



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Medicina
Licenciatura en Fisioterapia

***“PERCEPCIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN ESTUDIANTES DE
CIENCIAS DE LA SALUD DE LA BUAP”***

Tesis para obtener el grado de
Licenciada en Fisioterapia

Presenta

Claudia Deseret González Montes

DIRECTOR:

MEC. Nelly Serafina Cedeño Sucre

CODIRECTOR:

MEC. Guadalupe Miriam Rodríguez Méndez

Puebla, Pue., 2021

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. Resumen	5
2. Introducción	6
3. Antecedentes	8
3.1 Antecedentes generales	8
3.1.1 Discapacidad y Percepción de los estudiantes del área de la salud	8
3.1.2 Estudios relacionados	8
3.2 Antecedentes Específicos	11
3.2.1 Definición de Percepción	11
3.2.2 Elementos que conforman la percepción	12
<i>Ideas</i>	12
<i>Creencias</i>	13
<i>Actitudes</i>	13
<i>Experiencias</i>	14
3.2.3 Área de la salud de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla	15
3.3 Definición de Discapacidad	19
3.4 Construcción Histórica de la Discapacidad	20
3.4.1 Modelo del Destino, Prescendencia o Castigo Divino	20
3.4.2 Modelo Médico-Rehabilitador	23
3.4.3 Modelo Social	25
3.4.4 Otros modelos que explican el concepto de la discapacidad	26
3.4.5 Clasificaciones Internacionales y Discapacidad	29
3.4.6 Barreras y Facilitadores actitudinales para las personas con Discapacidad	33
3.5 Justicia desde la perspectiva de derecho a la salud	37
4. Planteamiento del problema	38
5. Objetivos	39
5.1 Objetivo general:	39
5.2 Objetivos específicos:	39
6. Material y métodos	40
6.1. Diseño de Estudio	40
6.2. Ubicación Espacio-Temporal	41
6.3 Estrategia de Trabajo	41
6.4.1. Definición de la unidad de población	42

6.4.2. Selección de la Muestra.....	43
6.4.3. Criterios de selección de las unidades de muestreo.....	43
6.4.4. Diseño y tipo de muestreo.....	44
6.4.5. Tamaño de la muestra:.....	44
6.4.6. Hipótesis Estadística.....	44
6.5. Definición de variables y escalas de medición.....	46
6.6. Método de recolección de datos.....	49
6.7. Técnica y procedimientos.....	50
6.8. Análisis de Datos.....	51
6.9. Diseño estadístico.....	51
7. Resultados.....	54
7.1 Datos sociodemográficos.....	54
7.2 Percepción de la Discapacidad.....	56
7.2.1 Ideas/Creencias.....	56
7.2.2 Actitudes.....	58
7.2.3 Experiencias.....	59
8. Discusión.....	61
9. Conclusiones.....	75
10. Referencias Bibliográficas.....	78
11. Anexos.....	85

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Número total de estudiantes inscritos en el periodo del 2018 – 2019.....	43
Tabla 2. Tipos de variables, definiciones y escalas de medición.....	46
Tabla 3. De clase por género.....	55
Tabla 4. De clase por Generación.....	56

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. De clase por edad.....	54
Gráfica 2. Ideas/creencias negativas sobre la discapacidad.....	57
Gráfica 3. Ideas/creencias positivas sobre la discapacidad.....	58
Gráfica 4. Actitudes negativas sobre la discapacidad.....	58
Gráfica 5. Actitudes positivas hacia las personas con discapacidad.....	59

Gráfica 6: Experiencias positivas con personas con Discapacidad	60
Gráfica 7: Experiencias negativas con personas con discapacidad	61

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama de Estrategia de trabajo.....	42
Figura 2: Diagrama del diseño estadístico.	52

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Instrumento de medición de la percepción de la Discapacidad	85
Anexo 2: Instrumento para validar el instrumento de medición	87
Anexo 3: Formato digital del Instrumento en Google Forms.....	90

1. Resumen

Introducción: La percepción de la discapacidad puede ser una determinante del comportamiento de los estudiantes del área de la salud. Este estudio descriptivo se realizó con el fin de reconocer las actitudes que genera la discapacidad en estudiantes de ciencias de la salud e identificar ideas, creencias y experiencias que tienen al convivir con las personas con discapacidad.

Material y métodos: La investigación se realizó con un enfoque cuantitativo, descriptivo, transversal y con un diseño no experimental. Tuvo como objetivo identificar las percepciones sobre discapacidad en estudiantes del área de la salud de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, mediante un Instrumento de Medición de la Percepción de la Discapacidad de diecinueve ítems, aplicado a estudiantes de las licenciaturas de Fisioterapia, Medicina, Enfermería, Nutrición Clínica, Profesional Asociado a Imagenología, Profesional asociado a Urgencias Médicas y Estomatología que cumplieran los criterios de investigación.

Resultados: Se estudiaron a 452 estudiantes (77.5% del género femenino y 22.5% del género masculino) Los estudiantes tienen actitudes positivas en general hacia las personas con discapacidad, como ejemplo de ello, en el ítem nueve que menciona que las personas con discapacidad tienen los mismo derechos e igualdad de oportunidades, el 94.5% de los encuestados estuvo de acuerdo. Sin embargo, algunas ideas/creencias sobre el concepto de discapacidad siguen siendo estigmatizantes, ya que al menos el 72.8% de los estudiantes del área de la salud piensa que la discapacidad es un hecho exclusivamente individual, originado de una desventaja biológica.

Discusión y conclusión: El presente trabajo tuvo la finalidad de identificar las ideas/creencias y actitudes de los estudiantes del área de la salud de la BUAP orientadas hacia la inclusión, la equidad y la justicia. En este sentido se afirma que las percepciones no se basan en el pasado histórico de la discapacidad, ya que las experiencias y el contacto previo con personas con discapacidad les provee de conocimientos sobre el tema. Por lo tanto, se concluye que percepción de la discapacidad de los estudiantes fue positiva y están de acuerdo en participar en la integración de las personas con discapacidad, por lo que se rechaza la hipótesis alterna y acepta la hipótesis nula.

2. Introducción

El presente trabajo se refiere al tema de la percepción que tienen los estudiantes del área de la salud sobre las personas con discapacidad. Esta percepción determina el comportamiento de las personas. El estudio de los elementos que la componen es un método eficaz para entender el modo en el que la sociedad, en este caso, los profesionales del área de la salud se comportan en un medio en el que deben interactuar con personas con discapacidad.

Para analizar la percepción sobre la discapacidad es necesario comprender el concepto de la misma y cómo evolucionó a través del tiempo. De eso se desprende la importancia de conocer qué son las barreras y los facilitadores actitudinales, lo cual nos permitirá entender las áreas de oportunidad que debemos trabajar como sociedad y como profesionales del área de la salud. Las barreras son limitaciones físicas o sociales que restringen el desempeño/realización del individuo con discapacidad; mientras que los entornos que tiene facilitadores pueden incrementarlo.

El conocimiento de estas percepciones permitirá orientar la toma de decisiones en cuanto al manejo de la información sobre discapacidad entre los distintos participantes del estudio con el objetivo de eliminar las barreras actitudinales y facilitar el acceso a servicios de salud desde una perspectiva diferente hacia las personas con discapacidad. El enfoque de la discapacidad en este estudio busca visibilizar las situaciones de discriminación, exclusión y estigma en el área de la salud. Éste comportamiento afecta la relación de los expertos del área con las personas con discapacidad y limitan su acceso a la salud de forma holística.

Desde el concepto de la percepción, la investigación se realizó con un instrumento denominado: “Percepción de las personas con Discapacidad” que es una encuesta tipo Likert con 19 ítems, que, por cuestiones de seguridad ante el SARSCOV2, el cuestionario se aplicó en línea a estudiantes de Medicina, Fisioterapia, Nutrición Clínica, Estomatología, Enfermería, Profesional Asociado en Imagenología y Profesional Asociado a Urgencias Médicas de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

El estudio fue de tipo cuantitativo ya que se usó una metodología única que utiliza la recolección de datos para probar la hipótesis con base en una medición numérica y el análisis estadístico; con un alcance de tipo descriptivo analizando las propiedades, características y los perfiles de los estudiantes de ciencias de la salud sobre su percepción de la discapacidad. El diseño es no experimental, ya que no hubo manipulación de variables o grupos de comparación, con un corte transversal, ya que se recolectaron los datos en un solo momento.

El objetivo del trabajo fue identificar las percepciones sobre discapacidad en estudiantes del área de la salud de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. En tal sentido, los objetivos específicos fueron reconocer las actitudes que genera la percepción de una persona con discapacidad e identificar las experiencias, creencias e ideas que tienen los estudiantes sobre la discapacidad.

La presente tesis se estructura en siete apartados, en el primero se definen los antecedentes generales sobre percepción y discapacidad, haciendo una construcción histórica de la misma. El segundo apartado menciona el planteamiento del problema y la pregunta de investigación. El tercer apartado detalla los objetivos generales y específicos del estudio. El cuarto establece el material y métodos a partir del diseño de estudio, las características de la población, la definición de variables, el diseño del instrumento de medición, la validación del mismo, la recolección de datos, las técnicas y procedimientos, el análisis de los datos, así como el análisis estadístico. El quinto apartado interpreta los resultados de la investigación. Finalmente, el sexto y el séptimo analizan la discusión y la conclusión del estudio, respectivamente.

3. Antecedentes

3.1 Antecedentes generales

La presente sección está compuesta por dos apartados. El primero analiza la correspondencia entre la discapacidad y la percepción de los estudiantes del área de la salud. El segundo analiza los diversos estudios que describen las ideas, creencias y actitudes de los estudiantes universitarios hacia la discapacidad y cómo pueden afectar la práctica profesional.

3.1.1 Discapacidad y Percepción de los estudiantes del área de la salud

“Muere menos gente a causa de la tuberculosis que por la manía sistemática de los médicos. Esta es, indudablemente, la más triste de todas las muertes. Fenecer de una enfermedad que tiene otro.”
-Ludwig Börne

En esta época de pro inclusión de todas las razas, los cuerpos, formas de pensar y géneros no binarios, se está retomando la importancia del papel de las personas con discapacidad (PcD) en la toma de decisiones, sin embargo, algunas conductas de estigmatización y exclusión dentro de la sociedad ponen barreras en este proceso de visibilización de la misma. La percepción que tienen los estudiantes del área de la salud sobre la discapacidad es de gran relevancia para identificar estas conductas que podrían ampliar las barreras ya existentes en la sociedad hacia los futuros pacientes.

3.1.2 Estudios relacionados

Tomando en cuenta estos conceptos, en el proceso de revisión documental sobre la interrelación entre percepción y discapacidad se encontraron diferentes estudios. Un estudio realizado por Byron (2005) en la Universidad de Brystol analiza como los estudiantes de medicina relacionan los términos de discapacidad. Para ello se aplica una encuesta inicial para indagar la concepción de estos estudiantes en torno a la discapacidad como concepto encontrando que era articulada con términos como: *silla de ruedas, impedimento, desventaja, dificultad, prejuicio y estigma*. En una segunda aplicación de la encuesta, posterior a la interacción planeada con un grupo de personas con discapacidad, los estudiantes relacionaban el concepto de discapacidad con *empoderamiento, modelo social e independencia*. Se concluyó

entonces que los estudiantes de medicina deben obtener por parte de sus docentes, la aclaración de estos conceptos.

En cuanto a percepción, ésta ha sido estudiada desde distintas ópticas e involucrando a variedad de sujetos que ejercen diferentes roles en la atención de personas con discapacidad. Al respecto, un estudio realizado por Zubilaga (2013) en Madrid, España, indagó sobre las percepciones que tenían los estudiantes con discapacidad en cuanto al uso de la tecnología para adquirir aprendizajes. Los resultados fueron que las PcD no percibieron dificultades para adquirir conocimientos mediante las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC's). Sin embargo, enfatizan que el papel que ejerce la interacción social que se lleva a cabo en el salón de clases es significativo en la adquisición de competencias que abonen para su desempeño profesional futuro. Otro ejemplo es el estudio realizado en Colombia por la Universidad del Rosario, donde se observó la percepción que tienen los orientadores escolares en cuanto a su preparación para atender las necesidades educativas de sus estudiantes con discapacidad o con problemas emocionales haciendo evidente la necesidad de formación del docente para un mejor desempeño en la atención a estudiantes con discapacidad. Esto refleja además la reafirmación de la mirada de diferencia en la percepción de la discapacidad desde la figura docente (Padilla, 2015).

Las representaciones sociales son categorías dinámicas en permanente construcción que no sólo se configuran como productos mentales, sino que perfilan como simbologías que se construyen, crean y recrean la interacción social por lo que representan una metodología utilizada con frecuencia para el análisis de estas interacciones con respecto a la discapacidad. Ejemplo de ello lo constituye un estudio realizado con estudiantes de ciencias de la salud de la Universidad de Carabobo, dónde se les presentaron imágenes de personas con discapacidad y se recogieron las opiniones e impresiones de cada uno de los entrevistados; se categorizó cada una de las representaciones que califican a la discapacidad como una enfermedad, maleficio, tragedia social, minusvalía y castigo. Una de las conclusiones más relevantes de este estudio fue que existen estereotipos estigmatizantes entre personas con y sin

discapacidad, ya que la percepción que se tiene del individuo con discapacidad es la que la sociedad ha generado y marcado como huella (Esser y Rojas, 2006).

También se han estudiado las actitudes hacia las personas con discapacidad. Por ejemplo, el estudio realizado en la Universidad de Chile a estudiantes de la salud, dónde se analizaron actitudes hacia las personas con discapacidad, concluyó que el estudio de éstas puede ser útil para implementar programas y proyectos que desarrollen a profesionales competentes, reflexivos, tolerantes y con una visión holística de cada ser humano. Se consideraron en el estudio las Escuelas de Enfermería, Fonoaudiología, Kinesiterapia, Nutrición y Dietética, Obstetricia, Tecnología Médica y Terapia Ocupacional. Se realizó mediante una encuesta llamada Escala de Actitudes hacia las Personas con Discapacidad. Forma G, que, mediante el uso de cinco factores, identificaron y compararon todas estas actitudes negativas y positivas, con resultados sorprendentes en áreas que se suponen, tendrían actitudes positivas al estar en contacto directo con este colectivo, ya que los estudiantes de la Escuela de Terapia demostraron actitudes positivas en los factores de “Implicación social”, “Reconocimiento / negación de Derechos” y “Asunción de Roles”. En cambio, las escuelas de Fonoaudiología y Nutrición presentan una tendencia a calificar negativamente a las personas con discapacidad (Mella 2007).

Un estudio similar realizado en este país fue el que llevó a cabo la Universidad Autónoma de México dónde se trabajó con 164 mujeres y 44 hombres que estuvieran estudiando una carrera relacionada en el área de la salud: Psicología, Medicina, Enfermería y otras. Se utilizaron instrumentos de medición como la escala multidimensional de actitudes hacia las personas con discapacidad y midieron los estereotipos con una escala tipo Likert, las cuales se contestaron en formatos en línea. Las conclusiones de este estudio muestran buenos indicadores de bondad y niveles bajos de actitudes negativas hacia las personas con discapacidad, ya que se consideró que estas percepciones se ven modificadas por el contacto directo con PcD. Aunque la mayoría de los participantes fueron del área de Psicología (Barcena, Cruz, y Jenkins, 2018).

3.2 Antecedentes Específicos

Los tres temas que componen este apartado profundizan el objeto de estudio del tema de investigación como es el caso de la percepción de la discapacidad. De esta manera, en primer lugar, se describe la de definición de percepción y los elementos que la componen, posteriormente se hace una descripción de la población que será estudiada, dividida por licenciaturas y profesiones asociadas, por último, se examina la definición de discapacidad, haciendo un recorrido histórico mediante modelos que ayudan a comprender el proceso evolutivo de este concepto, desde el modelo mágico-religioso hasta el modelo social.

3.2.1 Definición de Percepción

“Tiene suma importancia salvar la apariencia. Todo está bien si parece bien.”

-Pío Baroja y Nessi

Según la Real Academia Española de la Lengua (RAE) la percepción se define como la sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos. Como acto de percibir en cambio, la define no solo como el captar por uno de los sentidos las imágenes, impresiones o sensaciones externas sino también como el comprender o conocer algo. Sin embargo, en la relación con la discapacidad la percepción debe ser entendida más allá de estas definiciones. La percepción según el planteamiento ecologista de Gibson, es un proceso simple en el cual la información está en el estímulo, sin necesidad de procesamientos internos posteriores. Esta concepción limita a la percepción a una relación directa entre la imagen retinal y el ambiente del individuo (Kallens, 2012). Según Neisser, en cambio, la percepción puede tomarse como un proceso activo-constructivista en el que sujeto al recibir un nuevo estímulo y procesar la información implícita en él, toma datos y experiencias almacenadas previamente en su subconsciente formando un esquema anticipatorio. Este esquema le permite dar paso a la comparación y entonces el sujeto decide rechazar o aceptar dicho estímulo. Esto significa que para poder tener una percepción acerca de algún elemento en específico, debemos tener una imagen mental previa que está condicionada por las experiencias y necesidades que el individuo selecciona, interpreta y corrige según su contexto (Aznar, 1991). De este modo

podemos decir que los elementos necesarios para la percepción de algún objeto deben ser internos que provengan del individuo perceptor y externos que se originen del medio en el que se encuentra este estímulo.

Aplicando este concepto en la percepción de las personas, el esquema anticipatorio de un individuo puede estar influenciado según sus propias actitudes, personalidad, motivos, intereses, experiencias del pasado y expectativas. Por lo tanto, también el individuo decide qué percibe según su entorno y características que resalten de la persona sometida a este esquema (Robbins, 2009). Tanto la percepción de los objetos como la de los demás tienen significado. Por ello, la percepción social trata de explicar el comportamiento de los otros, ya que diariamente el sujeto es sometido a percibir y a ser percibido por alguien más; como individuos la formación de una imagen rápida permite la adaptación expedita a lo que estamos percibiendo en nuestro ambiente.

3.2.2 Elementos que conforman la percepción

Ideas

Según la Real Academia Española, la idea es el “Primero y más obvio de los actos del entendimiento que se limita al simple conocimiento de algo; imagen o representación que del objeto percibido queda en la mente: conocimiento puro, racional, debido a las naturales condiciones del entendimiento humano” (Real Academia Española, 2021). Las ideas son, los “pensamientos” (razonamientos) sobre el tema que sea y cualquiera sea su grado de verdad; en cualquier caso, son ideas que a un sujeto se le ocurren, ya sea originalmente o ya sea inspirándose en las ideas de otro, por lo tanto, *idea* es el término que usamos para denominar el resultado de la actividad intelectual (Diez, 2016). Las ideas son, pues, las ‘cosas’ que nosotros de manera consciente construimos, elaboramos, precisamente porque *no creemos en ellas*” (Herraiz, 2014).

Las ideas forman parte de la percepción ya que es el primer contacto e imagen que será una clara representación del concepto que se presentó a los estudiantes del área de la salud, que fue la discapacidad. Las primeras ideas que los estudiantes

tengan sobre la discapacidad determinan cierta anticipación que tienen sobre el tema expuesto, lo que forma en ellos la percepción.

Creencias

Según la Real Academia Española, creencia se define como un “Firme asentimiento y conformidad con algo: un completo crédito que se presta a un hecho o noticia como seguros o ciertos” (Real Academia Española, 2021). Si se considera que una idea o proposición es verdadera cuando se corresponde con los hechos, entonces creer significa tener algo por verdadero o existente, pero sin estar seguro de ello (Diez, 2016). Por lo tanto, se considera que creer implica la tendencia a actuar como si aquello en lo que se cree fuera verdadero, como si existiera realmente. Esta creencia supone, entonces, una expectativa de actuación del sujeto creyente, pues lo dispone a actuar de determinada manera.

