



# Universidad Nacional Autónoma de México

## Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**Invisibilidad de minorías lingüísticas en tiempos de pandemia:  
relevancia de la psicoeducación en salud para las personas  
sordas en tiempos de COVID-19**

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A (N)

**Carla Angélica Valencia Mota**

Directora:

Dra. **Yuma Yoaly Pérez Bautista**

Dictaminadores:

Dr. **Isaías Vicente Lugo González**

Dra. **Nélida Padilla Gámez**

Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2023



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Invisibilidad de minorías lingüísticas en tiempos de pandemia: relevancia de la psicoeducación en salud para las personas sordas en tiempos de COVID-19

### **Agradecimientos**

A ti que con tu cariño, una sonrisa y palabras de aliento me has acompañado hasta llegar a este momento. Gracias infinitas, hoy y siempre.

Gracias a Manos Libres, esa Comunidad que me abrazó y me enseñó a comunicarme en el silencio.

Con todo mi amor y respeto, dedicada a la Comunidad Sorda, personas señantes, hispanohablantes y semilingües.

*Nihil de nobis, sine nobis.*

“Nada sobre nosotros, sin nosotros”.

## Contenido

Agradecimientos .....	2
Resumen.....	6
Introducción .....	7
PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO .....	11
CAPÍTULO 1. DISCAPACIDAD AUDITIVA Y LA CULTURA SORDA.....	12
1.1 Modelo médico de la discapacidad .....	13
1.1.1 Aparatos cocleares.....	18
1.1.2 Oralismo .....	22
1.2 Qué significa ser Sordo .....	24
1.2.1 Diversidad lingüística.....	28
1.2.2 Lengua de Señas y Lengua de Señas Mexicana.....	30
1.3 Personas Sordas y Oyentes.....	37
1.4 Cultura Sorda.....	39
CAPÍTULO 2. PANDEMIA POR COVID-19 Y SU IMPACTO EN LA COMUNIDAD SORDA .....	47
2.1 Barreras de acceso a la información.....	50
2.1.1 Medidas de mitigación para la reducción de contagios como barreras de comunicación.....	57
2.2 Barrera para el acceso a los servicios de salud.....	57
2.3 Investigación en redes sociales sobre COVID-19.....	61
SEGUNDA PARTE: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA .....	63
CAPÍTULO 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	64
CAPÍTULO 4. ESTUDIO I: DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN EN REDES SOCIALES EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LA COMUNIDAD SORDA.....	68
4.1 Objetivo General .....	68
4.2 Objetivo Específico .....	68

4.3 Método .....	68
4.3.1 Tipo de estudio .....	68
4.3.2 Recolección de datos .....	68
4.3.3 Unidades de análisis y muestra .....	69
4.3.4 Codificación de datos .....	69
4.3.5 Análisis de datos.....	70
4.3.6 Condiciones éticas del estudio .....	70
4.4. RESULTADOS .....	70
4.4.1 Videos identificados a nivel internacional .....	70
4.4.2 Video con mayor interacción .....	81
4.4.3 Video con menor interacción .....	82
CAPÍTULO 5. ESTUDIO II: ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE LAS EXPERIENCIAS DE INFORMACIÓN SOBRE COVID-19 EN PERSONAS SORDAS MEXICANAS .....	87
5.1 Objetivo General .....	87
5.2 Objetivos Específicos .....	87
5.3 Método .....	87
5.3.1 Tipo de estudio .....	87
5.3.2 Diseño.....	87
5.3.3 Participantes .....	87
Participante 1 (P1) .....	88
Participante 2 (P2) .....	88
5.3.4 Instrumento.....	89
5.3.5 Procedimiento.....	89
5.3.6 Análisis de Datos.....	89
5.3.7 Consideraciones éticas del estudio .....	90
5.4 RESULTADOS .....	90
5.4.1 Principales medios por los que se informaban las personas sordas .....	90
5.4.2 Dificultades a las que se enfrentaron personas sordas durante la pandemia por COVID-19 .....	90
5.4.3 Información sobre la pandemia por COVID-19.....	92

5.4.4 Implicaciones de acceso a la información .....	93
CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FINALES.....	95
Limitaciones .....	99
REFERENCIAS.....	101
ANEXOS .....	114
ANEXO 1. GUÍA DE ENTREVISTA .....	115
ANEXO 2. GUÍA DE ENTREVISTA ADAPTADA.....	117
ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	119
ANEXO 4. TRANSCRIPCIÓN ENTREVISTA DEL PARTICIPANTE 1 .....	121
ANEXO 5. TRANSCRIPCIÓN ENTREVISTA DEL PARTICIPANTE 2.....	138

## Resumen

Las redes sociales se convirtieron en espacios efectivos para la divulgación y promoción de conductas de protección durante la pandemia de COVID-19, por su fácil y rápida difusión, incluso para minorías lingüísticas que tienen problemas para acceder a información que se difunde en medios masivos. La Comunidad Sorda ha sido uno de los principales promotores en la creación de contenido en lengua de señas, aunque no se ha documentado su papel en este periodo.

El objetivo del presente trabajo fue, describir y analizar el contenido sobre COVID-19 y la vacunación en redes sociales y su posible impacto en la población Sorda Mexicana. A través de un estudio mixto, descriptivo. La investigación se realizó en dos etapas, en la primera se efectuó una búsqueda manual sistemática en Facebook®, sobre los videos identificados se registró: el nombre de la institución que elaboró el contenido, información sobre el video, país de origen, tipo de lengua de señas, interacciones y comentarios. En la segunda etapa se llevó a cabo una entrevista semiestructurada a un Sordo señante y un Sordo hispanohablante para poder recabar información de su experiencia en el acceso a la información durante la pandemia por COVID-19.

En la primera parte de la investigación se identificaron 212 videos, las palabras que más resultados arrojaron fueron *Deaf* y *COVID-19*, originarios de 25 países, siete de habla hispana, incluido México con un 15.5%. Los principales difusores fueron el Instituto Nacional de Sordos (INSOR) y la National Association of the Deaf (NAD). El video con más interacciones fue de Chile, sobre información del uso de la mascarilla y el lavado de manos, que había sido solicitada y elaborado por la comunidad. En la segunda fase, los participantes informaron dificultades para comunicarse con las personas al interactuar con cubrebocas, de la incertidumbre y las dificultades de la lengua al acceder a la información.

Los resultados obtenidos se discuten en el marco de la relevancia de la psicoeducación en la población sorda a partir de diseños centrados en los usuarios.

## Introducción

La discapacidad existe en una diversidad de situaciones donde las personas interactúan entre sus dimensiones físicas y/o psíquicas y las características de la sociedad con la que conviven y existen, limitando las actividades y tareas en las que pueden participar (Padilla-Muñoz, 2010). El entorno se ha construido para las personas que viven sin discapacidad, de tal forma que las limitaciones de la población que vive en situación de discapacidad no radican en sus capacidades e interacciones con el entorno, sino en las limitaciones que este ambiente les ofrece. Con ello, se ha fundado una visión sobre la necesidad de que estas personas sean quienes se adapten a lo “normal”, en vez de que lo “normal” se adapte (Ferreira, 2008), sin tomar en cuenta que la normalidad está dada a partir de cada persona, con base en sus antecedentes y experiencias (Velarde, 2012).

Vivir con discapacidad motora, sensorial, psicosocial y/o intelectual se convierte en un estigma, y la sociedad ofrece la única identidad de la carencia, haciendo énfasis en la diferencia; todo esto, sin tomar en cuenta la diversidad existente entre cada uno de estos grupos minoritarios. Tanto es así, que la palabra “discapacitado”, engloba de manera homogénea a todas las diferencias, solamente porque no funcionan como las personas “normales” (Ferreira, 2008).

En este sentido, Fridman (2011) menciona que el concepto de normalidad dependerá de quién lo enuncia y, por tanto, para una persona sorda no puede ser igual; es más, ser sordo es lo normal, es una condición natural y positiva de vida que le caracteriza; convirtiéndose en una identidad social basada en la diversidad.

Padilla-Muñoz (2010) recopila la información que se encuentra en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) emitida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2001, haciendo la diferencia entre deficiencia, discapacidad y minusvalía. La primera hace referencia a la pérdida o la anormalidad de una estructura y/o su función de origen psicológico, fisiológico o anatómico. La discapacidad, en cambio, se establece como la restricción o la falta de la capacidad para realizar determinadas actividades dentro de lo “normal”. Por último, la minusvalía es considerada como la desventaja en la que un individuo, ya sea por una deficiencia o discapacidad, está limitado o impedido a realizar ciertas funciones consideradas “normales” perdiendo la oportunidad de participar en las actividades comunitarias en igualdad de condiciones, es decir, surge de la interacción con los entornos.



Es una situación compleja de difícil medición dado que algunas son momentáneas, pasajeras, adquiridas, congénitas, y dependen si tienen capacidad de rehabilitación y las condiciones específicas de áreas rurales, urbanas, en países desarrollados o en vías de desarrollo (Padilla-Muñoz, 2010), o sea, es un espectro que ofrece una identidad diferente y basada en la diversidad y las experiencias particulares de cada individuo.

Hellen Keller dijo que ser sordo era peor que ser ciego porque la ceguera te aísla de las cosas, pero ser sordo te aleja de las personas (Meador & Zazove, 2005). La exposición social a niños y jóvenes sordos ha incrementado en los últimos veinte años, y consecuentemente nuestro entendimiento de la Cultura Sorda y la inclusividad siguen en desarrollo (Swanwick et al., 2020).

En el Censo Poblacional del 2020, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), estimó 2.9 millones de personas con limitación en la actividad de escuchar en el territorio mexicano. En este sentido, Swanwick et al. (2020) comentan que según la Federación Mundial de Sordos las personas sordas se adentran a un mayor nivel de vulnerabilidad al no contar con información o servicios de salud en su Lengua de Señas. Durante la pandemia por COVID-19, se evidenció la violación a los derechos humanos de las personas sordas mexicanas por el hecho de que se necesitó solicitar la interpretación en las Conferencias Matutinas para contar con información actualizada (Espinosa, 2020), además de la falta de atención médica con apoyo de intérpretes de Lengua de Señas especializados en esta área, el nivel bajo de alfabetización en las personas sordas (Panko et al., 2021), entre otros.

Sin embargo, estos esfuerzos no fueron suficientes para lograr que las personas sordas obtuvieran la evidencia necesaria para protegerse del todo (Swanwick et al., 2020), obteniéndola de otros medios mucho más accesibles, mediante amigos y familiares o tecnologías como el internet y las redes sociales.

Sobre esta misma línea, muchos de los promotores de salud respecto a la pandemia por COVID-19 pertenecían a la Comunidad Sorda, acompañada en su mayoría por centros de atención especializados, quienes lo realizaron a través de las redes sociales (Panko et al., 2021) que se convirtieron en el espacio más seguro para compartir con otros dado el distanciamiento.

De esta forma, cobra relevancia la investigación respecto a las personas y la pandemia por COVID-19, y es importante realizarla en busca de mejorar la psicoeducación en salud que nos sirve como herramienta a los psicólogos para alentar las conductas de protección por parte de la población en los tres niveles de prevención. Se pretende que este trabajo sea un parteaguas que

permita prestar atención a las Comunidades Sordas y a la gran relevancia de sus aportaciones culturales, con la finalidad de trabajar en conjunto, oyentes y sordos para mejorar la calidad de vida de los segundos.

Dentro del siguiente manuscrito, se tiene como finalidad describir y analizar el contenido sobre COVID-19 y la vacunación, en redes sociales y su posible impacto en la población Sorda Mexicana. Por lo que la presente tesis está conformada en dos partes, la primera se integra por el Marco Teórico, dividido en dos capítulos que tienen como objetivo sentar las bases en las que se apoyará la investigación empírica.

En el *Capítulo 1. Discapacidad auditiva y la cultura sorda*, se ponen de manifiesto algunas definiciones de la discapacidad auditiva, acompañadas de diversos modelos de la discapacidad, la atención de índole médica con la que pueden contar las personas sordas, para continuar con el significado de ser Sordo y las características identitarias únicas que giran alrededor de las Lenguas de Señas. Asimismo, en el *Capítulo 2. Pandemia por COVID-19 y su impacto en la Comunidad Sorda*, se resume el origen de la enfermedad y su transmisión a través de los países hasta llegar a México, para luego identificar barreras de acceso a la información en la Comunidad Sorda, así como lo efectos de las medidas de mitigación para evitar contagios sobre las barreras de comunicación para la población sorda, centrándose también en los obstáculos específicos de los servicios de salud.

La segunda parte corresponde a la Investigación Empírica, que se divide a su vez en cuatro capítulos. El *Capítulo 3. Planteamiento del problema*, se realiza un recuento de las acciones de la Psicología como ciencia y la psicoeducación como herramienta, para la atención en salud, también justificando la importancia del presente trabajo.

En el *Capítulo 4. Estudio I. Difusión de Información en Redes Sociales en el contexto de la pandemia de COVID-19 en la Comunidad Sorda*, se presenta la primera parte del estudio que tuvo como propósito describir y analizar el contenido sobre COVID-19 y la vacunación, en redes sociales y su posible impacto en la población Sorda Mexicana.

En el *Capítulo 5. Estudio II: Estudio cualitativo sobre las experiencias de información sobre la COVID-19 en personas sordas mexicanas*, se expone la segunda parte de esta investigación, la cual tuvo como finalidad explorar la experiencia de personas sordas durante la pandemia por COVID-19 respecto a la información compartida en redes sociales.

En *el Capítulo 6. Discusión y conclusiones* se argumentan los alcances del proyecto, y se hacen propuestas con base en evidencia respecto a las necesidades específicas de la población sorda respecto a la atención de salud, especialmente en una pandemia como lo es la de COVID-19.

# **PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO**

## CAPÍTULO 1. DISCAPACIDAD AUDITIVA Y LA CULTURA SORDA

El sentido del oído nos permite, al igual que los otros sentidos, entrar en contacto con el mundo que nos rodea, sin embargo, éste en especial tiene la capacidad de conectarnos con otras personas por medio del lenguaje que aprendemos a través de la imitación. Pérez (2014) menciona que la comunicación humana se lleva a cabo a través de la transmisión de sonidos, por lo cual hemos desarrollado lenguas orales; sin embargo, existe una cierta población que a menudo es ignorada y que tiene severos problemas al realizar esta actividad tan aparentemente sencilla.

En el oído externo se encuentra el pabellón auditivo y el canal auditivo, donde se captan las ondas sonoras y se transfieren al oído medio; el cual está conformado por la membrana timpánica y la cadena de huesecillos (martillo, yunque y estribo) y transmite las vibraciones de las ondas sonoras; por último, el oído interno está formado por la cóclea, encargada de transformar las vibraciones mecánicas en impulsos nerviosos que se emiten a través del octavo par craneal, y el vestíbulo se conforma por tres canales semicirculares y controla el equilibrio (Carrascosa, 2015).

Carrascosa (2015) define a la discapacidad auditiva como la “pérdida o anomalía de la función anatómica y/o fisiológica del sistema auditivo, y tiene su consecuencia inmediata en una discapacidad para oír, lo que implica un déficit en el acceso al lenguaje oral”. Sin embargo, dentro de la pérdida auditiva podemos hacer la diferenciación entre la hipoacusia donde todavía se puede acceder al lenguaje oral, ya sea con o sin ayuda técnica, a través de la audición; por su parte, la sordera impide el acceso al lenguaje oral a través de este medio.

En este sentido, las pérdidas auditivas se pueden clasificar en función de diferentes factores. En primer momento, dependiendo de la parte del oído afectada, existiendo la hipoacusia conductiva (impedimento en el trayecto de las ondas sonoras del oído externo o medio al interno), hipoacusia neurosensorial (el nervio auditivo o las células ciliadas están dañadas), y la hipoacusia mixta (es una combinación de ambas; Carrascosa, 2015).

Posteriormente, podemos localizar las que tienen que ver con el grado de pérdida medida en decibelios (dB): hipoacusia leve (20-40 dB), hipoacusia moderada (40-70 dB), hipoacusia severa (70-90 dB) e hipoacusia profunda o sordera (más de 90 dB). Por último, dependiendo del momento de adquisición, la hereditaria está involucrada con los genes provistos de uno o ambos progenitores (aproximadamente entre el 30% y 50% de casos) (Pabón, 2009) y la adquirida,

puede ser de índole prenatal o posnatal. Si forma parte del último caso, entonces distinguimos el criterio si fue antes del desarrollo del lenguaje (prelocutiva), posteriormente (postlocutiva) (Carrascosa, 2015) o durante la adquisición del lenguaje (perilocutiva) (Pabón, 2009).

Pabón (2009) también distingue una clasificación desde el punto de vista educativo, dividido en dos categorías: niños hipoacúsicos, que tienen en general dificultades en la audición, pero ésta no les impide la adquisición del lenguaje oral a través de este medio, utilizando para solventar la pérdida prótesis auditivas y especialistas en audición y lenguaje, para disminuir las dificultades en la articulación y la estructuración; y sordos profundos, que por sus pérdidas auditivas mayores la adquisición del lenguaje oral se imposibilita, incluso con el uso de prótesis auditivas.

### **1.1 Modelo médico de la discapacidad**

Llewellyn y Hogan (2000), se refieren como modelos teóricos de discapacidad a los esquemas utilizados como instrumentos para acercarse a la experiencia de modo diferente al mundo de la persona con discapacidad.

Estos modelos han pasado por reestructuraciones y evoluciones con base en las cosmovisiones de quienes los postulan, influidos por las situaciones sociales, históricas y políticas. De tal forma, durante la Antigüedad y la Edad Media, el modelo de prescindencia era el utilizado para vislumbrar a la discapacidad. Dentro de esta pauta, la discapacidad era vista como un castigo de los dioses por algún pecado que hubieran cometido los padres de la persona, o también una clase de advertencia de que la alianza ancestral estaba rota y estaba pronta una desgracia. Sin importar qué explicación se le atañera, la persona con discapacidad no tenía nada que aportar a la sociedad y, por tanto, era una carga (Padilla-Muñoz, 2010).

En el caso de los griegos, a este aparente problema se le daba solución a través de la eliminación del niño al dejarlo morir o era sacrificado a los dioses (Padilla-Muñoz, 2010); mientras que, durante la expansión del cristianismo, era mucho más común la separación del niño del núcleo social y eran internados en asilos y hospitales. No obstante, la discapacidad no era concebida de la misma forma para aquellos que la habían adquirido durante la juventud o la adultez, especialmente en los heridos de guerra, ya que cobraban pensiones y obtenían ganancias del botín, de tal forma que se “pagaba” su utilidad a la sociedad (Velarde, 2012).

En cambio, en la Edad Media los monjes eran los encargados de “cuidar” a las personas con discapacidad, y se consideraban a los “trastornados” mentales como parte del diablo, al punto que la Inquisición apoyaba su exterminación, dado que se les culpaba de plagas y epidemias; otros tantos consiguieron conservar la vida a cambio de fungir como entretenimiento en cortes y circos (Padilla-Muñoz, 2010).

Actualmente, la discapacidad es entendida a partir de un modelo médico-fisiológico-individual, originado a partir del siglo XX a raíz de la Primera Guerra Mundial. Con los soldados mutilados y el auge de las leyes laborales, se analizó que era posible la rehabilitación, por lo que muchas discapacidades de origen congénito se consideraron como “enfermedades” curables a partir de tratamientos (Velarde, 2012). La Segunda Guerra Mundial terminó por consolidar la rehabilitación como un método de abordaje de la discapacidad (Jullian, 2018), puede que la única excepción, claramente, haya sido el régimen hitleriano que se dedicó a perseguir y exterminar a las personas con discapacidad mediante su campaña de “Eutanasia.”

El principal postulado del modelo médico, fórmula que quienes viven con una discapacidad carecen de las condiciones para cumplir con la convivencia social y que, por tanto, no pueden acceder a las mismas oportunidades que las personas no-discapacitadas y la forma de remediar esto es curar la fuente de la discapacidad a través de la institucionalización con un diagnóstico clínico y categorización, manteniendo como actores principales a los médicos y profesionales (Oliver, 1990) promoviendo una actitud paternalista donde la Persona que Vive en Condición de Discapacidad (PVCD) se le incapacita en su autocuidado (Pérez, 2014), lo que desencadena en el rechazo a la integración de la diferencia, segmentándola en un nivel inferior, homogeneizando su singularidad característica (Ferreira, 2008). Este modelo refuerza el concepto limitante que como sociedad hemos creado, olvidando por completo las habilidades únicas de las personas, lo que tiende a marginarlos (Sonnenstrahl & Legg, s.f.).

De tal forma que discapacidad es equivalente a poseer un cuerpo defectuoso que restringe la experiencia vital de la persona con discapacidad (Ferreira, 2010; cómo lo citó Pérez & Chhabra, 2019), cayendo la responsabilidad en la persona, omitiendo totalmente el compromiso social respecto a la diversidad. Sin embargo, entre los beneficios que el modelo médico ha ofrecido a las personas con discapacidad, son avances en los tratamientos que han mejorado la calidad de vida (Pérez & Chhabra, 2019), además de investigaciones respecto a las causas

científicas de éstas, identificando factores de riesgo y, por tanto, convirtiéndolas en prevenibles (Velarde, 2012).

Modelos sociales distintos, hablarán entonces de reconocer la diferencia y a este colectivo que tiene derechos, desde vivir con igualdad de condiciones hasta su propio reconocimiento (Ferreira, 2008). Aunque existen una gran variedad de modelos sociales, la base de estos es que la discapacidad es un hecho colectivo y solamente se resalta en sociedades donde las necesidades de las personas no han sido cubiertas (Padilla-Muñoz, 2010).

En este sentido, Pérez y Chhabra (2019), describen en primer lugar el modelo social británico, surgido en la década de los 70, en Europa, Canadá y Estados Unidos, cuando las personas con discapacidad comienzan a organizarse para luchar contra la institucionalización y la exclusión del mercado laboral, que imposibilita que accedan a ganar un sueldo y que, por tanto, los destina a la pobreza. Este modelo no atribuye la discapacidad (estructural y pública) al individuo y se la adjudica al entorno tanto como es una construcción social, basada en la relación entre personas con discapacidad y una sociedad incapacitada, diferenciándola del impedimento (individual y privado).

Posteriormente, surge el modelo minoritario norteamericano, influenciado principalmente por los movimientos de derechos humanos de activistas negros y la comunidad LGBTQ+ durante los años 60 y 70, postulando que las personas con discapacidad son las que más conocen sus necesidades y quienes deben tomar la iniciativa a nivel individual y comunitario, para decidir y desarrollar una solución para la situación (DeJong, 1979; Brisenden, 1986). Entre sus premisas, logra reconocer la diferencia que implica la discapacidad, asemejándola con otras minorías (Pérez & Chhabra, 2019).

Ambos modelos, como modelos sociales, tienen como objetivo el “cambio en el sistema político, económico, educacional y social”, el “aumento de accesibilidad de lugares y servicios” y la “promoción de un sentido positivo de la discapacidad” (Pérez & Chhabra, 2019, p. 14); consiguiendo de alguna manera su objetivo al haber originado movimientos políticos de reivindicación social, que subrayan la eliminación de las barreras sociales y, mejorado el autoestima de las personas con discapacidad creando una nueva identidad donde la discapacidad es asumida positivamente. Sin embargo, su comprensión de la discapacidad sigue siendo un tanto estrecha (Pérez & Chhabra, 2019).



Adicionalmente, consideran que las personas sordas forman un colectivo con una identidad específica, por lo que más allá de las necesidades de PVCD, sus demandas están relacionadas a una comunidad minoritaria cultural y lingüísticamente, buscando en éstas la aceptación de la Lengua de Señas (LS) y mejores y más intérpretes competentes (Pérez, 2014).

Padilla-Muñoz (2010) describe el modelo de las minorías colonizadas e incluye las luchas por los derechos de las personas con discapacidad, como parte de un grupo minoritario que ha sido sistemáticamente discriminado, marginado y explotado por la sociedad, ofreciendo como alternativa estructuras asistenciales con base en las necesidades de las personas con discapacidad.

El modelo biopsicosocial, representado por la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la discapacidad y la salud (CIF) (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001), surge a partir de la necesidad de alcanzar un punto medio donde el modelo médico y el modelo social puedan interactuar, se centra en las interacciones que una persona con discapacidad tiene con su medio ambiente, ubicando el problema en la sociedad (Padilla-Muñoz, 2010).

En el Informe Mundial de Discapacidad, siguiendo este modelo, se define a la discapacidad como “cualquier aspecto negativo de la interacción entre un individuo y los factores contextuales de ese individuo” (OMS, 2011, p. 16). La clasificación cambió el enfoque y logró cuantificar las consecuencias de la discapacidad a través de una medida estándar; además, al estar aceptado por los 191 países miembros de la OMS, les obligó a prestar atención a aspectos sociales y contextuales, y que quedaran asentados en las bases legales de cada estado político (Padilla-Muñoz, 2010).

Por otra parte, el modelo escandinavo o relacional, resalta la influencia positiva existente de los servicios sociales y los profesionales en las vidas de las personas con discapacidad, siendo el concepto base la relación entre el individuo y el ambiente donde se desarrolla. Como ideas principales sustenta que la discapacidad proviene de un desajuste entre la persona y su ambiente, es situacional y relativa; en este sentido, se reconocen las capacidades de la persona con discapacidad, que pueden no estar a la altura de las exigencias sociales; mientras esta brecha siga existiendo, la discapacidad continuará. Por lo que, se busca el equilibrio entre las demandas sociales y las capacidades individuales. Sin embargo, la mayor barrera que tiene este modelo es

el hecho de que los servicios y derechos sociales de Escandinavia son los mejores del mundo (Pérez & Chhabra, 2019).

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se apoya del modelo de derechos humanos, resaltando que todas las personas con discapacidad son objeto de derecho y que ésta no puede ser usada como justificación para la negación o restricción de estos (United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities [UN CRPD], 2007). La Convención busca que las personas con discapacidad tengan acceso a los derechos humanos, incluyendo los económicos, sociales y culturales, además, reconoce a la discapacidad como parte de la diversidad con una identificación cultural y minoritaria; promueve el respeto a la dignidad humana y la autonomía individual (Padilla-Muñoz, 2010).

La persona con discapacidad es capaz de tomar sus propias decisiones, participar plenamente en todas las actividades de índole económico, político, social y cultural, y a través de esto, se reconoce la dignidad con la que cuenta en calidad de persona humana (Velarde, 2012).

Pérez y Chhabra (2019), mencionan el modelo cultural que, a partir del análisis de textos culturales y literarios, busca comprender el significado de la discapacidad como una identidad social minoritaria, defendiendo que la biología y la cultura se retroalimentan, y por lo cual los cuerpos son entidades socioculturales sujetas a la situación histórica y las estructuras de poder, que ofrecen experiencias que enriquecen la diversidad humana.

El modelo de diversidad funcional utiliza este término para definir a un grupo de personas que, sin carecer de capacidades, funciona de una manera no habitual; y propone a la bioética como instrumento de cambio para eliminar las barreras sociales, la discriminación y la diversidad funcional como enfermedad (Pérez & Chhabra, 2019). Se origina a partir del Movimiento de Vida Independiente en los Estados Unidos a finales de los años 60 (Velarde, 2012).

Por último, el modelo universal de la discapacidad, planteado por Zola (1989) plantea que es necesario hacer un planteamiento universal de la discapacidad entendiendo que es un fenómeno al que todos estamos en riesgo e, incluso, convivimos y coexistimos con diferentes capacidades y carencias, dado que ninguna persona está en condiciones para adaptarse a las diferentes exigencias de la sociedad.

Independientemente del modelo con el cual se entienda la discapacidad, la búsqueda de la vida digna y el derecho humano a la protección contra la discriminación deben ser ejes fundamentales que rijan nuestras prácticas, tanto profesionales como personales. Para ello, como

aclara Padilla-Muñoz (2010), es fundamental entender que en el mundo existen importantes diferencias, donde algunas personas con discapacidad tienen acceso pleno a sus derechos y otras todavía necesitan exigirlos o los desconocen, y por ello viven con atropellos hacia su dignidad humana.

### ***1.1.1 Aparatos cocleares***

Los implantes cocleares surgen desde la filosofía del modelo médico-fisiológico-individual o rehabilitador que, como antes se mencionó, considera a la pérdida auditiva como una discapacidad que debe ser curada, lo que es contrario a las propias creencias de la Comunidad Sorda, que reconoce la diversidad que existe dentro de ella y que, además, subraya las extraordinarias variaciones que coexisten en todos los seres humanos y que nos hacen únicos (Sonnestrahl & Legg, s.f.).

El implante coclear consta de partes internas y externas que procesan los sonidos y el ruido en energía eléctrica que interactúa con las aferencias del nervio coclear, produciendo una sensación auditiva, es decir, la sensación de escuchar. En primer momento, el micrófono recoge los sonidos para pasar al procesador donde se selecciona y codifican los sonidos más útiles para la comprensión del lenguaje; una vez realizada la tarea, los sonidos codificados son transmitidos al receptor (Alonso & Cruz, 2009).

En la parte interna, el receptor-estimulador, implantado en el hueso mastoideo, envía las señales eléctricas a los electrodos que se insertan quirúrgicamente para reemplazar la cóclea (Edwards, 2005) en el oído interno, estimulan las células nerviosas pasando a través del nervio auditivo al cerebro, donde se reconocen como sonidos. Las partes internas y externas se conectan por un cable y un imán (Alonso & Cruz, 2009).

Las personas que se someten a la cirugía deben aprender a interpretar el estímulo, por lo que estudios han demostrado que resultan más efectivos en adultos sordos que adquirieron una lengua hablada (Edwards, 2005). Desde el área médica Manrique et al. (2018) explica que se indican para los pacientes que presentan una hipoacusia neurosensorial profunda bilateral que no obtienen grandes beneficios con el uso de audífonos, pudiendo ser el origen de la hipoacusia desde causas congénitas o adquiridas en las fases pre, peri o poslocutiva del desarrollo de la lengua hablada.

Como método quirúrgico, la implantación incluye la elección correcta del candidato, la ejecución efectiva de la cirugía, la rehabilitación suficiente, la coordinación entre los especialistas (la mayor parte médicos), seguimiento al paciente implantado, además del mantenimiento al mecanismo. Sin tomar en cuenta las decisiones prequirúrgicas del tipo de implante coclear a implantar, considerando las características del paciente, beneficios y perjuicios (Manrique et al., 2018). También es importante definir desde un principio si se hará una implantación simultánea, es decir, la colocación de un implante para cada oído en una sola cirugía; y en caso de que no, el tiempo entre el primer y segundo implante (Ramos-Macías et al., 2016).

Grosso modo, los implantes cocleares se pueden clasificar en tres grandes categorías, el primero dependiendo de los tipos de guías de electrodos intracocleares, pudiendo ser rectos o perimodiolares; el número de canales de estimulación ya sea mono o multicanales y; forma de tratar la señal sonora, que se refiere a las estrategias de codificación (Manrique et al., 2018).

Sin embargo, los factores médicos no son los únicos que influyen en el éxito de la implantación coclear, al menos en el caso de los niños. Ramos-Macías et al. (2016), mencionan que el entorno familiar y el educativo son vitales. En el caso del entorno educativo, debe ser apropiado para facilitar el desarrollo lingüístico auditivo del niño implantado, por lo que la familia debe adaptarse a las necesidades comunicativas.

Como anteriormente se mencionó, el modelo médico ha ofrecido tratamientos novedosos para el mejoramiento de la calidad de vida de las personas, a veces sin considerar si el enfoque adoptado cubre las necesidades reales de la población en cuestión. Ejemplo de ello son los implantes.

El origen de los aparatos cocleares se remonta a Jean Marc Gaspard Itard (1775-1838), uno de los fundadores de la otorrinolaringología moderna, que hizo grandes esfuerzos para curar la sordera y restaurar la escucha, llevando a cabo experimentos y publicando un libro con sus métodos en 1821 (Edwards, 2005).

Sin embargo, la Comunidad Sorda del siglo XIX no estaba en búsqueda de tecnología que les permitiera acercarse a vivir como personas oyentes y, al contrario, utilizaron su ingenio para resolver problemas comunes de la vida diaria a los que se enfrentaban por ser sordos, tales como saber cuándo alguien tocaba a la puerta, levantarse a tiempo por la mañana, después en el uso del teléfono, entre otros. Las soluciones se enfocaban en procurar la vida de las personas sordas, sin

cambiar sus cuerpos, y los avances tecnológicos (como el teletipo) que respetaron la sordera, y facilitaran las tareas diarias fueron aceptados abiertamente (Edwards, 2005).

En el contexto de principios del siglo XX, donde la hostilidad hacia la Comunidad Sorda estaba en aumento, la posibilidad de tener un aparato auditivo (antecesor del implante coclear) era la esperanza para muchos observadores oyentes y educadores de integrar a las personas sordas en la sociedad. No obstante, la opinión fue poco compartida por la Comunidad Sorda.

La Asociación Nacional de Sordos (NAD, por sus siglas en inglés), reclamó el uso de la palabra “Sordo” (con “S” mayúscula, haciendo referencia al grupo minoritario que se identifican culturalmente con otras personas que tienen pérdida auditiva y utilizan la LS; agrupamientos sociales e identificaciones culturales que están relacionados con los vínculos establecidos entre personas con pérdida auditiva (Morales, 2009; Cruz & Sanabria, 2021) en la publicidad de los aparatos auditivos, dado que únicamente era útil en personas con problemas de audición, lo que provocaba confusión y daba falsas esperanzas a padres oyentes con niños sordos que buscaban la cura para la sordera (Edwards, 2005).

Por si esto fuera poco, los métodos referentes a la rehabilitación surgieron durante la Primera Guerra Mundial ante la necesidad de que los soldados heridos y mutilados en batalla, pudieran regresar a la vida productiva y reconstruir las economías mundiales. De tal forma, que para cuando llegó la Segunda Guerra Mundial, la rehabilitación se consolidó como un método novedoso, acompañada de la asistencia donde el gobierno tenía la obligación de proporcionar atención a los desvalidos (Jullian, 2018).

Poco después, los implantes cocleares fueron desarrollados en Francia durante la década de los 50. El otólogo Claude-Henri Chouard implantaba solamente a un paciente por mes a mediados de los 70. En los Estados Unidos, fueron aprobados para su distribución comercial en 1984 únicamente para adultos mayores de 18 años; no obstante, sólo 6 años después, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), determinó que podían ser usados por pacientes desde los 2 años. Diez años más tarde, autorizó el uso en niños de doce meses en adelante (Edwards, 2005).

El personal médico, los medios de comunicación y los padres oyentes se centraron en los implantes cocleares como un símbolo de calidad de vida. Por ejemplo, un centro de implantación en San Francisco anunciaba que, con el uso del implante, las personas podrían aprender una nueva lengua, disfrutar las películas, el teatro y participar en actividades sociales, demostrando

una total ignorancia a la Comunidad Sorda, al implicar que sin la capacidad de escuchar estas actividades no fueran posibles, atacando a una minoría (Edwards, 2005).

Por su parte, en México, el doctor en otorrinolaringología, Pedro Berruecos Téllez, fundó en 1951 el Centro Audiológico y Foniátrico, el primero dedicado a la rehabilitación en América Latina. De esta forma, la medicina tomó el protagonismo en la atención de las personas sordas y éstas, fueron tratadas como pacientes (Jullian, 2018).

De esta forma, en las últimas dos décadas del siglo XX, la educación bilingüe perdió terreno ante el uso de implantes cocleares que daba la excusa perfecta para que los niños sordos pudieran ser integrados a las escuelas y acercarse una vez más al modelo oral; limitando a su vez el papel que las escuelas de sordos pueden representar cuando hablamos de inclusión (Murray et al., 2018). Para este documento, entenderemos el bilingüismo como la acción de usar la LS y una lengua escrita en casos de sordos señantes, y una LS y la lengua escrita y oral en sordos hispanohablantes.

Tantos los aparatos auditivos como los implantes cocleares privilegian el hablar y el escuchar sobre el señar y el ver, al pensar que la comunicación hablada es mucho mejor que la comunicación por señas (Edwards, 2005), omitiendo el desarrollo a través de los años de la identidad de una minoría como lo es la Comunidad Sorda.

