



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE COMUNICACIÓN HUMANA

MAESTRÍA EN ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD Y EDUCACIÓN INCLUSIVA

PROGRAMA DE SENSIBILIZACIÓN DIRIGIDO AL PERSONAL DE SALUD Y  
ADMINISTRATIVO DEL CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO (UAEM) PARA LA  
INCLUSIÓN DE ESTUDIANTES SORDOS DE NIVEL SUPERIOR

## **TESIS**

QUE PRESENTA:

MONICA CECILIA FLORES SALDAÑA

PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRO EN ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD Y EDUCACIÓN INCLUSIVA

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. ALMA JANETH MORENO AGUIRRE

CUERNAVACA, MORELOS

OCTUBRE, 2022



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE COMUNICACIÓN HUMANA



PROGRAMA DE SENSIBILIZACIÓN DIRIGIDO AL PERSONAL DE SALUD Y  
ADMINISTRATIVO DEL CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO (UAEM) PARA LA  
INCLUSIÓN DE ESTUDIANTES SORDOS DE NIVEL SUPERIOR

## **TESIS**

QUE PRESENTA:

MONICA CECILIA FLORES SALDAÑA

PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRO EN ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD Y EDUCACIÓN INCLUSIVA

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. ALMA JANETH MORENO AGUIRRE

COMITÉ TUTORAL:

DRA. MIROSLAVA CRUZ ALDRETE

DR. ELISEO GUAJARDO RAMOS

COMITÉ REVISOR:

MTRA. ADRIANA MARCELA ROJAS GIL

MTRO. MAURICIO MIGUEL ORTIZ GUTIÉRREZ

A mí mamá Grande (q.e.p.d.)  
a Alfonso Monzamodeth Román Sedano  
a P. C.

## **Agradecimientos**

Gracias a la Facultad de Comunicación Humana de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM), directivos y docentes de la Maestría en Atención a la Diversidad y Educación Inclusiva (MADEI).

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), por el apoyo para el desarrollo de esta investigación y tesis.

Agradezco a los integrantes del comité revisor de mi tesis, la Dra. Miroslava Cruz Aldrete, el Dr. Eliseo Guajardo Ramos, el Mtro. Mauricio Miguel Ortiz Gutiérrez y la Mtra. Adriana Rojas Gil, quienes con sus comentarios fortalecieron y garantizaron la calidad de este trabajo de intervención.

De manera muy especial agradezco a la Dra. Alma Janeth Moreno Aguirre, por el acompañamiento para lograr la culminación de este proyecto de intervención, por las horas dedicadas y por permitirme también elegir y errar en el trayecto. Además, gracias por siempre alentarme a seguir preparándome académica y profesionalmente.

A mis compañeros y amigos de la MADEI, a Perla Treviño González, quien siempre me mostró su apoyo para llevar a cabo las actividades con profesionales Sordos del sector salud e intérpretes.

A Alfonso Monzamodeth Román Sedano, por ser mi compañero y fuente de inspiración, por alentarme a desarrollarme profesionalmente y claro, por su aporte en conocimientos y experiencias a mi persona y a este trabajo de investigación.

## Índice

Resumen.....	7
Planteamiento del problema.....	8
Justificación .....	14
Capítulo 1. Marco teórico .....	15
1.1. Antecedentes.....	15
1.2. Inclusión de estudiantes con discapacidad en nivel superior.....	15
1.3. Investigaciones centradas en la actitud y percepción sobre la inclusión de estudiantes con discapacidad.....	18
1.4. Investigaciones realizadas en personal de salud y administrativo .....	23
2. Aspectos generales de la discapacidad.....	27
2.1. Definición de discapacidad.....	27
2.2. Discapacidad y salud.....	27
2.3. Contexto actual en la atención a personas Sordas en los centros de salud en México. ....	30
2.4. Discapacidad y educación.....	32
2.5. Educación inclusiva .....	34
3. Generalidades de la discapacidad auditiva.....	38
3.1. Definición de discapacidad auditiva .....	38
3.2. Clasificación de la pérdida auditiva.....	38
3.3. Implicaciones de la pérdida auditiva en el lenguaje .....	39
3.4. Sistemas y recursos de apoyo a la comunicación con personas sordas. ....	40
4. Lengua de señas Mexicana (LSM).....	43
Capítulo 2. Método .....	46
2.1. Diseño de investigación .....	46
2.2. Objetivo general.....	46
2.2.1. <i>Objetivos específicos</i> .....	46
2.3. Hipótesis .....	47
2.4. Población.....	48
2.5. Muestra.....	48
2.6. Escenario.....	49
2.7. Método de recolección de datos.....	49

2.8. Instrumentos.....	50
2.9. Descripción de Escalas.....	50
2.10. Medición de los instrumentos .....	53
2.11. Descripción del Grupo focal .....	55
2.12. Procedimiento .....	58
2.13. Aspectos Éticos.....	61
Capítulo 3. Análisis e interpretación de resultados.....	63
3.1. Análisis cualitativo y cuantitativo.....	63
Capítulo 4. Discusión y conclusiones .....	125
Referencias.....	136
Anexos .....	148

## Resumen

La presente investigación surge a partir del reciente proceso de inclusión de personas con discapacidad dentro de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM) que tiene su origen en el año 2016.

Se centra en evaluar el impacto del Programa de sensibilización dirigido al personal de salud y administrativo que labora en el Centro Médico Universitario, y para lograr el objetivo de esta investigación se aplicaron diferentes adaptaciones de escalas para conocer la Actitud y la Percepción que, el personal tiene respecto a la Universidad y el proceso de inclusión de estudiantes Sordos.

Los resultados obtenidos, desde un análisis cualitativo y cuantitativo, permiten tener un panorama más amplio respecto a las necesidades a atender en este sector de la población y tener en cuenta las limitaciones y alcances de la presente propuesta, con el fin de proponer estrategias de mejora que beneficien al personal de salud y administrativo y los estudiantes con discapacidad.

**Palabras clave:** estudiantes sordos, personal de salud, actitud, percepción de inclusión.

## Planteamiento del problema

En México, al igual que sucede con población con otras discapacidades solo se tienen datos aproximados sobre la incidencia de personas con discapacidad auditiva, de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2010), la discapacidad auditiva ocupa el tercer lugar después de la discapacidad motriz y la discapacidad visual.

Según cifras disponibles del censo de población y vivienda realizado por el INEGI (2010), en México había 498, 640 personas con discapacidad auditiva, de los cuales 273, 216 son hombres frente a 225, 424 mujeres.

Es importante mencionar que, según el INEGI (2013), en datos de nivel escolar, se observa que la mayor asistencia a la escuela se reporta entre los 6 y 11 años, en esta edad se cursa la educación primaria, y va disminuyendo después de los 14 años hasta representar solo el 10.7% entre los 19 y 29 años. Es decir, en los primeros años de escolaridad se logra que las personas con dificultades para escuchar accedan y permanezcan en la escuela y conforme avanza en edad se observa mayor abandono escolar, posiblemente debido a la falta de lugares accesibles al grado escolar siguiente o por circunstancias familiares que afectan la permanencia escolar. Lo que confirma que las personas con discapacidad se encuentran en constante interacción con diferentes elementos que lo rodean, pueden ser físicos, cuando hablamos de infraestructura de edificios, actitudinales, cuando nos referimos a las representaciones sociales que se tienen sobre discapacidad en ese contexto, familiares en cuanto al apoyo y recursos económicos con que cuenta la familia, y demográficos, en cuanto a las características de su comunidad, distancia, y demás que pueden o no facilitar su acceso y permanencia dentro de la universidad por ejemplo (Cruz, 2008).

Asimismo, el INEGI (2013) ha reportado que dentro de cada cien personas sordas que se encuentran en el rango de 15 años y más, el 55.1% completaron al menos un año de educación básica, el 35% no tiene nivel de estudios reportado, el 5.4% tiene por lo menos un año cursado en educación media superior y solo el 4.1% ha logrado ingresar a educación superior.

Observando los datos anteriores respecto a la prevalencia de la discapacidad auditiva en México y comparando con el porcentaje que logra ingresar a nivel superior, se puede decir que las personas Sordas en México tienen menos posibilidades de acceso a la educación y sobre todo en niveles más altos como en el nivel medio superior y superior.

Por lo tanto, el éxito de la inclusión educativa de personas con discapacidad no significa que solo tengan acceso a la educación, sino que logren permanecer y egresar exitosamente, en este sentido el éxito educativo también dependerá en gran manera de que en las escuelas y en este caso las universidades, ya sean públicas o privadas se dé un proceso de reestructura de las políticas, cultura y prácticas, en busca del aprendizaje y participación de todos los estudiantes, así como el involucramiento de toda la comunidad para mejorar la escuela en beneficio de todos. Que se logre una comunidad en donde se reconozca que las diferencias de todos enriquecen y se valoren a todos por igual (Booth y Ainscow, 2015).

Guajardo (citado en Álvarez et al., 2019), comenta al respecto que en México son contadas las Universidades que han respondido favorablemente ante este proceso de inclusión educativa, tal es el caso de la Universidad Nacional Autónoma de México, la Universidad Autónoma de Tlaxcala y la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, que son las únicas instituciones de educación superior públicas que han normado los servicios que brindan para la inclusión de personas con discapacidad en sus programas educativos.

Según Álvarez (2016), se sabe que en ese momento se contaban con 36 estudiantes con discapacidad, de los cuales 31 estaban inscritos en nivel medio superior y 5 en nivel superior y que su vez, el 69% de estos estudiantes presentaban discapacidad motriz, 17% presentaban discapacidad visual, solo el 3% presentaban discapacidad auditiva y le siguen estudiantes con trastornos psicológicos con 5% y síndromes neuropsicológicos con el 6%.

Cabe resaltar que, estos estudiantes reportaron que, aunado a su discapacidad, entendida como un problema personal y familiar, también se enfrentaban a barreras impuestas por la vida social, es decir, barreras sociales, que hacen de su discapacidad un problema social más que individual. En ese momento le dieron gran importancia a las barreras arquitectónicas, que son las que intervienen en su acceso y permanencia física dentro de la universidad, con el 38%, siguiendo con las barreras actitudinales o ideológicas, que ocupaban el 22%, las administrativas con 11%, de transporte con 10%, las psicopedagógicas con el 9% y las de orientación y movilidad con el 5% restante (Álvarez, 2016). Lo cual demostraba, la necesidad y la naturaleza de las acciones que se deben considerar prioritarias mediante un programa que permita ir eliminando este tipo de barreras y permitir el acceso y la participación de estudiantes con discapacidad dentro de las instalaciones de la UAEM, tales como Bibliotecas, auditorios, gimnasios y el Centro Médico, por mencionar algunos.

De acuerdo con mencionado reporte (Álvarez, 2016), en aquel momento solo el 3% de estudiantes con discapacidad y en el universo de población de la UAEM, 13 personas (incluidos estudiantes, administrativos y docentes) eran Sordos.

Más adelante, en el 2019 se reportaron 30 estudiantes Sordos, sin contar 5 con hipoacusia, que se encuentran distribuidos en el nivel medio superior y superior, en el caso de licenciatura, han

optado por cursar las licenciaturas en Artes y Arquitectura, hasta ahora. Todos ellos son monolingües, usuarios de la Lengua de Señas Mexicana (de aquí en adelante se referirá como LSM) y sin un dominio del Español escrito, por lo que resulta más complicada su permanencia dentro de la Universidad (Guajardo, 2019). Sin embargo, dicha unidad ha tomado medidas que involucran el apoyo de intérpretes certificados en el uso de LSM, para que ellos puedan acceder a la información brindada en las aulas, incluso mencionan que algunos de sus compañeros de clase han tomado cursos de LSM, dentro de la misma universidad, son dos factores que indudablemente facilitan su inclusión pero también es cierto que los docentes y los demás estudiantes no son los únicos actores que tienen interacción con estos estudiantes Sordos.

Por lo que es importante no perder de vista que, cualquier persona con discapacidad, ya se encuentra en una condición de vulnerabilidad por el solo hecho de presentarla (OMS, 2018), sin embargo, en el caso de la discapacidad auditiva, se considera que cuando estas requieren servicio de atención médica, por presentar episodios graves de afectaciones a su salud, se enfrentan a mayores dificultades para establecer comunicación efectiva con personal de salud, a diferencia de otras personas con discapacidad que no presentan alteraciones que dificulten la relación médico-paciente.

Debido a esto, es de gran importancia considerar que, para garantizar el completo acceso y participación de los estudiantes con discapacidad, se requiere tomar acciones que disminuyan no solo las barreras arquitectónicas dentro de la Universidad, y siendo las barreras actitudinales y las administrativas, que estos estudiantes reportan como la segunda y tercera más frecuentes respectivamente (Álvarez, 2016). Lo que evidencia la necesidad de tomar en cuenta a otros participantes de esta interacción, tal es el caso de los administrativos y el personal de salud, ya que se ha encontrado que este tipo de personal carece de aptitudes para atender las necesidades

de las personas con discapacidad, que son maltratados por dicho personal e incluso se les niega el servicio (OMS, 2018).

En este sentido, la OMS (2018), recomendó que para eliminar las barreras que impiden el acceso a la asistencia sanitaria de personas con discapacidad, se deben evaluar las políticas y servicios actuales para determinar las prioridades que permitan reducir las desigualdades sanitarias planificar el mejoramiento del acceso y la inclusión. En el caso del personal de salud, recomendó que debe mantenerse en programas de educación continua que incorporen la enseñanza de la discapacidad para que puedan participar en la prestación de servicios preventivos, de evaluación y tratamiento de personas con discapacidad.

Es importante mencionar que, dentro de la UAEM, ya se han realizado investigaciones con el objetivo de conocer las actitudes y percepción del profesorado y estudiantes respecto a la inclusión de estudiantes con discapacidad y en específico de estudiantes Sordos (Ortiz, 2018; Delgado, Martínez, Moreno y Hernández, 2016). Pero resulta importante también conocer las barreras actitudinales a las que se puedan enfrentar estos estudiantes Sordos en otros contextos, dentro de la misma universidad. Es por esto que, esta investigación plantea la necesidad de analizar el efecto de una intervención de sensibilización en personal de salud y administrativo que desarrolla actividad profesional en el Centro Médico de la UAEM, respecto a la inclusión de estudiantes Sordos, con el fin de enriquecer los conocimientos que se tienen en torno al proceso de inclusión educativa de estudiantes con discapacidad, promoviendo que la inclusión se lleve a cabo de manera integral, en cualquier contexto, y que no solo se entienda como un proceso de integración dentro del aula.

La pregunta que surge para realizar esta investigación es:

**¿Cuál es el impacto que tiene la aplicación de un programa de sensibilización dirigido a personal de salud y administrativo que labora en el Centro Médico de la UAEM en la Actitud y la Percepción respecto a la inclusión de estudiantes Sordos de nivel superior?**

## **Justificación**

Esta investigación cobra relevancia, por el aporte que realizó en cuanto a la exploración y descripción de las variables de Actitud y Percepción sobre la inclusión de estudiantes sordos que tiene el personal de salud y administrativos del Centro Médico Universitario (UAEM). También, se identificaron algunas de las generalidades de la discapacidad auditiva, se informó sobre las principales necesidades que están presentes en esta población y las medidas para mejorar la accesibilidad en instituciones, los participantes conocieron de forma general estrategias de comunicación para personal médico que interactúa con pacientes Sordos y finalmente tuvieron favorables resultados en cuanto a la práctica de la LSM.

Otra aportación de esta investigación fue a nivel institucional, para la Unidad para la Inclusión Educativa y Atención a la Diversidad, ya que los resultados obtenidos les aportan información valiosa para la planeación de estrategias de sensibilización y capacitación para el personal académico y administrativo de otras Facultades y Centros de trabajo adscritos a la UAEM.

Asimismo, como ya se mencionó la mayoría de las investigaciones en torno a esta temática, se han llevado a cabo con profesores y/o estudiantes, por lo que se considera importante conocer otros contextos en los que los estudiantes Sordos también se desenvuelven, dentro de sus centros de estudio o trabajo.

También es trascendente porque la documentación de los resultados obtenidos sirve a futuras investigaciones que involucren el estudio de esta misma población y que sirvan para mejorar el acceso y la participación de las personas Sordas en el sector educativo y de salud, dentro del estado de Morelos y a nivel nacional.

## **Capítulo 1. Marco teórico**

### **1.1. Antecedentes**

Para el desarrollo de esta investigación se ha realizado una búsqueda de antecedentes en universidades sobre la inclusión de estudiantes con discapacidad, en segundo término mencionaremos las investigaciones centradas en la actitud y percepción que pudiesen tener los estudiantes, profesores, personal administrativo, de salud y otros prestadores de servicios de las mismas instituciones y finalmente investigaciones que se han realizado a nivel internacional con personal de salud o administrativo, todas estas se describen cronológicamente a continuación.

### **1.2. Inclusión de estudiantes con discapacidad en nivel superior**

Hoy en día las instituciones de nivel medio superior y superior han tomado acciones para promover el acceso y la participación de estudiantes con discapacidad dentro de sus aulas, siempre desde un enfoque de inclusión y no de integración, aunque todavía queda un camino largo por recorrer.

A nivel internacional se encontró, que se realizó un estudio para la inclusión de personas Sordas a nivel superior en Colombia (Ochoa, Angulo y Aparicio, 2017), que se centró en los procesos de acceso, permanencia y promoción de Sordos en ese nivel educativo. Como resultado de esa investigación se propuso un modelo de inclusión educativa de personas Sordas que hace énfasis en la proyección laboral de los Sordos, con el fin último de lograr su inclusión en la sociedad.

En México, encontramos el caso de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), que desde el año 1980 a través del Colegio de Pedagogía, se ha preocupado por formar y promover en sus estudiantes los derechos de las personas con discapacidad. Sin embargo, fue hasta el año 2004, cuando surge formalmente el Comité de Atención a la Diversidad, cuya meta es brindar apoyos educativos de excelencia para que los estudiantes con discapacidad de la UNAM puedan formarse de manera integral (Robles, Celis, Ríos y Bonaparte, 2013). Se sabe que la educación inclusiva es un proceso que requiere de la reestructura de políticas, por tal motivo se le reconocen a la UNAM las acciones en el terreno normativo en favor de las personas con discapacidad (Robles et al., 2013), tales como, que en el Plan de Desarrollo de la Universidad 2011-2015 se visualiza la necesidad de erradicar cualquier tipo de discriminación e implementaron el Programa Universitario de Derechos Humanos. En el año 2008, se adhieren a la Declaración de Yucatán sobre los derechos de las personas con discapacidad en las universidades, y en el 2003, establecen lineamientos para la atención con calidad a las personas con discapacidad dentro de sus instalaciones. Sin embargo, todavía sigue siendo un reto la unificación de estas políticas entre facultades y conocer cómo se llevan a cabo estas políticas (Cruz y Casillas, 2017).

También se encuentran otras instituciones que apoyan a estudiantes con discapacidad, como lo son, la Universidad Autónoma de San Luis Potosí (UASLP), la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), Universidad Politécnica de Santa Rosa Jáuregui de Querétaro (UPSRJ), la Universidad Veracruzana (UV), que incluso tiene un programa ya consolidado para la inclusión e integración de personas con discapacidad, la Universidad Autónoma de Tamaulipas (UAT), la Universidad Autónoma del estado de Hidalgo (UAEH) y la Universidad Autónoma de Tlaxcala (UATx) que también tienen unidades de atención y orientación a estudiantes con discapacidad.

Y por otra parte, también contamos con universidades que tienen acciones aisladas en pro de los estudiantes con discapacidad y que todavía no cuentan con programas o coordinaciones específicas para apoyar y atender este tipo de estudiantes, tal es el caso de la Universidad de Guanajuato (UG), la Universidad Pedagógica Nacional (UPN) y el Instituto Politécnico Nacional (IPN) (Cruz y Casillas, 2017; Guajardo y Góngora-Soberanes, 2018).

A nivel local se puede observar con éxito el caso de la UAEM, en donde desde el año 2013, se crearon y se establecieron las bases para el Programa Universitario para la Inclusión de personas con Discapacidad, el cual tenía por objeto planificar, aplicar y evaluar estrategias y programas de acción que permitan ofrecer las condiciones óptimas para el ejercicio pleno del derecho a la educación en la Universidad, de las personas con discapacidad, que son parte de la comunidad universitaria así como de aquéllas que aspiren a realizar sus estudios de los tipos medio superior o superior en la institución y procurar asegurar la educación inclusiva en un ámbito social (Álvarez, 2013). Sin embargo, en el año 2015 se reforma el acuerdo mediante el cual se creó y establecieron las bases para su funcionamiento, es decir, se modificó la nomenclatura del programa, así como sus atribuciones y obligaciones, funcionando actualmente la **Unidad para la Inclusión Educativa y Atención a la Diversidad**.

De acuerdo con Guajardo y Góngora (2018), en esta universidad hay que reconocerle la emisión del Manual Azul, que es un documento técnico que contiene normas de accesibilidad para personas con discapacidad y que tiene impacto en el Reglamento de Obras y Servicios de la UAEM, lo que infiere que toda la universidad deberá cumplir con los requerimientos necesarios que permitan el acceso a diferentes espacios para estudiantes con diferentes tipos de discapacidad. En la actualidad, se continúan haciendo adaptaciones para las jornadas de exámenes de admisión para aspirante con discapacidad visual, en sistema Braille y se cuenta con

el apoyo de intérpretes de LSM para aspirantes sordos, además de apoyos de transporte para aquellos que por su condición física tengan dificultades para trasladarse a la facultad en donde les corresponde presentar su examen de admisión.

### **1.3. Investigaciones centradas en la actitud y percepción sobre la inclusión de estudiantes con discapacidad**

A nivel internacional se encontró que, Alemany y Villuendas (2004), realizaron una investigación para conocer las actitudes de profesores en diferentes especialidades hacia los estudiantes con necesidades educativas especiales (NEE) dentro del aula. Y reportaron que los profesores de Educación Especial, Audición y Lenguaje, Pedagogía Terapéutica y los de Educación Musical manifiestan actitudes más positivas hacia la integración de estudiantes con este tipo de necesidades que, los profesores de Educación Infantil y los de Lengua Extranjera, en quienes se observó, actitudes más negativas. Sin embargo, agregan que en general, todos los profesores consideran que la integración es una buena idea, pero en su práctica diaria encuentran muchas dificultades en este proceso.

También en España, Muñoz, Novo y Espiñeira (2013), realizaron una investigación con el objetivo de evaluar las actitudes e intenciones de apoyo a la inclusión de estudiantes con discapacidad a nivel universitario, midiendo tres indicadores: intención de apoyo a la inclusión, actitud hacia la inclusión y control percibido. Concluyendo que el alumnado en general presenta una actitud positiva hacia la inclusión y confirman que las actitudes, la norma social y el control percibido son variables importantes para la explicación de la intención de apoyo a estudiantes con discapacidad por parte de sus compañeros. Asimismo, destacan la importancia de la

capacitación para apoyar a las personas con discapacidad, es entonces necesario, diseñar cursos formativos para apoyo a personas con discapacidad física y discapacidad psíquica y sensorial (Muñoz, Novo y Espiñeira, 2013).

Además, Parhoon, Movallali, Hassanzadeh y Moravej (2014), exploraron las actitudes de los profesores regulares e itinerantes sobre la inclusión de estudiantes Sordos en escuelas de educación regular, y reportaron que, la mayoría de los profesores está de acuerdo con la inclusión de estudiantes Sordos dentro de sus aulas. Sin embargo, observaron una diferencia significativa en sus actitudes, basada en variables como la enseñanza, experiencia y género.

Asimismo, Yupanqui, Aranda, Vásquez y Verdugo (2014), realizaron una investigación con metodología mixta en Chile, comprendida entre el 2008 y 2012, para describir la percepción de actores principales en el proceso educativo, tales como compañeros de clase, profesores, padres de familia, directores de escuela y otros profesionales. La recolección de datos la llevaron a cabo mediante entrevistas, grupos focales y aplicación de escalas, después de una intervención orientada a la educación inclusiva y discapacidad. También reportaron que, tanto en compañeros de clase y profesores, evidencias de cambio a favor de la inclusión, cambios actitudinales hacia los estudiantes con discapacidad con la presencia de evidentes signos de empatía, solidaridad, tolerancia y respeto. En los padres y directores, se reportó un mayor conocimiento sobre las discapacidades y mayor comprensión de la necesidad de realizar cambios curriculares y también mayor sensibilización respecto a la necesidad de incorporar alumnos con discapacidad. Finalmente, reportan que los demás profesionales refieren una mayor comprensión de la necesidad del trabajo en equipos multidisciplinarios para la consecución de logros a favor de la inclusión y que es necesario generar espacios de intercambio de conocimientos y experiencias (Yupanqui, Aranda, Vásquez y Verdugo, 2014).

En otra investigación realizada en España, Rodríguez y Álvarez (2015), evaluaron las actitudes hacia los estudiantes con discapacidad en alumnos profesores en una Universidad del Sur, encontraron que tanto estudiantes como profesorado consideran que no existe accesibilidad en sus respectivos centros, ni en las aulas, aunque sí reconocen que se adaptan algunos materiales y se emplean tecnologías de apoyo para el seguimiento de las clases por parte de los estudiantes con discapacidad.

En Colombia, Rodríguez, Núñez, Bulla y Lozano (2016), estudiaron las representaciones sociales de los estudiantes universitarios en torno a la inclusión de estudiantes con discapacidad, a través de la técnica de grupos focales y la aplicación de una escala de actitud hacia las personas con discapacidad, entre sus hallazgos reportan que los compañeros los perciben como personas que deben esforzarse más que una estudiante que no presenta discapacidad, e identificaron barreras sociales de todo tipo, en este sentido se reafirma el concepto de discapacidad como un problema social y de interacción con el contexto más que individual.

En México, en la UV, se llevó a cabo una investigación sobre la percepción de la comunidad universitaria ante la inclusión de estudiantes con discapacidad. De acuerdo con Cruz (2016), en esta universidad existe una visión positiva respecto a la inclusión de estudiantes con discapacidad, pero también coexiste con percepciones sobre imposibilidad, carencia y anormalidad están fuertemente marcadas, lo que se denomina exclusión simbólica.

Es importante mencionar que, a nivel local, dentro de la UAEM, ya se han realizado investigaciones con el objetivo de conocer las actitudes y percepción del profesorado y estudiantes respecto a la inclusión de estudiantes con discapacidad y en específico de estudiantes Sordos (Ortiz, 2018; Delgado et al., 2016).

Asimismo, Delgado et al. (2016), reportaron respecto a la percepción de los alumnos, que existe una percepción favorable para la implementación de políticas escolares que permitan la inclusión de estudiantes Sordos, y no se encontró evidencia de que los estudiantes Sordos vivan algún tipo de rechazo por tener una condición diferente, y sobre todo, que existe una alta aceptación hacia la sordera. En cuanto al personal docente y administrativo, se reportó que tienen una percepción de que, en la Facultad de Comunicación Humana, UAEM, se tiene una actitud inclusiva y previene la discriminación de estudiantes Sordos.

En cuanto al profesorado, Ortiz (2018), reportó que la mayoría de ellos se muestran comprometidos para generar un mejor aprendizaje de los estudiantes Sordos, que no existen diferencias significativas en las actitudes de los docentes de tiempo completo frente al que trabaja por horas, lo que refleja una actitud positiva frente a la inclusión de estudiantes Sordos. También encontró que, no existen diferencias significativas en las tres dimensiones: afectiva, cognitiva y de comportamiento, respecto al género, concluyendo que tanto como hombres y mujeres presentan una actitud positiva ante la inclusión de estudiantes Sordos. Sin embargo, se encontró que los profesores que no tienen tanta experiencia en el trabajo con estudiantes Sordos presentan menos acciones positivas en cuanto a actitud hacia la inclusión.

También, Moliner, Yazzo, Niclot y Phillipot (2019), realizaron una investigación en tres universidades de España, Colombia y Francia, sobre las percepciones del personal de servicios de apoyo a estudiantes con discapacidad universitarios. El estudio de tipo descriptivo se enfocó en analizar tres dimensiones: a) cultura, b) política y c) prácticas inclusivas en la universidad.

En la Universidad de Sonora, se realizó una investigación donde se aplicó la Escala de Actitudes hacia las Personas con Discapacidad, con el fin de describir la percepción que tienen

los estudiantes de la universidad de sonora hacia sus compañeros con alguna discapacidad. Salas, Bautista, Hoyos, Chávez y Cuevas (2019), reportaron que los estudiantes valoran más la convivencia con las personas con discapacidad, el 96.8% están en desacuerdo de que estas personas tengan que convivir exclusivamente con una persona de su condición. Sin embargo, la percepción hacia las personas con discapacidad es más favorable en mujeres que en hombres.

Por otro lado, Álvarez, Santos y Barrios (2019), realizaron una investigación instrumental, que tuvo por objetivo evaluar las propiedades psicométricas del cuestionario de percepción de la inclusión educativa en nivel superior, es una adaptación de una escala basada en el índice de inclusión de Booth y Ainscow, (2015). Este cuestionario mide tres dimensiones: políticas inclusivas, prácticas y cultura inclusivas. Respecto a políticas inclusivas, se encontró que la mayoría de los estudiantes (73%) conocen los programas de inclusión en su universidad. En cuanto a accesibilidad, reportaron que la mayoría de los estudiantes consideran que su universidad cuenta con adaptaciones físicas (73%). Con relación a las prácticas inclusivas, reportaron que la mayoría considera que los docentes tienen prácticas que promueven el trabajo en equipo con estudiantes con discapacidad (63%), mientras que los alumnos tienen la percepción de que no discriminan (90%) y apoyan a los estudiantes con discapacidad cuando es necesario (88%). Sin embargo, se observó que tienen un bajo nivel de convivencia con estos estudiantes fuera del aula (31%). Finalmente, en la dimensión de cultura inclusiva, la mayoría de los estudiantes perciben que los docentes promueven el respeto hacia los estudiantes con discapacidad (80%) y reportaron que la mayoría considera que la inclusión educativa es un derecho para los estudiantes con discapacidad (93%) (Álvarez et al., 2019).

#### **1.4. Investigaciones realizadas en personal de salud y administrativo**

A nivel internacional existen diversos estudios que se han realizado en torno al tema de atención a la salud de personas con discapacidad o personas Sordas, puesto que se ha identificado una gran necesidad de conocer y dar solución a la problemática que estas personas enfrentan día con día en diferentes contextos (públicos o privados), mediante la sensibilización para la atención a la diversidad y profesionalizar al personal de salud en el uso de herramientas metodológicas y teóricas que les permitan brindar una atención y cuidados de calidad a dichas personas.

Barbosa, Oliveira, Siqueira, Damas y Prado (2003) han evidenciado que la interacción del profesional de la salud con pacientes sordos se puede ver favorecida por el uso de Lengua de Señas. Por lo tanto, es necesario que los profesionales de la salud estén calificados para esta forma de comunicación para que puedan proporcionar asistencia de calidad a pacientes sordos.

En algunos estudios con enfermeras como el de Freitag, Gregório y Almeida (2007), se resalta que es difícil la comunicación con el paciente sordo, aunque algunas manifiestan que su desempeño es satisfactorio. Es en ese proceso, que algunas han tenido que utilizar tanto la comunicación no verbal, a través de mímica y lectura labial por parte del paciente sordo, como la comunicación verbal oral y escritura. Lo que visualiza la gran necesidad de mejorar la comunicación entre personal de salud y pacientes sordos y sin embargo es un aspecto que se sigue descuidado en la actualidad (Chaveiro, Porta y Barbosa, 2009). Lo que evidencian, es que la comunicación no verbal (gestos, uso de las manos y el cuerpo, posturas, miradas, expresiones faciales etc.) debe ser un aspecto importante que atender dentro de los servicios de salud. Resulta incluso indispensable que los prestadores de servicios conozcan la lengua de señas que se usa en

su país, ya que los mismos pacientes sordos manifiestan que es inviable esperar que se cuente con la figura formal de un intérprete de LS, les preocupa no contar con la atención oportuna a su salud (Chaveiro et al., 2009).

En el estudio de Chaveiro et al. (2009), también demostraron que los pacientes Sordos y los médicos enfrentan barreras de comunicación que comprometen el desarrollo de los lazos que se requieren en la atención médica, lo que puede afectar negativamente el diagnóstico y el tratamiento de los mismos.

Por otro lado, Gómez, Correa, Manfrin y De Sosa (2009), reportan que los enfermeros demostraron sentimientos de preocupación por los pacientes Sordos y que no tienen una formación específica sobre cómo cuidar y cómo comunicarse con los pacientes Sordos, lo que genera una limitación en la atención en esta población.

Como se menciona diversos autores como Méndez, Ortiz y Venegas (2011), han encontrado que, al brindar atención a personas con deficiencia auditiva, el personal de enfermería puede llegar a sentir frustración, impotencia, angustia, temor e incapacidad, pues requieren de más trabajo, recursos y tiempo para brindar los cuidados a esta población.

Asimismo, Méndez et al. (2011) relatan que la población Sorda, al momento de acceder a los servicios de salud, no recibe una intervención acorde con sus necesidades en cuanto a su capacidad para comunicarse, además de que en su mayoría el personal de enfermería que les atiende no cuenta con las herramientas adecuadas para establecer una comunicación efectiva.

También Giaconi, Pedrero y San Martín (2017), realizaron una investigación en Chile, para describir y analizar las percepciones de la discapacidad en cuidadores de niños con discapacidad, a través de la técnica de grupos focales y análisis de contenido. Reportaron que los cuidadores

reconocen la discapacidad como situación de diferencia propia de la diversidad existente entre las personas, considerándola como una condición propia de la vida humana.

Asimismo en España, específicamente en la Universidad de Salamanca (USAL), Mirón et al. (2019), realizaron una investigación donde evaluaron a través de un diseño pre test y post test, una intervención de sensibilización para la atención integral de personas con discapacidad (PCD) en estudiantes de Medicina, en la que reportaron resultados positivos después de la intervención en relación a la importancia del rol del médico en relación con los pacientes con discapacidad y, en consecuencia, se valoran los conocimientos y competencias necesarias para conseguir una mejor atención sanitaria.

Cabe mencionar que, en México, específicamente en el Estado de Morelos, de mayo a julio del 2017, se llevó a cabo un Plan de capacitación de LSM, a personal de salud en el Hospital General de Cuautla “Dr. Mauro Belaunzaran Tapia”, el grupo de participantes lo conformaron 1 ginecóloga, 1 nutrióloga, 4 enfermeras, 1 psicóloga, y 1 auxiliar de servicio social, siendo en total 8 personas, que ejercían actividad profesional en ese momento. Es importante exponer que fue el mismo personal de salud quienes buscaron y gestionaron este tipo de capacitación, que se llevó a cabo a través de la Asociación de Sordos Incluyentes del Estado de Morelos y LSM A.C., lo que el personal de salud reportó en ese momento, es que se habían presentado varios pacientes Sordos y no lograron brindar la atención por las evidentes dificultades de comunicación. Durante el desarrollo del curso de capacitación en LSM, se presentaron ciertos obstáculos que no se habían considerado y que sin duda impactaron en el desarrollo del curso y también en los resultados de aprendizaje. Lo que se observó fue que el espacio que las autoridades del hospital prestaron al responsable de la gestión del curso no era el óptimo, ya que no contaba con una iluminación adecuada y tampoco se tenía el mobiliario adecuado para todos los participantes.