Las creencias son elementos importantes de la percepción. Los estudiantes pueden perpetuar comportamientos discriminatorios hacia las personas con discapacidad si tienen símbolos y dogmas basados en estigma y exclusión hacia este sector.

Actitudes

La Real Academia Española, define a la actitud como “Postura del cuerpo, especialmente cuando expresa un estado de ánimo; disposición de ánimo manifestada de algún modo” (Real Academia Española, 2021). Según Fishbein y Ajzen actitud (1974), la actitud es una predisposición aprendida para responder consistentemente de modo favorable o desfavorable hacia el objeto. Cook y Selltiz (1964) señalan “...la actitud es una disposición fundamental que interviene en la determinación de las creencias, sentimientos y acciones de aproximación-avoidancia del individuo respecto a un objeto”. Petty y Cacioppo señalan: “el término actitud hace referencia a un sentimiento general, permanente, positivo o negativo, hacia alguna persona, objeto o problema” (Castro de Bustamante, 2002).

Las actitudes forman parte de la percepción ya que estas son una disposición del individuo a comportarse de cierta manera ante el estímulo. Esto determina la forma de actuar de los estudiantes del área de la salud al ponerse en una situación

clave con las personas con discapacidad. Aunque los estudiantes solo tienen ideas y creencias, que son procesos mentales que pueden predisponer una actitud ante la discapacidad, hay otro factor importante que debe ser tomada en cuenta para crear una percepción.

Experiencias

La Real Academia Española define a la experiencia como: “Hecho de haber sentido, conocido o presenciado alguien algo; práctica prolongada que proporciona conocimiento o habilidad para hacer algo; conocimiento de la vida adquirido por las circunstancias o situaciones vividas; circunstancia o acontecimiento vivido por una persona” (Real Academia Española, 2021). Dewey (1916) comprende a la experiencia desde dos elementos: en el elemento activo la experiencia ensaya un sentido que se manifiesta en el término conexo “experimento”. En el lado pasivo es *sufrir o padecer*. Cuando experimentamos algo, actuamos sobre ello, hacemos algo con ello; después sufrimos o padecemos las consecuencias (Dewey, 1998). Francois Dubet hace mención de: “[...] cada experiencia social procede de la articulación de tres lógicas de la acción: la integración, la estrategia y la subjetivación (2010).” Entonces podemos entender que cada persona de forma individual o colectiva necesariamente adopta esos tres registros de la acción, que definen simultáneamente la orientación marcada por el actor y la manera de concebir las relaciones con los demás. De este modo, en la lógica de la integración, el actor se define por sus pertenencias, busca mantenerlas o reforzarlas al amparo de una sociedad que es considerada, así, como un sistema de integración.

La experiencia integra vivencias y experimentos pasados a esta imagen previa característica de la percepción. Así toda experiencia previa se incluye para definir sus pertenencias, las cuales se forman al interactuar con personas con discapacidad, buscando mantenerlas o bien reforzarlas. En la estrategia, puede ser que los estudiantes intenten realizar una imagen que subjetivamente confronta lo que está experimentando en el momento, orientando la percepción que tienen de las personas con Discapacidad.

Todos estos elementos internos y externos que integran la percepción en el sujeto ejemplifica lo que Robbins (2009) menciona: “el comportamiento de las personas se basa en su percepción de lo que es la realidad y no en la realidad en sí”. En términos de discapacidad, esto adquiere especial relevancia ya que el significado de la discapacidad dependerá de cómo ésta es percibida por el sujeto (elementos internos y externos) y no de lo que es en realidad. En este sentido el estudio busca abordar y analizar cada uno de estos elementos con el interés de identificar la percepción que determina el comportamiento de los estudiantes del área de la salud hacia las personas con Discapacidad.

En este estudio participaron estudiantes del área de la salud de la BUAP de distintas Licenciaturas:

3.2.3 Área de la salud de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Oferta educativa

El área de Ciencias de la salud de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla cuenta con 18 programas educativos diferentes, por lo que se mencionarán de sólo los que serán analizados en este estudio: la Licenciatura en Enfermería, Licenciatura en Estomatología, Licenciatura en Fisioterapia, Licenciatura en Medicina, Licenciatura en Nutrición Clínica, profesional asociado en Imagenología, profesional Asociado a Urgencias Médicas.

Licenciatura en Enfermería

Esta Licenciatura tienen como Misión “formar profesionistas líderes en el cuidado de la salud, con sentido humanista y compromiso social” y su Visión es “Ser una Facultad a la vanguardia en la formación de profesionistas en el cuidado de la salud, pertinente a las demandas y tendencias nacionales e internacionales” (Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2019). Actualmente cuenta con 927 estudiantes inscritos aproximadamente de los cuales 86.40% son mujeres y el 13.60% son hombres (Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2018).

Licenciatura en Estomatología

Esta Licenciatura está comprometida con la formación integral de profesionales y ciudadanos críticos capaces de generar, adaptar, recrear, innovar y aplicar conocimientos de calidad y pertinencia, que den respuesta a los problemas de salud-enfermedad de la cavidad bucal y que incidan propositivamente en la transformación social, respetuosos del medio ambiente, los derechos humanos y los principios de bioética. Esta licenciatura busca “ser líder de su rama en el país, integrando académicos actualizados en las diferentes disciplinas que intervienen, desarrollando los últimos descubrimientos y avances científicos y creando convenios interinstitucionales de impacto en la academia, docencia e investigación, lo que permitirá ser un punto fijo de desarrollo de los avances solicitados por el entorno nacional e internacional” (Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2019). Actualmente, la licenciatura de estomatología tiene un total de 2621 estudiantes aproximadamente, de los cuales el 72.3% son mujeres y el 27.7% son hombres (Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2018).

Licenciatura en Fisioterapia

La misión de la Licenciatura en Fisioterapia es” formar profesionales capaces de coadyuvar a la prevención, desarrollo y mantenimiento integral de la salud mediante el estudio detallado del movimiento corporal humano y las alteraciones del mismo.” La visión es que “llegue a ser un programa educativo acreditado y reconocido por la vinculación social, por el impacto causado en la concepción de la fisioterapia como profesión, dentro de los sectores de salud, educativo y privado. (...) Asimismo, los fisioterapeutas egresados, poseerán las habilidades para generar y aplicar conocimientos en torno a la prevención, fomento y preservación de la salud integral de la población; con un alto sentido ético, técnico, científico, crítico, humanístico y creativo, ubicando al programa académico con un alto nivel en la formación de profesionales de la fisioterapia a nivel nacional e internacional y cuya planta docente contará con estudios de posgrado” (Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2019). El 31 de Julio de 2001, el consejo Universitario de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, aprobó la creación de la licenciatura

en Fisioterapia. Desde entonces, la demanda de fisioterapeutas por la sociedad mexicana ha incrementado con el paso del tiempo, así como el interés de la población en formarse dentro de esta reconocida Licenciatura, ya que es una que dio comienzo a la formación de profesionales capacitados según un programa diseñado de acuerdo con lineamientos mundiales y nacionales. Actualmente cuenta con 1080 estudiantes inscritos de los cuales 71.9% son mujeres y sólo 28.1% son hombres (Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2018).

Licenciatura en Medicina

Este programa educativo tiene como objetivo formar médicos cirujanos con sólidos fundamentos científicos, éticos y humanos. Esto con el fin de contribuir en la preservación y restauración de la salud del ser humano, proponiendo soluciones de salud a nivel estatal, regional y nacional. En este sentido, esta licenciatura busca formar profesionales que tengan dominio de los conocimientos teóricos, prácticos, metodológicos y técnicos de las ciencias médicas, para que en todos los ámbitos, realicen prácticas profesionales interdisciplinarias en el primer y segundo nivel de atención, mostrando una actitud ética y humana, comprometidos con la conservación y mejora del medio ambiente, con un espíritu de superación y de actualización continua” (Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2019). Actualmente, la licenciatura cuenta con 6149 estudiantes, de los cuales 55.2% son mujeres y 44.8% son hombres (Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2018).

Licenciatura en Nutrición Clínica

La misión de esta licenciatura es tener un programa educativo que forme profesionales en Nutrición Clínica comprometidos con la sociedad, con sólidas bases científicas, metodológicas, técnicas éticas y humanísticas, para que contribuya a la preservación, soporte y restauración del estado nutricional del individuo a través de la orientación y educación para la salud alimentaria. Su objetivo general es que estos profesionales sean capaces de identificar la génesis de los problemas nutricionales, relacionados con las deficiencias o el exceso de nutrientes; los hábitos alimentarios incorrectos, y concebir el tratamiento dietético del individuo hospitalizado o

ambulatorio, sano o enfermo. Asimismo, esta formación busca hacerlos capaces de trabajar en investigaciones básicas y aplicadas y en tareas de servicios científico-técnicos, brindando consultas sobre situación nutricional y dietéticas, además de realizar la evaluación del estado nutricional de los individuos en distintas etapas de la vida (Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2019). Hasta el momento, esta licenciatura cuenta con 535 estudiantes de los cuales 81.5% son mujeres y 18.5% son hombres (Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2018).

Profesional Asociado a Urgencias Médicas

La misión de este plan de estudios, que es reciente, es la responsabilidad institucional con la formación de Profesionales Asociados en Urgencias Médicas con los conocimientos teórico - prácticos necesarios para poder desempeñarse en su vida profesional. También están comprometidos con la población desde una mirada científica, ética y humana, para que brinden una atención de calidad, tomando las decisiones adecuadas, preservando la salud e integridad de la población que lo requiera. Su visión es que este Plan de Estudios será un “referente nacional acreditado en La formación de técnicos de alta capacidad de resolución en situaciones críticas reconocidos por su ética, calidad profesional y humana” (Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, s.f.). Hoy en día, cuentan con 48 estudiantes de los cuales 54.2% son mujeres y 45.8% son hombres.

Profesional Asociado en Imagenología

La misión de esta profesión asociada es contribuir a la formación de Profesionales Asociado en Imagenología, capaces de gestionar su propio aprendizaje de manera crítica y libre, que sepan utilizar racionalmente las radiaciones y los diferentes tipos de energía para la obtención de los estudios de radiología e imagen y en la aplicación de la radioterapia. Todas estas tareas se deben llevar a cabo con elevado sentido humanístico, crítico, ético y social, lo que los hace capaces de participar con calidad en la solución de los problemas de salud para beneficio de nuestro estado, el país y sus regiones. Actualmente este plan de estudios cuenta con

190 estudiantes de los cuales el 62.6% son mujeres y el 37.4% son hombres (Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2018).

Es de destacar que, en cada una de las misiones y visiones de las licenciaturas del área de la Salud, se contempla el compromiso que tiene la BUAP con la sociedad y la formación de profesionales no sólo especializados en cada área específica de su competencia, sino comprometidos con toda la sociedad y con los integrantes de ésta, incluyendo a las personas con Discapacidad, para ofrecer servicios médicos de calidad y con sentido humano.

3.3 Definición de Discapacidad

“¿Por qué crear un ser y luego abandonarlo, solo, pese a sus tremendas desventajas, entre hombres que no pueden (...) reconocerlo como uno de los suyos? ¿Por qué ponerlo en el mundo y renunciar a introducirle en el mundo, a socializarlo y a ayudar a los hombres a socializarse respecto a él?” -Meirieu

La discapacidad es un término complejo que puede ser definido desde diferentes perspectivas, y que tiene además toda una construcción histórica. Según la Real Academia Española, discapacidad es: Situación de la persona que por sus condiciones físicas y mentales duraderas, se enfrenta con notables barreras de acceso a su participación social (Real Academia Española, 2021). Desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como un término que abarca todas las deficiencias, limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación, que a su vez, refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad donde vive (OMS, s.f.). La perspectiva social y de derechos humanos, en cambio, define al concepto de discapacidad como un “(...) constructo social que define a un colectivo de personas en una especial situación de desventaja debido a que la sociedad ha construido un entorno preparado sólo para un determinado estándar de personas, con determinadas características” (Maldonado, 2013). Otros establecen que “una persona con discapacidad es aquella que teniendo una o más deficiencias físicas, mentales, sea por causa psíquica o intelectual, o sensoriales, de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás” (Ministerio de planificación,

2010; Cabieses, Bernales, y Obach, 2016) La transición de la discapacidad como un concepto simplemente biomédico a un concepto político y social que denuncia la relación de desigualdad impuesta por ambientes con barreras a un cuerpo con deficiencias (Diniz, 2009) tuvo que pasar por distintos modelos que es necesario analizar mediante una construcción histórica.

3.4 Construcción Histórica de la Discapacidad

En términos de discapacidad, dar cuenta de su evolución como concepto adquiere especial interés en este trabajo, dado que como dice Robbins, la percepción del individuo se afecta de acuerdo a sus propias actitudes, personalidad, motivos, intereses, experiencias del pasado y expectativas (Robbins, 2009).

Lazuela (2002) menciona que, a través de la historia, la sociedad ha considerado que las *desviaciones* del patrón de normalidad son monstruosas y contrarias en la naturaleza, incluso impías y morales. Sin embargo, “el propio concepto de normalidad no se ha mantenido fijo, sino que se ha expresado de forma diferente en cada época, según los prejuicios de la sociedad del momento”. Conocer el recorrido histórico del concepto de discapacidad nos ayuda a no repetir trayectorias, actos y concepciones que han sido inadecuadas para los sujetos que la tienen. Seguiré un patrón de ordenamiento cronológico que ha sido estudiado en tres modelos que como dice Velarde (2012) coinciden con tres periodos históricos: el modelo de prescindencia, característico de la Antigüedad y el Medioevo; el modelo médico o de rehabilitación, propio de la primera mitad del s. XX; y el modelo social, surgido a partir de la década de los sesenta del siglo pasado y cuyos parámetros intentan impregnar la mirada actual.

3.4.1 Modelo del Destino, Prescindencia o Castigo Divino

En la Antigüedad existían dos concepciones de la Discapacidad: la Enfermedad y el Pecado; ambas concepciones coinciden con el planteamiento terapéutico basado en el Empirismo y en la Magia. Por lo tanto, en este periodo las discapacidades se encuentran ligadas a concepciones mágicas, religiosas de brujería, etc. El Modelo de Prescindencia, que fue característica de la época antigua y de la Edad Media, percibía que las personas con discapacidad eran pecadoras y que no

tenían nada que aportar a la sociedad, por lo que era necesario ser objetos de burla, exclusión y muerte. Según Palacios (2008), este modelo se subdivide en el eugenésico y de marginación. El primero describe prácticas relacionadas con el genocidio e infanticidio de personas con deficiencias físicas, que duró desde la época prehistórica hasta bien entrado el siglo XX.

En algunas culturas, se intentó realizar algunos actos a favor de un miembro más debilitado de comunidad, tales como los hallazgos hechos en una población conocida con el nombre de Shanidar, dónde fue hallado un individuo que presentaba atrofia del omóplato, clavícula y húmero; también presenta una amputación (probablemente hecha en vida) del brazo por debajo del codo, ceguera en el ojo izquierdo y una lesión en la parte derecha del cráneo. Todo esto apunta que fue la tribu fue quien le facilitó la vida cotidiana y el proceso de supervivencia. Otro caso fue el de la república de Kazajstán, (Rusia) dónde se encontraron restos de un individuo al cual se le colocó una prótesis que le permitió poder vivir bastante tiempo sin su pierna izquierda. En China, ciertos hombres con clases sociales dominantes se debían dejar crecer las uñas de las manos tanto como pudiera, en la práctica los dejaba en una posición de amputados. Este hecho, en aquella sociedad era sinónimo de poder, mientras que en otros era de marginación y rechazo. En la India, los niños que nacían con deformidades eran tirados al río Ganges. En Mesopotamia y Babilonia, cuna del futuro cristianismo, entienden el origen de la discapacidad desde una concepción demoniaca y la tratan con remedios mágico-religiosos. Ven la discapacidad como un castigo de los dioses porque quien la sufría había cometido algún pecado (Planella, 2006).

El segundo, de marginación, describe prácticas de mendicidad, burlas y sometimiento a la cual eran objeto las personas con discapacidad (Palacios, 2008). En Israel, aunque no se practicaba el infanticidio, los niños *malformados* podían venderse como esclavos a otras familias. En el siglo 1 d. C. se empieza a dar el fenómeno de la mutilación de niños y jóvenes para obligarlos a mendigar, y un siglo después, es habitual la compra de hombre cojos, sin manos, gigantes, enanos, con deformidades faciales, hermafroditas para la diversión de hombres ricos. El cristianismo primitivo

ejerce una influencia positiva hacia los niños discapacitados y los enfermos, aportando una nueva concepción de las personas con discapacidad, un nuevo aire integrador y conciliador (Planella, 2006). El papel de los cristianos es el apoyo y la acogida del prójimo. Éstos son, entre otros, las personas con discapacidad a las cuales se divinizó como aquellas donde se podía manifestar el poder y la gloria de Dios al ser “sanadas” por medio de la fe (Palacios, 2008).

En la época medieval, la iglesia católica se convierte durante muchos años en la única institución que acoge tanto a perturbados, como a discapacitados físicos. El monje medieval era el encargado del cuidado de estas personas. En esta época se presentó un fuerte retorno a la creencia que los discapacitados y los locos son fruto del pecado y del demonio. La Inquisición fue uno de los destinos de algunas personas con discapacidad, sobre todo las que tenían problemas de conducta. La personas pobres y discapacitados que piden limosna llegan a ser una amenaza social, y empieza a descargarse sobre este colectivo acusaciones de brujería y posesión diabólica (Planella, 2006).

Se debe atribuir a la época medieval la construcción de los primeros hospitales, como el famoso Bethlem Royal Hospital, fundado en 1247 en Londres, considerado el hospital más antiguo de Europa entre los existentes en la actualidad; en 1377 recibe los primeros enfermos mentales y en 1547 se transforma en manicomio, asilo para *lunáticos*. También en esta época van a tener lugar algunos acontecimientos que tendrán como beneficiarios a los discapacitados físicos y sensoriales, ejemplo de ello es el primer centro para ciegos destinado a los 300 soldados que regresan con problemas visuales de las cruzadas, mientras otros excombatientes ciegos forman una cofradía en Toledo, a la cual el rey Alfonso VIII protege con exenciones y privilegios (Montoros, 1991). Desde finales del siglo XIX empezaron a surgir instituciones y formas de “tratamiento” de las personas con discapacidad, sin embargo, el formato y concepción de las mismas fue sustancialmente diferente a la actualidad (Planella, 2006).

3.4.2 Modelo Médico-Rehabilitador

Durante la Edad Moderna, se produce un primer cambio de paradigma en cuanto a la discapacidad, ya que por primera vez hay signos de comprensión de los problemas relativos a la enfermedad y a la discapacidad, iniciando una intervención de carácter asistencial y caritativo. A finales del siglo XVIII se sustituyó el tratamiento de los enfermos mentales y discapacitados como si éstos fueran animales salvajes y se comenzó un proceso de domesticación. Entonces se considera que la ciencia para este fin era la Psiquiatría, y el espacio por excelencia para llevarla a la práctica era el hospital psiquiátrico. El proceso de domesticación terapéutica buscó sustituir los procedimientos físicos y mecánicos (camisas de fuerza y duchas frías) que tenían el fin de controlar al *animal furioso* para potenciar el uso de psicofármacos. Este proceso de domesticación permitió que la persona con retraso mental dejara de ser excluida del mundo para adquirir su categoría de ser humano bajo la etiqueta de loco, extraño y diferente (Planella, 2006). Esta primera revolución, como especifica Aguado Díaz (1995), fue un paso necesario pero insuficiente, contradictorio y dual, ya que los *perturbados y deficientes* son tratados como pacientes y no como endemoniados, pero a su vez en el internamiento se acotan términos negativos, pasivos y pesimistas. La repulsión, el rechazo, la ignorancia, el apartamiento y la segregación se asientan en los manicomios, en especial cuando se produce el hacinamiento y las tareas terapéuticas son reemplazadas por las de custodia y de administración.

