

DOI: <https://doi.org/10.46296/gt.v9i17.0357>

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE LA ASOCIACIÓN DE NO VIDENTES DE TUNGURAHUA

NURSING CARE FOR PEOPLE WITH DISABILITIES FROM THE ASSOCIATION OF THE BLIND OF TUNGURAHUA

Santana-Santana Joselyn Alejandra ¹; Quishpe-Jara Graciela De Las Mercedes ²

¹ Universidad Técnica de Ambato. Ambato, Ecuador.

Correo: jsantana6363@uta.edu.ec. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0006-0110-7047>.

² Universidad Técnica de Ambato. Ambato, Ecuador.

Correo: gdm.quishpe@uta.edu.ec. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0461-0602>.

Resumen

Introducción: La discapacidad visual representa un desafío importante para los sistemas de salud debido a las barreras de comunicación, accesibilidad y adaptación del entorno que enfrentan las personas no videntes al acceder a los servicios sanitarios. En el primer nivel de atención, estas limitaciones pueden influir en la calidad, seguridad y humanización del cuidado de enfermería. **Objetivo:** Analizar la atención de enfermería a personas con discapacidad visual en la Asociación de No Videntes de Tungurahua, identificar las barreras de comunicación y las necesidades específicas que enfrentan, y proponer estrategias de salud para mejorar su atención en los centros de salud a los que acuden. **Método:** Se realizó un estudio cualitativo con enfoque descriptivo. La información se recolectó mediante entrevistas semiestructuradas a personas con discapacidad visual pertenecientes a la Asociación de No Videntes de Tungurahua. Los datos obtenidos fueron analizados mediante análisis temático para identificar categorías relacionadas con las experiencias de atención de enfermería. **Resultados:** Los participantes describieron barreras en la comunicación con el personal de salud, dificultades de orientación dentro de los establecimientos y experiencias de trato poco humanizado, situaciones que afectan la seguridad, autonomía y confianza durante la atención. Sin embargo, la aplicación de estrategias de comunicación inclusiva, como explicar previamente los procedimientos y orientar verbalmente al paciente, favorece una atención más segura y respetuosa. **Conclusiones:** La atención de enfermería a personas con discapacidad visual requiere fortalecer estrategias de comunicación inclusiva, mejorar la accesibilidad de los servicios de salud y promover la formación del personal para garantizar un cuidado más humanizado, seguro e inclusivo en la atención primaria.

Palabras claves: Atención de Enfermería; Personas con Daño Visual; Personas con Discapacidad; Enfermería en Salud Comunitaria; Atención Primaria de Salud.

Abstract

Introduction: Visual disability represents a significant challenge for health systems due to communication barriers, limited accessibility, and environmental constraints faced by visually impaired individuals when accessing health services. In primary health care settings, these limitations may affect the quality, safety, and humanization of nursing care. **Objective:** To analyze nursing care for people with visual disabilities in the Tungurahua Association of the Blind, to identify the communication barriers and specific needs they face, and to propose health strategies to improve their care in the health centers they attend. **Method:** A qualitative descriptive study was conducted. Data were collected through semi-structured interviews with visually impaired individuals belonging to the Association of the Blind of Tungurahua. The information obtained was analyzed using thematic analysis to identify categories related to experiences of nursing care in health services. **Results:** Participants described barriers in communication with health personnel, difficulties in orientation within health facilities, and experiences of non-humanized care. These situations affect patients' perceptions of safety, autonomy, and confidence during the care process. However, participants indicated that inclusive communication strategies, such as

Información del manuscrito:

Fecha de recepción: 08 de enero de 2026.

Fecha de aceptación: 20 de marzo de 2026.

Fecha de publicación: 20 de abril de 2026.



explaining procedures in advance and providing verbal guidance within care spaces, promote a safer and more respectful care experience. Conclusions: Nursing care for visually impaired individuals requires strengthening inclusive communication strategies, improving accessibility in health services, and promoting professional training to ensure more humanized, safe, and inclusive care in primary health care settings.

Keywords: Nursing Care; Persons with Visual Disabilities; Persons with Disabilities; Community Health Nursing; Primary Health Care.

1. Introducción

En la actualidad, la discapacidad se entiende desde un enfoque biopsicosocial, donde las limitaciones en las actividades no dependen únicamente de una condición de salud, sino de la interacción entre las características de la persona y las barreras del entorno físico y social. Desde esta perspectiva, la discapacidad también se relaciona con la falta de adaptaciones en los sistemas y servicios, lo que genera desigualdades en el acceso a la salud y afecta derechos como la autonomía, la participación y la dignidad humana (1).

A nivel mundial, la discapacidad constituye un importante problema de salud pública. Se estima que una de cada seis personas vive con algún tipo de discapacidad, enfrentando mayores dificultades para acceder a servicios de salud integrales (2). Entre ellas, la

discapacidad visual es una de las más frecuentes, con más de 2.200 millones de personas afectadas en el mundo, muchas de las cuales podrían beneficiarse de intervenciones tempranas y servicios de salud accesibles (3).

La discapacidad visual se entiende como la disminución o pérdida total de la visión, puede presentarse desde el nacimiento o aparecer posteriormente, a causa de distintas enfermedades oculares como cataratas, degeneración macular asociada con la edad, glaucoma, retinopatía diabética, afectaciones traumáticas o sistémicas (4). Además de una alteración sensorial, esta condición genera impactos emocionales, sociales y físicos, como desorientación, dependencia, ansiedad, aislamiento social y menor calidad de vida.

En Latinoamérica y el Caribe, se estima que por cada millón de personas 5000 son ciegos y 20000

tienen esta discapacidad, lo que implica un desafío en especial en situaciones de pobreza, vulnerabilidad social y acceso limitado a servicios especializados (5).

En Ecuador, la discapacidad visual se reconoce como un problema relevante de salud pública. Registros oficiales del Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades señalan que, de 495.792 personas registradas con algún tipo de discapacidad, 57.384 presentan discapacidad visual, lo que demuestra la importancia de mejorar la atención inclusiva y humanizada, en especial en el primer nivel de atención (6).

Sin embargo, estudios han demostrado que las personas no videntes siguen teniendo dificultades cuando acuden a los servicios de salud, principalmente en la orientación dentro del establecimiento, el acceso a la información, la comunicación con el personal y el trato del equipo sanitario. Estas limitantes hacen al paciente más vulnerable, reducen su participación en el cuidado, afectan su seguridad y calidad de servicio

(7–9).

Dentro de este contexto, la participación del personal de enfermería juega un papel importante, más aún en el primer nivel de atención sanitaria, dado que es la primera interacción con el sistema de salud. Enfermería además de realizar funciones de cuidado y asistenciales, cumple un rol importante en el acompañamiento, la comunicación, la educación y la seguridad del paciente.

Además, el respaldo científico muestra como el contacto físico sin aviso anticipado, la información dirigida al acompañante, la comunicación deficiente y la falta de sensibilidad, son problemas habituales en las personas no videntes, provocando sentimientos de inseguridad, disminución de autonomía y sensación de exclusión (7,8)

Desde el enfoque teórico, aunque no existe una teoría de enfermería específica para el cuidado de personas no videntes, diversas teorías clásicas pueden aplicarse a este contexto. La Teoría del Cuidado

Humano de Jean Watson destaca la empatía y la relación terapéutica como elementos esenciales del cuidado, incluso sin contacto visual. Por su parte, la Teoría de las Necesidades Humanas de Virginia Henderson permite identificar las necesidades afectadas por la discapacidad visual, favoreciendo un cuidado adaptativo que promueva la autonomía. Asimismo, el Modelo de Adaptación de Callista Roy, la Teoría de las Relaciones Interpersonales de Hildegard Peplau y la Teoría del Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger aportan fundamentos para fortalecer la adaptación, la comunicación terapéutica y el respeto por la diversidad sociocultural en la práctica de enfermería (10–14)

Aunque se reconoce el impacto de la discapacidad visual en la atención sanitaria, aún existe insuficiente evidencia científica que analice, desde la perspectiva de los propios usuarios, sus experiencias en la atención de enfermería dentro de los servicios de salud. En la provincia de Tungurahua, particularmente, no se han identificado estudios que expliquen cómo las personas no videntes perciben la atención de

enfermería recibida en los establecimientos de atención primaria, ni cuáles son las barreras de comunicación y las necesidades específicas que enfrentan durante su proceso de atención.

