meses	NAPO	18/10/11	22/11/11	HOSPITAL PEDIATRICO BACA ORTÍZ	NEPTUNE / GAES	DERECHO	NO	NO	CONGÉNITA	PÚBLICA

11 años	MANABÍ	25/10/10	11/12/10	HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN	NEPTUNE / GAES	DERECHO	NO	NO	ADQUIRIDA	PÚBLICA
10 años 10 meses	EL ORO	04/06/12	04/07/12	HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN	NÚCLEOS / PROAUDIO	DERECHO	NO	SI	ADQUIRIDA	PÚBLICA
3 años 5 meses	TUNGURAHUA	22/11/17	29/12/17	HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO	OPUS MEDEL / SALUD AUDITIVA	DERECHO	NO	SI	DESCONOCE	PÚBLICA
36 años	GUAYAS	06/08/09	15/09/09	HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN	NÚCLEOS / PROAUDIO	IZQUIERDO	NO	NO	ADQUIRIDA	PÚBLICA
6 años 4 meses	MANABÍ	02/06/2014	7/10/2014	HOSPITAL PEDIATRICO BACA ORTÍZ	NÚCLEOS / PROAUDIO	IZQUIERDO	NO	SI	ADQUIRIDA	PÚBLICA
8 años 6 meses	COTOPAXI	24/04/12	02/06/12	HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN	NÚCLEOS / PROAUDIO	DERECHO	SI	SI	DESCONOCE	PÚBLICA
12 años	GUAYAS	22/10/2009	20/11/2009	ESPAÑA	OPUS MEDEL / SALUD AUDITIVA	BILATERAL	NO	NO	ADQUIRIDA	PRIVADA
13 años	LOS RÍOS	08/05/09	07/06/09	HOSPITAL PEDIATRICO BACA ORTÍZ	NEPTUNE / GAES	DERECHO	NO	NO	ADQUIRIDA	PÚBLICA
8 años 4 meses	TUNGURAHUA	11/07/16	30/09/16	HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN	NÚCLEOS / PROAUDIO	DERECHO	NO	SI	ADQUIRIDA	PÚBLICA
3 años 3 meses	PICHINCHA	25/02/19	28/03/19	HOSPITAL PEDIATRICO BACA ORTÍZ	OPUS MEDEL / SALUD AUDITIVA	IZQUIERDO	NO	NO	CONGÉNITA	PÚBLICA
4 años y 7 meses	MANABÍ	01/09/18	01/11/18	HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO	NAIDA CI Q / GAES	DERECHO	NO	SI	CONGÉNITA	PÚBLICA
10 años 1 mes	MANABÍ	11/12/2009	12/23/2009	HOSPITAL PEDIATRICO BACA ORTÍZ	NEPTUNE / GAES	DERECHO	NO	NO	DESCONOCE	PÚBLICA

7 años 7 meses	SUCUMBIOS	29/07/13	04/11/13	HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN	NÚCLEOS / PROAUDIO	DERECHO	NO	NO	ADQUIRIDA	PÚBLICA
1 año 9 meses	EL ORO	25/09/18	06/11/18	HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO	NAIDA CI Q / GAES	DERECHO	NO	SI	ADQUIRIDA	PÚBLICA
10 AÑOS CON 8 MESES	EL ORO	08/08/11	08/09/11	HOSPITAL PEDIATRICO BACA ORTÍZ	NEPTUNE / GAES	DERECHO	NO	NO	DESCONOCE	PÚBLICA
13 años 10 meses	LOJA	29/05/08	30/06/08	HOSPITAL PEDIATRICO BACA ORTÍZ	FREEDOM COCHLEAR / PROAUDIO	DERECHO	NO	NO	CONGÉNITA	PÚBLICA
16 AÑOS	PICHINCHA	28/05/2008	6/30/2008	HOSPITAL PEDIATRICO BACA ORTÍZ	NEPTUNE / GAES	DERECHO	NO	NO	DESCONOCE	PÚBLICA
9 años 2 meses	AZUAY	23/12/11	01/01/12	HOSPITAL PEDIATRICO BACA ORTÍZ	NEPTUNE / GAES	DERECHO	no	NO	CONGÉNITA	PÚBLICA
11 años 9 meses	LOJA	14/08/2009	9/28/2009	HOSPITAL PEDIATRICO BACA ORTÍZ	NÚCLEOS / PROAUDIO	IZQUIERDO	NO	SI	CONGÉNITA	PÚBLICA
3 años	PICHINCHA	13/07/17	13/09/17	HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN	NÚCLEOS / PROAUDIO	DERECHO	NO	SI	GENÉTICA	PÚBLICA
3 años 7 meses	PICHINCHA	01/06/2016	7/21/2016	HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN	NÚCLEOS / PROAUDIO	IZQUIERDO	NO	SI	DESCONOCE	PÚBLICA
6 años 5 meses	PICHINCHA	08/06/15	14/07/15	HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN	NÚCLEOS / PROAUDIO	DERECHO	NO	SI	CONGÉNITA	PÚBLICA
2 años 2 meses	PICHINCHA	25/02/19	27/03/19	HOSPITAL PEDIATRICO BACA ORTÍZ	OPUS MEDEL / SALUD AUDITIVA	IZQUIERDO	NO	SI	CONGÉNITA	PÚBLICA
21 años	GUAYAS	23/08/2013	10/1/2013	HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO	NÚCLEOS / PROAUDIO	DERECHO	NO	NO	ADQUIRIDA	PÚBLICA