El siglo XX puede ser designado como el siglo de la readaptación. Después de la Primera Guerra Mundial aparece una nueva forma de entender y tratar la enfermedad y la discapacidad. El proceso de readaptación, buscaba devolver a la persona “la vida y sus capacidades” que tenía antes de la aparición de la discapacidad mediante las primeras legislaciones de seguridad social (Velarde, 2012; Planella, 2006). Las personas con discapacidad se perciben como seres científicos con anomalías que, al ser tratadas médicamente, pueden ser normalizadas a tal grado que puedan aportar algo útil a la sociedad. Estas ideas/creencias permitieron la creación de diversos servicios, gestionados por entidades privadas vinculadas a la Iglesia y organizados por los padres de personas con discapacidad. Este incremento sustancial

de atención estas personas responde a dos factores, el primero fue por las guerras de la primera mitad del siglo, que causaron muchas deficiencias físicas, y el segundo a que hubo mejoras y descubrimientos importantes en la medicina (Planella, 2006).

Según Velarde (2012), este modelo, al cambiar las causas de la discapacidad en un sentido más científico y biológico, identificó que tales deficiencias pueden ser curadas y prevenidas. Sin embargo, el carácter paternalista de este modelo lleva a la sociedad a percibir a las personas con discapacidad como seres que deben ser subestimados o discriminados ya que, al centrar exclusivamente el problema en la discapacidad del individuo, éste pasaría a ser considerada normal o anormal según el diagnóstico médico. El hecho de que médicos designaran el destino definitivo de las personas con trastornos mentales y discapacidad fue una de las prácticas cuestionables que se ejercieron durante la Alemania Nazi, basándose en los escritos de Hitler, donde se explica que todo aquél que pudiera ser considerado peligroso o improductivo sólo tenía una salida: ser aniquilado de su corporalidad. Esta idea de poder alcanzar a una raza superior de forma integral queda reflejada en la idea de que “si se negase la facultad y oportunidad de procrear a los físicamente degenerados y mentalmente enfermos durante un periodo tan sólo de 600 años, la humanidad se vería libre de tal desgracia” por lo que más tarde, amplió las responsabilidades de los médicos para designar mediante una aplicación estricta de su juicio a las personas que consideraron con enfermedades incurables a una “liberación” vía eutanasia. Muchos médicos y científicos apoyaron este método de purificación racial, ejecutando acciones reales y efectivas justificadas en que estas “criaturas no son más que una carga pesada para nuestros conciudadanos que tienen buena salud” (Planella, 2006).

Este modelo es cuestionado por el hecho de que el médico se convierte en un portavoz de una ideología basada en la desaparición de la diferencia, según la cual el acto de identidad se completaría con la identificación total, es decir, el ser idéntico a otro, lo cual derivaría en la ocultación de la diversidad funcional en pro de la integración social. Entonces, en resumen, este modelo considera la discapacidad como un problema de la persona producido por una enfermedad, accidente o condición negativa de la salud, que requiere de cuidados médicos proporcionados por

profesionales bajo formas de tratamientos individuales, y así la atención sanitaria adquiere un rol fundamental, y en la esfera política, la respuesta es la adecuación de la atención sanitaria a las necesidades de las personas con discapacidad. Por ejemplo, según un estudio realizado por la Universidad Externado de Colombia, reporta que la educación especial o segregada generó programas diferenciados para las personas con discapacidad de manera que, apartadas de las personas sin discapacidad, concluye que estas últimas “se educan con la idea errada de que las personas con discapacidad son enfermas, pacientes perpetuos o ciudadanos de segunda categoría” (Correa y Rúa, 2018).

3.4.3 Modelo Social

Este modelo comenzó desde el movimiento de vida independiente, ejerciendo su importancia y transcendencia en la lucha por la supresión de todo tipo de *barreras* físicas y sociales, las cuales se describirán más adelante. El Modelo Social buscó resistir a la reducción de la discapacidad a las deficiencias, ofreciendo nuevos instrumentos para la transformación social y la garantía de derechos, ya que no es la naturaleza de la deficiencia quien oprime, sino la cultura de normalidad que describe a algunos cuerpos como indeseables (Diniz, 2009). Las legislaciones comienzan a poner en marcha de programas, servicios y centros concebidos de cara al objetivo de la vida independiente y en la creación de centros especializados en aportar información, asesoramiento y *entrenamiento* en las actividades de la vida cotidiana. Este movimiento también se adaptó a las peculiaridades del campo de la rehabilitación profesional, aplicando el movimiento para la vida independiente a la rehabilitación de discapacitados gravemente afectados. La psicología de la rehabilitación se abre y se beneficia de la introducción de otras corrientes en especial la modificación de la conducta, psicología ecológica, movimiento de los derechos civiles y para la vida independiente y enfoques comunitarios (Aguado, 1995).

Esta intervención comunitaria se intensificó, haciendo que los centros de servicios proliferaran para continuar el movimiento preventivo y la desinstitucionalización bajo el principio de la normalización, paralelo a la intensificación del activismo social dónde los padres y profesionales participan en

conjunto a los gobiernos y organismos internacionales que dan como fruto medidas y resoluciones como lo fue en su momento, las clasificaciones que unificaron e intentaron dar sentido al término discapacidad y cómo esta afecta a las personas que viven con ella (Planella, 2006).

El Modelo Social de la Discapacidad busca derribar los paradigmas sobre los que se cimienta el modelo rehabilitador, ya que, las personas con discapacidad, al no estar de acuerdo con que sus deficiencias físicas sean un impedimento para recibir los mismos derechos y oportunidades que poseen “el resto”, decidieron alzar la voz en pro a la inclusión. Fue así como surgió el nuevo concepto que intenta cambiar la visión de la discapacidad, trasladando el foco de lo individual a lo social (Velarde, 2012). En este modelo se analizan las razones de por qué la sociedad no está preparada para ser un entorno adecuado para una persona con diversidad funcional, ya que, al tener barreras actitudinales, arquitectónicas y educativas, no puede ser partícipe de oportunidades y derechos iguales. Entonces, tomando en cuenta el ejemplo de la educación, en este modelo social se puede destacar que se basa en un enfoque diferencial que busca generar facilitadores permitiendo el aprendizaje de las personas, al considerar que todos somos diversos y cada proceso de participación y desempeño es diferente según el ambiente en que lo rodea (Echeita y Duk, 2008).

3.4.4 Otros modelos que explican el concepto de la discapacidad

El Modelo de las Capacidades desarrollado por Martha Nussbaum preconiza un modelo en el que todo el mundo pueda sentirse incluido y tratado con justicia. Entonces el progreso debe ser justo y garantizar diez capacidades humanas básicas que son la vida; salud física, integridad física; sentidos, imaginación y pensamiento; emociones; razón práctica; afiliación; otras especies; juego; y control sobre el propio entorno. Todas estas capacidades otorgan dignidad a la vida y a la persona, y sólo cuando se tienen asegurados estos derechos básicos es cuando se puede decir que esta persona tiene una vida plena. Esto podría significar la apertura de una brecha importante entre las personas con discapacidad que por sus propias características no pueden gozar de estas diez capacidades y el objetivo de alcanzar la dignidad humana. Sin embargo, Nussbaum menciona que mientras las capacidades principales estén

presentes en la vida de la persona con discapacidad, sí existe vida humana digna. Lo destacable de esta visión de “calidad de la vida humana” y la definición de las condiciones necesarias para lograr esa calidad, implica que la sociedad debe trabajar para facilitar, de todas las formas posibles que toda persona pueda alcanzar estas capacidades (Urmeneta, 2010).

El modelo de la diversidad otorga otra perspectiva al modelo social al aceptar la diversidad de la especie humana y no sólo contemplar si la persona posee discapacidad o no, ya que esta comparación siempre pondrá en desventaja a la persona que la posea. Este modelo defiende la dignidad inherente que proviene de la concepción actual de los derechos humanos y la aceptación a la diversidad inseparable del ser humano llegando a proponer un concepto nuevo para las personas con discapacidad: “diversidad funcional” o persona con “diversidad funcional”. Una de las bases de este modelo es la defensa de la dignidad extrínseca, que es la jurídica, y la intrínseca o moral. La dignidad extrínseca de las personas con discapacidad toma en cuenta la actuación legislativa apegada a Convención para las personas con Discapacidad y en defensa de la dignidad en la bioética (Urmeneta, 2010).

Broyna propone el modelo de la encrucijada el cual pretende “superar la narración estática de elementos y analizar la discapacidad de modo dinámico y relacional, de acuerdo con los postulados de la teoría de los sistemas complejos y el marco conceptual de Bourdieu y distinguir sin fragmentar los tres elementos que confluyen para determinar el campo de discapacidad, su estructura, dinámica y funcionamiento. Lo que este modelo permite es delimitar y delinear un problema social dentro un universo infinito construyéndolo como un objeto de estudio sociológico, además, hace visible la complejidad social de la discapacidad, y coloca en perspectiva las prácticas de invalidación y exclusión con que, desde distintas posiciones de saber y poder, se ha pretendido asociar este problema ligándolo únicamente con el atributo de un sujeto (Broyna, 2009).

Los componentes del Modelo de la encrucijada permiten explicar el contexto socio-histórico de la discapacidad desde todos sus ángulos:

- **Biológico- conductual:** este componente se refiere al “rasgo físico, funcional o de conducta que distingue a una persona del grupo social al que pertenece” (Broyna, 2009). Antes, la discapacidad era definida de diversas maneras como algo impuro, profano o enfermo. Ahora se le define y clasifica en relación a una norma, un modo normal de ser o hacer. Las definiciones de Discapacidad se basan en el análisis y la valoración del aspecto individual, poniendo a este componente biológico conductual como un criterio único y preponderante. Desde la perspectiva del modelo de la encrucijada este concepto se puede entender y explicar a la luz de las otras dos vertientes. Entender la discapacidad como un problema individual responde a la cultura, las normas y la organización político- económica de la sociedad que sostienen esta definición.
- **Cultural y normativa:** La representación social de la discapacidad sólo puede entenderse a la luz de su particular cultura. A su vez, los discursos y las prácticas (individuales, institucionales y políticas) responderán a esa representación social (Broyna, 2009). La norma está íntimamente relacionada con el concepto de cultura, en el sentido de pautas que organizan el espacio social; de aquello que está permitido o prohibido; de los espacios a los que el sujeto está incluido o excluido y de los bienes sociales que le son ofrecidos o vedados. Entonces, la cultura y las normas toman la definición de discapacidad que encasilla únicamente a deficiencias individuales relacionadas con problemas biológicos y lo toman como la única concepción de la misma. Entonces su discurso y acciones van orientadas en excluir las diferencias, prohibir y vedar oportunidades a las Personas con Discapacidad.
- **Política- Económica:** este componente se interrelaciona con las representaciones y modelos culturales, al condicionar qué particularidad biológica-conductual será considerada discapacidad y qué trato recibirá. Si bien los otros componentes coadyuvan en la asignación y distribución de los espacios sociales, la organización política-económica tienen una posición dominante en este proceso, ya que no sólo son los espacios físicos los que se diseñan, sino todos los espacios sociales, por medio de las representaciones y

los modelos culturales abstractos, y de manera concreta en los medios donde estas representaciones y modelos se ponen en evidencia (Broгна, 2009).

Cada una de estas vertientes tiene un espectro de mínima o de máxima capacidad “discapacitante”, la cual se puede distinguir en función de particularidades biológicas o de conducta que representen mayores dificultades para poder realizar las actividades que son valiosas para esa sociedad; normas y culturas que marquen profundas diferencias hacia el otro (con discursos y prácticas más estigmatizantes) y organizaciones políticas y económicas más excluyentes (Broгна, 2009)

La función principal de estos modelos es reforzar las bases del modelo social y permiten reconocer el trabajo que tiene que ejercer la sociedad para que todas las personas con discapacidad mejoren su calidad de vida, tengan acceso a las capacidades necesarias para tener dignidad humana y que esto esté garantizado dentro de un marco jurídico y bioético.

3.4.5 Clasificaciones Internacionales y Discapacidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en un esfuerzo por comprender el proceso de discapacidad y entendiéndola como un rango de aplicación universal que puede estar presente en la vida de todos los seres humanos y no sólo en un determinado grupo social, ha creado unas clasificaciones que cubren la necesidad de identificar científicamente la diversidad de manifestaciones de la misma y todos sus estados funcionales. Sin embargo, la clasificación de nombres y la terminología que se deriva a menudo es confusa y no termina clarificando la realidad de muchos sujetos con discapacidad, aunque el universalismo del cual se basan no significa necesariamente que las deficiencias siempre conducirán a una limitación de la actividad o restricción de la participación (García, 2001). Este intento para que la comunidad científica se pusiera de acuerdo y que todo el mundo hablara de la discapacidad con términos unificados y un criterio científico compartido (Planella, 2006) incluye un lenguaje que bien podría unificarse y aplicarse en muchos tipos de sociedad y culturas donde los profesionales de la salud ejecutan su labor.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), de la cual han realizado diez revisiones, fue el primer intento por hacer una “herramienta diagnóstica

médica tradicional para clasificar todo lo relacionado con la enfermedad” (Gallego, 2007). Esta clasificación tiene un enfoque eminentemente “medicalizado”, en el que se parte de una etiología, que nos conduce a una patología y su manifestación” (Villanueva, 2005). Esta clasificación sostenida en el modelo Médico-Rehabilitador, buscó explicar el origen de la discapacidad.

La Clasificación Internacional de Deficiencia, Discapacidades y Minusvalías, conocida como CIDDM, publicada en 1976, que fue considerada por la comunidad de personas con discapacidad como un “manual de las consecuencias de la enfermedad” ya que enumeraba las situaciones limitantes, restrictivas y de desventaja con tres conceptos marco que fueron: *Impairment*, *Disability* y *Hándicap*. Y que en castellano quedaron traducidos como *Deficiencia*, *Discapacidad* y *Minusvalía*.

- Deficiencia: anteriormente, se entendía este concepto como “Toda Pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica” (ONU, 1988) lo cual limita la comprensión de lo que ésta produce en la persona con discapacidad y en su entorno social. Sin embargo, el término acuñado por la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (OMS, 2001) incluye anomalías, defectos o cualquier otra desviación en las estructuras y funciones corporales guiados en cómo éstas se manifiestan según la patología presente a nivel biológico. La evolución que tuvo el término de deficiencia desde las épocas posteriores hasta los conceptos ya analizados, da un progreso en la comprensión de ésta; sin embargo, aún persiste la idea de que la deficiencia es el problema principal de las personas con discapacidad.
- Discapacidad: Toda restricción o ausencia (debida a la deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro de un margen que se considera norma para un ser humano, denominadas Actividades de la Vida Diaria Humana (A.V.D.H).
- Minusvalía: este concepto se formuló en el Programa de Acción Mundial para las personas con Discapacidad (ONU, 1988), que recalca la relación existente entre personas con discapacidad y su ambiente. Se puede decir que existe minusvalía cuando dichas personas se enfrentan a barreras culturales, físicas o

sociales que le impiden disponer de los mismos sistemas de la sociedad a los que los “demás ciudadanos” tienen acceso. Aunque este término daba un paso decisivo a la comprensión de la discapacidad y de las barreras que implicaba en el individuo, aún se limitaba en aspectos negativos relacionados con pérdida o limitación de oportunidades de participar en la vida de la comunidad.

A pesar de que la OMS intentó implementar esta clasificación con el fin de facilitar la adopción de criterios comunes de trabajo y simplificar la comunicación entre los profesionales de diversas disciplinas, los términos acuñados no dejaban de estar centrados solo en aspectos clínicos y rehabilitadores, poniendo mucho énfasis en la problemática de las personas con discapacidad, porque ellos son los que tienen la perturbación orgánica y según la CIDDDM, eso afecta directamente sobre su funcionamiento cotidiano así como en su nivel de participación social, lo que implicaría un retroceso al modelo rehabilitador (Planella, 2006), por lo que en la estructura y revisión de las clasificaciones intervinieron diversos expertos en el tema.

En consecuencia, la OMS invitó al Dr. Philip Wood, de Manchester (Inglaterra) a que estudiase la posibilidad de modificar las propuestas formuladas en París a un esquema que fuera compatible con los principios en que se sustenta la estructura de la CIE. Con esa finalidad trató de conseguir una clasificación de las deficiencias de carácter jerárquico con tres dígitos adicionales que tomaran en cuenta conceptos en relación con la discapacidad y minusvalía en forma de movilidad, dependencia física y dependencia económica. A su vez se hicieron los primeros intentos para sistematizar la terminología utilizada en relación con las consecuencias de la enfermedad.

- Anomalía: Que, en fisioterapia, corresponde a la enfermedad concreta que se señala en lo que se conoce como diagnóstico médico.
- Deterioro: Este término se refiere a toda *perturbación* de la estructura corporal, mental y psíquica. El deterioro está caracterizado por una pérdida o anormalidad anatómica, psicológica, permanente o temporal, en un tejido, de un órgano, miembro, sistema funcional o de mecanismo del cuerpo.
- Deficiencia: Es la *perturbación* del funcionamiento corporal, mental y psíquica.

- Discapacidad: La discapacidad comporta la reducción o pérdida de la capacidad funcional o de la actividad como consecuencia de un deterioro o deficiencia. La discapacidad está caracterizada por los excesos o ausencias de comportamiento o disminución de funciones normalmente realizadas por las personas.
- Hándicap: ésta alude a la socialización de la discapacidad.

Las nuevas definiciones de Wood derriban los conceptos limitantes sobre la discapacidad que maneja el CIDDM, creando un lenguaje único que conlleva, a su vez, a un nivel de actuación profesional diferenciado, y que en el caso de profesiones como la Fisioterapia, determina su actuación concretamente sobre los deterioros, la deficiencia y la discapacidad y en menor medida, sobre los hándicaps (Gallego, 2007). Estas ideas fueron puestas en circulación en 1973 de manera no oficial, y se solicitó ayuda sobre todo a los grupos más directamente interesados por la rehabilitación. Saad Z. Nagi, como sociólogo, aportó un concepto nuevo en el marco de referencia sobre la discapacidad, el cual está situado entre los conceptos de deterioro y discapacidad, al cual denomina limitación funcional, ya que es preciso crear una relación entre el deterioro y una discapacidad. Entonces define que la:

- Limitación Funcional: es cuando los deterioros entorpecen la capacidad de un individuo para desarrollar las tareas y obligaciones de su rol habitual y sus actividades diarias. Esto incluye con la familia, trabajo, comunidad, grupo de compañeros y otros grupos de interacciones, así como las actividades que envuelven al individuo (Gallego, 2007).

La CIDDM2 fue creada en 1997 que organizó la información en base a tres dimensiones básicas: corporal, actividad y participación, incluyendo también los factores contextuales que impactan en las tres anteriores, significando un importante paso para eliminar las barreras que estigmatizan al individuo con discapacidad. Se realizaron múltiples pruebas para ver si este instrumento era aplicable en todos los organismos públicos y con profesionales de la salud. Demostró tener complicaciones para utilizar el instrumento con las dimensiones de Participación y Actividad, lo que dio pie a una última revisión donde todas las dimensiones fueran cubiertas y su aplicación fuera más clara y operativa (Crespo, 2003).

Así fue creada la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), que se diseñó, entre otros propósitos, con el fin de proporcionar una base científica para la comprensión y el estudio de la salud y a los estados relacionados con ella, establecer un lenguaje común, mejorar la comunicación entre distintos usuarios, como profesionales de la salud, investigadores, diseñadores de políticas sanitarias y la población en general (OMS, 2001). La CIF organiza la información en dos partes: la primera habla sobre el Funcionamiento y la Discapacidad y la parte dos sobre Factores Contextuales. Este esquema exhaustivo de factores ambientales son un componente esencial de esta Clasificación ya que estos interactúan con todos los componentes del funcionamiento y la discapacidad y cuyo constructo básico de está constituido por el efecto facilitador o de barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal (OMS, 2001).