Ante este vacío de conocimiento, la presente investigación tiene como objetivo analizar la atención de enfermería a personas con discapacidad visual en la Asociación de No Videntes de Tungurahua, identificar las barreras de comunicación y las necesidades específicas que enfrentan, y proponer estrategias de salud para mejorar su atención en los centros de salud a los que acuden. A partir de este enfoque, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo es la atención de enfermería brindada a los miembros de la Asociación de No Videntes de Tungurahua en los centros de salud de atención primaria a los que acuden?

2. Metodología

Diseño de estudio

Esta investigación se realizó con un enfoque cualitativo y diseño

fenomenológico descriptivo, el cual busca analizar las vivencias de las personas con discapacidad visual en relación con la atención de enfermería recibida en los centros de salud a los que acuden. La fenomenología ayuda al análisis de los significados que los sujetos de estudio otorgan a las experiencias de comunicación y cuidado, destacando su opinión y contexto en el que se desarrolla (15).

Adicionalmente, para el análisis se empleó los principios de la Teoría Fundamentada para establecer categorías analíticas con la información obtenida, las cuales surgieron mediante un proceso que se basa en una revisión comparativa continua (16).

Paradigma epistemológico

La presente investigación se basó en el paradigma interpretativo–constructivista, donde interpreta la realidad social como un resultado formado a partir de experiencias, interacciones y significados que las personas atribuyen. Desde este enfoque, la atención de enfermería se interpreta como una práctica relacional contextualizada,

determinada por elementos comunicativos, éticos y estructurales, especialmente importantes en las personas no videntes (17)

Contexto y población de estudio

La investigación se realizó en la Asociación de No Videntes de Tungurahua. Institución que integra a personas con discapacidad visual de la provincia. La población de estudio fueron los afiliados de esta organización que han recibido atención de enfermería en los centros de salud, y la unidad de análisis se enfocó en la experiencia personal durante la atención, especialmente en los procesos de comunicación, el trato brindado y la satisfacción de sus necesidades a lo largo del cuidado.

Muestreo

Se empleo un muestreo intencional por criterios y se eligieron los participantes que tuvieron vivencias directas con el fenómeno investigado. El número de participantes se determinó mediante el criterio de saturación teórica, el cual se consideró alcanzado cuando los datos obtenidos ya no brindaban

información con un aporte significativo para el estudio (18).

Criterios de inclusión

Personas mayores de 18 años diagnosticadas con discapacidad visual (baja visión o ceguera total), afiliados a la Asociación de No Videntes de Tungurahua, que recientemente hayan recibido atención en los centros de salud por parte del personal de enfermería y que hayan aceptado participar mediante el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Personas con discapacidad intelectual que dificulte la comunicación verbal o que no hayan recibido atención reciente en los servicios de salud.

Técnica e instrumento de recolección de datos

La técnica utilizada fue mediante entrevistas semiestructuradas en profundidad, ya que permite conocer y comprender de mejor manera las opiniones, experiencias y significados desde el punto de vista de los entrevistados (19). El instrumento empleado fue una guía

de preguntas semiestructuradas, diseñada en base a los objetivos de la investigación y estructurada en ejes temáticos asociado a las experiencias de atención de enfermería, barreras de comunicación, necesidades específicas y estrategias de mejora.

Las entrevistas se grabaron en audio, luego transcritas de forma textual, se guardaron e identificaron mediante códigos alfanuméricos (E1-E10).

Proceso de análisis de datos

Para el análisis de la información recaudada se siguió los principios de la Teoría Fundamentada, a través de un proceso de codificación abierta, axial y selectiva, utilizando el software Taguette como herramienta de apoyo.

En la codificación abierta se identificaron códigos preliminares e *in vivo* a partir de los testimonios, de esta manera se incorporaron expresiones textuales vinculadas con la atención de enfermería, las barreras comunicacionales y las necesidades manifestadas por los participantes. Posteriormente, se realizó una depuración de códigos, a

través de una comparación constante de datos, permitiendo organizar, redefinir o conservar en base a su frecuencia y coherencia conceptual (20)

Después, para la codificación axial, se organizaron los códigos depurados en categoría analíticas, clasificándolos en condiciones causales, contextuales, intervinientes, acciones o interacciones y resultados (21). Permitiendo entender de manera más clara la relación entre la atención de enfermería con las barreras de comunicación, las necesidades y las estrategias de mejora para un cuidado inclusivo en personas con discapacidad visual.

Para finalizar, mediante la codificación selectiva, se unieron las categorías en un esquema organizado que permitió analizar y explicar el fenómeno de estudio de forma integral.

También se usaron principios del análisis temático para encontrar y definir los temas más importantes que aparecieron a partir de las categorías que se fueron identificando (22).

Rigor científico

A fin de garantizar la validez de la metodología empleada para el estudio, se utilizaron criterios de rigor, los cuales incluyen: la credibilidad, asegurada a través de la saturación de información, inclusión de citas, coherencia entre los datos obtenidos y las categorías; la transferibilidad, con una descripción detallada de los participantes y del contexto del estudio; la dependencia, garantizada con el registro organizado y sistemático del desarrollo metodológico; y la conformabilidad, mediante la transparencia en el análisis y la reflexión de la investigación(23).

Consideraciones éticas

La investigación con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación en Seres Humano de la Universidad Técnica de Ambato (CEISH-UTA), mediante Oficio N.º 081-CEISH-UTA-2025, con fecha del 15 de julio de 2025. El estudio se desarrolló conforme a los principios éticos de respeto, beneficencia, no maleficencia y justicia.

La participación fue voluntaria y se realizó previa firma del consentimiento informado, especificando que los participantes pueden retirarse en cualquier momento sin repercusiones. Además, se protegió la identidad de los participantes, manteniendo la información confidencial mediante la codificación de las entrevistas, y se estableció que los datos serían utilizados únicamente para fines académicos e investigativos.

3. Resultados y discusión

La tabla 1 refleja la codificación axial elaborada con base en los códigos

depurados y del análisis comparativo constante de las entrevistas (E1–E10). Las categorías axiales se organizan según su rol analítico como condiciones causales, contextuales, condiciones intervinientes, acciones/interacciones y consecuencias, en coherencia con el enfoque de Teoría Fundamentada. Las estrategias de comunicación inclusiva surgen de las acciones orientadas a superar las barreras identificadas y a responder a las necesidades de cuidado manifestadas por las personas con discapacidad visual.

Tabla 1. Codificación axial de las experiencias de los miembros de la Asociación de No Videntes de Tungurahua durante la atención de enfermería en los centros de salud

Entrevistado	Fragmento textual representativo	Nota analítica inicial
E2	"Casi siempre se dirigen a mi mamá y no a mí"	Comunicación no dirigida al paciente
E5	"Yo estaba al lado solo escuchando"	Invisibilización del sujeto de cuidado
E10	"Me explican como si yo pudiera ver"	Información no adaptada
E1	"Desde que entro me siento perdido"	Desorientación en el espacio
E3	"Me dicen 'pase por ahí', pero no sé dónde es"	Falta de orientación verbal
E7	"Dicen 'siguiente' y no sé si me toca"	Señalización no accesible
E6	"Lo tratan a uno como si fuera invisible"	Trato despersonalizado
E8	"Me toman del brazo sin avisar"	Contacto sin consentimiento
E10	"La enfermera me gritó delante de todos"	Falta de empatía del personal
E4	"Cuando no me conocen me siento insegura"	Seguridad ligada al trato
E10	"Tengo miedo de cometer algún error"	Inseguridad en la atención
E5	"Siempre tengo que ir con alguien"	Dependencia del acompañante
E6	"Necesitamos que nos expliquen y orienten"	Necesidad de información clara
E10	"Un trato digno y empático"	Necesidad de respeto
E3	"Alguien que nos guíe dentro del centro"	Necesidad de orientación
E6	"Que se identifiquen antes de atender"	Presentación verbal del personal
E10	"Que nos expliquen paso a paso"	Explicación verbal adaptada
E6	"Usar braille o audio para informarnos"	Formatos accesibles
E10	"Que nos atiendan con prioridad"	Atención prioritaria
E6	"Que avisen antes de tocarnos"	Aviso previo al contacto

Elaborado por: Joselyn Alejandra Santana Santana

La tabla 2 refleja el proceso de depuración de los códigos iniciales

obtenidos mediante la codificación abierta de las entrevistas, integrando

códigos in vivo y códigos preliminares generados en Taguette. La depuración se realizó a través del análisis comparativo constante, mediante la agrupación, redefinición o mantenimiento de los códigos, con el propósito de disminuir repeticiones

y consolidar la coherencia conceptual. Este método se desarrolló de acuerdo con la Teoría Fundamentada, y forma la base sobre la cual se desarrolla la codificación axial y selectiva.

