

**TRABAJO DE FIN DE MÁSTER**

MÁSTER UNIVERSITARIO EN INVESTIGACIÓN, GESTIÓN Y CALIDAD EN  
CUIDADOS PARA LA SALUD.  
ESPECIALIDAD EN GESTIÓN SANITARIA

**Percepción de la discapacidad  
auditiva entre estudiantes  
universitarios de ciencias de la  
salud**

**Autor**

Alejandro Acosta Montelongo

**Tutora**

Sara Darías Curvo

Junio 2018

ESCUELA DE DOCTORADO Y ESTUDIOS DE POSGRADO.  
SECCIÓN DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA.

## Resumen

El acceso a la atención sanitaria sin barreras es un derecho claramente definido de las personas con discapacidad según lo establece la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. El acceso eficaz del paciente sordo a los sistemas de salud aún es limitado. La literatura existente reporta importantes desafíos para establecer una comunicación satisfactoria entre las personas sordas y los profesionales de la salud, así como una grave falta de conocimientos de salud de las distintas comunidades de personas sordas.

Este estudio pretende conocer la opinión que tienen los estudiantes universitarios de ciencias de la salud sobre las personas sordas, con el fin de abordar este problema desde la universidad, analizando los diversos factores que pueden influir en ello como la carrera que se realiza o si el contacto previo implica una opinión más o menos favorable. Los resultados llevan a profundizar en la hipótesis de que una mayor frecuencia de contacto con este colectivo, supone una mejor opinión, como muestran estudios similares en población universitaria.

*Palabras Clave:* discapacidad, sordera, acceso a la salud, estudiantes universitarios

## Abstract

Access to barrier-free health care is a clearly defined right of persons with disabilities as established by the UN Convention on the Rights of persons with disabilities. Effective access of the deaf patient to health systems is still limited. The existing literature reports important challenges in establishing satisfactory communication between deaf people and health professionals, as well as a serious lack of health knowledge of the different communities of deaf people.

This study aims to know the opinion of university students of Health Sciences on Deaf people, in order to address this problem from the university, analyzing the various factors that can influence it as the different courses or if the previous contact implies a more or less favorable opinion. The results lead us to deepen in the hypothesis that a greater frequency of contact with this group, supposes a better opinion, as they show similar studies in university population.

*Keywords:* disability, deafness, healthcare access, university students

## Índice

<b>1. Introducción</b>	<b>1</b>
El concepto de discapacidad . . . . .	1
El envejecimiento poblacional . . . . .	1
La sordera . . . . .	2
Definición . . . . .	2
Clasificación de la sordera . . . . .	3
Etiología de la sordera . . . . .	4
Repercusiones de la sordera en el desarrollo de la persona . . . . .	6
Acceso de las personas sordas al sistema de salud . . . . .	7
Barreras . . . . .	8
Facilitadores . . . . .	11
<b>2. Método</b>	<b>14</b>
Participantes . . . . .	14
Materiales . . . . .	14
Diseño . . . . .	15
Procedimiento . . . . .	15
<b>3. Resultados</b>	<b>17</b>
<b>4. Discusión</b>	<b>21</b>
<b>5. Conclusiones</b>	<b>22</b>
<b>6. Referencias</b>	<b>23</b>
<b>7. Apéndice</b>	<b>27</b>

## 1. Introducción

### El concepto de discapacidad

El artículo 1 de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, recoge que las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás («CDPD-ONU», 2016). En términos generales, se reconoce que esta convención marca un cambio de paradigma en cuanto a las actitudes y los enfoques hacia las personas con discapacidad, incluidas las personas sordas. Representa un cambio de actitud, desde considerar a las personas con discapacidad como «objetos» de caridad, tratamiento médico y protección social hasta considerarlas como «sujetos» con derechos, capaces de tomar decisiones y ser miembros activos de la sociedad. Esta nueva definición recibe el nombre de «Modelo social de discapacidad» (Muñoz-Baell, Ruiz-Cantero, Álvarez-Dardet, Ferreiro-Lago & Aroca-Fernández, 2011; Palacios, 2008).

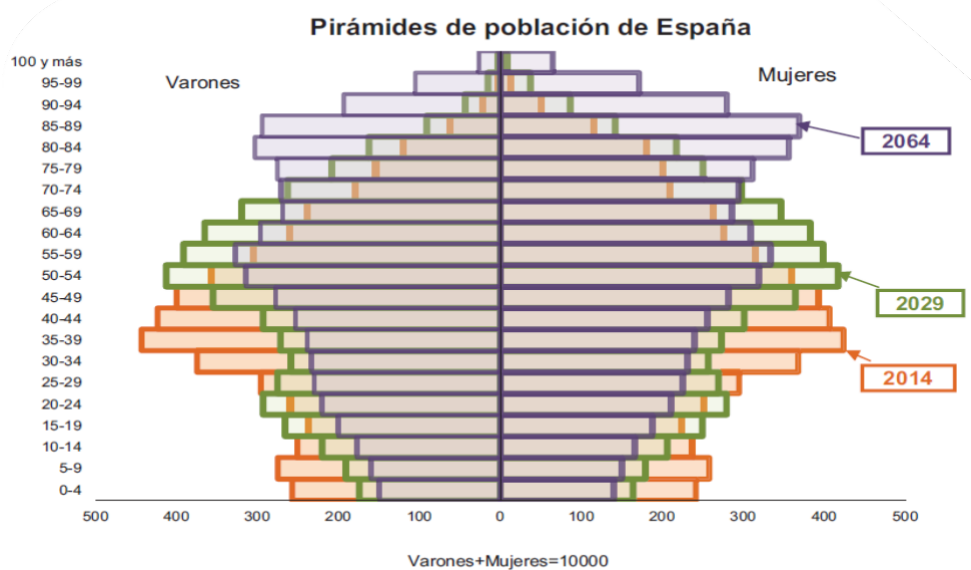
No obstante, para que las personas con discapacidad puedan ejercer de manera efectiva y en condiciones de igualdad todos sus derechos (incluyendo el de gozar de la mayor salud posible sin discriminación por motivos de discapacidad) es fundamental que previamente puedan acceder al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales («CDPD-ONU», 2016).

### El envejecimiento poblacional

Es de especial interés el relacionar el término discapacidad con el de dependencia, debido al exponente crecimiento de la población anciana en España.

En las últimas décadas, la esperanza de vida de la población española ha aumentado considerablemente, situándose en la actualidad en una media de 80 años. Este aumento, ligado a unos índices de natalidad bajos y tendencias migratorias negativas, sitúa las estimaciones para los próximos diez años, en un crecimiento de la población mayor de 65 años en un 17,6%, situándose el porcentaje de personas mayores de 65 años en el 2029 en un 24,9% según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en un estudio del año 2014 («Proyección de la Población de España 2014-2064: Notas de prensa», 2014).

Según el último informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicado en el año 2015, la mayoría de los problemas de salud que afectarán a las personas



*Figura 1.* Pirámide poblacional predictiva para los años 2029 y 2064 en España.  
Fuente: INE

de mayor edad, son las enfermedades no transmitibles (ENT). Las principales causas de muerte en los ancianos son las cardiopatías, el accidente cerebrovascular (ictus) y las neumopatías crónicas. En cuanto a las causas de discapacidad, son fundamentalmente el deterioro sensorial (predominantemente visual y auditivo (presbiacusia)), los trastornos depresivos, las caídas, la diabetes y la demencia.

## La sordera

**Definición.** Desde el punto de vista médico, la sordera es un término general que se usa para describir todos los tipos y grados de pérdida auditiva. Así, vemos que tanto el término sordera como hipoacusia como discapacidad auditiva se utilizan como sinónimos para hacer referencia tanto a pérdidas auditivas leves como profundas (Moreno Rodríguez, 2000). Fernández Viader (1994) señala que las personas con discapacidad auditiva que se autodenominan sordas, son aquellas que no son capaces de captar el sonido ni entender el habla, lo que no impide que no sean capaces de comunicarse ni expresarse mediante un lenguaje.

Por otro lado, aunque hoy en día el término sordomudez resulte inadecuado, se sigue utilizando en manuales de otorrinolaringología perpetuando así la imagen negativa que se tiene de las personas sordas signantes. Tal como recoge la CNSE (Confederación Nacional de Personas Sordas), tradicionalmente se pensaba que una persona sorda «aparentemente» era incapaz de comunicarse con los demás. No es así ya que pueden comunicarse a través de la lengua de signos y también de la lengua oral (en su modalidad escrita, hablada y cada cual en función de sus habilidades).