13 años 6 meses	PICHINCHA	15/06/2018	8/1/2018	HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN	NÚCLEOS / PROAUDIO	IZQUIERDO	NO	NO	CONGÉNITA	PÚBLICA
57 AÑOS	GUAYAS	25/09/13	04/11/13	HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO	NÚCLEOS / PROAUDIO	IZQUIERDO	NO	NO	GENÉTICA	PÚBLICA
2 años 10 meses	CHIMBORAZO	27/09/18	06/11/18	HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO	NAIDA CI Q / GAES	DERECHO	NO	SI	CONGÉNITA	PÚBLICA
7 año 1 mes	MANABÍ	10/11/14	21/12/14	HOSPITAL DR. ROBERTO GILBERT	NÚCLEOS / PROAUDIO	IZQUIERDO	NO	SI	ADQUIRIDA	PÚBLICA
8 años 0 meses	PICHINCHA	04/04/2011	5/18/2011	HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN	NÚCLEOS / PROAUDIO	DERECHO	NO	SI	ADQUIRIDA	PÚBLICA
35 años 10 meses	MANABÍ	11/07/13	20/08/13	HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO	NÚCLEOS / PROAUDIO	DERECHO	NO	NO	ADQUIRIDA	PÚBLICA
12 años	MANABÍ	15/05/09	23/06/09	HOSPITAL PEDIATRICO BACA ORTÍZ	NEPTUNE / GAES	IZQUIERDO	NO	NO	DESCONOCE	PÚBLICA
2 años y 6 meses	GUAYAS	16/07/2016	8/30/2016	HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO	DESCONOCE / ProAudio	IZQUIERDO	NO	NO	ADQUIRIDA	PÚBLICA
15 años 5 meses	AZUAY	24/06/07	25/07/07	HOSPITAL PEDIATRICO BACA ORTÍZ	NÚCLEOS / PROAUDIO	DERECHO	NO	NO	ADQUIRIDA	PÚBLICA
40 años	GUAYAS	09/07/17	09/09/17	HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO	NÚCLEOS / PROAUDIO	DERECHO	NO	NO	ADQUIRIDA	PÚBLICA
11 años 1 mes	LOJA	09/09/2009	9/29/2009	HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN	NÚCLEOS / PROAUDIO	DERECHO	NO	NO	ADQUIRIDA	PÚBLICA
62 años 7 meses	GUAYAS	23/10/2013	12/2/2013	HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO	NÚCLEOS / PROAUDIO	IZQUIERDO	NO	NO	ADQUIRIDA	PÚBLICA

9 años	AZUAY	03/08/11	06/09/11	HOSPITAL PEDIATRICO BACA ORTÍZ	NEPTUNE / GAES	DERECHO	NO	NO	ADQUIRIDA	PÚBLICA
11 años 7 meses	TUNGURAHUA	04/04/2016	8/9/2016	HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN	NÚCLEOS / PROAUDIO	IZQUIERDO	NO	NO	DESCONOCE	PÚBLICA
14 años con 9 meses	PASTAZA	22/08/16	27/10/16	HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN	NÚCLEOS / PROAUDIO	IZQUIERDO	NO	SI	GENÉTICA	PÚBLICA
7 años 6 meses	PICHINCHA	04/02/2013	3/13/2013	HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN	NÚCLEOS / PROAUDIO	IZQUIERDO	NO	SI	CONGÉNITA	PÚBLICA
9 años 9 meses	PICHINCHA	08/08/10	09/09/10	HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN	NAIDA CI Q / GAES	DERECHO	NO	NO	ADQUIRIDA	PÚBLICA
48 años 5 meses	GUAYAS	18/07/16	29/08/16	HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO	NÚCLEOS / PROAUDIO	IZQUIERDO	SI	NO	ADQUIRIDA	PÚBLICA
18 años	GUAYAS	29/06/18	06/07/18	HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN	OPUS MEDEL / SALUD AUDITIVA	DERECHO	NO	NO	CONGÉNITA	PÚBLICA
2 AÑOS 8 MESES	TUNGURAHUA	06/02/18	05/03/18	HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO	NEURO ONE OTICON / GAES	DERECHO	NO	SI	CONGÉNITA	PÚBLICA
6 años 6 meses	PICHINCHA	07/07/2014	10/13/2014	HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN	NÚCLEOS / PROAUDIO	DERECHO	SI	SI	DESCONOCE	PÚBLICA

Anexo 5. Logo desarrollado por las autoras.