Con relación a los horarios, el curso se llevaba a cabo todos los viernes, de 9 am a 1:30 pm, por lo que frecuentemente los participantes tenían que salir del aula para atender tareas propias de su trabajo o se ausentaban de la clase por la misma cuestión, lo que impactaba directamente en su aprendizaje del curso. Es importante mencionar que debido a esto el grupo estaba conformado por 15 participantes y finalmente solo 8 participantes concluyeron el curso. También es significativo mencionar que los mismos participantes realizaban una cuota de recuperación a beneficio de la Asociación de Sordos Incluyentes del Estado de Morelos y LSM A.C., ya que las autoridades del hospital no realizaron aportación monetaria para cubrir gastos de materiales (cuadernillos del curso, diccionario de LSM, hojas blancas, lápices, gomas, plumas, grapas, etc.)

Finalmente, se sabe que ni antes ni después de este plan de capacitación se realizó alguna medición, ni se elaboró algún reporte de resultados, sin embargo, se considera un precedente dentro del Estado, que visualiza la necesidad de capacitación a este sector de la población, y que, sin duda, sería de gran beneficio no solo para el personal de salud.

De esta experiencia de capacitación a personal de salud resultaron las siguientes consideraciones para la presente investigación:

- Realizar una adecuada solicitud para la realización de la intervención.
- Solicitar un espacio adecuado para la realización de la intervención.
- Considerar los horarios de todos los participantes para un adecuado desarrollo del curso, cuidando que no se interfiera con sus actividades esenciales.
- Es imprescindible realizar una medición antes y después de la intervención para evaluar el efecto que ésta tiene.

- Redactar un informe de los resultados obtenidos y hacer una devolución a las autoridades del hospital, así como una devolución individual a los participantes que lo requieran.
- Se considera importante cuidar los aspectos éticos de toda intervención y realizar formalmente un consentimiento informado con los participantes.
- Es importante considerar que la participación del personal médico debe ser voluntaria y gratuita, es decir, que no recibirán ningún beneficio económico por participar, pero tampoco deberán cubrir ninguna cuota para participar en la intervención o cubrir los gastos de materiales a utilizar.

## **2. Aspectos generales de la discapacidad**

### **2.1. Definición de discapacidad**

La actual definición de Discapacidad tomada de la RAE (2021), hace referencia a la situación de las personas que, al presentar alguna condición ya sea física o mental permanente, se enfrentan a diferentes barreras que dificultan su acceso a la participación social. Considerando que las causas que originan la discapacidad son preponderantemente sociales, no son, las limitaciones del individuo las raíces del problema, sino las limitaciones de la propia sociedad.

### **2.2. Discapacidad y salud**

De acuerdo con datos de la OMS (2011), más de mil millones de personas (15%) en el mundo viven con algún tipo de discapacidad. Que el 2.2 % tiene importantes dificultades para funcionar, pero sobre todo que estas cifras van al alza, debido al envejecimiento de la población, es decir, que las personas ancianas, tienen mayor riesgo de padecer una discapacidad, y al incremento de

los problemas de salud crónicos como diabetes, enfermedades cardiovasculares y trastornos mentales.

Sin embargo, la OMS (2011) también nos dice que la experiencia de la discapacidad se vive de una manera muy diversa, puesto que, aunque la discapacidad normalmente se asocia con desventaja, no todas las personas que tienen esta condición se enfrentan a las mismas desventajas. Es decir, de acuerdo con las tasas de escolarización, las personas con discapacidad física tienen mejores oportunidades de acceso a la educación que las que presentan algún tipo de discapacidad sensorial o intelectual. En el ámbito laboral, las personas más excluidas son las que presentan discapacidad intelectual o mental.

También, nos menciona que las personas con discapacidad tienen una mayor demanda de asistencia sanitaria que quienes no padecen discapacidad, y también tienen menos acceso a servicios de asistencia sanitaria y por tanto hay más necesidades insatisfechas en esta esfera.

Entre las necesidades insatisfechas en esta esfera la OMS (2018), reporta que las actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades raras veces se orientan a personas con discapacidad, un ejemplo de esto es que en países en desarrollo un 85% de la población con trastornos mentales no recibieron tratamiento, además la detección de cáncer mamario y cervicouterino se practica con menos frecuencia en las mujeres con discapacidad.

Como se mencionó anteriormente las personas con discapacidad son particularmente vulnerables a las deficiencias de los servicios de asistencia sanitaria. Sin embargo, dependiendo del grupo o de las circunstancias, las personas con discapacidad pueden experimentar mayor vulnerabilidad a afectaciones secundarias, comorbilidad, enfermedades relacionadas con el

envejecimiento y una frecuencia más elevada de comportamientos nocivos para la salud y muerte prematura.

Asimismo, las personas con discapacidad se enfrentan con una gran variedad de obstáculos cuando buscan asistencia sanitaria según reporta la OMS (2018). Un ejemplo de ello se puede observar en la asequibilidad de los servicios de salud y el transporte, la falta de servicios apropiados para personas con discapacidad, barreras arquitectónicas en hospitales y centros de salud, equipo médico inaccesible, etc. Sin embargo, de acuerdo con la OMS (2018), las personas con discapacidad notifican que el personal de salud carece de aptitudes para atender sus necesidades, que son maltratados por dicho personal e incluso se les niega el servicio.

La OMS (2011), también reporta otro tipo de obstáculos a los que se enfrentan las personas con discapacidad como lo son las políticas y normas insuficientes, en las cuales no siempre se tienen en cuenta las necesidades de estas personas, o no se hacen cumplir las normas o políticas ya existentes. También reporta la falta de consulta y participación, en este sentido, nos dice que las personas con discapacidad están totalmente excluidas en la toma de decisiones que afectan directamente su vida. Y finalmente la falta de datos y pruebas, es decir, que conocer el número de personas con discapacidad y pruebas objetivas sobre programas de intervención que realmente funcionan, podrían ayudar a reducir las barreras para la participación y proporcionar servicios que permitan un completo acceso y participación de las personas con discapacidad.

### **2.3.Contexto actual en la atención a personas Sordas en los centros de salud en México.**

En México, a través de nuestra Carta Magna (2015), en el art. 4° y en otros documentos de carácter internacional como la Declaración Universal de los Derechos Humanos podemos observar que se habla de que toda persona tiene derecho a la protección de la salud y asistencia médica. Asimismo, de acuerdo con Pizarro y Méndez (2006), el Protocolo de San Salvador, en su art. 11° nos dice que toda persona tiene derecho a vivir en un ambiente de sanidad y contar con servicios públicos básicos. Sin embargo, no todos los ciudadanos mexicanos tienen acceso a estos servicios de salud, en este caso, el Estado prevé, que las personas que no están afiliadas a ningún sistema de salud pueden acudir a los institutos, hospitales y centros de atención médica pertenecientes a la Secretaría de Salud, Sistemas DIF, sistemas estatales y locales de asistencia social.

Sin embargo, las personas Sordas que requieren de asistencia médica, así como de atención en salud mental, no cuentan con servicios especializados para su atención a través de la LSM. Al requerir de una consulta médica en la red pública de servicios de salud, tanto estatales como federales como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado (ISSSTE), se enfrentan a dificultades para establecer comunicación efectiva con el personal de salud, ya que la gran mayoría de estos últimos desconoce la LSM, y estas instituciones no cuentan con personal que preste servicios de interpretación formalmente,

Cabe mencionar que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2000) reporta, que dentro de las acciones que apoyan a la población con discapacidad del país, en el año 2000 el IMSS editó por segunda ocasión las "Normas de Apoyo al Discapacitado Físico", actualmente

denominadas: "Normas para la Accesibilidad de las Personas con Discapacidad, Movilidad Limitada, Ceguera y Sordera", las cuales permiten difundir la adaptación de elementos urbanos, arquitectónicos y mobiliarios para este sector de población. Comprenden los estudios ergonómicos, movimientos del cuerpo humano y de los equipos y elementos con los que se desenvuelve la población con discapacidad. Con éstos se determinan entre otros, los requerimientos para la movilidad de las personas, para los desplazamientos de las sillas de ruedas, las muletas o auxiliares que ayudan a su autonomía. Con base en estas normas del IMSS (2000), el Instituto continúa con el desarrollo y complementación de nuevos proyectos y obras, así como con las ampliaciones y remodelaciones que requieren una evolución permanente a fin de lograr que sus unidades médicas, de prestaciones sociales y administrativas cuenten con los suficientes elementos de apoyo para la adecuada circulación y movilidad de las personas con discapacidad física.

Sin embargo, la propuesta que presentan dentro de dicho manual para mejorar la comunicación con personas sordas se queda bastante limitada y no logra el objetivo que se plantea, ya que no proporciona elementos necesarios para atacar de fondo la necesidad de atención médica eficaz y oportuna en LSM ni a través de mensajes escritos, como se ha propuesto en algunos estudios sobre estrategias adecuadas de comunicación con pacientes Sordos (Barbosa et al., 2003).

Por esta razón, es recomendable atender las estrategias de comunicación para enfermeras que interactúan con pacientes Sordos que y la guía para la educación médica, que Lieu, Sadler, Fullerton y Stohlmann (2007) y Barnett (2002) proponen respectivamente.

## 2.4. Discapacidad y educación

Garantizar el derecho a la educación en niños y jóvenes de todo el mundo, sigue siendo un reto hasta la actualidad, sin embargo, no pasan desapercibidos avances en esta materia. Desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos, aprobada en el marco de la Asamblea General de las Naciones Unidas llevada a cabo en 1948 de acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 2005), en el artículo 26, se reconoció por primera vez oficialmente a nivel mundial el Derecho a la Educación como Derecho humano.

En esta declaración se podría rescatar tres puntos importantes, el primero concerniente a que toda persona tiene derecho a la educación y que la educación básica debe ser gratuita, que esta tiene por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y fomentar el respeto por los derechos humanos y libertades fundamentales, y, por último, que cualquier padre tiene la libertad de elegir el tipo de educación que crea mejor para sus hijos.

Este mismo derecho fue ratificado en 1976, en el artículo 13° del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y más tarde en 1990, en los artículos 28 y 29 de la Convención de Derechos del Niño, se reproduce lo establecido y se amplía el ámbito de protección del derecho a la educación, y cabe rescatar que es aquí, donde se empieza a visibilizar la importancia de garantizar la educación superior accesible para todos (UNESCO, 2005).

Sin embargo, para que el derecho a la educación se cumpla plenamente, hay varios aspectos que se deben considerar, tal es el caso de la **disponibilidad**, que se refiere a que la educación básica debe ser gratuita y obligatoria, en el caso de niños en condición de vulnerabilidad, el

estado debería financiar su educación, destinando una parte de su PIB a este rubro (UNESCO, 2005).

Un punto que interesa resaltar es que debe ser **accesible** para todos, es decir, que se debe eliminar toda forma de discriminación en el acceso a la educación, ya sea de origen étnico, religioso, de sexo, o por cualquier otra cuestión.

Otros requisitos para el cumplimiento del artículo son la **aceptabilidad** y la **adaptabilidad**, de acuerdo con la UNESCO (2005), el primero se refiere a que la educación ha de ser de calidad a lo largo de todo el proceso de enseñanza y aprendizaje y el segundo requiere que la educación debe adaptarse a cada alumno/a.

Es importante que estos aspectos se cumplan para que se pueda garantizar el derecho a la educación de todos, ya que la educación es el medio principal por el que toda persona puede desarrollarse plenamente, en cuanto a sus capacidades, habilidades, emociones y tener un papel activo en la sociedad (UNESCO, 2005), es aquí donde sobresale la importancia de garantizar en primer término el derecho a su educación para que se pueda permitir el acceso y la participación de las personas con discapacidad. Puesto que el respeto y garantía del derecho a la educación abre puertas a otros derechos y el hecho de negarlo, estaría validando la discriminación y marginación de personas que ya se encuentran en condición de vulnerabilidad.

Por esto es importante mencionar que en la actualidad existen diversas instituciones y agencias que promueven y protegen los derechos humanos ya reconocidos y entre ellos el derecho a la educación, tal es el caso de las Naciones Unidas a través del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (ACNUDH), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Banco Mundial. Todos ellos reconocen la relevancia de proteger y garantizar este derecho para todos, a pesar de que aún queda un largo camino por recorrer a nivel mundial, los esfuerzos no cesan al respecto.

## **2.5.Educación inclusiva**

De acuerdo con Blanco (2008), la UNESCO define la educación inclusiva como un proceso que debe responder a la diversidad de los estudiantes, permitiendo su participación y debe reducir su exclusión dentro de la misma. Este proceso está estrechamente familiarizado con la presencia, participación y el éxito de todos los alumnos y con especial énfasis en los alumnos que se encuentran en condición de exclusión y en riesgo de marginación o vulnerabilidad debido a distintas razones.

En este proceso la presencia hace referencia al acceso y la permanencia en la escuela y en contextos no formales de educación, mientras que la participación, se refiere a que el currículum y las actividades sean adaptables a las necesidades de todos los estudiantes y que sean tomados en cuenta en las decisiones que impactaran en su vida académica. Así también, el éxito o logro se refiere a que todos los estudiantes alcancen en la medida de lo posible, los objetivos planteados en el currículum, necesarios para su desarrollo personal y social (Blanco, 2008). La inclusión entonces implica más que el acceso, se refiere a que todos los estudiantes tengan las mismas oportunidades para lograr un aprendizaje de calidad, que le permita un pleno desarrollo de su personalidad, como lo establece la Declaración Universal de los Derechos Humanos (UNESCO, 2005).

Es por esto que se entiende la inclusión en un sentido más amplio que el de integración, ya que esta última tiene la finalidad de asegurar el derecho de las personas con discapacidad a educarse en escuelas regulares, sin embargo la inclusión vela porque todos tengan derecho a una educación de calidad, con las mismas oportunidades de aprendizaje y con énfasis en esas personas que se encuentren en condición de vulnerabilidad, que comúnmente pueden ser personas con discapacidad, de culturas o etnias no dominantes, minorías lingüísticas, en condición de pobreza, niños de padres inmigrantes, niños sin cuidados parentales, etc. Asimismo, de acuerdo con Blanco (2008), el enfoque de atención es diferente en ambos conceptos, la integración implica que las personas que se integran a las escuelas de educación regular se adapten al sistema de escolarización, es decir, al currículum, métodos, valores y normas de convivencia, sin importar su cultura, lengua y capacidades. Y los alumnos son atendidos individualmente como si se tratase de un problema individual más que social. En cambio, la inclusión propone transformar el sistema educativo y las escuelas para que sean capaces de atender la diversidad de necesidades educativas de los estudiantes, y no son estos los que se tienen que adaptar al sistema, sino que, son los factores del contexto educativo y de la enseñanza los que se deben ajustar a las necesidades de los estudiantes. Esta concepción de inclusión es importante subrayarla, porque no solo habla de las necesidades de personas con discapacidad, sino que indica que cualquier estudiante puede presentar necesidades de aprendizaje, porque todos son diferentes. También es importante mencionar que en la Convención Internacional de los derechos de personas con discapacidad (CDPD, 2006), se reconoce que la discapacidad es un concepto capaz de mutar y que esta resulta de la interacción de las personas con alguna deficiencia y las barreras actitudinales y el entorno que dificultan su participación plena en la sociedad.

Es por esto por lo que la inclusión entendida correctamente, según Ouane (2008) se enfoca que todos reciban educación apropiada y de calidad dentro del sistema regular y gozando de las mismas oportunidades y modalidades de aprendizaje incluso fuera del sistema educativo. La inclusión implica el acceso a la educación sin ningún tipo de discriminación ni exclusión dentro y fuera de la escuela.

Sin embargo, Aguerro (2008), nos dice que la inclusión se ha entendido erróneamente, indicando que esta concierne principalmente a las personas con discapacidad como se menciona en la Declaración de Salamanca. Sin embargo, en la actualidad su definición es mucho más amplia que incluye poblaciones de mujeres, grupos originarios y no solo personas con discapacidad (Gujardo-Ramos, 2009).

De acuerdo con García y Romero (2019), la Declaración de Salamanca (DS), que fue aprobada en el marco de la Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales: acceso y calidad, llevada a cabo en Salamanca, España como su nombre lo indica en el año de 1994. Sin embargo, de acuerdo con Gujardo-Ramos (2009), a pesar de que este acuerdo internacional ha tenido avances significativos en la democratización de la educación básica sobre todo en diferentes países, todavía siguen sin satisfacerse muchas de las expectativas iniciales que se plantearon desde este acuerdo.

Actualmente, en México podemos contar con grandes avances en materia de legislación, tal es el caso de La Ley General de Educación, específicamente del artículo 41 (reforma publicada en 2018), que nos dice:

Tratándose de personas con discapacidad, con dificultades severas de aprendizaje, de conducta o de comunicación, se favorecerá su atención en los planteles de educación básica, sin que esto cancele su posibilidad de acceder a las

diversas modalidades de educación especial atendiendo a sus necesidades. Se realizarán ajustes razonables y se aplicarán métodos, técnicas, materiales específicos y las medidas de apoyo necesarias para garantizar la satisfacción de las necesidades básicas de aprendizaje de los alumnos y el máximo desarrollo de su potencial para la autónoma integración a la vida social y productiva. Las instituciones educativas del Estado promoverán y facilitarán la continuidad de sus estudios en los niveles de educación media superior y superior. (p. 19)

Como menciona Guajardo (2009), en América latina los estudiantes con discapacidad transitan por un modelo de doble vía, primero tienen la opción de entrar a educación básica desde la educación especial para después integrarse a educación básica regular o acceden directamente desde educación regular, cuando se les reconoce su derecho a ser incluidos.

También es importante considerar que, debido a las dificultades escolares que presentan los niños sordos y que son inherentes a estas dificultades en el lenguaje y también a dificultades en la expresión de escrita, en las últimas décadas se ha producido una transformación en la concepción educativa del estudiante sordo que ha dado como resultado la difusión de nuevos modelos denominados bilingües interculturales y que han permitido profundizar en las concepciones sociales de la sordera. Por tal razón, Capistrán, Moreno, Padilla y Guajardo (2017), sugieren que es importante que a los niños sordos accedan desde edades tempranas a la lengua de señas y se les matricule en escuelas bilingües para sordos, en un ambiente comunicativo sin barreras y con acceso al contenido curricular que permita alcanzar mejor una competencia lingüística, cognitiva y social.

Sin embargo, hoy en día las legislaciones a favor de la inclusión de personas con discapacidad y el reconocimiento de sus derechos como los de cualquier otro individuo son apenas un paso dentro de todo el proceso de inclusión y que se debe reconocer, es un proceso complejo y que en México todavía está en construcción.

### **3. Generalidades de la discapacidad auditiva**

#### **3.1. Definición de discapacidad auditiva**

De acuerdo con Alvarado (1998) (citado en INEGI, 2004), la discapacidad auditiva se refiere a la reducción de la habilidad para oír claramente debido a alguna afectación o problema ubicado en el mecanismo auditivo. Esta pérdida de la audición puede variar desde ser una superficial o leve hasta tratarse de una profunda.

Cuando una persona presenta una pérdida auditiva, sea esta del grado que sea, se verá en la necesidad de recurrir a alternativas tecnológicas o médicas que le permitan compensar su deficiencia, tales como el uso de prótesis auditivas, intervenciones quirúrgicas o el aprendizaje de la lengua de señas.

#### **3.2. Clasificación de la pérdida auditiva**

Es tan amplio el campo de la pérdida de la audición que para facilitar su comprensión se puede clasificar en tres tipos, por el momento en que se adquiere, por la localización de la lesión y por el grado de pérdida auditiva.

De acuerdo con el momento en que se adquiere la pérdida auditiva, se denomina prelocutiva cuando un niño adquiere la sordera antes de hablar y poslocutiva cuando ya ha aprendido a hablar, estos hechos van a determinar claramente las decisiones que se tomen en torno a su tratamiento y rehabilitación (Verdugo, 2002).

De acuerdo con la Asociación Americana del Habla, Lenguaje y Audición (ASHA, 2006), por la localización de la lesión se puede decir que existe una sordera conductiva, neurosensorial o mixta. Una pérdida auditiva de tipo conductiva ocurre cuando existe un problema en el oído externo y medio que impide que el sonido viaje con facilidad por el canal externo hasta el tímpano y los huesecillos (martillo, yunque y estribo).

La sordera neurosensorial está asociada a estructuras más finas del oído, esta ocurre cuando hay una lesión en el oído interno (cóclea) o en los conductos de los nervios entre el oído interno y el cerebro. Finalmente, la sordera mixta se presenta cuando la pérdida auditiva de conducción ocurre de manera simultánea a la pérdida neurosensorial.

Asimismo, por el grado de pérdida auditiva Verdugo (2002) hace la siguiente clasificación: audición normal de -10 a 20 dB, pérdida ligera de 20 a 40 dB, pérdida media de 40 a 70 dB, pérdida severa de 70 a 90 dB, pérdida profunda de 90 a 120 dB y cofosis de más de 120 dB.

### **3.3. Implicaciones de la pérdida auditiva en el lenguaje**

Respecto a las consecuencias que se derivan de la pérdida auditiva, se ha de considerar esta como un factor importante pero no como el único ni el de más peso, de acuerdo con Ferrández y Villalba (1996) es necesario contemplar otros factores como el nivel de inteligencia, el estado neurológico, edad de aparición de la sordera, apoyo familiar, intervención temprana etc.

Según estos autores, una pérdida ligera implica que no todos los sonidos de la conversación sean percibidos, la voz del interlocutor puede ser captada débilmente o lejana y también puede haber casos que presenten dificultades en la articulación, aunque suelen ser poco frecuentes.

Además, comentan que una pérdida media de la audición puede implicar que el sujeto no perciba voces lejanas y dificultades para percibir la conversación normal, aunado a un retraso en la aparición del lenguaje y caracterizado por frecuentes dislalias. Lo que conlleva a tener dificultades sociales para integrarse a grupos y miedo a participar en conversaciones rápidas. También, Ferrández y Villalba (1996) indican que una pérdida severa, implica que solo se perciban ruidos y voces fuertes, hay problemas de vocabulario o ausencia de él si la pérdida se aproxima a los 90 dB. El tono de voz de estos sujetos es monótono y presenta dislalias, carencia de ritmo y claridad.

Asimismo, una pérdida profunda involucra la percepción de ruidos muy intensos y en algunos casos solo se perciben las vibraciones. Todas las dificultades que presenta una pérdida severa están presentes en este tipo pero con más intensidad, aunados a problemas sociales, dificultades en la atención, carencia del lenguaje y dificultades escolares importantes.

### **3.4. Sistemas y recursos de apoyo a la comunicación con personas sordas.**

Los sistemas aumentativos de comunicación son un conjunto de recursos dirigidos a facilitar la comprensión y la expresión del lenguaje en todas aquellas personas que tengan dificultades en esta área. Estos sistemas constituyen una extensa gama de posibilidades entre las que se encuentran recursos manuales, gráficos y ayudas técnicas que facilitan el acceso a la comunicación.

De acuerdo con Velasco y Pérez (2017), existen dos sistemas que destacan en apoyo a la comunicación específicamente con niños sordos en un contexto clínico y educativo, la palabra complementada y la comunicación bimodal. El primero consiste en un sistema complementario a la lectura labial, que facilita visualizar los fonemas no visibles y suprimir ambigüedades entre ellos. Este sistema fue creado con fines educativos y rehabilitadores con el fin de apoyar en el aprendizaje de la lengua oral en los niños sordos. El segundo sistema, es un sistema de comunicación que consiste en el uso simultáneo de la lengua oral acompañada de la lengua de señas, desde luego que este sistema no se debe confundir con el bilingüismo, ya que se comunica en ambas formas al mismo tiempo, pero la lengua oral es la que determina la sintaxis y el orden de la frase. Entendiendo con esto, que cuando hablamos de bilingüismo, se hace referencia al uso de dos lenguas diferentes con reglas gramaticales distintas e imposibles de utilizarse de manera simultánea.

También, como otro recurso de apoyo podemos mencionar la lectura del habla (LLF), que consiste en un sistema complejo que incluye la lectura labial, la lectura facial y elementos lingüísticos del discurso en un intento integrador de la percepción visual del habla (Velasco y Pérez, 2017).

Otro recurso de comunicación que podemos mencionar es el intérprete de lengua de señas (ILS), que es un profesional que conoce y domina la lengua oral y la lengua de señas, cuyo trabajo consiste en transmitir un mensaje producido en lengua de señas a su equivalente en lengua oral y viceversa, facilitando con esto la comunicación entre personas oyentes y personas sordas (Velasco y Pérez, 2017).

Por otra parte, Velasco y Pérez (2017) reconocen la importancia del uso de ayudas técnicas para personas sordas tales como el uso de audífonos e implantes auditivos que permitan mejorar la audición de las personas sordas de acuerdo a su tipo de pérdida auditiva. De la mano de estas ayudas técnicas, estas autoras señalan también la importancia de implementar el uso de sistemas de frecuencia modulada (FM) e instalaciones de bucles magnéticos, que mejoren las condiciones acústicas de diferentes espacios para evitar la contaminación por ruido que afecta la comprensión del habla.

Entre otros recursos que sirven de apoyo a la comunicación con personas sordas, podemos mencionar los apoyos visuales tales como el uso de subtítulos, paneles informativos y luminosos. El primero de estos, es un servicio de apoyo a la comunicación que permite la integración de personas con discapacidad, un recurso valioso que permite entender los diálogos de las personas, el modo en que se producen estos diálogos, efectos sonoros y ruidos ambientales que son relevantes, y otros elementos discursivos (otros idiomas, rótulos, pantallas, cartas, etc.). El segundo es el uso de paneles informativos o dispositivos de información escrita que se muestran simultáneamente a la información acústica (avisos, noticias, señalizaciones, etc.) que sirven para evitar confusiones o situaciones de desconcierto ante diferentes situaciones y facilitan la información sobre espacios, productos y servicios. De acuerdo con Velasco y Pérez (2017), también es importante el uso de señales o avisos luminosos que acompañen cualquier señal sonora como son el uso de timbres de puertas, teléfonos y sistemas de alarmas, que estén colocados de manera visible y estratégica en los espacios de mayor afluencia de personas.

Finalmente, encontramos que el uso de la lengua de señas es la vía regia de comunicación con las personas sordas que son usuarias de esta lengua, que de acuerdo con Peluso (2007) son sistemas verbales cuyos significantes se organizan en una materialidad viso-espacial, por

oposición a la lengua oral cuya materialidad es acústica y que el uso de esta lengua convierte a la comunidad sorda en una comunidad lingüística con una cultura propia. En este caso hablaremos de la lengua de señas mexicana como la lengua que caracteriza a la comunidad sorda en México, sin dejar de reconocer que esta comunidad tiene contacto con otras lenguas de señas y lenguas dominantes (Cruz y Serrano, 2018).

#### **4. Lengua de Señas Mexicana (LSM)**

La LSM junto con otras lenguas de señas han sido ignoradas por mucho tiempo, y no tenían un estatus o un reconocimiento como el que hoy en día se tiene, y esta nueva se debe gracias al estudio creciente de esta lengua. En el caso particular de la LSM, las aportaciones que Cruz (2008) ha hecho al entendimiento de su gramática y características esenciales han aportado un análisis confiable y minucioso que ha servido de punto de partida para futuras investigaciones. Lo que ha llevado a que actualmente la Lengua de Señas Mexicana (LSM) esté reconocida oficialmente en México desde el 10 de junio del 2005, como una lengua nacional y patrimonio lingüístico de nuestro país, porque se considera que es tan rica en gramática y vocabulario como cualquier lengua oral.

También es importante considerar que la lengua de señas al ser una lengua natural es susceptible a sufrir modificaciones o cambios lingüísticos de manera natural como respuesta a las exigencias comunicativas de sus usuarios. De acuerdo con Cruz y Serrano (2018), la comunidad Sorda en México tiene un intercambio cotidiano con usuarios de otras lenguas como el español e inglés por ejemplo y con usuarios de otras lenguas de señas como American Sign Language (ASL) y la lengua escrita, lo que lleva a reconocer que son un colectivo heterogéneo

que históricamente ha participado en la conformación de diferentes grupos de referencia, como son asociaciones civiles, deportivas, grupos religiosos, etc.

Por esta razón es que las diferentes comunidades usuarias de la LSM van resolviendo de acuerdo con las necesidades que se les presentan, dando como resultado diferentes variantes articulatorias de determinadas señas; estas modificaciones pueden ser debidas a factores sociales, culturales, de educación, religiosos, por la zona geográfica en que se encuentran, o incluso por la intervención de personas oyentes que desconocen esta lengua.

Es importante mencionar que las lenguas de señas pueden describirse en diferentes niveles: sintáctico, semántico, morfológico y fonológico Rosso (2013) y Cruz (2008) también reconoce estos niveles. Sin embargo, denomina a uno de estos niveles como morfosintaxis (véase también, Cruz, 2014). El aspecto fonológico de las lenguas de señas hace referencia a que se pueden descomponer en diferentes parámetros: a) la configuración de la mano o la forma que adopta la mano (puño cerrado, palma abierta, etc.), b) el movimiento de la mano, se refiere a la trayectoria que la mano sigue al realizarse una seña determinada, c) la orientación de la mano, se refiere a la posición de la palma con respecto al cuerpo del sujeto al momento de hacer la configuración manual, d) la ubicación que se refiere a el lugar sobre el espacio señante donde se ejecutan las señas y e) la expresión facial. Todos estos elementos combinados bajo determinadas reglas dan lugar a unidades mayores y cualquier cambio en alguno de esto parámetros puede modificar el significado de estas.

El nivel morfológico, de acuerdo con Rosso (2013) hace referencia a que las lenguas de señas han desarrollado marcas gramaticales que funcionan como morfemas inflexivos y que estas producen cambios sistemáticos en el significado de los enunciados. Por lo tanto, es complicado

pensar en la seña como unidad de análisis sin contemplar toda la información que resultado de su desarticulación se pueda obtener.

En cuanto al nivel sintáctico Rosso (2013) hace mención que es imposible comparar las estructuras sintácticas de las lenguas orales de las lenguas de señas porque son diferentes y de acuerdo con Cruz-Aldrete (2008), las lenguas de señas presentan un orden gramatical específico, con sus propias reglas para la construcción de oraciones y las relaciones entre sus elementos.

De acuerdo con Cruz (2008), el nivel semántico de las lenguas de señas permite relacionar el significado de las señas y de sus combinaciones, de tal manera que el conocimiento que se tienen de los significados léxicos, son útiles para comprender diferentes expresiones lingüísticas y dar estructura a nuestra representación del mundo que nos rodea. En este sentido, se entiende que el léxico de la lengua de señas mexicana no es una copia de la lengua oral, ya que en español podemos encontrar que un solo verbo por ejemplo puede tener diferentes significados. Sin embargo, en la LSM pueden existir señas diferentes para cada significado, por lo tanto, no se podría transliterar de un idioma a otro.

## Capítulo 2. Método

### 2.1. Diseño de investigación

El diseño del estudio es de enfoque mixto, en el que se combina el enfoque cuantitativo y cualitativo, por una parte, el enfoque cuantitativo utiliza la recolección de datos y el análisis estadístico con base en la medición numérica (Sampieri, Fernández y Baptista, 2014). Y por su parte, el enfoque cualitativo permite obtener una comprensión más profunda de los significados y definiciones de determinado fenómeno tal como nos lo presentan las personas (Jiménez, 2000). Este estudio tuvo una fase descriptiva exploratoria y cuasi experimental de un solo grupo con pre y post-test, se trabajó con un solo grupo que se evaluó antes y después del programa de sensibilización.

### 2.2. Objetivo general

Analizar los efectos en la Actitud y la Percepción que produce la aplicación de un programa de sensibilización dirigido al personal de salud y administrativo del Centro Médico Universitario (UAEM) para la inclusión de estudiantes Sordos de nivel superior.

#### *2.2.1. Objetivos específicos.*

- ✓ Identificar la actitud del personal de salud y administrativo ante la inclusión de estudiantes Sordos.
- ✓ Identificar la percepción del personal de salud y administrativos respecto a inclusión educativa de estudiantes Sordos en la UAEM.

- ✓ Diseñar y aplicar un programa de sensibilización dirigido a personal de salud y administrativos para la atención a estudiantes Sordos en el Centro Médico Universitario (UAEM).
- ✓ Evaluar el efecto del programa de sensibilización.

### **2.3. Hipótesis**

#### **Alternativa (H1)**

Después de la aplicación de un programa de sensibilización para la inclusión de estudiantes Sordos, la Actitud y la Percepción observada en personal de salud y administrativos del Centro Médico de la UAEM presentan efectos positivos.

$$H_1 = A_2 > A_1$$

#### **Nula (H0)**

Después de la aplicación de un programa de sensibilización para la inclusión de estudiantes Sordos, la Actitud y la Percepción observada en personal de salud y administrativos del Centro Médico de la UAEM no presentan efectos positivos.

$$H_0 = A_2 \leq A_1$$

#### **Dónde:**

**A<sub>1</sub>**= Primera medición de actitud y percepción respecto a la inclusión de estudiantes sordos antes del programa de sensibilización.

A<sub>2</sub>= Segunda medición de actitud y percepción respecto a la inclusión de estudiantes sordos después del programa de sensibilización.

## **2.4. Población**

Por personal de salud y administrativo, se entenderá a médicos, enfermeras, paramédicos, recepcionistas, personal de farmacia, que desarrollen actividad profesional en el Centro Médico de la UAEM.

## **2.5. Muestra**

La muestra estuvo constituida por 14 participantes (10 mujeres y 4 hombres) que ejercen actividad profesional en el Centro Médico Universitario (UAEM) y que desempeñan diferentes funciones dentro del mismo, quedando de la siguiente manera:

- Médico hospitalario: 6
- Médico pasante: 3
- Enfermero: 2
- Personal administrativo: 1
- Paramédico: 1
- Prestador de servicio social: 1

El muestreo fue no probabilístico y por conveniencia.

## 2.6. Escenario

El Centro Médico Universitario (UAEM), se fundó en el año 1972, durante el rectorado del Lic. Carlos Celis Salazar, IX Rector de la UAEM, contando con 50 años de servicio, es un Centro de atención Integral a la Salud de primer nivel, con asistencia sanitaria esencial y accesible a toda la comunidad universitaria y población en general (UAEM, 2019).

El escenario permite que se concentren los participantes en un solo espacio debido a que el realizar el programa en las distintas sedes puede traer ciertos sesgos.