En México, según la Encuesta Nacional sobre Percepción de Discapacidad en Población Mexicana (ENPDis) realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública (2010) el 9% de las personas con discapacidad utilizan aparatos auditivos.

Los aparatos auditivos de venta general, en su mayoría, se recomiendan para personas que han perdido la audición a causa de su edad (envejecimiento) y/o la alta exposición al ruido; no se recomiendan para personas menores de 18 años, esto de acuerdo con la FDA de Estados Unidos (2023), pues las razones de pérdida en población joven son diversas de manera que deben ser evaluadas por un médico y para enviar el mejor tratamiento, ya que podrían tener la utilidad deseada dependiendo de la localización del problema y el nivel de pérdida auditiva.

Aunque ciertamente los aparatos auditivos son una herramienta muy útil para las personas sordas quienes todavía tengan restos de auditivos, en el caso de sordos profundos no serán de ayuda. Esto es apenas una parte de los factores que influyen en el desarrollo y la identidad de las Comunidades Sordas y las personas sordas.

### ***1.1.2 Oralismo***

A finales del siglo XIX y principios del XX, surgió la educación oral que favorecía el uso exclusivo de la articulación, la lectura de labios y el entrenamiento auditivo en los salones de clases para sordos. Obtuvo su reconocimiento en el Segundo Congreso Internacional sobre la educación del sordo, realizado en Milán en el año 1880, basado en las premisas de que la lengua oral era mejor para la integración de las personas sordas a la utilización de una lengua de señas, además de que el uso de éstas podría perjudicar el habla y la labio lectura junto con la exactitud en la expresión de las ideas (Pérez, 2014).

En Estados Unidos, con esta nueva pedagogía, la comunicación manual, desde los gestos hasta la *American Sign Language* (Lengua de Señas utilizada en Estados Unidos), se dejaron de utilizar y para el final del siglo alrededor del 40% de los sordos estadounidenses tuvieron una educación que no contemplaba la lengua de señas; cuando terminó la Primera Guerra Mundial, el número había crecido hasta el 80%. Las escuelas orales, habían logrado que las personas sordas tuvieran las herramientas (el habla y la lectura de labios), para aparentar ser personas oyentes, abandonando su identidad como Sordos (con “S” mayúscula) (Edwards, 2005).

El oralismo son las actitudes que se forman a través de un conjunto de prácticas educativas que sirven a la dominación de la Comunidad Sorda por la sociedad, a través de la imposición de las reglas oyentes (Edwards, 2005), tales como la lectura de labios, la articulación y el entrenamiento auditivo. Sin embargo, las personas oyentes dominan los campos que afectan directamente a las vidas de las personas sordas.

De esta forma se desarrollaron métodos orales que buscan que las personas sordas se pudieran comunicar a través del uso de la lengua oral. Entre estos, podemos encontrar el Método Verbotonal (MVT) que se basa en la idea de que la comunicación está constituida por varios elementos, utilizando el aparato SUVAG (Sistema Universal Verbotonal de Audición Guberina), que consta de un sistema de filtros electrónicos que destaca las frecuencias altas, bajas y/o una determinada banda frecuencial. La palabra complementada es un sistema de comunicación que se centra en la lectura labiofacial acompañada de complementos manuales (Carrascosa, 2015), haciendo visibles los fonemas y suprimiendo ambigüedades; en este caso particular, Leybaert y Alegría (1995), identificaron que, si las personas sordas utilizan este método al iniciar la lectura o antes, pueden aprender la correspondencia entre grafema-fonema. El método Borel-Maisonny también conocido como fonético-gestual, donde se asigna a cada sonido un gesto simbólico para

asociarlo de igual forma a la grafía. El método Rochster, utiliza el alfabeto dactilológico acompañado del lenguaje oral, cada palabra es deletreada con el alfabeto manual mientras se emite oralmente (Carrascosa, 2015).

El oralismo engloba las actitudes que se forman a través de un conjunto de prácticas educativas que sirven a la dominación de la Comunidad Sorda por la sociedad, a través de la imposición de las reglas oyentes (Edwards, 2005), tales como la lectura de labios, la articulación y el entrenamiento auditivo. Sin embargo, las personas oyentes dominan los campos que afectan directamente a las vidas de las personas sordas. Y un sordo oralizado es aquel que es capaz de vocalizar algo en una lengua oral. Este término, a su vez, es muestra de la forma en que algunos especialistas han decidido abordar la sordera, dado que está basado en la acción que un médico ejerce hacia el sordo, volviéndolo un ser pasivo de su propia existencia e identidad (Fridman, 2012).

Adicionalmente, Herrera et al. (2007), mencionan que el método oral en su forma más pura, ni es natural ni adecuado para las personas sordas, y la única forma en que pudiera resultar de utilidad sería que pudieran conservar restos auditivos para tener una base mínima para la representación lingüística.

Por otro lado, la persona sorda en su mayoría no vocaliza ninguna lengua oral dado que no le es accesible, la forma de aprenderla es a través de los métodos ya mencionados y no en todos los casos funcionan. En esto se encuentra el fundamento de la palabra “sordomudo”, mal utilizada en general, porque “mudo” hace referencia a la persona que no puede hablar una lengua (Fridman, 2012). Los sordos señantes e hispanohablantes, monolingües y bilingües, tienen la habilidad de comunicarse a través de una lengua oral. Tal vez, y sólo tal vez, los verdaderos sordomudos serían los sordos semilingües que han sido negados de la posibilidad de adquisición de una lengua, sin embargo, como menciona Fridman (2012) no se les puede culpar de esta mutilación lingüística, cuando claramente el infante o niño sordo no es más que guiado por la sociedad en la que se desarrolla.

Se tendría que tomar la atención con reservas, ya que nuestra necesidad humana de comunicarnos con otro ha permitido a los sordos semilingües desarrollar la habilidad de utilizar señas caseras y sin estructuras gramaticales.



## 1.2 Qué significa ser Sordo

Fridman (2011) propone como definición de sordo a la “persona cuyas posibilidades de adscripción lingüística están condicionadas por su limitada o nula audición, dificultando su participación en determinadas comunidades lingüísticas, facilitándola en otras, e impidiéndola del todo en determinadas circunstancias sociales” (p. 294). De esta forma, la definición de sordo cambia de centrarse en la no capacidad de escuchar, a la habilidad de comunicarse y aprehender la realidad de una forma distinta.

Sin embargo, ser “Sordo” (con “S” mayúscula) va más allá de la habilidad de comunicarse. Su definición está estrechamente ligada a la herramienta mediante la cual se lleva a cabo la misma. De esta forma, “Sordo” (con “S” mayúscula) es una palabra que define una identidad cultural de las personas con pérdida auditiva que utilizan la LS que a su vez son el medio para transmitir la herencia cultural, histórica y social de las Comunidades Sordas (Fridman, 2009), pertenecientes a un grupo minoritario, entendido como un grupo social que comparte religión, lengua o etnia y que les caracteriza (Pérez, 2014). El 90% de los sordos de México, aunque no saben español, son capaces de comunicarse mediante la Lengua de Señas Mexicana (LSM) (Fridman, 2012).

De esta forma, podemos hacer la diferenciación entre las minorías culturales *by force* y *by will*, categorías descritas por Comanducci (1995). Las personas sordas se acercan a ambas categorías, dado que la primera hace referencia a grupos que están protegidos legalmente en contra de la desigualdad, discriminación y exclusión por parte de la mayoría, ante los cuales se encuentran en desventaja socialmente. Por su parte, la segunda está definida por la diferenciación en una o más características de la sociedad, exigiendo el respeto a la diferencia y la especificidad, rechazando ser adscritos a lo que se dicta para la mayoría y la inclusión forzosa.

Markku Jokinen (2001; como lo citó Sonnenstrahl & Legg, s.f.), describe a la Comunidad Sorda por el acceso que tienen a la LS. Las personas usuarias de la lengua de señas (Sign Language Persons), representan a todas las personas que tienen fluidez en el uso de la LS desde que nacieron o una edad muy temprana. Ahora bien, una mejor opción para llamar a las personas sordas podría ser Seeing People y Sign Language Persons, ya que se concentra en características que son valoradas, dado que lo importante no es la incapacidad de escuchar. También esto forma parte de sus características como minoría lingüística, según García (2004), dado que la LS forma

parte de su identidad grupal, representan su pertenencia a la Comunidad Sorda y obtienen individualidad e independencia, al adquirir mayor socialización e interacción.

No obstante, Fridman (2011) realizó un análisis de las personas sordas mexicanas, llegando a tres grandes categorías de posibles identidades lingüísticas y culturales, dependiendo del acceso que pudieran tener a LSM que, de igual forma, se relaciona con el nivel socioeconómico, la situación política del país y el entorno social; además, cada uno interactúa en y con la educación formal.

Adicionalmente, Fridman (2009) efectuó un estudio identitario con relación a la sordera, cuatro etapas de vida y tres características que influyen en el proceder de las personas sordas, siendo estas la flexibilidad cognoscitiva (capacidad de una persona para desarrollar una primera lengua y/o una segunda, así como para enriquecer y diversificarse en las variedades lingüísticas, variando con la edad) (Birdsong, 1999); la movilidad social (capacidad de la persona para relacionarse en comunidades lingüísticas diferentes a la que nació, siendo ésta condicionada por circunstancias históricas y sociales externas); y la actitud lingüística (se adopta ante una nueva lengua o una variante, involucrando lo emocional hacia las personas que la usan).

La identidad de hispanohablante sordo o sordo hablante, se caracteriza porque las personas asumen una lengua oral como lengua materna, restando importancia al momento o el cómo quedó sorda, de tal forma que, aunque no es capaz de mantener una conversación en la lengua oral, la sigue hablando para mantener su vida e identidad sociocultural dentro de su comunidad originaria (Martínez, 2001; Fridman, 2011).

El infante sordo hablante tendrá un nivel de vocalizaciones relacionado a la edad en la que quedó sordo, por lo que no será capaz de mantener conversaciones inteligibles e incluso aunque se le siga tratando como oyente, el desarrollo léxico y gramatical ya no aumentará, existiendo la posibilidad de que disminuya. Respecto a la movilidad social ya no podrá acercarse a comunidades orales, incluso cuando su actitud lingüística sea favorable hacia éstas. Mientras que acercarse a comunidades señantes y aprovechar la flexibilidad cognoscitiva inherente a la edad, dependerá del adulto cuidador y las políticas públicas, limitando su acceso a una identidad sociocultural y a una lengua natural (Fridman, 2009).

Por su parte, el sordo hablante en la niñez ya es un hablante de alguna lengua oral, y su identidad sociocultural se encuentra influido por ésta (Martínez, 2001), por lo que igualmente será un factor determinante al intentar convertirse a señante, la pérdida de una identidad ya

conformada por otra desconocida, lo que también influye en la actitud lingüística que puede adoptar al iniciar su aprendizaje; sin embargo, también dependerá de las actitudes que adopten los adultos e instituciones. En caso de que se renuncie a la posibilidad de desarrollarse dentro de la Comunidad Sorda, dependerá de la escritura y la lectura labial, incluso podrían ser inscritos en escuelas regulares, limitando su acceso a la comunicación (Fridman, 2009).

Si un sordo hablante llega en las mismas condiciones hasta la adolescencia, podemos tener por seguro que es porque la movilidad social que hasta ahora ha sostenido no le ha permitido acceder a una LS y, por tanto, la lengua oral ha sufrido un deterioro y estará muy por debajo del nivel que sus congéneres. Sin embargo, la movilidad social en la adolescencia puede verse modificada gracias a los propios intereses de la persona, dado que ya no estarán influidos por completo por sus adultos cuidadores. Es una excelente oportunidad para que pueda integrarse a una Comunidad de Sordos y hacer suya la Lengua de Señas; todo esto bajo la influencia de la actitud lingüística que podría o no permitirle esta transformación. Y aunque la flexibilidad cognoscitiva se reduce a comparación de las primeras dos etapas de vida, las investigaciones sugieren que pueden convertirse en sordos señantes con relativa facilidad al encontrar un espacio donde pueden hacer vida social (Fridman, 2009).

El sordo hablante en la adultez en contadas ocasiones se permite un cambio identitario sociolingüístico, por su movilidad social y su actitud lingüística tan establecidas. Además, la flexibilidad cognoscitiva ha decrecido considerablemente, por lo que incluso en un intento de acercamiento a las Comunidades Sordas, pueda verse frustrado al tener dificultades en aprender una nueva lengua. En este sentido, podríamos afirmar que son un grupo minoritario con necesidades especiales a las que el resto de las comunidades señantes (Fridman, 2009).

En la siguiente identidad, los miembros de la Comunidad de Sordos Mexicana o sordos señantes, que empiezan a ser reconocidos por la legislación nacional e internacional, son las personas sordas que definen su identidad a partir de la cultura de una Comunidad de Sordos y su respectiva LS (Martínez, 2001; Fridman, 2011). Esta identidad es diferente a la que pudieran generar las personas hispanohablantes, incluso cuando compartan rasgos. En este sentido, podemos identificarla como un grupo étnico con una cultura diferente (Fridman, 2009).

En este caso, aquellos sordos que señan desde la infancia, usualmente se originan del 5% de hijos sordos de padres sordos, creciendo en familias donde la LSM ya está consagrada, por tanto, se enlaza fuertemente con su identidad sociocultural. Sin embargo, también existe un

pequeño grupo que proviene de familias que hacen el esfuerzo de enseñar la LS al infante sordo y la aprenden como una forma de comunicación dentro del seno familiar (Fridman, 2009). Las posibilidades de aprender la LSM, está influida por factores económicos, sociales, políticos, demográficos y personales que deberán ser considerados por las familias.

El sordo señante durante su niñez convive en su entorno social y familiar, como cualquier niño oyente, acercándose a la Comunidad de Sordos Mexicana. Empero, fuera de este círculo social, enfrentará diferentes dificultades, especialmente si hablamos de educación, dado que las opciones educativas son limitadas y la educación formal no se realiza en Lengua de Señas Mexicana (Fridman, 2009). Trataremos más adelante las opciones educativas actuales para las personas sordas en la sección 1.4 Cultura Sorda.

Durante la adolescencia, cualquier sordo puede convertirse en señante, dado que tienen la capacidad de explorar su entorno social en busca de la identidad que asumirán al convertirse en adultos, por lo que podrán decidir por sí mismos acercarse a las Comunidades Sordas o tendrán una suerte de encuentro, en los espacios donde la sociedad los ha restringido, como son las clínicas y centros especializados (Fridman, 2009).

De esta forma, los sordos señantes adultos tienen una identidad sociocultural estable, conviviendo con personas afines a sus intereses y formando parte de una comunidad (Fridman, 2009).

Por último, en la tercera identidad, los sordos semilingües que permanecen socialmente aislados y lingüísticamente indefinidos, dado que no han podido desarrollar ninguna lengua, por quedar sordos antes de consolidar una lengua materna oral y no tener acceso a una LS (Martínez, 2001); tiene gran relación con el 95% de los padres oyentes de menores sordos que les alejan de la LSM y sus señantes (Fridman, 2011), condenándolos a una vida de incomunicación (Fridman, 2009).

Usualmente, son sordos desde el nacimiento o la infancia, dada la falta del desarrollo de una lengua oral y, además, la actitud lingüística desfavorable de sus familias hispanohablantes, evitan que adquieran una lengua de señas que les es accesible y garantiza su desenvolvimiento lingüístico, social y general, limitando a su vez su movilidad social para acercarse a las Comunidades Sordas. Es probable, también, que se apunte a la oralización como forma de proceder, y únicamente si corren con la suerte de llegar a un Centro de Atención Múltiple donde puedan convivir con otros sordos señantes, existe la posibilidad de que se transformen en sordos-

señantes (Fridman, 2009), aunque ya se ha perdido un tiempo invaluable para la adquisición de una primera lengua (Hyltenstam, 1992).

La persona que permanece semilingüe todavía en la niñez, estará aislado social y lingüísticamente de los demás, y por lo tanto su movilidad social se verá afectada. La brecha será más grande si se encuentra integrado a escuelas con otros niños hispanohablantes, sintiendo la ausencia de algo y sin tener idea de qué es (Fridman, 2009).

En la adolescencia, los sordos semilingües obtienen la gran posibilidad de cambiar su identidad lingüística, acercándose por fin a sordos señantes de Comunidades de Sordos. Este proceso es tan importante que un sordo señante, se convierte en el padrino o madrina de señas del recién iniciado, y se le considera como quien salvó de su ignorancia al sordo semilingüe. Sin embargo, para aquellos que permanecen en las mismas circunstancias no avanzarán hacia la posibilidad de comunicarse (Fridman, 2009).

Si pudiéramos medir la discapacidad dentro de las personas sordas, los sordos semilingües adultos, sin duda, estarían en un extremo. Llegados a la adultez, han creado una identidad basada en la inhabilidad de comunicarse, por lo que el acceso a cualquier lengua se considera inverosímil, negándose a sí mismos la movilidad social tan necesaria para acercarse a la Comunidad Sorda (Fridman, 2009).

Aunque se pudiera afirmar que estas premisas son recientes y que por tanto no se le ha dado la oportunidad a las legislaciones nacionales a considerar las características particulares de cada identidad, lo cierto es que en el periodo de 1998 a 2005, antes del reconocimiento oficial de la Lengua de Señas Mexicana, fue puesto en argumentación ante diputados y senadores, con el fin de que quedaran manifiestos los derechos culturales de personas sordas señantes, hablantes y semilingües, únicamente alcanzando el reconocimiento de las personas sordas señantes (Martínez, 2001; Fridman, 2009).

### ***1.2.1 Diversidad lingüística.***

El español es una de las lenguas más habladas en el mundo, y como usuarios de la lengua, entendemos que no todos los hablantes de español lo utilizamos de la misma manera, pudiendo incluso reconocer a personas de otros países hispanohablantes por su forma de expresarse; Hualde (2014) explica que cuando se hace referencia a la región geográfica para hacer la diferenciación de las características regionales de sus hablantes, se le conoce como dialecto. Para

el uso de la lengua también es importante el estatus socioeconómico, y las variaciones que se presentan dependiendo del espectro social de la comunidad a la que el hablante pertenece, se le conoce como sociolectos. Por último, dependiendo del contexto, ya sea formal o informal, donde se utilice la lengua reconocemos ciertas variaciones, que se les identifican como registro. Estos tres conceptos, además de las variaciones históricas, representan las bases de la variación lingüística. Y a pesar de que existe la variedad estándar escrita, que son las reglas de la lengua escrita y es el modelo principal de la lengua española, permite cierta flexibilidad a sus usuarios como producto de las relaciones sociales, políticas e históricas (Hualde, 2014).

Lo mismo ocurre en las LS. En el caso de México, existen dialectos de región a región donde las palabras se señan de forma distinta (ideogramas). Muchas personas sordas e incluso oyentes empáticos, aprovechando las nuevas tecnologías han podido aprender y reconocer las diferencias y similitudes entre las señas utilizadas a lo largo de la República Mexicana para un mismo concepto. También, muchos egresados de la Escuela Nacional de Sordomudos (ENS) enseñaron a otras comunidades de sordos el uso de la LSM, por lo que la variante utilizada en la Ciudad de México se extendió en otros lugares dentro de la República Mexicana (Cruz & Serrano, 2018).

Los sociolectos podemos verlos representados en las personas sordas que están empezando a tener la oportunidad de acceder al nivel medio superior y superior, ya que ha surgido la necesidad de formar palabras específicas de las disciplinas que estudian (Cruz & Serrano, 2018). Esto de igual cuenta puede funcionar como registro, dado el tipo de contexto formal en el que las palabras son utilizadas.

También existen señas inicializadas que se encuentran en desuso o son utilizadas únicamente por sordos mayores de sesenta años, especialmente en aquellos que fueron acogidos por instituciones religiosas para su educación, donde se diseñaron señas para poder enseñar las oraciones como el Padre Nuestro (Cruz & Serrano, 2018).

En regiones donde la lengua española se encuentra en contacto con otras lenguas, se da origen a situaciones de contacto de lenguas, sin embargo, la característica fundamental es que las dos lenguas se deben emplear en el mismo espacio geográfico produciendo hablantes bilingües, y de esta particular situación lingüística, nace la variedad de contacto (Hualde, 2014).

En la actualidad los procesos migratorios, la globalización, además del auge de los dispositivos electrónicos que eliminan distancias, han propiciado fenómenos lingüísticos que se

originan por la reunión entre lenguas. Por ejemplo, en la frontera norte de México, la LSM ha entrado en contacto con la American Sign Language (ASL) por motivos laborales o educativos. Éstas tienen elementos significativos similares, por lo que se articulan de forma semejante y tienen un significado aproximado, incluso cuando no son lenguas que se puedan entender mutuamente (Cruz & Serrano, 2018).

Asimismo, en caso de que las personas sordas formen parte de comunidades indígenas, pueden incluso convertirse en personas trilingües al utilizar LS originarias, la LSM, aprender la lengua materna de sus padres y/o el español. Este es el caso de personas sordas pertenecientes a comunidades indígenas mayas que, con el tiempo, después de desarrollar un sistema de señas caseras para interactuar entre ellos y con sus familias, han logrado conformar una lengua de señas emergente, como lo es la Lengua de Señas Maya (LSMy). De tal forma que, a diferencia del norte de México, en el sur, el estado de Yucatán es testigo de una variación dialectal donde se utiliza tanto la LSM como la LSMy pues se encuentran en contacto (Cruz & Serrano, 2018).

La diversidad lingüística existente en la LSM abre una brecha entre el sistema educativo mexicano y el desarrollo de un modelo bilingüe intercultural para la Comunidad Sorda (Cruz & Serrano, 2018). Sin embargo, no sirve como justificación de las condiciones actuales de la educación pública para sordos, al contrario, funciona como una oportunidad de trabajo colaborativo entre Gobiernos y Comunidades Sordas de cada estado para prestar atención a la situación y, a su vez, convertir a las personas sordas en partícipes de las políticas públicas que les afectan directamente, pudiendo convertirlas en coherentes con sus necesidades específicas.

### ***1.2.2 Lengua de Señas y Lengua de Señas Mexicana.***

La LSM y la ASL encuentran su origen en la Lengua de Señas Francesa (LSF), la cual fue desarrollada por el abad de l'Épée en Francia en la segunda mitad del siglo XVIII (Smith & Cruz, 2006). Laurent Clerc, francés sordo graduado del Instituto de Sordos de París, fue invitado en 1816 por Thomas Hopkins Gallaudet a Estados Unidos para fundar el Asilo Americano para Sordos, ahora Escuela Americana para Sordos, la primera de su tipo en el país, lo que desencadenó que parte de la Cultura Sorda Francesa, incluida la Lengua de Señas Francesa (LSF), llegara a América.

En conjunto con las señas de casa que los estudiantes habían desarrollado a lo largo de los años con sus familias; la Lengua de Señas de Vineyard (LSV), una comunidad que en el siglo

XIX tuvo una inusual tasa de sordera; y el uso de la LSF; se desarrolló la ASL que, a su vez, originó el inicio de la transformación entre sordo (con “s” minúscula) a Sordo (con “S” mayúscula) (Edwards, 2005). En cambio, en México, Eduardo Huet, sordo desde los trece años, la trajo de Francia (Smith & Cruz, 2006).

En el contexto estadounidense, la Lengua de Señas sirvió para dos grandes propósitos, en primer lugar, integrar a las personas sordas en una comunidad, alejarlos del aislamiento y la oportunidad de adoptar una nueva identidad, donde la sordera no fuera algo indeseable que tuviera que ser eliminado y; por el otro lado, tuvieron la oportunidad de aprender a comunicarse en inglés con aquellos con los que no compartían lengua (Edwards, 2005).

La LS es la forma de expresión personal de las personas sordas, que se reconoce por su comunidad. Esta lengua se caracteriza por ser visual y espacial, donde no es necesario el uso de sonidos, y enfatiza las manos, el rostro, el cuerpo y los ojos, aprovechando al máximo la estimulación de los últimos y una mejorada perspectiva visual; por lo que comparten historia, valores, moral y experiencias (Sonnenstrahl & Legg, s.f.).

Mal llamadas lenguaje de señas, lengua de signos, entre otros, a raíz de la influencia de la ASL, un punto importante a aclarar es la diferencia entre lo que lenguaje y lengua en el español significa.

El lenguaje es un proceso tanto físico como biológico adjudicado al desarrollo, donde los individuos y las especies logran aprehender la realidad en sistemas de categorías y conceptos, a partir de las experiencias, capacidades y habilidades en conjunto con las necesidades, motivaciones y sentimientos del grupo al que pertenecen (Aitchinson, 1992; Tobón, 1997). Por lo que es una capacidad natural desarrollada a través de la evolución de órganos como la laringe, la boca y los labios; se considera una herramienta fundamental para los espacios sociales; también se intercambian conocimientos y experiencias de índole históricas, culturales y estéticas, de tal modo que cambiará dependiendo de la simbolización e interpretación ideológica de la época en cuestión (Pinzón, 2005).

Por su parte, una lengua es el “sistema de comunicación verbal propio de una comunidad humana y que cuenta generalmente con escritura” y “sistema lingüístico considerado en su estructura” (Real Academia Española [RAE], 2022, p.1). Principalmente, se adquiere, se enseña y se aprende, acompañada de los elementos fonéticos y morfológicos que le pertenecen, considerando las necesidades adaptativas y las circunstancias culturales; además de la situación



geográfica. De tal forma, que en su concepto también hay que tomar en cuenta su influencia en la constitución de pueblos, culturas, etnias e ideologías que han originado una cosmovisión particular (Pinzón, 2005).

Por lo antes mencionado, lenguaje y lengua tienen acepciones diferentes en el español, con base en los conocimientos lingüistas más recientes. Las LS tienen las mismas propiedades lingüísticas que las lenguas habladas, por lo que lo correcto es denominarlas lenguas, aunque no sean orales (Pettito, 1994). En este sentido, las características de las LS han hecho que la lingüística, originalmente interesada en lenguas orales, haya enfocado también su atención en éstas. En 1960, William Stokoe empezó a realizar estudios relacionados a las lenguas visogestual a través del análisis de la ASL, tomándolas como parte fundamental de la manifestación de la lengua y el lenguaje como seres humanos (Smith & Cruz, 2006).

Sin embargo, en México, todavía en los años 90' se consideraba que las señas no podían formar parte de una lengua, dado que carecían de estructura y estaban limitadas a conceptos concretos, sin consideración de abstracciones o simbolismos, además de que persistía la idea de que las infancias sordas que aprendían una LS nunca podrían acceder a la lengua oral (Smith & Cruz, 2006).

No obstante, en la actualidad podríamos desmentir varios de estos mitos al hacer unas cuantas consideraciones que se describen a continuación. Ninguna persona, ya sea sorda u oyente, ha inventado las señas de las palabras, sino que más bien, tal como las lenguas habladas, pasan de generación en generación como toda lengua natural, y las personas construyen distintos grupos sociales y culturales que facilitan el desarrollo de las personas sordas en diversos ámbitos de la vida diaria (Pettito, 1994; Smith & Cruz, 2006). Aunque sin duda, el punto más importante es el hecho de que las LS no son universales, otra importante característica de la variación lingüística (Pettito, 1994).

Además, por medio de un análisis lingüístico de las LS, se reveló que mantiene una organización gramatical, tales como un nivel subléxico de estructura interna de la seña, semejante a la fonética y los niveles silábicos; niveles que precisan las formas en que unidades significativas se unen para conformar señas complejas y señas que forman oraciones; y otras que se conjuntan con patrones conversacionales, tales como el discurso y los niveles pragmáticos de las lenguas orales (Pettito, 1994).

Adicionalmente, mantienen el mismo proceso para la expansión de su léxico, a través de los préstamos de otras lenguas; acentos dependiendo de la región; variación relacionada al nivel socioeconómico; y diferencias léxicas dependiendo de la edad, sexo y escolaridad del usuario. En otro sentido, Klima et al. (1972), identificaron que en la ASL se producen a la misma velocidad proposiciones a comparación del inglés hablado, incluso cuando para la articulación de las señas se requiere el doble de tiempo que al expresarlas por medio oral, esto dado a que se ahorran la expresión de pronombres, artículos y preposiciones, al hacer uso de otros recursos como son el espacio, la modulación de los movimientos de las señas y el uso de expresiones faciales para comunicar información gramatical.

Aunque las similitudes son variadas entre las LS y las lenguas orales, es importante reconocer las diferencias entre éstas para poder comprender el fenómeno que nos compete respecto a la psicoeducación. Por lo que, la morfología que se encarga del estudio de la estructura interna de las palabras y su relación con el significado también ha hecho lo mismo con las LS identificando varios elementos.

La dactilología, es una herramienta de comunicación desarrollada por maestros oyentes, desde hace más de tres siglos, para facilitar el aprendizaje de la lengua oral en su forma escrita y ahora forma parte de la Comunidad Sorda como un sistema de comunicación, dado que ofrece información de forma secuencial (Herrera et al., 2007). Está representada a través del alfabeto manual que bien podría equipararse al deletreo en la lengua oral; en otras palabras, cada letra tiene asignada una configuración manual y, en algunos casos, un movimiento que la representa (Serafín & González, 2011). Funciona también como una estrategia complementaria para la comunicación, aunque Herrera et al. (2007), la utilizaron en tareas escolares para fomentar la alfabetización, con la base de que la lengua oral está relacionada con la dactilología a través del sistema alfabético.

El alfabeto manual, al igual que las LS, no existe de forma universal, sino que se relacionan de cerca con las lenguas orales dominantes del país de origen, sin embargo, no debe de verse como la interpretación de la lengua oral a la LS, ya que es un recurso más empleado por la última para poder llevar a cabo la comunicación entre sus usuarios, tanto es así que se reconoce como un medio para dar a conocer conceptos que todavía no tienen una seña dentro de la Comunidad y también suele utilizarse el deletreo para comunicarse con oyentes no competentes en las LS (Smith & Cruz, 2006; Cruz & Serrano, 2014).

En los ideogramas, en cambio, la configuración manual (inicial y final) y los movimientos representan palabras que transmiten una idea clara del objeto al que hacen referencia (Serafín & González, 2011). Existen señas inicializadas, las cuales se caracterizan porque la configuración manual inicial se relaciona a la primera letra de la palabra escrita en la lengua oral, usualmente acompañada de otros elementos no necesariamente alfabéticos. En lo que respecta a la LSM, se han identificado grupos de señas que comparten la característica de inicialización, y que se distinguen las unas de las otras por el movimiento, ubicación, dirección y orientación para darle a cada una su significado particular (Smith & Cruz, 2006; Cruz & Serrano, 2014).

El grupo de señas inicializadas más importante conocido, son las que conforman los nombres propios, dado que se utiliza la configuración manual del alfabeto dactilológico correspondiente a la letra del nombre escrito en español, adjudicándole movimientos, posición inicial o final, configuración final, entre otros recursos, para la descripción de elementos particulares de la persona a quien hace referencia (Smith & Cruz, 2006). De esta forma, dos personas cuyos nombres se escriban exactamente igual en español, podrían ser diferenciadas por la Comunidad Sorda al asignarles una seña específica.

Sin embargo, esta relación entre la dactilología y los ideogramas no necesariamente es observada por los usuarios de las LS, ya que es sólo visible para aquellos que han tenido un mayor acercamiento a la lengua oral de forma escrita, usualmente relacionado con una mayor escolaridad (Smith & Cruz, 2006; Cruz & Serrano, 2014).

Además, en el uso de las LS, no es de mala educación señalar a la gente, de hecho, se utiliza como un elemento de información para facilitar la comunicación, especialmente cuando existen varios actores involucrados (Serafín & González, 2011), formando parte de la deixis que coloca en el espacio a un sujeto que puede ser referenciado varias veces en la misma conversación sin necesidad de mencionarlo nuevamente (Smith & Cruz, 2006).

Se utilizan elementos concatenativos como la composición para la creación de palabras nuevas, ya sea por la suma de dos o más señas sin modificación alguna, con modificaciones o unidos para una comprensión temporal. Y utilizan elementos no concatenativos como la reduplicación, la suprafijación, la fusión, la gradación, la escenificación interactiva y la esquematización secuencial (Smith & Cruz, 2006), elementos que en este documento no revisaremos a más detalle.

Por su parte, el rasgo no manual se caracteriza por ofrecer más información de la que se está dando a través de las señas; su uso más común es al expresar negación, aunque también representa afirmación, emociones y estados de ánimo; por lo que es importante tomar en cuenta que se debe evitar el mascar chicle, dado que podrían provocar confusión en el interlocutor al realizar la interpretación de estos rasgos (Serafín & González, 2011).

Las LS tienen su propia gramática y modismos (Meador & Zazove, 2005). Ahora bien, aunque la LSM ha empezado a ser utilizada, todavía es muy común la práctica de utilizar el español signado, que consiste en hacer una traducción literal de las palabras del español a señas, a raíz de los esfuerzos para calcar la gramática del español hablado utilizando la afijación, prefijación y/o sufijación, incluso cuando estos procesos han sido abandonados por torpes y pesados. Cuando en una conversación es necesario representar el género de la persona a la que se hace referencia porque resulta relevante para el contexto de la conversación, se utiliza el sufijo FEMENINO o MASCULINO, dependiendo del caso; de tal forma que este sufijo, que es utilizado de forma natural por las personas sordas, ofrece más información respecto a lo que se está diciendo (Smith & Cruz, 2006).

Ciertamente, una gran diferencia entre ambas son los procesos neurológicos que se deben llevar a cabo para hablarlas y señalarlas. Pettito (1994) señala que los estudios que se centran en la adquisición temprana de las LS identificaron que al utilizar diferentes modalidades de percepción (la vista y el sonido), son respaldados por diferentes áreas neuronales. Sin embargo, a pesar de los mecanismos radicales de adquisición, los niños sordos que fueron expuestos a las LS desde el nacimiento llegan a utilizarla en un tiempo de maduración idéntico al de los niños oyentes con las lenguas habladas, identificando etapas similares prelingüísticas y postlingüísticas. Además, Pettito (1994) también identifica que los niños oyentes que crecen en ambientes expuestos a una LS y una lengua hablada no tienen preferencia por alguna de ellas, desarrollándose como bilingües.

En este sentido, Pettito y Marentette (1991, como las citaron Herrera et al., 2007), identificaron en un estudio con bebés sordos y oyentes que el balbuceo oral y manual poseen características en común, coincidiendo en unidades fonéticas restrictivas, una organización silábica y sin referente o significado.

Sin embargo, fue comprobado también que los niños sordos son capaces de articular señas mucho más temprano que sus símiles oyentes lo hacen con las palabras, esto lo explica

Wilbur (1979), al indicar que la lengua de señas es de fácil articulación, las señas lingüísticas son continuación del balbuceo prelingüístico, el carácter icónico de las señas, además de que, el desarrollo neuro-muscular usado para señar se desarrolla antes del sistema para hablar.

Sea como sea, es importante señalar que las lenguas orales y las lenguas de señas, tienen importantes diferencias en las reglas morfológicas y sintácticas, lo que hace que su aprendizaje diverja entre oyentes y sordos (Herrera et al., 2007).

En México, existen comunidades de señantes nativos que adquirieron la LSM dentro del periodo usual de adquisición de la lengua, además de aquellos que la adoptaron como segunda lengua conforme a la relación que mantuvieran con la Comunidad Sorda (Smith & Cruz, 2006).

Después de varios acontecimientos de importancia para la Comunidad Sorda donde fueron ganando y perdiendo terreno en un proceso histórico, de los cuales algunos se tratarán en el apartado 1.4 Cultura Sorda, el 11 de junio de 2005 la Ley General de las Personas con Discapacidad se promulga, reconociendo al fin a la LSM como una lengua patrimonio de la República Mexicana (Jullian, 2018).

La definición que se encuentra en este documento al respecto de la Lengua de Señas es "lengua de una comunidad de sordos, que consiste en una serie de signos gestuales articulados con las manos y acompañados de expresiones faciales, mirada intencional y movimiento corporal, dotados de función lingüística, forma parte del patrimonio lingüístico de dicha comunidad y es tan rica y compleja en gramática y vocabulario como cualquier lengua oral" (Jullian, 2018, p.15).