Anexo 6. Gira de medios.

MP Noticias/ medio de comunicación digital



Fecha de la entrevista: Martes 25 de junio de 2019

Reportera: Jenniffer Ramón

Duración: 22 minutos con 24 segundos

Link:

https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=10220166156009778&id=1402656612

OMSI Noticias/ medio de comunicación digital

OMSI NOTICIAS
27 de junio a las 21:56 · 🌐

Implante coclear: La investigación que pone en jaque al Ministerio de Salud

La indagación de las periodistas Andrea Ramón y Jéssica Ríos -por dos años- en todo el Ecuador evidencia que usuarios de implante coclear permanecen invisibilizados. En contexto, ni el Ministerio de Salud Pública u otro organismo ha realizado un estudio similar sobre esta temática que pone en el ojo público a tan solo «30 usuarios» con el implante en El Oro, 1.100 en todo el país, de los 44.019 que presentan discapacidad auditiva.

Se trata de un dispositivo de alta tecnología que permite que un paciente sin audición adquiera la capacidad de captar sonidos hasta desarrollar el lenguaje oral; la cirugía bordea los 40 mil dólares y es cubierta por la Red Pública de Salud, no así los costos de mantenimiento. La investigación de las comunicadoras forma parte de un trabajo de titulación en la Maestría Profesional en Comunicación, de la Universidad Estatal de Milagro.



**IMPLANTE COCLEAR:
INVESTIGACIÓN PONE EN JAQUE AL MSP**

Fecha de publicación: 27 de junio de 2019

Reportero: Lcdo. Robert Sigüenza

Espacio: 159 palabras

Link: <https://www.facebook.com/414648588957440/posts/700028600419436/>

Investigación visibiliza comunidad de usuarios de implante coclear en el país



Motivadas por descubrir una comunidad que no ha sido visibilizada, las estudiantes de la maestría de Comunicación de la Universidad Estatal de Milagro, realizaron una investigación con enfoque de comunicación comunitaria.

Publicado en Junio 30, 2019

Compartir Tweet

Linda Reyes Paredes

lreyes@diariocorreo.com.ec

Motivadas por descubrir una comunidad que no ha sido visibilizada, las estudiantes de la maestría de Comunicación de la Universidad Estatal de Milagro, realizaron una investigación con enfoque de comunicación comunitaria.

El tema que seleccionaron Jessica Ríos y Andrea Ramón, previo a la obtención de su título de cuarto nivel fue sobre la comunidad de usuarios de implante coclear en el Ecuador.

Los resultados de la investigación fueron que las personas con implante coclear se sienten invisibilizadas, porque la gente no conoce sobre ellos debido a la falta de información sobre el tema.

Por el desconocimiento, a criterio de las tesis, los ciudadanos con implante coclear les toca vivir situaciones complicadas como ser víctimas de robo. Los delincuentes piensan que el aparato le sirve a otra persona, cuando este es exclusivo, pues tiene una calibración con la parte interna de la cabeza.

Otros de los resultados es que los niños y niñas o adultos que poseen el implante, requieren que el Ministerio de Salud Pública, realice el mantenimiento de los aparatos luego de su colocación.

Fecha de la entrevista: 30 de junio de 2019

Reportera: Lcda. Linda Reyes

Espacio: 484 palabras

Link: <https://www.diariocorreo.com.ec/30347/ciudad/investigacion-visibiliza-comunidad-de-usuarios-de-implante-coclear-en-el-pais>

Publicidad

Zhara UTAMARCA CASA ABIERTA sábado 06 de desde las 09h0

machala móvil DIARIO DIGITAL

ENTRETENIMIENTO OPINIÓN

Inicio > El Oro > Investigación visibiliza a usuarios con implante coclear en Ecuador

EL ORO

Investigación visibiliza a usuarios con implante coclear en Ecuador

junio 26, 2019 193 0

Me gusta 222

f t e p



En Ecuador existen 44.019 personas con discapacidad auditiva, de ellas, aproximadamente 1.100 son usuarios de implante coclear, un dispositivo de alta tecnología que permite que un paciente sin audición adquiera la capacidad de captar sonidos y paulatinamente pueda desarrollar el lenguaje oral. Sobre ello, las periodistas machaleñas, Andrea Ramón y Jéssica Ríos realizaron una investigación a fin de conocer cómo este grupo se percibe a sí mismo y por la sociedad, además de generar una reaccionar en el Estado.

Jéssica Ríos señala que la persona implantada no pierde su condición de discapacidad pues si no utiliza el dispositivo, no escucha. Para acceder el implante es necesario que la hipoacusia (sordera) sea bilateral y profunda pues en casos de pérdidas menores de audición existen los audífonos.

Fecha de la entrevista: 26 de junio de 2019

Reportero: Lcdo. Roberth Sigüenza

Espacio: 1026 palabras

Link: <http://www.machalamovil.com/investigacion-visibiliza-a-usuarios-con-implante-coclear-en-ecuador/>