Un aporte importante que tiene esta clasificación en la vida de las personas con discapacidad es que contempla la autonomía de las mismas. La CIF menciona el libre derecho de ejercer y actuar de manera autónoma en las interacciones sociales y de actuar de acuerdo a normas y convenciones sociales. Reconoce también que las personas con discapacidad deben de disfrutar de todos los derechos reconocidos nacional e internacionalmente, los cuales debe adquirir toda persona por el simple hecho de existir, desarrollándose con autodeterminación y autonomía, ejerciendo el derecho de controlar su propio destino (OMS, 2001). Conceptos manejados por la CIDDM como invalidez o minusvalía quedan atrás por el simple hecho de que la CIF reconoce que las barreras que tienen las personas con discapacidad para interactuar con su medio ambiente no está en ellos mismos, sino en la sociedad y en el ambiente dónde se desarrollan.

3.4.6 Barreras y Facilitadores actitudinales para las personas con Discapacidad

El papel de la nueva Clasificación, hablando de factores contextuales en los que se desarrolla el individuo con discapacidad, es determinar qué factor ambiental es barrera y facilitador y en qué grado afecta o beneficia la vida del mismo. La CIF considera que una barrera u obstáculo son todos los aspectos negativos en el ambiente

de la persona con discapacidad que limitan su actividad y que restringen su participación. Las barreras, en un factor ambiental pueden estar presentes tanto por su presencia, por ejemplo, las actitudes negativas hacia las personas con discapacidad, como por su ausencia, por ejemplo, no disponer de un servicio necesario para un desarrollo pleno o no contar con espacios para tener una movilidad accesible. Los facilitadores son aspectos positivos en el ambiente de una persona con discapacidad que hacen que desarrolle las actividades de la vida diaria humana de forma adecuada y que tenga una participación satisfactoria en sus interacciones sociales. Con respecto a los facilitadores se deben tener presente aspectos como la accesibilidad de un recurso, y si ésta es constante o variable.

Existen cinco factores ambientales que pueden ser considerados barrera o facilitador, dependiendo de la perspectiva de la persona cuya situación esté siendo descrita, entendiendo que la ausencia de estos factores puede ser considerado barrera o su mera existencia puede ser considerado facilitador: productos y tecnología, entorno natural y cambios derivados de la actividad humana(arquitectónicas), apoyo y relaciones, actitudinales, servicios, sistemas y políticas.

Los facilitadores actitudinales son la equidad, la inclusión y la justicia. La ausencia de ellos constituye entonces las barreras actitudinales traducidos en aspectos negativos que limitan el pleno ejercicio de los derechos, considerando entre ellas el rechazo, estigma y la discriminación. Estas barreras son las más limitantes en la vida y en el desarrollo social de las personas con discapacidad, ya que son “barreras con las que inevitablemente chocará la vida cotidiana de la persona que la posee, y que además es probable que nunca sean eliminadas” (García de la Cruz, 2008).

La equidad, según la Real Academia Española se refiere a una “disposición del ánimo que mueve a dar a cada uno lo que merece” (2021), por tanto la equidad social suele referirse a diferentes ámbitos como la justicia social y cohesión, igualdad de oportunidades, derechos , libertades, de trato y de logro/resultados; recibir prestaciones básicas del estado y una distribución de la renta/riqueza “razonable”, evitando la situaciones de pobreza o discriminación por etnia, lugar de nacimiento o residencia, capacidad, género, edad, etc. (Calvo, 2016). El objetivo básico del

desarrollo es crear un entorno de posibilidades en el que las personas puedan tener una vida larga, saludable y creativa. Entonces la equidad como facilitador, se encarga de igualar las oportunidades para todo tipo de personas, y principalmente de las personas más vulnerables en la sociedad, siendo un facilitador importante para las personas con discapacidad.

El Instituto Interamericano del Niño (2001) menciona que la inclusión es un derecho que hace un bien educativo con sentido social. Esto no sólo supone a una cultura que no discrimina, sino que encuentra en todas sus miembros posibilidades de estar en sociedad. El éxito de la inclusión como facilitador de las personas con discapacidad radica en las intenciones y actitudes de la sociedad en general y en particular de las personas que se relacionan directamente con ellas (Muñoz-Cantero, Novo-Corti, y Espiñeira, 2013) por lo que es importante analizar este tipo de intenciones y actitudes de inclusión en estudiantes del área de la salud que en algún momento de su desarrollo profesional tendrán contacto directo con personas con discapacidad.

La justicia es un principio moral que lleva a dar a cada uno lo que le corresponde o pertenece (Real Academia Española, 2021). Para Rousseau, la justicia no puede definirse solo como una igualdad formal sino como el ejercicio de la libertad, que demanda, además, una serie de condiciones de igualdad material, o si se quiere económica y social. La concepción de la justicia social como reconocimiento y el respeto cultural de todas y cada una de las personas y la existencia de relaciones justas dentro de la sociedad resulta ser un importante facilitador, además de que existe el concepto de la justicia social desde la perspectiva de participación en decisiones que afectan las propias vidas de las personas con discapacidad, es decir, que busca asegurar que las personas son capaces de tener una activa y equitativa participación en la sociedad (Murillo y Hernández, 2011).

A diferencia de la equidad, la justicia y la inclusión como facilitadores, el rechazo es una de las barreras actitudinales más limitantes para las personas con discapacidad y que cuyos efectos se han perpetuado desde el comienzo de la construcción histórica de la misma. Los efectos de éste rechazo a las personas con

discapacidad física, sensorial y psíquica son tan visibles y persistentes que se teme que esta barrera es algo normalizado en las grandes comunidades humanas (García de la Cruz, 2008). La discriminación es, según la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2012), “un fenómeno social que vulnera la dignidad, los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas”. El acto de discriminar significa seleccionar excluyendo, dando un tratamiento de inferioridad a las personas o grupos, en este caso, por condiciones de salud o discapacidades, las cuales al mismo tiempo reciben un comportamiento distinto a las personas que por esencia son iguales y gozan de los mismos derechos. Las políticas, actitudes y prácticas discriminatorias institucionales pueden provocar dificultades en el proceso de participación, para alcanzar el desarrollo de los aprendizajes (Figueroa y Zuñiga, 2020) El origen del estigma radica en la formulación de ciertas expectativas normativas y supuestos sobre el individuo que estamos percibiendo. Estas demandas enunciadas y el carácter que atribuimos al individuo debería considerarse como una imputación hecha con mirada retrospectiva en potencia, mientras ante la presencia de un ser extraño entre nosotros que puede ser dueño de un atributo que lo vuelve diferente a los demás y que lo vuelve en una persona menos apetecible, generando el estigma (Goffman, 2006). Entonces se podría decir que el estigma es una barrera para las personas con discapacidad ya que, cuando estas salen de la estructura corpórea, mental y o del comportamiento “normativo”, reciben un descrédito amplio y el nombre de defecto, falla o desventaja.

Es así como a través del tiempo, la discapacidad ha sido vista como problema personal relacionado a conceptos que enfatizan la disfunción y menoscaban al individuo tales como inválido, impedido, minusválido y discapacitado, evadiendo a su vez, un problema que bien podría ser solucionado “si se reconocieran los derechos de igualdad y no discriminación para que la sociedad se adapte para dar espacios a toda clase de personas” (Maldonado, 2013) y dejando de lado estos legados representacionales (Cedeño y Cruz, 2020) . Contrario a esto se produce lo que menciona Bourdieu como el *habitus*: un “producto de la interiorización de los principios de arbitrariedad capaz de perpetuarse después de la acción pedagógica y, de este modo, perpetuar en las prácticas de los principios de arbitrariedad interiorizadas (Brogna P. , 2009).” .

3.5 Justicia desde la perspectiva de derecho a la salud

Las personas con discapacidad son sujetos de derechos, los cuales están respaldados por la Convención Internacional sobre los Derechos de las personas con Discapacidad(CDPD), que es un instrumento jurídico que fortalece la visión de que tienen derechos y obligaciones en igualdad de condiciones con las personas sin discapacidad, sin desconocer las diferencias y requerimientos específicos para asegurar la igualdad de oportunidades (Comisión Nacional de los Derechos Humanos , 2018).

En el artículo 25 de la CDPD se reconoce que éstas tienen el derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación. Sin embargo, en pocos países se prestan servicios adecuados y de calidad para este u otro sector de la población. Esto se agravó más con la presencia de la pandemia de COVID-19, que sólo ha evidenciado a los países que no incluyeron a la discapacidad en su respuesta al control de la pandemia (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Como se analizó con anterioridad, las barreras a las que se enfrentan las personas con discapacidad son diversas, entre las que destacan los costos prohibitivos, ya que la asequibilidad de los servicios de salud y de transporte son los motivos principales por los cuales las personas con discapacidad y de bajos recursos no pueden acceder a los cuidados que necesitan; la oferta limitada de servicios adecuados para las personas con discapacidad por falta de disponibilidad en zonas rurales y remotas; los obstáculos físicos, con accesos desiguales a los edificios, el equipo médico inaccesible, mala señalización, las escaleras interiores, etc.; y las aptitudes y conocimientos inadecuados del personal sanitario, además de ser maltratadas por dicho personal de la salud y con mucha frecuencia, se les niega la asistencia (Organización Mundial de la Salud, 2021). Todo esto sumado a la falta de horarios para asignar turnos, las enormes listas y filas de espera, la complejidad de los trámites para ser referidos a una especialidad, que si bien, para todos son barreras organizativas, para una población con discapacidad, los efectos de éstas se acrecientan y disminuyen las posibilidades de acceso a los servicios o de un tratamiento adecuado (Pérez, 2019).

Para que el acceso a la salud sea adecuado se necesitan servicios sanitarios efectivos de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, además de hacer las modificaciones ambientales y adaptaciones necesarias para que los pacientes con discapacidad gocen de este derecho humano. Por lo tanto, también se vuelve necesario velar por que los trabajadores de la salud cuenten con las competencias y aptitudes necesarias para abordar las necesidades individuales de las personas con discapacidad, incorporando en su formación común temas sobre la discapacidad en los programas de licenciatura, pregrado y educación continua de todos los profesionales de la salud (Organización Mundial de la Salud, 2021)

4. Planteamiento del problema

Se estima que más de mil millones de personas alrededor del mundo viven con algún tipo de discapacidad, es decir, alrededor del 15% de la población mundial (Organización Mundial de la Salud, 2011). Según el INEGI, (2010) existen en México 6,689,802 personas con “limitación” física especificada y no especificada, de los cuales, 2,437,397 personas tienen discapacidad para caminar y moverse, seguida por las 129220 personas con Discapacidad Visual. También es destacable las cifras de las personas sordas, con deficiencias mentales, de habla y otras discapacidades intelectuales (INEGI, 2010). En Puebla, según el anuario estadístico (2017) se estima que hay 3,888,939 personas adultas tienen alguna forma de discapacidad (INEGI, 2017).

Tomando en cuenta estas cifras, estamos en una sociedad diversa en todo sentido, para la cual no siempre se otorgan las mismas oportunidades y derechos ya que hay una amplia brecha en lo que se percibe que es la discapacidad y lo que *realmente es*. A pesar de que se han realizado estudios (Byron, 2005; Zubilaga, 2013; Padilla, 2015; Esser y Rojas, 2006; Mella, 2007; Barcena, 2018), hay un número limitado donde se incluyan estudiantes de diferentes licenciaturas relacionadas con el área de la salud igualmente son escasos los que indagan como éstos perciben a las personas con discapacidad, lo cual es importante tomando en consideración que ellos serán profesionales que estarán en contacto con personas con discapacidad en su ambiente laboral y social. Esto es socialmente relevante porque para que el enfoque

del modelo social de la discapacidad siga en progreso, es necesario saber si los estudiantes están preparados para la convivencia diaria con todo tipo de personas.

El desconocimiento de las percepciones que tienen los estudiantes del área de la salud en cuanto a la discapacidad puede limitar la visión de lo que realmente implica, además de que los mismos estudiantes no imaginan su papel fundamental en el proceso de inclusión y respeto de los derechos humanos de todas las personas. Cuando no se identifican estas percepciones, resulta complicado tomar medidas pertinentes para la concientización de la discapacidad, lo cual dejaría en primer plano al modelo rehabilitador, dando un evidente retroceso a la implementación del modelo social, el cual vela por la igualdad de derechos humanos. En cambio, el conocimiento de tales percepciones nos ayuda a dar un paso atrás y cuestionarnos las debilidades y fortalezas que tienen la imagen de la discapacidad en los estudiantes del área de la Salud. Esto abrirá la oportunidad de tomar acciones necesarias para que la imagen y los conceptos sean modificados para que los futuros profesionales de la Salud en Puebla sean precursores de la inclusión.

Por tanto, surge la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las percepciones que tienen los estudiantes de ciencias de la salud en cuanto a la discapacidad?

5. Objetivos

5.1 Objetivo general:

Identificar las percepciones sobre discapacidad en estudiantes del área de la salud de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

5.2 Objetivos específicos:

- Reconocer las actitudes que genera la percepción de una persona con discapacidad en estudiantes de ciencias de la salud.
- Identificar las experiencias, creencias e ideas que tienen los estudiantes sobre las Personas con discapacidad.

6. Material y métodos

6.1. Diseño de Estudio

- La presente investigación se desarrolló desde un enfoque de tipo cuantitativo, ya que, este tipo de enfoque está basado en el positivismo, en el que se plantea el rechazo de toda proposición, cuyo contenido no corresponda con los hechos a comprobar por medio de la cuantificación o medición. Por lo tanto, este enfoque investigativo plantea la unidad de ciencia, es decir, el uso de una metodología única que utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer pautas de comportamiento y probar teorías (Sousa, Driessnack, y Costa, 2007; Hernández, 2014). Tomando este enfoque como punto de referencia en esta investigación, se buscó explicar un fenómeno social estableciendo regularidades en el mismo y hallar leyes generales que lo expliquen mediante la observación directa, la comprobación y la experiencia para realizar una descripción neutra, objetiva y completa posible (Monje, 2011). Por ende, se pretende comprobar que la percepción de la discapacidad en estudiantes del área de la salud depende de ideas y creencias cimentadas (contexto socioeconómico político y cultural) en el pasado histórico de la discapacidad.

El alcance de la investigación es de tipo descriptivo, el cual busca especificar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analice. Este, describe tendencias de un grupo o población (Hernández, 2014). Por lo que, el alcance analiza las propiedades, características y los perfiles de los estudiantes de ciencias de la salud sobre su percepción de la discapacidad.

El diseño de la investigación es no experimental, ya que este estudio no tuvo una determinación aleatoria, manipulación de variables o grupos de comparación. La investigadora observó que ocurría de forma natural, sin intervenir de manera alguna, ya que, tomando en cuenta las consideraciones éticas del estudio, algunas variables no pueden y no deben ser manipuladas (Sousa, Driessnack, y Costa, 2007); con un corte transversal, es decir, se recolectaron datos en un solo momento, en un tiempo único, ya que su enfoque es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández, 2014).

6.2. Ubicación Espacio-Temporal

Área de ciencias de la Salud de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

El área de la Salud está conformada por tres facultades: medicina, estomatología y enfermería. La Facultad de Medicina actualmente cuenta con una matrícula de 10267 estudiantes en total. En ésta se ofertan los siguientes programas de Licenciatura: Medicina, Fisioterapia, Nutrición Clínica, y las Profesiones asociadas a Imagenología y Urgencias Médicas. La Facultad de Estomatología tienen una matrícula total de 3362 estudiantes y la Facultad de Enfermería tienen 1272 estudiantes.

El presente estudio se realizó en el periodo de primavera del 2021

6.3 Estrategia de Trabajo

A continuación, se presenta el siguiente diagrama donde se muestra la estrategia de trabajo, la cual consta de tres fases:

Fase I:

- Redacción de Protocolo de Investigación y Diseño del Instrumento de Medición.
- Aprobación del Protocolo por el comité de Investigación de Fisioterapia.
- Proceso de Validación Externa e Interna del Instrumento.

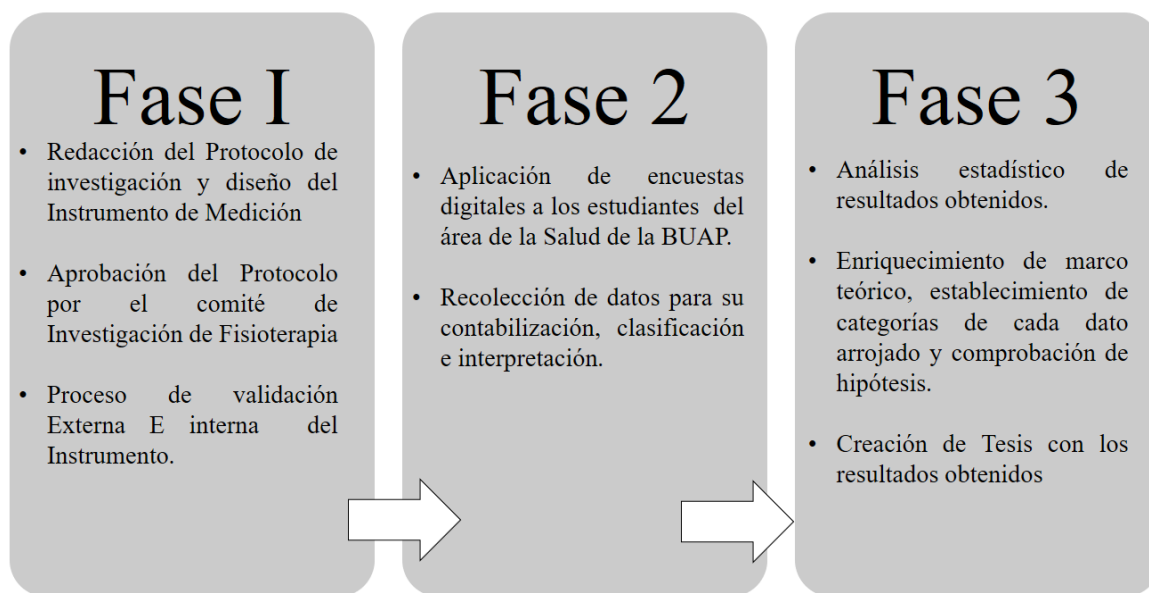
Fase II:

- Aplicación de encuestas digitales a los estudiantes del área de la Salud de la BUAP.
- Recolección de datos para su contabilización, clasificación e interpretación.

Fase III:

- Análisis estadístico de resultados obtenidos.
- Enriquecimiento del marco teórico, establecimiento de categorías de cada dato arrojado y comprobación de hipótesis.
- Creación de Tesis con los resultados obtenidos.

Figura 1: Diagrama de Estrategia de trabajo.



Fuente: Elaboración propia

6.4. Muestreo

La muestra del estudio fue tomada de los estudiantes del área de Ciencias de la Salud de la BUAP: Medicina, Fisioterapia, Enfermería, Estomatología, Imagenología, Nutrición y Urgencias Médicas

Muestreo a conveniencia, el cual es una técnica de muestreo no probabilístico que permite seleccionar casos accesibles que acepten ser incluidos. Esto, fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos al investigador (Otzen, 2017).

6.4.1. Definición de la unidad de población

El grupo estudiado fue de estudiantes de una edad entre 18 a 30 años que estudien en alguna de las siguientes licenciaturas y profesiones asociadas al área de la salud: Medicina, Fisioterapia, Enfermería, Estomatología, Nutrición Clínica, Técnico en Urgencias Médicas e Imagenología.

Tabla 1. Número total de estudiantes inscritos en el periodo del 2018 – 2019.

Licenciatura/Profesional Asociado	M	H	Total
Medicina	3458	2746	6204
Fisioterapia	784	301	1085
Nutrición clínica	468	98	566
Estomatología	1940	741	2681
Enfermería	778	127	905
Profesional Asociado en Urgencias Médicas	35	28	63
Profesional Asociado en Imagenología	128	85	213
Total			11417

Fuente: BUAP. Anuario Estadístico Poblacional 2018-2019

6.4.2. Selección de la Muestra

La muestra se seleccionó a partir de un subgrupo de toda la población estudiantil del área de la salud, ya que como se ha explicado, estos estudiantes en tendrán contacto con PcD, como parte de sus competencias profesionales y práctica profesional.