**Clasificación de la sordera.** La sordera se puede clasificar<sup>1</sup> dependiendo de varios factores:

▪ **Según su localización**

- *Sordera conductiva o de transmisión:* el problema se localiza en el oído externo y en el oído medio. No suelen afectar a la calidad de la audición, ya que sólo producen déficits auditivos cuantitativos. En principio son trastornos transitorios que con tratamiento farmacológico o quirúrgico mejoran.
- *Neurosensorial o de percepción:* se producen por lesiones cocleares o disfunciones que afectan el oído interno. También puede estar afectado el laberinto por las fibras nerviosas que conducen el mensaje acústico (VIII par craneal). Es una afectación auditiva de mayor importancia, pudiendo llegar a ser irreversible.
- *Central:* este tipo de lesiones se localiza en los mecanismos de recepción y de procesamiento del estímulo auditivo debido, generalmente, a una lesión a nivel cerebral. A esta alteración se la denomina agnosia auditiva, que es la incapacidad para el reconocimiento de sonidos o de palabras teniendo la persona una función auditiva normal. El origen suele ser casi siempre vascular, y más raramente tumoral o traumático. Es frecuente que este tipo de deficiencias auditivas vaya acompañado de otros déficits o dificultades que también produce la lesión cerebral, ya sean motoras o de otra índole, como afasias o disartrias.
- *Mixtas o combinadas:* serían las producidas por la suma de las conductivas o de transmisión y las neurosensoriales o de percepción. Combinan tanto el problema de transmisión como de percepción. Estas sorderas, por lo tanto, pueden ser debidas a lesiones, tanto del oído externo, medio como interno.

- **Según su grado de pérdida auditiva:** Se sigue la clasificación propuesta por el Bureau International d'Audiophonologie (BIAP) en 1997. Esta escala auditiva clasifica las sorderas en grupos según la media de las pérdidas en las frecuencias de 500 Hz, 1.000 Hz y 4.000 Hz. El grado de las pérdidas se mide en decibelios (dB), la cual es una escala logarítmica, por lo tanto los intervalos no son homogéneos.

---

<sup>1</sup>Se han consultado diversos manuales médicos y especializados como Basterra Alegría (2009), Peña-Casanova (2014), Suárez-Nieto et al. (2009)

- *Audición infranormal*: la pérdida tonal media no sobrepasa 20 dB. Se trata eventualmente de una pérdida tonal ligera sin incidencia social.
  - *Deficiencia auditiva ligera*: cuando la pérdida tonal media se sitúa entre 21-40 dB. Pasan desapercibidas en condiciones normales. El habla con voz normal es percibida, sin embargo se percibe difícilmente con voz baja o lejana. La mayoría de los ruidos familiares son percibidos.
  - *Deficiencia auditiva mediana*: entre 41-70 dB. A medida que el umbral medio se va acercando a los 70 dB, las dificultades auditivas aumentan. El habla es percibida si se eleva un poco la voz. El sujeto entiende mejor si mira cuando le hablan. Se perciben aún algunos ruidos familiares.
  - *Deficiencia auditiva severa*: entre 71-90 dB. El habla es percibida con voz fuerte cerca del oído. Los ruidos fuertes son percibidos.
  - *Deficiencia auditiva profunda*: > 91 dB. A partir de entre 111 y 119 dB, no hay ninguna percepción de la palabra y sólo los ruidos muy potentes son percibidos.
  - *Cofosis*: pérdida total de la audición, > 120 dB.
- **Según el momento de aparición**: según el momento en que se produce esa pérdida auditiva en función de la adquisición o no del lenguaje oral por parte de la persona afectada. Hay varios tipos.
- *Sordera prelocutiva*: cuando se produce antes de la adquisición del lenguaje oral antes de los 2 años.
  - *Sordera perilocutiva*: se adquiere cuando el niño sabe hablar pero no leer, entre los 2 y 4 años.
  - *Sordera postlocutiva*: se presenta después de haber aprendido la lengua oral, a partir de los 5 años.

**Etiología de la sordera.** Las causas de las deficiencias auditivas suelen ser diversas. Los factores que pueden actuar como noxa afectando la audición son bien conocidos; sin embargo, no siempre resulta sencillo dilucidar la causa exacta del déficit. Las causas que producen déficit auditivo pueden agruparse, según el momento de presentación, en prenatales, perinatales y posnatales.

- **Causas prenatales**: Las hipoacusias de origen prenatal, ya sean conductivas o neurosensoriales, pueden clasificarse en genéticas o adquiridas.

- *Anomalías genéticas:* Alrededor del 50 % de las hipoacusias prenatales pueden atribuirse a factores genéticos. El 80 % de ellas presentan un patrón de herencia autosómico recesivo, el 18 % un patrón autosómico dominante y el 2 % restante de los casos un tipo de herencia recesivo ligado al cromosoma X. No necesariamente se manifiesta en el momento de nacer, puede acontecer en la infancia o a lo largo de la vida. Por otra parte, las hipoacusias genéticas pueden hallarse de forma aislada o asociada a otras alteraciones.
  - *Causas prenatales adquiridas:* producidas por agresiones que se producen en el feto como consecuencia de infecciones, parásitos, tóxicos, anoxias, etc.
- **Causas perinatales:** la lesión acontece en el momento del parto y las causas más frecuentes se deben a la prematuridad, anoxia y trauma obstétrico. Las deficiencias auditivas producidas por estas causas suelen ser de tipo neurosensorial bilateral de grado severo o profundo.
  - **Causas posnatales:** se incluyen todas aquellas de origen adquirido y de aparición posterior al período neonatal. Existen múltiples causas, las más importantes podrían ser: por obstrucción del conducto auditivo (tapones de cera, objetos extraños, inflamación, etc.) o bien tubáricas (Trompa de Eustaquio), etc.; alteraciones óseas; alteraciones vasculares del oído interno; traumatismos; intoxicaciones por ototóxicos (pérdida auditiva en función de la toxicidad, dosis administrada, duración del tratamiento y predisposición personal); infecciones generales (meningitis, sarampión (en desaparición) y parotiditis); neurinoma (tumor que afecta al nervio auditivo); lesiones corticales o del tronco encefálico (por compresión tumoral o fenómenos vasculares).

Asimismo, en la literatura se describen tres causas más:

- **Sordera asociada a síndromes,** ya sean hereditarios, congénitos, o de posterior aparición.
- **El ruido:** la exposición al ruido excesivo, por ejemplo en entornos laborales en los que se trabaja con maquinaria ruidosa o durante actividades recreativas, como el uso de aparatos de audio personales a un volumen elevado durante períodos prolongados de tiempo, o en bares, discotecas, conciertos y acontecimientos deportivos (Organización Mundial de la Salud, 2018)



- **Presbiacusia:** sordera asociada al envejecimiento de la persona. Se considera que es una alteración de origen degenerativo, que comporta una pérdida gradual, conforme la persona envejece, y que sobre todo afecta a sonidos de alta frecuencia (agudos).

**Repercusiones de la sordera en el desarrollo de la persona.** El ámbito de la discapacidad auditiva es un mundo complejo, caracterizado por la diversidad. No todas las pérdidas de audición son iguales ni todas provocan repercusiones de igual naturaleza.

Se ha investigado ampliamente sobre las repercusiones que tiene la sordera en el desarrollo personal. Estos efectos tendrán mayor o menor impacto en la persona en función de una serie de factores como pueden ser (Villalba Pérez, 2013):

- La edad en la que aparece la pérdida auditiva, relacionándola con la adquisición o no de competencia en la lengua oral.
- La etiología de la sordera.
- El grado de sordera (intensidad de la pérdida).
- El nivel intelectual de la persona y la educación recibida.
- La presencia o no de otras dificultades y/o discapacidades que pueda tener la persona (Por ejemplo, sordoceguera o autismo).
- Inclusión y adaptación de ayudas técnicas, como son los audífonos, implantes cocleares, etc. así como la edad a la que empezaron a ser utilizados.
- Condiciones y capacidades socioeconómicas.

Dependiendo de estas características, se puede hacer mención a diversas consecuencias en varios ámbitos del desarrollo (Organización Mundial de la Salud, 2018).

**Consecuencias funcionales.** Una de las principales consecuencias de la sordera es la limitación de la persona para comunicarse con los demás. Las personas afectadas suelen tener mayores índices de fracaso escolar y necesitan más asistencia educativa. Para la obtención de unos buenos resultados de aprendizaje, es importante que los niños tengan acceso a unos ajustes técnicos y pedagógicos adecuados, los cuales no siempre están disponibles.