Tabla 2. Depuración de códigos en base al análisis cualitativo de las entrevistas a los miembros de la Asociación de No Videntes de Tungurahua

Código inicial (Taguette)	Descripción inicial	Decisión metodológica	Código depurado (final)	Justificación analítica
Falta de empatía del personal	Trato indiferente o irrespetuoso	Se mantiene	Trato deshumanizado	Código recurrente, transversal y claramente definido en el discurso
Comunicación dirigida al acompañante	Enfermería se dirige a terceros	Se redefine	Invisibilización del paciente	El énfasis no es solo dirección del mensaje, sino negación del rol del paciente
Falta de información verbal	Explicaciones inadecuadas	Se mantiene	Comunicación no accesible	Integra ausencia de adaptación del lenguaje
Me explican como si pudiera ver	Lenguaje visual	Se agrupa	Comunicación no accesible	Comparte significado con otros fragmentos similares
Desorientación en el servicio	Dificultad para ubicarse	Se mantiene	Desorientación espacial	Se precisa el componente físico-ambiental
Falta de orientación verbal	No guía en el espacio	Se agrupa	Desorientación espacial	Mismo fenómeno desde otra expresión
Contacto sin aviso previo	Contacto inesperado	Se mantiene	Intervención sin consentimiento	Refleja vulneración ética y relacional
Trato brusco	Manipulación física inadecuada	Se agrupa	Intervención sin consentimiento	Mismo significado experiencial
Necesidad de orientación verbal o apoyo físico	Demanda de ayuda	Se redefine	Orientación guiada en el espacio	Se formula como acción de cuidado
Necesidad de información clara	Requerimiento explícito	Se mantiene	Necesidad de información clara	Código consistente y estable
Necesidad de trato respetuoso	Demanda de respeto	Se mantiene	Respeto y dignidad	Se amplía a constructo ético
Necesidad de seguridad	Miedo, inseguridad	Se redefine	Seguridad percibida	Permite análisis relacional
Necesidad de autonomía	Dependencia del acompañante	Se mantiene	Autonomía vulnerada	Código central para consecuencias
Identificarse antes de atender	Presentación verbal	Se mantiene	Presentación verbal del personal	Acción concreta de enfermería
Explicación paso a paso	Explicaciones detalladas	Se mantiene	Explicación verbal adaptada	Se ajusta al lenguaje inclusivo
Uso de braille o audio	Accesibilidad informativa	Se mantiene	Formatos accesibles (Braille/audio)	Código claro y específico
Atención prioritaria	Preferencia en atención	Se mantiene	Atención prioritaria	Acción organizacional

Elaborado por: Joselyn Alejandra Santana Santana

La tabla 3 muestra la codificación axial unificada derivada del análisis comparativo constante de las entrevistas realizadas a los miembros de la asociación de no videntes. Se integran los objetivos específicos, las preguntas guía y las categorías axiales generadas, organizadas según su rol analítico como condiciones causales, contextuales, condiciones intervinientes,

acciones/interacciones y consecuencias. Este método se desarrolló de acuerdo con la Teoría Fundamentada, posibilitando articular de manera consistente las barreras comunicacionales, las necesidades de cuidado inclusivo y las estrategias de comunicación orientadas a brindar una atención de enfermería de calidad para este grupo poblacional.

Tabla 3. Codificación axial unificada de las experiencias de los miembros de la Asociación de No Videntes de Tungurahua durante la atención de enfermería en los centros de salud.

Objetivo específico	Pregunta guía	Preguntas subsecuentes	Categoría axial	Rol en el modelo axial	Códigos depurados asociados	Descripción analítica integrada
OE1. Determinar las principales barreras de comunicación que enfrentan las personas con discapacidad visual en los establecimientos de salud	¿Desde su experiencia en los centros de salud, ¿cuáles han sido las principales barreras de comunicación que ha enfrentado durante la atención de enfermería y cómo estas han influido en su seguridad, confianza y comprensión del cuidado recibido?	¿Qué dificultades ha tenido para comunicarse con el personal de enfermería?	Barreras comunicacionales en la atención de enfermería	Condición causal	Comunicación no accesible, Invisibilización del paciente	Limitaciones en la forma, contenido y dirección de la comunicación que impiden la comprensión, participación y reconocimiento del paciente con discapacidad visual como sujeto activo del cuidado
		¿Ha tenido problemas para moverse u orientarse dentro del establecimiento de salud?	Barreras físicas y espaciales del servicio de salud	Condición contextual	Desorientación espacial	Obstáculos del entorno físico y ausencia de orientación verbal que incrementan la dependencia y el riesgo durante la atención
		¿Cómo fue el trato recibido por parte del personal de enfermería?	Experiencias de deshumanización del cuidado	Contexto / interacción	Trato deshumanizado, Intervención sin consentimiento	Interacciones caracterizadas por ausencia de empatía, contacto sin aviso y

						prácticas rutinarias que despersonalizan el cuidado
OE2. Identificar las necesidades que las personas con discapacidad visual requieren durante la atención de enfermería	¿Durante la atención de enfermería, ¿qué necesidades considera usted que deben ser atendidas para recibir un cuidado digno, seguro y humanizado como persona con discapacidad visual?	¿Qué necesita para sentirse seguro/a durante la atención?	Necesidades de cuidado inclusivo	Condición interviniente	Necesidad de información clara, Orientación guiada en el espacio, Respeto y dignidad	Demandas expresadas por los participantes para recibir un cuidado comprensible, respetuoso, accesible y centrado en la persona
		¿Cómo se siente cuando no recibe información adecuada?	Vulneración de la autonomía y la seguridad	Consecuencia	Autonomía vulnerada, Seguridad percibida disminuida	Impacto negativo de las barreras comunicacionales y contextuales que generan miedo, dependencia e inseguridad
OE3. Proponer estrategias de comunicación diseñadas para superar las barreras y satisfacer las necesidades específicas	¿A partir de su vivencia en los centros de salud, ¿qué estrategias de comunicación cree que el personal de enfermería debería implementar para superar las barreras existentes y responder adecuadamente a las necesidades de las personas con discapacidad visual?	¿Qué debería hacer el personal de enfermería para mejorar la atención?	Estrategias de comunicación inclusiva en la atención de enfermería	Acción / interacción	Comunicación directa con el paciente, Explicación verbal adaptada, Presentación verbal del personal, Aviso previo al contacto, Formatos accesibles (audio/Braille), Atención prioritaria	Conjunto de acciones propuestas por las participantes orientadas a humanizar el cuidado, fortalecer la autonomía y garantizar una atención segura e inclusiva

Elaborado por: Joselyn Alejandra Santana Santana

Mediante el análisis cualitativo de las entrevistas aplicadas a los miembros de la Asociación de No Videntes de Tungurahua, se logró identificar varias categorías axiales que

detallan las experiencias vividas durante la atención de enfermería en los centros de salud.

Barreras comunicacionales en la atención de enfermería

El análisis de los testimonios señaló que las barreras de comunicación es una de las principales problemáticas durante la atención de enfermería a personas con discapacidad visual que influye en la calidad del cuidado y su interpretación de seguridad en la atención del establecimiento de salud.

Entre las barreras más frecuentes fue la **invisibilización del paciente**, reflejada cuando el personal de enfermería se comunica con el acompañante dando información y explicaciones. Esta situación fue interpretada por los participantes como una limitación para tomar decisiones, causando sentimientos de marginación. Comentarios como *“Casi siempre se dirigen a mi mamá y no a mí”* (E2) y *“Yo estaba al lado solo escuchando”* (E5) muestran una experiencia en la atención donde el paciente cesa su participación y se ubica en un rol pasivo dentro de su proceso de atención.

De igual forma, otra barrera fue la comunicación no accesible, puesto que las explicaciones eran señales visuales y gesticulaciones. Los

entrevistados manifestaron que las indicaciones proporcionadas por el personal de enfermería se interpretan de manera equivocada, ya que asumen que el paciente cuenta con la capacidad de ver. Esta situación se evidencia en testimonios como *“Me explican como si yo pudiera ver”* (E10).

También, surgió la falta de orientación verbal clara como barrera comunicacional. Explicaciones poco claras o descripciones espaciales que causan confusión, más aún cuando son espacios desconocidos. Los participantes mencionaron que la falta de orientación aumenta la posibilidad de accidentes, la necesidad de los acompañantes guía y sentimientos de inseguridad, tal como se evidencia en afirmaciones como *“Desde que entro me siento perdido”* (E1) y *“Me dicen ‘pase por ahí’, pero no sé dónde es”* (E3).