## 2.7. Método de recolección de datos

En esta fase del estudio tuvo por base la metodología mixta en que se emplea el método cuantitativo y cualitativo y para resolver los primeros objetivos particulares de esta investigación se llevó a cabo la aplicación de la **Escala de actitud de personal médico y administrativo respecto a la inclusión de estudiantes sordos (UAEM)** y la adaptación de **Cuestionario sobre las percepciones de los docentes y personal administrativo frente a la inclusión escolar de estudiantes sordos de la UAEM**, mediante un formulario digital que también incluía el consentimiento informado sobre la investigación y la encuesta sociodemográfica (Ver anexo V).

Asimismo, se llevaron a cabo 2 sesiones de grupo focal con cada grupo que se conformó de acuerdo con el horario de trabajo de los participantes, es decir, un horario matutino y otro vespertino. Por lo tanto, la realización de los grupos focales se llevó a cabo en diferentes horarios, por la mañana de 10:00 a 12:00 hrs. y por la tarde de 18:00 a 20:00 hrs.

## 2.8. Instrumentos

1. Escala de actitud de personal médico y administrativo respecto a la inclusión de estudiantes sordos (UAEM), adaptación de la escala de Ortiz (2018). (Ver Anexo V).
2. Adaptación de Cuestionario sobre las percepciones de los docentes y personal administrativo frente a la inclusión escolar de estudiantes sordos de la UAEM de Hernández (2016). (Ver Anexo VII).
3. Guion de grupo focal con personal de salud y administrativos. (Ver Anexo VIII).
4. Encuesta sociodemográfica y sobre atención a personas Sordas (dentro de Anexo V).
5. Escala de apreciación de aprendizajes obtenidos (Ver anexo IX).

## 2.9. Descripción de Escalas

Para esta investigación se retomó la **Escala de actitud de los docentes respecto a la inclusión de estudiantes Sordos en la UAEM de Ortiz (2018)**, (es una adaptación del instrumento de Vásquez, 2010), está constituida por 30 ítems y se calificaran las tres dimensiones que evalúan la actitud:

- Cognitiva

Ítems: 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25, 28.

- Afectiva

Ítems: 2, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 23, 26, 29.

- Acción o de comportamiento

Ítems: 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 27, 30.

Para realizar la adaptación de la escala se contó con el apoyo de expertos en el tema de inclusión de personas Sordas, se realizaron las modificaciones necesarias en la redacción de los ítems para estar dirigido a personal de salud y administrativo, en la escala de Ortiz (2018) los ítems están redactados en primera persona para dar más veracidad a las respuestas de los participantes por lo que ese aspecto se consideró adecuado y no sufrió modificación, quedó así el título de **“ESCALA DE ACTITUD DE PERSONAL MÉDICO Y ADMINISTRATIVO RESPECTO A LA INCLUSIÓN DE ESTUDIANTES SORDOS (UAEM)”**.

En la escala los ítems que conforman la dimensión Cognitiva se consideran ítems favorables, mientras que para las dimensiones Afectiva y de Comportamiento o acción, se tienen ítems desfavorables y están redactados de tal manera que al ser respondidos se genera la respuesta como un falso positivo para que los participantes respondieran de manera más honesta y para el análisis de los datos se invierten los valores de las respuestas para tener los datos correctos.

Es importante mencionar que la escala en la escala de Ortiz (2018) es una adaptación de la escala Vásquez (2010), y dado que la población de interés para este estudio es diferente a la que fue dirigida la escala antes mencionada, no se puede asegurar que este estandarizada con población mexicana, pero de acuerdo con Ortiz (2018) se ha aplicado en Valladolid, España por García y Alonso (1985) y en Lima, Perú por Vásquez (2010).

Para darle confiabilidad a la “Escala de actitud de personal médico y administrativo respecto a la inclusión de estudiantes Sordos (UAEM)” se realizó un pilotaje de manera virtual y análisis de confiabilidad y validez, puesto que en el campo de las Ciencias Sociales de la conducta son dos características deseables en toda medición (Quero, 2010).

De acuerdo con Quero (2010), el análisis de confiabilidad tiene como objetivo evaluar la consistencia interna de una prueba, es decir, que tan precisos y exactos son los reactivos en cuanto al atributo que se pretende medir, en este caso la actitud respecto a la inclusión de estudiantes Sordos. La confiabilidad puede ser medida mediante diversos coeficientes de correlación, pero en el caso específico de la confiabilidad vinculada a la consistencia interna se utiliza el coeficiente  $\alpha$  (alfa) o comúnmente conocido como el estadígrafo Alfa de Cronbach. Para interpretar un valor específico de  $\alpha$  y este sea considerado como satisfactorio Quero (2010) considera como regla general que las confiabilidades no deben ser inferiores a 0.80. Sin embargo respecto a este aspecto Frías (2011) menciona que George y Mallery (2003, p. 231) sugieren los siguientes criterios para su interpretación: Coeficiente alfa  $> .9$  es excelente, Coeficiente alfa  $> .8$  es bueno, Coeficiente alfa  $> .7$  es aceptable, Coeficiente alfa  $> .6$  es cuestionable, Coeficiente alfa  $> .5$  es pobre y Coeficiente alfa  $< .5$  es inaceptable.

En los resultados del coeficiente  $\alpha$  por cada dimensión, se obtuvo que el valor de  $\alpha$  de la dimensión cognitiva es de .694, en la dimensión afectiva es de .813 y para la dimensión de comportamiento es de .853.

Finalmente, el resultado de los 30 ítems que conforman la escala indica que se tiene un **Alfa de Cronbach de .860**, lo que indica que la validez y fiabilidad del instrumento entra en la categoría del coeficiente alfa mayor a 8 arrojando un resultado bueno de la prueba.

Por otra parte, en esta investigación se consideró el **Cuestionario sobre las Percepciones de los docentes y personal administrativo frente a la inclusión escolar de estudiantes Sordos de la UAEM de Hernández (2017)**, (basado en el Índice de inclusión de Booth y Ainscow, 2000) y

está constituido por 10 ítems y evalúa los **principios de educación inclusiva**, que permite determinar si un espacio tiene un perfil incluyente.

**Tabla 1**

*Descripción de principios en los que se basa el cuestionario.*

<b>Dimensión</b>	<b>Aspectos por identificar</b>
<b>Principios de educación inclusiva</b>	Programa de formación docente
	Necesidad de hacer adaptaciones
	Se cuenta con un programa para la detección de NEE
	Se previene la discriminación
	Evaluar la enseñanza/aprendizaje para dar soluciones
	Apoyo al alumno Sordo para adaptarse
	Trabajo compartido
	Proporcionar información al estudiante Sordo
	Apoyo a los estudiantes Sordos
	Trabajo del grupo coordinador

Fuente: elaboración propia.

Es importante mencionar que para aplicar este cuestionario no se consideraron modificaciones estructurales al mismo, por lo que se retomará el cuestionario como fue diseñado y se adecuará al contexto, para ser aplicado en el Centro Médico Universitario (UAEM).

## **2.10. Medición de los instrumentos**

Para la medición de la escala de actitud del personal de salud y administrativo se implementó la escala tipo Likert, la cual es considerada como un instrumento de medición que se conforma con un conjunto de elementos o ítems que permiten que una persona tome una postura, ya sea a

favor o en contra de lo que se plantea en estos; así podemos demostrar si una actitud es positiva o negativa ante determinada situación (Mejías, 2011).

La escala tipo Likert de esta escala está detallada de la siguiente manera: Muy de acuerdo, Acuerdo, Desacuerdo y Muy en Desacuerdo. Donde la primera tiene un valor de 4 y la última tiene el valor de 1.

En esta escala la puntuación total es de 120, por lo tanto, cada dimensión tiene un puntaje máximo de 40. Y para determinar los valores positivo y negativo se usaron los rangos siguientes: en puntajes obtenidos desde 0 a 20 el valor será negativo y en puntajes desde 21 a 40, el valor será positivo.

**Tabla 2**

*Rangos para calificar cada dimensión.*

<b>Puntaje total</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Rango para identificar valores positivos o negativos</b>
120	Cognitiva 40	De 0 a 20 puntos por dimensión el valor es negativo
	Afectiva 40	De 21 a 40 puntos por dimensión el valor es positivo
	Actitud 40	

Fuente: Ortiz (2018).

Para la medición del cuestionario de las percepciones de los docentes y personal administrativo de Hernández (2016), también se usa la escala tipo Likert que se definió de la siguiente manera: Totalmente de acuerdo, Acuerdo, Desacuerdo y Totalmente en Desacuerdo. En

donde Totalmente de acuerdo tiene un valor de 4 y Totalmente en Desacuerdo tiene un valor de 1.

En esta escala la puntuación total es de 40. Y para determinar los valores positivo y negativo se usaron los rangos siguientes: en puntajes obtenidos desde 0 a 20 indicando que el espacio no tiene un perfil incluyente. Y en puntajes desde 21 a 40, el indicando que el espacio tiene un perfil incluyente.

### **2.11. Descripción del Grupo focal**

Se consideró utilizar la técnica de **Grupo focal** por ser una herramienta que permite la complementariedad, principio que destaca la imposibilidad de agotar la realidad con un sólo punto de vista, permitiendo a partir del diálogo, la interacción y el intercambio de perspectivas, enriquecer y complementar la percepción de la realidad (Martínez, 2004). Además, March et al., (1999) mencionan que los métodos cualitativos pueden apoyar a entender mejor los procesos y realidades de los problemas a los que se enfrentan en el ámbito de la salud pública y la medicina.

Asimismo, Prieto y March (2002) definen ésta técnica como una entrevista grupal dirigida por un moderador a través de un guion de entrevista o temas, que se utiliza para conseguir información a profundidad sobre lo que las personas opinan o hacen, explorando los porqués y los cómo de sus opiniones y acciones. Es importante especificar que un grupo focal lo integra un número limitado de participantes, de entre 4 a 10 personas, un moderador y un observador si es posible, sin embargo, se sugiere que los grupos estén conformados por 7 - 9 personas.

Es también necesario, según Prieto y March (2002) realizar por lo menos dos grupos focales de la muestra definida, para asegurar que la información obtenida en un grupo se ratifica en el otro (saturación de información).

De acuerdo con la OEI (s.f.) para realizar la técnica de Grupo focal se debe especificar las siguientes pautas para su desarrollo:

- Previo a la moderación, el moderador debe conocer a detalle los temas en los que se espera profundizar y las preguntas correspondientes a cada tema y conocer las características del grupo que se va a coordinar.
- Es recomendable grabar los encuentros para facilitar la dinámica y disponer de un registro fiel del material recolectado.
- Al iniciar cada grupo focal, se debe presentar al moderador y realizar una breve explicación del propósito del mismo.
- Al inicio también, el moderador deberá explicar que todos los datos serán confidenciales por lo que no se personalizará ni se asociará la información obtenida con el participante respondiente.
- Se deberá solicitar el permiso para realizar las grabaciones de video y de voz, explicando que la finalidad de esta es agilizar la toma de los datos, haciendo hincapié en el punto anterior.
- Durante las sesiones de grupo focal se debe generar un clima de intimidad y comodidad para que los participantes se expresen sin censura.
- En el grupo focal la profundización es la clave para obtener información que enriquezca la investigación por lo que el moderador no debe presuponer el significado o la

representación de una idea o concepto, debido a esto es imprescindible preguntar para comprender a que se refiere el participante.

- El moderador debe estar atento a las preguntas previas consideradas en el guion, pero sin descuidar el diálogo con los participantes.
- Durante la sesión el moderador deberá promover el intercambio de todos los puntos de vista que surjan en la misma y evitar que unos pocos intimiden la libre expresión de los demás.
- La sesión se dará por concluida cuando se hayan agotado todos los temas previstos en el guion de entrevista y se haya profundizado en ellos.
- En el cierre de la sesión, el moderador deberá agradecer el tiempo brindado y destacar la importancia de sus aportaciones para el estudio.

Considerando las pautas para el desarrollo de un grupo focal se propuso el guion para realizar las sesiones con el personal de salud y administrativo del Centro Médico Universitario (UAEM), el cual contempla las siguientes pautas principales (Ver anexo VIII):

- Percepción de discapacidad y discapacidad auditiva.
- Experiencia en atención a pacientes Sordos.
- Estrategias de comunicación con pacientes Sordos.
- Formación o capacitación sobre discapacidad auditiva.
- Recursos o herramientas disponibles en el entorno de trabajo.
- Información sobre el proceso de inclusión educativa en la UAEM y su impacto.

## **2.12. Procedimiento**

### **Etapa 1. (Preliminar).**

En esta primera etapa se llevó a cabo en primer término, la elaboración del protocolo de investigación, para esto se recolectó información sobre antecedentes de investigaciones realizadas, información relevante para el marco teórico y se hizo la elección del método a utilizar.

También se realizó la selección de los instrumentos a utilizar y la adaptación de estos para la aplicación en la población de estudio seleccionada.

Asimismo, se analizaron y tuvieron en cuenta las consideraciones éticas para la realización de este estudio.

### **Etapa 2. Gestión de escenario.**

En esta segunda etapa se llevó a cabo un pilotaje de las adaptaciones realizadas y se obtuvieron resultados preliminares sobre la población de estudio que es de interés para esta investigación.

Posteriormente se acordó y llevó a cabo una reunión presencial con el Dr. Marcos Jershain Capistrán Sánchez, quien funge como Coordinador de Asistencia del Centro Médico Universitario de la UAEM, para solicitar el permiso y coordinar la logística de evaluación inicial y la implementación de la intervención en ese escenario. (Ver anexo II).

Una vez lograda la autorización, se procedió a conformar el grupo de estudio. El registro de los participantes se realizó también mediante un formulario digital en el que se les solicitó algunos datos generales y se les invitaba a participar en la reunión a través de la plataforma

digital Google Meet, con el objetivo de informar sobre los objetivos del estudio, metodología, modalidad de participación y la logística de este (previamente acordada con el coordinador).

Esta primera reunión sirvió para definir las listas de los participantes y también los horarios en los que estarían participando en el estudio. Como se mencionó anteriormente, se acordaron dos horarios de asistencia, el matutino de 10:00 a 12:00 horas y el vespertino de 18:00 a 20:00 horas.

### **Etapas 3. Evaluación diagnóstica y de análisis.**

En esta etapa de evaluación, se acordó una reunión específica a través de la plataforma digital Google Meet para la aplicación de los instrumentos, en donde se les facilitó el formulario que contenía las escalas antes mencionadas y también incluía el consentimiento informado sobre la investigación y la encuesta sociodemográfica (Ver anexos III y V). Es importante mencionar que realizó de esta manera para generar compromiso en los participantes y también para que se pudiese brindar asesoría sobre como contestar el formulario en caso de que presentaran alguna dificultad en sus dispositivos móviles o computadoras (PC's o laptops).

Asimismo, para la realización de las sesiones de grupo focal con cada grupo conformado (matutino y vespertino) se acordaron reuniones específicas para esta actividad y nuevamente se utilizó la plataforma digital Google Meet. Es importante mencionar que estas sesiones fueron grabadas (audio) previo permiso de los participantes, a quienes en todo momento se les garantizó el uso confidencial de sus datos y apegado a estrictos principios éticos.

### **Etapas 4. Diseño e implementación de la intervención.**

Una vez que se obtuvieron los datos de los instrumentos se analizaron los resultados de las escalas antes mencionadas y los datos obtenidos mediante la técnica de grupo focal. Con el fin de

diseñar e implementar un programa de sensibilización al personal de salud y administrativo adecuado a las necesidades identificadas.

Es importante mencionar que dicha intervención se llevó a cabo en modalidad virtual. Para esto, se realizaron 17 sesiones sincrónicas a través de la plataforma digital Google Meet, todos los lunes y miércoles en los horarios matutino y vespertino, en donde se abordaron 5 módulos de aprendizaje de la intervención (Ver anexo I).

Asimismo, los participantes tuvieron participación en la plataforma digital Google Classroom en donde, se desarrollaron los cinco módulos de aprendizaje que conforman el temario de la intervención. Es importante mencionar que cada módulo de aprendizaje contiene los objetivos de cada uno de estos, material adicional a las sesiones realizadas en Google Meet y actividades debidamente detalladas para que los participantes tuvieran una mayor comprensión del tema y también se facilitara la retroalimentación y evaluar sus aprendizajes en cada módulo.

Cabe mencionar que esta plataforma fue de gran utilidad, ya que sirvió para aquellos participantes que por la naturaleza de su trabajo no lograban asistir a una reunión virtual, tenían la posibilidad de acceder a los contenidos propuestos en esta intervención y realizar las actividades correspondientes para lograr el objetivo de la misma.

Finalmente, 14 de los participantes concluyeron la intervención contabilizando 34 horas en sesiones sincrónicas, sin contabilizar las sesiones que se programaron como asesoría para los participantes que así lo solicitaron.

### **Etapas 5. Evaluación de la Intervención.**

Una vez concluida la intervención se realizó la aplicación de las escalas antes mencionadas, además de una encuesta de satisfacción respecto al programa de intervención. Así mismo, se

diseñó una rúbrica de evaluación para evaluar los aprendizajes obtenidos respecto a los 5 módulos de aprendizaje de los participantes, lo que facilitó la evaluación de las evidencias obtenidas en Google Classroom de los participantes que concluyeron la intervención.

### **Etapas 6. Resultados.**

Finalmente, se analizaron los resultados de las evaluaciones post intervención para la elaboración del reporte de resultados.

Se realizó un reporte de resultados, mismo que se puso a disposición de los participantes y autoridades del Centro Médico Universitario, también se hizo la respectiva entrega de sus constancias de participación.

### **2.13. Aspectos Éticos**

Para el desarrollo de este estudio se consideraron los principios que establece el enfoque Principialista. El **principio de autonomía**, pues se facilitó a todos los participantes en el estudio, un formulario de consentimiento que deberán leer y firmar para participar de manera libre en la investigación (Ver Anexo III).

También, se les explicó al grupo de participantes el propósito del trabajo y su libre elección de participar en el programa; el **principio de beneficencia**, donde se les aclaró sobre los riesgos (en el caso de existir), beneficios y consecuencias de participar. Se les explicó la pertinencia científica de la investigación y que el manejo de los datos se hará de forma que quede garantizada la confidencialidad de los mismos y de la información del estudio, y que los mismos solo tendrán un uso con fines académicos y de investigación. Para esto, los datos obtenidos

fueron codificados mediante un sistema numérico consecutivo, que comenzará por 01, de tal forma que toda la información guarde un anonimato y resulte imposible, para alguien ajeno al estudio, relacionar la hoja de respuestas del cuestionario con los datos personales del entrevistado.

Por último, se consideró en todo momento el **principio de justicia**, dando un trato igualitario a cada participante en cada una de las etapas de la investigación.

## Capítulo 3. Análisis e interpretación de resultados

### 3.2. Análisis cualitativo y cuantitativo de datos

En este apartado se trabajó con los datos obtenidos de la **Escala de actitud de personal médico y administrativo respecto a la inclusión de estudiantes Sordos (UAEM)** adaptación de la escala de Ortiz (2018), la adaptación realizada del **Cuestionario sobre las Percepciones de los docentes y personal administrativo frente a la inclusión escolar de estudiantes Sordos de la UAEM de Hernández (2016)** y los datos recogidos a través de la encuesta sociodemográfica en la cual se incluye un apartado relativo a la atención a pacientes Sordos (dentro de Anexo V).

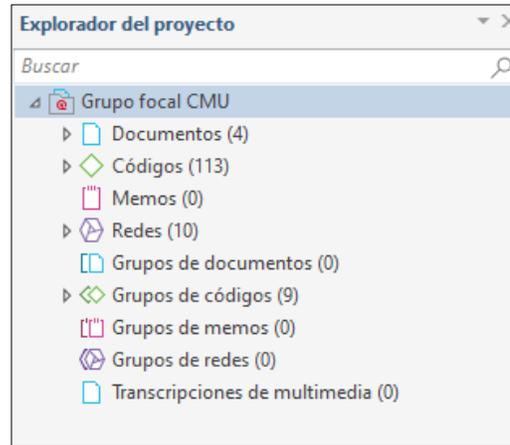
Asimismo, se analizaron los datos obtenidos en las sesiones de grupo focal y de observación directa por parte del investigador, durante las sesiones sincrónicas y evidencias de las actividades realizadas asincrónicamente en la plataforma Google Classroom.

Como se menciona en el apartado de procedimiento de este documento, antes de aplicar los cuestionarios descritos anteriormente, se llevaron a cabo las sesiones de grupo focal para realizar un diagnóstico más certero, por lo tanto, se presenta a continuación los resultados obtenidos de este proceso.

#### **Técnica Focus Group**

Para analizar el contenido cualitativo de los grupos focales, las grabaciones en video de estos (documentos primarios) se incorporaron en formato multimedia para su análisis, habiéndose agregado y organizado en un archivo único (unidad hermenéutica, ver figura 1). En este archivo se encuentra toda la información producida en el transcurso del análisis, además de los

documentos primarios, contiene los códigos, anotaciones o comentarios, y las familias de los códigos y la relación entre estas (redes).



*Figura 1.* Descripción de análisis de contenido. Fuente: Elaboración propia.

Los documentos primarios corresponden a las grabaciones de las sesiones grabadas de grupo focal que se realizaron con los dos grupos (matutino y vespertino). Las citas son las segmentaciones o fragmentos de los videos que son más significativos de los documentos primarios y que pueden ser asociados a un código. Los códigos son los elementos principales del análisis y estos se pueden considerar o agrupar en un sistema de categorías. Los comentarios son todas aquellas anotaciones que se han considerado importantes realizar de cada cita.

Los fragmentos de los videos y su codificación se realizaron para reducir los datos, ya que en un principio se parte de un gran volumen de información y se van segmentando algunas partes de los documentos (citas), que a su vez pueden asociarse a los códigos.

En el caso de los códigos, en la figura 2 se muestran agrupados en 9 familias, que se denominan categorías inductivas y corresponden a las siguientes: (1) percepción de la discapacidad, (2) términos que asocian a la discapacidad auditiva, (3) creencias sobre la sordera, (4) dificultades en la práctica médica, (5) estrategias de comunicación, (6) dificultades para recibir capacitación, (7) necesidades identificadas en la UAEM, (8) actitud positiva hacia la inclusión, (9) expectativas del proceso de inclusión en la universidad.

Grupos de códigos	Nombre	Enraizamiento	Densidad	Grupos
Actitud positiva (10)	Actitud negativa	1	2	[Necesidades identificadas UAEM]
Creencias de la sordera (8)	Actitud positiva	1	8	[Actitud positiva]
Dificultades en la práctica m... (12)	Acusia	1	1	
Dificultades-capacitación (9)	Adaptación infraestructura	1	1	[Necesidades identificadas UAEM]
Estrategias de comunicación (7)	Alumnos oyentes	1	1	[Actitud positiva]
Expectativas-Inclusión (6)	Anacusia	1	1	
Necesidades identificadas... (16)	Atención de calidad	1	1	
Percepción de discapacidad (14)	Barrera de comunicación	6	1	[Dificultades en la práctica médica]
Términos discapacidad auditiva (8)	Calidad de interpretación	2	1	[Dificultades en la práctica médica]
	Calidad educativa	1	1	[Necesidades identificadas UAEM]
	Capacidad diferente	4	1	[Percepción de discapacidad]
	Capacitación para todos	1	1	[Dificultades-capacitación] [Expectativas-Inclusión]
	Capacitación pobre	1	2	[Necesidades identificadas UAEM]
	Capacitación sobre discapacidad	1	1	[Dificultades en la práctica médica]
	Ciegos	1	1	[Percepción de discapacidad]

Figura 2. Familias de códigos. Fuente: Elaboración propia.

En el análisis de contenido de los documentos primarios (grupos focales), la información se redujo tras la codificación, en citas que se asocian a cada uno de los códigos. En la figura 3 se puede apreciar que en la de categoría **percepción discapacidad** los códigos *capacidad diferente*, *dificultad* y *discapacitados* tienen más frecuencia que el resto. Sin embargo hay otros códigos que a pesar de su poca frecuencia tienen un significado para los participantes, se observa que la principal percepción que se tiene de la discapacidad está asociada a una limitación o dificultad para realizar diferentes actividades, por ejemplo indican literalmente “Es una limitación a diferentes niveles que dificulta su desarrollo en la sociedad, un obstáculo podría ser” y “yo creo

que la palabra clave es dificultad ya que si se tiene que reconocer que les es más difícil tener un rol activo en la sociedad a diferencia de alguien que posee todas las capacidades de su cuerpo”.

Asimismo, los participantes reportan que en la misma sociedad se tiene una percepción negativa de la discapacidad, por ejemplo “la sociedad también los ve como los enfermos, o que están malitos, para mí la discapacidad lo asocio con problemas porque a veces no los vemos tan bien como deberíamos”.

Mostrar códigos en grupo Percepción de discapacidad			
Nombre	▲	Enraizamiento	Densidad
● ◇ Capacidad diferente		4	1
● ◇ Ciegos		1	1
● ◇ Dificultad		5	1
● ◇ Dificultad física		1	1
● ◇ Dificultad para realizar algo		1	1
● ◇ Discapacitados		3	18
● ◇ Enfermos		1	0
● ◇ Les falta algo		1	1
● ◇ Malitos		1	1
● ◇ Maltrato		1	1
● ◇ Pérdida de la capacidad básica...		1	1
● ◇ Problemas		1	1
● ◇ Restricción de la participación		1	1
● ◇ Sufrimiento		1	1

Figura 3. Fundamentación de códigos en categoría percepción de discapacidad.  
Fuente: Elaboración propia.

Respecto a la categoría **términos que asocian a la discapacidad auditiva** los códigos que tienen más frecuencia son *sordos* y *sordomudos* (ver figura 4). Sin embargo, vemos que también utilizan términos incorrectos para referirse a personas con discapacidad como *mudos*, *los que no escuchan*, *incapacidad auditiva*, mismos que llegan a utilizar en diminutivo, por ejemplo “En el súper nos abordó una señora y nos dijo a señas que nos podía ayudar y yo dije órale, nos pusieron una sordita y muda para variar” y solo unos cuantos llegan a utilizar términos adecuados como personas sordas o con discapacidad auditiva.

Mostrar códigos en grupo Términos discapacidad auditiva				
	Nombre	▲	Enraizamiento	Densidad
●	◇ Discapacidad auditiva		1	17
●	◇ Hipoacusia		1	1
●	◇ Incapacidad auditiva		1	1
●	◇ Mudos		1	1
●	◇ No escuchan		1	1
●	◇ Persona sorda		2	1
●	◇ Sordomudos		7	2
●	◇ Sordos		7	2

Figura 4. Fundamentación de códigos en categoría términos que asocian con discapacidad auditiva. Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la categoría *creencias sobre la sordera*, se observa que los participantes tienen diferentes creencias asociadas a esta discapacidad, creencias respecto a cómo se comunican o si tienen otras dificultades asociadas a la pérdida auditiva, por ejemplo:

Cita 3:20.

*“Yo no sabía que ellos no dominan o no se comunican en español como nosotros lo conocemos y hasta ahorita voy entendiendo esta parte y es enriquecedor para mí”.*

Cita 3:14

*“No sé cómo hacen ellos, si es que no tienen un español tan estructurado, como hacen para comunicarse en clase o como han logrado dar sus opiniones o leer los trabajos que dejan o si se tiene una educación a parte con ellos”.*

Cita 3:11

“Con ellos escribimos y el español no es el mismo, los verbos no están conjugados y aparte esta al revés la escritura de ellos”.

Cita 3:2

“La abue nena es sorda desde que tengo memoria y con ella tenemos que resaltar mucho las palabras pero a pesar de esto ella tiene muy buena memoria para las recetas del mole por ejemplo”.

Respecto a la categoría **dificultades en la práctica médica**, en la figura 5 se puede observar que los códigos que tiene mayor frecuencia son *experiencia con pacientes sordos*, *barrera de comunicación*, *recursos de comunicación* y *comunicación básica de LSM*.

Mostrar códigos en grupo <b>Dificultades en la práctica médica</b>			
Nombre	▲	Enraizamiento	Densidad
● ◇ Barrera de comunicación		6	1
● ◇ Calidad de interpretación		2	1
● ◇ Capacitación sobre discapacidad		1	1
● ◇ Comunicación básica en LSM		4	1
● ◇ Confidencialidad		1	1
● ◇ Difícil atención		1	1
● ◇ Difícil comunicación		2	1
● ◇ Errores en el Dx		1	2
● ◇ Experiencia con Sordos		10	2
● ◇ Práctica médica		2	15
● ◇ Recursos de comunicación		7	1
● ◇ Relación médico-paciente		1	1
● ◇ Tecnicismos		1	1

Figura 5. Fundamentación de códigos en categoría dificultades en la práctica médica. Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al código de barrera de comunicación, los participantes identifican claramente que existe una barrera de comunicación que es una dificultad para brindar atención a los estudiantes Sordos de la universidad y que por este motivo es poco frecuente que los estudiantes acudan a consulta en el centro médico universitario, por ejemplo:

Cita 1:26

*“es el problema de la comunicación, probablemente ellos ya saben que es difícil encontrar a alguien que pueda darles ese tipo de atención y tal vez ya tienen a alguien que si les entiende y dicen pues mejor voy con esta persona”.*

Cita 2:18

*“el problema de la comunicación porque no estamos preparados para entenderlos, por ejemplo en centro médico de todos, solo dos o tres han tomado un curso de lengua de señas y tampoco son expertos, si esas personas no están y me toca recibirlos pues no les voy a entender entonces creo que el principal problema es la comunicación”.*

Respecto al código Recursos de comunicación, los participantes comentan que podrían emplear diferentes recursos que sirvan de apoyo a la comunicación con pacientes sordos y también expresan sentimientos de angustia o nerviosismo ante la dificultad de brindar la atención a los estudiantes sordos, ya que indican textualmente lo siguiente:

Cita 3:3

*“Yo creo que yo me sentiría muy frustrada, porque como lo mencione anteriormente a mí si se me complica saber que recursos utilizaría para comunicarme con ellos, yo podría utilizar una hoja y un lápiz para dibujar”.*

Cita 3:4

*“Yo me pondría más que nada nerviosa, porque no sabría cómo manejar la situación ante una persona así y tendría que ver la manera de cómo entenderle para que yo pueda ayudarlo”.*

Cita 3:5

*“Mostrarle objetos y a base de señas”.*

Cita 3:7

*“Siento que a base de mímica, señas y las expresiones de la cara”.*

Cita 3:12

*“Es más fácil utilizar la mímica que usar otros recursos como ponerles videos donde se ejemplifiquen los síntomas...todo el recurso que sea para poder comunicarte es importante y valioso”.*

Finalmente en los códigos de experiencia con pacientes sordos y de comunicación básica en LSM, fue posible observar que solo algunos han tenido la experiencia de atender a un paciente con discapacidad auditiva y también han tenido pocas oportunidades de aprendizaje de lengua de señas a través de cursos que se ofertan en las diferentes sedes de la UAEM, pero su conocimiento

se limita a elementos muy básicos como el uso del alfabeto manual y que también las otras experiencias que han tenido con el uso de la lengua es a través de los familiares que acuden con los pacientes y fungen como intérpretes, por ejemplo lo vemos en las siguientes citas:

Cita 1:26

*“Yo desde chica me aprendí el abecedario de lengua de señas pero solo es el abecedario, entonces digo ¿realmente en la consulta voy a estar deletreando?, eso va a seguir siendo una barrera aunque ¿pudiera ser menor no?”*

Cita 3:29

*“Yo solo tome un curso básico de lenguaje de señas y fue algo muy sencillo, íbamos una vez entre semana creo que dos horas, lo que más se me quedó fue el alfabeto y los números pero de todas formas no tenemos con quien practicar”.*

Cita 1:21

*“Ya cuando yo entre a la clase de lengua de señas en la facultad me di cuenta que tan difícil es su lenguaje y que si se necesita una capacitación continua”.*

Cita 4:2

*“Yo tuve una paciente sorda que acudía con su mamá y ella era la que interpretaba, solo una vez use una muela de plástico que tengo en la oficina para tratar de ejemplificar el crecimiento de la caries y que ella me entendiera”.*

Cita 4:3

*“En práctica privada yo tuve la experiencia de atender a un sordo y su mamá también era sorda, nos comunicamos a través de mensajes escritos, el paciente tenía un auxiliar*

*auditivo y un dominio del español por lo que la comunicación fue lenta pero medianamente fluida. Su mamá se comunicaba a través de lengua de señas y mímica para tratar de comunicarse conmigo porque no pude comunicarme con ella a través de mensajes escritos”.*

Cita 3:19

*“Fue mi primera experiencia con una paciente sordomuda, creo que es la única y su mamá estaba ahí como intérprete pero si es complicada la atención diferente”*

En la categoría ***estrategias de comunicación***, en la figura 6 se puede observar que los códigos que más se repiten son en primer lugar el comunicarse a través de un intérprete, a través de un familiar que funge como intérprete, también comentan que lo harían a través de diferentes estrategias de comunicación y lectura labio facial. A pesar de que la mayoría desconocen la LSM y los que han tomado cursos básicos de esta lengua no son expertos y aseguran que tendrían las mismas dificultades que sus compañeros.

Cita 2:20

*“Llevan intérprete y yo hasta me aventuraría a decir que los pacientes sordos nunca van solos, siempre llevan a alguien de su casa, de su familia”.*

Cita 3:16

*“A veces van al consultorio con intérprete o a veces sus compañeros los acogen tanto que ellos mismo los llevan a consulta y nos dicen que tienen”.*

Cita 3:29

*“Casi siempre van con el intérprete y dos que tres veces llegaron a ir solitos porque agarraron confianza, vieron que se podía y a base de mímica y me hicieron señas y yo hacía mímica para preguntar los síntomas y expresión facial”.*

También es importante mencionar que los términos que usan para denominar la lengua de señas son lenguaje de señas y lenguaje sordomudo.

Cita 1:14

*“Yo tuve unos amigos que eran de una familia de sordomudos y ellos nos enseñaron a algunos paramédicos como es su lenguaje de ellos con señas...y en 15 años solo he podido aplicarlo con un niño que venía con su papá y él estaba traduciendo”.*

Cita 1:15

*“Hace como dos años la universidad sacó un curso taller de lenguaje sordomudo”.*

Mostrar códigos en grupo Estrategias de comunicación			
	Nombre	Enraizamiento	Densidad
●	◇ Estrategias de comunicación		4
●	◇ Familiar intérprete		3
●	◇ Intérprete		1
●	◇ Lectura labiofacial		1
●	◇ Lengua de señas		4
●	◇ Lenguaje de señas		9
●	◇ Lenguaje sordomudo		1

Figura 6. Fundamentación de códigos en categoría estrategias de comunicación.  
Fuente: Elaboración propia.

En la categoría de *dificultades para recibir capacitación*, se observa de manera general que los participantes si tienen conocimiento de que en la universidad se ofertan cursos de lengua de señas, incluso algunos han asistido a estos cursos. Sin embargo, refieren que por la naturaleza de sus actividades les es difícil completar estos cursos y solo asisten a una o dos clases, indican que se ofertan pocos grupos y en horarios que les son difícil asistir, por lo que indican que falta apertura de más cursos de capacitación (ver figura 7).