**Consecuencias sociales y emocionales.** Estos problemas de comunicación pueden dar lugar a importantes alteraciones en la vida cotidiana y generar sensación de soledad, aislamiento y frustración, sobre todo en las personas mayores que padecen pérdida de audición.

***Consecuencias económicas.*** Se calcula que los casos desatendidos de pérdida de audición suponen un coste mundial anual de 750.000 millones de Dólares. Esta cifra incluye los costes del sector sanitario (excluyendo el coste de ayudas técnicas), los costes del apoyo educativo, la pérdida de productividad y los costes sociales.

La mejora del acceso a la educación y a los servicios de rehabilitación audiológica y logopédica, así como la sensibilización de los empresarios acerca de las necesidades de las personas sordas, permitirá reducir las tasas de desempleo de este colectivo.

Por otro lado, autores como Villalba Pérez (2013), realiza otro tipo de clasificación, hablando de repercusiones motoras y sensoriales, por un lado, y cognitivas y sociales por otro, centrando la atención de los efectos en la población infantojuvenil.

### **Acceso de las personas sordas al sistema de salud**

Tal como comenta Gulliford et al. (2002), el acceso a la salud es un tema amplio que se debate regularmente dentro de la comunidad sorda. Implica el acceso a la comunicación, la información, la educación y la cultura, así como el acceso a los servicios, incluidos los servicios de salud.

Pérez Bueno (2006) señala que, en España el derecho a la atención sanitaria, es un derecho del que se pueden beneficiar tanto personas con o sin discapacidad. A pesar de ello, en lo que hace referencia a la interacción de las personas con discapacidad con el sistema de salud se puede observar que estas tienen una serie de necesidades y demandas que son particulares. Demandas, que no siempre encuentran la mejor y más satisfactoria atención por parte del sistema sanitario (Melville, 2005; Pérez Bueno, 2006).

En el caso concreto de la Comunidad Sorda, se observa que las necesidades como colectivo específico y las demandas efectuadas por los organismos que las representan, en múltiples ocasiones no encuentran respuesta por parte del sistema de salud. Este sistema, al igual que la sociedad en general, se encuentra concebido, diseñado, proyectado y ejecutado, como bien apunta Pérez Bueno (2006), en función del patrón del/la ciudadano/a «normal». Este hecho creará toda una serie de barreras en el acceso tanto en la población con déficit auditivo como en la Comunidad Sorda al sistema de salud.

La invisibilidad social en la cual viven inmersas las personas sordas, se ve también reflejada en la atención que los servicios de salud les prestan como colectivo específico. Esta atención hace referencia tanto: a la adaptación de los servicios a las necesidades específicas del colectivo; a la formación específica de los profesionales de la salud sobre la sordera y personas sordas; a la información que se elabora desde los organismos gubernamentales, administraciones locales, centros de salud y hospitales

sobre aspectos relacionados con la salud y enfermedad; aspectos organizativos del sistema de salud así como aspectos relacionados con el conocimiento en salud que tienen las personas sordas; etc (Kuenburg, Fellingner & Fellingner, 2016). Esta situación, además, se traduce en una afectación negativa sobre la salud de estas personas, así como en la insatisfacción que sienten con el propio sistema.

Estas inequidades o desigualdades que se dan en el sistema de salud, a la vez que injustas y evitables, pueden ser explicadas en parte por los determinantes sociales de salud (DSS), que según la Organización Mundial de la Salud (s.f.) son «las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas». Sin embargo, acorde a la evolución conceptual y de comprensión de la discapacidad, resulta importante actualizar los DSS por sus amplias implicaciones en la ejecución de intervenciones de salud en la población. Autores como Tamayo, Besoain y Rebolledo (2018) apuestan por la incorporación de la discapacidad en el modelo como un determinante estructural, promoviendo un espacio relevante para el diseño y la aplicación de políticas públicas con el fin de mejorar las condiciones de la población y contribuir a la equidad social.

Otros autores como Hatzenbuehler, Phelan y Link (2013) consideran la inclusión del estigma como un nuevo DSS. Ellos apuntan, que si el estigma es una fuente significativa de estrés y desventaja social, se podría esperar que tenga efectos importantes en la salud de la población, similares a otros factores sociales, como el estatus socioeconómico, las relaciones personales (apoyo social), etc.

**Barreras.** Existen toda una serie de barreras con las que se encuentra la persona con sordera en el acceso y utilización de los servicios de salud. Barreras que generan toda una serie de dificultades que suponen todo un conjunto de inconvenientes para que puedan disfrutar de una convivencia plena (y sana) y participativa. Barreras generadas por la no adecuación del sistema de salud y sus servicios a la diversidad de los/as usuarios/as<sup>2</sup>, ya que se encuentran diseñados bajo el estándar de «normalidad», omitiendo las necesidades específicas de, por ejemplo, la Comunidad Sorda. Pero, además, el sistema de salud a pesar de las convenciones internacionales (como la CDPD) y las legislaciones estatales, no percibe a las personas con discapacidad como usuarios/as cualificados, además de no saber cómo abordar la atención con dicho colectivo, resultando ser un elemento «perturbador» para el sistema (Pérez Bueno, 2006).

---

<sup>2</sup>Usuarios/as, que no pacientes. También acude gente sana a un hospital. Esta afirmación que parece una perogrullada, en el ámbito sanitario es común tratar a pacientes sanos y enfermos por igual, normalmente con cierto aire *paternalista*.

Con el fin de eliminar o minimizar las barreras que las personas con discapacidad se encuentran en su vida diaria, que no les permiten participar en igualdad de condiciones al resto de la ciudadanía, los Estados establecen marcos legislativos también de acuerdo con los tratados internacionales.

En el España existen diversas leyes y normativas que regulan tanto la accesibilidad, como los derechos y la inclusión social de las personas con discapacidad. Pero además, también existen otras leyes que regulan no sólo el uso de las lenguas de signos, sino también los medios de soporte a la comunicación de las personas con sordera o sordoceguera<sup>3</sup>.

A pesar de toda la legislación vigente actualmente, las personas con sordera continúan encontrándose con toda una serie de barreras derivadas del no cumplimiento de leyes.

Las personas con sordera (en todas sus variantes), a diario se encuentran con multitud de obstáculos, siendo el acceso a la información un ejemplo de privación de un derecho fundamental, ya que este acceso no se produce en las mismas condiciones de igualdad que en la sociedad oyente mayoritaria.

El acceso a la información resulta indispensable para disfrutar de una plena ciudadanía. Este acceso transcurre de manera fluida en la sociedad oyente, la cual se encuentra inmersa en un mundo sonoro, a través del que accede a la información, ya sea auditiva o escrita, siendo en múltiples ocasiones una actividad totalmente pasiva o circunstancial, ya sea en conversaciones, escuchando la radio, TV, megafonía, etc. A toda esta información incidental tampoco tiene acceso la persona Sorda.

En el ámbito de los servicios de salud, una persona sorda se puede encontrar con problemas a la hora de pedir una cita (cita que normalmente es telefónica, con la inclusión hoy en día de cita *online* y confirmación de las mismas mediante «SMS»); mientras esperan ser atendidos en la sala de espera (los pacientes y usuarios son normalmente llamados por su nombre en voz alta); en la propia consulta, donde puede no encontrarse con servicio de intérprete o un profesional sanitario que no sepa tratar con una persona sorda; en los servicios de urgencias/emergencias pre/hospitalarias, ya sea a la hora de llamar (llamada a emergencias, -112-) o en el propio hospital, centro de salud o ambulancia para explicar qué le sucede; en caso de aviso de emergencia por parte de las autoridades en caso de catástrofes o desastres naturales, ataques terroristas, etc. (Rodríguez Martín, 2016).

---

<sup>3</sup>Estas leyes son la Ley 27/2007, de 23 de octubre, *por la que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas* y el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, *por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social*.