Estos resultados del estudio demuestran, que la comunicación de los profesionales de enfermería no integra estrategias de orientación verbal adecuadas, ni enfoques de atención centradas en el paciente.

La prevalencia de estas barreras destaca la importancia de cambiar el sistema de enfermería, considerando la comunicación inclusiva como un elemento fundamental para una atención digna y humana.

Barrera físicas y espaciales del servicio de salud

Las declaraciones de los participantes contribuyeron para determinar barreras físicas y espaciales en los centros de salud que perjudica la experiencia del paciente con discapacidad visual. Estas barreras principalmente se identifican en la desorientación dentro del espacio, la falta de señalización adaptada y la carencia de asistencia verbal o guía física por parte del equipo de salud en el desplazamiento de la persona no vidente.

Los entrevistados interpretan a los centros de salud como entornos que dificultan la movilidad cuando no hay indicadores táctiles, apoyos auditivos o verbales que ayuden con la orientación. La situación percibida desde el ingreso al centro de salud fue señalada como una situación

confusa, esto se aprecia en comentarios como *“Desde que entro me siento perdido”* (E1). Además, esa sensación de desorientación crece cuando hay una elevada demanda de atención, ya que la circulación de personas, el ruido ambiental, entorpecen la capacidad del paciente para ubicarse en el servicio.

La barrera espacial más frecuente fue la falta de orientación verbal clara para el desplazamiento durante el proceso de atención, tal como el llamado por turno, el movimiento hacia las salas de consulta o de procedimientos. Los participantes expresaron que las instrucciones brindadas se basan en aspectos visuales, términos que resultan poco útiles para personas con limitación visual. Uno de los entrevistados manifestó: *“Me dicen ‘pase por ahí’, pero no sé dónde es”* (E3), mostrando una comunicación espacial poco adaptada que aumenta la dependencia.

De igual forma, se evidenció la falta de señalización accesible. Los participantes expresaron tener dificultad para saber cuándo les toca ser atendidos o a cuál punto

moverse, causando confusión y tardanzas. Testimonios como *“Dicen ‘siguiente’ y no sé si me toca”* (E7) demuestran una experiencia donde los mecanismos de señalización y llamada no cubrían las necesidades de las personas con discapacidad visual.

Dichas barreras físicas y espaciales influyen directamente en la autonomía y la seguridad del paciente, cuando se intensifica la necesidad de estar acompañado y disminuye la capacidad de desenvolverse por sí mismo. De manera general, la información recopilada muestra que la organización del espacio físico y el manejo del entorno no integra de manera estructurada parámetros para un acceso inclusivo. Estas barreras espaciales limitan la movilidad y también influye en la interacción con el personal de enfermería, puesto que no existe una buena comunicación.

Experiencias de deshumanización del cuidado

Mediante un análisis de los testimonios se identificó que las **vivencias de deshumanización del cuidado** forman parte de la atención

de enfermería hacia los pacientes con limitaciones visuales, evidenciándose en procedimientos, maneras de actuar e interacciones que perjudican la autoestima y el estado emocional de la persona con discapacidad visual.

Entre las situaciones de trato deshumanizado más referidas fue la **actitud indiferente o despersonalizada**, debido a que el personal de enfermería toma caso omiso a las necesidades del paciente. Algunos de los entrevistados refieren no ser considerados como sujeto de participación. Testimonios como *“lo tratan a uno como si fuera invisible”* (E6) y *“uno piensa que no lo ven como persona capaz”* (E5), evidencian un debilitamiento del vínculo terapéutico, causando un impacto negativo en la autoestima del usuario.

Además, otros actos de deshumanización mencionados está la poca **empatía con los pacientes con discapacidad visual**, reflejados en expresiones de disgusto o impaciencia. Los entrevistados cuentan vivencias donde las inquietudes o requerimientos de

apoyo fueron atendidas mediante contestaciones bruscas o de forma irrespetuosa, dando como resultado sentimientos de incomodidad. Declaraciones como *“se molestan porque dicen que están ocupadas”* (E10) o *“nos hacen esperar sin explicarnos nada”* (E3) dan a conocer que la atención se enfoca en el cumplimiento de la actividad sin considerar a la persona.

De igual forma, se evidenció como acto de deshumanización el **contacto físico sin aviso previo**, manifestado por varios participantes. La falta de explicación previa al contacto directo, causa temor y desconfianza, aún más cuando el paciente no puede anticipar de manera visual el procedimiento que se le vaya a realizar. Comentarios como *“me toman del brazo y me ponen algo sin avisar”* (E1), *“me asusté cuando sentí la aguja”* (E9) o *“me toman del brazo de manera brusca”* (E8) muestran cómo estas situaciones comprometen la percepción de seguridad de la persona no vidente.

La **deshumanización del cuidado** se manifiesta cuando el personal de enfermería dirige la comunicación

principalmente al acompañante, dejando en segundo plano al paciente con discapacidad visual, esta situación rompe la comunicación directa y fortalece estereotipos de incapacidad. Los entrevistados mencionan que esta forma de atención les produce tristeza, al notar que son excluidos de conversaciones sobre su propia salud, así como lo manifiesta: *“yo soy quien siente el dolor”* (E5) y *“me hace sentir menospreciado”* (E2).

De manera resumida, estas situaciones establecen un escenario donde la persona con discapacidad visual reconoce una **falta de consideración hacia sus capacidades**, influyendo sobre la confianza en la atención que brindan los establecimientos de salud. Estos datos recogidos muestran como la deshumanización del cuidado no únicamente se basa en actos propiamente de maltrato, sino que además se forma con acciones que a simple percepción parecen poco relevantes, como por ejemplo no identificarse y no hablar directamente con el paciente, estos eventos de manera conjunta generan marginación.

Necesidades de cuidado inclusivo

A partir del análisis de las entrevistas surgieron varias **necesidades de cuidado inclusivo**, interpretadas como aspectos importantes para brindar una atención de enfermería confiable y centrada en las personas con discapacidad visual. Dichas necesidades se establecen como factores **intervenientes** que influyen en la experiencia de atención y la forma en la que se percibe el cuidado recibido.

Entre las necesidades se encuentra la **necesidad de una comunicación clara y ajustada a las** personas con discapacidad visual, para que puedan comprender la información proporcionada y las decisiones respecto a su atención de salud. Los entrevistados mencionaron que, al no contar con la capacidad de ver, es importante dar mayor relevancia a la información verbal para mayor seguridad. Comentarios como *“sí podemos escuchar y entender”* (E9) y *“necesitamos que nos expliquen con calma”* (E10) demuestran el requerimiento de una comunicación detallada y orientada al paciente.

De igual manera, otra necesidad fue la **guía verbal y asistencia al**

movilizarse en el centro de salud.

Los participantes mencionan que, al no haber una orientación adecuada, causa inseguridad y dependencia, por otro lado, con una correcta orientación facilita el desplazamiento, dando mayor independencia. Testimonios como *“necesitamos que nos orienten con palabras claras”* (E7) y *“alguien que nos guíe dentro del centro”* (E3) reflejan que la orientación dentro del establecimiento de salud no debe ser considerado como algo opcional, sino como una acción fundamental para asegurar una atención integral.

Además, la **necesidad de aviso y explicación previo al contacto físico** surgió como una atención centrada en el respeto hacia al paciente y fortalecer su sensación seguridad. Los entrevistados señalaron que avisar verbalmente antes de cada procedimiento disminuye el temor y la reacción de sorpresa, más aún en intervenciones como la toma de signos vitales, la administración de medicación o la canalización de una vía periférica. Comentarios como *“que nos avisen antes de tocarnos”* (E6) y *“que nos expliquen qué parte del cuerpo van a tocar”* (E9) muestran la importancia

de estos actos para una atención respetuosa y humanizada.

También se constató la **necesidad de un trato respetuoso y empático** como un elemento importante para un cuidado inclusivo. Los entrevistados mencionaron que el respeto no se basa únicamente en el lenguaje verbal, más bien se observa en la paciencia del profesional de enfermería, el tono de voz y la apertura para escuchar. Testimonios como *“un trato digno y empático”* (E10) y *“la paciencia y la empatía cambian todo”* (E7) evidencia que estas actitudes influyen en la satisfacción y la predisposición para regresar a los servicios de salud.