En mayo de 2008, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el "Decreto Promulgatorio de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad", que en el cuarto punto del artículo 30, declara que "las personas con discapacidad tendrán derecho, en igualdad de condiciones con las demás, al reconocimiento y el apoyo de su identidad cultural y lingüística específica, incluidas la lengua de señas y la cultura de los sordos" (p. 12). Esto representó un gran triunfo para las Comunidades Sordas, dado que toda prohibición del uso de la Lengua de Señas Mexicanas está fuera de la ley, sin embargo, hoy día todavía se encuentran dificultades para que profesionales puedan adoptar su uso como forma de comunicación. Esto es originado bajo la idea de que es más fácil que las personas sordas puedan aprender a hablar o escribir español, que es la lengua de la mayoría, a aprender una LS; incluso cuando ésta es accesible para ambas partes (Secretaría de Gobernación, 2008).

La LS es la lengua natural de las personas sordas e intentar que aprendan una lengua oral como único medio de comunicación es parte de una discriminación sistemática, porque a la par se le exige al Sordo basar su identidad en una estructura de valores, ideas y relaciones sociales de una comunidad que no está capacitada para comunicarse con él. En este sentido, aunque las lenguas maternas hacen referencia a aquella que le pertenece a la madre y por tanto al hijo, en estos casos el esquema se rompe. Para esto, Fridman (2012) redefine el sentido de lengua materna a la que escoge la madre (o tutores) para que su hijo o hija base su identidad, incluso cuando no sea la propia.

Ciertamente, los sordos hispanohablantes bien pueden asumir el español como su lengua materna, pero en el resto de la Comunidad no será así. Al contrario, tienen la posibilidad de asumir la lengua de sus familiares como la segunda que aprendan y convertirse en bilingües (Fridman, 2012).

De tal forma que la identidad de las personas oyentes en familias con personas sordas se mantiene íntegra y, en cambio, se enriquece al aceptar la diversidad de las identidades sociales al aprender la LS como segunda lengua.

### **1.3 Personas Sordas y Oyentes**

Las personas sordas y oyentes se relacionan entre sí en una sociedad en común de la cual, los primeros no necesariamente comparten cultura, sin embargo, se interrelacionan dentro de la diversidad de familias que existen dentro de las comunidades humanas. En este sentido, no es de extrañar que la sordera en las familias interprete papeles distintos dependiendo de los roles que ejerzan las personas sordas en las familias nucleares y extendidas. Fridman (2012), indicó que el 80% de los sordos señantes se casan con sordos señantes. Edwards (2005) afirmó que el 90% de niños sordos nacen en familias con padres oyentes; y Andreu (2016) explicó que el 90% de padres sordos tienen hijos oyentes.

A los niños oyentes nacidos en familias con uno o ambos progenitores sordos, se les denomina “Hijo Oyente de Padres Sordos” (HOPS) o “Children of Deaf Adult” (CODA). Esto representa otros tipos de problemas referentes a la comunicación entre ambas partes que están relacionados con la forma que adoptan para llevarla a cabo. Muchos hijos oyentes aprenden la LS como una primera lengua, adquiriendo los aspectos característicos de ésta como las expresiones gramaticales faciales, el uso del espacio, entre otros, que no necesariamente se

encuentran en la lengua hablada. También cuentan con la posibilidad de aprender la lengua oral, especialmente si otros miembros de la familia y/o del entorno social la utilizan (Andreu, 2016).

Dadas estas particulares características, los CODA son miembros biculturales y bilingües que se mueven entre la Comunidad Sorda y Oyente, y que muchas veces fungen como mediadores e intérpretes entre ambas, a pesar de no tener la edad o la formación adecuada.

Sin embargo, sacaron provecho de su situación en pro de la Comunidad Sorda. A principios de los 60's, cuando todavía no existían programas de formación respecto a la interpretación en Estados Unidos, muchos de los hijos oyentes fueron pioneros en este rubro, creando una disciplina basada en conocimientos culturales y lingüísticos que se adaptaba a las necesidades de la Comunidad Sorda. Cuando en los 70's se aprobaron leyes en Estados Unidos para asegurar los derechos de las personas sordas, aumentó la demanda de intérpretes y, por tanto, se visibilizó la necesidad de su formación. Muchos de los profesores en estos cursos eran los mismos intérpretes que les daban clase a hijos oyentes de padres sordos (Andreu, 2016).

En la otra cara de la moneda, un punto clave a considerar es que los niños sordos de padres oyentes pueden acceder tanto a la LS como a la lengua materna de sus padres, teniendo la posibilidad de convertirse en bilingües de la misma forma que los CODA. Sin embargo, en ocasiones no ocurre así, siendo situaciones donde las familias inventan señas “caseras” para el uso dentro del hogar sin utilizar realmente una LS y tampoco se les insta a aprender una lengua hablada ya sea escrita o por medio de la oralización; a pesar de que los niños sordos tienen derecho a que sus familiares aprendan la LS con la finalidad de comunicarse con ellos, como lo harían con un niño oyente a través de una lengua oral (Sonnenstrahl & Legg, s.f.).

De igual manera, para que el acceso a la LS sea oportuno, es necesario que la detección de la sordera ocurra desde el nacimiento; que los padres cuenten con la orientación adecuada para superar el duelo que conlleva; que aprendan la LS y; que logren comunicarse fluidamente en LS con su hijo (Cruz, 2017).

Es natural que al saber que un hijo tiene un déficit, exista un tiempo de procesamiento y de adaptación, sin embargo, la perseverancia y fortaleza de los padres influye directamente en el desarrollo emocional y social del niño, por lo que es importante no caer en la indulgencia y establecer la comunicación dentro de la familia (Pabón, 2009).

Adicionalmente, el 80% de los adultos sordos señantes se relacionan con una pareja sordo señante. Mientras que el 90% mantienen una relación de parentesco sanguíneo con personas oyentes, siendo padres, hermanos e incluso hijos (Fridman, 2009).

También, podemos hablar de las relaciones que se dan en las familias cuando uno o varios hijos son oyentes y otro u otros son sordos. En el caso de la Escuela de Sordos de Maryland permite que los hermanos de sus estudiantes ingresen a la escuela ciertos días de la semana, intentando representar un modelo de inclusión inversa; de esta forma, la escuela se asegura que los miembros de la familia se involucren en el aprendizaje de los niños sordos y ambas partes cuenten con una educación bilingüe. En este sentido, la mayor parte de las escuelas de sordos son las que proveen clases de LS y otros servicios a los padres (Murray et al., 2018).

#### **1.4 Cultura Sorda**

En 1960, el lingüista William Stokoe propuso que las LS no eran una forma empobrecida de sus propios idiomas, sino que funcionaban al igual que una lengua natural. De esta forma, el interés por el estudio de éstas fue en aumento, surgiendo la idea de que se desarrollaban dentro de una cultura con una cosmovisión con prácticas sociales y ciertas características (Jullian, 2018). Los usuarios de las LS usualmente comparten conductas, actitudes y costumbres, por lo que se distinguen como un grupo cultural (Pettito, 1994).

García (2004) indica que pertenecer a la Comunidad Sorda está definida a partir del uso de la LS, los sentimientos de identidad grupal, el autorreconocimiento y la identificación como Sordo. De tal forma que la Confederación Nacional de Sordos (CNSE), establece que la Comunidad Sorda es el conjunto de personas tanto sordas como oyentes que comparten lengua, experiencias, objetivos y fines comunes, que les permiten convivir y luchar por la defensa de sus derechos e intereses grupales.

En México, estas ideas llegaron en las últimas dos décadas del siglo XX, donde se sabía poco de las Comunidades Sordas, sin embargo, se considera que su origen tiene relación con la creación en la Ciudad de México del internado “Escuela Nacional de Sordomudos” (ENS) en 1867, cuyo primer director fue Eduardo Huet (Jullian, 2018), la cual forma parte del patrimonio tangible e intangible de la Comunidad Sorda (Cruz & Serrano, 2018). Antes de esto, durante el México novohispano e independiente las personas sordas estaban en relación con las personas



oyentes, tratando de adaptarse a la realidad discapacitante, sin unirse como un colectivo (Jullian, 2018).

La Comunidad Sorda tuvo tres ejes fundamentales para su conformación dentro de la ENS. En primer lugar, el uso de las señas como el medio para la enseñanza de sus alumnos, formando vínculos sociales entre sus internos, conformando una identidad única basada en la comunidad lingüística que crecía y se enriquecía dentro de la escuela. Esto conllevó a un impacto mucho más grande, dado que una vez que los estudiantes terminaron sus estudios, difundieron lenguas de señas que se habían moldeado dentro de los colegios. En segundo término, por la enseñanza de oficios tales como carpintería, imprenta, sastrería, zapatería, entre otros, muchos sordos pudieron sostenerse fuera de la escuela. Y, por último, la participación de los internos en prácticas deportivas que entre 1920 y 1930 obtuvo importantes triunfos compartidos al resto de la sociedad por medios locales (Jullian, 2018).

Lamentablemente, la Comunidad Sorda tuvo que conformarse en menos de 20 años, dado el cambio educativo de 1880 cuando el oralismo surgió y empezó a ganar terreno. Sin embargo, se logró afianzar a través de los otros dos ejes que también permitió la apertura de otros espacios en el siglo XX donde la Comunidad Sorda se desarrolló, por ejemplo, las asociaciones de exalumnos, la Asociación Deportiva Silente de México, la Asociación Mexicana de Sordomudos, el Club Deportivo de Sordomudos y la Federación Mutualista de Sordomudos, conformadas entre 1931 y 1946. Todos estos espacios se convirtieron en lugares donde la palabra “Sordo” perdió su categoría negativa basada en la no capacidad de oír, y se transformó en parte de una identidad positiva, integrando características multidimensionales como los anhelos, gustos y capacidades (Jullian, 2018).

Posteriormente, tuvieron oportunidad de formar parte de los rituales religiosos, gracias al sacerdote claretiano Camilo Torrente que realizaba las confesiones por medio de señas. En este aspecto, en 1985 se conformó oficialmente la Asociación de Sordos Católicos del DF; un año después, la Comunidad Católica de Sordos de México que tenía el objetivo de realizar una peregrinación a la Basílica de Guadalupe de manera anual los primeros días de enero; Comunidades Sordas de otros estados no se quedaron atrás, oficializando el grupo de Sordos católicos en Toluca y en 1989 los de Guadalajara y Morelia, entre otros. De esta forma, personas sordas que no podían o no querían integrarse a las actividades deportivas, contaron con un espacio donde pudieron desenvolverse (Jullian, 2018).

Sin embargo, perdieron el espacio educativo a mediados del siglo XX, cuando la nueva metodología por fin conquistó a la ENS y se convirtió en el Centro de Rehabilitación Dos, con la prohibición del uso de señas, reducción de los contenidos académicos y de capacitación laboral, a fin de dedicar la mayor parte del tiempo a las terapias orales (Jullian, 2018).

A pesar de que existieron protestas por parte de la Comunidad Sorda, no se prestó atención a sus demandas. Para bien o para mal, este proceso histórico permitió que la Comunidad Sorda de la Ciudad de México, al igual que muchas otras que se conformaron a partir de una escuela formando comunidades lingüísticas (Smith, 1986; como lo citó Jullian, 2018), tuviera una identidad particular definida por la incomprensión de las autoridades y que, sin embargo, no lograron ser arrebatados de la LS que fue transmitida como una forma de comunicación, eje fundamental de su identidad (Jullian, 2018).

Por el otro lado, el resto de sordos en el país, consideraron a los egresados de la ENS con un alto dominio del uso de la LSM, además del español escrito, y muchos profesores Sordos de la Ciudad de México se dieron a la tarea de enseñar LSM a las comunidades fuera del área metropolitana (Cruz & Serrano, 2018).

Las personas que se refieren a sí misma como sordos (con “s” minúscula, personas incapaces de oír), usualmente no se consideran como miembros de la Comunidad Sorda, incluso cuando sean sordos profundos; también prefieren el uso de una lengua hablada al comunicarse con otros. Por el otro lado, las personas que se consideran como Sordos (con “S” mayúscula, miembro de una comunidad lingüística) pertenecen a la Comunidad Sorda, con su propia cultura y costumbres sociales, por lo que utilizan una Lengua de Señas y que, en la mayoría de los casos, tienen un nivel bajo de lectura de una lengua oral (Meador & Zazove, 2005). Es importante recalcar que la interacción que mantienen con el entorno está basada en la vista y, por lo mismo, la LS es un eje fundamental para el desarrollo identitario de los Sordos (con “S” mayúscula) (Fridman, 2009).

En contextos donde los riesgos de marginalización y aislamiento son mayores, una inadecuada detección e intervención temprana comprometen el desarrollo lingüístico, social y cognitivo de niños sordos; implicando también la falta de apoyo y guía para los padres que en su mayoría son oyentes. Los problemas de desarrollo se mantienen hasta la adultez, y se agravan en contextos donde la experiencia y las implicaciones de ser sordo, no son totalmente entendidas o son un estigma, o la accesibilidad a la LS es limitada (Swanwick et al., 2020).

En este sentido, aquellos niños sordos que nacen con padres oyentes, cerca del 90% (Edwards, 2005), por lo general, no conforman una comunidad de manera inmediata; accediendo tiempo después a través de educación en programas para sordos con otros niños y adultos sordos. Estos programas los apoyan, ya que no solamente les proveen de un ambiente socialmente accesible, a través de la experiencia inmersiva de tener interacciones sociales con quienes comparten lengua y una visión similar del mundo, sino que también obtienen acceso a la Comunidad Sorda, su historia y sus valores (Sonnenstrahl & Legg, s.f.).

De tal forma, que la Cultura Sorda está dada desde la diferencia en el uso de la lengua, y la sordera es una forma de vida y ser, donde la experiencia visual es mucho más rica e importante que la auditiva. Respecto a esto, muchas de las personas sordas que hablan de la primera interacción que tuvieron con este tipo de ambiente, la describen como un sentimiento de “hogar”, comunidad y una sensación de conexión con entendimiento compartido (Sonnenstrahl & Legg, s.f.). Además, los adultos sordos protegen a los jóvenes y niños para acompañarlos en sus inicios dentro de la Comunidad Sorda, en conjunto de estrategias para favorecer su contacto con los oyentes (Cruz & Sanabria, 2021).

Sin embargo, en muchos contextos del sur, donde prevalecen infraestructuras y prejuicios sociales, la experiencia de pertenecer a un grupo con identidad no permanece en la vida de los niños y jóvenes sordos más allá de estos programas, especialmente porque fuera de éstas la sordera es percibida como una condición médica (Ademokoya, 2019; Lissi et al 2019; Mandke & Chandekar, 2019).

La Cultura Sorda, por tanto, provee a los niños sordos una comunidad, una lengua y una historia que refleja sus fortalezas y habilidades, dejando de lado sus “carencias”; negárselas, es un abierto rechazo a las personas que comparten la experiencia y la negativa a una identidad cultural (Sonnenstrahl & Legg, s.f.). Además, a ninguna persona, que se le considere “normal” en la sociedad, se le niega el derecho a una comunidad; se nos permite desarrollarnos en la interdependencia, ¿por qué los niños y adultos sordos serían la excepción?

Esto ha sido considerado por las legislaciones vigentes en nuestro país, por lo que la Ley General de las Personas con Discapacidad, promulgada el 11 de junio de 2005, en su Artículo 10, incisos VIII, VI, X y XI, menciona que el estado tiene la obligación de garantizar el acceso a las personas sordas la educación pública obligatoria basada en un modelo bilingüe, comprendiendo la enseñanza del español y la LSM (Fridman, 2012).

Sin embargo, se les niega. México no está preparado para albergar a las Comunidades Sordas y proteger la Cultura Sorda, al menos desde la educación formal, incluso cuando estudios han demostrado los beneficios cognitivos, sociales y académicos de una educación basada en una LS con maestros expertos en ésta (Murray et al., 2018).

En México, en 2014, respecto a las y los niños que no se encontraban estudiando, los que habían alcanzado un nivel de estudios a primaria sin discapacidad fue del 57.3% y con discapacidad el 61.3%, mientras que los que se habían quedado en secundaria sin discapacidad fue del 8.1% y con discapacidad 6.3% (SEDESOL, 2016), sin embargo, es necesario tomarse estos porcentajes con reticencia, dado que no se informan el número de niños que conforman los porcentajes, por lo que podrían ser no equivalentes.

Fridman (2011), con apoyo de la Comunidad Sorda Mexicana, realizó un estudio de las escuelas de educación formal a la que pueden acceder las personas sordas. Entre ellas, los Centros de Atención Múltiple (CAM), que van desde los muchos donde la LSM no existe como tal o está prohibido su uso en el salón de clases porque los profesores no lo dominan y se profundiza en la vocalización de palabras; hasta unos pocos que son asediados por las instituciones gubernamentales para cambiar sus métodos, donde los sordos tienen oportunidad a través de un programa de educación bilingüe y la LSM forma parte del proceso enseñanza-aprendizaje.

También podrían tener acceso a una escuela regular hispanohablante, con el apoyo de la Unidad de Servicio de Apoyo a la Escuela Regular (USAER), y sus propios familiares como intérpretes, traductores y docentes auxiliares; y si tienen la suerte de encontrar a al menos un sordo señante, podrán socializar en LSM, siempre fuera del salón de clases.

Por último, existen unas cuantas escuelas de educación especial privada, donde se dedican los esfuerzos en promover la participación de la familia, tanto oyente como sorda, en el proceso bilingüe de LSM y Español.

En muchos lugares donde la inclusión ha sido llevada a la práctica como la integración de niños que viven con discapacidad en escuelas locales, se ha hecho sin el soporte necesario por lo que conviven diariamente en términos de aislamiento de sus pares oyentes y sordos (Berry, 2017; McKee, 2008), provocando a su vez ansiedad, depresión e ira que dificultan las relaciones interpersonales (Delgado-Suárez & García-Rodríguez, 2021).

El derecho del estudiante es participar en espacios donde su potencial sea aprovechado al máximo, como en las escuelas y otros espacios de reunión, y en el caso de las personas sordas esto, a su vez, significa un lugar donde reciben apoyo colectivo y desarrollo identitario y cultural, en un modelo bilingüe; y este es mucha más ayuda que la que recibirían en escuelas comunes (Murray et al., 2018).

Fridman (2009) menciona que, aunque el bilingüismo es común en las personas sordas, la única manera de acceder al entendimiento del español es a través de una lengua natural como lo es la LS, en el caso de sordos señantes y semilingües. De igual forma, el proceso de enseñanza-aprendizaje del currículo es necesario que considere el pleno desarrollo de la LS (Cruz & Sanabria, 2021).

Fridman (2011) recalca que la exclusión es sistemática, a partir de la interpretación de inclusión educativa, brindándole a los sordos el mismo trato que a los oyentes, omitiendo las necesidades particulares de cada uno de los tipos de sordos, que van desde las lingüísticas hasta la identidad colectiva. Esto invisibiliza la manera de aprehender la realidad a través de una lengua visual en el caso de sordos señantes, la necesidad de adquirir una lengua de sordos semilingües, y la oportunidad de mantener lazos familiares y comunitarios de sordos hablantes que desean conservar su identidad.

De tal forma que la verdadera discapacidad proviene de la que sistematiza el Estado al ignorar las necesidades de las personas sordas, al englobar su situación en un problema homogéneo, cuando en realidad la posición está dada por multifactores de origen social, psicológico, lingüístico, político, entre otros, y está influida por las características particulares del sordo o Sordo.

Estas afirmaciones están apoyadas del hecho de que en México no existe normatividad respecto al qué y cómo enseñar la LS, dejando la responsabilidad a las instituciones dedicadas a esto la elección de los contenidos conforme a las necesidades particulares de la población en la que estén en contacto, pudiendo ser estudiantes sordos, docentes en formación, intérpretes de la LS e incluso, oyentes aprendices de la LS (Cruz & Sanabria, 2021).

Los debates que tratan temas de inclusión se centran, de manera general, en la preservación y la protección de la identidad cultural y lingüística de las personas sordas, tomando en consideración una inclusión responsable socialmente con la diversidad (Swanwick et

al., 2020). Y dadas las características heterogéneas de la población, no es un debate que terminará pronto.

Además, hay que tomar en cuenta que, como minoría cultural y lingüística, la Comunidad Sorda busca que la educación que se les ofrece esté basada en un modelo bilingüe y bicultural, donde la LS es el principal medio de comunicación del curriculum, incluso cuando conviva con lenguas orales dentro de las aulas; que pueda ser conocida por los estudiantes en sus estructuras gramaticales y morfológicas; impartición de un o una profesora sorda de contenidos respecto a la Historia y Cultura Sorda; contar con profesionistas sordos que puedan ser medio de aliento para sus estudiantes, y; contar con el rigor científico para medir los alcances del proyecto (Fernández-Viader, 2002).

Las personas sordas tienen prácticas y reglas de etiqueta diferentes a las del mundo oyente. Siempre actúan para facilitar la comunicación, por lo que tienden a ser francos, lo que no se considera grosero, mientras que las salidas repentinas, las conversaciones privadas y romper el contacto visual, entran en esa categoría (Edwards, 2005). Además, como antes se mencionó, utilizan señas inicializadas para poder nombrar a las personas, haciendo referencia a la seña del alfabeto manual con la que empieza el nombre de la persona, acompañada de otros rasgos que en muchas ocasiones resaltan características personales importantes (Cruz & Serrano 2014), de tal forma, que dos personas con el mismo nombre en español podrían contar con una seña particular en el mundo Sordo para poder diferenciar entre ambos. Nótese que es una característica de la LS y de la identidad cultural de las personas sordas.

También reconocen el rol crucial que tienen las escuelas en la vida, la identidad y Cultura Sorda, sin embargo, prefieren las escuelas residenciales. Tienen su propia herencia lingüística y la LS es parte importante de su identidad como Sordos (Edwards, 2005). Las escuelas sordas tienen espacios de desarrollo para la interacción entre generaciones de sordos para asegurar la transmisión de la LS y la Cultura Sorda (Senghas & Coppola, 2001; Anglin-Jaffe, 2013; Quinn, 2010; Murray et al., 2018). Sin embargo, esto engloba únicamente a los Sordos (con “S” mayúscula).

Es cierto que la heterogeneidad de la situación dificulta el abordaje de la sordera, ya que en primer lugar, sería necesario facilitar espacios donde el modelo bilingüe sea llevado a cabo, siempre considerando la diversidad de identidades en las personas sordas, hablando tanto de la pérdida auditiva, la edad en que ésta sucedió, las características del entorno, etnicidad, capacidad

de acceder a una lengua oral y antecedentes de lengua en la familia (Murray et al., 2018; Saizarbitoria, 1999). Sin embargo, es importante entender que la LS juega un papel fundamental en el desarrollo de la identidad de las personas sordas y la conformación de sus comunidades.

## **CAPÍTULO 2. PANDEMIA POR COVID-19 Y SU IMPACTO EN LA COMUNIDAD SORDA**

A finales de 2019, el nuevo coronavirus tipo 2 (SARS-CoV-2) causante del síndrome respiratorio agudo severo, responsable de la enfermedad respiratoria COVID-19, fue identificado en la ciudad de Wuhan, la capital de la provincia de Hubei en China. Sin embargo, fue hasta el 20 de enero de 2020 que se anunció oficialmente que existía el contagio de persona a persona. Para el 1° de febrero de 2020, la enfermedad había causado miles de casos y 258 muertes en 21 países colindantes a China (Chen et al, 2020).

De esta forma, llegó a México el 27 de febrero de 2020, y las primeras precauciones que se adoptaron fueron la implementación del distanciamiento social y medidas de cuarentena, con la finalidad de disminuir la propagación del virus, además de evitar la sobresaturación de los servicios de salud (Barnett-Howell & Mobarak, 2020).

No obstante, cada gobierno tomó decisiones para la protección o no, de su población, dependiendo de los recursos económicos con los que contaba. En este sentido, la principal problemática radicaba en cuánto tiempo podían soportar las economías mundiales el confinamiento y la disminución de actividades productivas. En países ricos, el impacto fue mayor en su Producto Interno Bruto (PIB), tales como Estados Unidos y Japón, donde la pérdida fue de 130%, a comparación de países pobres, por ejemplo, India, Bangladesh, Pakistán, Nigeria, Nepal, donde estuvo alrededor del 60% (Barnett-Howell & Mobarak, 2020).

Los resultados de las medidas de confinamiento están principalmente afectados por tres factores; en primer lugar, los países pobres tienen poca población anciana que pudiera beneficiarse de las medidas de distanciamiento; en segundo punto, la necesidad de mantener la curva de contagio a la baja con tal de disminuir la ocupación hospitalaria y; por último, la priorización de las personas por tomar oportunidades de generar ingresos, con tal de poner comida en la mesa. En países pobres, es mucho más fácil que las personas acepten mayores riesgos a su salud física, por una menor compensación (Barnett-Howell & Mobarak, 2020).

Las medidas que persiguen la protección de la vida deben tomar en cuenta también los beneficios económicos que representan. En una población que vive con una discapacidad auditiva que está experimentando una situación de aislamiento mucho mayor (Trecca et al., 2020), hay que tomar en cuenta la variable de recursos económicos, el acceso al trabajo y las mismas dificultades a las que se enfrentan las personas sordas, y cómo la pandemia por COVID-



19 las afectó, por ejemplo, con el uso obligatorio de mascarilla frente a la necesidad de la lectura de labios para interactuar con el mundo.

En 2014, el Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares (MCS-ENIGH) del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2014), estimó que el 6.4% de la población mexicana (7.65 millones de personas) contaba con al menos una discapacidad, perteneciendo la pluralidad al grupo etario de personas adultas mayores. En el Censo Poblacional del 2020, el INEGI reportó a 2.9 millones de personas con limitación en la actividad de escuchar. Adicionalmente, comunicó que 864,662 son personas con limitaciones en la actividad para hablar o comunicarse.

Con estas cifras podríamos hacernos a la idea de cuántas personas requieren servicios de atención hacia la pérdida auditiva o la necesidad de terapia de lenguaje, sin poder hacer un análisis de la situación integral, dado que se omite información relevante respecto a la pérdida de auditiva, el origen de esta, alfabetización, usuarios de la Lengua de Señas, incluso cuando es una indígena, entre otros. Por lo que, a nivel estructural, se requiere un análisis completo para la implementación de políticas públicas que puedan beneficiar a las personas sordas de manera íntegra, incluyendo las características particulares de cada una, siguiendo las clasificaciones propuestas por Fridman (2011).

En México, el MCS-ENIGH (2014) identificó que en cuestión de discapacidad auditiva y del habla existe mayor incidencia en hombres que en mujeres. Además, el 21.7% de personas con discapacidad de población indígena vive con discapacidad auditiva y el 8.3% con discapacidad del habla. Asimismo, la prevalencia es mayor en zonas más pobladas del centro del país.

Sin embargo, hablando de generalidades en el 2014 el Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), reportó que el 54.1% de las personas con discapacidad se encontraban en situación de pobreza, de las cuales 12.7% estaba en pobreza extrema, además de otras tasas alarmantes respecto a rezago educativo (51.1%), carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda (24.6%) y carencia de acceso a la alimentación (31.1%), superiores a las tasas de prevalencia de los resultados nacionales. No obstante, en las tasas de acceso a los servicios de salud (16.4%), carencia por acceso a la seguridad social (42.9%) y carencia por calidad y espacio de la vivienda (10.7%) resultaron menores (Secretaría de Desarrollo Social [SEDESOL], 2016).

En la Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (ENADIS), los principales problemas que fueron mencionados por las personas con discapacidad engloban situaciones de desempleo (27.5%), discriminación (20.4%) y falta de autosuficiencia (15.7%). Por lo que se requieren de estrategias que puedan impulsar las capacidades productivas, ya sea tendiéndolo desde el importante rezago educativo o por el fomento de inclusión en los mercados laborales, además de un cambio en la percepción respecto a las aptitudes productivas de las personas con discapacidad; intentando promover con ello el desarrollo económico y la independencia de los núcleos familiares (SEDESOL, 2016).

En este sentido, dado que la participación en los mercados de trabajo es limitada, la obtención de ingresos con el fin de satisfacer las necesidades básicas, también lo es. A su vez, se relaciona con la precariedad en la educación básica que evita el acceso a grados superiores de preparación, dificultando la obtención de empleos donde es necesaria la preparación y especialización (SEDESOL, 2016).

Además, existe la idea de que las personas con discapacidad tienen límites respecto a su productividad (Consejo Nacional Para Prevenir la Discriminación [CONAPRED], 2012), obstruyendo los derechos y el desarrollo profesional y humano de este sector. Incluso si tuvieran acceso al mercado laboral, es probable que reciban un sueldo menor que el resto de las personas en un mismo puesto. Esto no sólo funge como medio de discriminación, sino también como barrera, ya que las personas con discapacidad están menos dispuestas a tomar un empleo por sueldos bajos, dado que tienen que enfrentar diferentes obstáculos tanto en la realización de las actividades laborales como en la búsqueda de empleo (SEDESOL, 2016).

Por otro lado, el conocer la edad desde que las personas viven en condiciones de discapacidad es importante ya que se relaciona al capital humano (SEDESOL, 2016), y al menos en el caso de las personas sordas, hará la diferencia entre el acceso a una lengua oral en su forma escrita, de una LS y el desarrollo educativo.

Respecto al tipo de ocupación desempeñada por las personas con discapacidad, el MCS-ENIGH en 2014 muestra que el porcentaje de las personas con discapacidad que trabajan por cuenta propia es del 26.6% mayor al de personas sin discapacidad (13.5%). Sin embargo, dada las características de la población es importante que cuenten con seguridad social que incluye servicios de salud, cotizaciones a cuentas de pensiones, entre otros, que en mayor medida se obtienen a través de un trabajo formal, principalmente como subordinado, donde las personas

con discapacidad tienen una incidencia del 51.3% mucho menor al de personas sin discapacidad (72.9%). Por si esto fuera poco, el ingreso mensual promedio es menor en las personas con discapacidad.

Por último, según la ENPDis (Instituto Nacional de Salud Pública, 2010) ningún centro de trabajo cuenta con algún tipo de ayuda en LSM.

Esto cobra un nuevo sentido, en una situación de emergencia sanitaria como la pandemia por COVID-19, ya que son las pruebas de que, al igual que la mayoría de la población mexicana, las personas sordas tuvieron dificultades para permanecer en casa por la precariedad de los empleos en los que se desempeñan y la situación de sus finanzas; a pocas excepciones que tal vez pudieron permanecer más tranquilas durante un mayor tiempo.

La pandemia de COVID-19, es un evento histórico que la mayor parte de la población no pudo haber previsto, y a partir de entonces, se ha generado una variada investigación enfocada a diferentes ámbitos y sectores de la población.

En el documento “Respuesta inclusiva de la discapacidad al COVID-19” (mayo, 2020), de las Naciones Unidas, reconocen que las personas que viven con discapacidad son las más afectadas en lo social, lo económico y las complicaciones de salud originadas por la crisis del COVID-19 (Swanwick et al., 2020).

La Federación Mundial de Sordos (FMS; como lo citó Swanwick et al., 2020), menciona que es mayor la vulnerabilidad de las personas sordas durante tiempos de crisis, dado que pertenecen a un grupo marginalizado; de igual forma, hizo un llamado para proveer acceso a la información y a los servicios de salud en las Lenguas de Señas nacionales, tomando en cuenta actividades de la vida diaria, la educación y otros servicios públicos que tuvieron que realizarse en diferentes formas durante la pandemia. Por lo que la pandemia por COVID-19, arrastró a la Comunidad Sorda a un lugar mucho más precario, estando desprotegidos frente a la enfermedad (Velasco et al., 2021).

## **2.1 Barreras de acceso a la información**

Mayor conciencia en los patrones de dispersión de la enfermedad y las medidas preventivas, como aumentar la atención en la higiene, el uso de cubrebocas y reducir el contacto personal, puede reducir el impacto de la enfermedad de COVID-19 (Chen et al, 2020). Sin

embargo, las personas sordas tienden a ser desempleadas o trabajar informalmente, que a la vez los vulnera financieramente (Office of the High Commissioner for Human Rights, 2020).

La tecnología permite que la información pueda transmitirse más rápido, y ofrece la oportunidad para que individuos y comunidades puedan protegerse a sí mismas; incluso aquellas personas que cuentan con mayores conexiones suelen recibir antes las advertencias de eventos catastróficos (Chen et al, 2020). Sin embargo, ¿qué sucede cuando la información está en una lengua que no conoces? Lo más probable es que no puedas aprovecharla y/o utilizarla correctamente.

Por ejemplo, cuando el COVID-19 fue identificado en Ghana a mediados de marzo del 2020, hubo dificultades para que las personas sordas tuvieran acceso a la información escrita y a intérpretes de LS durante las sesiones informativas nacionales. Fue entonces que, la Asociación Nacional de Sordos de Ghana (ANSG), intervino informando al gobierno la gran omisión de no proveer interpretación del mensaje para la Comunidad Sorda a través de la Lengua de Señas Ghaniana (LSG). Después de ello, el gobierno tomó en cuenta las recomendaciones y a partir de ahí, cada conferencia fue interpretada en LSG. Sin embargo, sin la intervención de la ANSG, toda la Comunidad Sorda habría sido excluida de información crucial respecto a la pandemia (Swanwick et al., 2020). Aunque es importante aclarar que los intérpretes no reemplazan la instrucción, las redes y la comunidad (Murray et al., 2018).

En México, los informes gubernamentales estatales de Puebla, desde el inicio de la contingencia sanitaria, el 10 de marzo de 2020 hasta el 21 de abril del mismo año, careció de interpretación en LSM y únicamente fue proporcionada por la petición a través de redes sociales de activistas Sordos. Algo similar ocurrió en el estado de Sonora, donde sólo después de manifestaciones en redes sociales exigiendo el derecho a un intérprete de LSM para las conferencias, se hizo valer por el gobierno estatal. En la Ciudad de México, Erik Álvaro Arellano Hernández, activista sordo, presentó un amparo el 16 de marzo de 2020, y al día siguiente la conferencia de prensa de la Secretaría de Salud Federal presidida por el doctor Hugo López-Gatell, se interpretó por fin (Espinosa, 2020).

No obstante, aún con las interpretaciones en LS durante las conferencias, la Comunidad Sorda consideró que eran insuficientes al no ofrecer una visión profunda para entender las características y medidas de protección del COVID-19; lo que a su vez generó un sentimiento de

sentirse excluidos de información importante, ansiedad y dificultades sociales (Swanwick et al., 2020).

Para solventar el poco entendimiento de los medios oficiales, las personas sordas de Ghana decidieron establecer programas de educación para el resto de la comunidad, haciendo grabaciones y socializándolos a través de redes sociales. A pesar de ello, el acceso a la información por estos medios, también se vio sesgada a aquellas personas que no contaban con un teléfono inteligente, ya fuera por su edad o por sus recursos económicos (Swanwick et al., 2020).

Adicionalmente a esto, en México a mediados de agosto del 2020, Lucero López Cázares, madre de un niño que vive con discapacidad auditiva, alertó que las conferencias presidenciales de Andrés Manuel López Obrador contaban con errores habituales en la interpretación de LSM, en donde se usaban señas que no tenían que ver con el contexto, se deletreaban palabras inexistentes, se inventaban señas o se dejaban largos periodos sin interpretar (Montesinos, 2020).

En este sentido, Rodolfo López, presidente de la Federación Mexicana de Sordos, declaró que por más de un año se había denunciado la problemática en las conferencias matutinas sin recibir respuesta ante ello. De esta forma, lo que en un principio pareció una decisión en pro de las Comunidades Sordas (Rodríguez, 2020), se convirtió en una acción que evidencia el largo camino que todavía queda por recorrer, empezando por el respeto a las personas sordas y el uso correcto de la LSM.

La situación se agrava ante la existencia del Código de Conducta Profesional para los Intérpretes de la Lengua de Señas Mexicana, cuyo propósito es “homogeneizar y difundir los valores y principios éticos, responsabilidades y comportamiento que deben regir a los/las intérpretes de la Lengua de Señas Mexicana (LSM)” (p. 2). Engloba principios éticos de confidencialidad a lo dicho en las conversaciones que se interprete, fidelidad en la transmisión del contenido cuidando usar un lenguaje comprensible; formación continua para perfeccionar la calidad del servicio; imparcialidad siendo únicamente un mediador entre una lengua y otra; profesionalismo, dado que “no se comprometerá a realizar interpretaciones para las que no está preparada” (p. 6); puntualidad para preparar las condiciones de interpretación; trabajo en equipo para realizar relevos en eventos con una duración mayor a una hora; y vestimenta pulcra.