Las personas sordas, al contrario que la sociedad oyente, ha de realizar un esfuerzo muy superior para poder acceder a toda esta información que fluye en la sociedad. Así, las noticias de la televisión, la radio, la prensa escrita, etc. en la mayoría de las ocasiones aportan una información muy escasa a las personas Sordas. La incorporación de las nuevas tecnologías, el subtitulado, así como la interpretación en lengua de signos han mejorado esta situación, pero aún resulta escasa. Multitud de estudios apuntan que los pacientes sordos encuentran graves barreras de comunicación cuando acceden a los servicios de salud. (Alexander, Ladd & Powell, 2012; Iezzoni, O'Day, Killeen & Harker, 2004; Kuenburg et al. 2016; Meador & Zazove, 2005; Ringham, 2013; Steinberg, Barnett, Meador, Wiggins & Zazove, 2006; Zazove et al. 1993). Diferentes factores interpersonales, incluida la falta de pensamiento independiente, la sobreprotección, la actitud no cuestionadora y la falta de comunicación familiar están relacionados con los problemas de comunicación de una manera que dificultan aún más el acceso a los servicios de atención médica en Sudáfrica (Kritzinger, Schneider, Swartz & Braathen, 2014). Un estudio en los Estados Unidos encontró que la mala comunicación se produce frecuentemente entre los pacientes y sus proveedores de atención médica, lo que lleva a malentendidos en aspectos diagnósticos y/o terapéuticos (Scheier, 2009). El contacto con los servicios de emergencia ha sido un desafío para las personas sordas durante muchos años. En Israel, las necesidades de las personas sordas en situaciones de emergencia son en gran medida desconocidas (Tannenbaum-Baruchi, Feder-Bubis, Adini & Aharonson-Daniel, 2014). La frase "reunión de dos mundos" ilustra los desafíos que diferentes perspectivas arraigadas en diferentes culturas pueden causar en el sistema de atención de la salud si la diversidad no se aborda adecuadamente (Harmer, 1999). La literatura muestra que los pacientes con problemas auditivos destacan una menor satisfacción con la calidad y el acceso a la atención médica que los otros usuarios (Iezzoni, Davis, Soukup & O'Day, 2002). Por último, un estudio relativamente reciente, apunta que los usuarios de Lengua de Signos Americana (ASL) que acuden a profesionales de la salud que conocen la lengua de signos, tienen un mayor y mejor uso de servicios preventivos de salud (McKee, Barnett, Block & Pearson, 2011).

Dentro de los retos clave a los que se enfrentan las personas sordas para acceder a una atención médica adecuada, se encuentra la carencia de conocimientos en salud de las personas sordas (Kuenburg et al. 2016; Naseribooriabadi, Sadoughi & Sheikhtaheri, 2017). En España, los programas de promoción de la salud no llegan a las comunidades de personas sordas (Muñoz-Baell, Alvarez-Dardet, Ruiz, Ferreiro-Lago & Aroca-Fernandez, 2008). Un estudio con una muestra de participan-

tes sordos con una buena cualificación académica, señaló una baja alfabetización en salud. Concluye que la población general de personas sordas sufre un riesgo mayor de tener problemas de salud asociados con esta baja alfabetización sanitaria (Pollard & Barnett, 2009).

En cuanto a la prevención y tratamiento de patologías con una alta prevalencia como son las cardiovasculares, es fundamental que la ciudadanía esté bien informada sobre las mismas (infartos, ictus, etc.), incluyendo sus factores de riesgo, señales de alerta y qué hacer ante ellos, como por ejemplo el aviso a emergencias (McKee, Schlehofer et al. 2011; Patel et al. 2011). Asimismo, se dan lagunas, conceptos erróneos y mala prevención en enfermedades como el cáncer de mama debido a necesidades insatisfechas de información (Berman et al. 2013), así como en prevención y conocimientos del problema de VIH/SIDA (Bat-Chava, Martin & Kosciw, 2005) y salud mental (Fellinger, Holzinger & Pollard, 2012).

Por otro lado, además de los problemas que las personas sordas puedan tener a la hora de acceder a la información, la comunicación con los profesionales de salud supone un gran obstáculo. Obstáculo que afecta al acceso al sistema de salud, ya que se presentará en cualquier interacción que la persona sorda tenga con el sistema o servicios de salud (Rodríguez Martín, 2016). Los profesionales sanitarios, por lo general, no están entrenados para comunicarse o bien para proporcionar una adecuada educación sanitaria a través de medios no verbales (Harmer, 1999), mayoritariamente, por el hecho de no tener un contacto frecuente con población sorda (Alexander et al. 2012). De forma generalizada, los profesionales sanitarios no conocen bien las barreras que se producen en la comunicación con una persona sorda. En este sentido, tienen ideas falsas o mitos acerca de la comunicación mediante notas y lectura labial, pensando que todas las personas sordas pueden comunicarse a través de estos métodos (Harmer, 1999; Iezzoni et al. 2004; Kritzinger et al. 2014; Shakespeare, Iezzoni & Groce, 2009).

A su vez, Najman et al. (1982, citado en Harmer (1999)), Donaldson (1980, citado en Harmer (1999)), entre otros apuntan que las actitudes hacia las personas con discapacidad del alumnado de ciencias de la salud pueden modificarse de manera positiva si durante el grado han recibido formación sobre discapacidad. Es por ello que Harmer (1999) sostiene que la formación de estos futuros profesionales es esencial para empezar a mejorar las prestaciones de servicios sanitarios a las personas con sordera.

**Facilitadores.** En cuanto a los aspectos facilitadores, la literatura coincide en gran medida en señalar varios aspectos fundamentales que mejorarían el acceso a la salud por parte de las personas sordas. Se podrían englobar en tres grandes puntos: la

adecuación/accesibilidad de los materiales divulgativos e informativos con respecto a la salud; la adecuación/accesibilidad de los servicios de salud; y conocimientos y actitudes positivas de los/as profesionales de la salud.

Por un lado, la adecuación/accesibilidad de los materiales tanto divulgativos como informativos respecto a aspectos de salud/sanidad (creación de folletos, campañas publicitarias, etc.) (Pollard, Dean, O’Hearn & Haynes, 2009). Por otro lado, la adecuación del entorno físico, así como la disponibilidad de elementos necesarios para favorecer una comunicación y acceso a la información adecuados entre profesionales y personas sordas, ya sea adaptando sistemas de megafonía a sistemas visuales, instalación de equipos de FM y bucle magnético (Figura 2) o la video-interpretación<sup>4</sup>.



*Figura 2.* Símbolo que indica que el recinto cuenta con bucle magnético

En cuanto a los servicios de interpretación en lengua de signos, estos en la mayoría de casos no son ofertados por los propios centros sanitarios, sino por el tejido asociativo, sin embargo, los autores lo señalan como un elemento angular en la mejora del acceso a la salud de las personas sordas (Iezzoni et al. 2004; Kuenburg et al. 2016; Muñoz-Baell et al. 2011; Naseribooriabadi et al. 2017; Pérez Bueno, 2006).

Que los profesionales sanitarios tengan conocimientos sobre la sordera y la comunidad sorda, sus repercusiones sobre la persona y sobre la lengua de signos puede ser un factor favorecedor para fomentar actitudes positivas hacia las personas sordas (oralisas o signistas). Como se comentó anteriormente, la mejora de las actitudes hacia la comunidad sorda por parte de los proveedores de salud, especialmente si son estudiantes, puede mejorar la asistencia sanitaria de los pacientes sordos. La legislación española (a diferencia de otras) no menciona que los profesionales sanitarios deban aprender lengua de signos para atender a las personas sordas signistas. A pesar de ello, diversas propuestas surgidas de los propios gremios profesionales se han materializado en cursos de formación sobre atención sanitaria a personas sordas signistas y lengua de signos. Otras iniciativas también llevadas a cabo desde los profesionales sanitarios y en colaboración con las asociaciones de sordos, son las

<sup>4</sup>Servicio que oferta la CNSE mediante la plataforma Svisual (<http://www.svisual.org/>)

conferencias o charlas sobre aspectos relacionados con la asistencia y las personas sordas signistas (Rodríguez Martín, 2016).

En resumen, satisfacer las necesidades de salud de las personas sordas y promover su estado de salud implica aumentar las situaciones incidentales de aprendizaje de salud, proporcionar servicios de intérprete de lenguaje de signos, desarrollar programas educativos adaptados para sordos y capacitar a los profesionales sanitarios sobre las necesidades de salud de las personas sordas.

Dada la importancia que tiene la formación sobre los profesionales sanitarios acerca de las personas sordas y su comunidad y la importancia que esto conlleva en el trato a estas personas y el acceso a la salud, el objetivo de este trabajo es evaluar las opiniones que tienen los estudiantes de ciencias de la salud respecto a la población sorda e identificar qué factores influyen en estas opiniones mediante la elaboración de un cuestionario a tal efecto.