Cita 1:20

*“En la facultad de medicina se impartía un curso los sábados, pero no era continuo y se daba como una vez, y si no entrabas a ese grupo pues entonces ya no tenías la oportunidad más adelante en el semestre”.*

Cita 1:21

*“Yo solo tuve oportunidad de tomar dos clases por cuestión de los horarios”*

Cita 2:22

*“En mi caso desgraciadamente por cuestiones laborales, yo no he podido asistir a un curso de lenguaje de señas”.*

Cita 2:28

*“Yo no tuve la oportunidad de tomar el curso en la prepa de Jojutla porque se me dificultaba por el tiempo y por mis hijos”.*

También es importante mencionar que los participantes también perciben que hace falta difundir las convocatorias de los cursos de lengua de señas y capacitación sobre temas de discapacidad, ya que si no se enteran tienen menos posibilidades de asistir y/o participar en estos, como lo indican textualmente:

Cita 3:26

*“Yo creo que hace falta difusión, yo me entero porque estoy en la prepa de Jojutla y ahí hay alumnos de este tipo”.*

Cita 4:11

*“Yo creo que todavía no hay un impacto en el centro médico, porque es un proceso reciente desde el 2016 cuando inicio con el Psic. Enrique Álvarez, pero creo que si falta más difusión y capacitación al respecto”.*

Mostrar códigos en grupo Dificultades-capacitación			
Nombre	▲	Enraizamiento	Densidad
● ◇ Capacitación para todos		1	1
● ◇ Dificultad para aprender		1	10
● ◇ Falta apertura de programas de capacitación		3	2
● ◇ Falta capacitación continua		5	2
● ◇ Falta contacto con discapacidad		3	1
● ◇ Falta convivencia		4	2
● ◇ Falta difusión		4	3
● ◇ Faltan espacios de intercambio		2	1
● ◇ Resistencia a capacitación		1	1

Figura 7. Fundamentación de códigos en categoría dificultades para recibir capacitación. Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la categoría *necesidades identificadas en la UAEM*, en la figura 8 podemos observar que los códigos que más se utilizaron fueron falta de sensibilidad y convivencia con personas con los estudiantes con discapacidad, la información poco accesible para todos.

Cita 3:27

*“Pero en realidad creo que no todos tienen la sensibilidad, no todos han tenido ese acercamiento y en un momento dado llegan a pensar que es difícil o complicado y los descalifican desde un principio desde antes de conocer y ver como es realmente la situación”.*

Cita 3:23

*“Las facultades han trabajado en conjunto con el centro médico, no todas, pero algunas han solicitado pláticas y en esas pláticas se les informa con que servicios cuenta el centro médico, pero no van enfocadas directamente a personas con discapacidad sino en general a la comunidad universitaria”.*

Cita 4:6

*“En el centro médico si realizamos campañas de difusión a través de diferentes medios, la radio, redes sociales y Facebook ...sin embargo, no se han contemplado medidas para personas con discapacidad auditiva”.*

También comentan que las distintas necesidades identificadas están estrechamente vinculadas a la crisis económica que vive la UAEM de manera constante.

Cita 4:12

*“Es complicado el tema de la inclusión, es difícil imaginarse hacia dónde vamos y como estaremos en 10 años en la UAEM, porque no hay un programa formal que brinde este tipo de capacitaciones y que se lleven a cabo de manera constante y también es complicado por la parte económica de la UAEM”.*

Cita 4:13

*“Es difícil porque la UAEM está en constante crisis económica y no hay recursos que subsidien este tipo de capacitaciones para todo el personal”.*

Mostrar códigos en grupo Necesidades identificadas UAEM			
Nombre	Enraizamiento	Densidad	
● ◇ Actitud negativa	█	1	█ 2
● ◇ Adaptación infraestructura	█	1	█ 1
● ◇ Calidad educativa	█	1	█ 1
● ◇ Capacitación pobre	█	1	█ 2
● ◇ Comunidad universitaria	█	1	█ 1
● ◇ Crisis económica	█	2	█ 1
● ◇ Facilitar procesos	█	1	█ 1
● ◇ Falta convivencia	█	4	█ 2
● ◇ Falta de cultura	█	1	█ 1
● ◇ Falta de sensibilidad	█	1	█ 1
● ◇ Falta recurso humano	█	1	█ 1
● ◇ Faltan intérpretes	█	1	█ 1
● ◇ Información no accesible	█	2	█ 2
● ◇ Unidad para la inclusión	█	1	█ 1
● ◇ Universidad	█	8	█ 24
● ◇ Vínculos con facultades	█	1	█ 1

*Figura 8.* Fundamentación de códigos en categoría necesidades identificadas en la UAEM. Fuente: Elaboración propia.

Respecto a la categoría *actitud positiva hacia la inclusión*, en la figura 9 se puede observar que los códigos más utilizados fueron los que están asociados a la experiencia con pacientes o estudiantes sordos, que han tenido interacción con intérpretes y que perciben el proceso de

inclusión como un proceso de enriquecimiento cultural, ya que les brinda la oportunidad para aprender nuevas cosas y lo asocian con sentimientos positivos como la satisfacción por ayudar a otros también. Por ejemplo, los participantes indican textualmente:

Cita 3:27

*“Yo creo que es algo positivo y satisfactorio para nosotros el poder ayudar con un poquito a las demás personas”.*

Cita 2:28

*“Uno se puede llevar muchas satisfacciones no solo en el trabajo sino también en la calle, el poder ayudar a alguien en cualquier cosa que podamos apoyar, creo que eso es satisfactorio siempre”.*

Cita 3:16

*“Si tuve la oportunidad de tomar un minicurso donde nos daban lo básico de lengua de señas, de cómo poderlos entender y cómo podemos nosotros darnos a entender a ellos y fue muy padre”.*

Cita 2:23

*“En la preparatoria muchos de los chicos se interesaron por aprender lenguaje de señas y platicaban ya después bastante fluido con sus compañeros (sordos) y en un momento yo me puse a pensar que a fin de cuentas ellos tienen una herramienta más que les va a ser útil que es aprender otro idioma porque se vuelven bilingües y eso les abre un abanico de posibilidades y de igual manera para nosotros”.*

Cita 4:10

*“Yo creo que la inclusión de estudiantes sordos es algo positivo, este proceso nos brinda la oportunidad de aprender otras cosas que no sabíamos y que no nos imaginábamos, yo por ejemplo en mis más de dieciocho años de experiencia no me había puesto a pensar en las personas con esta discapacidad, simplemente no lo había contemplado”.*

Mostrar códigos en grupo <b>Actitud positiva</b>			
Nombre	▲	Enraizamiento	Densidad
● ◇ Actitud positiva		1	8
● ◇ Alumnos oyentes		1	1
● ◇ Enriquecimiento cultural		1	1
● ◇ Experiencia con Sordos		10	2
● ◇ Familiar intérprete		3	1
● ◇ Interés por aprender LSM		2	1
● ◇ Oportunidad de aprender		2	1
● ◇ Preparatoria Jojutla		1	1
● ◇ Satisfacción por ayudar		1	2
● ◇ Sentimientos positivos		6	3

*Figura 9.* Fundamentación de códigos en categoría actitud positiva hacia la inclusión. Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, en la categoría *expectativas del proceso de inclusión en la universidad*, en la figura 10 se puede observar que los códigos que más se utilizaron están asociados a que la atención a estudiantes sordos puede ser mejor siempre y cuando se mantengan en programas de capacitación continua que engloben temas de discapacidad en general y que se puedan eliminar diferentes barreras para su participación y sobre todo la barrera de comunicación con estudiantes sordos. Por ejemplo:

Cita 2:24

*“Y esperemos que en algún momento dado todos podamos conversar o tener esa vía de comunicación con esas personas”.*

Cita 4:8

*“Pienso que la atención a personas sodas y la comunidad en general podría mejorar si nos mantenemos en capacitación constante sobre temas de discapacidad y lenguaje de señas. También veo que si se han tomado acciones por parte de la unidad pero han sido muy esporádicas y se necesita incluir a todos no solo a los de las facultades o abrir más grupos de participación”.*

Cita 4:11

*“Yo sí creo que la atención debe ser mejor en 10 años, yo me imagino muchos cambios positivos respecto a la discapacidad y creo que tendremos más estudiantes con esta condición por lo tanto más personas estarán formadas e informadas, ya de manera más natural”.*

Mostrar códigos en grupo Expectativas-Inclusión			
Nombre	▲	Enraizamiento	Densidad
● ◊ Capacitación para todos		1	1
● ◊ Expectativas		2	3
● ◊ Inclusión		2	1
● ◊ Invertir recurso económico		2	1
● ◊ Normalidad		1	1
● ◊ Proceso de inclusión		1	2

*Figura 10.* Fundamentación de códigos en categoría expectativas del proceso de inclusión en la universidad. Fuente: Elaboración propia.

**Respecto a la encuesta sociodemográfica se encontró lo siguiente:**

### **Datos nominales categóricos**

#### **Género.**

En el análisis para el dato nominal de género de la muestra estudiada en el pre test, conformada por 14 participantes, en valores porcentuales nos indica que del 100% de la muestra el 71.4% (N=10) pertenecen al género femenino, mientras que el 28.6% (N=4) pertenece al género masculino (Ver tabla 3).

**Tabla 3**

*Género de los participantes.*

<b>GÉNERO</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Validos	Masculino	4	28.6	28.6	28.6
	Femenino	10	71.4	71.4	100.0
	Total	14	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia.

#### **Edad.**

El rango de edad se dividió en intervalos por lo que se agrupo de la siguiente manera: de los 18 a 30 años, de 31 a 40 años, de 41 a 50 años y de 51 a 60 años.

En el rango de edad en el que se encontró el mayor número de participantes fue el de 18 a 30 años, ya que de los 14 participantes el 42.9% (N=6) se encuentra en ese rango de edad, mientras

que el menor porcentaje se encuentra en el rango de edad de 51 a 60 años con el 7.1% (N=1).  
(Ver tabla 4).

**Tabla 4**

*Edad por rango de los participantes.*

<b>EDAD</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	18-30 A	6	42.9	42.9	42.9
	31-40 A	4	28.6	28.6	71.4
Válidos	41-50 A	3	21.4	21.4	92.9
	51-60 A	1	7.1	7.1	100.0
	Total	14	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia.

### **Ocupación.**

De los 14 participantes se encontró que el 42.9% (N=6) se desempeña como médico hospitalario, el 21.4% (N=3) son médicos pasantes, el 14.3% (N=2) son enfermeros (as) y no hay diferencias en los porcentajes entre las ocupaciones de personal administrativo, paramédicos y prestadores de servicio social con el 7.1% (N=6) respectivamente. (Ver tabla 5).

**Tabla 5***Ocupación de los participantes.*

<b>OCUPACIÓN</b>				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
MÉDICO HOSPITALARIO	6	42.9	42.9	42.9
MÉDICO PASANTE	3	21.4	21.4	64.3
ENFERMERO	2	14.3	14.3	78.6
ADMINISTRATIVO	1	7.1	7.1	85.7
PARAMEDICO	1	7.1	7.1	92.9
SERVICIO SOCIAL	1	7.1	7.1	100.0
TOTAL	14	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia.

**Grado máximo de estudios**

Respecto al grado de estudios de los participantes se encontró que el 50% (N=7) tienen el grado de licenciatura, y el 21.4% (N=3) estudiaron una carrera técnica y no hay diferencias en los porcentajes entre los que cursaron un posgrado o especialidad y los participantes que tienen bachillerato con el 14.3% (N=2), (Ver tabla 6).

**Tabla 6**

*Grado máximo de estudios de los participantes.*

<b>ESTUDIOS</b>				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	POSGRADO	2	14.3	14.3
	LICENCIATURA	7	50.0	64.3
	BACHILLERATO	2	14.3	78.6
	CARRERA TÉCNICA	3	21.4	100.0
	Total	14	100.0	

Fuente: elaboración propia.

### **Experiencia profesional.**

La experiencia profesional se dividió en intervalos por lo que se agrupo de la siguiente manera: menos de un año, de 1 a 5 años, de 6 a 10 años, de 11 a 15 años y más de 15 años.

Del total de la muestra se encontró que el mayor número de participantes se encuentra en el rango de 1 a 5 años de experiencia, también encontramos que los rangos de 6 a 10 años y de más de 15 años tienen el 21.4% (N= 3), mientras que los rangos con menos porcentaje son los de menos de 1 año y de más de 15 años de experiencia laboral. (Ver tabla 7).

**Tabla 7**

*Experiencia profesional de los participantes.*

<b>EXP. PROFESIONAL</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MENOS DE 1 A	2	14.3	14.3	14.3
	1-5 A	5	35.7	35.7	50.0
	6-10 A	3	21.4	21.4	71.4
	11-15 A	1	7.1	7.1	78.6
	MÁS 15 A	3	21.4	21.4	100.0
	Total	14	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia.

### **Antigüedad laboral.**

La antigüedad laboral, también se dividió en intervalos por lo que se agrupo de la siguiente manera: menos de un año, de 1 a 5 años, de 6 a 10 años, de 11 a 15 años y más de 15 años.

Del total de la muestra se encontró que el mayor número de participantes se encuentra en los rangos de menos de 1 año y el de 1 a 5 años con el 28.6% (N=4) respectivamente, secundando los del rango de 6 a 10 años y el de más de 15 años con el 21.4% (N=3). (Ver tabla 8).

**Tabla 8***Antigüedad laboral de los participantes en su centro de trabajo.*

<b>ANTIGÜEDAD LABORAL</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	MENOS DE 1 A	4	28.6	28.6	28.6
	1-5 A	4	28.6	28.6	57.1
Válidos	6-10 A	3	21.4	21.4	78.6
	MÁS DE 15 A	3	21.4	21.4	100.0
	Total	14	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia.

**Discapacidad.**

De los 14 participantes se encontró que solo el 7.1% (N=1) presenta algún tipo de discapacidad, mientras que el 92.9% (N=13) restante no presenta ninguna dificultad o discapacidad (Ver tabla 9). El tipo de discapacidad reportada fue discapacidad visual, corregida con apoyos visuales.

**Tabla 9***Porcentaje de participantes que presentan discapacidad.*

<b>DISCAPACIDAD</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	SI	1	7.1	7.1	7.1
Válidos	NO	13	92.9	92.9	100.0
	Total	14	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia.

### **Contacto con personas con discapacidad.**

De los 14 participantes se encontró que el 50% (N=7) conviven con personas que presentan algún tipo de discapacidad en diferentes contextos (familiar, educativo, laboral y social), mientras que el resto de la muestra, no se encuentra en esta situación (Ver tabla 10). El tipo de discapacidad que se reporta en familiares de los participantes es discapacidad visual, motriz e intelectual, pero nadie reporta casos de sordera en su entorno de trabajo, social o familiar.

**Tabla 10**

*Porcentaje de personas que tienen contacto con personas con discapacidad.*

<b>CONTACTO CON PERSONAS CON DISCAPACIDAD</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	7	50.0	50.0	50.0
	NO	7	50.0	50.0	100.0
	Total	14	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia.

**Respecto al apartado relativo a la atención de pacientes Sordos se encontró lo siguiente:**

### **Contacto o experiencia con Pacientes Sordos.**

De los 14 participantes se encontró que el 57.1% (N=8) han tenido contacto con pacientes Sordos a lo largo de su experiencia profesional, mientras que el 42.9% (N=6) nunca han atendido a pacientes con esta discapacidad (Ver tabla 11). Sin embargo, durante las sesiones sincrónicas, los participantes que mencionan haber tenido contacto con los estudiantes Sordos de la UAEM, refieren que solo sucedió en contadas ocasiones y que la interacción no fue directa ya que estos

siempre van acompañados del intérprete quien sirve como puente de comunicación con ellos, además de que normalmente solicitan certificados médicos y no acuden a consulta.

**Tabla 11**

*Participantes que han tenido contacto con pacientes Sordos.*

<b>CONTACTO CON PX SORDOS</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	SI	8	57.1	57.1	57.1
Válidos	NO	6	42.9	42.9	100.0
	Total	14	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia.

### **Dificultad en comunicación con pacientes Sordos.**

De los 14 participantes se encontró que el 71.4% (N=10) identifica que tiene dificultad para comunicarse con pacientes Sordos, mientras que el 28.6% (N=4) comenta que no presenta dificultad para comunicarse con estos pacientes (Ver tabla 12). Sin embargo, en las sesiones sincrónicas y de grupo focal expresaron sentimientos de frustración y angustia por no poder comunicarse con ellos, aunado a actitudes de rechazo respecto al aprendizaje de la LSM, lo que dificulta aún más la interacción con estos estudiantes.

**Tabla 12**

*Participantes que tienen dificultad para comunicarse con Px. Sordos.*

<b>DIFICULTAD EN COMUNICACIÓN CON PX SORDOS</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	10	71.4	71.4	71.4
	NO	4	28.6	28.6	100.0
	Total	14	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia.

### **Conocimiento de la LSM.**

De los 14 participantes se encontró que el 64.3% (N=9) no conoce la LSM, mientras que el 28.6% (N=4) comenta que solo sabe algunas señas o frases en LSM. Y solo el 7.1% (N=1) reportó que sabe LSM (Ver tabla 13). Respecto a los que indicaron conocer la LSM, es importante aclarar que solo conocían el alfabeto dactilológico, pero no lo dominaban por completo, algunos otros si habían asistido a cursos básicos de LSM, pero no concluyeron por diferentes motivos. Otros campos semánticos de los cuales tenían un referente en LSM son, los colores, algunos verbos y algunas frases, sin embargo, tenían observaciones en cuanto a la ejecución de estos.

**Tabla 13***Porcentaje de participantes que conocen la LSM.*

<b>CONOCIMIENTO DE LA LSM</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	9	64.3	64.3	64.3
	POCO	4	28.6	28.6	92.9
	SI	1	7.1	7.1	100.0
	Total	14	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia.

**Capacitación sobre comunicación y manejo efectivo de pacientes Sordos.**

De los 14 participantes se encontró que el 71.4% (N=10) no han recibido ningún tipo de capacitación sobre comunicación y manejo efectivo de pacientes Sordos, mientras solo el 28.6% (N=4) reportó que, por lo menos una vez a lo largo de su ejercicio profesional ha contado con este tipo de capacitación (Ver tabla 14). Respecto a este último porcentaje de participantes, se refieren a cursos básicos de LSM, los cuales no concluyeron. Sin embargo, reportan no haber recibido ninguna capacitación o formación ni de temas relacionados a discapacidad auditiva o discapacidad en general.

**Tabla 14***Porcentaje de participantes que han recibido capacitación.*

<b>CAPACITACIÓN</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	4	28.6	28.6	28.6
	NO	10	71.4	71.4	100.0
	Total	14	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia.

### Recursos en el entorno laboral.

De los 14 participantes se encontró que el 85.7% (N=12) no cuentan con ningún recurso en su entorno laboral como ILSM, televisores con subtítulos, gráficos o material de apoyo, etc., que facilite la atención a pacientes Sordos, mientras que solo el 14.3% (N=2) reportó que si podría encontrar algunos elementos que faciliten la comunicación (Ver tabla 15). En este aspecto, los participantes mencionaron durante las sesiones sincrónicas que, han usado algunos aditamentos de su consultorio para explicar ciertos síntomas o procedimientos a realizar, por ejemplo, en el caso de odontología refieren que usaron una muela de plástico para explicar que es la caries. Sin embargo, también reconocen que es necesario realizar diferentes adaptaciones para facilitar la atención a pacientes Sordos.

**Tabla 15**

*Participantes que cuentan con herramientas en su entorno laboral.*

<b>RECURSOS EN ELTRABAJO</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	2	14.3	14.3	14.3
	NO	12	85.7	85.7	100.0
	Total	14	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia.

### **Disposición para recibir capacitación.**

Se encontró que el 92.9% (N=13) de los participantes desean recibir capacitación respecto a cómo comunicarse con pacientes Sordos y ampliar sus conocimientos sobre el manejo efectivo de este tipo de pacientes, mientras que el resto no desean hacerlo (Ver tabla 16). Respecto a este apartado, es importante mencionar que pese a que solo un participante indicó que no desea participar en programas de capacitación similares, durante las sesiones sincrónicas, otros participantes también mostraron actitudes negativas hacia esta acción, utilizando un lenguaje despectivo hacia el taller que se estaba llevando a cabo en ese momento. Inclusive comentaron que no todos deberían estar en capacitación, que bastaba con que se nombrara a un solo representante del Centro Médico para que se le capacitara en estos temas (de discapacidad) y que esta persona fuera la responsable de atender a los pacientes en cuestión.

**Tabla 16**

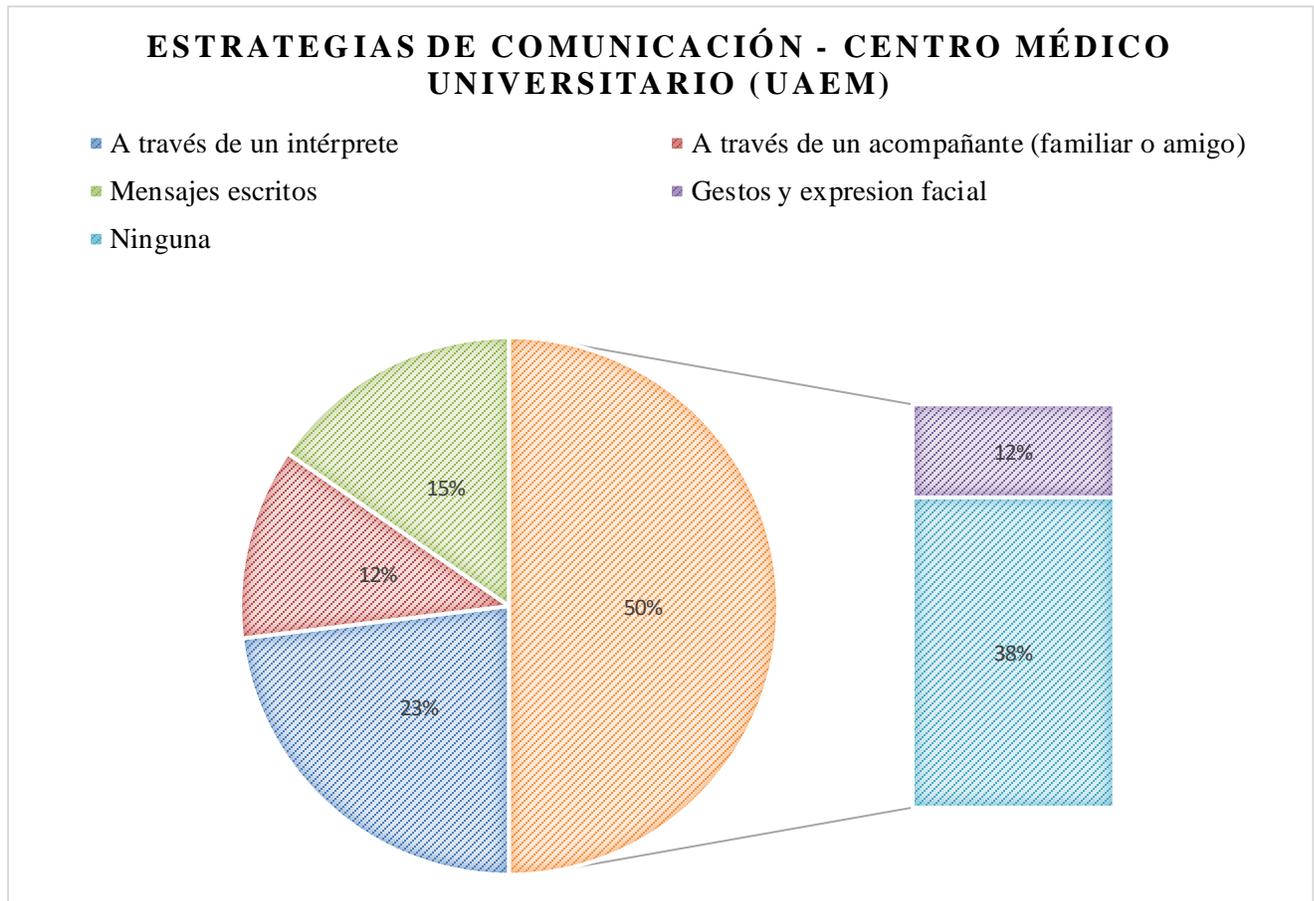
*Porcentaje de participantes que desean recibir capacitación.*

<b>DISPOSICIÓN PARA RECIBIR CAPACITACIÓN</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	13	92.9	92.9	92.9
	NO	1	7.1	7.1	100.0
Total		14	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia.

Finalmente, respecto a las estrategias de comunicación que los participantes encuestados reportan que con más frecuencia se comunican a través de un intérprete de LSM, en segundo lugar, logran comunicarse a través de mensajes escritos, en tercer lugar se encontró que se comunican a través de familiares o amigos que sirven de intérpretes y realizan expresiones

gestuales que apoyan la comunicación. Sin embargo, gran parte de ellos reporta que no logra establecer ningún tipo de comunicación (38%). (Ver figura 11).



*Figura 11.* Estrategias de comunicación más utilizadas en CMU. Fuente: Elaboración propia.

## **Resultados de Escala de actitud de personal médico y administrativo respecto a la inclusión de estudiantes sordos (UAEM)**

Una vez obtenidos los resultados en el Programa IBM SPSS Statistics Data Editor 22, se analizó la actitud del personal de salud y administrativo, realizado el análisis en las tres dimensiones que conforman la escala (cognitiva, afectiva y de acción o comportamiento) con las categorías género, ocupación, experiencia profesional, contacto con pacientes Sordos, capacitación y conocimiento de LSM. Es importante mencionar que la comparación entre medias por grupos no es parte de los fines de este estudio, sin embargo, se realizó de forma preliminar sobre el problema de estudio.

Para este apartado, de acuerdo con Varela (2013) se tomarán los siguientes criterios:

### **Normalidad de la variable aleatoria:**

Verificar dos supuestos de normalidad y de igualdad de varianza, para verificar la normalidad se manejará la prueba *Shapiro-Wilk* para una población menor a 50 datos.

**Normalidad:** es cuando los valores de la variable aleatoria dependiente siguen una distribución normal en la población a la que pertenece la muestra.

### **Criterio para determinar la normalidad de hipótesis:**

$P\text{-valor} \geq \alpha$  se acepta la  $H_0$  = Por lo tanto los datos provienen de una distribución normal y se rechaza la  $H_a$ .

$P\text{-valor} \leq \alpha$  se acepta la  $H_a$  = Por lo tanto los datos no provienen de una distribución normal y se rechaza la  $H_0$ .

### **Criterio para igualdad de varianzas:**

#### **Prueba de Levene.**

P-valor  $\geq \alpha$  se acepta la  $H_0$  = Se han asumido varianzas iguales

P-valor  $\leq \alpha$  se acepta la  $H_a$  = no se han asumido varianzas iguales.

#### **Género.**

Se realizó el análisis con la prueba Shapiro-Wilk ( $n < 50$ ), para la variable Género y se observa que se comporta de manera normal ya que el P-valor es de (0.371) para ambos casos, tomando como criterio el nivel de error de Alfa que es del 0.05. (Ver anexo X).

En la prueba de igualdad de varianza se muestra un resultado de P-Valor mayor al puntaje de Error de Alfa del 0.05, por lo que se dice que la varianza es igual y en la prueba T de Student para muestras independientes no hubo diferencias significativas ( $p > 0.05$ ) por Género en la Actitud inclusiva.

También se corrieron las pruebas de normalidad y T de Student para la variable Género en sus tres dimensiones de la Actitud inclusiva y se encontró que tampoco hubo diferencias significativas.

En los datos estadísticos de la media se puede observar que, en la categoría de Género el porcentaje en la dimensión afectiva es superior al de la media, lo que corresponde a una tendencia positiva. Sin embargo, en el caso de la dimensión afectiva se observa una leve disminución para el grupo femenino y en la dimensión de comportamiento se observa un porcentaje más bajo ambos grupos (Ver tabla 17). Lo que implica, que en ambos grupos se

presentan sentimientos y comportamientos de antipatía frente a personas con discapacidad auditiva.

**Tabla 17**

*Estadísticos de grupo para las dimensiones cognitiva, afectiva y de comportamiento.*

<b>Estadísticos de grupo</b>					
	GÉNERO	N	Media	Desviación típica	Error típico de la media
COGNITIVA	MASCULINO	4	27.25	3.304	1.652
	FEMENINO	10	28.30	2.263	.716
AFECTIVA	MASCULINO	4	27.50	2.646	1.323
	FEMENINO	10	25.90	2.726	.862
COMPORTAMIENTO	MASCULINO	4	24.25	.957	.479
	FEMENINO	10	23.60	3.534	1.118

Fuente: elaboración propia.

### **Ocupación.**

Se realizó el análisis con la prueba Shapiro-Wilk ( $n < 50$ ), para la variable Ocupación y se encontró que se comporta de forma normal, los puntajes de P-valor son mayores que el nivel de error de Alfa que es del 0.05 en todos los casos.

Se realizó la prueba ANOVA unifactorial para la comparación de medias de Actitud inclusiva perteneciente a la variable Ocupación. A partir del valor de P-valor ( $> 0.05$ ) se encontró que no hay diferencias significativas entre los grupos de la variable Ocupación (médico hospitalario, médico pasante, enfermeros, administrativos, paramédicos y prestadores de servicio social).

Sin embargo, en los datos estadísticos de la media se puede observar que, respecto a la variable Ocupación en las tres dimensiones existen disminuciones en el porcentaje respecto a la media en diferentes casos. En el caso de la dimensión cognitiva esto lo podemos observar en los grupos de paramédicos y prestadores de servicio social, en las demás ocupaciones el porcentaje es superior al de la media, lo que corresponde a una tendencia positiva. También, en la dimensión afectiva se observan disminuciones respecto a la media en los grupos de personal administrativo, enfermeros y paramédicos. En el caso de la dimensión de comportamiento, sucede algo similar en los grupos de médico pasante, enfermeros y personal administrativo. (Ver tabla 18).

**Tabla 18**

*Estadísticos de grupo para las dimensiones cognitiva, afectiva y de comportamiento*

		<b>Estadísticos de grupo</b>		
<b>OCUPACIÓN</b>		<b>D.COGNITIVA</b>	<b>D.AFECTIVA</b>	<b>D.COMPORTAMIENTO</b>
MÉDICO HOSPITALARIO	Media	27.17	27.00	24.33
	N	6	6	6
	Desviación estándar	2.483	2.280	1.633
MÉDICO PASANTE	Media	31.33	27.33	23.33
	N	3	3	3
	Desviación estándar	1.528	3.215	1.528
ENFERMERO	Media	27.50	23.50	20.00
	N	2	2	2
	Desviación estándar	.707	3.536	5.657
ADMINISTRATIVO	Media	28.00	24.00	22.00
	N	1	1	1
	Desviación estándar	.	.	.
PARAMEDICO	Media	26.00	25.00	26.00
	N	1	1	1
	Desviación estándar	.	.	.
SERVICIO SOCIAL	Media	26.00	29.00	29.00
	N	1	1	1
	Desviación estándar	.	.	.

	Media	28.00	26.36	23.79
Total	N	14	14	14
	Desviación estándar	2.512	2.706	2.992

Fuente: elaboración propia.

### **Experiencia profesional.**

Se realizó el análisis con la prueba Shapiro-Wilk ( $n < 50$ ), para la variable Experiencia profesional y se encontró que se comporta de forma normal, los puntajes de P-valor son mayores que el nivel de error de Alfa que es del 0.05 en todos los casos.

Se realizó la prueba ANOVA unifactorial para la comparación de medias de Actitud inclusiva perteneciente a la variable Experiencia profesional. A partir de los valores de F y P-valor ( $>0.05$ ) se encontró que no hay diferencias significativas para este factor.

Sin embargo, en los datos estadísticos de la media se puede observar que, respecto a la variable Experiencia profesional en las tres dimensiones se observa una disminución en el porcentaje respecto a la media, lo que corresponde a una tendencia negativa en algunos grupos. En el caso de la dimensión cognitiva se observan que estas disminuciones respecto a la media se dan en los rangos de mediana experiencia profesional, es decir, se presenta en los casos de 6 hasta más de 15 años de experiencia, y en las dimensiones afectiva y de comportamiento, estas disminuciones se presentan en el rango desde 11 hasta más de 15 años. (Ver tabla 19).

**Tabla 19**

*Estadísticos de grupo para las dimensiones cognitiva, afectiva y de comportamiento.*

<b>Estadísticos de grupo</b>				
EXP. PROF.		D.COGNITIVA	D.AFECTIVA	D.COMPORTAMIENTO
MENOS DE 1 A	Media	32.00	28.00	24.00
	N	2	2	2
	Desviación estándar	1.414	4.243	1.414
1-5 A	Media	28.40	26.00	23.60
	N	5	5	5
	Desviación estándar	1.517	1.871	3.050
6-10 A	Media	26.67	27.67	25.67
	N	3	3	3
	Desviación estándar	3.055	3.055	.577
11-15 A	Media	26.00	25.00	26.00
	N	1	1	1
	Desviación estándar	.	.	.
MÁS DE 15 A	Media	26.67	25.00	21.33
	N	3	3	3
	Desviación estándar	1.528	3.606	4.619
Total	Media	28.00	26.36	23.79
	N	14	14	14
	Desviación estándar	2.512	2.706	2.992

Fuente: elaboración propia.

### **Contacto con pacientes Sordos.**

Se realizó el análisis con la prueba Shapiro-Wilk ( $n \leq 50$ ), para la variable Contacto o experiencia con pacientes Sordos se comporta de manera normal, puesto que en el grupo de los que han tenido contacto con Px Sordos el puntaje de Actitud inclusiva el P-valor es de (0.221), mientras que en el grupo de los que han tenido contacto con Px Sordos el P-valor es de (0.939), tomando como criterio el nivel de error de Alfa que es del 0.05.

En la prueba de igualdad de varianza se muestra un resultado de P-Valor mayor al puntaje de Error de Alfa del 0.05, por lo que se dice que la varianza es igual y en la prueba T de Student para muestras independientes no hubo diferencias significativas ( $p>005$ ) en el factor de Contacto con pacientes Sordos en la Actitud inclusiva.

También se corrieron las pruebas de normalidad y T de Student para la variable Contacto con pacientes Sordos en sus tres dimensiones de la Actitud inclusiva y se encontró que si hubo diferencias significativas en la dimensión de acción o comportamiento. (Ver tabla 20).

**Tabla 20**

*Prueba de análisis de varianza de Contacto con Px Sordos y T de Student para las dimensiones cognitiva, afectiva y de comportamiento.*

Prueba de Levene para igualdad de varianzas		Prueba T para igualdad de medias				
		F	Sig.	t	gl	Sig.(bilateral)
Cognitiva	Se han asumido varianzas iguales	.033	.858	-.630	12	.541
	No se han asumido varianzas iguales			-.619	10.171	.549
Afectiva	Se han asumido varianzas iguales	.350	.565	.414	12	.686
	No se han asumido varianzas iguales			.390	8.218	.707
Acción o comportamiento	Se han asumido varianzas iguales	.228	.642	2.508	12	.027
	No se han asumido varianzas iguales			2.382	8.602	.042

Fuente: elaboración propia.