6.4.3. Criterios de selección de las unidades de muestreo

6.4.3.1. Criterios de inclusión

- Estudiantes pertenecientes al área de ciencias de la Salud de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla inscritos en las licenciaturas y profesionales asociados: Medicina, Fisioterapia, Enfermería, Estomatología, Nutrición Clínica, Técnico en Urgencias Médicas e Imagenología.
- Estudiantes que estén inscritos en el periodo actual.
- Estudiantes que acepten participar en la investigación.

6.4.3.2. Criterios de exclusión

- Estudiantes de la Licenciatura en Biomedicina, ya que en su práctica profesional tienen un escaso contacto con pacientes.
- Estudiantes de la licenciatura en Ciencias Forense por el tipo de práctica profesional que le compete.

- Estudiantes que no acepten participar en la investigación.

6.4.3.3. Criterios de eliminación

- Estudiantes que no contesten en la totalidad el instrumento.

6.4.4. Diseño y tipo de muestreo

El muestreo es de tipo no probabilístico o dirigido, ya que la elección de los participantes no se realizó de forma aleatoria ni dependió de la probabilidad. Esta muestra y todos los elementos que la conforman fueron elegidos por su conjunto de características específicas que ayudan a contestar el planteamiento del problema y cada uno de los objetivos de la investigación, que es conocer la percepción de los estudiantes del área de la salud con respecto a la discapacidad, delimitando a los estudiantes que tienen contacto directo con pacientes, y descartando a los que no, ya que la encuesta fue abierta y distribuida por medio de redes sociales para todos los estudiantes del área de la salud que tuvieran disposición a contestarla (Hernández, 2014). Entre los tipos comunes del muestreo no probabilístico se encuentra el muestreo a conveniencia, y éste se utilizará en este estudio ya que la población que se elige está disponible para participar en el estudio (Sweet, 2021).

6.4.5. Tamaño de la muestra:

El tamaño de la muestra se midió mediante su cálculo, considerando los siguientes aspectos:

Tamaño de la población: 11714

Nivel de confianza: 95%

Margen de error: 5%

Tamaño de la muestra: 372 estudiantes

6.4.6. Hipótesis Estadística

Ha: La percepción de la Discapacidad en estudiantes del área de la salud depende de ideas y creencias cimentadas (contexto socioeconómico político y cultural) en el pasado histórico de la Discapacidad.

Ho: La percepción de la Discapacidad en estudiantes del área de la salud se fundamenta en la inclusión social dejando atrás las ideas y creencias cimentadas (contexto socioeconómico político y cultural) en el pasado histórico de la Discapacidad.

6.5. Definición de variables y escalas de medición

Desde los componentes de la percepción, basados en la definición de Neisser y Robbins (Aznar, 1991; Robbins, 2009) se identificaron las ideas, creencias, experiencias y actitudes las cuales fueron definidas como variables independientes y, la percepción de la discapacidad se analizó como variable dependiente. Como se observa en la siguiente tabla (Ver tabla 2).

Tabla 2. Tipos de variables, definiciones y escalas de medición.

Variable	Tipo de Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de Medición
Percepción de la Discapacidad	Dependiente	Proceso activo-constructivista en el que el individuo al recibir un nuevo estímulo y procesar la información implícita en él, el sujeto toma datos y experiencias almacenadas previamente en su subconsciente formando un esquema anticipatorio que le permite dar paso a la comparación para decidir el rechazar o aceptar dicho	Es un proceso activo-constructivista que al recibir un estímulo que en este estudio será la discapacidad, el estudiante de ciencias de la salud tomará datos y experiencias almacenadas previamente en su subconsciente formando un esquema anticipatorio para dar un paso a la comparación que permitirá al estudiante revelar actitudes, ideas, creencias y experiencias	Cuestionario denominado “Medición de la percepción de la Discapacidad” de 19 ítems, el cual se mide con una escala de tipo Likert de 1 al 5 en donde: 1=Totalmente en desacuerdo. 2=En desacuerdo 3=Ni acuerdo, ni desacuerdo.

estímulo¹, en este caso con la persona con discapacidad. relacionadas con la discriminación o inclusión de personas con discapacidad. 4= De acuerdo 5=Totalmente de acuerdo.

La discapacidad es “(...) un constructo social que define a un colectivo de personas en una especial situación de desventaja debido a que la sociedad ha construido un entorno preparado sólo para un determinado estándar de personas, con determinadas características (Victoria, 2013).”

Ideas	Variable independiente	“Son pensamientos sobre el tema que sea y cualquiera que sea su grado de verdad. En cualquier caso, son ideas que a un sujeto se le ocurren, ya sea originalmente o inspirándose en las ideas de otro” (Diez Patricio, 2016)	Son un conjunto de pensamientos sobre la discapacidad que posee el estudiante del área de la salud, que pueden ser originadas de él mismo o inspirándose en las ideas de otros	En el Cuestionario denominado “Medición de la percepción de la Discapacidad”: En los ítems del 1 al 6 se medirán las ideas y creencias negativas o
--------------	------------------------	--	--	--

Creencias	Variable independiente	“Son ideas ya asumidas por la sociedad, y con las que el sujeto en su desarrollo se encuentra y adopta como interpretación de la realidad.” (Diez Patricio, 2016)	Son un conjunto de ideas asumidas sobre la discapacidad que el estudiante del área de la salud se encuentra y adopta como interpretación de la realidad de ésta.	positivas de la discapacidad:
Actitudes	Variable independiente	“Es un estado de disposición mental y nerviosa, organizado por las experiencias, que ejerce un influjo directivo dinámico en la respuesta del individuo a toda clase de objetos y situaciones” (Ubillos, 2004)	Son acciones que demarcan el actuar de los estudiantes del área de la salud hacia las personas con discapacidad.	En el Cuestionario denominado “Medición de la percepción de la Discapacidad” los ítems 7 a 12 se medirán actitudes negativas y positivas.
Experiencias	Variable independiente	“Es la esencia del sujeto y la sustancia de su conciencia dialéctica. De este modo, la experiencia queda íntimamente ligada a la conciencia del sujeto, a su psique y a su espíritu” (Baqués, 2010)	Situaciones vividas por los estudiantes del área de la salud en las interacciones cotidianas con las personas con discapacidad.	De los ítems del 13 al 19 se medirán las experiencias

Fuente: elaboración propia

6.6. Método de recolección de datos

La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario tipo encuesta con 19 ítems y su medición fue por medio de una escala tipo Likert (**Anexo 1**).

6.6.1 Instrumento de medición

Diseño y construcción

El instrumento de medición de la discapacidad se creó en primera instancia a partir de la revisión teórica (Byron, 2005; Zubilaga, 2013; Padilla, 2015; Esser Diaz y Rojas Malpica, 2006; Mella Diaz, 2007; Barcena Gaona, 2018) de diversos estudios que analizaron el constructo de la discapacidad y de la percepción de la discapacidad. Se creó un instrumento de medición de la percepción de la discapacidad, que constó de 19 preguntas, y se dividió en 3 secciones:

- La primera sección abarcó todas las creencias e ideas negativas y positivas que pudieran tener los estudiantes del área de la salud sobre la discapacidad.
- La segunda sección constó de todas las actitudes negativas y positivas que tuvieron los estudiantes del área de la salud al convivir con personas con discapacidad.
- La tercera sección cuestionó las experiencias negativas y positivas que han tenido los estudiantes del área de la salud, al estar en situaciones clave con personas con discapacidad

Se les pidió a los estudiantes datos sobre su perfil, los cuáles proporcionaron información relevante sobre los participantes de este estudio. La encuesta se diseñó con 19 ítems, con afirmaciones, como: “Totalmente de acuerdo”, “De acuerdo”, “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, “En desacuerdo” y “Totalmente en desacuerdo”.

Validación externa e interna

La validación externa se realizó de forma cualitativa, mediante las observaciones y correcciones sobre el instrumento por parte de los estudiantes de

Fisioterapia de grados superiores. Estas observaciones y correcciones se centraron en la congruencia, coherencia y un lenguaje complejo de los ítems.

La validación interna fue hecha de forma cuantitativa por el método de Lawshe modificado por Tristán (2008), se eligió a 4 panelistas expertos en la materia de discapacidad, a los cuales por medio de correo electrónico se les envió el instrumento de medición de la discapacidad y una matriz dónde se recolectaron sus comentarios y aprobación de cada uno de los ítems de la encuesta. La matriz estaba compuesta de 4 elementos: pertinencia, relevancia, redacción y observaciones de cada uno de los ítems. Una vez recolectados los instrumentos, se hicieron las correcciones pertinentes en aspectos de redacción y estructura de cada ítem. Y para la validación de cada constructo se realizó la integración de una matriz en el programa Excel 2016, en la que se calculó el Índice de Validez de Constructo (CVR y CVR', por sus siglas en inglés) en la que se obtuvo una CVR de 0.97 y una CVR' de 0.99.

6.7. Técnica y procedimientos

Paso 1. Se presentó la propuesta de protocolo al comité de investigación de la Licenciatura en Fisioterapia para la aprobación del objeto de estudio, en la que asignaron asesor experto y asesor metodológico.

Paso 2: Se integró el protocolo de investigación denominado: “Percepción de la discapacidad en estudiantes de ciencias de la salud de la BUAP” que para obtener el grado de Licenciada en Fisioterapia y se diseñó el Instrumento de Medición de la Percepción de la Discapacidad.

Paso 3: Se presentó el protocolo al comité de investigación de Fisioterapia, para su aprobación y poder ser enviado al área de Posgrado a revisión.

Paso 4: Se realizó la validación del instrumento por medio de dos técnicas: una externa y una interna. La primera fue la validación externa, en la cual se presentó el instrumento a estudiantes que no cumplieran con los criterios de inclusión del estudio. Esto con el fin de verificar la redacción y comprensión del instrumento, en cuanto a la congruencia y coherencia.

Paso 5: La segunda validación fue la interna, en donde se creó una guía de validez de constructo, se seleccionó a los panelistas especialistas en temas de Discapacidad y se les envió la guía de validación junto con el Instrumento de Medición, en formatos digitales.

Paso 6: Una vez que el instrumento de Medición se validó, se construyó en un formulario digital denominado Google Forms, con el propósito de ser enviado para ser contestado por los estudiantes del área de la Salud. La finalidad fue realizar el estudio de forma segura, se proporcionó el link de la encuesta digital a los docentes de las diferentes Licenciaturas y Profesiones asociadas al área de la Salud. Se estimó que la duración de dicha actividad se llevó un máximo de 30 días, en donde se abarcó el tamaño de la muestra.

Paso 7: Después de obtener los datos necesarios a partir de la encuesta digital, éstos se contabilizaron, clasificaron e interpretaron según los valores dados en cada ítem, mediante una matriz en el programa de Excel versión 2016, en el cuál se recabaron los datos de 432 estudiantes encuestados del área de la salud.

Paso 5: Después de analizar los resultados, se dio pie a enriquecer el marco teórico, colocar los datos arrojados y el análisis realizado de cada uno de ellos, estableciendo y categorizando los resultados.

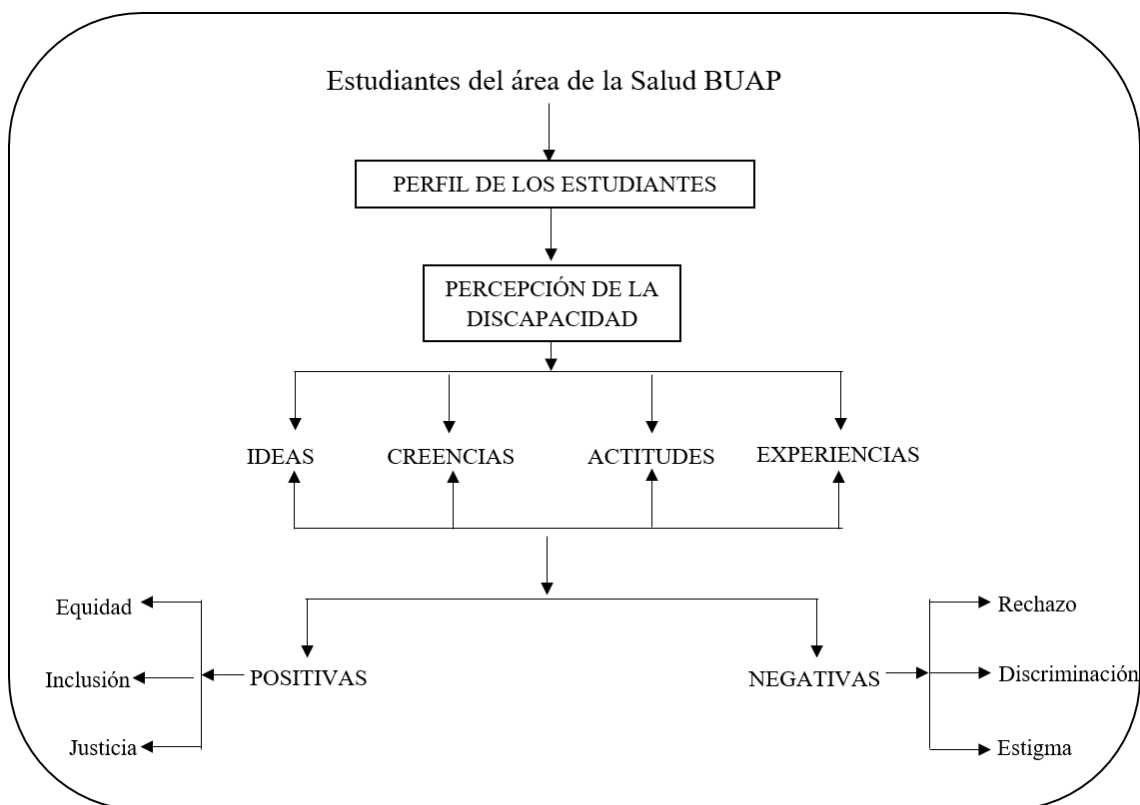
6.8. Análisis de Datos

Los datos e información recopilada se integraron en una base de datos de Excel versión 2016. El análisis de los datos se realizó por medio de las categorías (ideas/creencias, actitudes y experiencias) (Ver Figura 2). Una vez establecidas estas categorías se procedió a realizar el análisis de los resultados, mediante la estadística descriptiva con medias aritméticas, modas y frecuencias relativas.

6.9. Diseño estadístico

El diseño estadístico se realizó mediante las categorías: 1) Perfil de los estudiantes y 2) la Percepción de la Discapacidad, en la cual se estudiaron las Ideas, Creencias, las Actitudes y las Experiencias tanto positivas como negativa (Ver figura 2).

Figura 2: Diagrama del diseño estadístico.



Fuente: Elaboración propia

Perfil de los estudiantes: Los datos recabados del perfil de los estudiantes son Edad, Género, Licenciatura o profesión asociada al área de la salud a la que pertenece y Generación, los cuáles se analizarán para determinar si hay una relación en lo que contesten debido a estos datos específicos de su perfil.

Percepción de la Discapacidad: Estos datos serán el resultado de los ítems relacionados con las ideas, creencias, actitudes y experiencias que tengan los estudiantes del área de la salud con respecto a Discapacidad.

Ideas, Creencias, Actitudes y Experiencias: Estos aspectos forman la percepción, y son relevantes para el estudio ya que al conocer cada uno de éstos, podemos tener un amplio panorama de cómo perciben a las personas con discapacidad con las cuales conviven socialmente y en el ámbito de la salud. (Ver figura 2)

Ideas, Creencias, Actitudes y Experiencias Positivas: Estas, al ser numéricamente positivas en la encuesta de Likert, se interpretará que los estudiantes del área de la Salud y

profesiones asociadas perciben a las personas con discapacidad desde un sentido inclusivo, equitativo y justo, por lo que su comportamiento con todos los pacientes que requieran su servicio, no importando su condición, será digno.

Ideas, Creencias, Actitudes y Experiencias Negativas: Los datos recabados numéricamente, al ser negativos, se interpretará que los estudiantes del área de la Salud y profesiones asociadas perciben a las personas con discapacidad desde un lugar de estigmatización, discriminación y rechazo, ampliando las barreras existentes entre el trato profesional de la salud/paciente, impidiendo que el trato entre éstos sea equitativo y perpetuando el pasado histórico de la discapacidad.

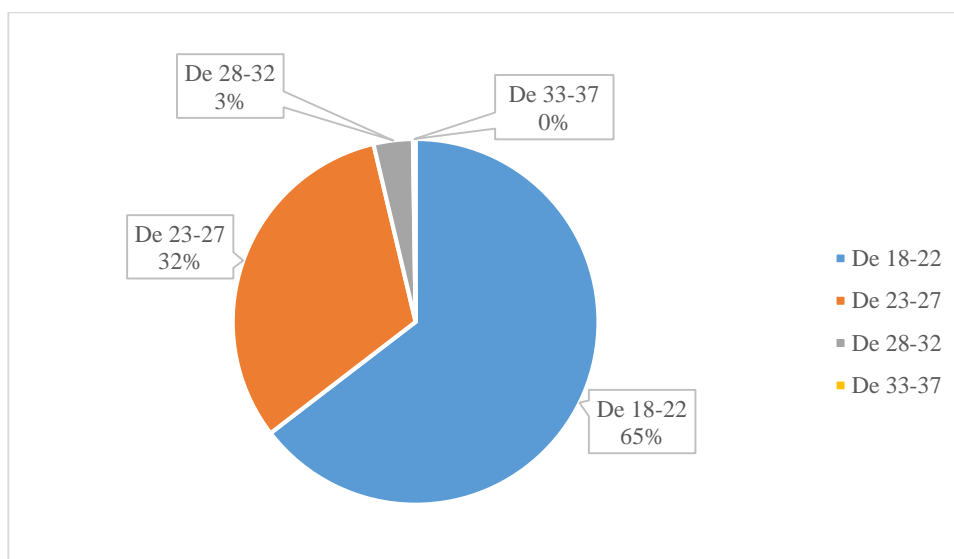
7. Resultados

En este apartado se muestran los resultados obtenidos del Instrumento denominado: “Percepción de las personas con Discapacidad” el cuál tuvo como objetivo identificar las percepciones sobre la discapacidad en estudiantes del área de la salud de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Este apartado se conformó de dos categorías: la primera presentó los datos sociodemográficos de los estudiantes y la segunda se integró con los resultados obtenidos de cada uno de los elementos que conforman a la percepción de la Discapacidad.

7.1 Datos sociodemográficos

La edad de la población del estudio se encontró entre los 18 y los 37 años, en la cual la mayor parte de la población tuvo un rango de edad de 18 a 22 años, que equivale al 65% de la muestra y al primer rango de edad (ver gráfico 1). Esto corresponde con la media de la población ($X=22.1$), la mediana es de 22.0 y la moda de 20. El segundo rango fue de 23 a 27 años con un 32%, el tercer rango 28 a 32 años con un 3% y sólo el 0.23% pertenece al rango de 33 a 37 años.

Gráfica 1. De clase por edad



Fuente: elaboración propia

El género predominante de la población de estudio fue el femenino con un 77.5% (que equivale a 335 participantes), seguido del masculino con un 22.5% (que equivale a 97

participantes). Se obtuvo que de las 7 disciplinas que pertenecen a el área de la Salud: 1) el 34.5% de la muestra fueron estudiantes de medicina, de los cuales el 24.5% son mujeres y 10% son hombres. 2) El 28.2% fueron estudiantes de fisioterapia con un 20.8% de mujeres y un 7.4% de hombres. 3) El porcentaje total de los estudiantes de Estomatología fue del 19.7%, de los cuales 15.7% fueron mujeres y 3.9% fueron hombres. 4) El 10.9% de la muestra corresponde a los estudiantes de Nutrición Clínica con un 10.6% de mujeres y un 0.3% de hombres. 5) El 3.9% de la muestra fueron estudiantes de Enfermería, de los cuáles 3.2% fueron mujeres y 0.7% fueron mujeres. 6) El porcentaje total de los estudiantes de la Profesión Asociada a Urgencias Médicas fue de 1.9% de los cuales 1.6% fueron mujeres y 0.2% fueron hombres. Y, por último, 7) el 0.9% de la muestra fueron estudiantes de la Profesión Asociada a Imagenología que fueron mujeres en su totalidad.