## 2. Método

### Participantes

En este estudio participaron voluntariamente 152 estudiantes de todos los cursos de carreras de ciencias de la salud de la Universidad de La Laguna, (psicología, enfermería, medicina, logopedia y fisioterapia) a excepción de farmacia, al no obtener sino una respuesta por parte de los estudiantes y al considerarla el menos asistencial de los estudios. 23 hombres y 129 mujeres, con una media de edad de 20.86 años (desviación típica 2.24). Los participantes fueron reclutados mediante el envío por *WhatsApp* de un mensaje con un enlace a un formulario de *Google Drive* con la encuesta que realizaron. Se distribuyó mediante los grupos de sus diferentes cursos contactando con el/la delegado/a de la clase que reenvió el enlace. Se comenzó a enviar el día 3 de mayo de 2018 y estuvo disponible para su respuesta durante una semana (hasta el 10 de mayo). En ese periodo, los participantes pudieron completar la respuesta cuando quisieran y en el momento más adecuado para ellos, ya fuera desde su PC o teléfono móvil (lo cual ayudó al reclutamiento de más participantes).

### Materiales

Con el fin de llevar a cabo una investigación sobre las actitudes de estudiantes de ciencias de la salud hacia la sordera y la población sorda, se implementó el uso de una encuesta. Se utilizó una adaptación del instrumento desarrollado por Berkay, Gardner y Smith (1995) llamada 'Escala de opiniones sobre personas sordas' (EOPS), con algunas modificaciones para incluir algunas variables demográficas y de clasificación de la muestra como la edad, carrera, curso y nivel de experiencia con personas sordas del participante. Esta encuesta en particular fue elegida porque fue diseñada específicamente para medir las actitudes de las personas adultas oyentes hacia los adultos sordos. Esta encuesta incluso se probó con estudiantes universitarios (Thrash, 2012), la misma población estudiada en este proyecto, aunque aquí nos centramos en una «sub-población» en concreto. Una copia de esta encuesta se puede encontrar en el Apéndice A.

**Puntuaciones totales.** Hay 25 ítems en esta escala, que valen de uno a cuatro puntos cada uno. Como esta es una escala sumativa, la puntuación de cada sujeto puede calcularse sumando los puntos para los 25 elementos. El rango posible de puntos es de 25 a 100. Una puntuación baja refleja una actitud negativa sobre las capacidades de los adultos sordos, mientras que una puntuación alta refleja una actitud positiva. No hay puntos de corte. Las puntuaciones deben considerarse como indicadores de grados positivos o negativos en relación con los puntos totales posi-

bles. Los resultados por debajo de la puntuación media de 63 se inclinan hacia las creencias de capacidad desigual, mientras que aquellos por encima de 63 tienden a creencias de capacidad igual.

***Enunciados positivos y negativos.*** Hay 9 elementos declarados de manera positiva y 16 artículos declarados negativamente. El acuerdo con una declaración positiva o desacuerdo con una declaración negativa refleja una actitud positiva hacia las capacidades de los adultos sordos. Los ítems positivos y negativos se dispersaron aleatoriamente en toda la escala.

*Enunciados positivos (+).* Se deben asignar los siguientes puntos para las declaraciones positivas: Totalmente de acuerdo-4, de acuerdo-3, en desacuerdo-2, totalmente en desacuerdo-4. Los siguientes elementos son afirmaciones positivas: 1, 2, 3, 6, 8, 12, 14, 17 y 25.

*Enunciados negativos (-).* Para las afirmaciones negativas, la escala de Likert debe invertirse para asignar los siguientes puntos: Totalmente de acuerdo-1, de acuerdo-2, en desacuerdo-3, Muy en desacuerdo-4. Los siguientes elementos son declaraciones negativas: 4, 5, 7, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23 y 24.

## Diseño

El estudio cumple un diseño observacional de corte transversal. El tipo de muestreo es no probabilístico de conveniencia. Las variables manipuladas son, en primer lugar y como variable dependiente, la **puntuación total** de la encuesta que resulta del sumatorio de los 25 ítems atendiendo a los criterios de «positividad» o «negatividad» expuestos en el punto anterior. Las variables que se toman como factores o variables independientes son la **carrera** que se estudia, el **curso** al que se pertenece (de primero a sexto), si el estudiante ha tenido **contacto** o no con alguna persona sorda (sí o no) y por último, la **frecuencia** del contacto (esporádica, frecuente, habitual o casi permanente). Por último, se recogieron **sexo**, **edad** y **razón del contacto**, pero que no fueron analizadas estadísticamente, tan solo se utilizaron para contextualizar la muestra.

## Procedimiento

En cuanto al procedimiento, los estudiantes contestaron a la encuesta conforme fueron compartidas por los grupos de *WhatsApp* de sus respectivos cursos, previo contacto con los delegados de todas las carreras y cursos, a excepción de farmacia, a los que se les solicitó la participación y difusión de la encuesta con fines académicos para la realización de este trabajo.

La encuesta constaba de dos secciones. La primera, donde se explicaba la finalidad de la misma y se recogían las variables sociodemográficas. A continuación y una vez que estos datos fueron recogidos, el participante accedía al cuestionario propiamente. Se le proporcionaron las siguientes instrucciones previa contesta de las preguntas:

**Tu tarea consiste en opinar si estás de acuerdo o no con cada una de las frases que se te van a presentar, teniendo en cuenta que:**

- a) No existen respuestas buenas o malas; cada opción indica simplemente una forma diferente de pensar.
- b) Procura contestar a todas las frases, incluso a aquellas que no se ajusten a sus circunstancias concretas.
- c) En caso de duda entre varias opciones, señala aquella que se acerque más a tu forma de pensar.
- d) Lee con atención cada frase, pero no te detengas demasiado en señalar su respuesta.
- e) Contesta con sinceridad. El cuestionario es totalmente confidencial y anónimo.

### 3. Resultados

En este estudio, se buscó responder a las preguntas: ¿Cuáles son las actitudes hacia la sordera de los estudiantes universitarios de ciencias de la salud? ¿Esas actitudes se desvían entre estudios y/o curso? ¿Influye que hayan contactado alguna vez con una persona sorda en esas actitudes? ¿y la frecuencia del contacto?

*Google Drive* recopila las respuestas de las encuestas completadas automáticamente en un archivo *Excel*. Una vez cerrado el periodo de respuesta, se calcularon los estadísticos utilizando el programa informático SPSS v.24 (Paquete estadístico para las ciencias sociales). Este programa calculó la puntuación de cada individuo. También calculó la puntuación media para los factores carrera, curso, contacto y frecuencia. Posteriormente, se utilizó un análisis ANOVA (Análisis de Varianza) que determinó si las diferencias de medias entre las carreras, cursos, frecuencias y si había o no contacto eran significativas. También se realizaron pruebas post-hoc adicionales, incluida Bonferroni, que comparó las puntuaciones promedio de los grupos.

Hay que destacar que estamos asumiendo, a efectos analíticos, que nuestra muestra sigue una distribución normal. Esto no ocurre así (se ha realizado paralelamente una prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov) en este caso al ser este estudio una **prueba piloto** y una muestra poco representativa de nuestra población (estudiantes de ciencias de la salud).

La puntuación media para toda la muestra es de 87.86 con una desviación estándar de 6.067. El 54.61% de los participantes había tenido en algún momento contacto con una persona sorda. Las frecuencias en cuanto a curso y frecuencia del contacto se muestran en la tabla 1.

En la tabla 2, se encuentra la puntuación media por cada estudio junto con su desviación y error típicos junto con el intervalo de confianza para el 95%.

Como se muestra en la tabla 2, cada grupo (estudio) obtuvo una puntuación superior a 63, lo que significa que cada grupo tuvo una visión positiva de las personas sordas. En orden de más positivo a menos positivo, los estudios son los siguientes:

1. Logopedia (89.48)
2. Medicina (88.76)
3. *media* (87.86)
4. Fisioterapia (86.82)
5. Psicología (86.33)
6. Enfermería (86.32)

Tabla 1  
*Frecuencias por curso y frecuencia del contacto*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Distintos cursos	5	3,3	3,3	3,3
	Primero	51	33,6	33,6	36,8
	Segundo	30	19,7	19,7	56,6
	Tercero	31	20,4	20,4	77,0
	Cuarto	31	20,4	20,4	97,4
	Quinto	3	2,0	2,0	99,3
	Sexto	1	,7	,7	100,0
Total		152	100,0	100,0	

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Esporádica	55	36,2	66,3	66,3
	Frecuente	13	8,6	15,7	81,9
	Habitual	13	8,6	15,7	97,6
	Casi permanente	2	1,3	2,4	100,0
Total		83	54,6	100,0	
Perdidos	Sistema	69	45,4		
Total		152	100,0		

Tabla 2  
*Estadísticos descriptivos de la puntuación total por cada estudio*

	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media	
					Límite inferior	Límite superior
Enfermería	37	86,32	6,205	1,020	84,26	88,39
Fisioterapia	11	86,82	9,185	2,769	80,65	92,99
Medicina	21	88,76	4,403	,961	86,76	90,77
Logopedia	56	89,48	5,166	,690	88,10	90,87
Psicología	27	86,33	6,639	1,278	83,71	88,96
Total	152	87,86	6,067	,492	86,89	88,83

Después de ejecutar un ANOVA de un factor, se determinó que no había una diferencia estadísticamente significativa en las puntuaciones entre estudios con una  $[F(4,147)=2.29 \text{ p} = .062, \eta_p^2 = .059, 1-\beta = .657]$

Se decide por tanto, la realización de un análisis multifactorial de la varianza mediante un ANOVA multifactorial intergrupo de efecto fijos. Al factor carrera (estudio) se le añaden los factores curso, contacto y frecuencia, por lo que tendremos 15 interacciones. Los resultados se encuentran en la tabla 3.