En los datos estadísticos de la media se puede observar que, en la categoría de Contacto con pacientes Sordos el porcentaje en la dimensión de acción o comportamiento hay una disminución en el porcentaje es respecto a la media, lo que corresponde a una tendencia negativa en el grupo de los participantes que reportaron nunca tenido contacto con pacientes Sordos a lo largo de su experiencia profesional (Ver tabla 21).

**Tabla 21**

*Estadísticos de grupo para las dimensiones cognitiva, afectiva y de comportamiento.*

<b>Estadísticos de grupo</b>				
	<b>CONTACTO PX SOR</b>	<b>D.COGNITIVA</b>	<b>D.AFECTIVA</b>	<b>D.COMPORTAMIENTO</b>
	Media	27.63	26.63	25.25
SI	N	8	8	8
	Desviación estándar	2.446	2.264	2.121
	Media	28.50	26.00	21.83
NO	N	6	6	6
	Desviación estándar	2.739	3.406	2.994
	Media	28.00	26.36	23.79
Total	N	14	14	14
	Desviación estándar	2.512	2.706	2.992

Fuente: elaboración propia.

### **Capacitación.**

Se realizó el análisis con la prueba Shapiro-Wilk ( $n < 50$ ), para la variable Capacitación y se encontró se comporta de forma normal, los puntajes de P-valor son mayores que el nivel de error de Alfa que es del 0.05 en todos los casos.

En la prueba de igualdad de varianza se muestra un resultado de P-Valor mayor al puntaje de Error de Alfa del 0.05, por lo que se dice que la varianza es igual y en la prueba T de Student

para muestras independientes no hubo diferencias significativas ( $p>005$ ) en el factor de Capacitación en la Actitud inclusiva.

También se corrieron las pruebas de normalidad y T de Student para la variable Capacitación en sus tres dimensiones de la Actitud inclusiva y se encontró que hubo diferencias significativas en la dimensión de acción o comportamiento. (Ver tabla 22).

**Tabla 22**

*Prueba de análisis de varianza de Capacitación y T de Student para las dimensiones cognitiva, afectiva y de comportamiento.*

		Prueba de Levene para igualdad de varianzas		Prueba T para igualdad de medias		
		F	Sig.	t	gl	Sig.(bilateral)
Cognitiva	Se han asumido varianzas iguales	.001	.979	-.692	12	.502
	No se han asumido varianzas iguales			-.703	5.761	.509
Afectiva	Se han asumido varianzas iguales	.453	.514	-.301	12	.768
	No se han asumido varianzas iguales			-.361	8.609	.727
Acción o comportamiento	Se han asumido varianzas iguales	.235	.636	2.568	12	<b>.025</b>
	No se han asumido varianzas iguales			3.119	8.906	<b>.012</b>

Fuente: elaboración propia.

En los datos estadísticos de la media se puede observar que, en la categoría de Capacitación el porcentaje en las dimensiones cognitiva y afectiva no hay diferencias significativas respecto a la media en ambos casos, lo que corresponde a una tendencia positiva. Sin embargo, solo en el caso de la dimensión de comportamiento se observa una leve disminución para el grupo que si han tenido capacitación a lo largo de su experiencia profesional (Ver tabla 23).

**Tabla 23**

*Estadísticos de grupo para las dimensiones cognitiva, afectiva y de comportamiento.*

		<b>Estadísticos de grupo</b>		
<b>CAPACITACION</b>		<b>D.COGNITIVA</b>	<b>D.AFECTIVA</b>	<b>D.COMPORTAMIENTO</b>
SI	Media	27.25	26.00	26.50
	N	4	4	4
	Desviación estándar	2.500	2.000	1.732
NO	Media	28.30	26.50	22.70
	N	10	10	10
	Desviación estándar	2.584	3.028	2.710
Total	Media	28.00	26.36	23.79
	N	14	14	14
	Desviación estándar	2.512	2.706	2.992

Fuente: elaboración propia.

### **Conocimiento de la LSM.**

Se realizó el análisis con la prueba Shapiro-Wilk ( $n < 50$ ), para la variable Conocimiento de la LSM y se encontró se comporta de forma normal, los puntajes de P-valor son mayores que el nivel de error de Alfa que es del 0.05 en todos los casos.

Se realizó la prueba ANOVA unifactorial para la comparación de medias de Actitud inclusiva perteneciente a la variable Conocimiento de la LSM. A partir de los valores de F y P-valor (> 0.05) se encontró que no hay diferencias significativas entre los grupos de la variable Conocimiento de LSM. En los datos estadísticos de la media se puede observar que, en la categoría de Conocimiento de la LSM, el porcentaje en la dimensión cognitiva el porcentaje en el grupo de los que reportan conocer la LSM es inferior al de la media, lo que corresponde a una tendencia negativa. Lo mismo ocurre en la dimensión afectiva y contrastantemente en la dimensión de acción o comportamiento se observa una disminución considerable respecto a la media en los participantes que afirman no conocer la LSM. (Ver tabla 24).

**Tabla 24**

*Estadísticos de grupo para las dimensiones cognitiva, afectiva y de comportamiento.*

		<b>Estadísticos de grupo</b>		
	<b>CONOC. LSM</b>	<b>D.COGNITIVA</b>	<b>D.AFECTIVA</b>	<b>D.COMPORTAMIENTO</b>
NO	Media	28.11	26.56	<b>22.78</b>
	N	9	9	9
	Desviación estándar	2.667	3.206	2.863
POCO	Media	28.25	26.25	25.50
	N	4	4	4
	Desviación estándar	2.630	1.893	2.887
SI	Media	<b>26.00</b>	<b>25.00</b>	26.00
	N	1	1	1
	Desviación estándar	.	.	.
Total	Media	28.00	26.36	23.79
	N	14	14	14
	Desviación estándar	2.512	2.706	2.992

Fuente: elaboración propia.

## Resultados de la adaptación del Cuestionario sobre las Percepciones de los docentes y personal administrativo frente a la inclusión escolar de estudiantes Sordos de la UAEM de Hernández (2016)

Se realizó el análisis con la prueba Shapiro-Wilk ( $n < 50$ ), para la variable Género y se observa que se comporta de manera normal para ambos casos, tomando como criterio el nivel de error de Alfa que es del 0.05. (Ver tabla 25).

**Tabla 25**

*Prueba de normalidad de Género en Percepción de inclusión.*

		Shapiro-Wilk		
	GÉNERO	Estadístico	gl	Sig. P-valor
Percepción	Masculino	.939	4	.647
inclusión	Femenino	.918	10	.342

Fuente: elaboración propia.

En la prueba de igualdad de varianza se muestra un resultado de P-Valor mayor al puntaje de Error de Alfa del 0.05, por lo que se dice que la varianza es igual y en la prueba T de Student para muestras independientes no hubo diferencias significativas ( $p > 0.05$ ) por Género en la Percepción de inclusión. (Ver tabla 26).

**Tabla 26***Prueba de análisis de varianza de Género para Percepción de inclusión.*

		<b>Prueba de Levene para igualdad de varianzas</b>		<b>Prueba T para igualdad de medias</b>		
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
Percepción inclusión	Se han asumido varianzas iguales	.032	.862	-.850	12	.412
	No se han asumido varianzas iguales			-.820	5.200	.448

Fuente: elaboración propia.

En los datos estadísticos de la media se puede observar que, en la categoría de Género el porcentaje en el grupo femenino es igual al de la media, lo que corresponde a una tendencia positiva. Sin embargo, en el grupo masculino se observa una disminución que indica que este grupo tiene una percepción más negativa del perfil de la UAEM. (Ver tabla 27).

**Tabla 27***Estadísticos de grupo de Género para Percepción inclusiva.*

<b>Estadísticos de grupo</b>					
	Género	N	Media	Desviación típica	Error típico de la media
Percepción inclusión	Masculino	4	26.75	3.686	1.843
	Femenino	10	28.50	3.408	1.078

Fuente: elaboración propia.

Asimismo, a través de esta escala el personal de salud y administrativo del Centro Médico Universitario (UAEM) evaluó la categoría de principios de educación inclusiva, donde se midieron las características de la universidad para determinar si tiene un perfil incluyente.

De los diez aspectos que fueron evaluados se encontró que en dos de ellos la tendencia fue hacia muy de acuerdo y de acuerdo, lo que indica que el personal de salud y administrativo que labora en el Centro Médico Universitario tiene la percepción de que la universidad si da apertura de programas de formación docente, administrativo y de salud para la atención de estudiantes Sordos. También es importante considerar que los participantes indican que, para que un estudiante Sordo tenga un pleno desarrollo dentro de la universidad son necesarias ciertas adaptaciones de acuerdo con sus necesidades y que el evaluar constantemente las prácticas y el proceso de atención a este tipo de estudiantes permite potencialmente ir dando solución a las diferentes problemáticas que se identifiquen dentro de la UAEM.

En el resto de los aspectos evaluados, se encontró que la tendencia de respuesta fue hacia de acuerdo y en desacuerdo, esto quiere decir que, los participantes perciben que se previene la discriminación de estudiantes Sordos y se brindan apoyos e información básica que necesitan sobre el ingreso, acceso y permanencia en la Universidad para que puedan familiarizarse.

También se encontró que se percibe que en la universidad se cuenta con personal capacitado, con el cual los estudiantes Sordos pueden compartir sus problemas de salud física y mental, dudas sobre el cuidado de la misma, entre otros aspectos y de manera general perciben que el trabajo que se ha hecho para facilitar su acceso a la información, participación y garantizar su adecuada permanencia y la atención del estudiante Sordo en la universidad ha sido adecuado, pero todavía faltan aspectos que mejorar.

Finalmente, también se observa que los participantes perciben que no se cuenta con un programa para detectar las necesidades específicas de atención a estudiantes Sordos y también identifican que no existe un espacio de consulta o asesoramiento para enfrentar diferentes situaciones que se pueden presentar entre docentes, administrativos o personal de salud y los estudiantes Sordos. (Ver tabla 28).

**Tabla 28**

*Puntajes generales de cada aspecto evaluado en el personal de salud y administrativo del Centro Médico Universitario (UAEM).*

<b>Aspectos evaluados</b>	<b>Muy de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>
Programa de formación docente	14%	71%	14%	0%
Necesidad de hacer adaptaciones	36%	57%	7%	0%
Se cuenta con un programa para la detección de NEE	0%	36%	64%	0%
Se previene la discriminación	7%	79%	14%	0%
Evaluar la enseñanza/aprendizaje para dar soluciones	29%	64%	7%	0%
Apoyo al alumno Sordo para adaptarse	0%	50%	50%	0%
Trabajo compartido	7%	36%	50%	7%
Proporcionar información al estudiante Sordo	0%	79%	21%	0%
Apoyo a los estudiantes Sordos	14%	50%	36%	0%
Trabajo del grupo coordinador	7%	57%	36%	0%

Fuente: elaboración propia.

**Resultados de la comparación de medias entre la primera y segunda medición de la Escala de actitud de personal médico y administrativo respecto a la inclusión de estudiantes sordos (UAEM)**

Se realizó el análisis con la prueba Shapiro-Wilk ( $n < 50$ ), para la variable Actitud y se observa que se comporta de manera normal ya que el P-valor es de (0.153) y (0.661), tomando como criterio el nivel de error de Alfa que es del 0.05. (Ver tabla 29).

**Tabla 29**

*Prueba de normalidad en Actitud inclusiva.*

	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
ACTITUD1	.909	14	.153
ACTITUD2	.956	14	.661

Fuente: elaboración propia.

En los datos estadísticos de la media se puede observar que en ambos casos existe una tendencia positiva de actitud inclusiva. Sin embargo, no se observan diferencias estadísticamente significativas respecto a la media en ambas mediciones. (Ver tabla 30).

**Tabla 30**

*Estadísticos de grupo respecto a Actitud inclusiva.*

Estadísticas de muestras emparejadas				
	Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
ACTITUD1	78.143	14	5.1718	1.3822
ACTITUD2	78.786	14	5.6046	1.4979

Fuente: elaboración propia.

Asimismo, se realizó la prueba T de Student para muestras relacionadas y se encontró que no existen diferencias significativas ( $p > 0.05$ ) entre la primera y segunda medición de la variable Actitud inclusiva. (Ver tabla 31).

Asimismo, se utilizó la prueba D de Cohen y se encontró que el tamaño del efecto de la intervención respecto a esta variable no es estadísticamente significativo.

**Tabla 31**

*Prueba de T para igualdad de medias en Actitud inclusiva.*

Comparación intragrupal (N:14)							
	Pre		Post		T	P	D
	M	SD	M	SD			
Actitud	78.143	5.1718	78.500	5.1718	-.263	.797	0.070

Fuente: elaboración propia.

**Resultados de la comparación de medias entre la primera y segunda medición de la adaptación del Cuestionario sobre Percepción de Hernández (2017)**

Se realizó el análisis con la prueba Shapiro-Wilk ( $n \leq 50$ ), para la variable Percepción y se observa que se comporta de manera normal ya que el P-valor es de (0.498) y (0.939), tomando como criterio el nivel de error de Alfa que es del 0.05. (Ver tabla 32).

**Tabla 32**

*Prueba de normalidad en Percepción.*

	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
PERCEP1	.946	14	.498
PERCEP2	.975	14	.939

Fuente: elaboración propia.

En los datos estadísticos de la media se puede observar que en ambos casos existe una tendencia positiva respecto a la percepción que tienen de la UAEM, es decir, que la tendencia indica que la universidad si cuenta con un perfil incluyente. (Ver tabla 33).

**Tabla 33**

*Estadísticos de grupo respecto a Actitud inclusiva.*

<b>Estadísticas de muestras emparejadas</b>				
	Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
PERCEP1	28.000	14	3.4418	.9199
PERCEP2	27.143	14	3.6555	.9770

Fuente: elaboración propia.

Asimismo, se realizó la prueba T de Student para muestras relacionadas y se encontró que no existen diferencias significativas ( $p > 0.05$ ) entre la primera y segunda medición de la variable Actitud inclusiva. (Ver tabla 34).

También, se utilizó la prueba D de Cohen y se encontró que el tamaño del efecto de la intervención respecto a esta variable es pequeño (0.251).

**Tabla 34***Prueba de T para igualdad de medias en Actitud inclusiva.*

	Comparación intragrupal (N:14)						
	Pre		Post		T	P	D
	M	SD	M	SD			
Percepción	28.000	3.4418	27.143	3.6555	.939	.365	<b>0.251</b>

Fuente: elaboración propia.

De los diez aspectos que fueron evaluados después de la intervención se encontró que en cinco de ellos la tendencia de respuesta sufrió cambios, específicamente en los ítems 2) Necesidad de hacer adaptaciones, 3) Se cuenta con un programa para la detección de NEE, 4) Se previene la discriminación, 5) Evaluar la enseñanza/aprendizaje para dar soluciones, 6) Apoyo al alumno Sordo para adaptarse, 8) Proporcionar información al estudiante Sordo y 9) Apoyo a los estudiantes Sordos, lo que indica que el personal de salud y administrativo que labora en el Centro Médico Universitario tiene una percepción diferente respecto a algunos aspectos, comprende mejor las necesidades de los estudiantes Sordos y esto se refleja en la disminución de los puntajes obtenidos en la segunda medición (Ver figura 12).

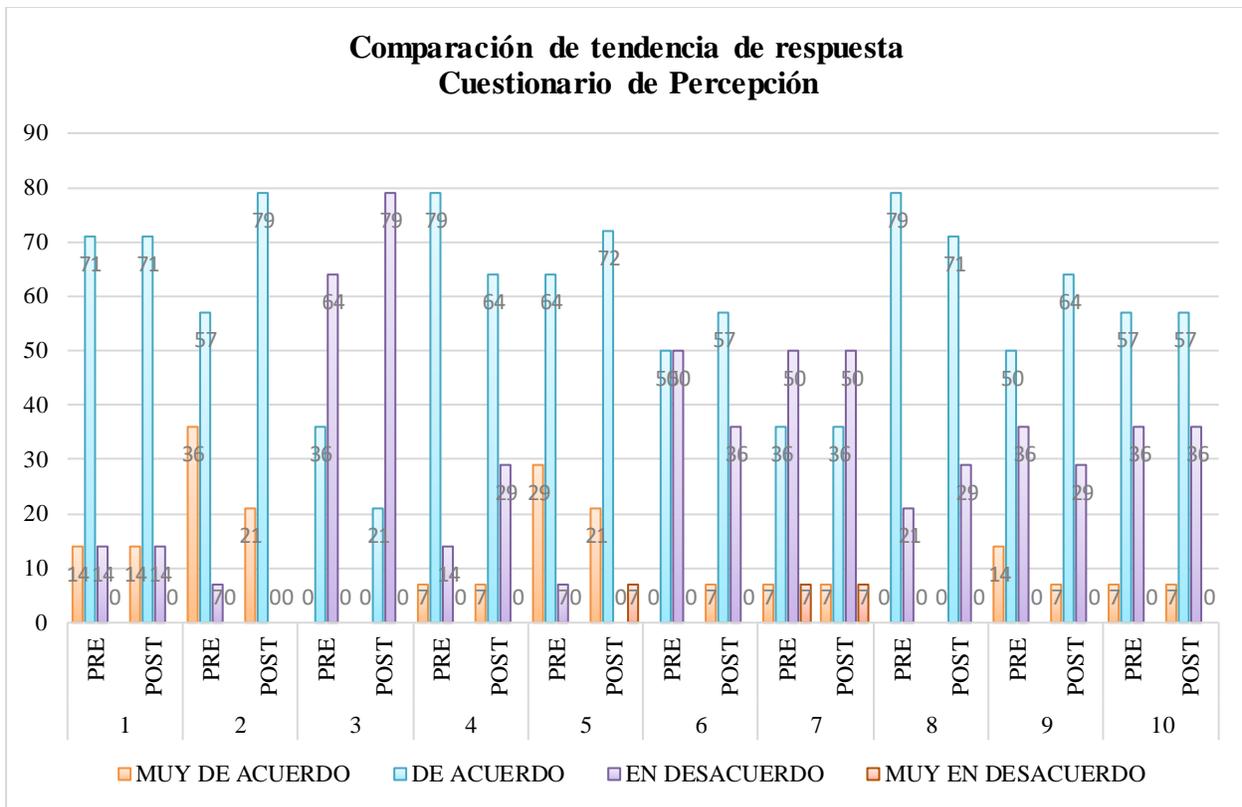


Figura 12. Comparación de tendencia de respuesta. Fuente: Elaboración propia.

### Análisis de los datos con Redes Neuronales Artificiales (RNA)

Para la predicción de la Actitud inclusiva en profesionales de la salud que laboran en el Centro Médico Universitario se diseñó una red neuronal artificial (RNA) por retropropagación del error. Las RNA de acuerdo con Ponce (2010) y Román (2019), son aproximaciones no lineales que se basan en el funcionamiento de neuronas biológicas. En una RNA al igual que en una red biológica, hay “entradas” de datos (obtenidos naturalmente o tratados por otras redes) que son transportadas hacia las neuronas por una conexión que tiene cierto nivel de “intensidad de señal” (que suele llamarse peso), así mismo, dentro de cada neurona existe un valor de umbral que al igual que los pesos son ajustados en el proceso de entrenamiento. La sumatoria de todas

las entradas ponderada por los pesos  $\pm$  el valor de umbral da como resultado la “señal de activación”, que a su vez, es procesado mediante una “función de activación” o “función de transferencia” y obtenemos una salida de la neurona. (Ponce, 2010).

Actualmente se siguen utilizando los modelos de redes neuronales artificiales propuestos por McCulloch y Pitts (como se citó en Román, 2019) y que se describen gráficamente en la figura 13.

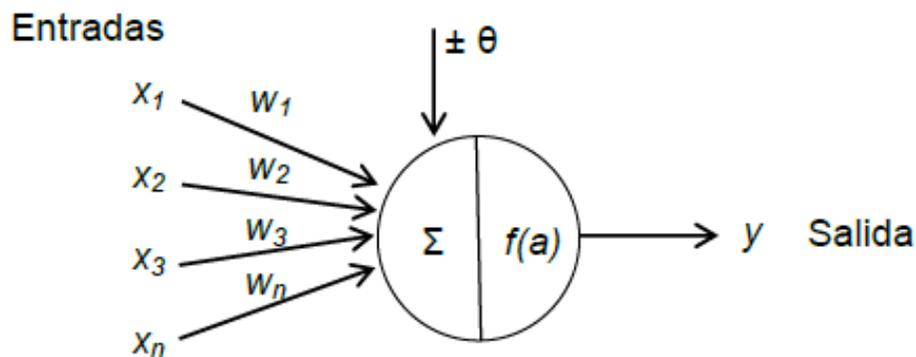


Figura 13. Arreglo de una neurona de Román (2019).

En la figura 2, se puede observar el esquema de una neurona que recibe un conjunto de entradas ( $x_1, x_2, x_3, \dots, x_n$ ) que son afectadas por un “peso sináptico” ( $w_1, w_2, w_3, \dots, w_n$ ), determinando una señal de intensidad baja o alta más menos un valor de umbral  $\theta$  (llamado bias). La señal de activación está representada por “a” como la suma ponderada de las entradas  $\pm$  bias. Finalmente “y” representa la salida como señal evaluada en la función de activación  $f(a)$ . Las funciones más utilizadas de acuerdo con Ponce (2010) y Román (2019) son las siguientes: función de escalón, lineal, de Gauss, sigmoide, y de tangente hiperbólica.

Las RNA pasan por un proceso de entrenamiento que puede ser supervisado o no supervisado, en este caso la RNA tuvo un entrenamiento supervisado, es decir, que se le proporcionaron

entradas y salidas ya conocidas obtenidas de los datos de la primera evaluación del grupo de participantes del Centro médico universitario, referentes a la **“ESCALA DE ACTITUD DE PERSONAL MÉDICO Y ADMINISTRATIVO RESPECTO A LA INCLUSIÓN DE ESTUDIANTES SORDOS (UAEM)”** y los datos recogidos a través de la encuesta sociodemográfica. A su vez, las salidas de la red neuronal se comparan con las que se conocen y se ajusta el error entre ambas.

Comúnmente el tipo de redes neuronales que corresponde a la descripción antes mencionada son llamadas “RNAs por retropropagación del error”. (Ponce, 2010 y Román, 2019). En este análisis se desarrolló una RNA del tipo antes mencionado, asimismo, el entrenamiento del modelo fue supervisado y se utilizaron 26 datos (primera medición), se seleccionaron 11 entradas de la recogida de datos del Centro médico universitario y se indicó como salida la Actitud inclusiva.

El primer paso para construir la RNA fue tomar los datos seleccionados y normalizarlos de 0-1 para el uso de la función sigmoide y de -1 a 1 para el uso de la función hiperbólica. Posteriormente, se realizaron diferentes arquitecturas de RNA para evaluar el desempeño de los diferentes arreglos. La capa de entrada corresponde a los factores seleccionados los cuales son: (1) género, (2) edad, (3) ocupación, (4) experiencia profesional, (5) discapacidad, (6) contacto con personas con discapacidad, (7) contacto con Px sordos, (8) conocimiento sobre comunicación y manejo efectivo de pacientes Sordos, (9) capacitación, (10) recursos en el entorno laboral y (11) conocimiento de la LSM. Se utilizó una capa oculta y finalmente, la capa de salida corresponde con la Actitud inclusiva. Para crear la RNA, los datos seleccionados se dividieron estocásticamente de la siguiente manera: 70%, 15% y 15% para entrenamiento, validación y prueba, respectivamente.

Se evaluaron dos funciones de transferencia, sigmoide e hiperbólica, variando el número de neuronas dentro de la capa oculta y para la salida en todos los casos se utiliza una función lineal.

Posteriormente, para obtener una convergencia rápida del modelo, se utilizó el método del gradiente-descendiente, algoritmo de Levenberg-Marquardt (Marquardt, 1963 y Hagan y Menhaj, 1994) y para el cálculo del ajuste del error se utilizó el método del mínimo error cuadrático.

Finalmente, se realizó una evaluación de distintas arquitecturas de modelos de redes para observar el desempeño de cada una y los resultados de rendimiento se obtuvieron para cada red neuronal diseñada.

Como se puede observar en la tabla 35, el Coeficiente de regresión lineal más alto fue el del arreglo de 20 neuronas con función hiperbólica, por lo tanto, fue el que se seleccionó por su valor de  $R^2$  en la predicción de la Actitud inclusiva en este tipo de población.

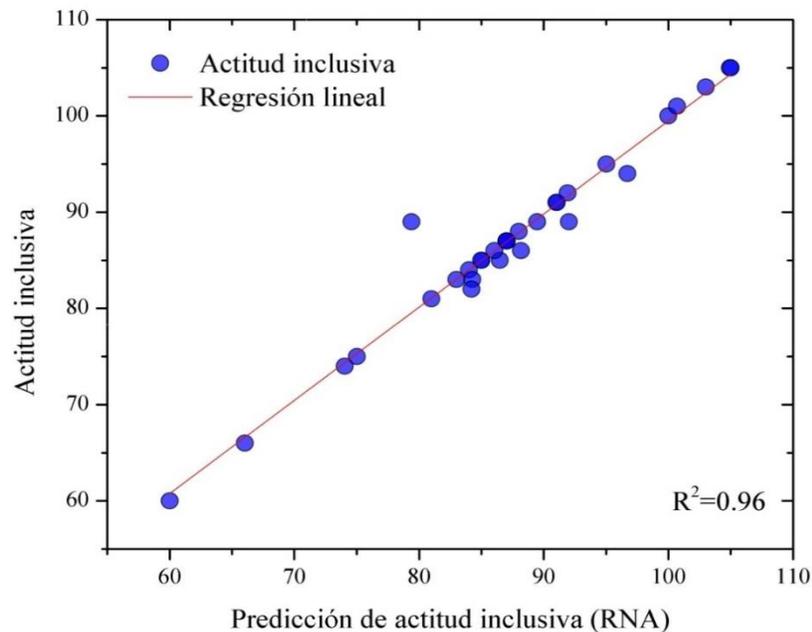
**Tabla 35**

*Coeficiente de correlación para las funciones sigmoide e hiperbólica.*

ARQUITECTURA RNA	FN HIPERBÓLICA	FN SIGMOIDE	R <sup>2</sup>
RNA1	25N		0.9234
RNA2	15N		0.8306
RNA3	35N		0.9468
RNA4	20N		<b>0.9609</b>
RNA5		20N	0.7698
RNA6		30N	0.8375
RNA7		15N	0.9077
RNA8		100N	0.8481

Fuente: elaboración propia.

En la figura 14, se puede observar el comportamiento de la predicción utilizando la función hiperbólica con un arreglo de 20N. En este arreglo, el rendimiento fue mejor que el presentado en los demás arreglos con función sigmoide e hiperbólica. La línea continua representa la regresión lineal y como se observa la precisión de predicción sobre la Actitud inclusiva es alta.



*Figura 14.* Desempeño de la función hiperbólica en las distintas arquitecturas de RNA con 20N. Fuente: Elaboración propia.

Posteriormente, se utilizó el algoritmo de Garson para determinar el nivel de importancia de cada una de las variables de entrada, en este caso de los 11 factores seleccionados, varios estudios describen la efectividad de este algoritmo para evaluar la importancia de una entrada en las RNA (Montaño, 2002). Dicho de otra manera, el algoritmo de Garson determina un valor único para cada variable explicativa que describe la relación con la variable de respuesta del modelo.

Para lo cual se utilizó la ecuación propuesta por Garson (1991) (como se citó en Montaña, Palmer y Fernández, 2002), en la cual se tienen en cuenta los pesos de las conexiones entre las capas de entrada, oculta y de salida. La ecuación correspondiente al algoritmo antes mencionado es el siguiente y el esquema de conexiones de la RNA está representado en la figura 15.

$$I_a = \frac{\sum_{b=1}^{NO} \left( \frac{|W_{ab}^{EO}|}{\sum_{a=1}^{NE} |W_{ab}^{EO}|} * |W_{bc}^{OS}| \right)}{\sum_{a=1}^{NE} \left( \sum_{b=1}^{NO} \frac{|W_{ab}^{EO}|}{\sum_{a=1}^{NE} |W_{ab}^{EO}|} * |W_{bc}^{OS}| \right)}$$

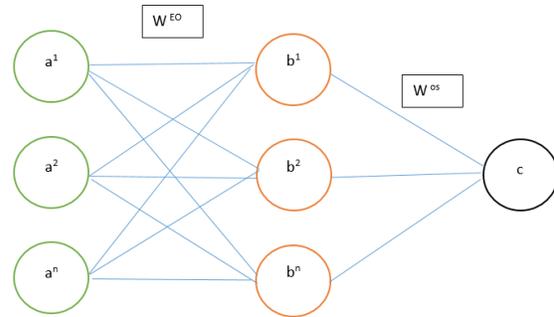


Figura 15. Esquema de conexiones de la RNA.

Fuente: Flores, Cruz, Guajardo y Moreno (2022).

Dónde:  $I_a$  es la importancia relativa de las variables de entrada “a” sobre la salida “c”, “b” representa cada neurona de la capa oculta. Los pesos que se conectan desde las entradas a la capa oculta y sus similares desde la capa oculta a la capa de salida se representan como  $W^{EO}$  y  $W^{OS}$ , respectivamente, NE y NO son el número total de neuronas de entrada y ocultas, respectivamente.

Con esta ecuación se calculó la importancia relativa de los 11 factores seleccionados que se utilizaron en la RNA. Como se muestra en la figura 5, se obtuvo como resultado que el factor que más está impactando la Actitud inclusiva de la muestra del Centro Médico Universitario, es el de contacto con personas con discapacidad con un 11%, seguido de los factores edad con un 10.8% y experiencia profesional con un 10.5%. Sin embargo, el factor edad puede estar atribuido a la distribución de la muestra en los diferentes rangos de edad. También se puede

observar que capacitación se encuentra en cuarto lugar con el 10.4% a diferencia de los resultados obtenidos en la muestra del Pilotaje, donde se observó que el factor de capacitación era el que tenía más peso en la Actitud inclusiva con un 12.2%. (Ver figura 16).

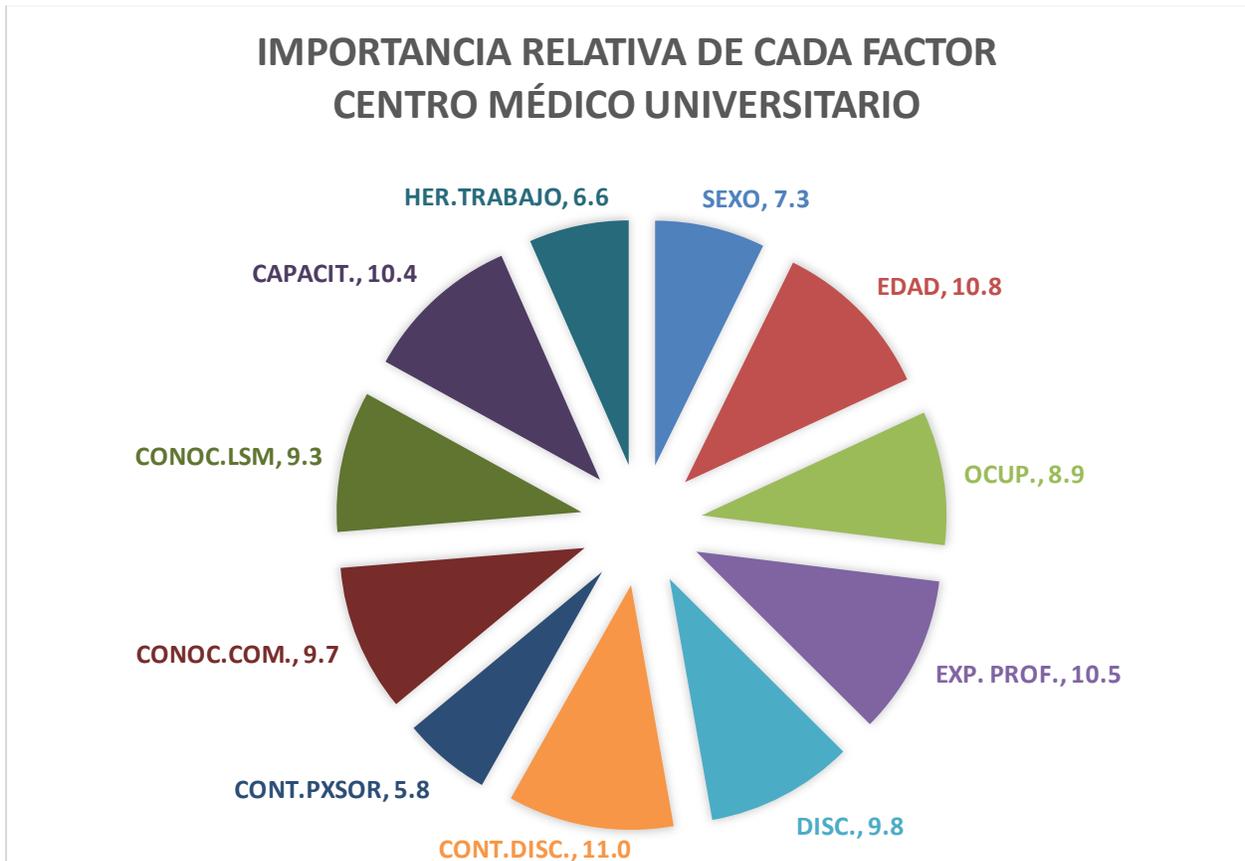


Figura 16. Importancia relativa de cada factor sobre Actitud inclusiva CMU. Fuente: Elaboración propia.

Como referente de los resultados de la muestra del Centro Médico Universitario, se presentan los resultados de la muestra del Pilotaje, donde se obtuvo que el factor que más impacta en la Actitud inclusiva el de capacitación con un 12.2%, secundado por el género, contacto con Pacientes Sordos y la experiencia profesional con 10% de importancia en cada uno, mientras que los que impactan en menor grado son el presentar algún tipo de discapacidad y el de tener

conocimiento sobre cómo comunicarse con pacientes Sordos, esto puede deberse a un sesgo en el muestreo, puesto que la mayoría de las personas encuestadas no presenta ningún tipo de discapacidad y desconoce cómo comunicarse con pacientes Sordos. (Ver figura 17).