Además, en 2009 el Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las personas con Discapacidad (CONADIS) junto con las personas sordas e intérpretes de la LSM y el

Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales ([CONOCER],2020), publicó el primer Estándar de Competencia Laboral en México, nombrado “Prestación de Servicios de Interpretación de la Lengua de Señas Mexicana al español y viceversa” (EC0085). Asimismo, aunado a la situación denunciada en las conferencias matutinas y respecto a COVID-19, el 25 de noviembre de 2020 el CONOCER aprueba el Estándar de Competencia Laboral EC1319 con título “Interpretación de conferencia de Lengua de Señas Mexicana < > español”.

Sin embargo, no existe la formalidad de una licenciatura que pueda brindarle mayor rigurosidad y estandarización a la interpretación. En este sentido, varios miembros de la Comunidad Sorda se han preocupado por el desarrollo y conservación de la LS, al vigilar el uso de las señas tanto por parte de los intérpretes como de los demás Sordos (Cruz & Sanabria, 2021).

Conforme a la incongruencia en lo establecido legalmente y la práctica, Cruz y Sanabria (2021) realizaron un estudio tomando en cuenta los servicios de interpretación televisados donde se enfocaron en la figura del intérprete de LS, su competencia y la fluencia en la LSM, la claridad conceptual de cada uno de los temas propuestos en los noticieros; también las características sociolingüísticas y culturales de las personas sordas que acceden a este tipo de servicio; y analizaron el subtulado que aparece de manera simultánea en algunos programas culturales.

En sus resultados, identificaron que el subtulado en muchas ocasiones no corresponde a lo mencionado en el programa televisivo, se encuentra el mensaje entrecortado, o cuando aparece el mensaje en español sólo lo hace por un instante, dificultando la lectura en personas sordas sin alta competencia lingüística del idioma. Además, que la mayoría se entera de las noticias a partir de la televisión y el internet (con amigos sordos que comentan noticias a través de Facebook®), evaluando a los intérpretes de LS en un nivel regular, dado que utilizan señas especializadas que desconocen. Resaltan el hecho de que las personas sordas requieren tomarse el tiempo de visualizar el noticiero para informarse, a diferencia de las personas oyentes; esto también resulta una ventaja, ya que en muchas ocasiones las imágenes que acompañan las cápsulas les ayudan a entender la información cuando está fuera de sus conocimientos.

Por otra parte, con el cierre de escuelas, los niños sordos perdían tiempo valioso para la adquisición de la LS; e incluso, si las escuelas reabrieran y fuera necesario el uso de cubrebocas,

existirían grandes cambios en la forma de aprenderla, considerando que es una lengua que involucra expresiones faciales y patrones (Nyst, 2007). Adicionalmente, sin acceso al ambiente escolar, los niños sordos y sus familias no tenían acceso a información esencial respecto a los riesgos del COVID-19, y las razones para el distanciamiento social y el cierre de escuelas (Swanwick et al., 2020).

De esta forma, la estructura que soporta a los niños sordos y sus familias, especialmente la interacción entre ellos es muy vulnerable en tiempos de crisis que impactan en la movilidad, interacción y la coordinación entre los contextos de la casa, escuela, clínicas, espacios sociales y comunidades. Asimismo, las consecuencias negativas de aislamiento, les impacta menos a los adultos sordos cuya comunidad y redes sociales trabajan para mantener a la gente junta, mediante la información; sin embargo, ésta no se encuentra disponible para niños, adultos y familias que no cuentan con las tecnologías inteligentes apropiadas, lo que, a su vez, abre una brecha más grande (Swanwick et al., 2020; Lupano et al., 2022).

La información pública debe ser transmitida en formatos accesibles a través de tecnología asequible, especialmente si es relevante en la salud y medidas de seguridad (Inter-Agency Standing Committee, 2019; Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, 2020). Sin embargo, la palabra “accesible” a su vez, se ve influida por las características de la población, por lo que no significará lo mismo para el sordo señante, hispanohablante o semilingüe.

Por otra parte, aunque la sordera no tiene relación con la capacidad intelectual, ciertamente influirá en la forma de relacionarse con el conocimiento. En este sentido, ante la pérdida del sentido de la audición, tanto la vista como el tacto se desarrollan y juegan un papel fundamental en el niño sordo para relacionarse con los demás, el ambiente y, por supuesto, el conocimiento. Aunado a esto, es probable que no se tengan dificultades para la enseñanza y aprendizaje de conceptos que son tangibles y observables, sin embargo, representará un mayor problema aquellos que hagan referencia a constructos (Cecilia, 2007), originado por la práctica usual de observación (Pabón, 2009).

Por otro lado, respecto a la lengua escrita, las personas sordas la perciben como una lengua de difícil comprensión (Yarza, 2015). En la contraparte, las personas oyentes consideran que los escritos de las personas sordas son ineficaces, sin gramática, desorganizados sintácticamente, revelando muy poco dominio de la lengua escrita. Son factores que influyen en

las expectativas que el docente considerando que sus opciones son limitadas para poder alcanzar competencia en la lengua escrita (Cruz, 2017).

En este sentido, es necesario resaltar que el nivel lector de la población sorda que tiene oportunidad de aprender español escrito está por debajo del nivel medio de las personas oyentes, sin poder alcanzar niveles funcionales de lectura; esto atribuido a la importancia de la fonología al reconocer palabras, lo que es determinante para el desarrollo de la habilidad lectora. Y aunque se ha reconocido que las personas sordas almacenan en su memoria representaciones fonológica similares a las personas oyentes, la forma en que las construyen es diferente. De esta forma, mientras la fonología está influenciada por la experiencia audiovisual en personas oyentes, en las personas sordas es afectada por características particulares como lo son la lectura labial, la dactilología, la lengua de señas, la lectura y otras tantas experiencias del canal visual (Herrera et al., 2007).

Sin embargo, el método bilingüe mantiene la premisa de que la competencia lingüística en la LS tendrá relación positiva en el acceso a una lengua oral en su forma escrita, al poder hacer cierta transferencia de las habilidades lingüísticas desarrolladas a partir de la primera hacia la segunda. De tal forma, que este método podría otorgar soluciones a ciertos problemas en personas sordas, en primer lugar, el acceso a una lengua, aumento de vocabulario, dominio de la morfosintaxis y alfabetización. En su contra parte, el método oral ha demostrado ser un obstáculo para la iniciación de las personas sordas en la lectura, dado que el índice de vocabulario es reducido a 200 palabras al inicio de la vida escolar (Herrera et al., 2007).

Por otro lado, Mies (1992, como la citó Herrera et al., 2007), llevó a cabo un estudio en España con 22 alumnos sordos con una edad entre los 12 y 17 años, respecto el dominio léxico en la lectura de frases, llegando a la conclusión de que suelen identificar las palabras conocidas, sin importar el contexto, actuando con superficialidad e irreflexivos respecto al significado de las palabras, adjudicándoles el que conocen o el más cotidiano.

Esto afecta seriamente el desempeño en la habilidad lectora de las personas sordas, dado que, en una situación similar, el niño oyente tendría posibilidad de preguntar o investigar en internet o un diccionario el significado de la palabra, para poder identificar el que mejor se adecue en la situación, abriendo más la brecha entre oyentes y sordos respecto a la lectura y el conocimiento. Adicionalmente, en las oraciones complejas, las personas sordas tienen muchas más dificultades que sus símiles oyentes. Estos estudiantes tienen la necesidad de tener un



referente que les sirva de guía para poder generar sus propias oraciones (Cruz, 2008; Gutiérrez, 2011).

Sin embargo, el punto más importante a considerar es el hecho de que el desarrollo de la lectoescritura en las personas sordas representa el aprendizaje de una segunda lengua que tiene una forma escrita (Claros-Kartchner, 2017); con el gran reto de llevarlo a cabo sin la referencia fonética que representa la lengua oral para una persona oyente al momento de escribir o leer.

De esta forma, con poca o nula habilidad lectora y, además, un vocabulario limitado en LSM, las personas sordas encuentran una barrera de acceso de información importante, dado que la mayor parte de ésta se transmite a través de estos dos medios, dificultando también la comprensión de los temas descritos.

Ahora bien, Cruz (2017) realizó un estudio para recolectar las opiniones respecto a la importancia de la lengua escrita en un grupo de sordos, analizó la facilidad y la dificultad con la que obtenían niveles óptimos de competencia comunicativa y cuáles son los esfuerzos que las personas sordas consideraban necesarias que llevara a cabo el docente para conseguir ingresar a la lengua escrita; con la convicción de que las concepciones, juicios y prejuicios que las personas sordas tengan hacia la lengua escrita influirá en su aprendizaje.

En el estudio, se consideraron doce personas sordas prelocutivas con la capacidad de responder un cuestionario escrito. De la muestra el 91.6% consideró que la lengua escrita era necesaria para el mundo laboral e insertarse en el oyente, dado que no conocen la LS y es más fácil que la lectura labiofacial. Diez respondieron que podrían alcanzar buenos niveles de competencia comunicativa usando una lengua escrita; y es un medio para poder expresar sus emociones y sentimientos, aunque hay desconocimiento y desmotivación hacia la lectura y la escritura. El 50% respondió que los docentes no enseñan bien la lengua escrita, ya fuera por falta de capacidad, conocimiento o capacitación (Cruz, 2017).

Muchas de las veces los problemas que las personas sordas representan en el aprendizaje de la lengua escrita tienen más que ver con las prácticas pedagógicas de los docentes (Díaz-Barriga & Hernández, 2004). En este sentido, las personas sordas que fueron partícipes del estudio indicaron que era necesario primero la enseñanza de la LS, luego el español escrito y, por último, la comunicación oral; y en todo momento los docentes tendrían que ser pacientes, amorosos, dedicados y poner su mayor esfuerzo al aleccionar sobre la lengua escrita, porque consideran que en sus experiencias la enseñanza ha sido poco eficiente (Cruz, 2017).

Además, siempre debe estar acompañada del uso de la LS, al mostrarles las palabras en señas y después en escrito una por una, poniendo énfasis en la lectura antes de la gramática asociada a su escritura. Incluso, uno de los participantes expresó que los docentes utilizan una lengua escrita simplificada o mal estructurada en la lengua oral para comunicarse con las personas sordas, lo que perjudica la comunicación más que beneficiarla (Cruz, 2017).

Así que la lengua escrita fue considerada como un medio para insertarse en el mundo laboral y la cotidianidad; les es más sencillo su aprendizaje que la lectura labiofacial porque se evitan los problemas de movimiento y rapidez de habla que como oyentes solemos adoptar; tienen opiniones relevantes respecto a la enseñanza de la lengua escrita; se estiman capaces de ser competentes en el uso de la lengua escrita y, lo más importante, desean hacerlo (Cruz, 2017).

Por lo que, considerar la lengua escrita como un puente entre el mundo oyente y el mundo Sordo, puede derribar unas cuantas barreras de comunicación. Sin embargo, quiero aclarar que a mi parecer este puente todavía está muy inclinado hacia nuestro lado, el oyente; y como sociedad no estamos haciendo mucho para merecer tal concesión.

### ***2.1.1 Medidas de mitigación para la reducción de contagios como barreras de comunicación.***

A partir del inicio de la pandemia por COVID-19, se determinaron medidas para proteger a los pacientes y médicos, que incluían equipo personal de protección, visitas restringidas de cuidadores a familiares en entornos hospitalarios y la eliminación de intérpretes médicos de forma presencial; y aunque las medidas fueron efectivas para salvaguardar la vida de muchos, al menos el 17% de adultos con pérdida de audición perdieron la efectividad de comunicarse con sus médicos, disminuyendo la calidad de cuidado durante las consultas (Blackwell et al., 2012).

Por otro lado, Brooks et al. (2020) investigaron el impacto psicológico de la cuarentena, llegando a la conclusión que en situaciones donde se considerara necesario, se debería de proporcionar a las personas información clara de la duración de esta, que nunca debe exceder de lo requerido, además de proporcionar una justificación y suministros suficientes.

## **2.2 Barrera para el acceso a los servicios de salud**

Existe una significativa dificultad de comunicación entre médicos y personas sordas, donde los segundos usualmente no entienden su enfermedad o los tratamientos que se les recomienda, por lo que son una minoría con un gran riesgo. Ejemplo de ello, es que las personas sordas tienen un

pobre conocimiento sobre cuidado de la salud, incluyendo tratamientos preventivos, comparado con personas oyentes. Para solventar esto, se sugiere que los médicos utilicen intérpretes certificados y verifiquen que los pacientes entienden todas las recomendaciones (Meador & Zazove, 2005).

Adicionalmente, las personas sordas acuden mucho menos a consulta clínica, incluso cuando saben que es necesario, porque consideran que los médicos y enfermeras están poco preparados para adaptarse a sus necesidades de comunicación; además de sentir que son tratados de forma inferior que a las personas oyentes (Meador & Zazove, 2005).

Meador y Zazove (2005), demuestran el último punto al relatar una experiencia respecto a una conversación con un médico, que consideraba la inteligencia de las personas sordas relacionada con el uso escrito de la lengua hablada; mostrando así, su poco entendimiento respecto a la Comunidad Sorda.

Por otro lado, estas afectaciones también se encuentran cuando hablamos respecto a la salud mental. Steinberg et al. (1998) en un estudio realizado con el objetivo de investigar el conocimiento, actitudes y creencias sobre enfermedades mentales provistos por un grupo de adultos sordos, encontraron que las personas sordas podían identificar términos como adicción, pero tenían más dificultad en el término psicosis; también conceptos como depresión y adicción eran mejor captados cuando se interpretaban en ASL que en Inglés.

Además, la sordera es un factor que influye en situaciones de depresión, conducta violenta y abuso de sustancias, a raíz de los problemas de comunicación, estrés familiar y prejuicio social; las cuales son mal atendidas por la visión de las personas sordas a los Hospitales de Salud Mental, donde utilizan señas como “prisión”, “casa de locos”, ya que se encuentran impotentes ante las autoridades oyentes, pudiendo incurrir en internamiento innecesarios o exagerados dada la dificultad en la comunicación (Steinberg et al., 1998).

De esta forma, señar fluidamente es una parte esencial del trabajo como profesionales. Las personas sordas prefieren tener una terapia interpretada por un profesional a carecer de este elemento comunicativo; aunque escogerían primero la oportunidad de atenderse con un profesional sordo dado que conoce la lengua y la cultura. Una terapia individual les resulta mucho más cómoda porque no tienen que seguir a diferentes personas hablando al mismo tiempo. Por lo que, reconocen la importancia de la interpretación y las ventajas de comunicarse directamente con el terapeuta (Steinberg et al., 1998).

Las personas sordas enfrentan barreras para la obtención de información de prevención, salud sexual y reproductiva, entre otras enfermedades, y durante la pandemia por COVID-19, no fue la excepción. La Asociación Médica Americana recomienda que la información sea transmitida en un nivel de lectura de quinto o sexto grado, con el fin de facilitar el entendimiento de las personas sordas. Sin embargo, la información que se encontró en internet respecto a COVID-19 tenía un rango de entre el octavo y vigésimo grado de lectura, lo que aumentó las dificultades de las personas sordas para protegerse a sí mismas (Panko et al., 2021).

Panko et al. (2021) realizaron un estudio para comparar el acceso a la información relacionada a COVID-19 entre participantes sordos usuarios de la ASL y participantes oyentes. Identificaron que las personas sordas reportaron 4.6 veces más la dificultad para acceder a la información de COVID-19 que las oyentes, dado que no estaba disponible en su lengua, estar asustados o era difícil de entender; incluso, la mayoría mencionó no confiar en ella. Sin embargo, fueron capaces de identificar los síntomas y medidas preventivas.

Adicionalmente, médicos profesionales que eran sordos o buenos señantes, empezaron a proveer de información en ASL mediante las redes sociales, lo que a su vez desencadenó el reto de definir cuál era confiable y precisa, una habilidad poco desarrollada en las personas sordas. Ipsen et al. (2021), mencionan que los grupos que tienen riesgo de baja comprensión en cuestiones de salud, al obtener información cambiante o contradictoria, adoptan estrategias preventivas menos eficientes. Es mucho más fácil que las personas sordas aprendan respecto a la salud a través de sus pares, interacciones en línea o médicos tratantes. Demostrando una vez la necesidad de que los medios oficiales obtengan una interpretación de calidad (Panko et al., 2021).

El sistema de salud necesita apoyar a las personas sordas durante el acceso al cuidado primario. Además, las dependencias oficiales deben asegurarse de que sus comunicados sean accesibles y deben considerar llegar hasta agentes confiables en la comunidad sorda que ayuden a compartir la información de salud en línea en ASL, utilizando sus redes sociales (Panko et al., 2021).

Por su parte, McEwen y Anton-Culver (1988), realizaron un estudio donde compararon el nivel de comprensión de vocabulario de salud entre personas sordas usuarias de la ASL que hubieran utilizado un servicio de salud recientemente, y personas inmigrantes con un nivel de lectura en inglés similar. No encontraron diferencias significativas entre los participantes en la

habilidad de identificar correctamente el significado de palabras comunes de uso médico; sin embargo, ambos grupos no siempre lograron entender su significado. En el caso de los participantes sordos, muchos de ellos sintieron que el médico no entendió lo que se les estaba intentando comunicar y muy pocas veces intentaron volver a explicarle la situación. De esta forma llegaron a la conclusión, que ambos grupos como minorías lingüísticas, compartían características y dificultades al enfrentarse a contextos de salud.

En el caso de México, existe una limitada atención de los servicios de salud, a razón de la falta de personal capacitado, aunado a un precario cuadro básico de medicamentos. Haciendo uso de la ENADIS (2010; como la citó SEDESOL, 2016) las personas con discapacidad prefieren atenderse en el servicio de salud público en un 77.2%, seguido por el 20.7% que utiliza remedios recomendados, el 18.8% acude con médicos privados, y el restante 9.6% emplea servicios de yerberos, curanderos, homeópatas, entre otros.

Además, las personas con discapacidad que cuentan con acceso al Seguro Popular, ISSSTE o ISSSTE Estatal son el 54.7%; sin embargo, esto no necesariamente puede estar relacionado con las actividades laborales de la persona, sino más bien con sus cuidadores primarios. Por otro lado, las personas con discapacidad, independientemente del servicio de salud con el que cuenten, consideran que la atención fue oportuna en un 53.6%, buena en un 54.2% y barata en un 41.6%. Respecto a los medicamentos y estudios médicos, el 21.6% considera que han sido baratas, el 48.9% que ha sido completo y el 37.1% que ha sido difícil de conseguir; por lo que se infiere que el costo es un problema respecto al tratamiento y seguimiento en problemas de salud. Cuando se compara el promedio del gasto mensual en salud en hogares con personas con discapacidad (2,371 pesos) es mayor que en los hogares sin personas con discapacidad (1,277 pesos) (SEDESOL, 2016).

Ahora bien, la ENPDis reporta que únicamente en el 23.9% de los centros de rehabilitación se utiliza la LSM; y las personas con menor acceso a los servicios de salud son las que viven con una discapacidad del habla, incluso en la población que se encuentra laboralmente activa; también existe más incidencia en las personas que viven con discapacidad auditiva y del habla en relación con la falta de acceso al agua (Instituto Nacional de Salud Pública, 2010).

Por tanto, el prejuicio, la incomprensión, la dificultad de comunicación y el poco conocimiento de terminología médica, se interrelacionan y funcionan como barreras para las personas sordas al intentar acceder a servicios de salud de calidad como es su derecho.

### **2.3 Investigación en redes sociales sobre COVID-19**

El gran desarrollo actual de los teléfonos inteligentes, permiten un acceso continuo a internet y, por tanto, ha creado la necesidad de estar intercomunicados en todo momento aumentando el tiempo que se pasa en redes sociales a través de éstos. En las redes sociales podemos consumir el contenido de nuestros conocidos, producir el propio e interactuar por medio de comentarios o “Gustas”; además, posibilita el contacto con nuevas personas con quienes compartimos intereses y gustos (Lupano et al., 2022). Además, es un espacio donde miembros de diversas comunidades se encuentran y pueden incluso hallar personas con quienes compartan intereses afines (Luna, 2000).

Sin embargo, cada una de ellas tiene necesidades y motivaciones específicas que busca satisfacer. En este sentido, Facebook® cubre aquellas que están en el rubro social y personal, para mantener relaciones, pertenecer a una comunidad y al entretenimiento (Igartua & Rodríguez-de-Dios, 2016); aunque en estudios más recientes se le ha atribuido funciones de búsqueda de información, consumo de noticias y eventos locales (Anderson & Jiang, 2018).

En este sentido, a causa de la pandemia por COVID-19, las redes sociales se convirtieron en un medio para mantener el contacto durante el aislamiento (Wong et al., 2021). También permitió que las personas pudieran consumir más contenido en línea e, incluso, que pudieran atreverse a crear el propio.

El uso de las redes sociales, especialmente en el caso de Facebook®, ha permitido que las personas sordas se apropien del español en su forma escrita, tarea que no se había podido conseguir en el sistema educativo mexicano. De tal forma, que las personas sordas han empezado a identificar las ventajas de comunicarse con otros sordos y oyentes, a través de la escritura del español (Cruz & Serrano, 2018).

De igual forma, existe un enriquecimiento de las LS de las lenguas orales, dado que son éstas en su forma escrita por las que se realiza la mayor parte del intercambio de información a través de las redes sociales (Cruz & Serrano, 2014).

Por su lado, la psicología se ocupa de analizar la conducta y el contexto donde se realiza, por lo que las redes sociales (aun siendo un medio digital y no tangible), representan parte del campo de acción del psicólogo; esto es un campo poco explorado dado lo reciente de estos medios digitales, por lo que empezar a adentrarse en la investigación de estos espacios, nos

permitirá avanzar a la par de la siempre cambiante tecnología, intentando en todo momento aprovecharla a nuestro favor y en pro de la salud de las personas.

Además, es una herramienta muy útil para visibilizar a las minorías como lo son las personas con diversidad funcional, que en ocasiones resultan ocultas por el mismo ambiente discapacitante; también se encuentra la utilidad al conectar a personas de diferentes partes del mundo, facilitando el acceso a las personas con diversidad funcional a espacios virtuales eliminando varias barreras de accesibilidad; se promueve información por este medio y en tanto, hay que cuidar la rigurosidad científica para la socialización de datos que resulten verídicos y comprobados; por último, el contacto masivo con personas objetivo o interesadas en el tema de desarrollo.

Hacer psicoeducación por medios digitales, entonces, cuenta con las ventajas ya mencionadas, y las desventajas dependerán del formato que adoptemos para realizarla, sin embargo, es muy importante que desde el inicio la planeación sea la adecuada, utilizando los medios correctos, a través de estrategias y técnicas comprobadas en su efectividad para cada caso específico, especialmente cuando nos referimos a personas con diversidad funcional.

# **SEGUNDA PARTE: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA**



### **CAPÍTULO 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Bayés y Ribes (1992) mencionan que las actividades relacionadas al cuidado de la salud y la prevención de la enfermedad, como la adherencia al tratamiento, el enfrentamiento y la evolución del padecimiento, está dado a partir de procesos psicológicos que involucran a la conducta, las creencias y las emociones. De esta forma, incluso las medidas de mitigación o preventivas se interrelacionan con estos tres factores, que a su vez se ven afectados por la información externa que proporciona el ambiente y se interpreta por el individuo.

Durante la pandemia por MERS en Corea del Sur, Yang y Cho (2017) reportaron que la percepción del riesgo hacia la enfermedad influye en las reacciones de las personas, por lo que se hace transcendental proporcionar información y datos precisos para establecer confianza en la población.

La psicoeducación es la disciplina que se fundamenta en los conocimientos desarrollados con personas que se encuentran en dificultades de adaptación o en riesgo; su uso se extiende a todos los contextos requiriendo del trabajo multidisciplinar. Podemos diferenciar a la informativa porque prioriza la transmisión de información respecto a la situación que le compete y su eficacia se considera limitada; y la conductual porque impulsa la modificación de actitudes y conductas hacia otras que impulsen el proceso de adaptación. Ambas se pueden llevar a cabo en grupos, familias o individuos (Ramírez & Vizcaíno, 2020).

Baros et al. (2016), indican que la psicoeducación como intervención tiene la función de herramienta para identificar y afrontar los problemas, utiliza metodologías participativas, la persona conoce sus necesidades personales a la par que integra nuevos conocimientos y habilidades en un medio que le impulsa a ser autónoma, establecer el diálogo, ser respetuoso y responsable, y en constante evaluación.

En este sentido, cobra gran importancia los comportamientos asociados al proceso de salud-enfermedad porque es la base para el diseño y planificación de intervenciones efectivas (Urzúa et al., 2020) que impulsen la preservación de la integridad individual y colectiva, además de la creación de políticas públicas y campañas de salud que respondan a las necesidades reales a través de medios accesibles.

Para el logro de las modificaciones conductuales, especialmente cuando hablamos a nivel individual, es necesario que la atención sea personalizada, basada en los conocimientos previos de la persona y los contextos en los que se desarrolla, con el fin de conseguir una prevención

efectiva por medio de estilos de vida saludables (López et al., 2008). Respecto a las personas sordas, es mucho más necesario prestar atención a estos factores que pueden representar la diferencia entre una intervención efectiva y una que no lo es.

Las intervenciones psicoeducativas sirven también como una forma de orientación especializada (Bisquerra, 1998), que tiene una función informativa específica del tema a tratar y pueden desarrollarse técnicas o estrategias para afrontar la situación o propiciar un cambio conductual, siempre basados en referencias científicas y actuales (Bäumel et al., 2006); y en términos de salud, es un proceso de aprendizaje experiencial respecto a la condición de salud, convirtiendo a la persona en un agente activo para mejorar la calidad de vida y el desarrollo personal (Delgado-Suárez & García-Rodríguez, 2021).

Lunn et al. (2020), indican que la información sobre el lavado de manos durante la pandemia por COVID-19 no es suficiente; que el aislamiento es un factor de estrés y problemas en la salud mental; además de que la percepción del riesgo ante la enfermedad podría encontrarse sesgada o distorsionada.

Una de las principales razones por la que el COVID-19, sin ser una enfermedad fulminante, avanzó velozmente, es concomitante a la baja percepción de riesgo que está relacionado con un optimismo ilusorio, el cual es entendido como la espera de cosas positivas que ocurren de una forma mágica, independientes de la conducta de la persona, por lo que podría conllevar a comportamientos riesgosos para la salud (Urzúa et al., 2020).

Considerar en los temas psicoeducativos de la salud, especialmente en la pandemia por COVID-19, la adopción de conductas preventivas como el lavado de manos, distanciamiento social, uso de la cubrebocas, cuarentena, aislamiento; desarrollo de estrategias de afrontamiento; entrenamiento en búsqueda racional de información; manejo de creencias irracionales con relación a la enfermedad; promover el autocuidado individual y grupos; entre otras acciones (Urzúa et al., 2020), tiene un nuevo sentido después de observar cómo los casos de COVID-19 durante dos años estuvieron oscilando, siendo que las acciones preventivas estaban al alcance de la mayoría.

De esta forma, la psicología a través de la psicoeducación, puede ser un factor fundamental en la prevención de conductas de riesgo, especialmente en emergencias mundiales como lo fue el COVID-19. Ahora bien, esto se hace por medio de la evidencia científica, la cual

es escasa respecto a minorías lingüísticas como lo son las personas sordas en situaciones de alerta sanitaria.

Por lo que, antes de decidir qué formato se adoptará para la intervención psicoeducativa, es importante explorar el fenómeno. Las dificultades que las personas sordas enfrentan en su día a día, se pueden eliminar a través del análisis del entorno y los elementos que se relacionan, para disminuir las barreras que obstaculizan el acceso a lugares, servicios e información. Este análisis llevará a políticas públicas que puedan facilitar el desarrollo de las personas sordas en entornos adaptados a sus necesidades. Sin embargo, es necesario primero identificar los elementos que se enlazan y facilitan la existencia de las barreras. Por lo que este estudio se hace necesario para este fin, intentando comprender los puntos clave para actuar e investigar en un futuro.

En este sentido, el trabajo de investigación se divide en dos partes conformando una metodología mixta, entendido por Hernández-Sampieri et al. (2014) como “un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos” (p. 534) a fin de realizar inferencias de la información enlazada y discutida para lograr un mayor entendimiento del fenómeno.

A través de un método mixto, es posible una mayor profundización del fenómeno, aumentando las posibilidades de dimensionar los factores relacionados. Mediante la investigación cuantitativa, se puede obtener una visión mucho más objetiva del fenómeno a estudiar; por su parte, la metodología cualitativa permite la recolección de información para vislumbrar la realidad tal y como los actores principales del fenómeno la observan; de esta forma, cuando se entrelazan, la narrativa se convierte en una herramienta para comprender los números, y estos, a su vez, ofrecen precisión al entendimiento de la narrativa (Chaves-Montero, 2018).

Dado que durante este trabajo se han examinado investigaciones y elementos donde no se ha considerado a la población objetivo, es necesario integrar una parte de datos cualitativos para profundizar en las necesidades particulares de las personas sordas, y cómo es que han recibido la información socializada, haciendo énfasis si ha sido útil, de fácil acceso y qué podemos hacer desde el campo de la psicología, tanto en políticas públicas como en atención individual, al realizar prevención y promoción de la salud.

De esta forma, en el Estudio 1, se realizó una recolección de datos de tipo cuantitativo, al registrar los videos difundidos a través de la red social Facebook®, haciendo énfasis en

frecuencia de interacciones, reproducciones, comentarios, además de los principales promotores y sus características. Posteriormente, en el Estudio 2 se entrevistó a dos personas sordas respecto a sus experiencias durante la pandemia COVID-19 y el acceso a la información.

## **CAPÍTULO 4. ESTUDIO I: DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN EN REDES SOCIALES EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LA COMUNIDAD SORDA**

### **4.1 Objetivo General**

Describir y analizar el contenido sobre COVID-19 y la vacunación, en redes sociales y su posible impacto en la población Sorda Mexicana.

### **4.2 Objetivo Específico**

- Describir y analizar el tipo de contenido sobre COVID-19 y la vacunación, en redes sociales dirigidas a población sorda mexicana.
- Describir y analizar el impacto de este contenido (veces que se comparte la información, reacciones y comentarios) en la comunidad sorda.

### **4.3 Método**

#### **4.3.1 Tipo de estudio**

Estudio mixto, descriptivo a través de la técnica de análisis de contenido, sobre temas relacionados con la COVID-19 y la campaña de vacunación que se disemina por medio de Facebook<sup>®</sup> y que está dirigido a la población Sorda Mexicana. La técnica de análisis de contenido se ha utilizado en otros estudios relacionados con las redes sociales, como es el caso del trabajo de Shoai (2020) donde estudia las consideraciones éticas de su uso.

Se seleccionó esta red social, porque en el 2011 Facebook<sup>®</sup> (Azuela-Flores, 2011) informó más de 600 millones de usuarios mundialmente, de los cuales el 50% acceden a su cuenta diariamente, siendo una de las redes sociales que más información aporta; además, también se le ha atribuido funciones de búsqueda de información, consumo de noticias y eventos locales (Anderson & Jiang, 2018), por lo que es un medio enriquecido de información.

#### **4.3.2 Recolección de datos**

Se realizó una búsqueda manual en la plataforma de escritorio Facebook<sup>®</sup>, en el apartado de Watch, en consideración a las características comunicativas de la población y la divulgación de información, se seleccionaron aquellos videos que tuvieran interpretación en LS con una visualización del intérprete mayor al 40% de la pantalla. Se utilizaron combinaciones de

búsqueda entre las palabras clave: *COVID-19, coronavirus, sordos, lengua de señas, Lengua de Señas Mexicana, lenguaje de señas, Comunidad Sorda, Silente, Comunidad Silente y Deaf*. La búsqueda se realizó desde una cuenta de creación reciente, para los fines de esta investigación, ello con el propósito de evitar sesgos en los resultados de la indagación. La búsqueda de contenido se llevó a cabo del 24 de agosto al 11 de noviembre de 2022.

#### **4.3.3 Unidades de análisis y muestra**

Las unidades de análisis son todos aquellos videos sobre COVID-19 que están en lengua de señas y que se haya difundido a partir del 27 de febrero de 2020 (primer caso de COVID-19 en México) al 31 de mayo de 2022 que finalizó la segunda etapa de vacunación con adultos mayores.

Los criterios de inclusión en la selección de los videos fueron: 1) estar dirigidos a la población Sorda (visualización del intérprete mayor al 40% de la pantalla); 2) compartirse en redes sociales de la Comunidad Sorda; 3) que el contenido no pertenezca a grupos privados.

El criterio del 40% se estableció con base en los Lineamientos Generales de Accesibilidad al servicio de Televisión Radiodifundida publicada en el Diario Oficial de la Federación en 2018, la necesidad de que el recuadro superpuesto del servicio de interpretación de LSM debe ubicarse en la parte inferior derecha de la pantalla y ocupar al menos una sexta parte de ésta, sin embargo no siempre se respeta el lineamiento, por lo que el tamaño es inadecuado para el correcto entendimiento, especialmente de los rasgos no manuales (Cruz & Sanabria, 2021; Martínez, 2001). De manera que, para evitar esta dificultad se consideró un 40% de representatividad en el video para asegurar la visibilidad y comprensión.

#### **4.3.4 Codificación de datos**

Los videos que cumplieron con los criterios de inclusión se almacenaron dentro de la plataforma de Facebook®, en el apartado de guardar publicación. Dado que hay videos que se comparten en diferentes perfiles, para el análisis sólo se tomó el video de origen.

El contenido de cada video junto con sus interacciones fue revisado y codificado por la investigadora, en un formato previamente piloteado con una primera muestra de video. La codificación se realizó del 24 de agosto al 11 de noviembre de 2022.

### **4.3.5 Análisis de datos**

El análisis de resultados se realizó en dos etapas, la primera tuvo que ver con la cuantificación del contenido de videos y de las interacciones, las cuales se analizaron por medio de tablas dinámicas de Excel, con el propósito de obtener estadísticos descriptivos de la información recabada.

La segunda etapa tuvo que ver con el análisis cualitativo de los contenidos y los comentarios que se recuperaron de la búsqueda manual, por medio de nubes semánticas.

### **4.3.6 Condiciones éticas del estudio**

La información que se comparte en redes sociales se caracteriza por estar ampliamente disponible, ya que para compartir información es necesario aceptar los términos y condiciones de la plataforma. Además, Internet se considera como un espacio público donde se ofrecen diversidad de contenidos y puntos de vista (Luna, 2000).

No obstante, dada la nueva tendencia de estudios de investigación centrada en el uso de redes sociales se retoman algunos aspectos éticos que se han considerado en el desarrollo de protocolos de investigación en estos entornos. Dado que las publicaciones en redes sociales incluyen información personal: 1) no se recolectó información que comprometa la privacidad e identidad de las personas y grupos que interactúan en esta red; 2) la información se recolectó de posts públicos y no de grupos privados; 3) para los análisis cualitativos se hizo uso del parafraseo, para evitar que el autor de la verdadera publicación fuera identificado; 4) desidentificación de los usuarios durante el análisis; 5) en la presente tesis no se incluyen enlaces a las páginas y posts (Benton et al., 2017).

## **4.4. RESULTADOS**

### **4.4.1 Videos identificados a nivel internacional**

En primera instancia, en la búsqueda manual de información sobre COVID-19, dirigida a personas sordas, se identificaron 244 videos, de los cuales, 32.4% (n=79), correspondieron a las palabras clave *Deaf* y *COVID-19* (ver Tabla 1). No obstante, 32 videos no se incluyeron en el análisis debido a que su contenido no estuvo vinculado con COVID-19, tratándose de canciones, comentarios, entre otros; el 68.8% (n=22) de estos casos estuvieron vinculados con las palabras clave *coronavirus* y *sordos*, y el 31.2% (n=10) con las palabras *coronavirus* y *lengua de señas*.