Tabla 3  
Pruebas de efectos inter-sujetos

Variable dependiente: <b>puntuación</b>								
Origen	Tipo II de suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta parcial al cuadrado	Parámetro de no centralidad	Potencia observada <sup>b</sup>
Modelo corregido	1255,472 <sup>a</sup>	32	39,234	1,612	,064	,508	51,577	,941
Intersección	652468,446	1	652468,446	26804,618	,000	,998	26804,618	1,000
carrera	89,593	4	22,398	,920	,460	,069	3,681	,271
curso	89,092	6	14,849	,610	,721	,068	3,660	,221
contacto	12,800	1	12,800	,526	,472	,010	,526	,110
frecuencia	207,045	3	69,015	2,835	,047	,145	8,506	,646
carrera * curso	336,980	3	112,327	4,615	,006	,217	13,844	,865
carrera * contacto	,000	0	.	.	.	,000	,000	.
carrera * frecuencia	394,046	5	78,809	3,238	,013	,245	16,188	,853
curso * contacto	,000	0	.	.	.	,000	,000	.
curso * frecuencia	264,644	6	44,107	1,812	,116	,179	10,872	,624
contacto * frecuencia	,000	0	.	.	.	,000	,000	.
carrera * curso * contacto	,000	0	.	.	.	,000	,000	.
carrera * curso * frecuencia	,130	1	,130	,005	,942	,000	,005	,051
carrera * contacto * frecuencia	,000	0	.	.	.	,000	,000	.
curso * contacto * frecuencia	,000	0	.	.	.	,000	,000	.
carrera * curso * contacto * frecuencia	,000	0	.	.	.	,000	,000	.
Error	1217,082	50	24,342					
Total	654941,000	83						
Total corregido	2472,554	82						

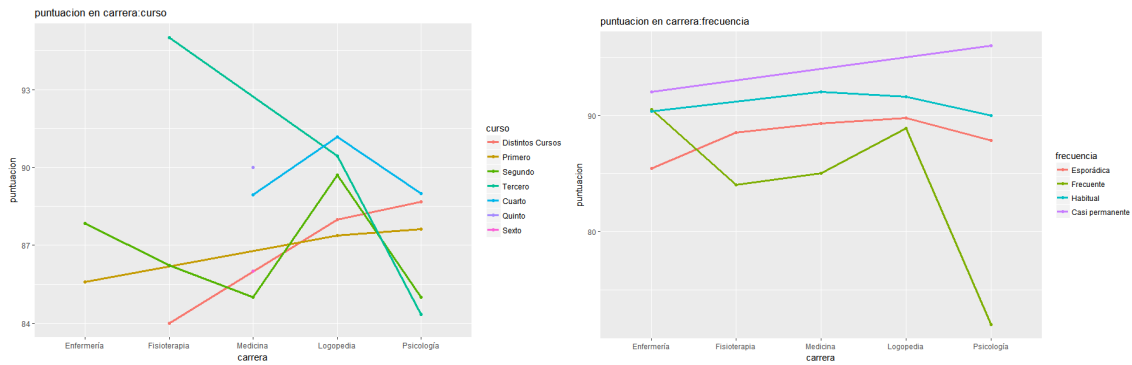
a. R al cuadrado = ,508 (R al cuadrado ajustada = ,193)

b. Se ha calculado utilizando alpha = ,05

Encontramos que hay diferencias significativas para las variables **frecuencia** y la interacción de las variables **carrera\*curso** y **carrera\*frecuencia** con unas puntuaciones F:

- **frecuencia:** [F (3,82)=2.84 p = .047,  $\eta_p^2 = .145$ , 1- $\beta = .646$ ]
- **carrera\*curso:** [F (3,82)=4.62 p = .006,  $\eta_p^2 = .217$ , 1- $\beta = .865$ ]
- **carrera\*frecuencia:** [F (5,82)=3.24 p = .013,  $\eta_p^2 = .245$ , 1- $\beta = .853$ ]

Después de calcular las puntuaciones medias de cada grupo mediante un ANOVA multifactorial y determinar que las medias para los factores e interacciones anteriores tenían una diferencia estadísticamente significativa, se realizaron pruebas adicionales post-hoc, incluida una Bonferroni, que comparó la puntuación de cada uno de los niveles entre sí. La prueba Post-hoc de Bonferroni no muestra una diferencia significativa entre las puntuaciones medias los factores anteriores. Esta diferencia no se considera significativa al tener un nivel  $p > .05$ . Los resultados que muestran la prueba post-hoc de Bonferroni para el factor frecuencia se pueden encontrar en la tabla 4.



(a) Medias para la interacción carrera\*curso (b) Medias para la interacción carrera\*frecuencia

Figura 3. Medias marginales para las interacciones entre variables

Tabla 4

Diferencia de las medias, error estándar, significación estadística e intervalos de confianza del límite superior e inferior para el factor frecuencia

Variable dependiente: <b>puntuación</b>						
Bonferroni						
(I) En caso afirmativo...	(J) En caso afirmativo...	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
Frecuencia del contacto	Frecuencia del contacto				Límite inferior	Límite superior
Esporádica	Frecuente	1,10	1,522	1,000	-3,08	5,28
	Habitual	-2,82	1,522	,417	-7,00	1,36
	Casi permanente	-5,75	3,552	,672	-15,50	4,01
Frecuente	Esporádica	-1,10	1,522	1,000	-5,28	3,08
	Habitual	-3,92	1,935	,288	-9,24	1,39
	Casi permanente	-6,85	3,747	,442	-17,14	3,45
Habitual	Esporádica	2,82	1,522	,417	-1,36	7,00
	Frecuente	3,92	1,935	,288	-1,39	9,24
	Casi permanente	-2,92	3,747	1,000	-13,22	7,37
Casi permanente	Esporádica	5,75	3,552	,672	-4,01	15,50
	Frecuente	6,85	3,747	,442	-3,45	17,14
	Habitual	2,92	3,747	1,000	-7,37	13,22

Se basa en las medias observadas.

El término de error es la media cuadrática(Error) = 24,342.

No se pueden hacer comparaciones entre las medias de las otras dos interacciones debido a que en no todos los factores hay respuestas, es decir, en el caso de carrera\*curso, no hay estudiantes de quinto y sexto en cualquier estudio que no sea medicina, y en el caso de carrera\*frecuencia, no hay respuestas de todas las frecuencias en cada una de las carreras. Se puede ver gráficamente en las figuras 3a y 3b.

#### 4. Discusión

El objetivo de este estudio era conocer las opiniones de estudiantes universitarios de ciencias de la salud y determinar los factores que influyen en esta opinión.

Como se muestra en la sección anterior los datos indican que todos los estudiantes encuestados tienen opiniones positivas hacia las personas sordas con puntuaciones promedio que oscilan entre 86.89 y 88.83, lo cual se estiman puntuaciones altas.

Los resultados también muestran que la carrera (el estudio que se realiza) no influye en la mejora o disminución de esta puntuación, ya que el análisis estadístico no muestra diferencias significativas entre grupos. Lo mismo ocurre con el curso y con el factor contacto. Tan solo se muestran diferencias estadísticamente significativas respecto a la puntuación en función del factor frecuencia. Los datos también apuntan que aquellos estudiantes que tienen o han tenido un contacto más frecuente con personas sordas, tienen mejor puntuación (mejor opinión) en la escala. Asimismo, se muestra que la interacción entre la carrera y el curso, y la carrera y la frecuencia de contacto, explican estadísticamente una mayor o menor puntuación en la escala. Se podría pensar a priori que habría diferencias entre carreras, pero en esta prueba piloto no ha resultado ser así.