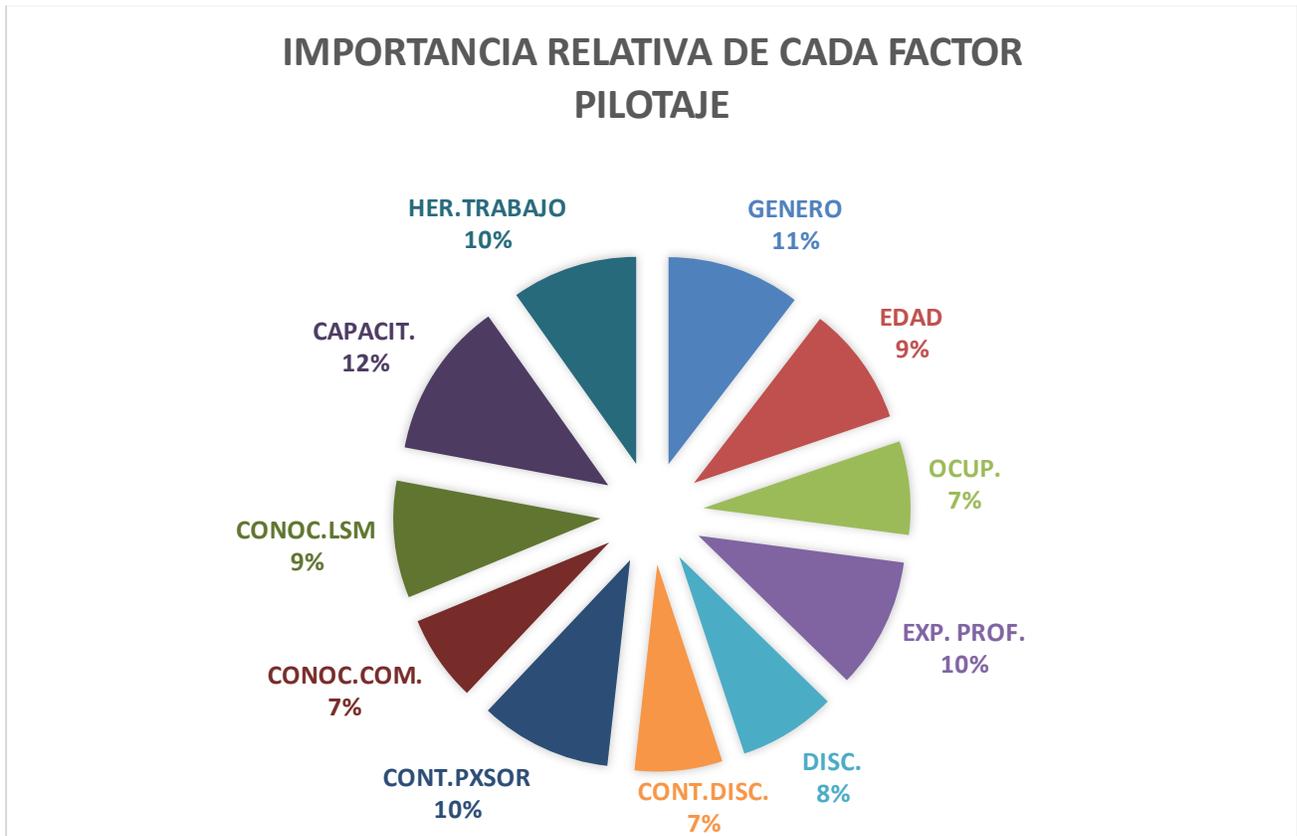


Figura 17. Importancia relativa de cada factor sobre Actitud inclusiva Pilotaje. Fuente: Elaboración propia.

Derivado de las evidencias de actividades asincrónicas en Google Classroom y de la observación en las actividades desarrolladas en cada sesión de trabajo, se evaluó el desempeño y/o los aprendizajes obtenidos en los participantes productos de la intervención realizada, para esto se utilizó la escala de apreciación (Ver anexo IX) que se diseñó específicamente para esta intervención.

Como se puede observar en la tabla 33, de los 14 participantes el 85.7% obtuvo un porcentaje de aprovechamiento mayor al 80% de la totalidad del curso, se observan en los subdominios 2 y 4 resultados menores a los esperados pero finalmente son favorables considerando las diferentes dificultades que se presentaron a lo largo de la intervención.

**Tabla 36**

*Porcentaje de aprovechamiento de la intervención.*

No.	Indicador	Escala	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	
1	Identifica términos correctos para referirse a personas con discapacidad	Logrado	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		Medianamente logrado															
		No logrado															
2	Clasifica adecuadamente la pérdida auditiva	Logrado	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		Medianamente logrado															
		No logrado															
3	Identifica los diferentes modelos de la discapacidad	Logrado	X	X	X	X	X	X			X		X			X	
		Medianamente logrado								X	X		X		X	X	
		No logrado															
4	Identifica los diferentes Sistemas alternativos de comunicación	Logrado	X	X	X	X		X	X	X	X		X		X		
		Medianamente logrado						X					X		X		X
		No logrado															
5	Reconoce diferentes elementos de la Lengua de señas mexicana	Logrado	X	X	X	X		X							X		
		Medianamente logrado						X		X	X	X	X	X	X		X
		No logrado															
6	Reconoce los diferentes recursos para mejorar la accesibilidad en diferentes espacios	Logrado	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		Medianamente logrado															
		No logrado															
7	Identifica alternativas de solución para problemas a los que se enfrentan personas con discapacidad auditiva	Logrado	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		Medianamente logrado															
		No logrado															
8	Identifica los métodos apropiados para captar la	Logrado	X	X	X	X		X		X	X		X	X	X	X	
		Medianamente logrado						X		X			X				

	atención de un paciente sordo	No logrado														
9	Identifica las pautas adecuadas de comunicación en presencia de un intérprete de LSM	Logrado		X	X	X		X		X	X	X	X	X	X	X
		Medianamente logrado	X				X		X							
		No logrado														
10	Identifica las pautas adecuadas de comunicación en ausencia de un intérprete de LSM	Logrado			X	X		X		X	X		X	X	X	X
		Medianamente logrado	X	X			X		X			X				
		No logrado														
11	Identifica las pautas adecuadas de comunicación con pacientes que se comunican oralmente	Logrado			X	X		X		X	X		X	X	X	X
		Medianamente logrado	X	X			X		X			X				
		No logrado														
12	Identifica las pautas adecuadas de comunicación con pacientes que se comunican a través de LSM	Logrado	X	X	X	X		X		X	X		X	X	X	X
		Medianamente logrado					X		X			X				
		No logrado														
13	Identifica y ejecuta adecuadamente las señas del contexto médico y demás tópicos	Logrado	X		X					X	X			X	X	
		Medianamente logrado		X		X	X	X	X			X	X			X
		No logrado														
<b>Total obtenido (%)</b>			91	74	100	77	60	80	61	98	98	81	78	93	98	75

Fuente: Elaboración propia.

Es importante también mencionar que más allá de encontrar resultados de aprovechamiento positivos respecto a la intervención, se reconoce que es un proceso continuo y dinámico, incluso de lucha en sentido figurado, el hecho de dejar de lado todo el conjunto de percepciones, creencias y actitudes que se tienen en torno a la discapacidad y reaprender prácticas, formas de relacionarse, lenguaje inclusivo y demás aspectos que resultan relevantes en el proceso de inclusión e interacción con personas con discapacidad auditiva.

## Percepción de la discapacidad auditiva y la Lengua de Señas Mexicana (LSM)

Durante el desarrollo de las sesiones los participantes conocieron sobre temas de discapacidad auditiva y sobre la LSM, se puede inferir que la percepción que tenían en un principio sobre esta discapacidad y su lengua se vio modificada por producto de la intervención, como podemos observar en el discurso de los participantes:

S1:

*“te das cuenta de que no te percatas de los problemas de las personas que tienen esta discapacidad, hasta que te topas con alguien que te quieres comunicar o ingresas a alguno de estos cursos donde te percatas de todo, del idioma y lo difícil que son las señas realmente”*

S2:

*“yo misma me refería a ellos de forma inapropiada y me corrigieron, realmente tenemos tan arraigadas algunas costumbres que realmente no consideras malo pero que están mal y siempre es bueno incorporarse a cursos que son incluyentes”*

S3:

*“creo que ya podría comunicarme bien con el paciente, me doy cuenta de que es muy importante practicar este idioma, porque si no lo practicas pues se olvida”*

S4:

*“yo pensaba que era más complejo y también tenía esa idea de que no iba a aprender algo, o que se hacían todas las palabras deletreando y que era muy complejo y se requerían movimientos muy rápidos para poder comunicarse”*

S5:

*“pensaba que se comunicaban como cuando uno escribe y que tenían la misma gramática que nosotros, y no sabía que cada país tiene su propia lengua de señas y pues es totalmente distinto”*

S6:

*“yo pensé que ellos al poder leer los labios entendían todo, pero es complicado para los que no están oralizados o tienen esta habilidad de leer los labios y no entienden todo lo que decimos oralmente”*

## Capítulo 4. Discusión y conclusiones

De acuerdo con los resultados de la evaluación llevada a cabo con participantes del Centro Médico Universitario se han logrado identificar y corroborar diferentes necesidades basadas en los resultados del pilotaje del instrumento, lo cual permitió el diseño del programa de intervención adecuado a las necesidades de este sector de la población.

El tema sigue siendo un reto, ya que se puede observar que existe mucho desconocimiento todavía, sobre la atención a personas Sordas y a la comunidad Sorda en general, debido a que se tienen pocas oportunidades con contacto o convivencia con personas con discapacidad y también de aprendizaje o formación sobre temas de discapacidad en general y de discapacidad auditiva. Además, prevalecen hoy en día, bastantes creencias en torno a la discapacidad que dificultan la inclusión de esta población, considerándose una barrera actitudinal o ideológica, una de las principales junto con la arquitectónica y las administrativas, con mayor prevalencia reportadas dentro de la Universidad (Álvarez, 2016).

Por lo que, de los resultados se rescatan varios aspectos que brindan una perspectiva más clara sobre lo que debe atenderse con urgencia en este sector de la población.

Estos indican que, de manera general existe un desconocimiento respecto a cómo establecer comunicación con pacientes Sordos y de la Lengua de Señas Mexicana en específico y se identifica como una barrera la dificultad de comunicación con estos pacientes, esto podemos verlo en el apartado de resultados, donde se observa que la mayoría de los participantes percibe que se le dificulta establecer comunicación con pacientes Sordos y desconoce la LSM, solo un porcentaje afirma tener un escaso conocimiento de la LSM y otra mínima parte afirma conocerla, por lo que optan por comunicarse principalmente a través del intérprete de lengua de señas o a

través de los familiares que fungen como intérpretes, también utilizan mímica y gestos y se apoyan de elementos que tienen en su entorno de trabajo (figuras de plástico, imágenes, etc.) y mensajes escritos con los pacientes que les es posible establecer este tipo de comunicación. Estas dificultades y estrategias de comunicación también las reportan Freitag, Gregório y Almeida (2007), ya que respecto a la comunicación evidencian que el personal de salud no está preparado para atender a pacientes Sordos. En cuanto a recurrir al acompañante como medio de comunicación reportan que, el personal de salud encuentra más fácil que los pacientes Sordos sean acompañados por un familiar o amigo que sirva como intérprete y que esto es un hecho común. Asimismo, Gómes, Correa, Manfrin y De Sosa (2009), reconocen que la familia es el eslabón entre el paciente Sordo y el personal de salud, pues ésta cobra un papel muy importante cuando el profesional no tiene mucha noción de cómo abordar al paciente.

En este aspecto los participantes también reportan que se comunican a través del intérprete de LSM, sin embargo, Chaveiro y Barbosa (2005) indican que el vínculo médico-paciente ocurre cuando el mismo se siente comprendido y que la presencia del intérprete mejora, más no contribuye totalmente a la inclusión del Sordo. Pese a esto también reconocen que la falta de ILS es una barrera en las instituciones de salud, lo cual hace que la vida de las personas con sordera sea más complicada sobre todo cuando buscan atención o apoyo por parte de estas instituciones e incluso le atribuyen a esto que exista poco acercamiento por parte de los estudiantes Sordos hacia el Centro Médico Universitario (UAEM).

Asimismo, la mayoría de los participantes también reportaron que no cuentan con recursos o herramientas en su entorno laboral tales como ILS, televisores con subtítulos, gráficos o material de apoyo que faciliten la atención a pacientes Sordos, razón por la cual se ven en la necesidad de recurrir a los elementos que tiene a la mano como son laptops y material dentro del consultorio.

Esto es percibido también por los pacientes Sordos, ya que Méndez et al. (2011) indican que estos pacientes han reportado que en su mayoría el personal de salud que les atiende no cuenta con las herramientas adecuadas para establecer una comunicación efectiva. Además, Aragão et al. (2014) visualizan que existe la necesidad de mejorar las herramientas metodológicas para sistematizar la atención médica y la disponibilidad de material en LS.

Por otra parte, los resultados también evidenciaron que los participantes tienen una escasa formación en torno a temas de discapacidad, comunicación y manejo efectivo de pacientes Sordos, ya que la mayoría indicaron que durante su formación y a lo largo de su ejercicio profesional no han recibido algún tipo de capacitación al respecto. Esta problemática es reconocida por Freitag, Gregório y Almeida (2007) ya que enfatizan la necesidad de capacitación y difusión de la LS para personal médico en las instituciones de salud. Asimismo, Cardoso, Rodríguez y Bachion (2006) sugieren que se debe ofrecer formación sobre LS y facilitar las estrategias de comunicación con personas Sordas en instituciones de salud, incluso sugiere igual que Barnett (2002), que se debe incluir información sobre la pérdida auditiva, antecedentes de la misma y técnicas que permitan mejorar la atención a pacientes Sordos en los planes de estudio de áreas de la salud. Ya que consideran que los estudiantes de medicina y residentes aprendan diferentes estrategias de comunicación con personas Sordas y puedan apreciar las experiencias psicosociales de este sector de la población. Esto es importante destacarlo porque la OMS (2018) también recomienda que, el personal de salud debe mantenerse en programas de educación continua que incorporen la enseñanza de la discapacidad para que puedan participar en la prestación de servicios preventivos, de evaluación y tratamiento de personas con discapacidad.

Pese a que algunos autores como Freitag, Gregório y Almeida (2007) y Barnett (2002) reportan que el personal de salud ha indicado sentirse menos cómodos brindando atención a

pacientes Sordos, lo que podría indicar una tendencia negativa respecto a la Actitud inclusiva en este sector de la población. En los resultados obtenidos de las sesiones de grupo focal, se encontró que algunos participantes reportan sentirse estresados, nerviosos o angustiados cuando están frente a un paciente Sordo y esto debido principalmente a la barrera de comunicación que existe entre ellos y en segundo lugar a que indican que tienen pocas oportunidades de interacción con pacientes con discapacidad, lo cual es importante porque el análisis por RNA arrojó que el factor que más impactó en la Actitud inclusiva es el de contacto con personas con discapacidad.

Sin embargo, la mayoría de la población tiene una tendencia positiva de Actitud inclusiva en relación a los diferentes factores analizados, al menos en el discurso hablado, es decir que en cuanto al género, sector de atención, ocupación, experiencia profesional, contacto con pacientes Sordos, capacitación, y conocimiento de la LSM hay una tendencia positiva hacia la inclusión de personas Sordas. Pese a esto, habría que comentar que en algunos factores específicos si se observa una disminución en la media para las dimensiones cognitiva, afectiva y de comportamiento. Lo cual tiene coherencia, cuando se contrastan con los resultados cualitativos, dado que, durante las sesiones de grupo focal y las sesiones sincrónicas de trabajo con los participantes, algunos mostraban actitudes negativas y sentimientos de antipatía hacia las personas con discapacidad, lo que implica que existe cierto discurso ambivalente hacia la inclusión educativa de personas con discapacidad.

Además, en el discurso de los participantes se puede observar una disposición para recibir capacitación respecto a cómo comunicarse con pacientes Sordos y ampliar sus conocimientos sobre el manejo efectivo de este tipo de pacientes. Sin embargo, los datos cualitativos muestran que existe resistencia y poca flexibilidad para participar en programas de capacitación o formación sobre discapacidad. Por lo que, se puede inferir que existe un indicador que involucra

sentimientos de antipatía y la forma en que el personal de salud reacciona frente o en torno a la atención e inclusión de personas Sordas, lo que implica que, presentan una tendencia negativa hacia la inclusión de personas con discapacidad, ya que, conservan la idea de que, esta población debería ser atendida por un especialista que tenga cierto dominio en cuanto a la comunicación con personas Sordas, y que no necesariamente todo el personal de Centro Médico debe estar involucrado. Lo cual resulta contradictorio con lo que reportan en los cuestionarios, ya que el proceso de inclusión concierne a todos y no solo a unos cuantos.

Sin embargo, derivado de los resultados podemos identificar algunos aspectos que facilitan la atención a pacientes Sordos, estos pueden ser por ejemplo el uso de diferentes técnicas o estrategias de comunicación como se observa en el apartado de resultados, puesto que varios autores identifican que el uso de mímica y gestos, señas, el uso de ILS, lectura de labios, la escritura y recursos que tienen dentro del consultorio pueden ayudar a promover una interacción más efectiva (Velonaki et al., 2015 y Méndez et al., 2011). Por lo tanto, se identifica como una necesidad en este sector de la población y se reconoce que el acceso de los sordos en los servicios de salud está permeado por diferentes dificultades, como la comunicación que es el principal factor que debilita la inclusión de estos individuos (Aragão et al., 2014, y Gómes, Correa, Manfrin y De Sosa, 2009).

Los resultados del cuestionario sobre percepción de inclusión dentro de la UAEM, también confirman diferentes aspectos y necesidades identificadas durante las sesiones de grupo focal y las sesiones sincrónicas de la intervención. De manera general, los participantes refieren que la universidad si cumple con un perfil incluyente; Sin embargo, es importante recalcar que esta percepción de la misma, resultaba más fuerte antes de la intervención, lo que nos lleva a contestar la principal pregunta de esta investigación:

¿Cuál es el impacto que tiene un programa de sensibilización dirigido a personal de salud y administrativo que labora en el Centro Médico en la percepción y actitud frente a la inclusión de estudiantes Sordos en la UAEM?

De acuerdo con los resultados obtenidos en la comparación de medias de la escala de percepción, se puede deducir que antes de participar en el programa de intervención, los participantes desconocían las necesidades reales y las implicaciones de estas en el proceso de inclusión de estudiantes Sordos en la UAEM, por lo tanto los puntajes obtenidos en la primera medición fueron favorables. Sin embargo, después de participar en la intervención, se encontraron diferencias significativas en esta escala, lo que implica que los participantes conocen más sobre temas de discapacidad en general y sobre discapacidad auditiva, y esto modificó la percepción que tienen de la universidad, es decir, que los puntajes reflejan una disminución de la percepción que tienen de la UAEM sobre si es una institución con un perfil incluyente y apta para recibir alumnos con discapacidad auditiva.

También, se observó que, en la escala de Actitud inclusiva no se encontraron diferencias significativas, los participantes mantuvieron una tendencia positiva hacia la inclusión de estudiantes Sordos, lo cual quiere decir que se muestran a favor y dispuestos a modificar ciertas prácticas dentro del Centro Médico Universitario, para promover un ambiente más incluyente para alumnos con discapacidad. No obstante, se encontró que no hay una congruencia entre lo reportado en las escalas y lo que los participantes mostraron durante las sesiones de grupo focal, y las sesiones sincrónicas de trabajo con ellos. ¿A qué se debe esta diferencia en los resultados?, una de las posibles respuestas, y que cabe aclarar no fue abordado y/o evaluado como tal dentro de este trabajo porque no correspondía con los objetivos planteados, puede deberse a la variable de deseabilidad social, dado que Lemos (2006), indica que ésta es, una tendencia psicológica que

consiste en atribuirse diferentes cualidades de personalidad que son socialmente aceptables y rechazar las que no lo son, lo cual tiende a tener un efecto distorsionador que incluso puede invalidar los resultados de determinada medición. En este caso, se considera que los profesionales de la salud, al tener un papel o rol importante dentro de la sociedad, a los cuales se les atribuye cierto supuesto saber, tendrían que encajar con dicho rol y el hecho de contestar abiertamente y adoptar cierta postura respecto a determinada situación, resulta un tanto conflictivo para sí mismo. Lo que implica, manejar las impresiones que los demás tienen de uno mismo, para tener una visión favorable ante los otros.

Por estas razones se reconoce y confirma la urgente necesidad de realizar más estudios en este campo y diseñar intervenciones de sensibilización y formativas que faciliten la adquisición de LS básico, y competencia cultural para asegurar la atención y el éxito de la misma con pacientes Sordos. (Chaveiro y Barbosa, 2005, Lieu et al., 2007 y Meader y Zazove, 2005).

### **Limitaciones y aportes de esta investigación**

Es importante mencionar que, en un principio el desarrollo de la intervención se consideró llevarlo a acabo de manera presencial, se destinaría un lugar y horario para hacerlo, sin embargo, dada la contingencia sanitaria se optó por hacerlo en modalidad virtual. Una de las bondades que se reconocen de esta modalidad, es principalmente el hecho de que posibilitara la asistencia de diferentes participantes a la distancia, desde sus lugares de trabajo o desde sus hogares, ya que algunos no son residentes del municipio de Cuernavaca, de otra forma hubiese resultado bastante complicado contar con su participación en modalidad presencial. También, el uso de las diferentes plataformas y redes sociales potenció la comunicación efectiva y facilitó la

distribución de material audiovisual, en formato de texto e imágenes, que resultaron ser de bastante utilidad y tuvieron buena recepción por parte de los participantes.

Por otro lado, durante el desarrollo de la intervención, se presentaron diversas dificultades para llevar a cabo las reuniones con los participantes como se acordó en un principio, una de ellas fue que los participantes mostraban cierta intermitencia en su participación en las sesiones sincrónicas, debido a que el Centro Médico Universitario fue considerado un escenario crucial para llevar a cabo en las campañas de vacunación por Covid-19 dentro del estado de Morelos. Por lo que en ciertas ocasiones, se optó por aplazar algunas reuniones acordadas, pero una vez terminada su participación en estas campañas, se reanudaban las actividades del programa de intervención. Sin embargo, no por esto se suspendió la participación de estos en la plataforma Google Classroom, ni las asesorías brindadas por parte de la investigadora. También debido a esto se tuvo una reducción en ambos grupos, se inició con un total de 26 participantes y se concluyó la intervención con 14 participantes. Es importante mencionar que algunos participantes notificaron su baja por razones familiares, de salud o simplemente la relación de trabajo con el Centro Médico terminó y ya no permanecieron en el programa de intervención. Por lo que, eso también impactó en los resultados de esta investigación porque no fue posible conocer la percepción y actitud que tienen todos los trabajadores del Centro Médico Universitario.

Naturalmente a partir del año 2021, iniciaron actividades en el centro médico que les exigen más dedicación y tiempo, como son atención a pacientes y las actividades propias de las campañas de vacunación, algunos de los participantes tuvieron dificultades para atender las sesiones sincrónicas al 100%, por lo que optaron por cambiar el horario de su participación para no faltar o estar más atentos a la sesión correspondiente.

Aunado a esto, es importante mencionar las dificultades técnicas que se han observado en los participantes, tales como que se dificultó que todos los participantes se enlazaran a Google Classroom ya que todos tienen un correo institucional UAEM y dicha plataforma no permite acceder con correos que tengan este tipo de dominio, ya que solo 15 de ellos contaban un correo de otro dominio (gmail), solo estos tuvieron participación en la plataforma. Sin embargo, a pesar de que se les solicitó ingresar con un correo diferente y se ofrecieron otras opciones para integrarse a esta plataforma no se ha logrado hacerlo con todos los participantes, por lo que se tomó la medida de compartirles el material a través de WhatsApp a los que así lo solicitaban, para esto se creó un grupo en donde se les hacían llegar avisos y material complementario a las sesiones sincrónicas. Otra dificultad que se identificó, es que algunos de ellos no contaban con una computadora o laptop, así que se conectaban desde el móvil y eso dificultó en cierta medida la interacción con ellos y su participación en algunas actividades, además se detectó que algunos de ellos tienen dificultad para el manejo de computadoras y de la misma plataforma Google Meet, a pesar de que en la encuesta sobre la experiencia que tenían respecto a diferentes plataformas, reportaron estar familiarizados con la misma, por lo que se sugiere que en futuras intervenciones que se lleven a cabo de manera virtual, se oferte como complemento un curso intensivo de manejo de equipos de cómputo y software básico, así como del uso de internet y plataformas virtuales.

Asimismo, se resalta que, por lo anterior mencionado, llevar a cabo esta intervención no fue una tarea fácil, se requirió de capital humano, adiestramiento del investigador en diferentes temáticas y aspectos técnicos, planeación educativa, la disponibilidad del escenario de trabajo, la disposición de los participantes para el desarrollo de cada sesión, por mencionar algunos elementos de vital importancia, sin demeritar otros que aquí no se mencionan.

Otra limitación para llevar a cabo esta investigación fue que, no se tenían instrumentos específicos que evaluaran lo que se pretendía en profesionales de la salud respecto a la inclusión de personas Sordas.

Por lo que, entre los aportes que se puede mencionar se encuentra el hecho de adaptar la escala para conocer la postura que tienen los profesionales de la salud respecto a la inclusión de estudiantes Sordos, sin dejar de mencionar que, la escala a pesar de tener buenos resultados estadísticos en cuanto a confiabilidad, la prueba no se encuentra estandarizada y se requiere todo un análisis psicométrico para su validación.

Otro aporte para mencionar es que se presentó una propuesta de intervención completa, donde se diseñó un aula virtual para los participantes, que permitió la distribución de material en diversos formatos, un espacio que facilitó la retroalimentación respecto a los temas revisados, y donde se respaldaron todas las evidencias de aprendizaje de cada participante (documentos y videos).

En conclusión, la investigación realizada demostró que el personal de salud y administrativo tienen una postura positiva hacia la inclusión de estudiantes sordos; Sin embargo, es necesario eliminar prácticas y actitudes negativas hacia las personas con discapacidad todavía presentes en este personal, y se reconoce que es un proceso dinámico y continuo en el que se debe trabajar arduamente.

También, permitió conocer la percepción que tiene esta población respecto a la Universidad, y los resultados indican que tienen una percepción más real de la misma y que consideran que si es apta para recibir a alumnos con discapacidad porque se han logrado buenos avances gracias a la

Unidad para la Inclusión Educativa y Atención a la Diversidad, pero falta mucho por hacer, se tienen expectativas altas y hay disposición para emprender acciones al respecto.

Asimismo, se logró observar que, en esta población el factor que más impacta respecto a la variable Actitud inclusiva es el de Contacto con personas con discapacidad, lo cual resulta importante considerar, ya que los participantes tienen pocas experiencias de atención a pacientes Sordos.

Además, se logró corroborar que la principal barrera a la que se enfrentan es la de comunicación, la escasa participación en programas de formación y conocimiento sobre la discapacidad auditiva y la LSM, aunado a la falta de herramientas o recursos en el CMU que faciliten la atención a pacientes Sordos y las interacciones con personas con discapacidad en general.

Por lo que se cree que este tipo de programas de intervención deberían realizarse de manera continua y buscar espacios que permitan el intercambio de experiencias y contacto con personas con discapacidad dentro de la Universidad.

Al mismo tiempo, se considera una propuesta que debe de tener replica nacional, ya que en el Sistema Nacional de Salud no tiene contemplada esta actividad, las principales instituciones que conforman el sistema no ofrecen este tipo de capacitación para su personal que permita proporcionar una atención integral de los pacientes con discapacidad.

## Referencias

- Aguerrondo, I. (2008). Políticas de educación inclusiva. Conferencia Internacional de Educación: “La educación inclusiva: el camino hacia el futuro”, 48 (2), 15-18.
- Aleman, I. y Villuendas, M. (2004). Las Actitudes del Profesorado hacia el Alumnado con Necesidades Educativas Especiales. Convergencia. *Revista de Ciencias Sociales*, 11(34), 183-215. [fecha de Consulta 9 de Junio de 2020]. ISSN: 1405-1435. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105/10503408>
- Álvarez, E. (2013). Programa Universitario para la Inclusión Educativa de Personas con Discapacidad. UAEM. Morelos, México. Recuperado de <http://www.uaem.mx/sites/default/files/puiead/inclusion-educativa-depersonas-con-discapacidad-plan.pdf>
- Álvarez, E. (2016). Prevalencia de la Discapacidad y la Diversidad Cultural en la UAEM. Morelos, México. Recuperado de <https://www.uaem.mx/sites/default/files/puiead/prevalencia-de-la-discapacidad-2016.pdf>
- Álvarez, A., Santos, M., y Barrios, E. (2019). Propiedades psicométricas del cuestionario “Percepción de la inclusión educativa en nivel superior”. *Sinectica, Revista electrónica de Educación*. (53).

- Aragão, J., Magalhães, I., Coura, A., Silva, A., Cruz, G. y França, I. (1 de enero de 2014). Access and communication of deaf adults: a voice silenced in health services. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*. 6(1). 1-7.
- ASHA, (2016). *Tipo, grado y configuración de la pérdida de la audición*. Recuperado de <https://www.asha.org/siteassets/uploadedFiles/Tipo-grado-y-configuracion-de-la-perdida-de-audicion.pdf>.
- Barbosa, M., Oliveira, M., Siqueira, K., Damas, K. y Prado, M. (2003). Linguagem Brasileira de Sinais - Um desafio para a assistência de enfermagem. *Rev Enferm UERJ*; 11(3):247-51.
- Barnett, S. (2002). Communication with deaf and hard-of-hearing people: a guide for medical education. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 77 (7), 694-700.
- Blanco, R. (2008). Marco conceptual sobre educación inclusiva. Conferencia Internacional de Educación: “La educación inclusiva: el camino hacia el futuro”, 48 (2), 5-14.
- Booth, T. y Ainscow, M. (2015). Guía para la educación inclusiva. Desarrollando el aprendizaje y la participación en los centros escolares. Madrid: OEI.
- Capistrán, L. y Guajardo, E. (2017). El Modelo Bilingüe en México. *Revista de teoría educativa*, 1 (2), 31-48.
- Cardoso, A., Rodríguez, K. y Bachion, M. (2006). Perception of persons with severe or profound deafness about the communication process during health care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(4), 553-560.

- CDPD (2006). Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo facultativo. Naciones Unidas. Recuperado de: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Chaveiro, N. y Barbosa, M. (2005). Assistência ao surdo na área de saúde como fator de inclusão social. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(4), 417-422.
- Chaveiro, N., Porto, C. y Barbosa, M. (2009). The relation between deaf patients and the doctor. *Braz J Otorhinolaryngol*, 75:147–150.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2015). Última Reforma DOF 10-07. Recuperado de: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1\\_100715.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_100715.pdf)
- Cruz, D. (2008). Autopercepción de la capacitación y del desempeño laboral de los empleados del Hospital La Carlota en Montemorelos, Nuevo León. (Tesis de maestría). Universidad de Montemorelos, México.
- Cruz, R. (2016). Percepciones sobre la inclusión de alumnos con discapacidad en la Universidad Veracruzana. *REencuentro. Análisis de Problemas Universitarios*, núm. 72, 2016.
- Cruz, R. y Casillas, M. (2017). Las instituciones de educación superior y los estudiantes con discapacidad en México. *Revista de la Educación Superior*. Vol. 46, Núm. (181), 37-53.
- Cruz, M. (2008). Gramática de la Lengua de Señas Mexicana (tesis doctoral), Centro de Estudios Lingüísticos y Literarios, El Colegio de México, México.
- Cruz, M. (Coord.). (2014). Manos a la obra: lengua de señas, comunidad sorda y educación. México: Bonilla Artigas/Universidad Autónoma del Estado de México.

- Cruz, M. y Serrano, J. (2018). La comunidad sorda mexicana. Vivir entre varias lenguas: LSM, ASL, LSM, Español, Inglés y Maya. *Revista educación*, 1 (2), 83-102.
- Delgado, U., Martínez, F., Moreno, A. y Hernández, L. (2016). Inclusión educativa de personas sordas señantes en nivel universitario en México. *ConCiencia*, vol. 1, núm. 2, pp. 43-56. Recuperado de [http://revistas.une.edu.pe/index.php/ConCiencia\\_EPG/article/view/38/32](http://revistas.une.edu.pe/index.php/ConCiencia_EPG/article/view/38/32)
- Escobedo, C. (Ed.). (2017). Diccionario de la Lengua de Señas Mexicana de la Ciudad de México. En Instituto para las Personas con Discapacidad de la Ciudad de México (INDEPEDI CDMX). Ciudad de México, México.
- Ferrández, J. y Villalba, A. (1996). Atención educativa de los alumnos con necesidades educativas especiales derivadas de una deficiencia auditiva. Conselleria de cultura, Educació i Ciència. Provincia de Valencia: España: Generaliat Valenciana.
- Flores, M., Cruz, M., Guajardo, E. y Moreno, A. (2022). Percepción de inclusión educativa y atención a la salud de personas sordas en México. *Revista ConCiencia EPG*, 7(2), 16-29.
- Flores, V., García, I., y Romero, S. (2017). Prácticas inclusivas en la formación docente en México. *Liberabit*, 23(1), 39-56. Recuperado de <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.24265/liberabit.2017.v23n1.03>
- Freitag, L., Gregório N. y Almeida, C. (2007). Aspectos da comunicação da enfermeira com o deficiente auditivo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(3), 411-418. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000300010>
- Frías, D. (2011). Alfa de Cronbach y consistencia interna de los ítems de un instrumento de medida. Recuperado de: <http://www.uv.es/~friasnav/AlfaCronbach.pdf>

- García, I., Romero, S. (2019). Influencia de la Declaración de Salamanca sobre la Atención a la Diversidad en México y Situación Actual. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*. 13(2), 123-138.
- García, J. y Alonso, J. (1985). Actitudes de los maestros hacia la integración escolar de niños con necesidades especiales. *Infancia y Aprendizaje* (p. 51-68). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/667387.pdf>
- Garson, G. (1991). Interpreting neural-network connection weights. *AI Expert*, April, 47-51.
- Giaconi, C., Pedrero, Z. y San Martín, P. (2017). La discapacidad: Percepciones de cuidadores de niños, niñas y jóvenes en situación de discapacidad. *Psicoperspectivas*, Valparaíso, v.16, n.1, p.55-67.
- Gómez, V., Correa, M., Manfrin, R., y De Sosa, J. (2009). Vivencia del enfermero al cuidar sordos y/o portadores de deficiencia auditiva. *Enfermería Global*, (17) Recuperado en 21 de marzo de 2020, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412009000300007&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300007&lng=es&tlng=es).
- Guajardo, E. (2019, 24 de julio). Inclusión Educativa en la UAEM-Comunidades Sordas: Unidad para la Inclusión Educativa UAEM. El Regional del Sur. Recuperado de <https://www.elregional.com.mx/inclusion-educativa-en-la-uaem-comunidades-sordas-unidad-para-inclusion-educativa-uaem>
- Guajardo, E. (2009). La integración y la inclusión de los alumnos con discapacidad en América Latina y el Caribe. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, Vol. 3 (1), 15-23.