De esta forma, podemos observar que la palabra clave con las que se identificó la mayor producción de videos fue con *COVID-19*; además de que los términos *Comunidad Silente* y *Silente* no arrojaron ningún resultado relacionado. En este sentido, el término *COVID-19* muestra una gran importancia como referente para la identificación del nuevo coronavirus tipo 2 (SARS-CoV-2), entendible en varios idiomas y varias LS. De igual forma, las palabras *Deaf* y *Sordos* funcionan como identificadores de la Comunidad hispanohablante y se produjeron videos bajo estos términos.

**Tabla 1**

*Palabras clave que se utilizaron en la búsqueda manual sistemática de videos informativos en lengua de señas sobre COVID-19 en redes sociales*

<b>Palabras clave</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Coronavirus</b>	<b>78</b>	<b>32.0</b>
Lengua de señas	36	14.8
Sordos	42	17.2
<b>COVID-19</b>	<b>166</b>	<b>68.0</b>
Comunidad Silente	-	-
Comunidad sorda	12	4.9
Deaf	79	32.4
Lengua de señas	22	9.0
Lengua de Señas Mexicana	10	4.1
Lenguaje de señas	10	4.1
Silente	0	0.0
Sordos	33	13.5

*Nota:* Las frecuencias y porcentajes podrían ser mayores al tamaño de la muestra dado que se obtuvieron de la combinación de los términos.

Además, se identificaron 20 lenguas de señas utilizadas en los videos pertenecientes a la muestra (ver Tabla 2). En este sentido, la Lengua de Señas Colombiana (LSC) representa el 34.84% de los videos (n=85), la American Sign Language (ASL) el 29.92% con 73 videos, y la Lengua de Señas Mexicana (LSM) con el 15.98% (39 videos). Cabe resaltar que fueron las de más alto porcentaje y se localizaron en su mayoría a partir de las palabras clave *Coronavirus*, *COVID-19*, *Lengua de señas*, *Lengua de Señas Mexicana*, *Sordos* y *Deaf*, concordantes con las palabras clave destacadas anteriormente.



**Tabla 2**

*Frecuencias y porcentaje de las palabras claves que se utilizaron y el tipo de lengua de señas de los videos que se identificaron*

<b>Lengua de Señas y palabras clave</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>American Sign Language</b>	<b>73</b>	<b>29.92%</b>
<b>COVID-19</b>	<b>73</b>	<b>29.92%</b>
Deaf	72	29.51%
Sordos	1	0.41%
<b>British Sign Language</b>	<b>3</b>	<b>1.23%</b>
<b>COVID-19</b>	<b>3</b>	<b>1.23%</b>
Deaf	3	1.23%
<b>Lengua de Señas Francesa</b>	<b>1</b>	<b>0.41%</b>
<b>COVID-19</b>	<b>1</b>	<b>0.41%</b>
Deaf	1	0.41%
<b>Lengua de Señas Internacional</b>	<b>2</b>	<b>0.82%</b>
<b>COVID-19</b>	<b>2</b>	<b>0.82%</b>
Lengua de señas	1	0.41%
Lenguaje de señas	1	0.41%
<b>Lengua de Señas Argentina</b>	<b>8</b>	<b>3.28%</b>
<b>Coronavirus</b>	<b>6</b>	<b>2.46%</b>
Lengua de señas	6	2.46%
<b>COVID-19</b>	<b>2</b>	<b>0.82%</b>
Lengua de señas	1	0.41%
Sordos	1	0.41%
<b>Lengua de Señas Brasileña</b>	<b>1</b>	<b>0.41%</b>
<b>COVID-19</b>	<b>1</b>	<b>0.41%</b>
Lenguaje de señas	1	0.41%
<b>Lengua de Señas Colombiana</b>	<b>85</b>	<b>34.84%</b>
<b>Coronavirus</b>	<b>53</b>	<b>21.72%</b>
Lengua de señas	12	4.92%
Sordos	41	16.80%
<b>COVID-19</b>	<b>32</b>	<b>13.11%</b>
Comunidad sorda	2	0.82%
Lengua de señas	1	0.41%
Lenguaje de señas	2	0.82%
Sordos	27	11.07%
<b>Lengua de Señas Chilena</b>	<b>3</b>	<b>1.23%</b>

<b>Lengua de Señas y palabras clave</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Coronavirus</b>	<b>2</b>	<b>0.82%</b>
Lengua de señas	2	0.82%
<b>COVID-19</b>	<b>1</b>	<b>0.41%</b>
Lengua de señas	1	0.41%
<b>Lengua de Señas Dominicana</b>	<b>1</b>	<b>0.41%</b>
<b>COVID-19</b>	<b>1</b>	<b>0.41%</b>
Sordos	1	0.41%
<b>Lengua de Señas Filipina</b>	<b>1</b>	<b>0.41%</b>
<b>COVID-19</b>	<b>1</b>	<b>0.41%</b>
Deaf	1	0.41%
<b>Lengua de Señas Guatemalteca</b>	<b>1</b>	<b>0.41%</b>
<b>COVID-19</b>	<b>1</b>	<b>0.41%</b>
Sordos	1	0.41%
<b>Lengua de Señas Hondureña</b>	<b>1</b>	<b>0.41%</b>
<b>Coronavirus</b>	<b>1</b>	<b>0.41%</b>
Lengua de señas	1	0.41%
<b>Lengua de Señas Mexicana</b>	<b>39</b>	<b>15.98%</b>
<b>Coronavirus</b>	<b>6</b>	<b>2.46%</b>
Lengua de señas	5	2.05%
Sordos	1	0.41%
<b>COVID-19</b>	<b>33</b>	<b>13.52%</b>
Comunidad sorda	4	1.64%
Lengua de señas	12	4.92%
Lengua de Señas Mexicana	10	4.10%
Lenguaje de señas	6	2.46%
Sordos	1	0.41%
<b>Lengua de Señas Nicaragüense</b>	<b>1</b>	<b>0.41%</b>
<b>COVID-19</b>	<b>1</b>	<b>0.41%</b>
Deaf	1	0.41%
<b>Lengua de Señas Peruana</b>	<b>15</b>	<b>6.15%</b>
<b>Coronavirus</b>	<b>8</b>	<b>3.28%</b>
Lengua de señas	8	3.28%
<b>COVID-19</b>	<b>7</b>	<b>2.87%</b>
Comunidad sorda	1	0.41%
Lengua de señas	5	2.05%
Sordos	1	0.41%

<b>Lengua de Señas y palabras clave</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Lengua de Señas Puertorriqueña</b>	<b>1</b>	<b>0.41%</b>
<b>COVID-19</b>	<b>1</b>	<b>0.41%</b>
Comunidad sorda	1	0.41%
<b>Lengua de Señas Salvadoreña</b>	<b>4</b>	<b>1.64%</b>
<b>COVID-19</b>	<b>4</b>	<b>1.64%</b>
Comunidad sorda	4	1.64%
<b>Lengua de Señas Uruguaya</b>	<b>2</b>	<b>0.82%</b>
<b>Coronavirus</b>	<b>1</b>	<b>0.41%</b>
Lengua de señas	1	0.41%
<b>COVID-19</b>	<b>1</b>	<b>0.41%</b>
Lengua de señas	1	0.41%
<b>Multilingüe</b>	<b>1</b>	<b>0.41%</b>
<b>Coronavirus</b>	<b>1</b>	<b>0.41%</b>
Lengua de señas	1	0.41%
<b>New Zealand Sign Language</b>	<b>1</b>	<b>0.41%</b>
<b>COVID-19</b>	<b>1</b>	<b>0.41%</b>
Deaf	1	0.41%
<b>Total general</b>	<b>244</b>	<b>100.00%</b>

Con estas palabras clave se identificaron 25 países que desarrollaron videos informativos para personas Sordas usuarias de la Lengua de Señas (PSULS), once de ellos fueron de habla hispana, los cuales son México, Guatemala, Uruguay, República Dominicana, Puerto Rico, Colombia, Perú, Argentina, Chile, El Salvador y Honduras; trece países donde una de sus lenguas oficiales es el inglés, tales como Nueva Zelanda, Namibia, Filipinas, Sudán, Estados Unidos, Reino Unido, Pakistán, Australia, Irlanda, Canadá, India y Kenia; además de Alemania.

De acuerdo con la información que se obtuvo, el país en el que se identificó el mayor desarrollo material para PSULS fue Estados Unidos, el cual conformó el 26.4% (n=46) de toda la muestra; siendo los principales difusores aquellos con giro de Servicio Social (11.5%, n=20) y organizaciones gubernamentales (9.8%, n=17). En segundo lugar, Colombia produjo el 25.9% (n=45) de los videos que se localizaron, siendo el 24.7% de la muestra (n=43) elaborados por organizaciones gubernamentales del país. México ocupó el tercer lugar (15.5%, n=27), y al igual que en el caso anterior los videos fueron elaborados primordialmente por instituciones adscritas a

alguna entidad del gobierno federal (ver Tabla 3). La clasificación expuesta corresponde a las etiquetas que la propia institución se adjudica al crear su perfil en Facebook® para la difusión de su contenido.

**Tabla 3**

*Frecuencias y porcentajes de las organizaciones y países de origen, que desarrollaron material para la divulgación de información sobre COVID-19 para PSULS, por categoría.*

<b>País y tipo de organización</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Estados Unidos</b>	<b>46</b>	<b>26.4</b>
Servicio social	20	11.5
Organización Gubernamental	17	9.8
Universidad	2	1.1
Centro de investigación médica	1	0.6
Servicio de Salud	1	0.6
Funcionario del gobierno	1	0.6
Sitio web de noticias y medios de comunicación	1	0.6
Bloquero(a)	1	0.6
Escuela pública	1	0.6
Periodista	1	0.6
<b>Colombia</b>	<b>45</b>	<b>25.9</b>
Organización Gubernamental	43	24.7
Ayuntamiento	1	0.6
Músico(a)/banda	1	0.6
<b>México</b>	<b>27</b>	<b>15.5</b>
Organización Gubernamental	13	7.5
Periódico	4	2.3
Político - Nayarit	2	1.1
Medio de comunicación/noticias	2	1.1
Político - Querétaro	1	0.6
Artista	1	0.6
Político - Yucatán	1	0.6
Servicio de Salud	1	0.6
Organización sin fines de lucro	1	0.6
Político - Estado de México	1	0.6
<b>Perú</b>	<b>11</b>	<b>6.3</b>
Organización Gubernamental	8	4.6

<b>País y tipo de organización</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Educación	2	1.1
Medio de comunicación/noticias	1	0.6
<b>Argentina</b>	<b>8</b>	<b>4.6</b>
Organización Gubernamental	6	3.4
Universidad	1	0.6
Político	1	0.6
<b>Reino Unido</b>	<b>5</b>	<b>2.9</b>
Organización Gubernamental	3	1.7
Sitio web de noticias y medios de comunicación	1	0.6
Organización sin fines de lucro	1	0.6
<b>Pakistán</b>	<b>3</b>	<b>1.7</b>
Comunidad	3	1.7
<b>Australia</b>	<b>3</b>	<b>1.7</b>
Servicio público y gubernamental	2	1.1
Organización Gubernamental	1	0.6
<b>Chile</b>	<b>3</b>	<b>1.7</b>
Medio de comunicación/noticias	2	1.1
Banco	1	0.6
<b>Alemania</b>	<b>3</b>	<b>1.7</b>
Figura Pública	2	1.1
Liga deportiva	1	0.6
<b>El Salvador</b>	<b>3</b>	<b>1.7</b>
Organización Gubernamental	3	1.7
<b>Irlanda</b>	<b>3</b>	<b>1.7</b>
Organización Benéfica	2	1.1
Organización Gubernamental	1	0.6
<b>Canadá</b>	<b>2</b>	<b>1.1</b>
Figura Pública	1	0.6
Empresa productora de medios y radiodifusión	1	0.6
<b>India</b>	<b>1</b>	<b>0.6</b>
Organización sin fines de lucro	1	0.6
<b>Honduras</b>	<b>1</b>	<b>0.6</b>
Organización Gubernamental	1	0.6
<b>Kenia</b>	<b>1</b>	<b>0.6</b>
Perfil público	1	0.6

<b>País y tipo de organización</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sudán</b>	<b>1</b>	<b>0.6</b>
Organización Gubernamental	1	0.6
<b>Filipinas</b>	<b>1</b>	<b>0.6</b>
Organización Gubernamental	1	0.6
<b>Puerto Rico</b>	<b>1</b>	<b>0.6</b>
Organización Gubernamental	1	0.6
<b>Namibia</b>	<b>1</b>	<b>0.6</b>
Organización Gubernamental	1	0.6
<b>República Dominicana</b>	<b>1</b>	<b>0.6</b>
Cuenta personal - Periodista	1	0.6
<b>Nigeria</b>	<b>1</b>	<b>0.6</b>
Organización Gubernamental	1	0.6
<b>Uruguay</b>	<b>1</b>	<b>0.6</b>
Emisora de Radio	1	0.6
<b>Nueva Zelanda</b>	<b>1</b>	<b>0.6</b>
Servicio público y gubernamental	1	0.6
<b>Guatemala</b>	<b>1</b>	<b>0.6</b>
Periódico	1	0.6
<b>Total</b>	<b>174</b>	<b>100</b>

De igual forma, se verificaron las frecuencias por institución y país de origen. En la Tabla 4 se observa que el Instituto Nacional para Sordos (INSOR) de Colombia fue una de las instituciones que más contenido original creó con 42 videos (24.1%), que corresponde en gran medida a la submuestra identificada para Colombia (93.3%). Después del INSOR, se identificó la National Association of the Deaf (NAD) en Estados Unidos con 20 videos (11.5%).

**Tabla 4**

*Frecuencias y porcentajes de las organizaciones y países de origen, que desarrollaron material para la divulgación de información sobre COVID-19 para PSULS, por institución*

<b>Países de origen y Organizaciones</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Estados Unidos</b>	<b>46</b>	<b>26.4</b>
National Association of the Deaf - NAD	20	11.5
Pennsylvania Office for the Deaf & Hard of Hearing	5	2.9
NJ Department of Human Services	4	2.3
Maryland Governor's Office of the Deaf and Hard of Hearing	4	2.3

<b>Países de origen y Organizaciones</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Texas Woman's University	1	0.6
Gallaudet University	1	0.6
Cold Spring Harbor Laboratory	1	0.6
NowThis	1	0.6
Governor Asa Hutchinson	1	0.6
Orange County, Florida Government	1	0.6
Exchange Programs - U.S. Department of State	1	0.6
PAHO-WHO	1	0.6
MJ Grant	1	0.6
Utah Schools for the Deaf and the Blidn, USDB	1	0.6
Wilmington, NC Police Department	1	0.6
City of Jersey City Official Government Page	1	0.6
Nikki Hauser WBTV	1	0.6
<b>Colombia</b>	<b>45</b>	<b>25.9</b>
INSOR - Instituto Nacional para Sordos	42	24.1
Alcaldía de Baranoa	1	0.6
Policía Nacional de los Colombianos	1	0.6
Nanpa Basico	1	0.6
<b>México</b>	<b>27</b>	<b>15.5</b>
Antonio Echeverría García	2	1.1
Instituto de la Juventud	1	0.6
UNICEF Bolivia	1	0.6
Sistema Estatal DIF Puebla	1	0.6
Comisión Estatal de Derechos Humanos de Jalisco	1	0.6
Gobierno del Estado de Sonora	1	0.6
CRM Estatal Puebla	1	0.6
Renán Barrera	1	0.6
Defensoría de los Derechos Humanos del Pueblo de Oaxaca	1	0.6
Subsecretaría de Educación Básica de Tamaulipas	1	0.6
Diario El Mundo	1	0.6
Gobierno de Tlajomulco	1	0.6
DIF Municipal SLP	1	0.6
IMSS	1	0.6
DIF Zihuatanejo	1	0.6
Luis Nava	1	0.6
El Gobierno de Nuevo León	1	0.6
Secretaría de Salud Puebla	1	0.6

<b>Países de origen y Organizaciones</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
El Sol de Cuautla	1	0.6
Sistema Quintanarroense de Comunicación Social - SQCS	1	0.6
El Sol de Cuernavaca	1	0.6
UNESCO México	1	0.6
El Sol de San Luis	1	0.6
Armando Navarrete	1	0.6
Yeka Rosales	1	0.6
El Sol de Tlaxcala	1	0.6
<b>Perú</b>	<b>11</b>	<b>6.3</b>
Gobierno Regional de Tacna	5	2.9
Ministerio de Educación del Perú	2	1.1
TVPerú	1	0.6
Policía Nacional del Perú	1	0.6
Defensoría del Pueblo	1	0.6
Pensión 65	1	0.6
<b>Argentina</b>	<b>8</b>	<b>4.6</b>
Municipalidad de San Martín	2	1.1
Consejo General de Educación	1	0.6
Ministerio de Desarrollo Social	1	0.6
Gobierno de Córdoba	1	0.6
Universidad Nacional de Cuyo	1	0.6
INADI	1	0.6
Martín César	1	0.6
<b>Reino Unido</b>	<b>5</b>	<b>2.9</b>
NHS Somerset	1	0.6
Birmingham Updates	1	0.6
Staffordshire Police	1	0.6
National Deaf Children's Society	1	0.6
NHS in Leeds	1	0.6
<b>Pakistán</b>	<b>3</b>	<b>1.7</b>
ConnectHear	3	1.7
<b>Australia</b>	<b>3</b>	<b>1.7</b>
WA Government	2	1.1
Australian Government Department of Health and Aged Care	1	0.6
<b>Chile</b>	<b>3</b>	<b>1.7</b>
24horas.cl	2	1.1



<b>Países de origen y Organizaciones</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Banco de Chile	1	0.6
<b>Alemania</b>	<b>3</b>	<b>1.7</b>
Seek the World	2	1.1
DIBF - World of Deaf Basketball	1	0.6
<b>El Salvador</b>	<b>3</b>	<b>1.7</b>
Procuraduría General de la República	3	1.7
<b>Irlanda</b>	<b>3</b>	<b>1.7</b>
Irish Deaf Society	2	1.1
HSE Ireland	1	0.6
<b>Canadá</b>	<b>2</b>	<b>1.1</b>
Wab Kinew	1	0.6
CBC Edmonton	1	0.6
<b>India</b>	<b>1</b>	<b>0.6</b>
United Nations India	1	0.6
<b>Honduras</b>	<b>1</b>	<b>0.6</b>
Ministerio de la Niñez y la Adolescencia	1	0.6
<b>Kenia</b>	<b>1</b>	<b>0.6</b>
Ndungu Nyoro	1	0.6
<b>Sudán</b>	<b>1</b>	<b>0.6</b>
USAID Sudan	1	0.6
<b>Filipinas</b>	<b>1</b>	<b>0.6</b>
Commision on Human Rights of the Philippines	1	0.6
<b>Puerto Rico</b>	<b>1</b>	<b>0.6</b>
Departamento de Salud de Puerto Rico	1	0.6
<b>Namibia</b>	<b>1</b>	<b>0.6</b>
Ministry of Health and Social Services-Namibia	1	0.6
<b>República Dominicana</b>	<b>1</b>	<b>0.6</b>
Maxwell Reyes	1	0.6
<b>Nigeria</b>	<b>1</b>	<b>0.6</b>
National Primary Health Care Development Agency	1	0.6
<b>Uruguay</b>	<b>1</b>	<b>0.6</b>
90.1 Fm Ideal	1	0.6
<b>Nueva Zelanda</b>	<b>1</b>	<b>0.6</b>
Unite against COVID-19	1	0.6
<b>Guatemala</b>	<b>1</b>	<b>0.6</b>
Nuestro Diario	1	0.6

<b>Países de origen y Organizaciones</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Total</b>	<b>174</b>	<b>100</b>

#### **4.4.2 Video con mayor interacción**

También se realizó un análisis descriptivo respecto a las interacciones de cada video, incluyendo comentarios, reacciones y reproducciones. Los videos en promedio alcanzaron un total de 179 interacciones (DE=411, Mediana=50, Moda=31).

Sin embargo, en el nivel de interacción, se identificó que el video con la más alta cantidad fue de Chile, difundido por 24horas.cl, un medio de comunicación centrado en noticias, con fecha del 06 de abril del 2020, con 2,608 interacciones (me gusta n=1,706, me encanta n=897, me da risa n=2, me asombra n=1, me entristece n=2); compartido 3,121 veces; alcanzó 264,187 reproducciones; y 157 comentarios. El video tiene una duración de 7 minutos 55 segundos, y se centra en atender dudas de usuarios sobre el uso correcto de cubrebocas, a petición de estos mismos.

A continuación, la transcripción (sobre la interpretación) del video:

“Quiero contarles que hace poco que dos personas me escribieron preguntando sobre dos temas. 1. El uso correcto de la mascarilla, quienes deben usarla y como. 2. Cuál es el correcto lavado de manos. Quiero recordarles que las medidas de prevención son la distancia social de un metro, lavado de manos frecuente con agua y jabón o con alcohol gel, taparse la boca con la parte interna del codo al estornudar o toser, quedarse en casa. 1. El uso de la mascarilla, lo usan las personas con síntomas respiratorios, tos, fiebre, que deben salir de casa para hacerse el examen de COVID-19; personas que no podrán mantener la distancia social; personas que trabajan en establecimientos de salud. Lavarse las manos antes de usarla. La mascarilla tiene dos bordes, el rígido va sobre la nariz, tiene que moldearse en la cara, los tirantes van atrás de las orejas, evitando espacios de separación. Cuando la retire, tome desde las tiras y elimínela en el basurero. Cuánto tiempo se puede usar una mascarilla quirúrgica, es de un sólo uso, debe desecharla. Se usa hasta que se humedezca, se debe desechar. También debe eliminarse si está sucia o manchada. 2. El correcto lavado de manos, hacerlo en todas las superficies, son 7 movimientos por aprox. 1 minuto. Movimiento circular en las palmas de las manos, movimiento entre los dedos, movimiento en el dorso de las manos y entre los dedos, movimiento entre los extremos de los dedos, movimiento en los pulgares, movimiento en la punta de los dedos,

movimiento en las muñecas. Después de realizados los movimientos se enjuagan las manos con abundante agua, se debe secar las manos con una toalla limpia personal o papel, al cerrar la llave, no toque la superficie con las manos, utilice el papel y deséchelo, o use el codo. ¿Por qué se deben realizar estos movimientos? Quiero demostrárselos con un ejemplo, para eso vamos a necesitar guantes de procedimiento y un poquito de pintura. Ahora empezaremos a realizar cada uno de los 7 movimientos para que vean cómo se cubren. Movimientos circulares en las palmas, entre los dedos, se puede identificar donde falta pintura, dorsos de las manos y entre los dedos, luego los extremos de los dedos faltan los pulgares, la punta de los dedos, y finalmente, las muñecas, ahora, aprovechemos para demostrar el retiro de guantes. Y finalmente los desechemos. Nuevamente tendré que lavarme las manos” (24horas.cl, 2020, 7m55s).

#### **4.4.3 Video con menor interacción**

Por otro lado, en la Tabla 5 se muestran los videos menos compartidos, originados de los tres países principales. En el caso del video de México, cuyo difusor es el Sistema Quintanarroense de Comunicación Social (SQCS), incluso cuando tuvo 7,622 reproducciones, las interacciones son mínimas y podría estar relacionado con la corta duración del video.

En el caso específico de México, al analizar las interacciones, compartidos y reproducciones sólo en el contexto mexicano (ver Tabla 5), podemos verificar que las organizaciones gubernamentales tienen gran injerencia representando la mayor parte de la muestra (Interacciones, 52.4%; Compartidos, 41.0%, Reproducciones, 82%). De estos, el video promovido por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) fue el que tuvo más interacciones, alcanzando el 22.9%, compartidos del 19.4% y reproducciones del 73.9%, abarcando la mayor parte de los porcentajes relacionados a la categoría de Organización Gubernamental.

En este sentido, el video del IMSS en Puebla tiene una duración de 46 segundos y proporciona información respecto a cómo solicitar atención médica en Lengua de Señas durante la pandemia por COVID-19. A continuación su transcripción (sobre la interpretación):

“Lengua de Señas para atención ante COVID-19. Con horario de atención de 9 a 15 horas. Cómo solicitarlo. Mandar un WhatsApp al número 2215579406 para solicitar una cita de videoconferencia con el médico. Propones la hora de la cita. Recibirás la confirmación. Recibe la videollamada por parte del personal autorizado” (IMSS, 2020, 46s).

**Tabla 5**

*Frecuencias y porcentajes de interacción con los videos difundidos en redes sociales mexicanas dirigidas a PSULS, por categoría.*

	Interacciones		Compartidos		Reproducciones	
	n	%	n	%	n	%
<b>Organización Gubernamental</b>	<b>2736</b>	<b>52.4%</b>	<b>924</b>	<b>41.0%</b>	<b>564692</b>	<b>82.0%</b>
IMSS	1197	22.9%	437	19.4%	508726	73.9%
Secretaría de Salud Puebla	952	18.2%	140	6.2%	36132	5.2%
El Gobierno de Nuevo León	204	3.9%	161	7.1%	11951	1.7%
Instituto de la Juventud	86	1.6%	27	1.2%	1094	0.2%
Gobierno del Estado de Sonora	66	1.3%	33	1.5%	789	0.1%
Sistema Estatal DIF Puebla	43	0.8%	14	0.6%	788	0.1%
Gobierno de Tlajomulco	39	0.7%	41	1.8%	1652	0.2%
Comisión Estatal de Derechos Humanos de Jalisco	36	0.7%	8	0.4%	281	0.0%
UNESCO México	36	0.7%	18	0.8%	907	0.1%
DIF Municipal SLP	30	0.6%	30	1.3%	1256	0.2%
Subsecretaría de Educación Básica de Tamaulipas	17	0.3%	5	0.2%	258	0.0%
Defensoría de los Derechos Humanos del Pueblo de Oaxaca	15	0.3%	2	0.1%	263	0.0%
DIF Zihuatanejo	15	0.3%	8	0.4%	595	0.1%
<b>Político - Nayarit</b>	<b>905</b>	<b>17.3%</b>	<b>463</b>	<b>20.5%</b>	<b>28161</b>	<b>4.1%</b>
Antonio Echeverría García	905	17.3%	463	20.5%	28161	4.1%
<b>Periódico</b>	<b>360</b>	<b>6.9%</b>	<b>123</b>	<b>5.5%</b>	<b>29752</b>	<b>4.3%</b>
Diario El Mundo	240	4.6%	96	4.3%	19798	2.9%
El Sol de Tlaxcala	95	1.8%	20	0.9%	8280	1.2%
El Sol de Córdoba	18	0.3%	3	0.1%	1070	0.2%
El Sol de San Luis	6	0.1%	2	0.1%	466	0.1%
El Sol de Cuernavaca	1	0.0%	2	0.1%	138	0.0%
<b>Servicio de Salud</b>	<b>333</b>	<b>6.4%</b>	<b>220</b>	<b>9.8%</b>	<b>5697</b>	<b>0.8%</b>

	Interacciones		Compartidos		Reproducciones	
	n	%	n	%	n	%
Cruz Roja Mexicana Sede Nacional	311	6.0%	203	9.0%	5165	0.8%
CRM Estatal Puebla	22	0.4%	17	0.8%	532	0.1%
<b>Artista</b>	<b>279</b>	<b>5.3%</b>	<b>111</b>	<b>4.9%</b>	<b>7266</b>	<b>1.1%</b>
RENEE	151	2.9%	30	1.3%	1923	0.3%
Yeka Rosales	128	2.5%	81	3.6%	5343	0.8%
<b>Organización sin fines de lucro</b>	<b>176</b>	<b>3.4%</b>	<b>127</b>	<b>5.6%</b>	<b>34067</b>	<b>4.9%</b>
UNICEF Bolivia	176	3.4%	127	5.6%	34067	4.9%
<b>Político - Querétaro</b>	<b>172</b>	<b>3.3%</b>	<b>88</b>	<b>3.9%</b>	<b>4513</b>	<b>0.7%</b>
Luis Nava	172	3.3%	88	3.9%	4513	0.7%
<b>Político - Estado de México</b>	<b>168</b>	<b>3.2%</b>	<b>127</b>	<b>5.6%</b>	<b>4558</b>	<b>0.7%</b>
Armando Navarrete	168	3.2%	127	5.6%	4558	0.7%
<b>Político - Yucatán</b>	<b>90</b>	<b>1.7%</b>	<b>72</b>	<b>3.2%</b>	<b>2017</b>	<b>0.3%</b>
Renán Barrera	90	1.7%	72	3.2%	2017	0.3%
<b>Medio de comunicación/noticias</b>	<b>2</b>	<b>0.0%</b>	<b>0</b>	<b>0.0%</b>	<b>7685</b>	<b>1.1%</b>
El Sol de Cuautla	2	0.0%	0	0.0%	63	0.0%
Sistema Quintanarroense de Comunicación Social - SQCS	0	0.0%	0	0.0%	7622	1.1%
<b>Total general</b>	<b>5221</b>	<b>100.0%</b>	<b>2255</b>	<b>100.0%</b>	<b>688408</b>	<b>100.0%</b>

Por último, se realizó un análisis de las palabras más mencionadas en el contenido de los videos y las interacciones de los comentarios a través de nubes semánticas (ver Tabla 6). En este sentido, respecto a todos los videos pertenecientes a la muestra, las verbas más utilizadas en el contenido son, *que, COVID-19, información, todos, después, manos, personas, casa, del, sordos, importante, doctor, educación*, demostrando que las palabras se relacionan con elementos generales de COVID-19, especialmente los relacionados a la prevención.

En la siguiente imagen, se pueden identificar las palabras que más se utilizaron durante los comentarios registrados de todos los videos, teniendo como más destacables *que, gracias, el uso de algún sticker, hola, todos, excelente, buenas, dios, gente, información, comunidad*, siendo las primeras dos las más representativas. A partir de esto podemos verificar que las interacciones en realidad no hacían comentarios respecto al contenido del video, evitando que se continuara un diálogo constructivo con relación a éste.

A continuación, respecto al contenido de los videos mexicanos, podemos identificar palabras similares, como los son *que, personas, manos, COVID-19, casa, agua, lavarse, atención, estornudar, jabón, discapacidad*, verbas que nuevamente tienen relación con la prevención de COVID-19.

Para finalizar, respecto a las palabras destacadas de los comentarios en los videos de México, podemos identificar *que, todos, personas, el uso de algún sticker, Iztacalco, gente, gracias, grupo, saludos, comunidad, excelente, casa, hay, alcalde, o uso del algún gif*. De igual forma, estas palabras no están relacionadas al contenido descrito, además de que son más homogéneas a comparación de las interacciones de todos los videos, sin que ninguna resalte especialmente.



## **CAPÍTULO 5. ESTUDIO II: ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE LAS EXPERIENCIAS DE INFORMACIÓN SOBRE COVID-19 EN PERSONAS SORDAS MEXICANAS**

### **5.1 Objetivo General**

Explorar la experiencia de personas sordas durante la pandemia por COVID-19 respecto a la información compartida en redes sociales

### **5.2 Objetivos Específicos**

- Identificar los principales medios por los que se informaban las personas sordas sobre la pandemia por COVID-19
- Explorar cuáles fueron las dificultades a las que se enfrentaron personas sordas durante la pandemia por COVID-19
- Explorar el dominio de información sobre la pandemia por COVID-19
- Explorar las implicaciones de acceso a la información y su experiencia durante la pandemia por COVID-19

### **5.3 Método**

#### **5.3.1 Tipo de estudio**

De acuerdo con la clasificación de Hsieh y Shannon (2005), esta etapa de la investigación fue cualitativa, observacional y descriptiva.

#### **5.3.2 Diseño**

Se utilizó el método de análisis de contenido inductivo convencional, recomendado cuando se carece de estudios previos en torno al tema (Hsieh & Shannon, 2005).

#### **5.3.3 Participantes**

La selección de los participantes se realizó a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia. Este método permite seleccionar a las personas que sean accesibles y que acepten ser incluidos en el estudio (Otzen & Manterola, 2017).

El total de la muestra se conformó por dos personas sordas. Los criterios de inclusión especificaron: 1) que fueran Personas Sordas Usuarias de la Lengua de Señas Mexicana; 2)



accesibilidad a conexión de internet para la realización de la entrevista; 3) otorgar su consentimiento para participar en el estudio.

### ***Participante 1 (P1)***

Persona sorda que se identificó como masculino, soltero, originario y residente de Querétaro donde vive con su madre; al momento de la entrevista, el participante tenía 32 años cumplidos. En cuanto a sus estudios, reportó tener una licenciatura, y estar cursando 2 maestrías. Empresario - fundador de una escuela de Lengua de Señas Mexicana, con contacto con la Comunidad Sorda, perteneciente a la Comisión de Personas Sordas del Estado de Querétaro Asociación Civil.

El participante se apoya de un aparato auditivo, aunque no es un recurso importante para establecer comunicación con otros, por lo que se ayuda de la lectura labial y de textos escritos. En cuanto a sus antecedentes con su condición auditiva, reportó que su pérdida de audición era profunda, y que ésta se presentó desde los 5 años y medio, y acudió a tres años de terapia de lenguaje.

Se le identificó como Sordo Hispanohablante (**P1. *Mi lengua nativa es español, y tengo muy alto nivel de competencia lingüística***), por lo que la entrevista fue realizada de forma oral a petición de éste, haciendo uso del servicio de subtulado ofrecido por Google Meets<sup>®</sup>.

### ***Participante 2 (P2)***

Persona sorda que se identificó como masculino, comprometido, originario y residente de Querétaro donde vive con su madre y padrastro, aldeaño a sus tíos; al momento de la entrevista, el participante tenía 32 años cumplidos. En cuanto a sus estudios, reportó tener una Ingeniería en animación de efectos especiales. Profesor de Lengua de Señas Mexicana, además de buscar proyectos alusivos a sus estudios, con contacto con la Comunidad Sorda, perteneciente a la Comunidad de Educación Nacional Mexicana para Sordos.

El participante se apoya de un aparato auditivo con el que escucha poco. Respecto a sus antecedentes con su condición auditiva, indicó que su pérdida de audición es regular, escuchando poco si se apoya del aparato auditivo, hipoacúsico, desde el momento de nacimiento a los siete meses de gestación. Mencionó una Comprensión nivel B1 del español.

Se le identificó como Sordo Señante (**P2**. *Yo nací a los 7 meses y soy sordo desde entonces*), por lo que la entrevista se realizó por medio de Zoom® a través de la Lengua de Señas Mexicana.

#### **5.3.4 Instrumento**

Se desarrolló una guía de entrevista semiestructurada conformada por una sección de datos demográficos y 12 preguntas referentes a la experiencia del participante como persona sorda durante la pandemia por COVID-19 (Anexo 1). Además, se realizó la adaptación de la entrevista en español a Glosa como se muestra en el Anexo 2 para facilitar la interpretación en el momento de la interacción.

#### **5.3.5 Procedimiento**

Se concertó una reunión con el participante 1 a realizarse a través de la plataforma Google Meets®, a petición de éste, dada las facilidades para acceder al subtítulo durante la conferencia. Se le preguntó al participante si prefería que la comunicación se estableciera por medio de la Lengua de Señas o comunicación verbal asistida por subtítulos, a lo que solicitó que fuera de manera verbal. Se realizó la entrevista haciendo uso del servicio de subtítulos de Google Meets®. La reunión con el participante 2 se llevó a cabo con el apoyo de la plataforma Zoom® y se realizó en su totalidad en Lengua de Señas Mexicana, utilizando la guía de entrevista adaptada (Anexo 2). En ambos casos, antes de comenzar se les dio a conocer el consentimiento informado (Anexo 3), quedando grabado el otorgamiento de este.

Las transcripciones de ambas entrevistas se pueden localizar en el Anexo 4 y 5 de este manuscrito.

#### **5.3.6 Análisis de Datos**

El análisis de datos fue de tipo narrativo, descriptivo, y se realizó en una sola etapa que consistió en la identificación de las verbas, para poder agruparlas en cuatro categorías: principales medios por los que se informaban las personas sordas sobre la pandemia por COVID-19, dificultades a las que se enfrentaron personas sordas durante la pandemia por COVID-19, información sobre la pandemia por COVID-19 e implicaciones de acceso a la información y su experiencia durante la pandemia por COVID-19, que corresponden a cada uno de los objetivos específicos del Estudio II.