De la misma forma, se observa mediante contrastes post-hoc, que las diferencias entre medias anteriormente observadas, no son estadísticamente significativas ni entre carreras ni entre frecuencia de contacto. Sin embargo, se puede dar por cierta la hipótesis de que una mayor frecuencia de contacto con este colectivo, supone una mejor opinión, como muestran estudios similares en población universitaria. (Polo Sanchez, Fernandez Jimenez & Diaz Batanero, 2011).

Estos resultados no significativos pueden venir en parte explicados por la escasa e irregular muestra para una población muy grande (3513 alumnos matriculados en estudios de ciencias de la salud en la Universidad de La Laguna. Gabinete de análisis y planificación) de estudiantes donde no todas las carreras y cursos estuvieron representados. Se debería de adecuar una muestra correctamente representada de todas las carreras, cursos y frecuencias de contacto para obtener unos mejores resultados.

Asimismo, puede estar explicado por la validez y fiabilidad no comprobadas de una escala traducida y adaptada *ad-hoc* para este estudio que sin duda, necesitaría de por sí, una validación adecuada al español para posteriores y más robustos estudios. Sería necesario comprobar qué es una puntuación alta o baja, enfrentando a la muestra estudiada a una muestra control. A la hora de la realización de este estudio había preocupación porque los participantes respondieran a las preguntas de una «manera socialmente deseable» (Berkay et al. 1995, p. 3). Pero, al seguir las instrucciones de los autores, se espera evitar resultados sesgados.



## 5. Conclusiones

Después de haber llevado a cabo este estudio y realizado una revisión del tema en la bibliografía consultada, se pueden extraer una serie de conclusiones.

En primer lugar, es necesaria la inminente mejora en el acceso a la salud de las personas discapacitadas en general y sordas en particular con el fin de cumplan todos los derechos que la sociedad y su convivencia en ella les otorga como al resto de personas sin discapacidad, especialmente con un hecho tan delicado como la salud.

Al mismo tiempo, concienciar y educar a los profesionales sanitarios en cultura de la comunidad sorda para solventar estos problemas. Con ello indirectamente se puede solucionar otro problema como es la falta de conocimientos en salud por parte de la población sorda.

Se hace necesario también la validación de una herramienta en español que mida la percepción y opinión que se tiene sobre las personas sordas, adaptando la escala propuesta por Berkay et al. (1995).

Por otro lado, hay varias posibilidades para una ampliación de la investigación sobre la premisa de este estudio. Una posible vía para futuras investigaciones podría involucrar a los estudiantes de farmacia: mejorando la comunicación y fomentando la participación en el estudio ya no tendría que ser excluida del trabajo y el se podrían comparar las puntuaciones de todos los grupos.

Además, estudios similares podrían llevarse a cabo en varias otras universidades y en otras carreras relacionadas con la discapacidad (trabajo social, magisterio, etc.). Esto proporcionaría información valiosa sobre si la ubicación de las universidades o las diferentes estudios juega o no un papel importante en los resultados de la escala. Asimismo, realizar la investigación con estudiantes de FP (integración social, auxiliar de enfermería, técnicos sociosanitarios, etc.)

Todavía se podría realizar otro estudio incluyendo de niños de todas las edades de primaria, secundaria, bachillerato y adultos jóvenes. Este estudio puede proporcionar información útil sobre cuándo comienzan a desarrollarse las actitudes negativas, proporcionando así información útil sobre cuándo introducir la sordera en los escolares para reducir las opiniones negativas.

Todo ello sin obviar la necesaria traducción, adaptación y validación de la escala en población hispanohablante.

## Referencias

- Alexander, A., Ladd, P. & Powell, S. (2012). Deafness might damage your health. *The Lancet*, 379(9820), 979-981. doi:[10.1016/S0140-6736\(11\)61670-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61670-X)
- Basterra Alegría, J. (2009). *Tratado de otorrinolaringología y patología cervicofacial*. Madrid: Elsevier Masson.
- Bat-Chava, Y., Martin, D. & Kosciw, J. G. (2005). Barriers to HIV/AIDS knowledge and prevention among deaf and hard of hearing people. *AIDS Care*, 17(5), 623-634. doi:[10.1080/09540120412331291751](https://doi.org/10.1080/09540120412331291751)
- Berkay, P. J., Gardner, J. E. & Smith, P. L. (1995). The development of the opinions about deaf people scale: A scale to measure hearing adults' beliefs about the capabilities of deaf adults. *Educational and Psychological Measurement*, 55(1), 105-114. doi:[10.1177/0013164495055001010](https://doi.org/10.1177/0013164495055001010)
- Berman, B. A., Jo, A., Cumberland, W. G., Booth, H., Britt, J., Stern, C., . . . Bastani, R. (2013). Breast cancer knowledge and practices among D/deaf women. *Disability and Health Journal*, 6(4), 303-316. doi:[10.1016/j.dhjo.2013.05.001](https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2013.05.001)
- Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. (2016). Organización de las Naciones Unidas. Recuperado desde <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>
- Fellinger, J., Holzinger, D. & Pollard, R. (2012). Mental health of deaf people. *The Lancet*, 379(9820), 1037-1044. doi:[10.1016/S0140-6736\(11\)61143-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61143-4)
- Fernández Viader, M. d. P. (1994). Dificultades de la Audición. En S. Molina García (Ed.), *Bases psicopedagógicas de la educación especial* (pp. 245-270). Alcoy.
- Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M., Hughes, D., Gibson, B., Beech, R. & Hudson, M. (2002). What does 'access to health care' mean? *Journal of Health Services Research & Policy*, 7(3), 186-188. doi:[10.1258/135581902760082517](https://doi.org/10.1258/135581902760082517)
- Harmer, L. M. (1999). Health care delivery and deaf people: practice, problems, and recommendations for change. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 4(2), 73-110. doi:[10.1093/deafed/4.2.73](https://doi.org/10.1093/deafed/4.2.73)
- Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C. & Link, B. G. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American Journal of Public Health*, 103(5), 813-821. doi:[10.2105/AJPH.2012.301069](https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301069)
- Iezzoni, L. I., Davis, R. B., Soukup, J. & O'Day, B. L. (2002). Satisfaction with quality and access to health care among people with disabling conditions. *International Journal for Quality in Health Care*, 14(5), 369-381. doi:[10.1093/intqhc/14.5.369](https://doi.org/10.1093/intqhc/14.5.369)
- Iezzoni, L. I., O'Day, B. L., Killeen, M. & Harker, H. (2004). Communicating about Health Care: Observations from Persons Who Are Deaf or Hard of Hearing.

- Annals of Internal Medicine*, 140(5), 356-362. doi:[10.7326/0003-4819-140-5-200403020-00011](https://doi.org/10.7326/0003-4819-140-5-200403020-00011)
- Kritzinger, J., Schneider, M., Swartz, L. & Braathen, S. H. (2014). "I just answer 'yes' to everything they say": Access to health care for deaf people in Worcester, South Africa and the politics of exclusion. *Patient Education and Counseling*, 94(3), 379-383. doi:[10.1016/j.pec.2013.12.006](https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.12.006)
- Kuenburg, A., Fellingner, P. & Fellingner, J. (2016). Health Care Access Among Deaf People. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 21(1), 1-10. doi:[10.1093/deafed/env042](https://doi.org/10.1093/deafed/env042)
- McKee, M. M., Barnett, S. L., Block, R. C. & Pearson, T. A. (2011). Impact of Communication on Preventive Services Among Deaf American Sign Language Users. *American Journal of Preventive Medicine*, 41(1), 75-79. doi:[10.1016/j.amepre.2011.03.004](https://doi.org/10.1016/j.amepre.2011.03.004)
- McKee, M. M., Schlehofer, D., Cuculick, J., Starr, M., Smith, S. & Chin, N. P. (2011). Perceptions of cardiovascular health in an underserved community of deaf adults using American Sign Language. *Disability and Health Journal*, 4(3), 192-197. doi:[10.1016/j.dhjo.2011.04.001](https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2011.04.001)
- Meador, H. E. & Zazove, P. (2005). Health Care Interactions with Deaf Culture. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 18(3), 218-222. doi:[10.3122/jabfm.18.3.218](https://doi.org/10.3122/jabfm.18.3.218)
- Melville, C. (2005). Discrimination and health inequalities experienced by disabled people. doi:[10.1111/j.1365-2929.2004.02061.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2004.02061.x)
- Moreno Rodríguez, A. (2000). *La Comunidad Sorda: aspectos psicológicos y sociológicos*. Madrid: CNSE.
- Muñoz-Baell, I. M., Alvarez-Dardet, C., Ruiz, M. T., Ferreiro-Lago, E. & Aroca-Fernandez, E. (2008). Setting the stage for school health-promoting programmes for Deaf children in Spain. *Health Promotion International*, 23(4), 311-327. doi:[10.1093/heapro/dan026](https://doi.org/10.1093/heapro/dan026)
- Muñoz-Baell, I. M., Ruiz-Cantero, M. T., Álvarez-Dardet, C., Ferreiro-Lago, E. & Aroca-Fernández, E. (2011). Comunidades sordas: ¿pacientes o ciudadanas? *Gaceta Sanitaria*, 25(1), 72-78. doi:[10.1016/j.gaceta.2010.09.020](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.09.020)
- Naseribooriabadi, T., Sadoughi, F. & Sheikhtaheri, A. (2017). Barriers and facilitators of health literacy among D/deaf individuals: A review article. *Iranian Journal of Public Health*, 46(11), 1465-1474.
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). Determinantes sociales de la salud. Recuperado desde [http://www.who.int/social%7B%5C\\_%7Ddeterminants/es/](http://www.who.int/social%7B%5C_%7Ddeterminants/es/)