Tabla 3. De clase por género

Licenciatura o profesión asociada	Femenino	Masculino	Total
Fisioterapia	20.8	7.4	28.2
Medicina	24.5	10.0	34.5
Estomatología	15.7	3.9	19.7
Nutrición Clínica	10.6	0.2	10.9
Enfermería	3.2	0.7	3.9
PAUM	1.6	0.2	1.9
PAIM	0.9	0.0	0.9
Total	77.5	22.5	100

Fuente: elaboración propia

La tabla 4 muestra las generaciones que participaron en la investigación por Licenciatura y Profesiones asociadas. Se encontró que los participantes fueron de las generaciones 2011 a la 2019. Los resultados muestran que la población con más participación fueron las generaciones 2017 a la 2019 con un porcentaje del 64.81%, seguido por las generaciones 2014 a la 2016 con un 27.55% del total de los estudiantes entrevistados. Finalmente, las generaciones 2011 a la 2013 con un 7.64%.

Tabla 4. De clase por Generación

Generación	Fisioterapia	Medicina	Enfermería	Nutrición Clínica	PAIM	PAUM	Estomatología	Total
2011-2013	0.46	5.09	0.00	0.23	0.00	0.00	1.85	7.64
2014-2016	2.08	9.49	3.24	2.55	0.23	0.00	9.95	27.55
2017-2019	25.69	19.91	0.69	8.10	0.69	1.85	7.87	64.81
Total	28.24	34.49	3.94	10.88	0.93	1.85	19.68	100.00

Fuente: elaboración propia

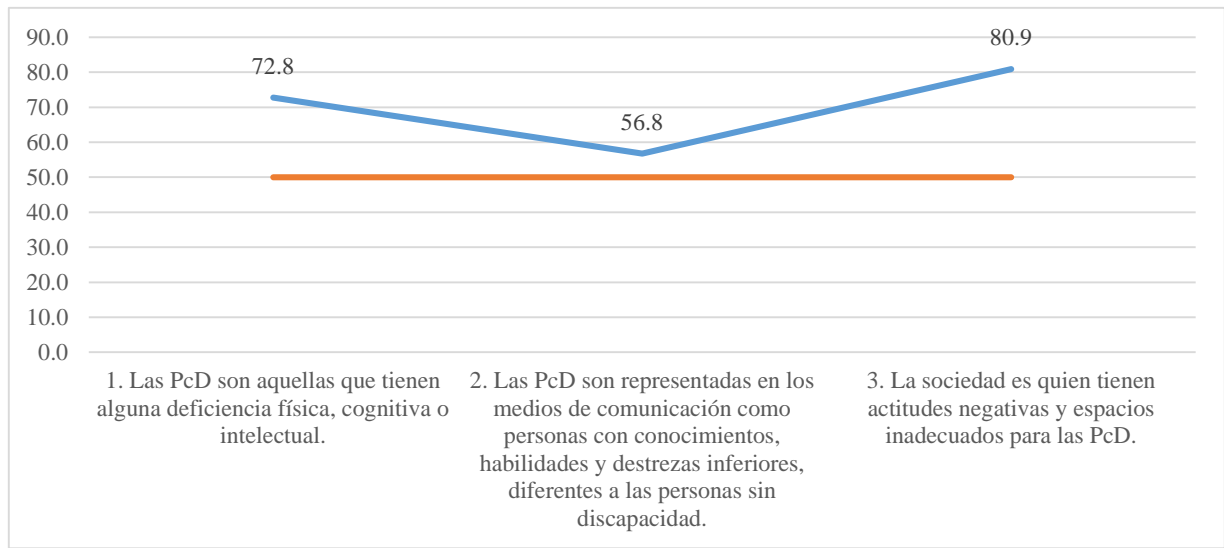
7.2 Percepción de la Discapacidad

A continuación, se mostrarán los resultados obtenidos del instrumento de Percepción de la Discapacidad, el cual está constituido por tres categorías: ideas/creencias, actitudes y experiencias, de las cuales se analizarán los aspectos positivos y negativos, esta percepción se obtuvo por medio de la frecuencia relativa.

7.2.1 Ideas/Creencias

Los aspectos negativos de las ideas y creencias se estudiaron a partir de tres ítems: el primero afirma que las personas con discapacidad (PcD) son aquellas que tienen alguna deficiencia física, cognitiva o intelectual, en el que se encontró que el 72.8% de los participantes estuvieron de acuerdo con esta definición mientras que el 27,2% afirmó estar en desacuerdo con este enunciado. En el segundo ítem, expone que las PcD son representadas en los medios de comunicación como personas con conocimientos habilidades y destrezas inferiores a las personas sin discapacidad, el 43.2% de los estudiantes estuvo en desacuerdo con esa afirmación, mientras que el 56.8% de los estudiantes afirmó que los medios de comunicación están promoviendo aún las ideas negativas de las PcD. Finalmente, en el tercer ítem se discute la idea/creencia de que la sociedad es quien tiene actitudes negativas y espacios inadecuados para las PcD, lo cual 80.6% de los participantes estuvo de acuerdo con esta afirmación mientras el 19.4% de los participantes dice estar en desacuerdo con la misma.

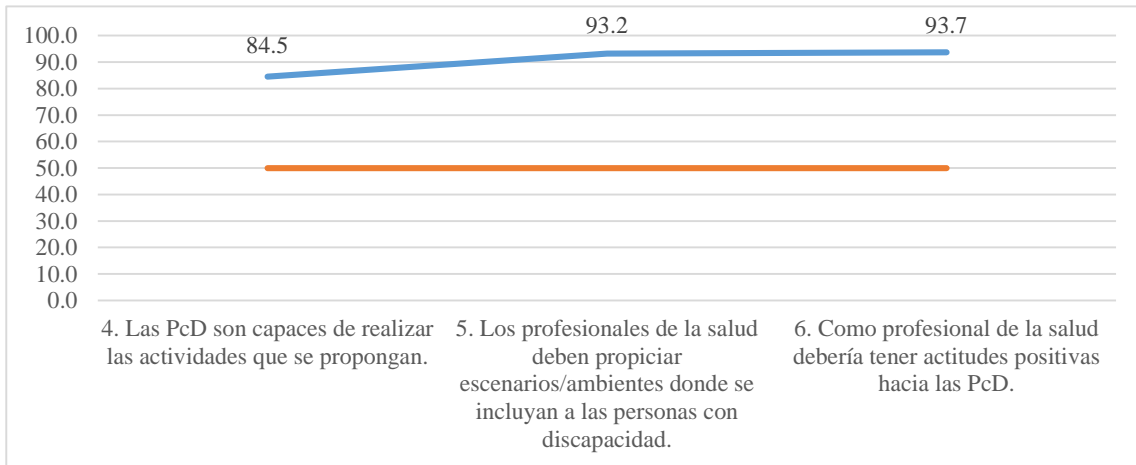
Gráfica 2. Ideas/creencias negativas sobre la discapacidad



Fuente: Elaboración propia

En esta gráfica se muestran los resultados de los ítems dónde las ideas/creencias tienen unas connotaciones positivas. Se encontró que en el ítem 4 la percepción de los estudiantes sobre que las PcD son capaces de realizar cualquier actividad que se propongan, el 84.5% de la población total estuvo de acuerdo mientras que el 15.5% estuvo en desacuerdo. El ítem 5 afirma que los profesionales de la salud deben propiciar escenarios/ambientes dónde se incluyan a las personas con discapacidad, el 93.2% estuvo de acuerdo y sólo el 6.8% de los participantes estuvo en desacuerdo con dicha afirmación. En el ítem 6, que dice que los profesionales de la salud deben tener actitudes positivas hacia las PcD, el 93.7% de los estudiantes estuvo de acuerdo con dicha afirmación y sólo el 6.3% no.

Gráfica 3. Ideas/creencias positivas sobre la discapacidad.

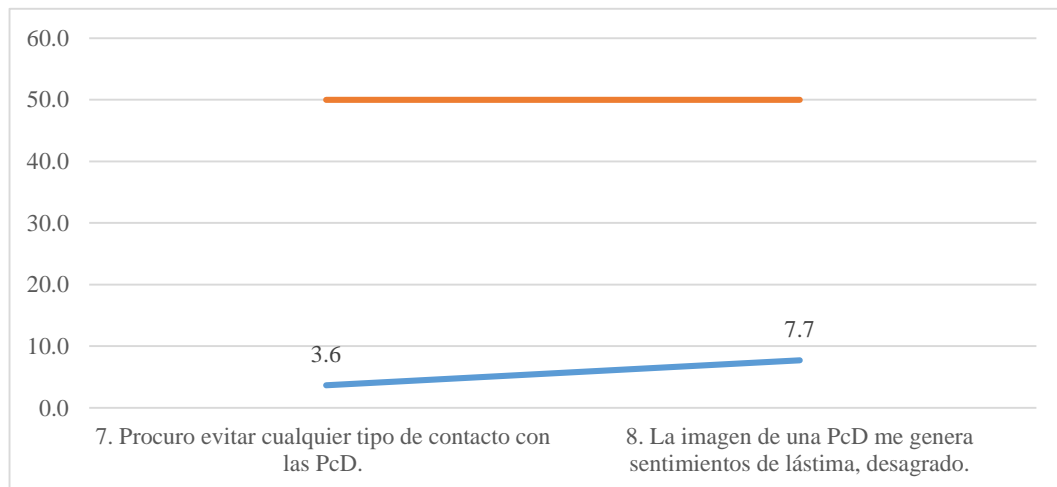


Fuente: Elaboración propia

7.2.2 Actitudes

La gráfica 4 muestra la percepción de los estudiantes sobre las actitudes negativas hacia las personas con discapacidad, en el ítem 7 sólo el 3.6% de los participantes estuvo de acuerdo con la afirmación de “procuró evitar cualquier tipo de contacto con personas con discapacidad”, mientras que el 96.4% de los participantes estuvo en desacuerdo. El ítem 8 afirma que la imagen de una PcD le genera sentimientos de lástima o desagrado, sólo el 7.7% de la población total menciona estar de acuerdo con esta afirmación, no obstante, el 92.3% de los estudiantes están en desacuerdo.

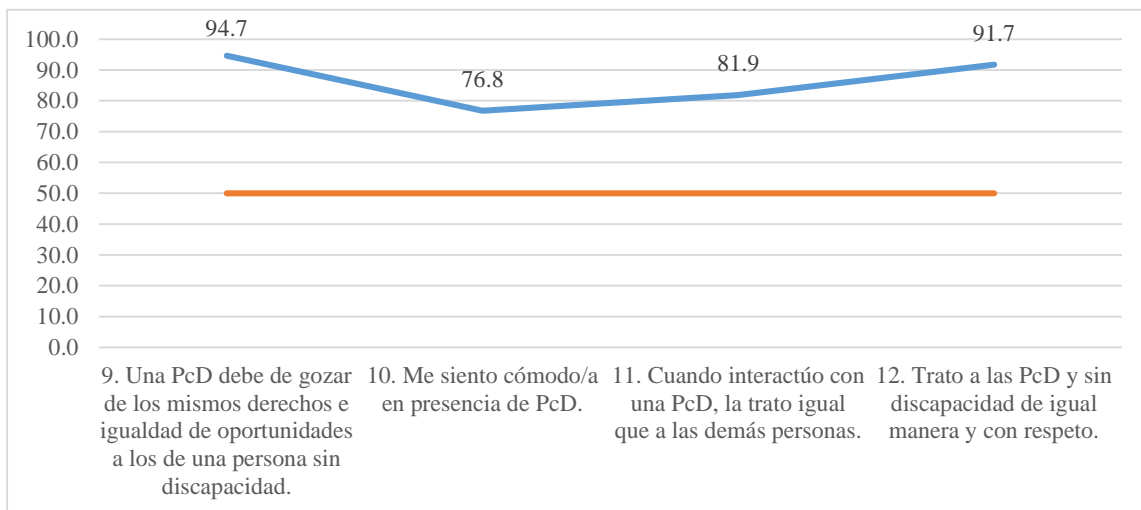
Gráfica 4. Actitudes negativas sobre la discapacidad



Fuente: elaboración propia

La gráfica 5 muestra los resultados de las actitudes positivas que tienen los estudiantes del área de la salud con respecto a las personas con discapacidad. En el ítem 9 se afirma que las PcD deben tener los mismos derechos e igualdad de oportunidades a los de una persona sin discapacidad, se encontró que el 94.7% de los participantes están de acuerdo y el 5.3% de la población está en desacuerdo. El ítem 10 realiza la siguiente afirmación: “me siento cómodo en presencia de una PcD”, se halló que el 76.8% afirmó que está de acuerdo y 23.2% de la población no está de acuerdo. El ítem 11 menciona: “cuando interactúo con una PcD, la trato igual que a las demás personas”, el 81.9% de la población estuvo de acuerdo, mientras que el 18.1% estuvo en desacuerdo. En el ítem 12 se indaga sobre el trato hacia las PcD, el cual tendría que ser de manera igualitaria y con respeto, el 91.7% de los encuestados menciona estar de acuerdo con esta afirmación, por el contrario, el 8.3% no están de acuerdo.

Gráfica 5. Actitudes positivas hacia las personas con discapacidad



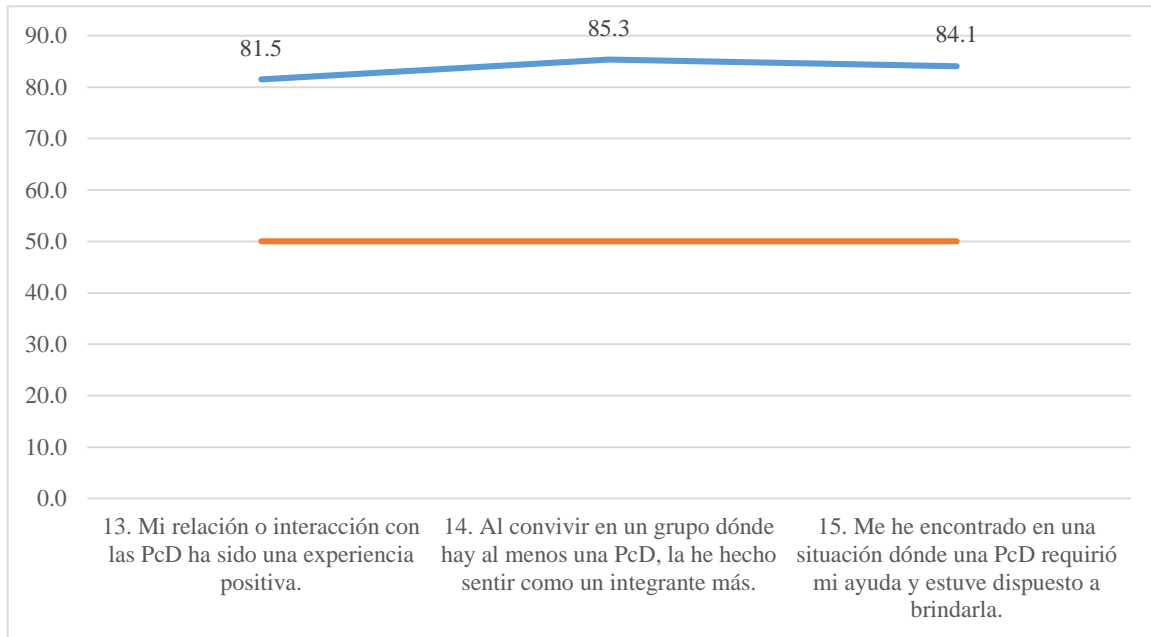
Fuente: elaboración propia

7.2.3 Experiencias

Como se puede observar en el gráfico 6, el 81.5% los estudiantes encuestados mencionan que su relación o interacción con las PcD ha sido una experiencia positiva, mientras que el 18.5% no. De la población total, el 85.3% afirman que al convivir en un grupo dónde hay al menos una PcD, la han hecho sentir como un integrante más, por el contrario, el 14.7% afirma que no. Por último, el 84.1% de los participantes

mencionan que se han encontrado en situaciones dónde una PcD ha necesitado asistencia y han estado dispuestos a brindarla, mientras que el 15.9% de los participantes, no.

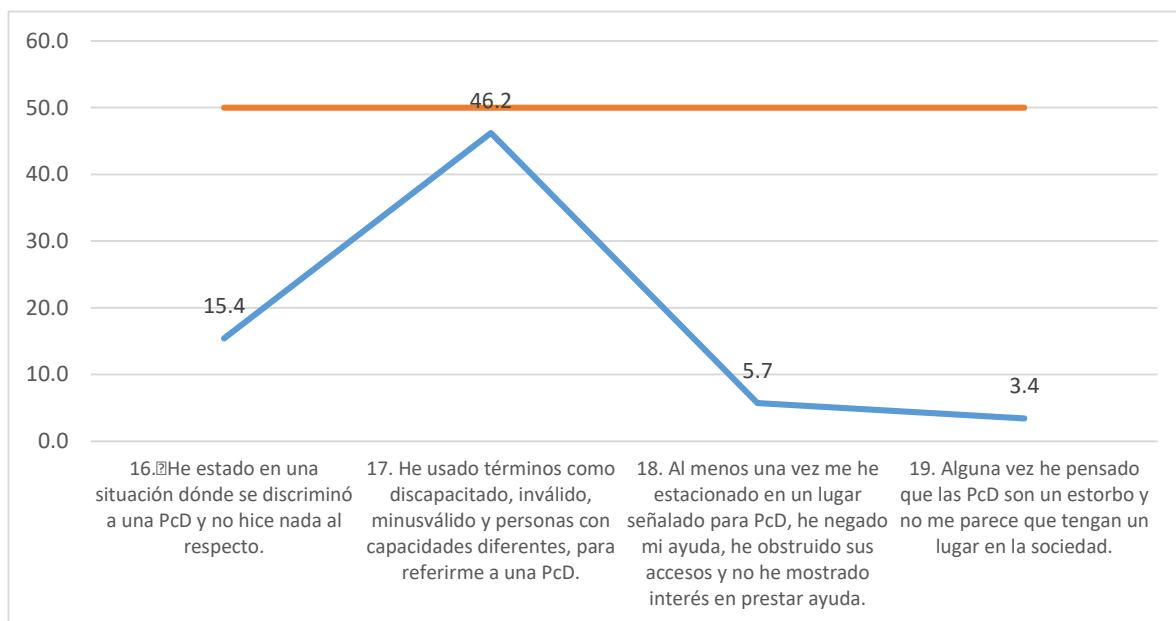
Gráfica 6: Experiencias positivas con personas con Discapacidad



Fuente: elaboración propia

Como presenta el gráfico 7 en el ítem 16, sólo el 15.4% de los estudiantes mencionan haber estado en una situación dónde se ha discriminado a una PcD y que no hicieron nada al respecto. Mientras que en el ítem 17, se puede observar que el 46.2% de los estudiantes encuestados han usado términos, tales como: discapacitado, inválido, minusválido y personas con capacidades diferentes para referirse a una PcD. En el ítem 18, sólo el 5.7% de la población ha referido que se ha negado a prestar ayuda y usado los espacios de aparcamiento para PcD. Y por último en el ítem 19, sólo el 3.4% de las estudiantes consideran que las personas con discapacidad son un estorbo para la sociedad.