Otra necesidad importante fue la **promoción de la autonomía**, interpretada como una medida donde el paciente con discapacidad visual decide sobre su propia salud sin requerir apoyo permanente del acompañante. Los participantes mencionaron que quieren ser tratados como seres capaces de recibir indicaciones y tomar decisiones. Entre los testimonios surgieron expresiones como *“me gustaría poder manejarme solo”* (E7) y *“nos hace sentir más autónomos”*

(E9) expresando que la atención inclusiva debe basarse en evitar fomentar una dependencia excesiva.

Así mismo, se identificó la **necesidad de formatos accesibles para brindar información**, como la escritura braille o dispositivos de audio, principalmente para diferenciar los medicamentos y como apoyo para recordar indicaciones. Cabe mencionar que hubo participantes que refirieron que, una explicación verbal clara es suficiente, sin embargo, también destacaron que los formatos accesibles son un apoyo para brindar confianza y continuidad en el proceso de atención, así lo manifiesta testimonios como *“usar braille o audio sería de gran ayuda”* (E6) y *“nos permitiría no olvidar la información”* (E8).

En síntesis, las necesidades de cuidado inclusivo muestran como la atención del personal de enfermería hacia las personas con discapacidad visual debe centrarse en su condición, integrando una comunicación adaptada, trato digno y fomento de la autonomía. Los cumplimientos de estas necesidades brindan una mejor experiencia de

atención en los centros de salud y disminuye las barreras.

Vulneración de la autonomía y la seguridad

Mediante el análisis de las entrevistas se identificó la **vulneración de la autonomía y la seguridad** como causa principal de las barreras comunicacionales y físicas entre los profesionales de enfermería y las personas con discapacidad visual. Esta situación de vulnerabilidad se pone en evidencia cuando el paciente queda al margen de la toma de decisiones y necesita obligatoriamente del apoyo de alguien para desenvolverse en el centro de salud.

Entre las principales determinantes que influyen sobre la **autonomía** del paciente es la **comunicación dirigida al acompañante**. Esta manera de actuar dificulta el rol activo del paciente no vidente sobre su propia atención y fomenta la incapacidad. Los participantes refirieron que, a pesar de hacer acto de presencia, la toma de decisiones e indicaciones se las hacen a los acompañantes. Comentarios como *“yo estaba al lado solo escuchando”* (E5) y *“ya no me sentiría como*

alguien que solo está ahí mientras otros deciden por mí” (E2) dan a conocer cómo este tipo de atención perjudica la autodeterminación del paciente.

La **falta de autonomía** también se ve influida por la **dependencia inevitable del acompañante**. Los entrevistados manifiestan que, por la falta de apoyo por parte del personal de enfermería, se ven obligados a estar siempre acompañados. Esta problemática causa malestar y desánimo, así como lo expresan testimonios como *“me gustaría poder manejarme solo”* (E7) y *“si no está mi mamá, pueden olvidarse de mí”* (E9).

Con respecto a la **seguridad**, se encuentra más influenciada por la **falta de información verbal y el aviso previo al contacto físico** durante la atención de enfermería. La inexistencia de explicaciones comprensibles y anticipadas desarrolla sentimientos de miedo y estrés. Algunos participantes refieren vivencias donde no fueron advertidos con anterioridad y actuaron de forma involuntaria, casos como retirar el brazo en una inyección o por un procedimiento invasivo, poniendo en riesgo su

bienestar físico. Relatos como *“me asusté cuando sentí la aguja”* (E9) y *“me pusieron una inyección sin avisar y moví el brazo”* (E1) describen esta situación.

De igual forma, la **dificultad para ubicarse dentro de** los centros de salud constituye un riesgo directo para la seguridad física de las personas no videntes. Los entrevistados mencionan situación de golpes con objetos. Dichas situaciones producen miedo para movilizarse independientemente e incrementan la percepción de inseguridad al asistir a los establecimientos de salud. Un entrevistado contó: *“choqué con una camilla y nadie me ayudó”* (E1), mientras otra persona relató haberse golpeado al no haber sido guiado adecuadamente al ingreso de la unidad de salud (E4).

También se expresa la vulneración de la seguridad en el contexto emocional, mediante sentimientos de tensión y desconfianza con el personal de enfermería. Los entrevistados cuentan que la poca empatía o las contestaciones inapropiadas generan inseguridad en el personal de salud. Comentarios

como *“tengo miedo de cometer algún error”* (E10) y *“me pongo tenso porque no me explican”* (E1) evidencian las repercusiones emocionales de estas experiencias.

En términos generales, las entrevistas reflejan que la vulneración de la autonomía y la seguridad son el resultado de procedimientos de atención que no toman en cuenta de forma integral el estado de discapacidad visual. La marginación del paciente con discapacidad en la comunicación, la ausencia de guía y la falta de información entendible producen un ambiente de atención que dificulta la independencia e implica riesgos físicos y de salud emocional.

Estrategias de comunicación inclusiva

A partir del análisis de los testimonios de las entrevistas surgieron algunas **estrategias de comunicación inclusiva**, propuestas por las personas no videntes a partir de sus vivencias con la atención sanitaria recibida. Estas estrategias se establecen como procedimientos y vínculos dirigidos a vencer las barreras

comunicacionales y a satisfacer las necesidades para una atención accesible para todos.

Entre las estrategias, está la **comunicación directa con el paciente**, comprendida como la necesidad de que el profesional de enfermería hable principalmente con la persona con discapacidad visual y no con el acompañante. Los entrevistados recalcaron que esta acción contribuye a la valoración de su autonomía y su participación en el proceso de atención. Testimonios como *“que se dirijan directamente a nosotros”* (E7) y *“sí podemos escuchar y entender”* (E9) muestran la importancia de implementar una interacción comunicativa directa, respetuosa y humanizada.

También una estrategia identificada es la **presentación verbal del personal de enfermería** al empezar con la atención. Los entrevistados explicaron que identificarse verbalmente con el nombre y su función brinda mayor confianza y claridad comunicativa, particularmente en situaciones donde el paciente no reconoce a la persona que lo está atendiendo. Comentarios como *“identificarse*

primero antes de atender” (E6) y *“cuando se presentan me siento más tranquilo”* (E7) reflejan que esta acción elemental influye en gran parte en la percepción de la atención recibida.

De igual forma, se enfatizó la **explicación verbal clara y paso a paso de los procedimientos**, como una estrategia para eliminar el miedo y el nerviosismo durante la atención. Los participantes expresan que avisar con anterioridad lo que van a realizar, explicar el procedimiento y el propósito, facilita la preparación emocional. Esta acción se observa en testimonios como *“que nos expliquen paso a paso”* (E10) y *“necesitamos que nos expliquen nuevamente o más despacio”* (E8).

El **aviso previo al contacto físico** surge como una estrategia para procurar la seguridad y reconocimiento de la dignidad del paciente. Los entrevistados explicaron que poner en conocimiento verbalmente previo a toca o realizar un procedimiento en alguna parte del cuerpo, previene el sobresalto y principalmente la desconfianza. Comentarios como *“avisarnos antes de tocarnos”* (E9) y

“decirnos qué parte del cuerpo van a tocar” (E9) reflejan la importancia de esta acción para una atención más humana.

Además, se mencionó la **orientación guiada en el espacio**, donde se debe acompañar al paciente en su desplazamiento dentro del centro de salud, describiendo detalladamente el entorno y brindando el brazo de manera correcta si así lo requiere. Los participantes resaltaron que esta estrategia ayuda con la movilidad y disminuye el apoyo necesario del acompañante. Términos como *“que nos guíen con palabras claras”* (E7) y *“que sepan cómo orientarnos dentro del centro”* (E8) muestran la importancia de incluir este tipo de atención como parte del cuidado.

Para finalizar, surgió la **implementación de formatos accesibles de información**, como la escritura braille o medios auditivos. Es importante mencionar que algunos participantes refieren que una comunicación correcta es suficiente tomando en cuenta la situación, no obstante, se coincidió que el uso de formatos accesibles es un apoyo para brindar una mejor

atención. Testimonios como *“facilitar la información en braille”* (E6) y *“nos permitiría no olvidar la información”* (E8) detallan la relevancia de estas estrategias adicionales.

En general se puede explicar que las estrategias de comunicación inclusiva planteadas por los entrevistados reflejan que el fortalecimiento del cuidado de la enfermería, no se enfoca únicamente en cambios organizativos complicados, ya que incorpora acciones comunicacionales simples, humanas y empáticas.