- Organización Mundial de la Salud. (2018). Sordera y pérdida de la audición. Recuperado desde <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de la discapacidad: Orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: CERMI.
- Patel, J. V., Gill, P. S., Chackathayil, J., Ojukwu, H., Stemman, P., Sheldon, L., . . . Hughes, E. A. (2011). Short-Term Effects of Screening for Cardiovascular Risk in the Deaf Community: A Pilot Study. *Cardiology Research and Practice*, 2011, 1-5. doi:10.4061/2011/493546
- Peña-Casanova, J. (2014). *Manual De Logopedia*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Pérez Bueno, L. C. (2006). *Discapacidad y asistencia sanitaria. Propuestas de mejora*. Madrid: Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad - CERMI.
- Pollard, R. Q. & Barnett, S. (2009). Health-Related Vocabulary Knowledge Among Deaf Adults. *Rehabilitation Psychology*, 54(2), 182-185. doi:10.1037/a0015771
- Pollard, R. Q., Dean, R. K., O'Hearn, A. & Haynes, S. L. (2009). Adapting Health Education Material for Deaf Audiences. *Rehabilitation Psychology*, 54(2), 232-238. doi:10.1037/a0015772
- Polo Sanchez, M. T., Fernandez Jimenez, C. & Diaz Batanero, C. (2011). Estudio de las actitudes de estudiantes de Ciencias Sociales y Psicología: relevancia de la información y contacto con personas discapacitadas. *Universitas Psychologica*, 10(1), 113-123. Recuperado desde <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v10n1/v10n1a10.pdf>
- Proyección de la Población de España 2014-2064: Notas de prensa. (2014). *Instituto Nacional de Estadística*, 1-15.
- Ringham, L. (2013). *Access all areas?* Action On Hearing Loss. Recuperado desde <https://www.actiononhearingloss.org.uk/-/media/ahl/documents/research-and-policy/reports/access-to-healthcare-survey-report.pdf>
- Rodríguez Martín, D. (2016). *¿Discapacitado? No, ¡Sordo!* (Tesis doctoral, Universidad Autònoma de Barcelona). Recuperado desde <http://hdl.handle.net/10803/399217>
- Scheier, D. B. (2009). Barriers to health care for people with hearing loss: a review of the literature. *Journal of the New York State Nurses Association*, 40(1), 4-10.

- Shakespeare, T., Iezzoni, L. I. & Groce, N. E. (2009). Disability and the training of health professionals. *The Lancet*, 374(9704), 1815-1816. doi:[10.1016/S0140-6736\(09\)62050-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)62050-X)
- Steinberg, A. G., Barnett, S., Meador, H. E., Wiggins, E. A. & Zazove, P. (2006). Health care system accessibility: Experiences and perceptions of deaf people. *Journal of General Internal Medicine*, 21(3), 260-266. doi:[10.1111/j.1525-1497.2006.00340.x](https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00340.x)
- Suárez-Nieto, C., García, Gil-Carcedo, L. M., Marco Algarra, L., Medina, J. E., Ortega del Álamo, P. & Trinidad Pinedo, J. (2009). *Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Tamayo, M., Besoain, Á. & Rebolledo, J. (2018). Determinantes sociales de la salud y discapacidad: actualizando el modelo de determinación. *Gaceta Sanitaria*, 32(1), 96-100. doi:[10.1016/j.gaceta.2016.12.004](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.12.004)
- Tannenbaum-Baruchi, C., Feder-Bubis, P., Adini, B. & Aharonson-Daniel, L. (2014). Emergency situations and deaf people in Israel: Communication obstacles and recommendations. *Disaster Health*, 2(2), 106-111. doi:[10.4161/21665044.2014.989131](https://doi.org/10.4161/21665044.2014.989131)
- Thrash, A. (2012). *Perceptions of the Deaf among Various University Social Groups* (Tesis doctoral, The University of Southern Mississippi).
- Villalba Pérez, A. (2013). Implicaciones de la sordera: repercusiones en el desarrollo lingüístico, cognitivo, afectivo y social. En C. Jáudenes & I. Patiño (Eds.), *Manual básico de formación especializada sobre discapacidad auditiva* (5.ª ed., Cap. 12, pp. 185-204). Madrid: FIAPAS.
- Zazove, P., Niemann C., L., Gorenflo W., D., Carmack, C., Mehr, D., Coyne C., J. & Antonuccis, T. (1993). The Health Status and Health Care Utilization of Deaf and Hard-of-Hearing Persons. *Archives of Family Medicine*, 2(7), 745-752.

## Apéndice

'Escala de Opinión sobre personas sordas'. Adaptada de Berkay et al. (1995)

		Tot. Des.	Des.	Acu.	Tot. Acu.
1	Las personas sordas conducen con la misma seguridad que las personas oyentes (+)				
2	Una persona sorda puede tener las habilidades de liderazgo necesarias para dirigir una organización o empresa (+)				
3	Es injusto limitar a las personas sordas a trabajos no cualificados y mal pagados (+)				
4	Si un jefe tiene un problema con un empleado sordo, el jefe debe hablar con el intérprete, en lugar de la persona sorda (-)				
5	Es casi imposible para una persona sorda mantenerse al día en el colegio (-)				
6	Un adulto sordo de 18 años es capaz de vivir solo y cuidar de sí mismo (+)				
7	Puede ser frustrante hacer una visita a personas sordas porque no pueden oírte tocar a la puerta de entrada (-)				
8	Una persona sorda puede ser una excelente escritora (+)				
9	Si las personas sordas se esforzaran más por comunicarse, no se sentirían tan discriminadas (-)				
10	Las personas sordas solo deben trabajar en trabajos donde no tengan que comunicarse con otros (-)				
11	Es un error dejar a un bebé solo con una persona sorda, porque no podría escuchar llorar al bebé (-)				
12	Las personas sordas son tan inteligentes como las personas oyentes (+)				
13	Los adultos sordos deben depender de sus padres para tomar decisiones importantes (-)				
14	Si hubiera un incendio, una persona sorda podría salir del edificio sin ayuda de manera segura tan fácilmente como podría una persona oyente (+)				
15	Signar (comunicarse en lengua de signos) no es realmente un lenguaje porque solo se pueden comunicar pensamientos simples (-)				
16	Una persona sorda no puede ir a un restaurante sin una persona oyente, porque no puede pedir sin ayuda (-)				
17	Los adultos sordos pueden comunicarse con sus hijos oyentes (+)				
18	No me preocupa saber cómo puedo comunicarme con una persona sorda porque dudo que me encuentre con alguna a lo largo de mi vida (-)				
19	Las personas sordas solo saben comunicarse en lengua de signos (-)				
20	Todas las personas sordas saben leer los labios (-)				
21	Las personas sordas lo oyen todo si llevan prótesis auditiva (audífono) (-)				
22	Tiendo (o tendería) a tratar a las personas sordas como si fueran niños ya que no me entenderían (-)				
23	Las personas sordas tienen peor salud porque no se comunican bien con el médico (-)				
24	Me negaría a tratar con una persona sorda si no viene acompañada de una persona oyente ya que me resultaría imposible comunicarme con ella (-)				
25	Un profesional sanitario debe estar formado sobre cómo tratar con personas sordas (+)				