### **5.3.7 Consideraciones éticas del estudio**

Se proporcionó un consentimiento informado (Anexo 3) a los participantes, con la finalidad de dar a conocer las características del proyecto y contar con la participación libre e informada de los participantes. Se realizó su explicación a los participantes en el formato más accesible de cada uno para asegurar su comprensión.

## **5.4 RESULTADOS**

### **5.4.1 Principales medios por los que se informaban las personas sordas**

En este sentido, el participante 1 compartió que el medio por el cual se informaba era a través de su círculo más cercano, además de utilizar medios oficiales de información (**P1. La Organización Mundial de la Salud (...) Secretaría de Salud**), percibiendo éstas como las más confiables. Por su parte, el participante 2 reportó que en Facebook<sup>®</sup> obtuvo mucha información en conjunto con los noticieros televisados, y usualmente le explicaban la misma.

Adicionalmente, el participante 1 informó que el uso de las redes sociales no fue el adecuado, dado que generó más miedo que certidumbre dentro de la Comunidad Sorda (**P1. También había mucha gente sorda que tenía cierta información y la publicaba en las redes sociales, de forma que esta información podía ser tanto verdadera o falsa, por lo tanto, en vez de informar también se desinformaba**).

### **5.4.2 Dificultades a las que se enfrentaron personas sordas durante la pandemia por COVID-19**

Respecto a las dificultades que las personas sordas enfrentaron durante la pandemia por COVID-19, ambos participantes mencionaron que el uso de cubrebocas impidió el acceso a la lectura labial, considerando que la visión de estos estaba cubierta (**P1. El uso de cubrebocas afectó mucho, este, a las personas sordas oralizadas y a las personas sordas en general, precisamente por el hecho de no poder tener un acceso a la comunicación por medio de la lectura labial. P2. Los médicos usaban cubrebocas, no podíamos ver los labios (...) Necesitábamos bajar el cubrebocas o ayuda de otra persona**).

Asimismo, el participante 1 mencionó que en las ocasiones que les pedía a sus alumnos que se descubrieran el rostro al hacer su colaboración, le era incómodo dado que estaba pidiendo

que arriesgaran su salud (**P1.** *Me hacía sentir mal porque básicamente, estoy pidiéndoles que arriesguen su salud o su seguridad, entonces, no era algo correcto*).

En este sentido, la capacidad de comunicarse con otras personas se vio afectada, consiguiendo aislar mucho más a nuestros participantes (**P1.** *Mi comunicación con las personas era casi nula o inexistente*).

La forma de comunicación, entonces, pasó de la lectura labial a la escritura, principalmente con el uso del teléfono celular (**P2.** *En el celular escribir el mensaje, de lejos, a la distancia, lo leían y ya, cada uno con su propio celular*), sin embargo, su utilidad estaba acompañada de ineficiencia y lentitud (**P1.** *La comunicación por este medio es un poco ineficaz, debido a que la gente se desespera también toma más tiempo*).

Además de dificultades en la interpretación de los videos, dado que se requería mucha más información, reportado por el participante 2 (**P2.** *Y ayudarnos en la interpretación de los videos, era difícil, más o menos, necesitábamos mucha información*).

En cuestión de salud, el participante 1 mencionó la seña de COVID-19 (CONFIGURACIÓN MANUAL DE MANO DE APOYO EN “S” MIRANDO HACIA ABAJO, CONFIGURACIÓN MANUAL DE MANO DOMINANTE EN GARRA, MUÑECA SOBRE DORSO, MOVIMIENTO LATERAL DE ADENTRO HACIA AFUERA), creada por la Federación Mundial de Sordos en conjunto con otros institutos y organizaciones, homogenizando su uso y que fuera identificable mundialmente. Sin embargo, no se hizo lo mismo para otros conceptos igualmente importantes en el contexto de la pandemia (**P1.** *Pandemia, respiración, todo lo relacionado, no se hizo*).

Además, las personas sordas tuvieron dificultades de acceso a los servicios de salud, principalmente por las dificultades de comunicación, la ignorancia para la atención de estas situaciones, a quién informar, qué hacer en caso de presentar síntomas, además de cómo detectar el COVID-19.

En esta misma línea, los derechos humanos estuvieron vulnerados al ser atendidos durante las hospitalizaciones, tanto para mayores como menores de edad, dado que se les atendió sin el acompañamiento de un intérprete de LSM especializado en temas de salud; tampoco se adecuaron los procedimientos para facilitar el acceso a la información a las personas sordas durante el proceso (**P1.** *Los menores de 18 años, pues estaban siempre apoyados por sus padres o tutores quienes tomaban la decisión, cabe recalcar que la persona menor de 18 años no tenía*

*conocimiento de lo que estaba pasando (...) situaciones graves en cuanto a la vulneración de los derechos humanos (...) permitir que la persona sorda, el paciente en este caso, tome la decisión, este, sobre cómo se va a llevar a cabo el procedimiento y qué es lo que va a pasar).* Cuando una tercera persona como padres de familia se involucran en el proceso de comunicación, es probable que la dignidad, la autonomía y la independencia de una persona sorda se vea afectada.

Sin embargo, doctores de Querétaro se han capacitado en cuestiones de inclusión y accesibilidad para poder responder de acuerdo con las necesidades de la población.

La suma de estos eventos, consiguieron que la condición de discapacidad por parte de los participantes aumentara, especialmente en acceso a servicios (**P1.** *Sí me vi en situación de discriminación, sí me vi en situación de exclusión, este, sobre todo en cuanto a acceso a servicios, este, y productos en términos generales, actividades vitales para mi vida*); a su vez, afectaron el nivel de independencia conseguido hasta el momento (**P1.** *Afectó directamente mi independencia, así como también aumentó mi grado de discapacidad*).

A pesar de estas evidencias, que fácilmente fueron identificadas al cuestionar directamente a la población, el participante 1 informó que hasta el momento no existe ningún tipo de informe o investigación que pueda cuantificar la vulneración a los derechos humanos en el acceso a la salud, educación y empleo durante la pandemia por COVID-19 (**P1.** *Es muy importante contar con eso para que las personas sordas podamos contar con un documento con datos comprobados, verificables y poder exigir a las asociaciones de derechos humanos*).

La falta de información en salud adecuada y en un medio accesible, puede representar la pérdida de vidas humanas de personas sordas, como subrayó el participante 1 (**P1.** *Porque no contar con esta información también puede ser, por ejemplo, el motivo por el que una persona sorda haya perdido la vida, al no contar con información, al no saber a dónde ir para resolver esta situación*).

#### **5.4.3 Información sobre la pandemia por COVID-19**

En este rubro, los participantes describieron cuestiones de prevención como la limpieza, el lavado de manos frecuente haciendo uso de jabón o gel antibacterial, el mantener la distancia (sin contacto físico), permanecer en casa, la importancia de utilizar el cubrebocas con ciertas características; considerando de igual forma que las caretas no eran del todo seguras, incluso cuando resultaban mucho más útiles para el acceso a la lectura labial (**P1.** *El uso de las caretas*

*pues, la seguridad que provee o proporciona no es muy buena, y para nosotros en lo personal preferimos que las personas utilicen caretas para ver la boca, pero también tenemos un entendido de que no es bueno para la gente).*

Sin embargo, existe un desconocimiento general en la población sorda respecto a las características del COVID-19 (**P1.** *Qué es COVID-19, es un virus, una bacteria, cómo nos contagiamos, cómo evitamos el contagio, por qué tenemos que lavarnos las manos, por qué el contacto físico es un riesgo o aumenta el contagio, este, todo ese tipo de conceptos, procesos).*

#### **5.4.4 Implicaciones de acceso a la información**

Al discutir las implicaciones relacionadas al acceso a la información, uno de los factores a considerar es la comunicación. El participante 1 reportó el mismo nivel de incertidumbre respecto a las demás personas en cuanto a información, sin embargo, estaba presente la barrera de la lengua (**P1.** *Sí fue un poco desesperante, porque también, más que el acceso a la información no tenía acceso a la comunicación para que yo pudiera preguntarle a un doctor, por ejemplo, en un webinar, una conferencia, todo eso).* En el caso del participante 2, indicó que cuando las personas hablan rápido le es difícil comprender, e incluso al reducir la velocidad no entiende por completo; requiere que le expliquen palabras nuevas (**P2.** *Las palabras nuevas no las conozco, pregunto qué es, entonces me explican).*

De igual manera, se discutió la eficiencia al acceder a la información por medio de la interpretación de un usuario o un intérprete que, al obtenerla por medio de subtítulo, dado que se utilizan sinónimos y metáforas que podrían no ser adecuadamente entendidos o explicados (**P1.** *La comprensión de la información no es la misma, y eso está comprobado científicamente).* Como usuario del español y de la Lengua de Señas Mexicana, el participante corroboró que la información cambia al ser interpretada (**P1.** *La información que se recibe por medio de subtítulo o transcripción, así como por la lengua de señas, es muy diferente).*

Además, por los conceptos relacionados a la salud y la pandemia desconocidos para la Comunidad Sorda (**P1.** *De las cuales, la mayor parte de la población sorda o usuaria de la Lengua de Señas Mexicana no tiene comunicación); por otra parte, también por la falta de señas específicas para ciertos conceptos, el deletreo se hace necesario. Adicionalmente, lo ideal sería contar con expertos que puedan compartir información en salud, relacionada a COVID-19 en*

este caso, a través de la Lengua de Señas; considerando a su vez, las características de la Comunidad Sorda (**P1. Las personas sordas no son expertas en el tema de la salud**).

En este sentido, el participante 1, sordo hispanohablante, comentó su disgusto a que se le dé prioridad a la Lengua de Señas Mexicana encima de los subtítulos, dado que no se consideran sus necesidades basadas en las características de su identidad (**P1. Para mí es mucho más comprensible, accesible y responde mis necesidades el hecho de poder contar tanto con subtítulos como transcripción, este, más que la lengua de señas**). En cambio, en el caso del participante 2, como sordo señante, los textos en español requieren ser simples y releídos varias veces por él para considerar el alcance de una buena comprensión (**P2. Yo leo 5 veces, otra vez, otra vez. Hasta que lo capto y entiendo (...) el español lo entiendo más o menos, pero es difícil**).

Por otro lado, los intérpretes especializados en LSM son escasos o no se cuenta un medio de contacto con ellos en situaciones de emergencia; asimismo, deben contar con ciertos requisitos, antes mencionados, como son la certificación por parte de CONOCER y la especialización en el ámbito del que vaya a interpretar. Además, el participante 1 menciona que *el hecho de contar con un intérprete de Lengua de Señas no, no implica que ya se esté cumpliendo con el acceso a la información como derecho*.

Sin embargo, en la experiencia del participante 2, los intérpretes facilitaron el acceso a la información y la atención en salud (**P2. Sí había organizaciones de intérpretes, nos platicaban, nos explicaban, por videollamadas, también por WhatsApp, por información escrita**).

Por último, es importante la consideración de que la Comunidad Sorda es heterogénea respecto a sus características (**P1. Las personas sordas pues tienen diferente nivel de pérdida auditiva, tienen diferente nivel de acceso a recursos tecnológicos que les proveen apoyo, como es el uso de los aparatos auditivos**), y por tanto, afectan las necesidades de cada individuo (**P1. Nivel de desarrollo educativo, así como del desarrollo del lenguaje que haya alcanzado la persona sorda (...) cada persona tiene una necesidad (...) atienden diferentes discapacidades dentro de una discapacidad**).

Entonces, la prevención es una de las mejores herramientas con las que contamos para que profesionales de la salud puedan actuar en situaciones donde las personas sordas estén involucradas y protejan la dignidad humana.

## CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FINALES

Convivimos diariamente con la diversidad funcional, en algunos casos, como aquellas personas que viven en condiciones de discapacidad, es mucho más notorio dado que el entorno no les beneficia (Ferrería, 2008), y justo este factor es el que propicia la discapacidad (Padilla-Muñoz, 2010). De tal forma, que los participantes reportaron que la situación de discriminación y exclusión social aumentó a partir de la pandemia por COVID-19, ya que tenían que solicitar apoyo en ciertas actividades que antes realizaban con autonomía.

Resaltamos que el método oral no es del todo adecuado para las personas sordas, y es preferible el aprendizaje de una LS porque funciona como lengua natural (Herrera et al., 2007) y es mucho más accesible, puesto que, de acuerdo con los resultados obtenidos en la presente investigación éste fue el principal medio de obtención de información.

En este estudio también se establecen situaciones de vulnerabilidad al no contar con información o servicios en LS, existiendo problemas en los ámbitos sociales, económicos y de la salud (Swanwick et al., 2020), que lleva a las personas sordas al aislamiento del resto de la sociedad (Trecca et al., 2020). En el caso de la pandemia por COVID-19, dadas las limitaciones de comunicación entre las PSULS, la falta de contacto cara a cara con médicos, la restricción del acceso a familiares que pudieran servir como ayuda para beneficiar el proceso de comunicación, el retiro de los intérpretes del ámbito hospitalario, entre otros (Blackwell et al., 2012), llevaron a las personas sordas a una situación mucho más precaria ante la enfermedad (Velasco et al., 2021).

Respecto al acceso a la información, Panko et al. (2021), informa que existen limitaciones para obtener datos sobre prevención, salud sexual y reproductiva, así como de otras enfermedades, por lo que durante la pandemia por COVID-19, tuvieron dificultades para enterarse debido a que la información no se encontraba disponible en alguna LS, además de ser difícil de entender, especialmente en caso de que estuviera en español, y la desconfianza al no comprenderla.

Por si esto fuera poco, las personas sordas necesitan tomarse el tiempo para ver los noticieros, a diferencia de las personas oyentes que podemos realizarlo mientras hacemos otra actividad (Cruz & Sanabria, 2021); además, el medio en que hagan esto, es decir, ya sea que se informen por internet, televisión u otro recurso depende en gran medida de la economía que las personas sordas tengan (Lupano et al., 2022; Swanwick et al., 2020).



Adicionalmente, la información de lavado de manos durante la pandemia por COVID-19 no fue suficiente (Lunn et al., 2020); en este sentido, en los resultados cuantitativos podemos observar que muchas de las verbas utilizadas hacían referencia a la prevención de la enfermedad y no a la explicación detallada de varios conceptos relacionados a la salud. Esto fue confirmado por parte de los participantes que colaboraron en la segunda etapa de esta investigación, ya que mencionan la inexistencia del conocimiento suficiente de lo que significa COVID-19, cómo se contagia un virus, entre otros. Aunado a esto, existió incertidumbre en la información que podía considerarse fidedigna y que desencadenaran conductas de prevención adecuadas por parte de los participantes.

Por otra parte, según la evidencia mostrada por Swanwick et al. (2020) el hecho de que exista el servicio de interpretación en un programa no es suficiente para asegurar la comprensión de las personas sordas, para esto, el participante 1 amplía la información al compartir que el uso de palabras y deletreo de términos específicos de la salud son, en muchos casos, desconocidos para la Comunidad Sorda, además de que resalta la inexistencia de señas que hablen de conceptos que se empezaron a socializar durante la pandemia por COVID-19.

Por si esto fuera poco, en México, Montesinos (2020) reportó las denuncias respecto a la mala interpretación en las conferencias matutinas del presidente Andrés Manuel López Obrador. Además, Rodríguez (2020) señaló que estas denuncias al menos tenían un año de estarse interpuesto para solicitar el mejoramiento del servicio. El participante 1 comenta que para convertirse en intérprete es necesario realizar una Certificación de Competencia Laboral y justo durante la pandemia por COVID-19, CONOCER integró un nuevo estándar para la interpretación de conferencias en LSM (2020).

Entre los factores que permiten que la situación tan precaria continúe para las personas sordas, es el hecho de que perciben el español como una lengua de difícil comprensión (Yarza, 2015), por lo que en general tienen un nivel bajo de comprensión de lectura (Herrera et al., 2007). Sin embargo, esto tiene más que ver con el hecho de que los maestros no cuentan con una pedagogía adecuada para la enseñanza del español y además, se manejan desde el prejuicio que dificulta su propia práctica docente (Díaz-Barriga & Hernández, 2004).

Sin embargo, esto no es una generalidad, y evidencia de ello son los participantes de este estudio, dado que ambos son usuarios de la LSM, pero el participante 1 se identificó como sordo hispanohablante porque prefiere comunicarse a través del español, en su forma escrita y oral,

teniendo una alta competencia lingüística (del español) de esta lengua; mientras que el participante 2, es un sordo señante que prefiere el uso de la LSM como forma de comunicación, y le es difícil la comprensión de los textos en español. De igual forma, son personas que pudieron utilizar el medio escrito para comunicarse durante la pandemia por COVID-19 ante la falta de lectura labial, incluso cuando esta fuera mucho más lenta.

El modelo médico tiende a tener una visión paternalista respecto a la atención de las personas sordas (Pérez, 2014), e incluso toma a los profesionales de la salud como los actores principales (Oliver, 1990). La Comunidad Sorda sigue siendo de las principales promotoras de estos temas, especialmente mediante redes sociales en la pandemia por COVID-19 (Swanwick et al., 2020).

Además, comprobamos en el estudio cuantitativo, que las organizaciones gubernamentales en conjunto con institutos especializados en la atención a personas sordas como son el INSOR y el NAD, promueven la salud. En el caso de México, las organizaciones gubernamentales suman la mayor cantidad de interacciones, y el video que resalta entre todos es corto y proporciona información de cómo solicitar asesoría y atención médica por medio de una videollamada. Además, los participantes reportaron que se acercaron a la OMS o la Secretaría de Salud para obtener información actualizada y verídica, y también tuvieron el acceso de información por parte de las personas sordas de la Comunidad.

Bajo esta evidencia, un paso a seguir sería instaurar las bases para la creación de un instituto o una asociación de índole público que pueda fungir como promotora de información específica, relevante y en formatos accesibles para las personas sordas dentro de la República Mexicana. Retomamos el Instituto Nacional de Cultura del Sordo, propuesto por Martínez (2001) en la iniciativa con proyecto de Ley Federal de la Cultura del Sordo, el cual sería el encargado de ejecutar programas para la detección de la sordera, formación de intérpretes certificados y trabajadores sociales especializados, promoción del uso de la LSM dentro y fuera de la Comunidad Sorda, así como de vigilar los derechos humanos de las personas sordas, entre otros.

Ahora bien, retomando la clasificación de Fridman (2011) nos encontramos ante la gran diversidad humana dentro de la sordera. El poder atender a las personas sordas desde su identidad hispanohablante, semilingüística o señante, representa el reto de seguir explorando las diferentes problemáticas con las que viven día a día; de tal forma que se puedan atender las necesidades específicas, por ejemplo, en el caso del participante 1 con subtítulo congruente y

accesible, y para el participante 2 la visualización suficiente para comprender el rasgo no manual de las interpretaciones de los noticieros.

Las redes sociales se convirtieron en un medio fundamental para mantener el contacto tanto para personas oyentes como sordas (Wong et al., 2021); sin embargo, Cruz y Serrano (2018) reportan que especialmente el uso de Facebook® ha permitido que las personas sordas se enriquezcan del español en su forma escrita, además de que se considera Internet como un espacio público donde se ofrecen diversidad de opiniones y contenidos (Luna, 2000).

Por otra parte, es imperativo que empecemos a visibilizar las grandes brechas que existen en términos legislativos para poder proponer normas y leyes que reconozcan las identidades lingüísticas de los sordos y la atención de sus necesidades particulares en todos los ámbitos (Fridman, 2009), esto con la finalidad de evitar la violación de los derechos humanos de las personas sordas, como es el acceso a la LSM (Diario Oficial de la Federación, 2008), la interpretación digna y ética en noticieros y programas de información masiva (Espinosa, 2020), el acceso a la educación basada en un modelo bilingüe y bicultural (Fridman, 2009; 2011). Además, como reportaron los participantes, es necesario que los servicios de salud puedan ser interpretados para eliminar las barreras de comunicación que facilitarían el dar a conocer el procedimiento al que serán sometidos, y por tanto, respetar el consentimiento informado que todo ser humano tiene derecho a dar.

De esta forma, podemos retomar la necesidad de políticas públicas que promuevan y protejan los derechos lingüísticos Sordos identificados por Alegre (2018), Cruz-Aldrete et al. (2014), que incluyen el acceso a la información, a una educación bilingüe, además de un trabajo, servicios de salud e impartición de justicia dignos por medio de la LS.

Después de lo establecido en las anteriores líneas, podemos concluir que la sordera tiene diferentes dimensiones sociales, económicas, políticas y educativas, que, a su vez, influyen en los términos de la salud. Por tanto, es necesario realizar un análisis de estos factores para poder diseñar una intervención desde la psicoeducación en salud que esté basada en las necesidades reales de las personas sordas.

Durante la pandemia por COVID-19, Urzúa et al. (2020) menciona que se consideraron temas de prevención de la enfermedad, sin embargo, definitivamente estos no fueron suficientes para poder proteger del todo a las Comunidades Sordas.

Por lo que se propone realizar las intervenciones psicoeducativas desde un Diseño Centrado en el Usuario, que tiende a la generación de ideas y servicios que toman en cuenta la diversidad humana, la inclusión social y la igualdad, a través de considerar a la mayor cantidad de usuarios que puedan aprovechar las características del servicio (Capece, 2010). Es una metodología que proviene del Diseño Industrial, sin embargo, adaptado a la Psicología podemos resaltar de igual forma sus principios que incluyen la participación del usuario en todo el proceso, tomando en cuenta su experiencia en el servicio y los aspectos culturales que intervienen en él, favorece a los datos cualitativos que señalan la coherencia y pertinencia de cierta solución (Rodríguez, 2012).

Por tanto, para poder llevarla a cabo se requiere trabajar de la mano con personas sordas que puedan empezar a ser agentes (más) activos del proceso de salud-enfermedad, además del de enseñanza-aprendizaje, proporcionándoles la gran ventaja de trabajar en pro de sí mismos, además de la posibilidad de hacerse escuchar a partir de sus necesidades particulares por los oyentes. Adicionalmente, el negar a la población sorda la oportunidad de obtener una mayor autonomía al involucrarse en los procesos de enseñanza-aprendizaje involucrados en la psicoeducación, es obstaculizar el desarrollo de la psicología y las personas sordas.

Es necesario que continuemos trabajando e investigando en temas relacionados a la salud con personas sordas, dado que el haber superado estos años tan complicados como raza humana, en palabras del participante 1, *no asegura que no vuelva a pasar en un futuro y pues no hay que tomarlo a la ligera.*

## **Limitaciones**

Para finalizar, como parte de las limitaciones de esta investigación, es esencial recalcar que los enfoques con los que se desarrolló son exploratorio y descriptivo, por lo que las aseveraciones aquí expuestas apenas son un primer paso para ofrecer una explicación al fenómeno.

Los hallazgos se limitan a usuarios de redes sociales entre los 13 y 24 años, dado que Bustos et al. (2022) informó que la mayor parte de las personas que participan en Facebook® pertenecen a este rango de edad, siendo las personas mayores las más reacias a utilizar las redes sociales. De igual forma, el autor resalta la importancia de la información cualitativa como el contenido de los comentarios, las características demográficas de los seguidores de las páginas o

personas, las emociones asociadas a los botones de reacciones, entre otros, que no se consideran en el presente estudio.

Adicionalmente, en términos de población las personas que se encuentran en redes sociales no se pueden visualizar como una muestra representativa de la población en general, dado que existen sesgos en sexo, edad, nivel educativo y estrato sociodemográfico (Bustos et al., 2022), variables no controladas durante la realización de la presente investigación, dificultando que los datos obtenidos puedan manifestar fielmente las características y necesidades educativas de la población sorda. No obstante, estos resultados son consistentes con investigaciones realizadas en el área de la salud, población sorda y COVID-19, de manera que apoya la evidencia que se ha documentado hasta la fecha.

## REFERENCIAS

- Ademokoya, J. (2019). Contemporary Practices in Deaf Education in Nigeria. En H. Knoors, M. Brons & M. Marschark. (Eds.), *Deaf Education Beyond the Western World: Context, Challenges, and Prospects* (pp. 19-34). Oxford University Press.
- Aitchinson, J. (1992). Animales que intentan hablar. ¿Es el lenguaje algo exclusivo de los humanos? En J. Aitchinson. (Ed.). *El mamífero articulado. Introducción a la psicolingüística* (pp. 39-70). Alianza Editorial.  
[https://www.academia.edu/36046764/Lectura\\_Aitchinson\\_J\\_Animales\\_que\\_intentan\\_hablar](https://www.academia.edu/36046764/Lectura_Aitchinson_J_Animales_que_intentan_hablar)
- Alonso, A., & Cruz, M. (2009). Aros magnéticos. FM. Suvag. Implantes cocleares. En M. Jiménez & M. López. (Ed.), *Deficiencia auditiva. Evaluación, intervención y recursos psicopedagógicos* (pp. 147-162). General de la Educación Preescolar y Especial.
- Anderson, M., & Jiang, J. (2018). Teens, Social Media & Technology. *Pew Research Center*, 31, 1673-1689. [https://www.pewinternet.org/wp-content/uploads/sites/9/2018/05/PI\\_2018.05.31\\_TeensTech\\_FINAL.pdf](https://www.pewinternet.org/wp-content/uploads/sites/9/2018/05/PI_2018.05.31_TeensTech_FINAL.pdf)
- Andreu, L. (2016). CODA: Hijos Oyentes de Padres Sordos. *Publicaciones Didácticas*, (71), 466-481. <https://publicacionesdidacticas.com/hemeroteca/articulo/071080>
- Azuela-Flores, J. (2011). Redes sociales en México, una reflexión. *CienciaUAT*, 5(4), 29-33. <https://www.redalyc.org/pdf/4419/441942924009.pdf>
- Barnett-Howell, Z., & Mobarak, A. (2020). The benefits and costs of social distancing in rich and poor countries. *Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 115(7), 807-819. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2004.04867>
- Baros, A., Bravo, D., Camus, V., Inostroza, T., Roblero, J., Román, D., Salazar, E., Suárez, R., Tabilo, C., Varela, C., & Villanueva, S. (2016). Taller de salud mental: programa psicoeducativo dirigido a comunidad de adultos jubilados de una institución de gendarmería. *Horiz Enferm*, 27(1), 79-87. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/04/1178850/79-87.pdf>
- Bäumel, J., Froböse, T., Kraemer, S., Rentrop, M., & Pitschel-Walz, G. (2006). Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin*, 32(S1), S1-S9. <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbl017>

- Bayés, R., & Ribes, E. (1992). Un modelo psicológico de prevención de enfermedad: su aplicación al caso del SIDA. En J. Piña. (Ed.), *Psicología y Salud: aportes del análisis de la conducta*. (pp. 1-21). Editorial UNISON.
- Benton, A., Coppersmith, G., & Dredze, M. (2017, April). Ethical research protocols for social media health research. En D. Shannon, M. Mitchell, E. Bender, M. Strube, H. Wallach (Eds) *Proceedings of the first ACL workshop on ethics in natural language processing* (pp. 94-102). <http://dx.doi.org/10.18653/v1/W17-16>
- Berry, M. (2017). Being Deaf in Mainstream Education in the United Kingdom: Some Implications for their Health. *Universal Journal of Psychology*, 5(3), 129-139. <http://dx.doi.org/10.13189/ujp.2017.050305>
- Birdsong, D. (1999). *Second Language Acquisition and the Critical Period Hypothesis*. Routledge.
- Bisquerra, R. (Ed.). (1998). *Modelos de orientación e intervención psicopedagógica*. Ciss Praxis.
- Blackwell, D., Lucas, J., & Clarke, T. (2012). Summary health statistics for U.S. adults. *National Center for Health Statistics. Vital and Health Statistics*, 10(260), 1-171. [https://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr\\_10/sr10\\_260.pdf](https://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_10/sr10_260.pdf)
- Brisenden, S. (1986). Independent living and the medical model of disability. *Disability, Handicap and Society*, 1(2), 173-178. [https://www.um.es/discatif/PROYECTO\\_DISCATIF/Textos\\_discapacidad/brisenden\\_0.pdf](https://www.um.es/discatif/PROYECTO_DISCATIF/Textos_discapacidad/brisenden_0.pdf)
- Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395, 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Bustos, V., Coronado, A., Fraustro, S., Leyva, G., López, N., Olvera, R., Romo, A., & Silva, V. (2022). Caracterización del sesgo de selección en redes sociales en México a través de algunas características sociodemográficas de sus usuarios. *Realidad, datos y espacios. Revista Internacional de Estadística y Geografía*, 13(2), 26-43. <https://rde.inegi.org.mx/wp-content/uploads/2022/PDF/RDE37/RDE37.pdf>
- Capece, S. (2010). El diseño centrado en el usuario: principios y nuevos escenarios para el producto inclusivo. *Sostenibilidad/Diseño Universal*, 2, 77-84. <https://doi.org/10.24310/Idisenio.2010.v2i.12702>

- Carrascosa, J. (2015). La discapacidad auditiva. Principales modelos y ayudas técnicas para la intervención. *Revista Internacional de apoyo a la inclusión, logopedia, sociedad y multiculturalidad*, 1(2), 101-113.  
<https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/riai/article/view/4159>
- Cecilia, A. (2007). La familia en acción. En A. Cecilia. (Ed.), *Atención temprana del niño sordo* (pp. 91-100). Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.
- Chaves-Montero, A. (2018). La utilización de una metodología mixta en investigación social. En K. Santa, W. Gadea & S. Vera-Quiñonez. (Ed.), *Rompiendo barreras en la investigación* (pp. 164-184). Editorial UTMACH.  
[https://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/15178/La\\_utilizacion\\_de\\_una\\_metodologia\\_mixta.pdf?sequence=2](https://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/15178/La_utilizacion_de_una_metodologia_mixta.pdf?sequence=2)
- Chen, H., Xu, W., Paris, C., Reeson, A., & Li, X. (2020). Social distance and SARS memory: impact on the public awareness of 2019 novel coronavirus (COVID-19) outbreak. *MedRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2020.03.11.20033688>
- Claros-Kartchner, R. (2017). *La desmitificación de la educación de sordos: hacia una pedagogía de éxito*. El autor.
- Comanducci, P. (1995). Derechos humanos y minorías: un acercamiento analítico neoilustrado. *Revista de Teoría y Filosofía del Derecho*, 3, 21-42.  
<https://www.cervantesvirtual.com/obra/derechos-humanos-y-minoras--un-acercamiento-analitico-neoilustrado-0/>
- Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales. (2009). *Norma Técnica de Competencia Laboral. Prestación de servicios de interpretación de la lengua de señas mexicana al español y viceversa*. Blob. <http://conocer.gob.mx:6060/bc370471-1e29-4ea7-ae81-b71457d9f685>
- Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales. (2020). *Estándar de competencia. Interpretación de conferencia de lengua de señas mexicana <> español*. <http://conocer.gob.mx:6060/bfa84199-b7fe-4d1f-9417-8cbc9e84d0aa>
- Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad (s.f.). *Código de Conducta Profesional para los Intérpretes de la Lengua de Señas Mexicana*. [https://www.academia.edu/17287384/codigo\\_de\\_etica\\_de\\_los\\_interpretes\\_en\\_LSM](https://www.academia.edu/17287384/codigo_de_etica_de_los_interpretes_en_LSM)



- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. (2012). *Informe Anual de Actividades y Ejercicio Presupuestal*.  
[https://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Informe\\_Anual\\_2012.pdf](https://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Informe_Anual_2012.pdf)
- Cruz, C. (2008). *Estrategias para mejorar la producción escrita en el nivel medio desde un enfoque metacognitivo* [Tesis de Maestría]. Archivo digital.  
[https://bibliotecaunapec.blob.core.windows.net/tesis/TPG\\_CI\\_MEE\\_05\\_2008\\_AV1039.pdf](https://bibliotecaunapec.blob.core.windows.net/tesis/TPG_CI_MEE_05_2008_AV1039.pdf)
- Cruz, C. (2017). ¿Qué opinan las personas sordas sobre el aprendizaje de la lengua escrita? *Ciencia y Sociedad*, 42(4), 72-82. <https://www.redalyc.org/pdf/870/87054128006.pdf>
- Cruz, M., & Sanabria, E. (2021). La interpretación de la Lengua de Señas Mexicana en los espacios informativos. ¿Una TV sorda? *Diálogos de Campo/Estudios*, 4(7), 41-74.  
<https://doi.org/10.22201/enesmorelia.26832763e.2021.7.80>
- Cruz, M., & Serrano, J. (2018). La Comunidad Sorda Mexicana. Vivir entre varias lenguas: LSM, ASL, LSMY, Español, Inglés, Maya. *Revista de educación*, 1(2), 2018.  
<https://revistas.uncu.edu.ar/ojs/index.php/convergencias/article/view/1386>
- Cruz, M., & Serrano, J. (2014). Elementos alfabéticos en la Lengua de Señas Mexicana: acercamiento sociolingüístico. En P. Butragueño y L. Orozco. (Eds.), *Argumentos cuantitativos y cualitativos en sociolingüística: segundo Coloquio de Cambio y Variación Lingüística* (pp. 249-266). El Colegio de México. <https://doi.org/10.2307/j.ctv6jmw1.12>
- Cruz-Aldrete, M., Sanabria, E., & Villa, M. (2014). Los derechos lingüísticos de la comunidad sorda mexicana: mito o realidad. En J. Cruz, M. Moreno-Bonett, R. Álvarez & J. Torres. (Eds.). *La Comunidad Sorda y sus derechos lingüísticos* (pp. 53-81). Universidad Nacional Autónoma de México. <https://www.yumpu.com/es/document/read/54438312/la-comunidad-sorda-y-sus-derechos-linguisticos>
- DeJong, G. (1979). Independent living: from social movement to analytic paradigm. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 60(10), 435-446.
- Delgado-Suárez, L., & García-Rodríguez, J. (2021). Sistema de acciones psicoeducativas para la regulación emocional en adultos mayores durante el COVID-19. *Revista Progaleno*, 4(2), 80-90. <https://revprogaleno.sld.cu/index.php/progaleno/article/view/282/145>
- Díaz-Barriga, F., & Hernández, G. (2004). *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Una interpretación constructivista*. (2da. Ed.). McGraw-Hill.