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como propósito analizar la atención de enfermería brindada a personas con discapacidad visual en los centros de salud de atención primaria, a partir de las experiencias y percepciones de los integrantes de la Asociación de No Videntes de Tungurahua. Los resultados evidencian que, aunque el primer nivel de atención constituye un espacio clave para la promoción de una atención integral e inclusiva, aún persisten barreras relacionadas con la comunicación, la orientación

dentro de los establecimientos y la adaptación del cuidado a las necesidades específicas de esta población.

Estas situaciones influyen en la percepción de seguridad, autonomía y confianza de los pacientes durante su proceso de atención. En este contexto, los hallazgos del presente estudio permiten especular sobre la importancia de fortalecer prácticas de enfermería centradas en la persona. A partir de estos resultados, se procede a discutir los principales hallazgos en relación con la evidencia científica disponible para la práctica de enfermería en el ámbito de la atención primaria.

Barreras comunicacionales en la atención de enfermería

Según estudios previos, las **barreras formativas y estructurales** en los establecimientos de salud, continúa abordándose desde un enfoque sanitario y no desde un enfoque biopsicosocial e inclusivo (24). La Organización Mundial de la Salud menciona que la capacitación del personal sanitario en comunicación accesible es una estrategia clave para disminuir desigualdades en la

atención y mejorar la experiencia de las personas con discapacidad (25).

En síntesis, la discusión de esta categoría expone como las barreras comunicacionales en la atención de enfermería influyen de manera directa la autonomía, la seguridad y la dignidad de las personas con discapacidad visual. Resolver estas barreras requiere ajustes individuales en la práctica profesional y sobre todo cambios protocolarios orientados a promover una comunicación inclusiva, directa y adaptada.

Los resultados del estudio evidencian que las barreras comunicacionales en la atención de enfermería afectan negativamente la experiencia de las personas con discapacidad visual en los centros de salud, al limitar la comprensión del cuidado, la participación del paciente y el ejercicio de su autonomía.

Uno de los hallazgos más relevantes fue la comunicación dirigida al acompañante en lugar del paciente, práctica que invisibiliza a la persona con discapacidad visual. En este sentido, Azizatunnisa et al. (26) señalan que algunos profesionales de salud interpretan erróneamente la

discapacidad visual como una incapacidad para comprender o tomar decisiones. Desde un enfoque ético, esta práctica contradice los principios de autonomía y las directrices internacionales que promueven la comunicación accesible (2).

Asimismo, el uso de lenguaje gestual no adaptado constituye otra barrera importante, ya que las explicaciones basadas en gestos o indicaciones espaciales generan confusión en los pacientes. En concordancia, van Munster et al. (27) destaca que la ausencia de comunicación verbal clara puede aumentar la ansiedad y dificultar la comprensión del cuidado.

La falta de orientación verbal anticipada también representa un riesgo para la seguridad del paciente. Según Keshtkar et al. (28), las personas con discapacidad visual presentan mayor probabilidad de sufrir incidentes cuando no reciben información clara sobre los procedimientos o el entorno físico. Asimismo, Shakespeare et al. (24) señalan que las barreras estructurales y formativas en los servicios de salud continúan abordándose desde un enfoque

biomédico, sin integrar plenamente una perspectiva inclusiva. Frente a ello, la Organización Mundial de la Salud (25) recomienda fortalecer la capacitación del personal sanitario en comunicación accesible para reducir desigualdades en la atención.

En conjunto, estos hallazgos evidencian que superar las barreras comunicacionales requiere promover una comunicación directa, clara y adaptada, que garantice el respeto a la autonomía y dignidad de las personas con discapacidad visual.

Barreras físicas y espaciales del servicio de salud

Los resultados del estudio evidencian que las barreras físicas y espaciales en los servicios de salud influyen significativamente en la experiencia de atención de las personas con discapacidad visual, afectando su autonomía, seguridad y percepción de la calidad del cuidado de enfermería. Estas barreras incluyen no solo la falta de infraestructura accesible, sino también la organización del espacio,

la señalización y la orientación brindada por el personal sanitario.

En este sentido, Keegan et al. (29). señalan que la desorientación espacial es una dificultad frecuente para las personas con discapacidad visual al movilizarse dentro de los centros de salud, especialmente cuando no existen apoyos táctiles, sonoros o verbales adecuados. De igual manera, Cheng et al. (30). identifican que la ausencia de señalización accesible y de sistemas adaptados constituye una barrera recurrente que se asocia con un menor uso de los servicios de salud y con experiencias negativas de atención.

Asimismo, Jin et al. (31) destacan que la discapacidad visual se relaciona con un mayor riesgo de accidentes cuando los espacios no están adaptados ni cuentan con orientación adecuada durante la movilización. En concordancia, la Organización Mundial de la Salud (25). señala que la accesibilidad física y la orientación en los servicios de salud son elementos fundamentales para garantizar la equidad y la seguridad de las personas con discapacidad.

En conjunto, estos hallazgos evidencian que superar las barreras físicas y espaciales requiere adaptar los entornos sanitarios, incorporar señalización accesible y fortalecer el rol del personal de enfermería en la orientación del paciente, promoviendo una atención más segura, inclusiva y centrada en la persona.

Experiencias de deshumanización del cuidado

Las experiencias de deshumanización del cuidado identificadas en este estudio evidencian que las personas con discapacidad visual perciben prácticas asistenciales caracterizadas por escasa empatía, limitada consideración de su autonomía y dificultades en la interacción terapéutica con el personal de enfermería. Uno de los hallazgos más relevantes fue la invisibilización del paciente dentro del proceso de atención, situación que ocurre cuando la comunicación se dirige principalmente al acompañante o se prioriza la gestión del servicio. En este sentido, Cvetanovska et al. (32). destacan que la participación activa del

paciente es esencial para una atención centrada en la persona.

Asimismo, los participantes relataron experiencias relacionadas con la falta de sensibilidad del personal sanitario hacia sus necesidades específicas. En concordancia, Clemente et al. (33), señalan que las personas con discapacidad continúan enfrentando barreras actitudinales y estructurales que limitan el acceso a servicios de salud adecuados.

Otro aspecto identificado fue la realización de contacto físico sin aviso previo durante los procedimientos de enfermería. La Organización Mundial de la Salud (25). enfatiza que los servicios de salud inclusivos deben garantizar una comunicación accesible y explicaciones claras de los procedimientos. De igual manera, Reyes-Téllez et al. (34) destacan que la humanización del cuidado implica reconocer la dignidad del paciente y fortalecer la comunicación terapéutica en la práctica de enfermería.

Necesidades de cuidado inclusivo

Los resultados evidencian que las necesidades de cuidado inclusivo en personas con discapacidad visual trascienden la atención sanitaria convencional, incorporando dimensiones relacionadas con la comunicación, la empatía y el respeto a la autonomía del paciente. Estas necesidades surgen como respuesta a las barreras previamente identificadas y son fundamentales para garantizar una atención segura y centrada en la persona.

Entre los aspectos más relevantes se encuentra la comunicación clara y adaptada, considerada esencial para comprender los procedimientos y participar en las decisiones sobre la salud. En este sentido, Condessa et al. (35) destacan que las barreras comunicacionales continúan siendo uno de los principales obstáculos para la atención de personas con discapacidad sensorial. Asimismo, la orientación verbal y el acompañamiento dentro de los establecimientos de salud contribuyen a disminuir el riesgo de incidentes y a mejorar la seguridad del paciente, como señalan Mehta et al. (36).

De igual manera, la explicación previa al contacto físico, el trato empático y el fomento de la autonomía se identifican como componentes esenciales del cuidado inclusivo Lulu et al., (37); Nembhard et al., (38) Yeom y Lee, (39). Finalmente, el uso de **formatos accesibles de información**, como braille o recursos auditivos, favorece la comprensión de las indicaciones médicas y mejora la seguridad del paciente **Dolphin et al.**, (40).

Vulneración de la autonomía y la seguridad

Los resultados del estudio evidencian que la vulneración de la autonomía y la seguridad constituye una consecuencia de las barreras comunicacionales, físicas y actitudinales presentes durante la atención de enfermería a personas con discapacidad visual. Estas limitaciones se manifiestan cuando el paciente no es considerado como participante activo en la toma de decisiones sobre su propio cuidado.

En relación con la autonomía, los hallazgos muestran que la comunicación dirigida al acompañante, el uso de explicaciones poco claras y la falta

de lenguaje inclusivo dificultan la comprensión del proceso de atención. En este sentido, Clemente et al. (33) señalan que la ausencia de comunicación accesible en los servicios de salud actúa como una barrera estructural que limita la autodeterminación de las personas con discapacidad.