- Guajardo, E. y Góngora, J. (2018). Estudiantes con discapacidad en la enseñanza superior de México ¿Logran acceder jóvenes con discapacidad a este nivel educativo? En M. Martínez. (Ed). Educación Inclusiva en México, Avances, estudios, retos y dilemas. (pp. 16-52). Chiapas, México: Universidad Intercultural de Chiapas.
- Hagan, M. y Menhaj, M. (1994). Training feedforward networks with the Marquardt algorithm. *IEEE Transactions of Neural Networks*, 5 (6), 989.
- Hernández, L. (2016). Programa aulas inclusivas igualdad de oportunidades (PAIIO) en los alumnos sordos. (Tesis de maestría). Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Morelos, México.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). Definiciones de los enfoques cuantitativo y cualitativo, sus similitudes y diferencias. En *Metodología de la investigación* (pp.2-21), México: McGraw Hill Education, Sexta edición.
- IMSS (2000). “Normas para la accesibilidad de las personas con discapacidad”. México. Recuperado de [https://www.academia.edu/11620719/NORMAS\\_PARA\\_LA\\_ACCESIBILIDAD\\_DE\\_LAS\\_PERSONAS\\_CON\\_DISCAPACIDAD](https://www.academia.edu/11620719/NORMAS_PARA_LA_ACCESIBILIDAD_DE_LAS_PERSONAS_CON_DISCAPACIDAD)
- INEGI (2010). Censo de Población y Vivienda: Tabulados del Cuestionario Básico. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2010/>
- INEGI, (2004). Las personas con discapacidad en México, una visión censal. Recuperado de [http://intranet.dif.df.gob.mx/transparencia/new/art\\_15/10/\\_anexos/10%20las%20pers%20con%20disca%20en%20mexico%20una%20vision%20cesal.pdf](http://intranet.dif.df.gob.mx/transparencia/new/art_15/10/_anexos/10%20las%20pers%20con%20disca%20en%20mexico%20una%20vision%20cesal.pdf).

- INEGI. (2013). Las Personas con Discapacidad en México, una visión al 2010. Recuperado de:  
[https://www.ipomex.org.mx/recursos/ipo/files\\_ipo3/2018/44257/4/b202c98e9a2106f4c0f427b64f542c93.pdf](https://www.ipomex.org.mx/recursos/ipo/files_ipo3/2018/44257/4/b202c98e9a2106f4c0f427b64f542c93.pdf)
- Jiménez, B. (2000). Investigación cualitativa y psicología social crítica. Contra la lógica binaria y la ilusión de la pureza. *Investigación cualitativa en Salud*. Recuperado el 12 de abril del 2022 de: <http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug17/3invesigacion.html>
- Lemos, V. (2006). La deseabilidad social en la evaluación de la personalidad infantil. *Suma psicológica*; 13, 7-14.
- Lieu, C., Sadler, G., Fullerton, J., y Stohlmann, P. (2007). Communication strategies for nurses interacting with deaf patients. *Medsurg nursing: official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*. 16, 239-45.
- March, J., Prieto, M., Hernán, M. y Solas O. (1999). Técnicas cualitativas en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Gac Sanit*; 13, 312-9.
- Marquardt, D. (1963). An Algorithm for least-squares estimation of nonlinear parameters *Journal of the Society for Industrial and Applied Mathematics*., 11(2), 431.
- Martínez, M. (2004). Los grupos focales de discusión como método de investigación. *Heterotopía*, 10 (26), 59-72. Recuperado de: <https://biblat.unam.mx/es/revista/heterotopia/articulo/los-grupos-focales-de-discusion-como-metodo-de-investigacion>.
- Meader, H. y Zazove, P. (2005). Health Care Interactions with Deaf Culture. *Journal of the American Board of Family Practice*. 18 (3), 218–222.

- Mejías, N. (2011). Escala de Actitudes en Investigación. *Instituto Universitario Pedagógico “Monseñor Arias Blanco”*. Aragua, Venezuela. Recuperado de <http://odiseo.com.mx/libros-resenas/2011/07/escalas-actitudes-en-investigacion>
- Méndez, M., Ortiz, E. y Venegas, A. (2011). Estrategias de comunicación para el personal de Enfermería que atiende personas sordas. [En línea]. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*, 21, 1-20 [citado (fecha)]. Disponible World Wide Web: ISSN 1409-4568
- Mirón, J., Iglesias, H., Alonso, M., Sánchez, S., Fernández, C., Chamorro, A.,... Lorenzo-Gómez, M. (2019). Educación inclusiva en Medicina: una experiencia formativa sobre personas con discapacidad. *Educación Médica*, Volumen 20, (1), 16-24.
- Moliner, O., Yazzo, M., Niclot, D., y Philippot, T. (2019). Universidad inclusiva: percepciones de los responsables de los servicios de apoyo a las personas con discapacidad. *Revista electrónica de investigación educativa*, 21, e20. Epub 15 de abril de 2020. <https://dx.doi.org/10.24320/redie.2019.21.e20.1972>
- Montaño, J. (2002). *Redes Neuronales Artificiales aplicadas al Análisis de Datos*. (Tesis doctoral). Universitat de Les Illes Balears, Palma de Mallorca, España.
- Montaño, J., Palmer, A. y Fernández, C. (2002). Redes neuronales artificiales: abriendo la caja negra. *Metodología de las Ciencias del Comportamiento*, 4 (1), 77-93. Recuperado de <https://www.semanticscholar.org/paper/Redes-neuronales-artificiales%3A-abriendo-la-caja-la-Montano-Palmer/3aab798bf87a5159911ce04cf76c58789471d6da>.
- Muñoz-Cantero, J., Novo-Corti, I. y Espiñeira-Bellón, E. M. (2013). La inclusión de los estudiantes universitarios con discapacidad en las universidades presenciales: actitudes e

- intención de apoyo por parte de sus compañeros. *Estudios sobre Educación*, núm. 24, pp. 103-124. Recuperado de <https://dadun.unav.edu/handle/10171/29566>
- Ochoa, D., Angulo, J. y Aparicio, L. (2017). Inclusión social de la población con limitación auditiva en la educación superior colombiana. *Revista Logos, Ciencia y Tecnología*, 9(1), 197-214.
- OEI (s.f.). Grupos focales, guía y pautas para su desarrollo. Recuperado de: [https://oei.org.ar/ibertic/evaluacion/mas\\_instrumentos](https://oei.org.ar/ibertic/evaluacion/mas_instrumentos).
- OMS (2011). Informe mundial sobre la discapacidad. Malta. Recuperado de: [https://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/summary\\_es.pdf?ua=1](https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf?ua=1)
- OMS (2018). Discapacidad y Salud. Organización mundial de la Salud. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>.
- Ortiz, M. (2018). Actitud del docente respecto a la inclusión educativa de estudiantes Sordos en la Facultad de Artes, UAEM. (Tesis de maestría). Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Morelos, México.
- Ouane, A. (2008). La creación de sistemas educativos que ofrezcan oportunidades para el aprendizaje a lo largo de toda la vida. Conferencia Internacional de Educación: “La educación inclusiva: el camino hacia el futuro”, 48 (2), 19-27.
- Pacheco, F. (2002). Actitudes. *Euphoros*, N. 5, 173-186. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1181505>.

Parhoon, K., Movallali, G., Hassanzadeh, S. y Moravej, M. (2014). Attitude of Regular and Itinerant Teachers Towards the Inclusion of Hearing Impairment Children. *Iranian Rehabilitation Journal*, 12 (22), 22- 28.

Peluso, L. (2007). Personas sordas, LSU y español en Uruguay. En Carmen Torres (Ed.), *Avances de investigación en instituciones educativas. Dimensiones psicológicas y lingüísticas*, Montevideo: Psicolibros.

Pizarro, A. y Méndez, F. (2006). *Manual de Derecho internacional de derechos humanos*. Panamá.

Ponce, P. (2010). *Inteligencia artificial con aplicaciones a la ingeniería*. Recuperado de <https://lelinopontes.files.wordpress.com/2014/09/inteligencia-artificial-con-aplicaciones-a-la-ingenierc3ada.pdf>.

Prieto, M. y March, J. (2002). Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. *Aten Primaria*, 29 (6), 366-373.

Quero, M. (2010). Confiabilidad y coeficiente Alpha de Cronbach. *Telos*, 12(2), 248-252.[fecha de Consulta 13 de Noviembre de 2020]. ISSN: 1317-0570. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=993/99315569010>

RAE (2021). Definición de discapacidad. Recuperado de: <https://dle.rae.es>

Robles, M., Celis, M., Ríos, T. y Bonaparte, A. (2013, 1 de diciembre). Unidad para atención de personas con discapacidad. *Revista Digital Universitaria UNAM*. Recuperado de <http://www.revista.unam.mx/vol.14/num12/art54/#>

Rodríguez, I., Núñez, A., Bulla, J. y Lozano, A. (2016). Representaciones sociales de la discapacidad en estudiantes universitarios. *Revista Horizontes Pedagógicos*, vol. 18, núm.

2, pp. 86-93. Recuperado de <https://revistas.iberoamericana.edu.co/index.php/rhpedagogicos/article/view/1098>

Rodríguez-Martín, A. y Álvarez-Arregui, E. (2015). Universidad y discapacidad. Actitudes del profesorado y de estudiantes. *Perfiles educativos*, 37(147), 86–102. <https://doi.org/10.22201/iisue.24486167e.2015.147.47265>

Rosso, M. (2013). Las lenguas de señas: una aproximación al conocimiento de sus características y propiedades. *Revista Síntesis artículos basados en tesis de grado*, 1 (4). Recuperado a partir de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/sintesis/article/view/12246>.

Román, A. (2019). *Estudio de acero inoxidable 316l de uso quirúrgico*. (Tesis de maestría). Universidad Autónoma del Estado de Morelos, México.

Salas, A., Bautista, A., Hoyos, G., Chávez, M. y Cuevas, J. (2019). Percepción que tienen los estudiantes de la universidad de sonora hacia sus compañeros con alguna discapacidad. En G. Hoyos (Presidencia). *Actividad física y deporte para la paz*. Simposio llevado a cabo en el VII Congreso Internacional, Ejercicio Físico y Salud, Sonora, México.

UAEM (2019). Servicios a estudiantes: Centro Médico Universitario. Recuperado de <https://www.uaem.mx/estudiantes-y-egresados/servicios-a-estudiantes/centro-médico-universitario.php>

Ubillos, S., Mayordomo, S., y Páez, D. (2004). Capítulo X, Actitudes: Definición y medición, Componentes de la actitud, Modelo de acción razonada y acción planificada. Recuperado de <https://www.ehu.es/documents/1463215/1504276/Capitulo+X.pdf>

- UNESCO (2005). La educación como derecho humano. Recuperado de [http://www.unescoetxea.org/dokumentuak/Educacion\\_Derecho\\_Humano.pdf](http://www.unescoetxea.org/dokumentuak/Educacion_Derecho_Humano.pdf)
- Varela, A. (Productor). (2013). T de Student Muestras independientes. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=W6fuVCGGK8I>.
- Vargas, M. (1994). Sobre el concepto de percepción, *Alteridades*, vol. 4, núm. 8, México, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa, pp. 47–53.
- Vásquez, L. Y. (2010). Actitudes de los profesores hacia la inclusión de escolares en un centro educativo de básica especial de bellavista. (Tesis de maestría). Universidad San Ignacio De Loyola. Perú
- Velasco, C. y Perez, I. (2009). Sistemas y recursos de apoyo a la comunicación y al lenguaje de los alumnos sordos. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, 3(1), 77-93.
- Velonaki, V., Kampouroglou, G., Velonaki, M., Dimakopoulou, K., Sourtzi, P. y Kalokerinou, A. (2015). Nurses' knowledge, attitudes and behavior toward Deaf patients. *Disability and Health Journal*, 8(1), 109-117.
- Verdugo, A. (2002). Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras. Tercera edición. Siglo Veintiuno de España Editores. Madrid, España.
- Yupanqui, A., Aranda, C., Vásquez, C., y Verdugo, W. (2014). Educación inclusiva y discapacidad: su incorporación en la formación profesional de la educación superior. *Revista de la Educación Superior*, 43 (2014), 93-115.

## Anexos

### Propuesta de intervención (Anexo I)



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

## PROGRAMA DE SENSIBILIZACIÓN DIRIGIDO AL PERSONAL DE SALUD Y ADMINISTRATIVO DEL CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO (UAEM) PARA LA INCLUSIÓN DE ESTUDIANTES SORDOS DE NIVEL SUPERIOR



### CARTA DESCRIPTIVA

**Nombre del facilitador:** Psic. Mónica Cecilia Flores Saldaña

<b>Lugar de instrucción:</b> Centro Médico Universitario, UAEM.	<b>Sesiones:</b> 17 <b>Duración:</b> 50 min. <b>Fecha(s):</b> pendiente	<b>Perfil del participante:</b> Personal médico o administrativo que prestan servicio en el Centro Médico Universitario. <b>Características:</b> Con un rango de edad de 18 hasta 60 años. <b>Conocimientos:</b> Nivel de preparatoria o superior.	<b>Número de participantes:</b> pendiente por determinar
--	---	--	---

#### Objetivo General:

<b>Sujeto:</b>  Los participantes	<b>Acción o comportamiento:</b>  al finalizar el Programa de sensibilización, aplicaran los conocimientos adquiridos y los integraran a sus prácticas dentro del Centro Médico Universitario	<b>Condición de operación:</b>  para la atención efectiva a estudiantes Sordos y la comunidad en general.
---	--	---

#### Objetivos particulares:

<b>Sujeto:</b>	<b>Acción o comportamiento:</b>	<b>Condición de operación:</b>	<b>Módulos de aprendizaje:</b>
1. Los participantes	al finalizar los módulos 1 y 2, identificarán los conceptos básicos relacionados con la discapacidad auditiva y la Cultura Sorda	para trasladar el conocimiento a su ejercicio profesional.	Módulo 1. Generalidades de la discapacidad auditiva.

			Módulo 2. Introducción a la cultura del Sordo.	
2. Los participantes	al finalizar el módulo 3, analizarán que medidas para mejorar la accesibilidad auditiva pueden implementarse en el Centro Médico Universitario	para promover un ambiente de inclusión dentro del mismo.	Módulo 3. Medidas para mejorar la Accesibilidad en instituciones.	
3. Los participantes	al finalizar el módulo 4, identificará diferentes situaciones de atención a pacientes Sordos y empleará estrategias adecuadas a las mismas	para mejorar la atención y comunicación con estos pacientes.	Módulo 4. Estrategias de comunicación para personal médico que interactúa con pacientes con discapacidad auditiva.	
4. Los participantes	al finalizar el módulo 5, conocerán los elementos básicos de la LSM e ideogramas de diferentes campos semánticos	que les permitan establecer comunicación básica con pacientes Sordos en su propia lengua.	Módulo 5. Introducción a la LSM.	
<b>Requerimientos en instalaciones, mobiliario y su distribución:</b>  <b>Modalidad virtual</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sala de reunión a través de Zoom o Meet.</li> </ul> <b>Modalidad presencial</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Centro Médico Universitario</li> </ul>	<b>Requerimientos en equipo de apoyo y su distribución:</b>  <b>Modalidad virtual</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Laptops o PCs para cada participante.</li> <li>Conexión a internet estable.</li> </ul>	<b>Requerimientos en materiales de apoyo:</b>  <b>Modalidad virtual</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Presentación de Pptx y material didáctico (digital).</li> </ul> <b>Modalidad presencial</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Presentación de Pptx</li> </ul>	<b>Requerimientos humanos:</b>  <b>Modalidad virtual</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Facilitador</li> <li>Una persona como auxiliar general.</li> </ul> <b>Modalidad presencial</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Facilitador</li> </ul>	<b>Otros requerimientos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Disponibilidad de tiempo y horarios.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aula con espacio para mesas de trabajo, con iluminación artificial.</li> <li>• sillas</li> <li>• contactos eléctricos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cámara y micrófono disponibles.</li> </ul> <p><b>Modalidad presencial</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una pantalla</li> <li>• Una PC con escritorio o laptop.</li> <li>• 1 apuntador.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hojas blancas o cuadernillo de notas para los participantes.</li> <li>• Lápices o plumas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una persona como auxiliar general.</li> </ul>	
--	--	---	--	--

Formas, momentos y criterios de la evaluación: La Evaluación se llevará a cabo durante la Apertura, el Desarrollo y el Cierre del Taller. Si el participante cumple con el **\_\_80\_\_%** como mínimo de la calificación total, sumando estos porcentajes, se considerará aprobado, bajo los siguientes criterios:

Aspecto a evaluar:	Porcentaje:	Instrumento de evaluación:	Momento de aplicación:
<b>1. Asistencia</b>	10%	Lista de asistencia (por observación)	Al inicio por sesión.
<b>2. Evaluación Diagnóstica</b>	10%	Cuestionario o pregunta detonadora.	Al inicio
<b>3. Evaluación Formativa y participación</b>	40%	Actividades prácticas.	Intermedia
<b>4. Evaluación Sumativa</b>	40%	Rubrica de evaluación	Al final
	100%		

#### Temas

Tema principal	Subtemas	Duración (sesiones)	Modalidad	Material y Equipo de Apoyo

<p><b>Módulo 1.</b> <b>Generalidades de la discapacidad auditiva.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Conceptos ligados a la persona con discapacidad auditiva.</li> <li>✓ Términos correctos para referirse a personas con discapacidad auditiva.</li> <li>✓ Clasificación de la pérdida auditiva. <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Momento de la pérdida auditiva.</li> <li>b. Localización de la lesión.</li> <li>c. Grado de pérdida auditiva</li> </ul> </li> <li>✓ Antecedentes de la inclusión de estudiantes Sordos.</li> <li>✓ La problemática actual en la atención a personas Sordas en los centros de atención a la salud en México.</li> </ul>	<p>3</p>	<p>Virtual</p>	<p>Presentación de Pptx y material didáctico (digital).</p> <p>Laptops o PCs para cada participante.</p> <p>Conexión a internet estable. Cámara y micrófono disponibles.</p>
<p><b>Módulo 2.</b> <b>Introducción a la cultura del Sordo.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sistemas alternativos de comunicación.</li> <li>✓ La lengua de señas y la cultura Sorda.</li> </ul>	<p>1</p>	<p>Virtual</p>	<p>Presentación de Pptx y material didáctico (digital).</p> <p>Laptops o PCs para cada participante.</p> <p>Conexión a internet estable. Cámara y micrófono disponibles.</p>
<p><b>Módulo 3.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Señales luminosas.</li> <li>✓ Información escrita.</li> </ul>	<p>2</p>	<p>virtual</p>	<p>Presentación de Pptx y material</p>

<p><b>Medidas para mejorar la Accesibilidad en instituciones.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pantallas visuales.</li> <li>✓ Señalización de recursos de accesibilidad.</li> <li>✓ Comunicación visual.</li> <li>✓ Comunicación táctil.</li> <li>✓ Subtitulado.</li> <li>✓ Iluminación.</li> <li>✓ Signoguías y audioguías.</li> <li>✓ Interpretación de Lengua de señas Mexicana (LSM).</li> <li>✓ Normas de lectura labio facial.</li> </ul>			<p>didáctico (digital).</p> <p>Laptops o PCs para cada participante.</p> <p>Conexión a internet estable. Cámara y micrófono disponibles.</p>
<p><b>Módulo 4. Estrategias de comunicación para personal médico que interactúa con pacientes con discapacidad auditiva.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Métodos apropiados para captar la atención de un paciente con discapacidad auditiva.</li> <li>✓ Pautas generales de comunicación para la atención de pacientes con discapacidad auditiva.</li> <li>✓ Pautas de comunicación para la atención de pacientes con discapacidad auditiva en presencia de un intérprete de LSM</li> <li>✓ Pautas de comunicación para la atención de pacientes con discapacidad auditiva en ausencia de un intérprete de LSM.</li> <li>✓ Pautas de comunicación para la atención de pacientes con discapacidad auditiva que se comunican oralmente.</li> <li>✓ Pautas de comunicación para la atención de pacientes con discapacidad auditiva que se comunican a través de la LSM.</li> </ul>	<p>3</p>	<p>Virtual</p>	<p>Presentación de Pptx y material didáctico (digital).</p> <p>Laptops o PCs para cada participante.</p> <p>Conexión a internet estable. Cámara y micrófono disponibles.</p>

<p style="text-align: center;"><b>Módulo 5.</b> <b>Introducción a la</b> <b>LSM.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Abecedario.</li> <li>✓ Números.</li> <li>✓ Pronombres personales y posesivos.</li> <li>✓ Saludos.</li> <li>✓ Colores.</li> <li>✓ Familia.</li> <li>✓ Fechas y periodos.</li> <li>✓ Señas del entorno médico.</li> <li>✓ Preguntas y palabras comunes.</li> <li>✓ Evaluación sobre atención a pacientes con discapacidad auditiva (práctica).</li> </ul>	8	Virtual	<p>Una pantalla</p> <p>Una PC con escritorio o laptop.</p> <p>Presentación de Pptx y material didáctico.</p>
--	--	---	---------	--

## Anexo II



### FACULTAD DE COMUNICACIÓN HUMANA

Secretaría de Investigación  
Jefatura de Programa Educativo de Posgrado

Cuernavaca, Mor., a 22 de febrero del 2021  
No. de Oficio: **FCH/JPEP/388 /2021**  
**Asunto:** Solicitud de permiso.

**Mtro. Cuauhtémoc Altamirano Conde**  
**Director de Protección y Asistencia de la UAEM**  
**Presente.**

Reciba un cordial saludo, por medio de la presente me dirijo a usted para solicitarle de la manera más atenta, la autorización para llevar a cabo la investigación titulada: **“Programa de Sensibilización para el personal afin a las áreas de la salud y administrativo de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM) para la inclusión de estudiantes Sordos de nivel superior”** realizada por la Psic. Mónica Cecilia Flores Saldaña, estudiante de Maestría de Atención a la Diversidad y Educación Inclusiva, bajo la dirección de la Dra. Alma Janeth Moreno Aguirre, profesora Investigadora de Tiempo Completo en la Facultad de Comunicación Humana de la UAEM.

El objetivo es conocer la opinión del personal de salud y administrativo que se encuentra a su cargo en la UAEM, respecto a la inclusión de estudiantes Sordos de nivel Superior, así como identificar necesidades para generar un ambiente de inclusión. Las actividades planeadas son la aplicación de un instrumento, grupo focal, el diseño y aplicación de un programa de sensibilización para la atención de estudiantes Sordos de nivel Superior de la UAEM, se realiza en horarios disponibles del personal que desee participar y al finalizar se hará una devolución individual y/o grupal para fortalecer la inclusión educativa en el personal que labora en la UAEM respecto a la atención a estudiantes Sordos.

Sin más por el momento agradezco su atención.

Atentamente  
**“Por una Humanidad Culta”**  
*Una Universidad de Excelencia*  
**Lic. en Do. José Israel Melgar García**  
Director de la Facultad de Comunicación Humana

C.c.p. Dr. Marcos Jerhain Capistrán Sánchez, Coordinador de Asistencia Centro Médico Universitario, UAEM.  
C.i.p.- Archivo.  
JPEP/EMVO

### Anexo III.



## MAESTRIA EN ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD Y EDUCACIÓN INCLUSIVA (MADEI)



### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Cuernavaca, Morelos a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2021.

Por medio de la presente doy mi autorización para participar en el proyecto “**Programa de Sensibilización para la inclusión de estudiantes Sordos de nivel superior a personal de salud y administrativo del Centro Médico de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM)**”, el cual realiza la Psic. Monica Cecilia Flores Saldaña, estudiante de Maestría de Atención a la Diversidad y Educación Inclusiva (MADEI) bajo la dirección de la Dra. Alma Janeth Moreno Aguirre de la Facultad de Comunicación Humana de la UAEM.

El proyecto consiste en conocer la opinión del personal de salud y administrativo respecto a la inclusión de estudiantes Sordos en el nivel Educativo Superior, así como identificar necesidades para generar una ambiente de inclusión. Parte de las actividades son la aplicación de un instrumento y el diseño y aplicación de un programa de sensibilización para la atención de estudiantes Sordos en el nivel Educativo Superior de la UAEM.

Se me ha explicado verbalmente y aclarado las dudas sobre lo que se realizará, y que los datos obtenidos en la investigación son de carácter confidencial y sólo serán utilizados dentro de actividades académicas y científicas por los responsables de la investigación de forma responsable y ética.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del participante

\_\_\_\_\_  
Psic. Monica Cecilia Flores Saldaña  
Responsable de la investigación

\_\_\_\_\_  
Dra. Alma Janeth Moreno Aguirre  
Responsable de la investigación

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Testigo

**Formulario:** [https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=sUcas-kOx0uAss4Iuneol6BpFehZZ\\_xCIRNPhCkZjMZURExWQUs4ODNBWjQzUFISQIMxQ0IMSFZJUy4u](https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=sUcas-kOx0uAss4Iuneol6BpFehZZ_xCIRNPhCkZjMZURExWQUs4ODNBWjQzUFISQIMxQ0IMSFZJUy4u)

**Anexo IV. Escala de actitud de los docentes respecto a la inclusión de estudiantes Sordos en la UAEM de Ortiz (2018).**

NO.	ÍTEM	RESPUESTAS			
		MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
1	Creo que la educación debe ser inclusiva para estudiantes oyentes y Sordos.				
2	El reto que presenta el estar en una clase con oyentes ¿Puede disminuir el desarrollo académico del estudiante Sordo?				
3	Dentro del salón la conducta de un estudiante Sordo requiere más de mi atención, ¿esto puede afectar la asesoría del resto del grupo?				
4	Las estrategias de educación que utilizo para estudiantes oyentes pueden servir para la enseñanza de estudiantes sordos.				
5	Considero que si el estudiante es Sordo, sería mejor que se le dé apoyo en una escuela especial				
6	La atención que requieren los estudiantes Sordos puede hacer que disminuya mi atención a los estudiantes oyentes.				
7	Como docente de la UAEM incluyo a los estudiantes Sordos en mis prácticas educativas.				
8	Los estudiantes Sordos al tener un intérprete en el salón puede generar problemas para mi clase.				
9	Creo que los estudiantes Sordos necesitan más de mi tiempo como docente.				
10	Creo que la participación de los estudiantes Sordos dentro del aula fomenta la conducta inclusiva en todos los estudiantes.				
11	Las necesidades de los estudiantes Sordos pueden ser mejor atendidas en clases separadas de los estudiantes oyentes.				
12	El capacitarme para enseñar a estudiantes Sordos puede impactar en forma negativa en mi ejercicio docente.				
13	Creo que incluir estudiantes Sordos con estudiantes oyentes genera un mayor apoyo para las capacidades de aprendizaje.				
14	La mayoría de los estudiantes Sordos tienen una mala actitud dentro del salón de clases.				
15	Considero que a los estudiantes Sordos tengo que explicarles con mayor exactitud qué hacer y cómo hacerlo a diferencia de los estudiantes oyentes.				
16	Creo que la inclusión de estudiantes Sordos requiere de un apoyo o guía para sus actividades académicas.				
17	Considero que la inclusión de estudiantes Sordos puede llevar a la confusión al querer comunicarse y será perjudicial para los estudiantes oyentes				

18	La presencia de estudiantes Sordos en el salón puede tener repercusiones negativas de actitud en los docentes de la UAEM.				
19	Se requiere de modificaciones en el plan educativo de la materia que imparto cuando tengo estudiantes Sordos.				
20	Considero que los estudiantes Sordos estarán mejor en clases separadas y no ser incluidos con estudiantes oyentes.				
21	Me es muy difícil mantener el orden de una clase con alumnos oyentes en la que hubiera alumnos Sordos.				
22	Es probable que un estudiante Sordo muestre una buena actitud al ser incluido en un salón con estudiantes oyentes.				
23	Los estudiantes Sordos pueden crear confusión a los estudiantes oyentes dentro de mi clase.				
24	Considero que preparar las clases para los estudiantes sordos puede presentar dificultades para los estudiantes oyentes.				
25	Creo que la inclusión de estudiantes Sordos a los grupos de clases, puede tener beneficios de sensibilización para los estudiantes oyentes.				
26	Me parece que el estudiante Sordo puede ser excluido por los estudiantes oyentes.				
27	El tener estudiantes Sordos dificulta algunos objetivos en la enseñanza en mi clase.				
28	Creo que el desarrollo académico del estudiante Sordo será mejor cuando impacte en otras áreas (Social, laboral y emocional)				
29	La formación en escuelas especiales tiene un mejor efecto en el desarrollo social y emocional que en una escuela regular con oyentes.				
30	Me resulta complicado manejar una clase con estudiantes Sordos sin el apoyo del intérprete.				

## **Anexo V. Adaptación para Personal de salud y administrativo de la Escala de actitud de los docentes respecto a la inclusión de estudiantes Sordos en la UAEM de Ortiz (2018).**

**Formulario:**[https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=sUcas-kOx0uAss4Iuneol6BpFehZZ\\_xCIRNPhCkZjMZUNzFHMERNTzILM0tMQ11ZTzRUNFo3NjM3UC4u](https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=sUcas-kOx0uAss4Iuneol6BpFehZZ_xCIRNPhCkZjMZUNzFHMERNTzILM0tMQ11ZTzRUNFo3NjM3UC4u)



### **MAESTRIA EN ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD Y EDUCACIÓN INCLUSIVA (MADEI)**



#### **Estimado (a) participante:**

La investigación que se realiza forma parte de la tesis “Programa de Sensibilización dirigido al personal que labora en centros de atención a la salud para la atención de personas Sordas”, el cual se realiza como parte del programa de Maestría de Atención a la Diversidad y Educación Inclusiva (MADEI) de la Facultad de Comunicación Humana de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM). Por lo que, para esta investigación se considera de gran valía conocer la opinión de los profesionales de la salud sobre la inclusión educativa de estudiantes Sordos.

El proyecto consiste en conocer la opinión del personal de salud y administrativo respecto a la inclusión de estudiantes Sordos de nivel superior. Parte de las actividades son la aplicación de un instrumento y el diseño y aplicación de un programa de sensibilización para la atención de estudiantes Sordos.

Para el desarrollo de esta investigación, si usted es MAYOR DE EDAD, desarrolla actividad profesional en algún Centro de salud u Hospital en el estado de Morelos, solicitamos su participación voluntaria, lo que implica que no recibirá ningún beneficio económico. Es importante que usted sepa que tiene derecho de no participar o suspender su participación en cualquier momento.

Su participación, consistirá en contestar el presente cuestionario, el cual no genera riesgos contra su integridad física o mental. Su contribución es muy valiosa, pues nos ayudará a identificar

necesidades para diseñar un adecuado y eficaz programa de sensibilización para la atención de personas Sordas dirigido a profesionales de la salud con el fin de crear un ambiente de inclusión.

Los datos proporcionados, así como las respuestas son de carácter confidencial; el investigador se compromete al manejo responsable de los resultados que se obtengan, los cuales pueden ser publicados en revistas o presentados en conferencias profesionales, protegiendo en cada momento el anonimato del cada participante y excluyendo cualquier información que pueda identificar individualmente a los participantes.

De antemano se agradece su participación en esta investigación.

### **DATOS DEL PARTICIPANTE.**

1. Género: M \_\_ F \_\_
2. Edad: 21-30 \_\_\_\_ 31-40 \_\_\_\_ 41-50 \_\_\_\_ 51-60 \_\_\_\_ 61-70 \_\_\_\_ más de 70 \_\_\_\_
3. Municipio de residencia: \_\_\_\_\_
4. Seleccione el sector en el que se desempeña:  
  
Público ( )  
Privado ( )
5. Proporcione el nombre del Centro de Salud, hospital o clínica privada en el que labora actualmente: \_\_\_\_\_
6. Puesto que ocupa:  
  
Director médico ( )  
Jefe de departamento ( )  
Médico asistente u hospitalista ( )  
Jefe(a) de residentes ( )  
Enfermero (a) ( )  
Personal de farmacia ( )  
Personal administrativo ( )

7. Grado de estudios máximo:

- Posgrado ( )
- Licenciatura ( )
- Bachillerato ( )
- Secundaria ( )

8. Especifique su experiencia profesional en años desde que finalizó sus estudios:

- Menos de un año \_\_\_\_
- De 1 a 5 años \_\_\_\_
- De 6 a 10 años \_\_\_\_
- De 11 a 15 años \_\_\_\_
- Más de 15 años \_\_\_\_

9. Antigüedad laboral:

- Menos de un año \_\_\_\_
- De 1 a 5 años \_\_\_\_
- De 6 a 10 años \_\_\_\_
- De 11 a 15 años \_\_\_\_
- Más de 15 años \_\_\_\_

10. ¿Usted presenta alguna discapacidad?

- Si ( )
- No ( )

11. Si su respuesta anterior fue "Sí", indique el tipo de discapacidad: \_\_\_\_\_

12. En su contexto familiar, educativo, laboral o social, ¿alguna persona presenta alguna discapacidad?

- Si ( )
- No ( )

13. Si su respuesta anterior fue "Sí", especifique el contexto (familiar, educativo, laboral o social) e indique el tipo de discapacidad (motora, auditiva, visual, intelectual, etc.).

**PRIMERA PARTE: CUESTIONARIO I.**

**ESCALA DE ACTITUD DE PERSONAL MÉDICO Y ADMINISTRATIVO RESPECTO A LA INCLUSIÓN DE ESTUDIANTES SORDOS (UAEM)**

Por favor marque con una “X” la respuesta que mayormente describa su opinión con las siguientes afirmaciones. No hay respuesta correcta; las mejores respuestas son aquellas que reflejen honestamente sus sentimientos.

No.	Ítems	Respuestas			
		Muy de acuerdo	Acuerdo	Desacuerdo	Muy en desacuerdo
1.	Creo que la atención sanitaria debe ser inclusiva, tanto para personas sin y con discapacidad.				
2.	Pienso que el reto que presenta estar en una comunidad mayoritaria de personas oyentes, impacta en la atención a la salud de pacientes Sordos.				
3.	Pienso que la atención que se brinda a pacientes Sordos requiere más atención por lo que la atención a los pacientes oyentes puede verse afectada.				
4.	La atención que brindo a pacientes oyentes es la misma para pacientes Sordos.				
5.	Considero que si una persona es Sorda, debe asistir a una escuela especial.				
6.	La atención que requiere un paciente Sordo puede hacer que disminuya la atención al resto de los pacientes.				
7.	Incluyo a personas Sordas dentro de las actividades de cuidado y promoción de la salud.				
8.	La atención a pacientes Sordos con apoyo de un intérprete es más confusa y complicada.				
9.	Atender pacientes Sordos demanda más tiempo de atención que otros pacientes.				
10.	Creo que la participación de los estudiantes Sordos en nivel superior fomenta la conducta inclusiva en todos los estudiantes.				
11.	Las necesidades de los estudiantes Sordos pueden ser mejor atendidas de manera separada de los estudiantes oyentes.				
12.	El capacitarme para atender a pacientes Sordos puede impactar en forma negativa en mi ejercicio profesional.				