- [https://dfa.edomex.gob.mx/sites/dfa.edomex.gob.mx/files/files/2\\_%20estrategias-docentes-para-un-aprendizaje-significativo.pdf](https://dfa.edomex.gob.mx/sites/dfa.edomex.gob.mx/files/files/2_%20estrategias-docentes-para-un-aprendizaje-significativo.pdf)
- Edwards, R. (2005). Sound and Fury; Or, Much Ado about Nothing? Cochlear Implants in Historical Perspective. *The Journal of American History*, 92(3), 892-920.  
<https://doi.org/10.2307/3659972>
- Espinosa, A. (2020, 19 de abril). *Viola gobierno de Puebla Ley de Discriminación; exigen intérprete de LSM en conferencias sobre COVID-19*. Lado B.  
<https://www.ladobe.com.mx/2020/04/viola-gobierno-de-puebla-ley-de-discriminacion-exigen-interprete-de-lsm-en-conferencias-sobre-covid-19/>
- Fernández-Viader, M. (2002). Cambios actuales en la respuesta educativa para los sordos una aproximación hacia modelos comprensivos, *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 5(4), 1-5. [https://www.cultura-sorda.org/wp-content/uploads/2015/03/Fernandez\\_Viader\\_Cambios\\_respuesta\\_educativa\\_sordos\\_modelos\\_comprendidos\\_2002.pdf](https://www.cultura-sorda.org/wp-content/uploads/2015/03/Fernandez_Viader_Cambios_respuesta_educativa_sordos_modelos_comprendidos_2002.pdf)
- Ferreira, M. (2008). La construcción social de la discapacidad: *habitus*, estereotipos y exclusión social. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 17(1).  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18101716>
- Fridman, B. (2009). De sordos hablantes, semilingües y señantes. En E. Serra. (Ed.), *Panorámica de Estudios Lingüísticos*, número 8 (pp. 93-126). Universitat d Valencia. <https://cultura-sorda.org/sordos-hablantes-semilingues-y-senantes/>
- Fridman, B. (2011). La actual política nacional de inclusión educativa como disgregación alienante del sordo señante. En G. Teresinha. (Ed.), *Anuario educativo mexicano. Visión retrospectiva* (pp. 293-309). Miguel Ángel Porrúa. [https://www.cultura-sorda.org/wp-content/uploads/2015/03/Fridman\\_B\\_Inclusion\\_educativa\\_disgregacion\\_alienante\\_sordo\\_señante-2009.pdf](https://www.cultura-sorda.org/wp-content/uploads/2015/03/Fridman_B_Inclusion_educativa_disgregacion_alienante_sordo_señante-2009.pdf)
- Fridman, B. (2012, abril). Sobre como nombramos a los sordos [ponencia]. II Congreso Iberoamericano de Educación Bilingüe para Sordos, Asunción, Paraguay. <https://cultura-sorda.org/sobre-como-nombramos-a-los-sordos/>
- García, B. (2004). *Cultura, educación e inserción laboral de la Comunidad Sorda* [Tesis doctoral, Universidad de Granada]. Archivo digital. <https://cultura-sorda.org/wp-content/uploads/2015/04/Tesis-GarciaFernandez-2004.pdf>

- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ta ed.). Mc Graw Hill Education. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Herrera, V., Puente A., Alvarado, J., & Ardila, A. (2007). Códigos de Lectura en Sordos; la dactilología y otras estrategias visuales y kinestésicas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(2), 269-286. <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v39n2/v39n2a05.pdf>
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*, 15(9), 1277-1288. 1  
<https://doi.org/0.1177/1049732305276687>
- Hualde, J. (2014). Variedad lingüística. En J. Hualde. (Ed.), *Los sonidos del español* (pp. 329-365). Cambridge University Press.
- Hyltenstam, K. (1992). Non-native features of native speakers: on the ultimate attainment of childhood L2 Learners. En A. De Groot & J. Kroll. (Eds.). *Tutorials in Bilingualism* (pp. 351-368). Elsevier Science.
- Igartua, J., & Rodríguez-De-Dios, I. (2016). Correlatos motivacionales del uso y la satisfacción con Facebook en jóvenes españoles. *Cuadernos.info*, (38), 107-119.  
<https://doi.org/10.7764/cdi.38.848>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014). *Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares (MCS-ENIGH)*  
<https://www.inegi.org.mx/programas/mcs/2014/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2023). *México en cifras*.  
<https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/#tabMCcollapse-Indicadores>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2023). *Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares (MCS-ENIGH)*.  
<https://www.inegi.org.mx/programas/mcs/2014/>
- Instituto Nacional de Salud Pública (2010). *Encuesta Nacional sobre Percepción de Discapacidad en Población Mexicana*. SPM Ediciones. <https://www.insp.mx/produccion-editorial/publicaciones-anteriores-2010/3003-enpdm.html>
- Inter-Agency Standing Committee (2019). *Guidelines. Inclusion of persons with disabilities in humanitarian action*.

- [https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/iasc\\_guidelines\\_on\\_the\\_inclusion\\_of\\_persons\\_with\\_disabilities\\_in\\_humanitarian\\_action\\_2019.pdf](https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/iasc_guidelines_on_the_inclusion_of_persons_with_disabilities_in_humanitarian_action_2019.pdf).
- Ipsen, C., Myers, A., & Sage, R. (2021). A cross-sectional analysis of trust of information and COVID-19 preventative practices among people with disabilities. *Disability and Health Journal*, 14, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2021.101062>
- Jullian, C. (2018). Haciendo “hablar” a una historia muda. Surgimiento y consolidación de la comunidad sorda de Morelia. *Relaciones Estudios de Historia y Sociedad*, 153, 261-291. <https://www.scielo.org.mx/pdf/rz/v39n153/2448-7554-rz-39-153-00261.pdf>
- Klima, E. Bellugi, U., Fischer, S., & Newkirk, D. (1972). A comparison of sign language and spoken language. En U. Bellugi & S. Fischer. (Eds.). *Cognition* (pp. 181-194). Lawrence Erlbaum Assoc. <https://doi.org/10.4324/9781410601667>
- Leybaert, J., & Alegria, J. (1995). Spelling development in deaf and hearing children: Evidence for use of morpho-phonological regularities in French. *Reading and Writing*, 7(1), 89-109. <https://doi.org/10.1007/BF01026949>
- Lissi, M., Sebastián, C., Vergara, M., & Iturriaga, C. (2019). When “Inclusion” Jeopardizes the Learning Opportunities of Deaf Students: The Case of Chile. En H. Knoors, M. Brons & M. Marschark. (Eds.), *Deaf Education Beyond the Western World: Context, Challenges, and Prospects* (pp. 323-342). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780190880514.003.0017>
- Llewellyn, A., & Hogan, K. (2000). The Use and Abuse of Models of Disability. *Disability & Society*, 15(1), 157-165. <https://doi.org/10.1080/09687590025829>
- López, Y., Veloso, E., Herrera, L., & Martínez, A. (2008). Programa psicoeducativo para la prevención secundaria de la cardiopatía isquémica. *Duazary*, 5(1), 32-41. <https://doi.org/10.21676/2389783X.556>
- Luna, I. (2000). La ética en internet. *Revista Latinoamericana de Comunicación CHASQUI*, (72), 1-6. <https://www.redalyc.org/pdf/160/16007207.pdf>
- Lunn, P., Belton, C., Lavin, C., McGowan, F., Timmons, S., & Robertson, D. (2020). Using behavioral science to help fight the Coronavirus: A rapid, narrative review. *Journal of Behavioral Public Administration*, 3(1), 1-15. <https://doi.org/10.30636/jbpa.31.147>

- Lupano, M., Diaz, I., Caporiccio, M., & Castro, A. (2022). Tipos de uso de internet y redes sociales. Análisis de perfiles de usuarios. *Revista de Psicología, 18*(36), 83-100.  
<https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/15371>
- Mandke, K., & Chandekar, P. (2019). Deaf Education in India. En H. Knoors, M. Brons & M. Marschark. (Eds.), *Deaf Education Beyond the Western World: Context, Challenges, and Prospects* (pp. 261-284). Oxford University Press.  
<https://doi.org/10.1093/oso/9780190880514.003.0014>
- Manrique, M., Ramos, A., de Paula, C., Gil-Carcedo, E., Lassaletta, L., Sánchez-Cuadrado, I., Espinosa, J., Batuecas, A., Cenjor, C., Lavilla, M., Núñez, F., Cavalle, L., & Huarte, A. (2018). Guía clínica sobre implantes cocleares. *Acta Otorrinolaringológica Española, 70*(1), 47-54. <https://doi.org/10.1016/j.otorri.2017.10.007>
- Martínez, L. (2001, 13 de noviembre). Iniciativa de Ley Federal de la Cultura del Sordo. *Gaceta Parlamentaria*.  
<http://www.diputados.gob.mx/servicios/datorele/cmprtvs/iniciativas/Inic/291/2.htm>
- McEwen, E., & Anton-Culver, H. (1988). The Medical Communication of Deaf Patients. *The Journal of Family Practice, 26*(3), 289-291. [https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/jfp-archived-issues/1988-volume\\_26-27/JFP\\_1988-03\\_v26\\_i3\\_the-medical-communication-of-deaf-patien.pdf](https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/jfp-archived-issues/1988-volume_26-27/JFP_1988-03_v26_i3_the-medical-communication-of-deaf-patien.pdf)
- McKee, R. (2008). The Construction of Deaf Children as Marginal Bilinguals in the Mainstream. *The International Journal of Bilingual Education and Bilingualism, 11*(5), 519-540.  
<https://doi.org/10.1080/13670050802149168>
- Meador, H., & Zazove, P. (2005). Health Care Interactions with Deaf Culture. *Journal of the American Board of Family Medicine, 18*(3), 218-222.  
<https://doi.org/10.3122/jabfm.18.3.218>
- Montesinos, C. (2020, 14 de agosto). *Traductores de señas en conferencias matutinas de AMLO interpretan con errores y hasta inventan algunas*. Colegio Nacional de Licenciado en Traducción e interpretación. <https://conalti.org/traductores-de-senas-en-conferencias-mananeras-de-amlo-interpretan-con-errores-y-hasta-inventan-algunas/>
- Morales, A. (2009). La Ciudadanía desde la Diferencia: Reflexiones en torno a la Comunidad Sorda. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva, 3*(2), 125-141.  
<http://www.rinace.net/rlei/numeros/vol3-num2/art8.pdf>

- Murray, J., Snoddon, K., De Meulder, M., & Underwood, K. (2018). Intersectional inclusion for deaf learners: moving beyond General Comment no. 4 on Article 24 of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *International Journal of Inclusive Education*, 24(7), 691-705. <https://doi.org/10.1080/13603116.2018.1482013>
- Naciones Unidas (2007). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo*. Naciones Unidas.  
<https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>
- Nyst, V. (2007). Simultaneous Constructions in Adamorobe Sign Language (Ghana). En M. Vermeerbergen, L. Leeson & O. Crasborn. (Eds.). *Simultaneity in Signed Languages: Form and function* (pp. 127-145). John Benjamins Publishing Company.  
<https://doi.org/10.1075/cilt.281>
- Office of the High Commissioner for Human Rights (2020). *COVID-19 and the rights of personas with disabilities: Guidance*.  
[https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Disability/COVID-19\\_and\\_The\\_Rights\\_of\\_Persons\\_with\\_Disabilities.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Disability/COVID-19_and_The_Rights_of_Persons_with_Disabilities.pdf)
- Oliver, M. (1990, 23 de Julio). The Individual and Social Models of Disability [Taller Conjunto]. *People with established locomotor disabilities in hospitals*, Basingstoke, Inglaterra.  
<https://disability-studies.leeds.ac.uk/wp-content/uploads/sites/40/library/Oliver-in-soc-dis.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud: CIF*. Organización Mundial de la Salud.  
[https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/e74e4-cif\\_2001.pdf](https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/e74e4-cif_2001.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *World Report on Disability*. Organización Mundial de la Salud. <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-World-Report-on-Disability-Spanish.pdf>
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017) Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Int. J. Morphol.*, 35(1), 227-232. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
- Pabón, S. (2009). La discapacidad auditiva. ¿Cómo es el niño sordo? *Revista digital Innovación y experiencias educativas*, 16, 1-10.  
[https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero\\_16/SABINA\\_PABON\\_2.pdf](https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero_16/SABINA_PABON_2.pdf)

- Padilla-Muñoz, A. (2010). Discapacidad: contexto, concepto y modelos. *International Law, Revista Colombiana de Derecho Internacional*, (16), 381-414.  
<https://www.redalyc.org/pdf/824/82420041012.pdf>
- Panko, T., Contreras, J., Postl, D., Mussallem, A., Champlin, S., Paasache-Orlow, M., Hill, J., Plegue, M., Hauser, P., & McKee, M. (2021). The Deaf Community's Experiences Navigating COVID-19 Pandemic Information. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 5(2), e162-e170. <https://doi.org/10.3928/24748307-20210503-01>
- Pérez, M., & Chhabra, G. (2019). Modelos teóricos de discapacidad: un seguimiento del desarrollo histórico del concepto de discapacidad en las últimas cinco décadas. *Revista Española de Discapacidad*, 7(I), 7-27. <https://dx.doi.org/10.5569/2340-5104.07.01.01>
- Pérez, O. (2014). Las personas sordas como minoría cultural y lingüística. *Dilemata*, 6(15), 267-287. <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/308>
- Pettito, L. (1994). Are signed languages “real” languages? Evidence from American Sign Languages and Langue des Signes Québécoise. *Singpost (International Quarterly of the Sign Linguistics Association)*, 7(3), 1-10. [https://www.researchgate.net/profile/Laura-Ann-Pettito/publication/237578100\\_Are\\_Signed\\_Languages\\_Real\\_Languages\\_Evidence\\_from\\_American\\_Sign\\_Language\\_and\\_Langue\\_des\\_Signes\\_Quebecoise/links/02e7e53bdb9c5a12d2000000/Are-Signed-Languages-Real-Languages-Evidence-from-American-Sign-Language-and-Langue-des-Signes-Quebecoise.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Laura-Ann-Pettito/publication/237578100_Are_Signed_Languages_Real_Languages_Evidence_from_American_Sign_Language_and_Langue_des_Signes_Quebecoise/links/02e7e53bdb9c5a12d2000000/Are-Signed-Languages-Real-Languages-Evidence-from-American-Sign-Language-and-Langue-des-Signes-Quebecoise.pdf)
- Pinzón, S. (2005). Lenguaje, lengua, habla, idioma y dialecto. *Lenguas del mundo. Por la ruta de Babel*, 71, 8-21. <https://revistas.utadeo.edu.co/index.php/RLT/article/view/545>
- Ramírez, E., & Vizcaíno, A. (2020). La psicoeducación y su alcance para el desarrollo de adultos en el contexto laboral. *Didas@lia: Didáctica y Educación*, XI(6), 107-123.  
<https://revistas.ult.edu.cu/index.php/didascalía/article/view/1107>
- Ramos-Macías, Á., Borkoski-Barreiro, S., Falcón-González, J., & Ramos, Á. (2016). Implante coclear. Estado actual y futuro. *Rev. Med. Clin. Condes*, 27(6), 789-807.
- Real Academia Española. (2022, 22 de septiembre). *Lengua*. <https://dle.rae.es/lengua?m=form>
- Rodríguez, A. (2020, 13 de agosto). “Secretario” por “trompa”: Exhiben errores en traducción a lengua de señas en mañanera de AMLO. Sdpnoticias.  
<https://www.sdpnoticias.com/nacional/amlo-mala-traduccion-lengua-de-senas-interprete-conferencia-mananera.html>

- Rodríguez, L. (2012). Hacia el diseño centrado en el usuario. *Diseño y Sociedad*, 32, 22-29.
- Saizarbitoria, R. (1993). La elección del sistema de comunicación en la educación de los niños sordos. *Zerbitzuan: Revista de Servicios Sociales*, 23, 58-66.  
<http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Sistema%20de%20comunicacion%20en%20la%20educacion%20de%20ninos%20sordos.pdf>
- Secretaría de Desarrollo Social. (2016). *Diagnóstico sobre la situación de las personas con discapacidad en México*.  
[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/126572/Diagnostico\\_sobre\\_la\\_Situacion\\_de\\_las\\_Personas\\_Con\\_Discapacidad.\\_Mayo\\_2016.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/126572/Diagnostico_sobre_la_Situacion_de_las_Personas_Con_Discapacidad._Mayo_2016.pdf)
- Secretaría de Gobernación. (2008, 2 de mayo). Decreto Promulgatorio de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad. *Diario Oficial de la Federación*.  
[https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5033826&fecha=02/05/2008#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5033826&fecha=02/05/2008#gsc.tab=0)
- Serafín, M., & González, R. (Eds.). (2011). *Diccionario de Lengua de Señas Mexicana*. Libre Acceso A. C., Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.  
[https://www.conapred.org.mx/documentos\\_cedoc/DiccioSenas\\_ManosVoz\\_ACCSS.pdf](https://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/DiccioSenas_ManosVoz_ACCSS.pdf)
- Shoai, A. (2020). Valoraciones éticas en el estudio de las redes sociales. En T. Vázquez, L. Núñez & J. Galán. (Eds.), *Redes fugaces. De las audiencias masivas al consumidor regular* (pp. 159-173). Síntesis.  
[https://www.researchgate.net/publication/344543909\\_Valoraciones\\_eticas\\_en\\_el\\_estudio\\_de\\_las\\_redes\\_sociales](https://www.researchgate.net/publication/344543909_Valoraciones_eticas_en_el_estudio_de_las_redes_sociales)
- Smith, T., & Cruz, M. (2006, del 20 al 22 de septiembre). La morfología de la lengua de señas mexicana [conferencia magistral]. *II Congreso Internacional de Logogenia México*, Ciudad de México, México. [https://cultura-sorda.org/wp-content/uploads/2015/03/Smith\\_Cruz\\_MorfologiaLSM\\_2006.pdf](https://cultura-sorda.org/wp-content/uploads/2015/03/Smith_Cruz_MorfologiaLSM_2006.pdf)
- Sonnenstrahl, B., & Legg, J. (s.f.) *Deaf Culture and Community*. Hands & Voices.  
<https://www.handsandvoices.org/comcon/articles/deafculture.htm>
- Steinberg, A.; Sullivan, V., & Loew, R. (1998). Cultural and Linguistic Barriers to Mental Health Service Access: The Deaf Consumer's Perspective. *Am J Psychiatry*, 155(7), 982-984. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.7.982>



- Swanwick, R., Oppong, A., Offei, Y., Fobi, D., Appau, O., Fobi, J., & Mantey, F. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on deaf adults, children and their families in Ghana. *Journal of the British Academy*, 8, 141-165. <https://doi.org/10.5871/jba/008.141>
- Tobón, L. (2001). *Lingüística del lenguaje. Estudios en torno a los procesos de significar y comunicar*. Universidad Pedagógica Nacional.
- Trecca E., Gelardi, M., & Cassano, M. (2020). COVID-19 and hearing difficulties. *Am J Otolaryngol*, 41, 1-2. <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2020.102496>
- U.S. Food & Drug [FAD]. (2023, 23 de enero). *Lo que debe saber sobre los aparatos auditivos y los productos personales de amplificación del sonido*. <https://www.fda.gov/consumers/articulos-para-el-consumidor-en-espanol/lo-que-debe-saber-sobre-los-aparatos-auditivos-y-los-productos-personales-de-amplificacion-del>
- United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (2020). *ESCAP Disability Inclusion Policy*. [https://www.unescap.org/sites/default/files/escap\\_disability\\_inclusion\\_policy\\_2020.pdf](https://www.unescap.org/sites/default/files/escap_disability_inclusion_policy_2020.pdf)
- Urzúa, A., Vera-Villaruel, P., Caqueo-Úrizar, A., & Polanco-Carrasco, R. (2020). La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial. *Terapia Psicológica*, 38(1), 103-118. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v38n1/0718-4808-terpsicol-38-01-0103.pdf>
- Velarde, V. (2012). Los modelos de la discapacidad: un recorrido histórico. *Revista Empresa y Humanismo*, XV(1), 115-135. <https://doi.org/10.15581/015.15.4179>
- Velasco, J., Obnial, J., Pastrana, A., Ang, H., Viacrusis, P., & Lucero-Prisno, D. (2021). COVID-19 and persons with disabilities in the Philippines: A policy analysis. *Health Promot Perspect*, 11(3), 299-306. <https://doi.org/10.34172/hpp.2021.38>
- Wilbur, R. (1979). *American Sign Language and sign systems*. University Park Press.
- Wong, A., Ho, S., Olusanya, O., Antonini, M., & Lyness, D. (2021). The use of social media and online communications in times of pandemic COVID-19. *Journal of the Intensive Care Society*, 22(3), 255-260. <https://doi.org/10.1177/1751143720966280>
- Yang, S., & Cho, S. (2017). Middle East respiratory syndrome risk perception among students at a university in South Korea, 2015. *American Journal of Infection Control*, 45, e53-e60. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2017.02.013>

- Yarza, M. (2015). *Comunidad Sorda y lengua escrita: un estudio acerca de las representaciones sociales que construyen las personas sordas adultas sobre la lengua escrita* [Tesis de maestría, Universidad Nacional de Quilmes]. Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes [RIDAA-UNQ].  
<https://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/165>
- Zola, I. (1989). Towards a Necessary Universalizing of Disability Policy. *The Milbank Quarterly*, 2(2), 401-428. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00436.x>

# **ANEXOS**

## ANEXO 1. GUÍA DE ENTREVISTA



Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Estudios Superiores Iztacala  
Licenciatura en Psicología



### GUÍA DE ENTREVISTA

Fecha: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Trabaja: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Lugar de residencia: \_\_\_\_\_ Vive con: \_\_\_\_\_

1. ¿Es sordo desde nacimiento? \_\_\_\_\_

2. ¿Cómo consideras que es tu pérdida auditiva?

1). Leve (puedes escuchar un poco sin apoyo de aparato auditivo).

2). Regular (Escucho un poco si me apoyo de aparato auditivo, HIPOACÚSICO).

3). Mi pérdida auditiva es profunda (SORDO, PROFUNDO).

3. ¿Vivió algún proceso de oralización?, ¿a qué edad?, ¿durante cuánto tiempo?

\_\_\_\_\_

4. ¿Sabe leer y escribir español?, ¿Qué nivel considera que tiene (bajo, medio, alto)?

\_\_\_\_\_

5. ¿Cuál es su principal lengua de comunicación, la LSM o el español?

\_\_\_\_\_

6. ¿Tiene contacto con la Comunidad Sorda? ¿Pertenece a una organización, cuál o cuáles?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Durante la pandemia por COVID-19, ¿cómo se informaba?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuál medio considera que era el más confiable? (explorar sobre contenido elaborado por otros sordos)

¿Qué información obtuvo sobre COVID-19 y su prevención?

---

---

8. ¿Considera que la interpretación en programas televisados fue suficiente para acceder a la información? ¿Por qué?

---

---

9. ¿Qué dificultades presentó ante las medidas de mitigación? (Distanciamiento social, uso de cubrebocas).

---

---

10. ¿Usted fue o conoce a alguna persona sorda que haya sido hospitalizada por COVID-19? ¿Cuál fue su experiencia?

---

---

11. ¿En qué formato le es más sencillo acceder a la información? (Medios visuales o escritos). ¿Por qué?

---

---

12. ¿De qué forma se puede apoyar a la Comunidad Sorda en el acceso a la salud (información y atención médica)?

---

---

## ANEXO 2. GUÍA DE ENTREVISTA ADAPTADA



Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Estudios Superiores Iztacala  
Licenciatura en Psicología

### GUÍA DE ENTREVISTA



Fecha: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: **Años cuántos?** \_\_\_\_\_

Estado civil: **Tú casado, soltero?**

Escolaridad: **Tu nivel estudiar cuál?**

Trabaja: **Trabajas?**

Ocupación: **Qué?**

Lugar de residencia: **vives dónde?**

Vive con: **vives quién?**

1. ¿Es sordo desde nacimiento? **Tú sordo nacer?**
2. ¿Cómo consideras que es tu pérdida auditiva? **Tu nivel sordera.**
  - 1). Leve (puedes escuchar un poco sin apoyo de aparato auditivo). **Bajo, escuchar poco, no aparato auditivo.**
  - 2). Regular (Escucho un poco si me apoyo de aparato auditivo, HIPOACÚSICO). **Medio, escucha poco auditivo. Hipoacusia.**
  - 3). Mi pérdida auditiva es profunda (SORDO, PROFUNDO). **Nivel sordera profundo.**
3. ¿Vivió algún proceso de oralización?, ¿a qué edad?, ¿durante cuánto tiempo? **Tú aprender hablar? Tú años cuántos? Tiempo cuánto?**
4. ¿Sabe leer y escribir español?, ¿Qué nivel considera que tiene (bajo, medio, alto)? **Tú leer escribir español? Nivel cuál? Bajo, bien no. Medio, más o menos. Alto, muy bien.**
5. ¿Cuál es su principal lengua de comunicación, la LSM o el español? **Primer comunicación? LSM o español?**
6. ¿Tiene contacto con la Comunidad Sorda? ¿Pertenece a una organización, cuál o cuáles? **Tú comunicación Comunidad Sorda? Tu organización estar? Cuál?**
7. Durante la pandemia por COVID-19, ¿cómo se informaba?  
**Mientras Pandemia COVID-19 información conseguir cómo?**

¿Cuál medio considera que era el más confiable? (explorar sobre contenido elaborado por otros sordos) **Más confiable cuál? Tv, internet.**

¿Qué información obtuvo sobre COVID-19 y su prevención? **COVID-19 síntomas contagio prevención información conseguir cuál?**

8. ¿Considera que la interpretación en programas televisados fue suficiente para acceder a la información? ¿Por qué? **Interpretación tv bastante conseguir información? Por qué?**
9. ¿Qué dificultades presentó ante las medidas de mitigación? (Distanciamiento social, uso de cubrebocas). **Problemas cuáles? Ejemplo, distanciamiento social, cubrebocas, cuarentena.**
10. ¿Usted fue o conoce a alguna persona sorda que haya sido hospitalizada por COVID-19? ¿Cuál fue su experiencia? **Antes tú o persona sorda enfermo COVID-19 hospital ir? Cómo?**
11. ¿En qué formato le es más sencillo acceder a la información? (Medios visuales o escritos). ¿Por qué? **Más fácil información conseguir? Ver o escrito? Por qué?**
12. ¿De qué forma se puede apoyar a la Comunidad Sorda en el acceso a la salud (información y atención médica)? **Comunidad Sorda información salud atención médica apoyar cómo?**

### ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO



Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Estudios Superiores Iztacala  
Licenciatura en Psicología

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO



Los Reyes Ixtacala, Tlalnepantla de Baz, Estado de México  
25 de noviembre de 2022

A quien corresponda:

Por este medio, Carla Angélica Valencia Mota, estudiante de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la licenciatura en Psicología, solicita a usted de la manera más atenta, su autorización para que participe de manera voluntaria en una entrevista con el objetivo de conocer su experiencia como persona sorda durante la pandemia por COVID-19 respecto a la información compartida en redes sociales; esto dentro del proyecto de tesis empírica “Invisibilidad de minorías lingüísticas en tiempos de pandemia: relevancia de la psicoeducación en salud para las personas sordas en tiempo de COVID-19”, con el no. de registro 272/22, bajo la supervisión de la Dra. Yuma Yoaly Pérez Bautista. La entrevista se realizará por la plataforma Zoom®, en fecha y hora previamente acordadas con el participante y tendrá una duración aproximada de una hora.

Asimismo, se solicita su autorización para grabar la entrevista, de forma que se pueda realizar una transcripción de lo dicho durante la misma.

La participación será estrictamente voluntaria, toda la información proporcionada será tratada con estricta confidencialidad y se utilizará únicamente con fines académicos manteniendo un trato digno y respetuoso, evitando la identificación pública de quien la proporciona.

Si tiene alguna duda sobre el proyecto, puede resolverla preguntando a la investigadora antes, durante o después de su participación. Igualmente, puede decidir retirarse del proyecto en cualquier momento sin necesidad de dar explicaciones, sin que esto sea perjudicial para su persona. Puede realizarlo informando a la investigadora verbalmente o a través del correo electrónico [cangievale@gmail.com](mailto:cangievale@gmail.com).

Agradezco su valiosa colaboración de antemano.

Carla Angélica Valencia Mota.



He leído el presente documento, he comprendido las explicaciones en él facilitadas acerca de la grabación de la sesión, y he podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presente. Así como también se me fue aclarado que toda la información que comparta en la entrevista será confidencial.

---

Nombre y firma

## ANEXO 4. TRANSCRIPCIÓN ENTREVISTA DEL PARTICIPANTE 1

6 DE DICIEMBRE DE 2022

**Investigador 1** Entonces, te comento, soy estudiante de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Licenciatura de Psicología, y te solicito de la manera más atenta tu autorización para que participes de manera voluntaria en esta entrevista con el objetivo de conocer tu experiencia como persona sorda durante la pandemia por COVID-19 respecto a la información compartida en redes sociales. Esto dentro del proyecto de tesis empírica, que es la que estoy realizando, Invisibilidad de minorías lingüísticas en tiempos de pandemia: relevancia de la psicoeducación en salud para las personas sordas en tiempo de COVID-19, tiene el número de registro de 272/22, que está bajo la supervisión de la dra. Yuma Yoaly Pérez Bautista. Bueno, aquí habíamos mencionado que la entrevista se realizaría por plataforma Zoom® en fecha y hora previamente acordadas contigo. Y tiene aproximadamente la duración de una hora, igual se solicita tu autorización para grabar la entrevista de forma que después se pueda realizar una transcripción de lo dicho en la misma. Recalco tu participación es estrictamente voluntaria, toda la información que proporciones será tratada con estricta confidencialidad y se utilizará únicamente con fines académicos, manteniendo un trato digno y respetuoso, evitando la identificación pública de ti como persona, si tienes alguna duda sobre el proyecto, puedes resolverla preguntando, preguntando a mí o a la doctora, antes, durante y después de la participación sin ningún problema, y también puedes decidir retirarte del proyecto en cualquier momento sin necesidad de dar ninguna explicación, sin que esto sea perjudicial para tu persona, igual puedes realizarlo, en cualquier caso, puedes realizarlo informando, perdón, realizando, realizarlo informándome verbalmente o a través del correo electrónico [cangievale@gmail.com](mailto:cangievale@gmail.com). Y agradezco muchísimo tu valiosa colaboración.

**Participante 1** Okey, muy bien, este, pues mi nombre es Alejandro Arriaga, este, doy por, para que quede claro, mi participación en este proyecto de Investigador 1 es totalmente voluntaria, no se me ha presionado de ninguna manera, y doy mi

consentimiento para que se me grabe, y también que se utilice la información que voy a proporcionar a partir y con base de mis experiencias, para que sea utilizada con los fines del proyecto, ¿no? Fines científicos, fines académicos, no hay ningún problema y doy por entendido que en caso de que me quiera retirar del proyecto, dispongo de los canales para dar el aviso.

**Investigador 1** Muchas gracias, bien, entonces con eso estaría dando inicio con la entrevista. ¿Me podrías decir cuál es tu edad?

**Participante 1** Okey, muy bien, al día de hoy, tengo 32 años cumplidos, nací el 4 de diciembre de 1990.

**Investigador 1** Okey.

**Participante 1** En la Ciudad de Querétaro.

**Investigador 1** ¿Tu estado civil cuál es?

**Participante 1** Soltero.

**Investigador 1** ¿El nivel de escolaridad que, el último nivel de estudios cursado?

**Participante 1** Es licenciatura, y actualmente me encuentro cursando dos maestrías, estoy concluyendo ambas en 6 meses, para el mes de junio de 2023.

**Investigador 1** Bien, ¿trabajas?

**Participante 1** Trabajo, este como tal, este, mi, mi estado es empresario. Empresario, estoy a cargo de una empresa.

**Investigador 1** Y sigues residiendo en Querétaro, ¿verdad? Perdón, mi internet falló.

**Participante 1** Perdón, ¿me puedes repetir la pregunta?

**Investigador 1** Sí, ¿Sigues viviendo en Querétaro?

**Participante 1** Sí, únicamente he vivido en el estado de Querétaro.

**Investigador 1** Okey, ¿con quién vives?

**Participante 1** Actualmente vivo con mi madre.

**Investigador 1** Bien, gracias. Bueno, ahora, esto fueron como preguntas sociodemográficas, en las siguientes vamos a ir entrando más en el tema. ¿Eres sordo desde el nacimiento?

**Participante 1** No, mi nivel de pérdida auditiva no es congénita, yo perdí la audición a los 5 años, 5 años y medio, 6 años, perdón, específicamente en junio del año 1996.

**Investigador 1** Okey, ¿Cómo consideras que es tu pérdida auditiva? 1. Leve, puedes escuchar un poco sin apoyo del aparato auditivo. 2. Regular, escuchas un poco si te apoyas de un aparato auditivo. 3. Tu pérdida auditiva es profunda.

**Participante 1** El número 3, mi pérdida auditiva es profunda. Se me ha diagnosticado, hipoacusia bilateral profunda, actualmente me apoyo de un aparato auditivo como lo pueden ver en mi oído izquierdo, sin embargo, no me ayuda en actividades como la comunicación, no puedo depender del aparato auditivo, yo dependo principalmente de la lectura labial.

**Investigador 1** ¿Viviste algún proceso de oralización?

**Participante 1** Sí, este, inicialmente se me iba a ofrecer terapia de... tanto de lenguaje como iba a comenzar lengua de señas cuando perdí la audición, pero no me aceptaron, lo cual fue bueno para mí, este, justo cuando perdí la audición asistí a terapia de lenguaje, así como a terapia de lectura labial.

**Investigador 1** Bien, entonces la edad aproximada fue entre los 6 años.

**Participante 1** Aproximadamente entre los 6 años hasta los 8 años, fueron 3 años aproximadamente en los que estuve yendo a terapia, a terapia de lenguaje principalmente, porque debido a la pérdida auditiva comencé a tener una retrocesión en el desarrollo del lenguaje, principalmente en la pronunciación de las palabras y terapia de lenguaje, para poder tener, este, una herramienta que me permita entender a las personas, porque desde, yo tengo pérdida auditiva profunda, este, justo desde que perdí la audición, y no, principalmente en esa época, en 1990-1998, no existían aparatos muy potentes para mi grado de pérdida auditiva.

**Investigador 1** Bien, ¿sabes leer y escribir español?

**Participante 1** Sí, este, mi lengua nativa es español, y tengo muy alto nivel de competencia lingüística.

**Investigador 1** Okey, entonces consideras que tu nivel es alto en estos dos.

**Participante 1** Exacto, tanto como para la lectura como para hablar.

**Investigador 1** Bien, ¿cuál es tu principal lengua de comunicación? ¿La lengua de señas o el español?

**Participante 1** El español.

- Investigador 1** ¿Tienes contacto con la Comunidad Sorda?
- Participante 1** Constantemente, sí, constantemente.
- Investigador 1** ¿A qué organización perteneces o cuál o cuáles?
- Participante 1** Actualmente soy el presidente de la Comisión de Personas Sordas del Estado de Querétaro Asociación Civil. Probablemente tú, Investigador 1, conoces Manos Libres, Manos Libres es más bien una empresa, una empresa social, pero sí es una empresa con fines de lucro, en este caso, la asociación civil es una organización sin fines de lucro, y anteriormente pertenecía a la Comisión de Jóvenes de la Unión Nacional de Sordos de México, una asociación que labora por las personas sordas a nivel nacional.
- Investigador 1** Bien, durante la pandemia por COVID-19, ¿cómo te informabas?
- Participante 1** ¿De qué asuntos?
- Investigador 1** Sobre prevención, sobre los casos de COVID, sobre síntomas, sobre hospitalizaciones.
- Participante 1** ¿Durante qué fase de la pandemia? Al principio, en general.
- Investigador 1** En general
- Participante 1** En términos generales. Principalmente, me informé, mi principal medio de información eran mis, las personas cercanas a mi círculo, familiares principalmente amigos, entre nosotros compartíamos información. Este, también utilizaba páginas web, por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud, que son medios oficiales de información, y páginas web, páginas relacionadas con la pandemia, Secretaría de Salud, por ejemplo, de México, utilizaba esos principales medios de información para informarme.
- Investigador 1** Bien, ¿y cuál medio consideras que era el más confiable?
- Participante 1** La Organización Mundial de la Salud.
- Investigador 1** Bien.
- Participante 1** Y derivados.
- Investigador 1** Okey, ¿qué información obtuviste sobre COVID-19 y su prevención?
- Participante 1** Este, tenía acceso a la información básica de COVID-19 y las cuestiones de prevención, principalmente, tenía entendido de que había que evitar el contacto con las personas, contacto físico obviamente, y que es importante tener

un lavado de manos muy constante, este, tanto con jabón como con gel antibacterial también como que el uso de cubrebocas era, muy importante, más que nada, un tipo de cubrebocas, ¿no? Con ciertas características, y no cualquier cubrebocas, y también que las carteras, pero también se me informó que las caretas, este, no tenían el mismo nivel de protección que ofrecen los cubrebocas, este, entonces, te puedo decir la misma información que recibían los demás, sólo que sí se me hacía confuso como a todas las personas, que era lo bueno, que era lo correcto, qué era lo incorrecto, y todo eso, sí fue un poco desesperante, porque también, más que el acceso a la información, no tenía acceso a la comunicación para que yo pudiera preguntarle a un doctor, por ejemplo, en un webinar, una conferencia, todo eso.

**Investigador 1** Okey, ¿consideras que la interpretación en programas televisados fue suficiente para acceder a la información?