Gráfica 7: Experiencias negativas con personas con discapacidad



Fuente: elaboración propia

8. Discusión

En este capítulo se discuten los resultados obtenidos en la investigación de percepción de la discapacidad, y se compone de dos apartados. El primero analiza los datos sociodemográficos de los estudiantes del área de la salud encuestados, lo cual permitirá identificar los aspectos importantes de la población y su influencia en los resultados obtenidos. El segundo discute cada uno de los resultados del instrumento, comparado con los resultados obtenidos por otros autores.

La edad de la población del estudio se encontró entre los 18 y los 37 años, en la cual la mayor parte de la población tuvo un rango de edad de 18 a 22 años, que equivale al 65% de la muestra y al primer rango de edad, la media de edad de la población estudiada fue de 22.1 años (ver gráfico 1). Los hallazgos encontrados se relacionan con lo estudiado por Acosta (2018) cuyo trabajo contó con la participación de 152 estudiantes de carreras de ciencias de la salud con una media de edad de 20.86 años, demostrando que la población de esta edad está dispuesta a participar activamente para contribuir en el estudio.

En la actualidad, la población de mujeres que han decidido estudiar carreras relacionadas al área de la salud ha incrementado su proporción en comparación con la de los hombres.

Compeán y otros (2006) realizaron un estudio en la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) en la que se encontró un incremento significativo de mujeres con un porcentaje de 64.7%, ingresando a carreras de Medicina, Odontología y Nutrición. Las razones por las que este número ha crecido son variadas y tienen relación con los roles que las mujeres tienen y que deben ajustarse a la sociedad. Verde, Gallardo, Compeán y Tamez (2007) sostienen que el aumento de las estudiantes mujeres en el área de la salud tiene que ver con estereotipos del comportamiento femenino. Para los autores este proceder se relaciona directamente con las cualidades humanistas que por naturaleza desarrollan las mujeres y que se ve reflejado en su práctica profesional. Lo anterior se relaciona con las características de la población estudiantil analizada, en la que el mayor porcentaje de participantes fueron mujeres con un 77.5% en comparación con los hombres con un 22.5% (Ver Tabla 3).

El estudio incluyó a todas las licenciaturas del área de la salud que tienen interacción directa con pacientes, cómo se muestra en la Tabla 3. La licenciatura en Medicina fue el programa educativo que tuvo más participación en comparación con el resto de las demás licenciaturas y profesiones asociadas. Este hallazgo se relaciona a que Data México (2021) sostiene que la facultad de medicina de la BUAP alberga a un número 9680 estudiantes, de los cuales 6003 estudiantes son de la licenciatura de Medicina que equivale al 62.3% de la facultad, en relación con la licenciatura de Fisioterapia que cuenta con 1120 que equivale al 11.6%, la licenciatura de Nutrición Clínica con 569 estudiantes matriculados que equivalen al 5.88%, el profesional asociado a Imagenología con 187 estudiantes matriculados y que equivale a 1.93% de la población de la facultad el profesional asociado a Urgencias Médicas con 93 estudiantes matriculados y que es igual al 0.96% de la población,. La facultad de Estomatología tiene a 2790 estudiantes que pertenecen al 3.27% de la población estudiantil de la BUAP y la facultad de Enfermería hay 1200 estudiantes matriculados, que equivale al 1.4% de todos los estudiantes matriculados.

Los siguientes apartados discutirán los resultados de las ideas/creencias, actitudes y experiencias positivas y negativas que tuvieron los participantes sobre la discapacidad, ya que el objetivo del presente trabajo fue identificar estas percepciones en los estudiantes del área de la salud de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Ideas/creencias negativas y positivas sobre las personas con discapacidad (PcD).

La gráfica 2 muestra los resultados obtenidos sobre las ideas/creencias negativas acerca de la discapacidad, este análisis se integró de tres ítems. El primer ítem afirma que las personas con discapacidad son aquellas que tienen una deficiencia física, cognitiva e intelectual, se encontró que el 72.8% de los estudiantes estuvo de acuerdo. Estos hallazgos refirman que la sociedad aún concibe la idea de discapacidad, como un hecho exclusivamente individual que una persona “padece”. Esta discapacidad originada como una consecuencia mecánica de un lamentable accidente genético o traumático que deja de lado el hecho de que la discapacidad es una realidad social que viven las personas humanas en un entorno cuyos habitantes privilegiados son los no “discapacitados” (Ferreira, 2008). Según Gómez y Castillo (2016) la perspectiva clínica históricamente ha asociado a la discapacidad con situaciones de tragedia personal, patologías e incluso con la idea de inferioridad biológica limitando las posibilidades de comprender la problemática en relación con las condiciones que impone la sociedad lo cual predispone a las personas, y específicamente a los estudiantes del área de la salud a perpetuar este tipo de ideas. Esto cobra relevancia en el hecho de que la mayoría de los participantes del estudio aún tiene ideas y creencias pasadas sobre el concepto de discapacidad, depositando la causa de la misma en el individuo que la “padece”, perpetuando la percepción de que es necesario quitar o hasta prevenirla en lugar de crear los espacios actitudinales y físicos para sustituir las barreras por facilitadores.

El segundo ítem afirma que las personas con discapacidad son representadas en los medios de comunicación como personas con conocimientos, habilidades y destrezas inferiores, diferentes a las personas sin discapacidad. Se halló que el 56.8% de los estudiantes afirmaron que esta práctica de exclusión de las personas con discapacidad en los medios de comunicación sigue vigente. Hernández y Miranda (2019) sustentan que los medios de comunicación se encargan de masificar en el colectivo los estereotipos y estigmas de la discapacidad con un fin en su mayoría económico. Los autores sostienen que estas percepciones buscan generar lástima, creando un negocio redondo de beneficencia ya que la imagen tradicional del discapacitado continúa soportando una influencia cultural e ideológica negativa. Sin embargo, el 43.2% de los estudiantes afirma no estar de acuerdo con esta afirmación, lo que se relaciona con lo manifestado por Balas (2007), quien asevera que las

personas con discapacidad y las asociaciones civiles realizan un arduo trabajo para hacer visible su situación ante la opinión pública. La autora sustenta que se ha logrado que en algunos medios se logre trasladar una imagen de la discapacidad ajustada a la realidad, libre de estereotipos y prejuicios, descontaminada de paternalismos y connotaciones negativas, una imagen que en definitiva no vulnere los derechos fundamentales de las personas con discapacidad. Los estudiantes del área de la salud identifican que los medios de comunicación promueven este tipo de situaciones excluyentes y marginales, por lo que ellos pueden tomar decisiones sobre qué información es veraz o discriminatoria, de acuerdo a sus ideas y creencias. La idea de la persona con discapacidad como un ser inferior al no discapacitado está muchas veces arraigada en la sociedad gracias a medios de comunicación, pero el hecho de que cada día se siga promoviendo la diversidad en todo tipo de cuerpos sin importar su condición y respetando la dignidad humana (Diniz, 2009), hace que la marginalización de la discapacidad reduzca su efecto.

El tercer ítem menciona que es la sociedad quien tiene las actitudes negativas y espacios inadecuados para las personas con discapacidad. Se observó que el 80.6% de la población estuvo de acuerdo con esta aseveración, lo cual demuestra que los estudiantes del área de la salud reconocen que estas barreras actitudinales y arquitectónicas son responsabilidad de la sociedad. Esto coincide con lo presentado por Gómez y Castillo (2016), quienes refieren que “El enfoque social asume a la discapacidad como producida, mantenida y reafirmada colectivamente, desde la etiquetación negativa hasta la generación de obstáculos” (pág. 179). El problema se debe dejar de enfocar en las personas con discapacidad y se tienen que centrar en las condiciones adversas y los sistemas de discriminación improvisados e institucionalizados. Es destacable, entonces que los alumnos reconozcan que muchas de las barreras a las cuales las personas con discapacidad se enfrentan están dentro de su comunidad civil y universitaria y no tanto en los que posee la misma persona.

En la gráfica tres se muestran los resultados de las ideas y creencias positivas sobre la discapacidad, la cual está compuesta de los siguientes ítems: el número cuatro afirma que las personas con discapacidad son capaces de hacer las actividades que se propongan a lo cual el 84.5% de los estudiantes del área de la salud que participaron estuvieron de acuerdo. Esto reafirma el hecho de que la idea de que las personas con discapacidad son objetos de lástima

y dependientes pertenece al pasado, ya que actualmente se busca visibilizar la situación actual de las PcD. Sin embargo, Alemany (2018) sostiene que las prácticas paternalistas hacia las personas con discapacidad son justificadas en el hecho de que las características propias de algunos tipos de discapacidad impiden o dificultan la adopción de decisiones y tareas de forma autónoma. El autor menciona que debe aplicarse la regla de justicia formal que dice que “se debe tratar de forma semejante a los casos semejantes y de forma diferente a los casos diferentes”. Perpetuar esta idea puede generar barreras en la autonomía y el sentido de independencia de la persona con discapacidad, ya que éstas dependerán de un simple diagnóstico médico. Se ha estudiado que cuando a una persona con discapacidad se le otorgan los bienes y derechos para el desarrollo de sus propios intereses y actividades de la vida diaria, éste se empodera. El proceso de empoderamiento es aquel en el que las personas fortalecen sus capacidades, confianza, visión y protagonismo como grupo social para impulsar cambios positivos de las situaciones que viven (Martinez y Alonso, 2021), y le da a este sector las herramientas necesarias para que ellos se hagan cargo de todos los aspectos relacionados a su salud de forma integral.

El quinto ítem afirma que los profesionales de la salud deben propiciar escenarios/ambientes dónde se incluyan a las personas con discapacidad a lo cual el 93.2% de los participantes estuvo de acuerdo. Esto es un resultado positivo, ya que la mayoría de los participantes reconoce tener un papel fundamental en el ejercicio de inclusión y equidad. Mediante esta percepción, los estudiantes tomarán las acciones de promoción de la salud, prevención de la discapacidad, recuperación funcional e inclusión social, los cuales son componentes fundamentales de la salud física y psicológica. Estos aspectos son necesarios para lograr equidad entre los individuos y tener una buena calidad de vida, que es un derecho fundamental y, a la vez, una responsabilidad social (Ortega y Plancarte, 2017). El ser humano es un ser holístico, es decir, que no se reduce a algo puramente biológico, sino que abarca al ser humano en cada una de sus dimensiones: física, intelectual, social, emocional, espiritual y religiosa (Bermejo, 2009), por lo que es necesario que los profesionales de la salud se involucren en un equipo interdisciplinario para que las personas con discapacidad accedan a diferentes servicios que los ayude a gozar de una condición óptima.

En el sexto ítem plantea la idea/creencia de que los profesionales de la salud deben tener actitudes positivas hacia las personas con discapacidad, a lo cual 93.7% de la población estudiada menciona estar de acuerdo. Polo y otros (2011) mencionan que los estudiantes pueden tener actitudes positivas de tolerancia, respeto y aceptación hacia la persona con discapacidad cuando tengan la oportunidad de saber y entender el verdadero significado de la misma. Estas actitudes positivas de los estudiantes del área de la salud hacia las personas con discapacidad ayudan a brindar servicios de salud integrales e inclusivos. Mella (2007) estudió las actitudes de los estudiantes de diversas áreas de ciencias de la salud hacia las personas con discapacidad. Este autor afirma que las actitudes son ideas cargadas de emoción que predisponen a una clase de acciones ante un determinado tipo de situaciones sociales. La predisposición que generan las ideas positivas de la discapacidad en los estudiantes pueden influir en sus prácticas profesionales diarias y en el desarrollo social en su comunidad. No obstante, el 6.3% de los estudiantes del área de la salud no está de acuerdo con la idea de que deben tener las actitudes positivas hacia las personas con discapacidad. En un estudio desarrollado por Echeverría y Flores (2018) se investigó el conjunto de creencias estereotípicas y emociones hacia la discapacidad, concluyendo que los hombres y mujeres que tienen creencias negativas tienden a presentar menor intención conductual a convivir y mayor intención conductual a excluir.

Actitudes negativas y positivas sobre las personas con discapacidad (PcD).

La gráfica cuatro se enfoca en las actitudes negativas hacia las personas con discapacidad y está compuesta por dos ítems. El ítem siete afirma: “procuro evitar cualquier tipo de contacto con personas con discapacidad”. Se observó que el mayor porcentaje de estudiantes encuestados (96.4%) estuvo en desacuerdo con esta afirmación, lo cual significa que los estudiantes del área de la salud poseen actitudes positivas e inclusivas hacia las personas con discapacidad. El origen de estas actitudes es variado, pero los autores coinciden en que pueden surgir por un contacto previo con la discapacidad y por conocimiento de la misma (Araya-Cortes, González-Arias, y Cerpa, 2014; Echeverría y Flores, 2018; Figueroa y Zuñiga, 2020). La actitud de evitación es muy característica del modelo de prescindencia, pero aún persisten ideas de que las personas con discapacidad poseen “anomalías” que los hacen indeseables, y pueden predisponer a los estudiantes a una actitud negativa, que si bien la

respuesta de los estudiantes no refleja prejuicios explícitos, al menos un porcentaje de la población podría admitir tener prejuicios ocultos hacia las personas con discapacidad, como los que niegan la discriminación a estas, se oponen a las demandas del grupo discriminado y tienen resentimiento hacia el “trato a favor” que podrían recibir (Akrami, Ekehammar, y Claesson, 2006).

El ítem ocho afirma “la imagen de una PcD me genera sentimientos de lástima, desagrado”. El 92.3% de la población estudiantil del área de la salud estuvo en desacuerdo con la afirmación. Esto significa que los estudiantes del área de la salud tienen una imagen de las personas con discapacidad que no está basada en emociones estigmatizantes. La imagen mental previa, la cual está condicionada por las experiencias y necesidades del individuo en relación a su contexto (Aznar, 1991), es un elemento determinante en la percepción de la discapacidad, en otras palabras, esta percepción se basa en cómo el individuo se ha relacionado con las PcD en su contexto. Por consiguiente, los estudiantes al responder esta pregunta, tuvieron que colocar en su subconsciente la imagen más reciente de ellos mismos con una persona con discapacidad y los sentimientos resultantes de la misma. Aunque la imagen de una persona con discapacidad en la antigüedad generaba impresiones de que ésta era impotente, inútil, indeseable y digno de lástima, el cambio que dio el Modelo Social a esta percepción del colectivo es de personas que son empoderadas e independientes (Byron, 2005; Rodríguez, 2003). El conocimiento es el precursor de este nuevo paradigma, Rodríguez (2003) el temor a lo desconocido es un componente ancestral del ser humano ya que éste sobreentiende el concepto de lo “normal” como lo único aceptable por lo que una interacción con alguien que no “entra” en esta categoría generará temores. El autor afirma que estos “temores” pueden desaparecer o aminorarse con un mínimo de información sobre la persona con discapacidad, qué es y cómo se desarrolla en su propio contexto. Aunado a esto, Barcena, Cruz y Jenkins (2018) agregan que el contacto previo con personas con discapacidad puede ser un factor suficiente para un cambio hacia una actitud positiva.

La gráfica cinco se centra en las actitudes positivas que tienen los estudiantes del área de la salud hacia la discapacidad y se compone por los siguientes cuatro ítems. El ítem nueve menciona que una persona con discapacidad debe de gozar de los mismos derechos e igualdad de oportunidades a los de una persona sin discapacidad, a lo cual el 94.7% de los

participantes dicen estar de acuerdo con esta afirmación. Los derechos humanos dan libertad y oportunidades a todas las personas de gozar de privilegios, tal como lo refiere la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en su primera carta, deben ser válidos para todos sin distinción. La diferenciación de derechos se justificó en que las necesidades de las personas con discapacidad son específicas y las barreras a las que se enfrentan dependen de la sociedad y los prejuicios de la época (García de la Cruz, 2008). Sin embargo este patrón de diferenciación de derechos está siendo sustituido por uno donde se busca la igualdad de oportunidades para todas las personas del mundo sin importar su raza, género, preferencias sexuales, edad, apariencia física y capacidades. El nuevo concepto de la discapacidad a partir del enfoque de derechos resulta de la relación del individuo con su entorno, donde la funcionalidad se relaciona de forma directa con los ajustes aplicados en el medio ambiente donde se desarrolla. Es por esta razón que los estudiantes del área de la salud sostienen que los derechos humanos y la igualdad de oportunidades deben aplicarse para todos sin excluir a las personas con discapacidad, ya que según Hernández (2015) el nuevo concepto genérico de la discapacidad, implica dejar de considerar a las personas que la poseen como objeto de medidas asistenciales, de beneficencia o caridad. También esta nueva concepción los reconoce como sujetos de derecho cuyas políticas públicas deben contar con un enfoque de inclusión que haga visible las acciones que requieren a su favor (Instituto Nacional de Administración Pública A. C., 2018). Como plantea el modelo de las capacidades de Nussbaum, cuando se garantizan los derechos básicos de las personas con discapacidad, existe un progreso justo ya que estos otorgan una vida humana digna (Urmeneta, 2010). Alemany (2018) analiza los riesgos de generalizar para todas las personas con discapacidad la independencia y autonomía, ya que muchas de “sus deficiencias” no les permite tomar decisiones de forma consciente ni hacerse cargo de ellas mismas. Sin embargo, Brogna (2016) menciona que la responsabilidad primera del profesional de la salud es tener muy claro que la deficiencia no causa la discapacidad, ya que lo que la persona no pueda hacer dependerá más de las barreras existentes que la sociedad construya o legitime que en sus estructuras corporales afectadas. Asimismo, los planteamientos de Alemany pueden limitar la serie de acciones conjuntas que pueden realizar los profesionales de la salud, políticos, familiares y la sociedad en pro de las personas con discapacidad de todos los tipos y niveles.

El décimo ítem hace la siguiente aseveración: “me siento cómodo/a en presencia de una persona con discapacidad” donde, del total de la población estudiada, el 76.8% de los participantes están de acuerdo con la afirmación. Esto muestra que la mayoría de los estudiantes del área de la salud puede estar en contacto directo con una persona con discapacidad, y tener una actitud positiva. Se considera que lo más importante del acercamiento con una persona con discapacidad es la calidad y el tipo de relación que se establezca más que la cantidad o el mero conocimiento sobre el tema (Arellano, Gaeta, Peralta, y Cavazos, 2019). La actitud es aprendida y por lo tanto se va conformando durante la vida del individuo y no en un momento determinado (Novo-Corti, Muñoz-Cantero, y Calvo-Porrall, 2011), por tanto, los estudiantes que mostraron tener una actitud positiva y decirse cómodos en presencia de una PcD es porque en algún momento tuvieron una convivencia constructiva. Sin embargo hay estudios que tienen un resultado contradictorio, ya que afirman que las personas que no se sienten cómodas en contacto con la discapacidad es porque tuvieron una relación basada en cuidados y atenciones intensivas en un ámbito familiar o laboral (Parasuram, 2006). Esto coincide con las actitudes demostradas por el porcentaje de la población que no estuvo de acuerdo aunado a que probablemente estos estudiantes tuvieron un contacto mínimo o nulo con la discapacidad.

El ítem número once afirma: “Cuando interactúo con una PcD, la trato igual que a las demás personas”. Se observó que el 81.9% de los estudiantes del área de la salud estuvo de acuerdo, ya que como hemos analizado, las actitudes mostradas por los estudiantes tienen relación a la imagen, las ideas, creencias y experiencias previas. Este conjunto de factores forman un esquema anticipatorio de lo que es la discapacidad, aunque esta puede estar lejana de su verdadero significado. Un trabajo realizado por Venturiello (2013) analiza las interacciones cotidianas que tienen las PcD con su entorno y cómo se ven afectadas por aspectos opresivos en el espacio urbano, los obstáculos arquitectónicos y las inequidades socioeconómicas. La autora entrevistó a personas con discapacidad motriz, las cuales relataron que en todas sus interacciones sociales están expuestos al estigma, principalmente con desconocidos. Relatan que estos encuentros casuales en la calle y las miradas de aquellos autodenominados personas “normales” suele ser una experiencia incómoda. Los prejuicios afectan las limitadas interacciones que los estudiantes han tenido con personas con discapacidad, ya que cierto porcentaje de esta población aún mantiene un trato diferenciado, condescendiente y

paternalista con las personas con discapacidad. El intercambio social entre los profesionales de la salud y sus pacientes debe garantizar un ambiente de confianza que coadyuve al diagnóstico, a la adhesión del tratamiento y los objetivos del mismo sin vulnerar los derechos fundamentales de los individuos (Akrami, Ekehammar, y Claesson, 2006; Calvo, 2016).