13.	Creo que incluir estudiantes Sordos con estudiantes oyentes genera un mayor apoyo para ellos.				
14.	La mayoría de los estudiantes Sordos tienen una mala actitud dentro de las universidades.				
15.	Considero que a los pacientes Sordos tengo que explicarles con mayor exactitud qué hacer y cómo hacerlo a diferencia de los pacientes oyentes.				
16.	Creo que la inclusión de estudiantes Sordos requiere de un apoyo o guía para sus actividades académicas y administrativas.				
17.	La inclusión de personas Sordas en diferentes contextos (educativo, laboral, social, etc.) genera problemas de comunicación con otras personas.				
18.	La presencia de pacientes Sordos en los Centros de Salud y hospitales puede tener repercusiones negativas de actitud en el personal que labora en los mismos.				
19.	Se requieren modificaciones a los protocolos de atención sanitaria para brindar atención a pacientes Sordos.				
20.	Considero que los estudiantes Sordos estarán mejor en escuelas especiales y no ser incluidos con estudiantes oyentes.				
21.	Me sería difícil brindar la atención a pacientes Sordos a diferencia de pacientes oyentes.				
22.	Es probable que un estudiante Sordo muestre una buena actitud al ser incluido con estudiantes oyentes.				
23.	La presencia de personas Sordas genera inestabilidad en la dinámica académica y social.				
24.	Considero que los ajustes a protocolos de atención para pacientes Sordos pueden presentar dificultades para los pacientes oyentes.				
25.	Creo que la inclusión de estudiantes Sordos en nivel superior, puede tener beneficios de sensibilización para el resto de la comunidad universitaria.				
26.	Me parece que los estudiantes oyentes pueden tener prácticas excluyentes hacia los estudiantes Sordos.				
27.	El atender pacientes Sordos dificulta algunos procesos en mi lugar de trabajo.				
28.	Creo que el desarrollo académico del estudiante Sordo será mejor cuando impacte en otras áreas (social, laboral, emocional y de salud).				
29.	La formación en escuelas especiales tiene un mejor efecto en el desarrollo social y emocional que en una escuela regular con oyentes.				
30.	Me resulta complicado brindar atención a pacientes Sordos sin el apoyo de un intérprete.				

## SEGUNDA PARTE: RELATIVO A LA ATENCIÓN A PACIENTES SORDOS.

Por favor seleccione la respuesta que mayormente describa su experiencia relativa a la atención a pacientes Sordos. No hay respuesta correcta; las mejores respuestas son aquellas que mejor reflejan su experiencia previa.

1. ¿Representa para usted alguna dificultad la comunicación con un paciente Sordo?  
Si ( )            No ( )
  
2. ¿Ha tenido contacto en alguna ocasión con pacientes Sordos?  
Si ( )            No ( )
  
3. Si ha tenido contacto en estos últimos años, ¿Cómo considera que ha sido la relación y la comunicación?  
Buena ( )      Regular ( )      Pobre ( )      Ninguna ( )
  
4. ¿Qué tipo de comunicación estableció usted con el paciente Sordo?  
A través del acompañante (familiar) ( )  
Intérprete de LSM  
Escritura ( )  
Gestos y expresión facial ( )  
Pictogramas ( )  
Dibujos ( )  
Lengua de señas ( )
  
5. En el caso de no tener contacto con pacientes Sordos, si tuviera que brindar atención a alguno en un futuro, en base a sus conocimientos, ¿Cómo cree usted que manejaría la situación?  
Excelente ( )            Bien ( )            Regular ( )            Desconoce ( )
  
6. ¿Qué grado considera usted que tiene respecto a la comunicación con pacientes sordos?  
Buena ( )      Regular ( )      Pobre ( )      Ninguna ( )

7. ¿Conoce usted la Lengua de Señas Mexicana (LSM)?

Si ( )      No ( )

8. ¿Ha recibido alguna vez capacitación específica sobre la comunicación y el manejo efectivo de pacientes Sordos?

Si ( )      No ( )

9. Si ha recibido algún tipo de capacitación, ¿Cómo la considera?

Buena ( )      Regular ( )      Pobre ( )      Ninguna ( )

10. En el caso de no haber recibido ningún tipo de capacitación al respecto, ¿le gustaría recibir información relacionada y así ampliar sus conocimientos?

Si ( )      No ( )

11. Considera usted que, ¿en su lugar de trabajo cuenta con las herramientas necesarias para brindar atención efectiva a pacientes Sordos (intérpretes, televisores con subtítulos, gráficos o material de apoyo, etc.)?

Si ( )      No ( )

Indique cuales: \_\_\_\_\_

**Muchas gracias por su participación**

**Finalmente le solicitamos que proporcione los siguientes datos**

Fecha en que contestó el cuestionario \_\_\_\_\_

Si desea recibir información sobre la comunicación y el manejo efectivo de pacientes Sordos, escriba su correo a continuación:

\_\_\_\_\_

**Anexo VI. Cuestionario sobre las percepciones de los docentes y administrativos frente a la inclusión escolar de estudiantes sordos de la UAEM de Hernández (2016).**

NO.	ÍTEM	RESPUESTAS			
		MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
1	¿Considera usted que la Universidad Autónoma del Estado de Morelos da apertura a programas de formación de docentes especializados en educación bilingüe para Sordos?				
2	¿Considera usted la inclusión de un alumno Sordo a la universidad requiere de adaptaciones curriculares pertinentes para su evaluación?				
3	¿Considera usted que la Facultad de Comunicación Humana cuenta con un sistema de detección a las necesidades educativas específicas de alumnos con Sordera?				
4	¿Considera usted que la Facultad de Comunicación Humana es inclusiva en su sistema educativo y previene la discriminación hacia la comunidad Sorda?				
5	¿Considera usted que al observar dificultades y limitaciones en el proceso enseñanza/ aprendizaje se presentan posibilidades de estrategias para solucionarlo?				
6	¿Considera usted que existe algún apoyo para el alumnado Sordo que tiene dificultad para adaptarse, particularmente cuando entra por primera vez en la FCH?				
7	¿Considera usted que existe información disponible del trabajo compartido entre profesores en el aula así como del sistema educativo general de la FCH, para enriquecerlo con sugerencias?				
8	¿Considera usted que se proporciona al alumno Sordo información básica que necesita sobre el ingreso y acceso a la Facultad de Comunicación Humana para que pueda familiarizarse?				

9	¿Considera usted que hay personal, con el cual los y las alumnos Sordos puedan compartir sus preocupaciones acerca de las situaciones de rezago educativo, intimidación, etc., de forma que éstos se sientan apoyados?				
10	¿Considera usted que ha sido adecuado el trabajo del grupo coordinador en términos de asignación de tareas, composición del grupo, reparto de trabajo entre los miembros y la distribución del trabajo a desarrollar por todo el colectivo para atender al alumno Sordo en la FCH?				

**Anexo VII. Adaptación para Personal de salud y administrativo del Cuestionario sobre las percepciones de los docentes y administrativos frente a la inclusión escolar de estudiantes sordos de la UAEM de Hernández (2016).**



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

**MAESTRIA EN ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD Y  
EDUCACIÓN INCLUSIVA  
(MADEI)**



Facultad de  
Comunicación Humana

**SEGUNDA PARTE: CUESTIONARIO II.**

**CUESTIONARIO PARA PERSONAL DE SALUD Y ADMINISTRATIVO  
INCLUSIÓN DE ESTUDIANTES SORDOS EN LA UAEM**

Por favor marque con una “X” la respuesta que mayormente describa su opinión con las siguientes afirmaciones. No hay respuesta correcta; las mejores respuestas son aquellas que reflejen honestamente sus sentimientos.

No.	Ítems	Respuestas			
		Muy de acuerdo	Acuerdo	Desacuerdo	Muy en desacuerdo
1.	¿Considera usted que la Universidad Autónoma del Estado de Morelos da apertura a programas de formación de personal administrativo, docente y de salud especializados en educación y atención para estudiantes Sordos?				
2.	¿Considera usted la inclusión de un estudiante Sordo a la universidad requiere de adaptaciones que permitan su pleno su acceso, permanencia y participación dentro de la misma?				
3.	¿Considera usted que la Universidad Autónoma del Estado de Morelos cuenta con un sistema de detección a las necesidades de atención específicas para estudiantes Sordos?				
4.	¿Considera usted que el Universidad Autónoma del Estado de Morelos es inclusiva en su sistema de atención y previene la discriminación hacia la comunidad Sorda?				
5.	¿Considera usted que al observar dificultades y limitaciones en el proceso de atención sanitaria y administrativa se presentan también posibilidades de estrategias para solucionarlo?				

6.	¿Considera usted que existe algún apoyo para los estudiantes Sordos que tienen dificultad para adaptarse, particularmente cuando entra por primera vez en la Universidad?				
7.	¿Considera usted que existe información disponible del trabajo compartido entre docentes, personal administrativo y de salud, así como del sistema educativo general de la universidad, para enriquecerlo con sugerencias?				
8.	¿Considera usted que se proporciona al estudiante Sordo información básica que necesita sobre el ingreso, acceso y permanencia en la Universidad para que pueda familiarizarse?				
9.	¿Considera usted que hay personal, con el cual los y las estudiantes Sordos puedan compartir sus problemas de salud, dudas sobre el cuidado de la misma, etc., de forma que éstos se sientan atendidos?				
10.	¿Considera usted que ha sido adecuado el trabajo en términos de desarrollar actividades para su acceso a la información, participación y garantizar su adecuada permanencia y la atención del estudiante Sordo en la universidad?				

Gracias por su participación!!

## Anexo VIII.



### MAESTRIA EN ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD Y EDUCACIÓN INCLUSIVA (MADEI)



#### GUIÓN DE PREGUNTAS PARA GRUPO FOCAL

Buenos días/tardes, mi nombre es Monica Cecilia Flores Saldaña y estamos realizando un estudio sobre la actitud y percepción de la inclusión educativa de estudiantes Sordos en la UAEM.

La idea es poder conocer sus opiniones para colaborar en este estudio exploratorio y que permita el diseño de un programa de sensibilización para la inclusión de estos estudiantes.

En este sentido, siéntanse libres de compartir sus ideas en este espacio. Aquí no hay respuestas correctas o incorrectas; lo que importa es justamente su opinión sincera.

Cabe aclarar que la información es sólo para nuestro trabajo, sus respuestas serán unidas a otras opiniones de manera anónima y en ningún momento se identificará qué dijo cada participante.

Para agilizar la toma de la información, resulta de mucha utilidad grabar la conversación. Tomar notas a mano demora mucho tiempo y se pueden perder cuestiones importantes. ¿Existe algún inconveniente en que grabemos la conversación? El uso de la grabación es sólo a los fines de análisis.

¡Desde ya muchas gracias por su tiempo!

## **Pautas para el moderador:**

Si yo les digo discapacidad y discapacidad auditiva, ¿Qué es lo primero que viene a su mente?, ¿A qué les remite estos conceptos? y ¿por qué?, ¿Algo más?

Hoy en día, ¿Cómo creen que sea la atención que se brinda en instituciones de salud a estas personas? ¿Presentan algún obstáculo? ¿Cuáles? ¿Por qué?

Cómo profesionales de la salud, ¿Cómo han sido su experiencia en la atención a pacientes Sordos? ¿Representa para ustedes alguna dificultad la comunicación con un paciente Sordo?

En su ejercicio dentro del Centro Médico Universitario, ¿Han tenido contacto en alguna ocasión con pacientes Sordos?, ¿Cómo consideran que ha sido la relación y la comunicación? Y ¿Qué tipo de comunicación establecieron con el paciente Sordo?

En el caso de no tener contacto con pacientes Sordos, si tuvieran que brindar atención a alguno en un futuro, en base a sus conocimientos, ¿Cómo creen que manejarían la situación?

¿Qué grado de conocimientos consideran que tienen respecto a la comunicación con pacientes sordos? ¿Conocen la Lengua de Señas Mexicana (LSM)?

¿Han recibido alguna vez capacitación específica sobre la comunicación y el manejo efectivo de pacientes Sordos?, Si han recibido algún tipo de capacitación, ¿Cómo la consideran?

En el caso de no haber recibido ningún tipo de capacitación al respecto, ¿les gustaría recibir información relacionada y así ampliar sus conocimientos? Y ¿Por qué?

Consideran que, ¿en su lugar de trabajo cuentan con las herramientas necesarias para brindar atención efectiva a pacientes Sordos (interpretes, televisores con subtítulos, gráficos o material de apoyo, etc.)?, ¿Cuáles? ¿Por qué sí? ¿Por qué no?

¿Qué elementos o herramientas consideran que faltan para brindar atención de manera inclusiva a estudiantes Sordos y con otro tipo de discapacidad?, ¿Cuáles? Y ¿Por qué?

Como parte del equipo de trabajadores del Centro Médico Universitario, ¿Consideran que se encuentran preparados para brindar atención médica a estudiantes Sordos?

De manera general, como profesional de la salud, ¿Consideran que se encuentran formados y preparados para brindar atención a personas con discapacidad de acuerdo a sus necesidades?

¿De qué manera creen que podría mejorar la atención a estudiantes Sordos?

En su experiencia, ¿Cuáles ha sido la respuesta de sus compañeros de trabajo al brindar atención a pacientes Sordos?

En su ejercicio profesional, ¿Cuáles han sido las acciones que han tomado para incluir a todos los estudiantes en sus campañas de salud?, ¿Y en específico con estudiantes Sordos, que medidas han tomado en cuenta para hacerlos partícipes?

¿Han recibido información sobre la inclusión educativa de los estudiantes con discapacidad a la UAEM?

¿Conocen el diagnóstico de los estudiantes con discapacidad que en la actualidad cursan algún programa académico de nivel superior en la UAEM?

¿Conocen en qué Facultades se encuentran inscritos los estudiantes con discapacidad?

¿Han recibido apoyo por parte de la Unidad para la Atención a la Diversidad y Educación Inclusiva, relativo a los estudiantes con discapacidad?

¿Cuál es la opinión que tienen de la inclusión de estudiantes Sordos en la Universidad?

Finalmente, ¿Podrían mencionar cuál creen que ha sido el impacto dentro de la UAEM y dentro del Centro Médico Universitario haber incluido estudiantes con discapacidad en general y estudiantes Sordos?

Anexo IX.

**Tabla de especificaciones para participantes del programa de sensibilización para personal de salud del centro médico universitario (UAEM) para la inclusión de estudiantes sordos.**

<b>Dominio</b>	<b>Subdominio</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ponderación</b>	<b>No. ítems</b>	<b>Elementos a evaluar</b>
Discapacidad auditiva	Generalidades de la discapacidad	Identifican términos correctos para referirse a personas con discapacidad	10 %	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Identifica la opción correcta del término adecuado para referirse a personas con discapacidad de acuerdo a cada ejemplo que se presenta.</li> <li>-Identifica cómo se clasifica la pérdida auditiva</li> <li>-Identifica cual es la principal diferencia entre el modelo médico y el modelo social de la discapacidad</li> </ul>
		Clasifican adecuadamente la pérdida auditiva			
		Identifican los diferentes modelos de la discapacidad			
	Comunicación y lenguaje	Identifican los diferentes Sistemas alternativos de comunicación	10 %	2	
		Reconocen diferentes elementos de la Lengua de señas mexicana			
	Medidas para mejorar la accesibilidad	Reconocen los diferentes recursos para mejorar la accesibilidad en diferentes espacios	10 %	2	
Identifican alternativas de solución para problemas a los que se enfrentan personas con discapacidad auditiva					

	Estrategias de comunicación para personal que interactúa con pacientes sordos	<p>Identifican los métodos apropiados para captar la atención de un paciente sordo</p> <p>Identifican las pautas adecuadas de comunicación en presencia de un intérprete de LSM.</p> <p>Identifican las pautas adecuadas de comunicación en ausencia de un intérprete de LSM.</p> <p>Identifican las pautas adecuadas de comunicación con pacientes que se comunican oralmente.</p> <p>Identifican las pautas adecuadas de comunicación con pacientes que se comunican a través de LSM.</p>	30 %	6	<p>-Identifica correctamente como manejarse ante las siguientes situaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Situación con un paciente sordo que se comunica oralmente.</li> <li>2. Situación con un paciente sordo que se comunica a través de LSM.</li> <li>3. Situación con un paciente sordo que acude acompañado de un intérprete de LSM.</li> <li>4. Situación con un paciente sordo que acude solo y que se comunica a través de LSM.</li> <li>5. Situación en la que tenga que captar adecuadamente la atención de una persona sorda.</li> <li>6. Brindar atención médica a una persona sorda de forma virtual.</li> </ol>
	Lengua de señas mexicana	Identifican y ejecutan adecuadamente las señas del contexto médico y demás tópicos.	40 %	10	<p>-Relaciona la respuesta correcta con las siguientes imágenes que se presentan (durante las sesiones).</p> <p>- Observación de videos donde ellos ejecuten las diferentes señas.</p> <p>-Estructuración de oraciones simples empleadas en el entorno médico.</p>

**Anexo X.**

**Prueba de normalidad de Género para Actitud inclusiva.**

		Shapiro-Wilk		
	GÉNERO	Estadístico	gl	Sig. P-valor
Actitud inclusiva	Masculino	.950	4	.714
	Femenino	.922	10	.371

**Prueba de análisis de varianza de Género para Actitud inclusiva.**

<b>Prueba de Levene para igualdad de varianzas</b>		<b>Prueba T para igualdad de medias</b>				
		F	Sig.	t	gl	Sig.(bilateral)
Actitud inclusiva	Se han asumido varianzas iguales	1.502	.244	.379	12	.711
	No se han asumido varianzas iguales			.563	11.724	.584

**Prueba de análisis de varianza de Género y T de Student para las dimensiones cognitiva, afectiva y de comportamiento.**

Prueba de Levene para igualdad de varianzas		Prueba T para igualdad de medias				
		F	Sig.	t	gl	Sig.(bilateral)
Cognitiva	Se han asumido varianzas iguales	.033	.858	-.630	12	.541
	No se han asumido varianzas iguales			-.619	10.171	.549
Afectiva	Se han asumido varianzas iguales	.350	.565	.414	12	.686
	No se han asumido varianzas iguales			.390	8.218	.707
Acción o comportamiento	Se han asumido varianzas iguales	.228	.642	2.508	12	.027
	No se han asumido varianzas iguales			2.382	8.602	.042

**Prueba de normalidad de Género para Percepción**

		Shapiro-Wilk			
		GÉNERO	Estadístico	gl	Sig. P-valor
Percepción	Masculino		.939	4	.647
	Femenino		.918	10	.342

### Prueba de análisis de varianza de Género para Percepción

Prueba de Levene para igualdad de varianzas		Prueba T para igualdad de medias				
		F	Sig.	t	gl	Sig.(bilateral)
Percepción	Se han asumido varianzas iguales	.032	.862	-.850	12	.412
	No se han asumido varianzas iguales			-.820	5.200	.448

### Anexo XI. Resultados de encuesta de satisfacción de los participantes.

#### 40. Objetivos del programa

[Más detalles](#)

■ 0 ■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4



## 41. Contenidos del programa

[Más detalles](#)

■ 0 ■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4

Los contenidos le parecen claros

Los contenidos fueron apropiados para alcanzar los objetivos del programa

Cree que los contenidos son adecuados a la duración del programa

Cree que los contenidos son de utilidad para el desarrollo profesional

La información teórica ha sido congruente con la práctica

Ha sido de utilidad el uso de las nuevas tecnologías



## 42. Materiales y recursos

[Más detalles](#)

■ 0 ■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4

El material audiovisual ha sido de utilidad para el desarrollo del programa

El material ha sido entregado en tiempo y forma

La información entregada es comprensible

Las actividades y los ejemplos revisados corresponden con la realidad

Puede aplicar los conocimientos prácticos a su vida laboral

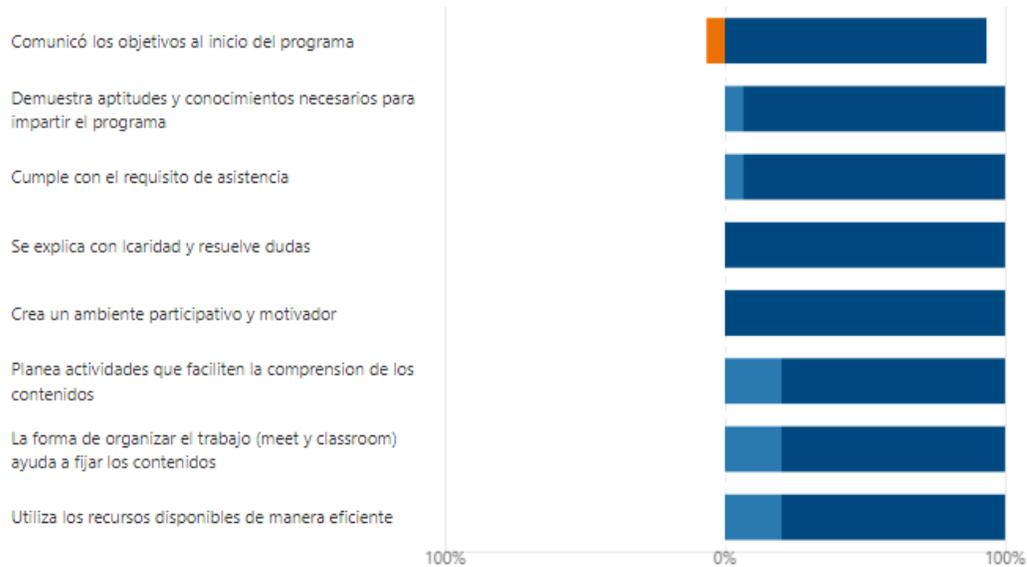
Los recursos audiovisuales están en perfecto estado



### 43. Facilitador

[Más detalles](#)

■ 0 ■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4



### Comentarios finales de los participantes

Me gustaría tal vez en un futuro tener más capacitaciones a cerca del LSM aplicado al interrogatorio médico y más práctica que lecturas.

Muchas gracias por su tiempo Psicóloga ! Excelente la forma de adaptación del programa online bastante claro.

Los temas fueron claros y muy entendibles.

Muy completo todo el trabajo

Me pareció un excelente programa, aprendí mucho y el apoyo por parte de la facilitadora fue excelente y siempre muy amable y dispuesta a resolver dudas y acoplarse a nuestros horarios para no perder sesiones. Estoy muy agradecida y extendiendo una felicitación por la intervención, ojalá se repita para que más personas puedan brindar una atención médica más inclusiva.

Gracias por su tiempo y enseñanza en este curso de LSM.

Agradezco el tiempo para impartir nos la clase, m gusto mucho aprender lengua de señas mexicana

Agradezco mucho la preocupación por darnos a conocer una nueva lengua y así dar la calidad de atención a nuestra comunidad sorda.

Excelente trabajo de la Psicóloga Mónica Flores.

---

Muchas Gracias Psicóloga, en verdad se me hizo excelente participar en el curso y siempre fueron muy amenas las pláticas, además de que siempre estuvo dispuesta a explicar y resolver dudas. Un gran acierto acercarnos a la lengua de señas mexicana para mejorar la atención a la comunidad sorda de la UAEM.

Se deberían de dar cursos, a los compañeros y actualizarse para saber cómo tratar a una persona con una discapacidad.

Muchas gracias por su tiempo

Toda la enseñanza de parte de la psicóloga estuvo muy explícita

Agradezco la disposición de la psicóloga en la enseñanza de este curso inclusivo e integrador

Me parece una excelente iniciativa este programa para apoyar en la inclusión tan necesaria de las personas con alguna discapacidad, aquí particularmente en la Universidad y en nuestra área de Centro Médico

## Percepción de inclusión educativa y atención a la salud de personas sordas en México

### *Perception of educational inclusion and health care of deaf people in Mexico*

Recepción del artículo: 08-09-2021 | Aceptación del artículo: 04-06-2022

Percepción de inclusión educativa y atención a la salud de personas sordas en México

#### Resumen

<sup>1</sup>Monica Cecilia Flores Saldaña 

[monica.floressa@uaem.edu.mx](mailto:monica.floressa@uaem.edu.mx)

<sup>2</sup>Miroslava Cruz Aldrete 

[miroslava.cruza@uaem.edu.mx](mailto:miroslava.cruza@uaem.edu.mx)

<sup>3</sup>Eliseo Guajardo Ramos 

[eliseo@uaem.mx](mailto:eliseo@uaem.mx)

<sup>4</sup>Alma Janeth Moreno Aguirre 

[alma.moreno@uaem.edu.mx](mailto:alma.moreno@uaem.edu.mx)

<sup>1</sup>Facultad de Comunicación Humana, UAEM, México.

<sup>2</sup>Centro Interdisciplinario de Investigación en Humanidades, UAEM, México.

#### Para referenciar este artículo:

Flores-Saldaña, M. C., Cruz-Aldrete M., Guajardo-Ramos E. y Moreno-Aguirre A. J. (2022). Percepción de inclusión educativa y atención a la salud de personas sordas en México. *Revista ConCiencia EPG*, 7(2), 16-29.  
<https://doi.org/10.32654/CONCIENCIAEPG.7-2.2>

**Autor correspondiente:** Alma Janeth Moreno Aguirre. [alma.moreno@uaem.edu.mx](mailto:alma.moreno@uaem.edu.mx)

Actualmente, en el ámbito de la salud es urgente atender la demanda de acceso a una atención médica de calidad para las comunidades lingüísticas minoritarias utilizando su propio idioma, como lo es la comunidad Sorda. Por tanto, es importante explorar la percepción de los profesionales de la salud y del personal administrativo en relación a la inclusión de las personas Sordas en este contexto. El objetivo de este trabajo fue explorar la percepción de los profesionales de la salud y el personal administrativo sobre la inclusión educativa en el nivel superior y la experiencia en atención médica de las personas Sordas. El diseño del estudio fue de tipo descriptivo exploratorio y la muestra estuvo compuesta por 31 participantes. Se aplicó una escala tipo Likert de actitud al personal médico y administrativo respecto a la inclusión de estudiantes Sordos. Adicionalmente, se empleó un cuestionario sobre la experiencia en la atención médica a pacientes Sordos. Los resultados obtenidos mostraron una postura positiva hacia la inclusión educativa de los estudiantes Sordos. Además, se pudo identificar que la dificultad de comunicarse con las personas Sordas es el principal problema que enfrentan los profesionales de la salud en la atención médica.

**Palabras Clave:** inclusión, sordos, personal de salud.

Cuernavaca, Morelos, a 28 de abril del 2022

**ASUNTO:** Voto aprobatorio

**CONSEJO INTERNO DE POSGRADO**

**P R E S E N T E.**

Certifico que la tesis "**Programa de sensibilización dirigido al personal de salud y administrativo del Centro Médico Universitario (UAEM) para la inclusión de estudiantes Sordos de nivel superior**" elaborada por la estudiante **Monica Cecilia Flores Saldaña**, cumple con los requisitos para obtener el grado de Maestría en Atención a la Diversidad y Educación Inclusiva.

**A T E N T A M E N T E**

"Por una humanidad culta"

**DRA. ALMA JANETH MORENO AGUIRRE**  
**COMISIÓN REVISORA**

C.c.p- Archivo.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

### Sello electrónico

ALMA JANETH MORENO AGUIRRE | Fecha:2022-06-16 07:14:13 | Firmante

FgiXlC0qPHFtdQzpQYwkI0rZdoWVvs7LclPIPM3RdFPFmbjtCodtfCfl/zzCyN0a513Mm4Q6xq9xK28M7jhMt0YJCJLXuY34qR9R1k/nkiaQxwUWgaF7ooyYi+380GNJNyxFFPih+sxmG/2NYpFblgJwf3QJBGj7LiqsgEbnKBXagOU5TyDyYmU/uZ4XQ4enOoB2DW/8TM9B9X96fAft6WgOYNFlccFJJvLwVYfVplqfjqtQFA1WYIE5+VWVXQPeUy2llolunuFaA2y3vnGnOR3zQcQ18Cj8wELtaBxzLrpi+f7bBETlg+WmgqIBKOwsMdP/FZ9eqmaTzRsjWHROd8Pw==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



[3qA5ghQ1v](#)

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/Zw34iEGT91M9zD5kpoRUF5sUkR3GyxB5>



Cuernavaca, Morelos, a 23 de mayo del 2022

**ASUNTO:** Voto aprobatorio

**CONSEJO INTERNO DE POSGRADO**

**P R E S E N T E.**

Certifico que la tesis **"Programa de sensibilización dirigido al personal de salud y administrativo del Centro Médico Universitario (UAEM) para la inclusión de estudiantes Sordos de nivel superior"** elaborada por la estudiante **Monica Cecilia Flores Saldaña**, cumple con los requisitos para obtener el grado de Maestría en Atención a la Diversidad y Educación Inclusiva.

**A T E N T A M E N T E**

"Por una humanidad culta"

**MTRA. ADRIANA MARCELA ROJAS GIL**  
**COMISIÓN REVISORA**

C.c.p- Archivo.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

### Sello electrónico

**ADRIANA MARCELA ROJAS GIL | Fecha:2022-06-10 16:21:53 | Firmante**

lwNZvluV+/3XFPWEZtAruETTmQ5D1W5OfVikXBzE dyvwq3pUBph0xrTK+df5QizuBcJjPdKLBQOwX7+N6Sa+sHZykHAYM82yN/o4G4iph++mhBuc66FJ/2tu70BO0Kg1vS0HKw  
BJD/0gpPYuvO7uNJ+Qhhfk5Ceu92/QUWP8t6FMX5BbBA1Ru2q/v5clrJaOQGT1HN9whxNZdCMw30eBI2UTpG6lssfkkoiorV4WlpKcVY9FxmV/QWbTt54+61+eAgtUAXmS3Gb  
CAEMZSvK GKwek3vzbqgd/j840lkJ0GDd8kzzk2gfMi1jDkdnklbf/iXR+PH0DFpBqNVAsWELQ==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o  
escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



[wNRUI8G4o](#)

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/zM1Ugm2iRxKLeY7FfaOxAnIkB5QQYfl4>



Cuernavaca, Morelos, a 23 de mayo del 2022

**ASUNTO:** Voto aprobatorio

**CONSEJO INTERNO DE POSGRADO**

**P R E S E N T E.**

Certifico que la tesis "**Programa de sensibilización dirigido al personal de salud y administrativo del Centro Médico Universitario (UAEM) para la inclusión de estudiantes Sordos de nivel superior**" elaborada por la estudiante **Monica Cecilia Flores Saldaña**, cumple con los requisitos para obtener el grado de Maestría en Atención a la Diversidad y Educación Inclusiva.

**A T E N T A M E N T E**

"Por una humanidad culta"

**DR. ELISEO GUAJARDO RAMOS**  
**COMISIÓN REVISORA**

C.c.p- Archivo.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

### Sello electrónico

**ELISEO GUAJARDO RAMOS | Fecha:2022-08-19 15:30:31 | Firmante**

a0ulwO0297begBAMaJNlhmLez8DPb8hh/Wsn/3iIMf26Rc4cOw+5nF02RObrUbGYw6QB5S50iepJdq4K8D9a5UOMQq7tOaEmjrXdRGz8GDhjemJiMfBEQ/Z+0Yo/IGb3LXhfn3RTzTeZaOexwqBn3rpZtCg9eEzNjiUN53GNKOizwzm4Z/2WH8/6VPANVEX4kHaN7jbiZtSb8qviSVzSjwBZeqlIN1p69P+1XP3uid+vGIMmzNptg1lmaO+sKPpKToqSzkMmOCnR2v0CmD+QJthrVd/ipKkl43tz6f1gD+8nkTKCZ/gwFn/rmSTfegFslm0TL8a1QCrG4xAzUI2Q==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



[gUkeA1QRL](#)

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/IsTJcOpmvCR1mzKq2csSVNE35x0gPVDW>



Cuernavaca, Morelos, a 23 de mayo del 2022

**ASUNTO:** Voto aprobatorio

**CONSEJO INTERNO DE POSGRADO**

**P R E S E N T E.**

Certifico que la tesis "**Programa de sensibilización dirigido al personal de salud y administrativo del Centro Médico Universitario (UAEM) para la inclusión de estudiantes Sordos de nivel superior**" elaborada por la estudiante **Monica Cecilia Flores Saldaña**, cumple con los requisitos para obtener el grado de Maestría en Atención a la Diversidad y Educación Inclusiva.

**A T E N T A M E N T E**

"Por una humanidad culta"

**DRA. MIROSLAVA CRUZ ALDRETE**  
**COMISIÓN REVISORA**

C.c.p- Archivo.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

### Sello electrónico

**MIROSLAVA CRUZ ALDRETE | Fecha:2022-05-24 09:29:34 | Firmante**

TvAgxi/H3GO4d+42g87temdFSG4jaBUGjr4QPptYsiA+TBS75QrhA1tk94yuQJfKlyt1Ctvm+mUPJFzZTdJ1Fkzkt8oOVQ44Cw1cdISQxUuB7GqrRQYkvA/Ignn3ZCKGGKDK8FByNrAst6vUYofB6cXo1JLAWACevBxOLikr8KuWaPlaXj5wCTT8VqpKinkO/ANS99UYRoRsjMHg9aGVih2mc9q2EvG2cA/8PboH2LA9pWi0J3Mxyuw6nzhYoNxFLFckVMsSIN3O/Nj315uG8R34BR0kXFqTRpVfCQlahFMEmdZshosaitrHJRaM0pRcaRzTc/8bBq5pNGULtXQ==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



[eLR0KhWop](#)

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/7lqHoDlIvZR8xsTo4byMy9z06VNGe3wk>



Cuernavaca, Morelos, a 23 de mayo del 2022

**ASUNTO:** Voto aprobatorio

**CONSEJO INTERNO DE POSGRADO**

**P R E S E N T E.**

Certifico que la tesis "**Programa de sensibilización dirigido al personal de salud y administrativo del Centro Médico Universitario (UAEM) para la inclusión de estudiantes Sordos de nivel superior**" elaborada por la estudiante **Monica Cecilia Flores Saldaña**, cumple con los requisitos para obtener el grado de Maestría en Atención a la Diversidad y Educación Inclusiva.

**A T E N T A M E N T E**

"Por una humanidad culta"

**MTRO. MAURICIO MIGUEL ORTIZ GUTIÉRREZ**  
**COMISIÓN REVISORA**

C.c.p- Archivo.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

### Sello electrónico

**MAURICIO MIGUEL ORTIZ GUTIERREZ | Fecha:2022-06-08 21:10:13 | Firmante**

U75+6laS5ZqjB6NCMW17Z/6K7ZNNhmb8ie2K2t0dQlbnBE53etGSdz6biaREkTpb1SLfG4ypaqV34Etr+74gVV2uZXm9NwRoq83o0jWa7psebWJ9MxmqHlsSU/Dgs2WYlBQsJ3F0QFQZadfcTLQ4ihaltM3oaJ5CGPA66jL1grSQSHWdcl9fxtW7PVJcql4KwIHUT/dYAtKP0pJrnkSMsJnw6l3ky/RLzU0n7sGA9Fd3kMQ684y9YkUxIZNcvTR+jFjkB4MTpuh18x2m02Z6VRSixA3nMjgFSdySdlh5xp2F3NYCKhq42NBgcmGKPKPjogYoWUBaYgT1YPtV/KJA==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



[PyzD5uU4W](#)

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/0SPHYIGePsqYU92JZZXam7VStklnLg>