**Participante 1** No, para nada.

**Investigador 1** ¿Por qué?

**Participante 1** ¿Por qué? Porque no es la misma eficiencia cuando tú tienes la información por medio de la interpretación que por un usuario, entonces la información básicamente disminuye la comprensión, la calidad de la información, si bien es cierto la metáfora puede ser la misma, la comprensión de la información no es la misma, y eso está comprobado científicamente, entonces, este, lo que quiero decir, no se contó con expertos a nivel mundial que compartieran información relacionada con la COVID, por medio de la Lengua de Señas. Por ejemplo, el sistema nacional de señas o en nuestro caso, en México, Lengua de Señas Mexicana. Solamente, este, le brindaban este tipo de información expertos oyentes por medio de la interpretación de la Lengua de Señas. También está la cuestión de que, en el caso de la interpretación de la Lengua de Señas, se tenía que recurrir mucho al deletreo y también se gesticulaban señas en relación con la pandemia, o palabras, de las cuales, la mayor parte de la población sorda o usuaria de la lengua de señas mexicana no tiene conocimiento. Por ejemplo, qué es una pandemia, conocimientos, perdón, conceptos muy técnicos relacionada con la salud, ¿no? Muchas de las personas

sordas no tienen conocimiento de ella, por lo tanto, también se tuvo que haber tomado en cuenta, así como hoy en día se toma en cuenta, este, el español, el español simplificado, también la Lengua de Señas, una forma de decirlo, Lengua de Señas simplificada, en el sentido de que la información sea clara, tomando en cuenta las costumbres de la comunidad sorda y sus características. En este caso, considerando que las personas sordas no son expertas en el tema de la salud.

**Investigador 1** Bien, y en este caso, ¿notaste alguna diferencia entre el uso de subtítulos en los programas televisados y la interpretación? ¿Con cuál era más fácil la comprensión?

**Participante 1** Este, en lo personal, para mí, tomando en cuenta que mi lengua natural, primaria, lengua primaria, es el español, para mí es mucho más comprensible, accesible y responde mis necesidades el hecho de poder contar tanto con subtítulos como transcripción, este, más que la lengua de señas. Eso principalmente por el hecho de que, principalmente, yo tengo contacto directo con la comunidad oyente, y sé que se puede perder mucho la información cuando por medio del habla se recibe la información por medio de la lengua de señas, a mí como persona sorda oralizada me desespera que mi canal de comunicación, cuando se habla en términos de accesibilidad, se le de prioridad a la lengua de señas y no al subtítulo, porque dentro de comunidad sorda, las personas sordas tenemos diferentes necesidades, diferentes usos del idioma y de la lengua, diferentes medios para recibirlo como para traducirla, entonces yo le doy prioridad al subtítulo, a la transcripción, porque recibo casi al 98, al 100% la información. Y en el caso de la lengua de señas, se va perdiendo mucho y se utilizan diferentes palabras, con sinónimo, por lo tanto, puedo comprobar, o afirmar que la información que se recibe por medio de subtítulo o transcripción, así como por la lengua de señas, es muy diferente.

**Investigador 1** Y en estas circunstancias, ¿qué dificultades presentaste ante las medidas de mitigación? Como el distanciamiento social, el uso de cubrebocas, el confinamiento.

**Participante 1** Perdón, no entendí muy bien tu pregunta. ¿Me la repites? No sé, a lo mejor no transcribió bien.

**Investigador 1** Sí, ¿qué dificultades presentaste ante las medidas de mitigación? Como el distanciamiento social, el uso de cubrebocas y el confinamiento.

**Participante 1** Bueno, este, por un lado, tenemos el uso de la lengua de señas para el acceso a la comunicación y, por otro lado, el acceso a la comunicación mediante la lectura labial, en ambas, nos vimos afectados. En el caso de la lengua de señas, principalmente por el hecho de que la gente no sabe lengua de señas, en eso no cambia mucho. Este, y, por otro lado, la cuestión del distanciamiento y el uso de cubrebocas afectó mucho este, a las personas sordas oralizadas y a las personas sordas en general, precisamente por el hecho de no poder tener un acceso a la comunicación por medio de la lectura labial. En mi caso yo, por ejemplo, este, sí sufrí, sí me vi en situación de discriminación, sí me vi en situación de exclusión, este, sobre todo en cuanto a acceso a servicios, este, y productos en términos generales, actividades vitales para mi vida. Por ejemplo, ir a un banco, un supermercado, ir a una agencia de viajes, este, ir una entrevista de trabajo, todo eso, ¿no? Este, prácticamente la ley obligaba a toda la población a utilizar cubrebocas, independientemente del lugar donde se encontraba, incluso en la casa, este, por lo tanto, tanto el acceso a la comunicación como la eficiencia de la misma, disminuyó, disminuyó, disminuyó, ¿no? Por lo tanto, mi comunicación con las personas era casi nula o inexistente. Realmente, no podía comunicarme con mucha gente, tuve problemas para comunicarme, por ejemplo, con el personal de los servicios de caja en los bancos, por lo tanto, afectó directamente mi independencia, así como también aumentó mi grado de discapacidad, ¿no? Al no poder, hacer o realizar actividades que normalmente sí puedo hacer, antes sí, antes sí podía hacer, antes de la situación de COVID. Lo que hacía en esos casos era explicarles a las personas cómo estaba mi situación y principalmente, el hecho de que yo utilizaba la lectura labial para poder comprender lo que decía la persona y pues debido al reglamento de las organizaciones, estas no se podían quitar o descubrir la boca, en algunos casos sí lo hacían y eso me facilitaba poder interactuar con la persona, pero cuando no lo hacían podíamos depender únicamente y exclusivamente del uso de los celulares texto o textos escritos, para poder comunicarnos, sin embargo, la comunicación



por este medio es un poco ineficaz, debido a que la gente se desespera también toma más tiempo, ¿no? Pero sí, en términos generales, me afectó mucho en la cuestión social, en la cuestión laboral, incluso en la cuestión educativa también, yo soy docente en Universidades, este, doy ciertas materias, y mis alumnos también tenían que utilizar cubrebocas, ¿no? Entonces, cuando tenía que interactuar con ellos también se me presentaban muchísimas dificultades, y en este caso, yo les pedía a mis alumnos que se descubrieran cuando participaran, también está la cuestión de que me hacía sentir mal porque básicamente, estoy pidiéndoles que arriesguen su salud o su seguridad, entonces, no era algo correcto. También en la cuestión del distanciamiento y medidas, pues está el uso de las caretas. El uso de las caretas pues, la seguridad que provee o proporciona no es muy buena, y para nosotros en lo personal preferimos que las personas utilicen caretas para ver la boca, pero también tenemos un entendido de que no es bueno para la gente, ¿no? Y también están los cubrebocas transparentes, estos, aunque en términos de emprendimiento el apoyo fue muy bueno, el impacto y la eficiencia del uso de los cubrebocas no fue bueno, debido a que... se empañaban, ¿empañaban sería la palabra correcta? Sí, verdad. Se empañaban los cubrebocas entonces no podíamos entender nada realmente. Este, ciertos emprendedores crearon un cubrebocas con filtros para que no sucediera esto del empañamiento en el cubrebocas, pero ya el costo de estos cubrebocas ascendía a los 2,000, 3,000 pesos, y eran cubrebocas que provenían de Estados Unidos, y básicamente nadie de México tenía, o al menos una población muy pequeña, tenía acceso a este recurso.

**Investigador 1** Okey, ¿fuieste o conoces alguna persona sorda que haya sido hospitalizada por COVID-19?

**Participante 1** Perdón, Carla. ¿Me repites la pregunta?

**Investigador 1** Sí.

**Investigador 2** Una cuestión de conectividad. Se fue como el internet. ¿Ya se restauró tu sesión, Investigador 1? ¿Sí estás bien?

**Investigador 1** Okey, otra vez. ¿Fuieste o conoces a alguna persona sorda que haya sido hospitalizada por COVID-19?

**Participante 1** Okey, este, hospitalizada, ¿verdad? No que haya tenido contagio, ¿verdad? Hospitalizada. Tengo conocimiento de varias personas sordas aquí en el estado de Querétaro que sí tuvieron que ser hospitalizados, llegaron a tener problemas de asma, problemas de neumonía, y además de la cuestión de salud que se presentó por COVID, también tuvieron problema para acceder a los servicios de salud, principalmente a la comunicación, también debido a la ignorancia de cómo resolver o atender este tipo de situaciones, a quien comunicarlo, este, qué hacer si se da el caso, cómo detectar si es COVID o no, todo eso ¿no? Pero sí se presentaron casos de personas sordas que fueron hospitalizadas en Querétaro. No es mi caso afortunadamente, este, pero si hubo personas sordas que tuvieron que ser hospitalizadas por COVID.

**Investigador 1** ¿Entonces una experiencia generalizada, fue la dificultad de acceso a la información?

**Participante 1** Sí, por supuesto, la dificultad de acceso a la información si afectó mucho a las personas, este, precisamente porque, como comenté anteriormente las personas sordas muchas de ellas no conocen las palabras relacionadas a COVID y todo lo que tiene que ver con el sector de la salud, ¿no? Es decir, qué es COVID-19, es un virus, una bacteria, cómo nos contagiamos, cómo evitamos el contagio, por qué tenemos que lavarnos las manos, por qué el contacto físico es un riesgo o aumenta el contagio, este, todo ese tipo de conceptos, procesos ¿no? También la cuestión de las muertes, este, por COVID, todo eso, también generó este, mucho miedo, mucho caos en la comunidad sorda, se emplearon las redes sociales de mala forma, de manera que se generó más miedo, más miedo dentro de la comunicad sorda ¿no? También había mucha gente sorda que tenía cierta información y la publicaba en las redes sociales, de forma que esta información podía ser tanto verdadera o falsa, por lo tanto, en vez de informar también se desinformaba. Este, en general pues, por ejemplo en el estado de Querétaro no conozco a un o más bien no se tiene acceso a la salud por medio de la interpretación de la Lengua de Señas, si bien en el estado de Querétaro se hizo una buena iniciativa, este, en los servicios de salud, se pudo contar con un intérprete de lengua de señas de manera que las personas sordas, si teníamos un

contagio, si teníamos alguna duda o queríamos solicitar una prueba de COVID, entre otras cosas, podíamos comunicarnos directamente con una dependencia, un organismo especializado y relacionado con COVID y nos atendían por medio de la interpretación de la Lengua de Señas. Desafortunadamente al día de hoy ya se eliminó o se discontinuó este programa, pero sí durante los dos primeros años teníamos acceso, este, un canal de comunicación directo con médicos expertos en temas de salud por medio de un interprete de Lengua de Señas. Sí, sí adelante Yuma, sí.

**Investigador 2** Muchas gracias. Investigador 1, perdón por hacer una intervención, pero ahorita que estás comentando todo el contexto, me resulta muy importante, relevante para la sociedad, tú de las experiencias a las que pudiste tener acceso, de las que te compartieron otras personas sordas, ¿qué sabes de la experiencia dentro del hospital? Donde ya era una situación que además de sólo cubrir sólo la boca, estaban completamente cubiertos, y muchas veces había que hacer procedimientos en los que había que pues había que tener por derecho, y por una situación de derechos humanos, haber pedido autorización a las personas que estaban ahí para realizarles los procedimientos, y muchas veces yo como persona que vive en situación de discapacidad, porque el contexto favorece que yo esté discapacitado dentro de un hospital para tomar esa decisión, este, ¿Cómo lo vivían otros sordos? ¿Pudiste tener acceso a alguna información de ese tipo?

**Participante 1** Okey, no diría que la situación se generalizó, más bien, diría que muchas personas sordas vivieron diferentes situaciones cuando fueron hospitalizadas, precisamente porque el personal médico y el lugar donde se les atendió fue diferente. No me atrevería a decir los lugares, pero sí puedo decir que algunos lugares sí manejaron bien la situación y otros no lo manejaron bien, este, también en el caso de las personas sordas que fueron hospitalizadas, es importante mencionar que algunos ya eran mayores de 18 años, y algunos también eran menores de 18 años, ¿no? En el caso de los menores de 18 años, pues estaban siempre apoyados por sus padres o tutores quienes tomaban la decisión, cabe recalcar que la persona menor de 18 años no tenía conocimiento de lo que estaba pasando, qué le inyectaban, qué medicamentos consumía, cuál

era su diagnóstico, todo eso. Este, por lo que de alguna manera se vulneraron gravemente sus derechos humanos. En el caso de las personas mayores de 18 años, también se presentaron situaciones graves en cuanto a la vulneración de los derechos humanos, si hablamos de este tema, precisamente porque se atendió a las personas sordas sin interprete de lengua de señas y no se adecuaron procedimientos para atender a esta población. Por ejemplo, el uso de caretas, informar los procesos, informar el procedimiento, o hacer comunicados de manera que la persona sorda tuviera conciencia y conocimiento de lo que va a pasar y cómo se va a responder la situación, y también permitir que la persona sorda, el paciente en este caso, tome la decisión, este, sobre cómo se va a llevar a cabo el procedimiento y qué es lo que va a pasar, ¿no? Sí puedo confirmar que en muchos casos se vulneraron los derechos humanos, ese sí es un hecho, pero también puedo confirmar que ha habido doctores en Querétaro que se han capacitado en temas de inclusión y de accesibilidad para responder de la mejor manera, o de una buena manera a este tipo de situaciones. Si tienes alguna pregunta en específico sobre esto, sobre la lengua de señas, yo diría que se les presentaron dificultades y a pesar de contar con interpretes en el estado de Querétaro... en realidad en el estado de Querétaro hay muy pocos intérpretes, no tantos como en la Ciudad de México, en el Estado de México, muchos de ellos están en el ámbito educativo, por lo tanto ya están ocupados, este, pero muchos, muchos de los sordos que fueron hospitalizados, o incluso fueron a consulta en hospital no se les atendió con un interprete de lengua de señas. Es decir, en el hospital o en el centro de salud no se cuenta con un procedimiento de manera que cuando llegue una persona sorda, ésta se pueda identificar, este, y el doctor o el enfermero, enfermera lo identifique, y sepa cómo tiene que actuar de acuerdo de la necesidad de la persona, leer los labios o necesita un interprete en lengua de señas, o solamente fue una persona sorda que no tiene ningún idioma, ni lengua de señas ni lengua escrita ni lengua hablada, no existen esos procedimientos, este, para que las personas sepan cómo responder a la situación, ¿no? Así como probablemente no tengan un listado de intérpretes de Lengua de Señas, especializados en el tema de la salud para que puedan responder

adecuadamente. Cabe mencionar que, en el tema de la interpretación de la Lengua de Señas Mexicanas, es muy importante que el intérprete cumpla con ciertos requisitos, como es que sea un intérprete certificado, avalado por CONOCER, y en el caso de la salud que tenga la especialización en el tema de la salud, los intérpretes en lengua de señas deben estar especializados en diferentes ámbitos, para poder interpretar en ese. Educativo, deportivo, político, salud, etc., etc. Entonces, a nivel nacional se cuenta con muy poquitos interpretes especializados en tema de salud, en este caso también es importante recalcar que hay organizaciones, asociaciones civiles a quienes les correspondía establecer vínculos con la Secretaría de Salud para poder agilizar los procedimientos. También en tema de la comunicación, lamentablemente no se hizo, de manera que una asociación civil, una asociación de la comunidad Sorda que los representa a nivel nacional, estableciera cuáles son las señas para contagio, para pandemia, y todo eso. Lamentablemente tampoco se hizo. Tenemos la seña de COVID que es esta (CONFIGURACIÓN MANUAL DE MANO DE APOYO EN “S” MIRANDO HACIA ABAJO, CONFIGURACIÓN MANUAL DE MANO DOMINANTE EN GARRA, MUÑECA SOBRE DORSO, MOVIMIENTO LATERAL DE ADENTRO HACIA FUERA). Es la seña que creó la Federación Mundial de Sordos en colaboración también con otros institutos y organizaciones, así como de la Organización Mundial de la Salud para que se diera conocimiento de cuál es la seña y poder identificarlo a nivel mundial, ¿no? Pero también es necesario otros conceptos como pandemia, respiración, todo lo relacionado, no se hizo.

**Investigador 2** Muchas gracias.

**Participante 1** No, de qué, con gusto.

**Investigador 1** Bien, entonces, ¿en qué formato te es más sencillo acceder a la información? ¿A través de medios visuales o escritos?

**Participante 1** En el caso de los medios visuales para mí, me es más fácil, en lo personal, no para la comunidad sorda, para mí como persona sorda oralizada y competente en el español, me es más fácil acceder a textos, a la información por medio de textos, o transcripción en este caso, pero si ahora diferenciamos entre

subtítulos y transcripción, preferimos subtítulos, porque la información es 100% accesible, ¿no? En el caso de la transcripción se puede presentar errores en la transcripción, problemas como lo que acabamos de experimentar hace un momento, pero sí, yo prefiero textos y que estos textos sean, representen el 100% de la comunicación establecida y no sean resumidos.

**Investigador 1** Okey, ¿de qué forma se puede apoyar a la comunidad sorda en el acceso a la salud, tanto en información y atención médica?

**Participante 1** Pues es importante tomar en cuenta que la Comunidad Sorda es muy heterogénea. Las personas sordas pues tienen diferente nivel de pérdida auditiva, tienen diferente nivel de acceso a recursos tecnológicos que le proveen apoyo, como es el uso de los aparatos auditivos, ¿no? O implante coclear, también hay que tomar en cuenta su nivel de desarrollo educativo, así como del desarrollo del lenguaje que haya alcanzado la persona sorda, con base a todo esto se puede determinar cuál es la necesidad, este, o la adaptación que se requiere para poder atender de la mejor manera en términos de funcionamiento a la persona sorda. Lo que quiero decir, es que, la solución no sería una sola cosa, sino que se tienen que hacer muchas adaptaciones para poder atender a la población sorda en general. Si hablamos en términos de comunicación tenemos el subtítulo, tenemos, este, el acceso a la comunicación mediante la lectura labial, la palabra complementada, la interpretación de la lengua de señas, así como la lengua de señas como idioma, ¿no? Entonces, son varios tipos de herramientas. La lengua de señas como tal no es una herramienta, ¿no? Pero sí son varias formas o métodos que se pueden implementar para poder tener acceso a la información. Todos son útiles, aquí la cuestión es que no es uno mejor que otro, sino que cada persona tiene una necesidad. Por ejemplo, aquí al lado, tenemos a mi compañero, quien es mi compañero en Manos Libres, mi socio, él es una persona sorda señante, y él utiliza la Lengua de Señas como principal medio de comunicación, en su caso, su español no es alto o no es competente, por lo tanto, no se le puede, digamos, entregar un texto que tenga un nivel lingüístico equivalente a B2 o C1 o C2, no lo va a entender, ¿no? En su caso se entrega un texto, debería de ser simplificado que cumpla con la equivalencia de A1, A2 o

B1 para que se le pueda entender, básicamente es español simple. Pero en su caso él preferiría que se le informe toda la información mediante un usuario de la Lengua de Señas altamente competente y eso, y como segunda opción la interpretación de la Lengua de Señas. Precisamente porque se pierde la información, es decir, el hecho de contar con un intérprete de Lengua de Señas no, no implica que ya se esté cumpliendo con el acceso a la información como derecho. Porque sí está comprobado que la información recibida no es la misma, tanto por un medio de interprete de Lengua de Señas como por un usuario. Entonces sí es muy diferente. Pero sí, no les puedo, y no me atrevo a darles una solución única para la Comunidad Sorda porque sí se tienen que tomar muchas variables como decir que se atienden a diferentes discapacidades dentro de una discapacidad, para que me entiendan. Este, sobre toda la Comunidad Sorda que es muy heterogénea, también hay personas sordas que no tienen dominio tanto de la Lengua de Señas como del español tanto hablado como escrito, entonces la cuestión es cómo se les va a garantizar el derecho a estas personas cuando no tienen conocimiento de un idioma, todo eso ¿no? Entonces aquí también está la cuestión de cómo o hasta qué grado pueden intervenir terceros como son los padres de familia y como todo este tipo de actividades afecta la dignidad de una persona, la autonomía de una persona y la independencia. Entonces sí es muy complejo encontrar una solución. La solución que simplemente debe ser global y responder a muchas necesidades.

**Investigador 1** Bien, ¿hay algo más que te gustaría mencionar o agregar?

**Participante 1** Pues yo creo que es muy importante que la sociedad aprenda de esta situación, en el sentido de que, es mejor prevenir e implementar estrategias proactivas, en vez de reactivas para que toda la población, sociedad, en este caso los profesionales en el tema de la salud, ya sepan cómo responder de la mejor manera, de una manera muy efectiva, eficiente, a cualquier tipo de situación que se presente, sobre todo en el caso de personas con discapacidad auditiva, personas sordas como es este tema, pues sí se vuelve muy complejo ya que toda persona profesional, personal de salud, debe garantizar el acceso a sus derechos y no vulnerarlos, y es básicamente lo que se ha estado haciendo, ya sea de

manera voluntaria o no, entonces, creo que la sociedad debe aprender mucho de esta situación y empezar a trabajar ya, en formas de vinculación, en formas de colaboración, este, para poder resolver o atender este tipo de necesidades, básicamente tener un listado de intérpretes que puedan apoyar en la situación, colaborar o tener una vinculación con organizaciones de la sociedad civil, hacer experimentos para ver cómo responde a una situación, este, hacer estadística para ver hasta qué grado las personas sordas se vieron afectadas por COVID. Lamentablemente al día de hoy no he encontrado una, un informe relacionado a COVID y la discapacidad que nos dé información de cómo se vulneraron sus derechos humanos, es muy importante contar con eso para que las personas sordas podamos contar con un documento con datos comprobados, verificables y poder exigir a las asociaciones de derechos humanos, por ejemplo, y otras instancias o dependencias gubernamentales, qué es lo que pasó, este, para que se pueda actuar en términos de derechos humanos, porque sí, al día de hoy, incluso ya la pandemia ya se ha mitigado de alguna, ya algunos no utilizamos cubrebocas y todo eso, no asegura que no vuelva a pasar en un futuro y pues no hay que tomarlo a la ligera, la verdad es que muchas personas sordas sí sufrieron ya que muchos perdieron el empleo, por eso, y otro ejemplo, en la cuestión de la educación, muchos de los que estaban en la primaria, secundaria y prepa, tuvieron que hacer una pausa durante un año, año y medio, justamente porque no tenían computadora o laptop y las escuelas, CAM's, por ejemplo, no estaban adaptadas a esta situación, tampoco contaban con los recursos tecnológicos necesarios para poder ofrecer educación a la distancia y los procesos, y todo eso. Entonces, es una grave violación a los derechos humanos el no poder contar con acceso a la educación, al empleo, a la salud, ¿no? Entonces no solamente estamos hablando de salud, sino en términos generales, todo lo que provocó la pandemia. Entonces, hay mucho por trabajar. Pero sí, hablando sobre COVID es muy importante que se garantice el acceso a la información para que los miembros de la Comunidad Sorda, podamos responder de la mejor manera ante esta situación, porque no contar con esta información también puede ser, por ejemplo, el motivo por el que una persona sorda haya



perdido la vida, al no contar con la información, al no saber a dónde ir para resolver esta situación, ¿no? Y también por ejemplo una persona sorda perdió su empleo y tuvo COVID y pues no tuvo los recursos económicos para comprar las pastillas o los tanques, todo eso, y quedó muy gravemente afectada.

**Investigador 1** Bien, pues agradezco, mucho tu ayuda. Maestra Yuma, doctora, ¿algo más que quiera agregar?

**Investigador 2** Este, no, al contrario, pues agradecerle todo, bueno, este tiempo que nos pudo regalar, en sus múltiples actividades, creo que mucha de la información que nos proporcionaste no sólo como una persona, este, que vive en condición de sordera, sino más bien, como líder de la comunidad de sordos, tu perspectiva como líder que puede empatizar con otros sordos, y la perspectiva creo que va a enriquecer mucho este trabajo que en particular es muy relevante para dar cuenta de cómo fue la situación de COVID y las personas que viven con discapacidad, y sobre todo, mexicanos que no estamos poniendo mucha atención en donde debemos trabajar, y sobre todo pues empezar, pues los principales promotores de los derechos de las personas sordas, son las personas de la comunidad Sorda. No profesores, no investigadores, sino quienes han trabajado por ello son los mismos sordos, y es una manera de proporcionar material para que ellos puedan mostrar y visibilizar que hay un problema y que ahorita fue COVID, mañana puede ser otro, y que el acceso a la salud, a la educación, la inclusión no sólo se tiene que ver desde un área, sino que afecta a un montón, y pues te agradezco muchísimo este tiempo que nos regalas y la valiosa información que nos proporcionaste. Mil gracias.

**Participante 1** Con todo gusto, yo quedo a su disposición para atenderles si requieren otra entrevista o más información, así como entrevistar a otras personas, les puedo apoyar también con esto, este, todo con la finalidad de enriquecer su trabajo, porque por lo que veo, es muy serio su trabajo, me gusta, y espero que contribuya mucho a la solución en términos de inclusión, todo lo que necesitamos, y que sea un frente para muchas personas, especialistas de salud que puedan hacer conciencia y simpatizar con este proyecto para que entiendan cuales son nuestras necesidades y qué es lo que ha pasado, porque si no saben

qué es lo que pasó realmente pues no se va a motivar a la gente sobre, para que no vuelva a suceder este tipo de situaciones. Pero sí, yo quedo a su entera disposición para apoyarlas en lo que sea. Muchas gracias, Investigador 1, por invitarme y tomarme en cuenta. Para mí fue un honor formar parte de esta entrevista, este, yo quedo a tu disposición para lo que requieras, me puedes contactar por WhatsApp.

**Investigador 2** De mi parte, hasta este momento sería todo y entonces, eventualmente, ojalá podamos seguir teniendo contacto. Yo le comentaba a Investigador 1 que, cuando termine su tesis, me gustaría que se publicara un artículo y si tú estás de acuerdo, contribuir como autor al artículo para poder hacer una difusión pública, porque las tesis muchas veces se quedan en el repertorio de tesis y luego ya no son tan consultados, y creo que una persona sorda debe estar dentro del trabajo para que sea el principal promotor de esta información. Pues, te quisiera, si está bien para Investigador 1, invitarte al proyecto para poder nosotros, eventualmente cuando Investigador 1 termine la investigación, poder hacer este trabajo en conjunto.

**Investigador 1** Sí estaría...

**Participante 1** Sí, sería un honor, Dra. Yuma, con todo gusto, yo quedo a su disposición, básicamente a esto me dedico, a aportar y contribuir a la inclusión, como consultor principalmente, entonces yo quedo a su disposición para apoyarles en lo que pueda.

**Investigador 2** Muchísimas gracias. Pues nos estamos viendo. Hasta luego.

**Participante 1** Que tengan un buen día, hasta luego.

## ANEXO 5. TRANSCRIPCIÓN ENTREVISTA DEL PARTICIPANTE 2

8 DE DICIEMBRE DE 2022

- Investigador 1** Bien, gracias.
- Investigador 2** ¿Cuál es tu seña, Investigador 1? No me la sé.
- Investigador 1** Carla.
- Investigador 2** Carla estudió en la universidad la licenciatura en Psicología. Ahorita queremos solicitarte permiso para una entrevista para recabar información. Eres libre de aceptar, no estás obligado. Es sobre la información en YouTube, Facebook® de COVID-19 dirigido a personas sordas. Yo como maestra voy a revisar que esté bien. Te pedimos permiso para grabar la entrevista, después vamos a revisar el video para escribir después la información. Nosotras no lo vamos a difundir, no lo vamos a enseñar, es confidencial y privada.
- Participante 2** Okey.
- Investigador 2** Si las preguntas de la entrevista no te sientes bien, no quieres, no te gusta, puedes retirarte cuando quieras del proyecto. Tú nos dices y listo. Entonces, te pido permiso para grabar la entrevista ahorita.
- Participante 2** Sí, pueden grabar.
- Investigador 2** Gracias, listo.
- Investigador 1** Muchas gracias. Primero, ¿tu edad cuál es?
- Participante 2** ¿Cuál es mi edad? ¿Cuántos años?
- Investigador 1** Sí, ¿cuántos años?
- Participante 2** Yo tengo 32 años.
- Investigador 1** Bien, ¿tú, casado, soltero?
- Participante 2** Yo recientemente me comprometí.
- Investigador 1** Bien, bien, sí. ¿Cuál es tu nivel de estudios?
- Participante 2** Ingeniería en animación de efectos especiales, hace 3 años me gradué.
- Investigador 1** Bien. ¿Trabajas?
- Participante 2** Yo trabajo, soy maestro de Lengua de Señas, en Manos Libres. También de lunes a viernes trabajo en educación, en una escuela. Y también busco trabajo, proyectos.
- Investigador 1** Bien, ¿dónde vives?

**Participante 2** Yo vivo en Querétaro.

**Investigador 1** Bien. ¿Con quién vives?

**Participante 2** Mi mamá, mi padrastro y yo en una casa. En otra casa, mi tía, mi tío juntos. Somos familia.

**Investigador 1** ¿Eres sordo desde nacimiento?

**Participante 2** Yo nací a los 7 meses y soy sordo desde entonces.

**Investigador 1** ¿Cuál es tu nivel de sordera? 1. Escuchas poco sin aparato auditivo. 2. Escuchas poco con aparato auditivo. 3. Sordo profundo.

**Participante 2** Yo, más o menos, en medio, nivel 2. Más o menos, porque yo uso aparato auditivo, ambos, 50%.

**Investigador 1** ¿Aprendiste a hablar?

**Participante 2** Hablar difícil, porque cuando hablan rápido no entiendo. Mis amigos, mi familia, leo los labios y entiendo más o menos, pero si lo hacen rápido no entiendo. Las palabras nuevas no las conozco, pregunto qué es, entonces me explican.

**Investigador 1** ¿Tú escribes y lees español?

**Participante 2** Yo leo 5 veces, otra vez, otra vez. Hasta que lo capto y entiendo. Otras veces, por ejemplo, 1. Con un cuento en español lo entiendo, 2. Con una novela, entiendo más o menos. Yo tengo comprensión del español B1, lo básico.

**Investigador 1** ¿Prefieres comunicarte en Lengua de Señas o español?

**Investigador 2** Otra vez, ¿cuál prefieres más? ¿El español o la lengua de señas?

**Participante 2** Más la Lengua de Señas, me comunico mejor, para mí es más fácil la Lengua de Señas, la conozco bien. El español no lo conozco bien, la comunicación es más difícil, más tardada, el español lo entiendo más o menos, pero es difícil.

**Investigador 1** ¿Te comunicas con la Comunidad Sorda?

**Participante 2** Sí, me comunico con la Comunidad Sorda.

**Investigador 2** ¿Tú perteneces a la Comunidad Sorda?

**Participante 2** Sí, sí.

**Investigador 2** ¿Cuál es el nombre de la organización a la que perteneces?

**Participante 2** El nombre es Comunidad de Educación Nacional Mexicana para Sordos.

- Investigador 1** Durante la pandemia por COVID-19, ¿dónde encontrabas información?
- Investigador 2** El COVID-19, la información, la obtenías por la familia, amigos, la comunidad sorda.
- Participante 2** Ok, ok, perfecto. Antes de la pandemia por COVID-19, los enfermos, los síntomas, de comunicarnos sobre la enfermedad, los médicos usaban cubrebocas, no podíamos ver los labios. Era difícil. Necesitábamos bajar el cubrebocas o ayuda de otra persona las personas sordas. No sabíamos. Y ayudarnos en la interpretación de los videos, era difícil, más o menos, necesitábamos mucha información.
- Investigador 2** Te pregunto, entonces el COVID-19, no sabías cómo se contagiaba, cómo prevenirlo, o cómo aprendiste la información, dónde escogerla.
- Participante 2** Pues del COVID-19 aprendí cómo prevenirlo, la limpieza, lavado de manos, no dar a las personas besos, alejarse, mantener la distancia, tener cuidado, Salir tampoco. La familia no podía salir. Había que lavarnos las manos, cuidarnos, estar en casa. Durante mucho tiempo. En mi familia dos personas murieron de COVID-19 y nos quedamos en casa a cuidarnos.
- Investigador 2** Okey, gracias.
- Investigador 1** ¿La interpretación en la televisión fue suficiente para encontrar información de COVID-19?
- Participante 2** ¿Televisión?
- Investigador 1** Sí, televisión, videos.
- Participante 2** Sí, en Facebook® mucha información, también en televisión en las noticias. Compartían información de Facebook® de COVID-19, la información me la explicaban de la televisión.
- Investigador 2** La información en Lengua de Señas que conocías, ¿quién la producía?
- Participante 2** Pues quien sabía interpretar, nos deletreaban las palabras. Sí había organizaciones de intérpretes, nos platicaban, nos explicaban, por videollamadas, también por WhatsApp, por información escrita. Me siento mal, preguntábamos y nos ayudaban, me siento mal, no salíamos, nos venían a revisar a la casa.
- Investigador 1** ¿Qué dificultades presentaste con el distanciamiento, el cubrebocas, estar

en casa?

**Participante 2**

Dificultades. Lo más difícil el transporte público con mucha gente, difícil, mucho contagio. Teníamos que estar en casa, caminar o ir en carro. Cuidarnos siempre. En el camión había que tocar los tubos, entonces difícil, tocar el asiento, había que lavarse las manos, no sabíamos. Igual el futbol, ya no nos pudimos reunir. Era difícil estar en casa, cómo íbamos a trabajar con la distancia, el dinero bajó, difícil, y qué hago, qué hago, necesito trabajar, y sólo esperar, esperar, y cuánto tiempo, era la dificultad.

**Investigador 2**

Pregunta, al ir a algún lugar al comunicarte con las personas con el cubrebocas, ¿qué hacías?, ¿cómo te sentías?

**Participante 2**

La comunicación era difícil, al reunirme con las personas, ambos estábamos usando cubrebocas, era difícil la comunicación. Entonces, pedía que escribiéramos, el español lo entiendo, íbamos pasando los mensajes. Y segundo, cuando las personas hablaban no entendía, era difícil, mejor por el celular, escribía y se lo enseñaba, entonces así interactuábamos. Otra en los restaurantes con los cubrebocas no sabía, no entendía, y entonces les escribía en un papel, así era más fácil la comunicación, porque no había permiso para quitarse el cubrebocas, entonces era seguro escribiendo.

**Investigador 1**

¿Tú fuiste o conoces a alguien que haya sido hospitalizado por COVID-19?

**Investigador 2**

¿Tú conoces a una persona sorda, amigo o conocido, que se haya contagiado de COVID-19, haya ido al hospital? Alguien que se haya contagiado de COVID-19.

**Participante 2**

En la asociación de fútbol, empezaron a decir que era difícil el COVID-19, todos bien, con el lavado de manos, el cubrebocas el cuidado, de repente las personas empezaron a tener COVID-19, entonces ya no pudimos ir al partido, estar en casa, el futbol se quedó en pausa, pero ir al hospital no, las personas sordas previnieron.

**Investigador 2**

Entonces, ¿alguna persona sorda enfermó de gravedad, que haya ido al médico? ¿Cómo fue la comunicación, en Lengua de Señas, ayuda de un amigo? ¿Tú qué sabes?

- Participante 2** No, no, nadie, no conozco a nadie.
- Investigador 1** ¿Qué es más fácil para ti, la información escrita o visual?
- Participante 2** Escrita, en el celular escribir el mensaje, de lejos, a la distancia, lo leían y ya, cada uno con su propio celular. Que no lo tocaran porque se quedaba sucio de COVID-19. De lejos, cada uno con su propio celular y así ya era más fácil.
- Investigador 1** ¿Cómo podemos apoyar respecto a información en prevención, síntomas, sobre salud?
- Participante 2** A las personas sordas... sí, sí, cuando la información del doctor, en el hospital, ayudar a las personas sordas con medicinas, revisando, escribiendo, viendo a las familias, en la prevención.
- Investigador 2** Yo le digo a, ¿cuál es tu seña Carla? Carla, que algunos sordos, mi mamá, mi papá, no tenían información, no saben leer o escribir español, es más difícil el COVID-19, porque yo no entiendo, la información en la Lengua de Señas. Las personas sordas tienen español o conocen más la Lengua de Señas, es más fácil, para algunos sordos, otros no conocen la Lengua de Señas, no saben español, la información es difícil. Yo te doy muchas gracias por la información para las personas sordas de la Comunidad Mexicana. Gracias, es muy importante, muchas gracias.
- Participante 2** De nada, de nada, de nada.
- Investigador 1** Igual, muchas gracias.
- Participante 2** ¿Eso es todo? Nos vemos en la noche, Carla.
- Investigador 1** Sí, nos vemos, hasta luego.