Asimismo, la dependencia obligatoria de la acompañante observada en este estudio refleja la falta de adaptación de los entornos sanitarios a las necesidades de las personas con discapacidad visual. De acuerdo con Zwar et al. (41), esta dependencia puede afectar la autoestima y la percepción de control sobre la propia salud.

En cuanto a la seguridad del paciente, la falta de orientación adecuada y la ausencia de anticipación verbal durante los procedimientos pueden generar riesgos físicos y emocionales. En este sentido, Pittman et al. (42) destacan que las personas con discapacidad sensorial presentan mayor probabilidad de experimentar consecuencias adversas cuando los servicios de salud no se adaptan a sus necesidades.

Estrategias de comunicación inclusiva en la atención de enfermería

Los hallazgos del estudio evidencian que las estrategias de comunicación inclusiva contribuyen a reducir barreras en la atención de enfermería a personas con discapacidad visual, favoreciendo la autonomía, la seguridad y la calidad de la experiencia de cuidado. Estas estrategias, mencionadas por los participantes, coinciden con prácticas implementadas en distintos contextos internacionales.

Una de las estrategias más relevantes es la comunicación verbal directa con el paciente, incluso en presencia de acompañantes, lo que mejora la participación y el sentido de control durante la atención. En este sentido, James et al. (43). describen programas de formación en hospitales que promueven la interacción directa con pacientes con discapacidad visual, logrando mejoras en la seguridad y en la experiencia de cuidado.

Asimismo, la presentación verbal del personal de enfermería y la explicación previa de los

procedimientos contribuyen a generar confianza y disminuir la incertidumbre del paciente. Al Sherim y Al Hamidi (44), señalan que la presentación del profesional al inicio de la atención favorece percepciones más positivas sobre la experiencia de cuidado.

Otra práctica relevante es la anticipación verbal antes del contacto físico, la cual permite reducir ansiedad y mejorar la percepción de seguridad del paciente. Radziun et al. (45). destacan que el tacto tiene un componente socioemocional relevante en personas ciegas, por lo que la comunicación previa resulta fundamental.

De igual manera, la orientación guiada dentro de los establecimientos de salud y el uso de formatos accesibles de información, como braille o recursos auditivos, contribuyen a mejorar la autonomía y la seguridad del paciente Ženka et al., (46); Zhao et al., (47).

En conjunto, estas estrategias representan prácticas basadas en evidencia que pueden fortalecer la

atención de enfermería inclusiva en los servicios de salud.

4. Conclusiones

Las personas con discapacidad visual perciben la atención de enfermería en los centros de salud de atención primaria como un proceso sujeto a barreras comunicacionales, limitaciones en la accesibilidad del entorno y una insuficiente adaptación del cuidado a sus necesidades específicas, lo que afecta su autonomía, seguridad y participación durante la atención sanitaria.

El análisis cualitativo permitió identificar categorías relacionadas con dificultades de comunicación con el personal de salud, barreras físicas y organizativas en los establecimientos, experiencias de trato poco humanizado y limitaciones en la orientación y movilidad dentro de los servicios. Estas condiciones generan experiencias de atención percibidas como poco inclusivas y se pone evidencia la necesidad de mejorar la accesibilidad y la interacción terapéutica en el cuidado de enfermería.

Los hallazgos aportan evidencia relevante para la práctica de enfermería al destacar la importancia de incorporar estrategias de comunicación inclusiva, fortalecer la formación del personal en discapacidad visual y aplicar enfoques teóricos de cuidado humanizado y centrado en la persona.

Recomendaciones

Se recomienda fortalecer la comunicación inclusiva en la atención de enfermería a personas con discapacidad visual, mediante explicaciones claras, aviso previo al contacto físico y orientación verbal durante la atención, favoreciendo su autonomía y seguridad.

Asimismo, es necesario promover la formación y capacitación del personal de enfermería en discapacidad visual, comunicación terapéutica y enfoque de derechos humanos, con el fin de brindar una atención más humanizada y centrada en la persona.

Finalmente, se recomienda que los servicios de salud desarrollen protocolos de atención inclusiva y realicen adaptaciones en el entorno

y en el uso de tecnologías accesibles para mejorar la calidad y seguridad del cuidado del paciente.

Dedicatoria

Los autores expresan su sincero agradecimiento a las personas con discapacidad visual que forman parte de la Asociación de No Videntes de Tungurahua por su participación voluntaria y por compartir sus experiencias, lo que hizo posible el desarrollo de esta investigación. Asimismo, se agradece a la Universidad Técnica de Ambato por el apoyo brindado en la formación académica.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Financiamiento

La presente investigación no contó con financiamiento externo.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la salud. [Internet]. 2026. Discapacidades [cited 2026 Feb 3]. Available from: <https://www.emro.who.int/health-topics/disabilities/>
2. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 2022. Informe mundial sobre la equidad sanitaria para las personas con discapacidad: resumen [cited 2026 Feb 3]. Available from: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240063624>
3. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 2023. Ceguera y discapacidad visual [cited 2026 Feb 3]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>
4. Maita L. [Internet]. 2025. Discapacidad visual: causas, diagnóstico y prevención [cited 2026 Feb 3]. Available from: <https://www.discapnet.es/discapacidad/tipos-de-discapacidad/discapacidad-sensorial/discapacidad-visual>
5. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 2026. Salud Visual [cited 2026 Feb 3]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/salud-visual>
6. Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades. [Internet]. 2025. Estadísticas de Discapacidad [cited 2026 Feb 3]. Available from: <https://www.consejodiscapaci>

- dades.gob.ec/estadisticas-de-discapacidad/
7. Dong Y, Wang A. Health Management Service Models for the Elderly with Visual Impairment: A Scoping Review. *J Multidiscip Healthc. J Multidiscip Healthc*; 2024;17:2239–50. DOI: 10.2147/JMDH.S463894
 8. van Buijsen M. [Internet]. 2021. Improving care and treatment for adults with a visual impairment and serious mental illness: from tacit knowledge to a logic model of current practice - White Rose eTheses Online [cited 2026 Feb 18]. Available from: <https://etheses.whiterose.ac.uk/id/eprint/29804/>
 9. Butalid RM, Butalid JVM, Nacion ADS, Escasiñas MAFT, Coyoca GSE, Seno RT, et al. Barriers to Healthcare Access among Visually Impaired in Iligan City, Philippines: A Qualitative Study. *The Malaysian Journal of Nursing (MJN). Asia Pacific Higher Learning Sdn Bhd., Lincoln University College*; 2024;16(2):209–19. DOI: 10.31674/MJN.2024.V16I02.021
 10. Hosseinzadeh Siboni F, Behboudi F, Mohebbi K, Majidi S, Yaghobi Y, Carroll K. Virginia Henderson's Writings on the Nature of Nursing: An Exemplar of Nursing Practice. *Nurs Sci Q. Nurs Sci Q*; 2023;36(2):134–8. DOI: 10.1177/08943184221150255
 11. Leininger M. Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *J Transcult Nurs. J Transcult Nurs*; 2002;13(3):189–92. DOI: 10.1177/10459602013003005
 12. Wasaya F, Shah Q, Shaheen A, Carroll K. Peplau's Theory of Interpersonal Relations: A Case Study. *Nurs Sci Q. Nurs Sci Q*; 2021;34(4):368–71. DOI: 10.1177/08943184211031573
 13. García AMA, Bustos BCV, Maya ÁMS. [Applying Roy's adaptation model to a community contextAplicado do Modelo Roy de Adaptado em um contexto comunitário]. *Revista Cuidarte. Rev Cuid*; 2023;14(3). DOI: 10.15649/CUIDARTE.3016
 14. Gunawan J, Aunguroch Y, Watson J, Marzilli C. Nursing Administration: Watson's Theory of Human Caring. *Nurs Sci Q. Nurs Sci Q*; 2022;35(2):235–43. DOI: 10.1177/08943184211070582
 15. Tavakol M, Sandars J. Twelve tips for using phenomenology

- as a qualitative research approach in health professions education. *Med Teach. Med Teach*; 2025;47(9):1441–6. DOI: 10.1080/0142159X.2025.2478871
16. Connor J, Flenady T, Massey D, Dwyer T. Classic grounded theory: identifying the main concern. *Res Nurs Health. Res Nurs Health*; 2024;47(3):277–88. DOI: 10.1002/NUR.22381
17. Simes T, Levett-Jones T, Harreveld B. Pre-assessment judgement framework for judging nursing students' performance in clinical placements: A qualitative case study. *Nurse Educ Pract. Nurse Educ Pract*; 2023;73. DOI: 10.1016/J.NEPR.2023.103743
18. de Moura CO, Silva ÍR, da Silva TP, Santos KA, Crespo M da CA, da Silva MM. Methodological path to reach the degree of saturation in qualitative research: grounded theory. *Rev Bras Enferm. Rev Bras Enferm*; 2021;75(2). DOI: 10.1590/0034-7167-2020-1379
19. Ali R, Daniel C, Duque T, Sathe N, Pizarro AB, Rabre A, et al. Paper 2: themes from semistructured interviews. *J Clin Epidemiol. J Clin Epidemiol*; 2024;176. DOI: 10.1016/J.JCLINEPI.2024.111574
20. Chen H. SynergyBug: A deep learning approach to autonomous debugging and code remediation. *Sci Rep. Sci Rep*; 2025;15(1). DOI: 10.1038/S41598-025-08226-5
21. McLeod S. Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria. *Qual Sociol. Kluwer Academic Publishers-Human Sciences Press*; 2024; DOI: 10.1007/BF00988593
22. Salm M, Ali M, Minihane M, Conrad P. Defining global health: findings from a systematic review and thematic analysis of the literature. *BMJ Glob Health. BMJ Glob Health*; 2021;6(6). DOI: 10.1136/BMJGH-2021-005292
23. Zainal Abidin IH, Abd Patah MOR, Abdul Majid MA. Una guía práctica para mejorar la confiabilidad de la investigación cualitativa para los novicios. 2024 [cited 2026 Feb 28]; Available from: https://www.researchgate.net/publication/383434017_A_Practical_Guide_to_Improve_Trustworthiness_of_Qualitative_Research_for_Novices

24. Shakespeare T, Ndagire F, Seketi QE. Triple jeopardy: disabled people and the COVID-19 pandemic. *The Lancet*. Elsevier B.V.; 2021;397(10282):1331–3. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)00625-5
25. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 2023. Paquete de capacitación de servicios de salud inclusivos para discapacitados de la OMS: un complemento del conjunto de herramientas de servicios de salud inclusivos para discapacitados [cited 2026 Mar 8]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789290620020?utm_source=chatgpt.com
26. Azizatunnisa L, Rotenberg S, Shakespeare T, Singh S, Smythe T. Health-worker education for disability inclusion in health. *The Lancet*. Elsevier B.V.; 2024;403(10421):11–3. DOI: 10.1016/S0140-6736(23)02707-1
27. van Munster EPJ, van der Aa HPA, Verstraten P, van Nispen RMA. Barriers and facilitators to recognize and discuss depression and anxiety experienced by adults with vision impairment or blindness: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. BMC Health Serv Res; 2021;21(1). DOI: 10.1186/S12913-021-06682-Z
28. Keshtkar L, Bennett-Weston A, Khan AS, Mohan S, Jones M, Nockels K, et al. Impacts of Communication Type and Quality on Patient Safety Incidents: A Systematic Review. *Ann Intern Med*. Ann Intern Med; 2025;178(5):687–700. DOI: 10.7326/ANNALS-24-02904
29. Keegan G, Rizzo JR, Morris MA, Joseph KA. The criticality of reasonable accommodations: A scoping review revealing gaps in care for patients with blindness and low vision. *Am J Surg*. Am J Surg; 2025;241. DOI: 10.1016/J.AMJ SURG.2024.116085
30. Cheng Q, Okoro CA, Mendez I, Lundeen EA, Saaddine JB, Stein R, et al. Health Care Access and Use Among Adults With and Without Vision Impairment: Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2018. *Prev Chronic Dis*. Centers for Disease Control and Prevention (CDC); 2022;19:E70. DOI: 10.5888/PCD19.220066
31. Jin H, Zhou Y, Stagg BC, Ehrlich JR. Association Between Vision Impairment and Increased Prevalence of Falls in Older U.S. Adults. *J Am Geriatr Soc*. John Wiley and Sons Inc;

- 2024;72(5):1373. DOI: 10.1111/JGS.18879
32. Cvetanovska N, Jessup RL, Wong Shee A, Rogers S, Beauchamp A. Patients' perspectives of factors influencing active participation in healthcare interactions: A qualitative study. Patient Educ Couns. Patient Educ Couns; 2023;114. DOI: 10.1016/J.PEC.2023.107808
33. Clemente KAP, da Silva SV, Vieira GI, de Bortoli MC, Toma TS, Ramos VD, et al. Barriers to the access of people with disabilities to health services: a scoping review. Rev Saude Publica. Rev Saude Publica; 2022;56. DOI: 10.11606/S1518-8787.2022056003893
34. Reyes-Téllez Á, González-García A, Martín-Salvador A, Gázquez-López M, Martínez-García E, García-García I. Humanization of nursing care: a systematic review. Front Med (Lausanne). Frontiers Media SA; 2024;11:1446701. DOI: 10.3389/FMED.2024.1446701
35. Condessa AM, Giordani JMDA, Neves M, Hugo FN, Hilgert JB. Barriers to and facilitators of communication to care for people with sensory disabilities in primary health care: a multilevel study. Rev Bras Epidemiol. Rev Bras Epidemiol; 2020;23:1–14. DOI: 10.1590/1980-549720200074
36. Mehta J, Czanner G, Harding S, Newsham D, Robinson J. Visual risk factors for falls in older adults: a case-control study. BMC Geriatr. BioMed Central Ltd; 2022;22(1):134. DOI: 10.1186/S12877-022-02784-3
37. Lulu C, Xie H, Wang P, Zhang T. Impacts of visual impairment on pragmatic impairment: A systematic review and meta-analysis. PLoS One. Public Library of Science; 2023;18(12):e0294326. DOI: 10.1371/JOURNAL.PONE.0294326
38. Nembhard IM, David G, Ezzeddine I, Betts D, Radin J. A systematic review of research on empathy in health care. Health Serv Res. Health Serv Res; 2023;58(2):250–63. DOI: 10.1111/1475-6773.14016
39. Yeom HE, Lee J. Impact of Autonomy Support on the Association between Personal Control, Healthy Behaviors, and Psychological Well-Being among Patients with Hypertension and Cardiovascular Comorbidities. Int J Environ Res Public Health. MDPI;

- 2022;19(7):4132. DOI: 10.3390/IJERPH19074132
40. Dolphin S, Downing M, Cirrincione M, Samuta A, Leite K, Noble K, et al. Information Accessibility in the Form of Braille. *IEEE Open J Eng Med Biol*. *IEEE Open J Eng Med Biol*; 2024;5:205–9. DOI: 10.1109/OJEMB.2024.3364065
 41. Zwar L, König HH, Hajek A. Perceived autonomy of informal care recipients and the relevance of self-esteem. *Psychol Aging*. *Psychol Aging*; 2022;37(4):542–55. DOI: 10.1037/PAG0000680
 42. Pittman C, Nieman CL, Reed NS, Swenor BK, Willink A. Sensory Impairment and the Odds of Adverse Consequences of Unmet Needs for Care Among Older Adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*; 2022;77(5):983–91. DOI: 10.1093/GERONB/GBAB065
 43. James TG, Hughes S, Moran C, Day S, McKee MM. Human Guide Training to Improve Hospital Accessibility for Patients Who Are Blind: Needs Assessment and Pilot Process Evaluation. *JMIR Rehabil Assist Technol*. *JMIR Rehabil Assist Technol*; 2025;12. DOI: 10.2196/64666
 44. Al Sherim M, AL Hamidi SA. Exploring the Significance of Nurse Introduction for Positive Patient Experience in Saudi Arabia. *J Patient Exp*. *SAGE Publications Inc.*; 2024;11:23743735241273576. DOI: 10.1177/23743735241273576
 45. Radziun D, Crucianelli L, Korczyk M, Szwed M, Ehrsson HH. The perception of affective and discriminative touch in blind individuals. *Behavioural brain research*. *Behav Brain Res*; 2023;444. DOI: 10.1016/J.BBR.2023.114361
 46. Ženka J, Macháček J, Michna P, Kořízek P. Navigational Needs and Preferences of Hospital Patients and Visitors: What Prospects for Smart Technologies? *Int J Environ Res Public Health*. *MDPI AG*; 2021;18(3):974. DOI: 10.3390/IJERPH18030974
 47. Zhao J, Su C, Zhu X, Cai C, Liu W, Ma X. Health care Experiences of Educated Young Adults With Blindness in the Digital Age: Qualitative Study. *J Med Internet Res*. *JMIR Publications Inc.*; 2025;27(1):e79587. DOI: 10.2196/79587