El doceavo ítem menciona “Trato a las personas con discapacidad de igual manera y con respeto”. El 91.7% de los estudiantes encuestados estuvo de acuerdo con esta afirmación. La nueva cultura que promueve el respeto y el trato igualitario a todo tipo de personas proviene de la identificación de los privilegios de unos pocos y las situaciones de desigualdad de muchos. Los prejuicios afectan a toda la sociedad y limitan el crecimiento personal de cada individuo, por lo que se vuelve importante que en todos los niveles de educación básica y superior se fomente la creación integral de profesionales con una vocación humanista, tratando con respeto y consideración a las personas con discapacidad. La formación universitaria debe fomentar la cultura de respeto a las personas con discapacidad reconociendo que ésta es sólo un componente más de la diversidad humana (Pérez, Baute, y Luque, 2017). Aunque una minoría no está de acuerdo con esta aseveración, se hace énfasis en el hecho de que actualmente se busca que todos sean integrados de la misma manera, respetando las diferencias y celebrando la diversidad en todos los aspectos. El trato distintivo y estigmatizante que suelen tener los profesionales de la salud hacia a las personas con discapacidad suele estar basado en que sólo consideran las deficiencias en su estructura corpórea y las alteraciones funcionales evidentes al ojo clínico (García de la Cruz, 2008). Estas percepciones siguen cimentadas en el pasado histórico de la discapacidad, específicamente en el Modelo Médico-Rehabilitador, por lo que se vuelve imperante concientizar al estudiante del área de la salud desde la formación profesional, para que este cumpla con su rol y se integre a la cultura de visibilización de la diversidad humana.

Experiencias positivas y negativas sobre las personas con discapacidad (PcD).

Las experiencias, junto a las ideas, creencias y actitudes, son elementos que deben ser estudiados para conocer la percepción del individuo hacia la discapacidad. La gráfica seis se centra en las experiencias positivas de los estudiantes del área de la salud con la discapacidad y está compuesta por tres ítems. El ítem trece cuestionó a los estudiantes sobre su relación o interacción con personas con discapacidad y si ésta ha sido una experiencia positiva a lo cual

81.5% de los participantes estuvo de acuerdo. Este resultado tiene relación directa con la interacción previa, si esta fue dentro de un contexto social adecuado o si fue mediante la experiencia con familiares y personas cercanas que tienen discapacidad. Los estudios relacionados de cómo las interacciones previas condicionan el comportamiento que tienen los estudiantes universitarios hacia las personas con discapacidad han sido pocos. Algunos apoyan la idea de que las actitudes positivas provienen del contacto previo sólo con las personas que tienen algún tipo de discapacidad motriz. Otros estudios han encontrado actitudes negativas en aquellas personas cuyo contacto previo con la discapacidad fue una experiencia adversa, condicionada por el contacto con personas que requerían cuidados y servicios demandantes (Arellano, Gaeta, Peralta, y Cavazos, 2019; Parasuram, 2006). Por otro lado, se han realizado estudios que toman en cuenta las experiencias de las personas con discapacidad y cómo estas se relacionan en un ambiente con barreras actitudinales. Pérez (2019) estudió el contexto universitario de los alumnos con discapacidad y las situaciones a las que se enfrentan cuando existen actitudes negativas en sus profesores, poca sensibilización del personal administrativo y comportamientos prejuiciosos de sus compañeros. Conocer esta visión ayuda a plantear nuevas estrategias para sensibilizar a la comunidad universitaria y hacerlos conscientes sobre el papel fundamental que desempeñan en la inclusión de las personas con discapacidad.

El ítem catorce plantea la siguiente situación: “al convivir en un grupo dónde hay al menos una persona con discapacidad, la he hecho sentir como un integrante más”. Los resultados indican que el 85.3% de los estudiantes del área de la salud han integrado a las personas con discapacidad en su círculo social. Esto es un resultado positivo, ya que los estudiantes que han incluido en su grupo cercano a personas con discapacidad pueden trasladarlo a la asistencia sanitaria. El apoyo social y el sentido de pertenencia son clave para que una persona con discapacidad encuentre una fuente importante de ayuda práctica, soporte y bienestar emocional. Asimismo, el desarrollo de habilidades sociales es un importante predictor de bienestar psicológico a lo largo de la vida (Razquin, 2020). Esto nos muestra la directriz a seguir para que los estudiantes del área de la salud generen sentimientos de empatía e inclusión, ya que estos tienen la encomienda de procurar el cuidado, rehabilitación e integración social de las personas con discapacidad (Barcena, Cruz, y Jenkins, 2018; Vergel, 2016).

El quinceavo ítem describe el siguiente supuesto: “Me he encontrado en una situación dónde una PcD requirió mi ayuda y estuve dispuesto a brindarla”. El 84.1% de los participantes afirmó estar de acuerdo con esta afirmación, lo cual muestra como los estudiantes son sensibles a las necesidades de otras personas cuyas limitaciones físicas y sociales son detectables a simple vista. La implementación de diferentes actividades altruistas con personas con discapacidad ha demostrado ser una herramienta de gran valor para conocerla, normalizarla, empatizar con ella y derribar barreras y estereotipos que impiden la inclusión en diferentes escenarios (Fundación Adecco, 2019). La tendencia a la sobreprotección debida al desconocimiento hace que las personas con discapacidad sientan que no pueden desarrollarse en un ambiente con igualdad de oportunidades que el resto, por lo tanto, es de gran valía que los estudiantes del área de la salud estén dispuestos a ayudar sólo cuando la situación lo requiere. Aún cuando la mayoría de los estudiantes del área de la salud han tenido este tipo de experiencias positivas con las personas con discapacidad, cierto porcentaje no, quizá por que en su ambiente no se les ha presentado la oportunidad o bien, porque mostraron indiferencia a la situación, lo cual sería objeto de más estudios al respecto sobre las causas de tales actitudes. El informe de la Fundación Adecco (2019) sobre discapacidad y relaciones sociales menciona que la indiferencia y los prejuicios son las causas que subyacen tras la discriminación. Mediante la teoría de la acción razonada Ajzen (1974) analiza las intenciones y como estas determinan el comportamiento de manera causal. El autor menciona que las intenciones se originan de la presión social que se ejerce en el individuo por parte de sus referentes cercanos para incitarlo a que este actúe de una manera u otra. Tener en cuenta esta condicionante pone en perspectiva que no basta con tener ideas y creencias inclusivas cuando en la práctica se toman en cuenta las normas sociales basadas en el pasado histórico de la discapacidad

La gráfica siete muestra los resultados de las experiencias negativas que los estudiantes de ciencias de la salud han tenido en su interacción con personas con discapacidad y está integrado por cuatro ítems. El ítem número dieciseis plantea lo siguiente: “He estado en una situación dónde se discriminó a una PcD y no hice nada al respecto”. Se observó que el 84.6% de los estudiantes encuestados estuvo en desacuerdo con esta afirmación. Esto supone un resultado positivo ya que la mayor parte de los estudiantes encuestados es capaz de responder asertivamente cuando una persona con discapacidad está viviendo una situación de

discriminación. En una sociedad tan diversa, ser “diferente” tiene dos connotaciones: una que puede enriquecer el desarrollo de las personas y otra, que puede crear distinciones. La discriminación se ejerce cuando se marcan estas desigualdades y hay personas que se sienten superiores a otras o que las valoran negativamente por el hecho de ser diferentes (Alonso, Navarro, y Vicente, 2008). Cuando se conocen los motivos de la discriminación hacia las personas con discapacidad, se pueden orientar las acciones para que la comunidad universitaria vele por la aplicación de derechos. Diversos estudios señalan actitudes positivas hacia las personas con discapacidad por parte de los estudiantes universitarios, ya que valoran sus capacidades, son conscientes de la importancia de defender los derechos de este grupo, reconocen su valía personal y no asumen los estereotipos centrados en ideas como la sobreprotección, la victimización y el trato a favor (Arellano, Gaeta, Peralta, y Cavazos, 2019). Es importante mencionar que todavía un porcentaje de la población estudiada muestra indiferencia ante situaciones de segregación. Algunos autores mencionan que la discriminación no siempre es un hecho aislado, ya que las personas con discapacidad también perciben el rechazo y el desprecio en su entorno (Figueroa y Zuñiga, 2020; Jimenez y Huete, 2013).

El ítem diecisiete propone la siguiente situación: “He usado términos como discapacitado, inválido, minusválido y personas con capacidades diferentes para referirme a una PcD”. Se observó que el 46.2% de los estudiantes del área de la salud ha usado este vocabulario para referirse a una persona con discapacidad. Este resultado demuestra que casi la mitad de la población encuestada desconoce el modo en el que debe dirigirse a una persona con discapacidad. Los estudiantes de la salud emplean términos discontinuados y hasta considerados peyorativos, los cuales eran usados en el pasado histórico de la discapacidad. Las palabras que se han empleado a través del tiempo para referirnos a lo que entendemos por discapacidad distan mucho de ser inclusivas y son proclives a marginalizar a las personas que la poseen. Si entendemos que la discapacidad es un concepto que ha evolucionado como resultado de una construcción social, los términos que usamos también deben modificarse a las necesidades existentes de este grupo. Según Molina (2017), la importancia del lenguaje que usamos es que éste se traduce en palabras, y estas configuran normas jurídicas que una vez adoptadas, tienen la finalidad formativa de crear una nueva realidad. El término de persona con discapacidad se emplea en un intento por sustituir palabras como deficiencia,

limitación de la actividad y minusvalía. Sin embargo este término sigue usando connotaciones negativas que se enfocan en que las personas con discapacidad son seres biológicamente imperfectos y que la comunidad debe dividirse en los minoritarios que tienen parámetros biofísicos negativos y en los que están libres de elementos considerados como perturbadores (López, 2007). Por lo que es necesario instruir a la población estudiantil del área de la salud sobre cómo se debe referirse a una persona con discapacidad ya que el uso de un lenguaje políticamente correcto puede representar una manera de eludir los problemas sociales no resueltos, camuflándolos con un uso más cortés del lenguaje.

El décimo octavo ítem propone los siguientes escenarios: “Al menos una vez me he estacionado en un lugar señalado para personas con discapacidad, he negado mi ayuda, he obstruido sus accesos y no he mostrado interés en prestar ayuda”. Los resultados arrojaron que el 94.3% de los estudiantes encuestados estuvieron en desacuerdo con estas afirmaciones. Esto es un resultado positivo si se deduce que los participantes han tenido experiencias en las cuales su comportamiento ha sido guiado por ideas y actitudes no discriminatorias hacia las personas con discapacidad. Como se ha analizado a lo largo de este apartado, las ideas/creencias, actitudes y experiencias son los factores que determinan la percepción y el comportamiento de los estudiantes hacia la discapacidad. Aunado a esto, Novo Corti y otros (2011) estudiaron aspectos como la intención de ayudar a la inclusión, las actitudes hacia la inclusión, la capacidad para ayudar a las personas con discapacidad y la influencia de las normas sociales en la conducta de los estudiantes universitarios. Estas normas sociales tienen que ver con creencias y valores impuestos por sus referentes más cercanos, que son una guía para el comportamiento. Enunciados como “en mi familia, desde pequeño, me han enseñado que debo ayudar a quienes me necesiten” o “mis padres me han enseñado a que cualquiera puede llegar a ser discapacitado y necesitar de los demás” tuvieron mayores puntuaciones en el instrumento aplicado. Estos factores pueden ser objeto de futuros estudios, ya que las normas sociales y las actitudes son aprendidas y están sujetos a cambio, lo que puede dar pie a tomar las acciones necesarias para orientar éstas a la inclusión.

El último ítem menciona: “alguna vez he pensado que las personas con Discapacidad son un estorbo y no me parece que tengan un lugar en la sociedad”. El 96.6% de los estudiantes que participaron en el estudio afirmaron no estar de acuerdo con esta afirmación. Esto puede

considerarse positivo para el avance de la inclusión, equidad y justicia de las personas con discapacidad. El reconocimiento del lugar que tienen las personas con discapacidad dentro de una sociedad diversa facilitará la creación de espacios ideológicos adecuados para que puedan acceder a servicios de salud de calidad. La idea de que las personas con discapacidad son un estorbo proviene del modelo de prescindencia. Este tipo de actitudes menoscavan la dignidad humana y los derechos de las personas con discapacidad. La exclusión, el estigma y el rechazo en la atención sanitaria son particularmente graves, ya que un estudio realizado sobre las discriminaciones percibidas por personas con discapacidad (Jimenez y Huete, 2013) señala que hay un trato poco respetuoso por parte de los profesionales de la salud, aunado a tienen un escaso conocimiento sobre la realidad de las discapacidades. Estos autores encontraron que muchas personas con discapacidad han experimentado actitudes prepotentes, barreras en la comunicación escrita y falta de intérpretes de lengua de señas en urgencias de los hospitales.

9. Conclusiones

El presente trabajo tuvo la finalidad de identificar las ideas/creencias y actitudes de los estudiantes del área de la salud de la BUAP orientadas hacia la inclusión, la equidad y la justicia, por lo que se rechaza la hipótesis alterna y acepta la hipótesis nula. En este sentido podemos afirmar que sus percepciones no se basan en el pasado histórico de la discapacidad, ya que las experiencias y el contacto previo con personas con discapacidad les provee de conocimientos sobre el tema. Por lo tanto, podríamos concluir que su percepción de la discapacidad es positiva y están de acuerdo en participar en la integración de las personas con discapacidad, lo que coincide con diversos estudios sobre las actitudes que los estudiantes universitarios tienen hacia la discapacidad (Acosta, 2018; Akrami, Ekehammar, y Claesson, 2006; Alonso, Navarro, y Vicente, 2008; Araya-Cortes, González-Arias, y Cerpa, 2014; Arellano, Gaeta, Peralta, y Cavazos, 2019; Barcena, Cruz, y Jenkins, 2018; Echeverría y Flores, 2018; Esser y Rojas, 2006; Figueroa y Zuñiga, 2020; Mella, 2007).

Sin embargo, la mayoría de los estudiantes siguen atribuyendo la discapacidad a las deficiencias biológicas e intelectuales de la persona, sin tomar en cuenta los fracasos de la sociedad, la cual no está preparada para integrarlos. Asimismo, los hallazgos exponen que los estudiantes no saben cómo dirigirse a las personas con discapacidad y siguen usando

términos despectivos, sólo porque es lo políticamente correcto (López, 2007), ya que estos no tienen conocimiento sobre el lenguaje inclusivo para las personas con discapacidad. Esto puede ser un gran obstáculo para el proceso de inclusión en el ámbito sanitario, ya que muchos pacientes con discapacidad encuentran barreras principalmente en la comunicación, aunado a que algunos profesionales se dirigen a ellos con prepotencia y achacan todos los problemas de salud a las deficiencias físicas propias de su condición (Jimenez y Huete, 2013).

También se examinó que los estudiantes del área de la salud están dispuestos a ayudar a crear escenarios propicios donde prevalezcan la justicia, la equidad y la inclusión, sin embargo en la práctica hay algunos que prefieren evitar el contacto con las personas con discapacidad, generando diferencias sustanciales entre sus intenciones individuales y las actuaciones reales (Acosta, 2018; Arellano, Gaeta, Peralta, y Cavazos, 2019; Barcena, Cruz, y Jenkins, 2018; Echeverría y Flores, 2018; Novo-Corti, Muñoz-Cantero, y Calvo-Porrall, 2011). El contacto con las personas con discapacidad es un factor indispensable para tener una actitud positiva frente al proceso de discapacidad en el entorno social. Polo, Fernández y Díaz (2011) concluyen que el contacto previo puede ser una variable determinante para que los estudiantes tengan una actitud positiva, ya que aquellas personas que no han interactuado directamente con personas con discapacidad presentan actitudes de rechazo mayores. Es posible que las experiencias positivas los ayuden a establecer vínculos socio-afectivos equitativos con las personas con discapacidad.

El conocimiento también es una variable determinante en el cambio de paradigma de la discapacidad, ya que aún pueden persistir las ideas de la existencia de una “normalidad” en la cual se definen los cuerpos legítimos e ilegítimos, y este conjunto de creencias pueden trasladarse en vivencias que involucran espacios sociales, físicos e interacciones humanas. Molina (2017) reconoce lo necesario que es educar y reeducar a la sociedad al respecto de la diversidad funcional humana aprovechando el aparato escolar, lo cual reafirma Novo-Corti, Muñoz-Cantero, y Calvo-Porrall (2011) en su estudio en el que concluyen que los estudiantes que están dispuestos a integrar a las personas con discapacidad son los que adquirieron conocimientos sobre discapacidad y sociedad en el aula.

Es necesario seguir estudiando estas percepciones, ya que nos ofrece una visión más amplia de las acciones a tomar para que los estudiantes del área de la salud cumplan su rol para

asumir la valía, los derechos, la capacidad de ser y la dignidad de las personas con discapacidad en su práctica profesional (Broyna, 2016). A pesar de que las barreras actitudinales son factores invisibles que pueden dañar desde el centro todo el proceso de inclusión de las personas con discapacidad, estas no han sido un tema recurrente de investigación.

Por lo tanto, se espera que este trabajo sea precursor de diferentes líneas de estudio para analizar las percepciones de la discapacidad que tienen los estudiantes en sus prácticas profesionales y servicio social. Asimismo, se espera que este trabajo sea de interés para establecer acciones y programas educativos que ayuden a todos los estudiantes del área de la salud a conocer la discapacidad, focalizando la atención en el principio de las capacidades, rompiendo las inercias del modelo médico centrado en la acción de un sistema orgánico. Se recomienda que los alumnos puedan tener actividades de interacción con personas con discapacidad con el propósito de que conozcan sus percepciones y hacer eco en sus propuestas. Así como, implementar actividades altruistas hacia este sector, las cuales reforzará las percepciones positivas para que puedan ser aplicadas en su práctica profesional.

Las limitaciones en este trabajo se relacionaron con dos aspectos, el primero fue que sólo se estudiaron las percepciones de la discapacidad en general, y no por sus tipos. Esto puede ser una variable importante, ya que existe la probabilidad de que los estudiantes del área de la salud sólo estén considerando la discapacidad motriz y sensorial, por tener una amplia presencia en la sociedad actual, dejando de lado la discapacidad intelectual y psíquica. Y el segundo fue la tendencia de no contestar lo que se piensa, sino lo que se cree que se debe de contestar de acuerdo con la deseabilidad social y lo que se cree que se espera del comportamiento de los estudiantes.

10. Referencias Bibliográficas

- Acosta, M. (Junio de 2018). Percepción de la discapacidad auditiva entre estudiantes universitarios de ciencias de la salud.
- Aguado, A. L. (1995). *Historia de las Deficiencias*. Tesis, Universidad de Oviedo , Madrid.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1974). Factors influencing intentions and the intention behavior relation. *Human relations*.
- Akrami, N., Ekehammar, B., & Claesson, K. (2006). Clasical and modern prejudice: Attitudes toward people with intelectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 605-617.
- Aleman, M. (2018). Igualdad y diferencia en relación con las personas con discapacidad.(Una crítica a la Observación no(2014)del Comité (UN) de los derechos de las personas con discapacidad.). *Anales de la Cátedra Francisco Suárez*, 201-222.
- Alonso, M., Navarro, R., & Vicente, L. (2008). Actitudes hacia la diversidad en estudiantes universitarios. *Comunicación presentada en las XIII Jornadas de Fomento de la Investigación*, (pág. 16). Castellón. España.
- Araya-Cortes, A., González-Arias, M., & Cerpa, R. C. (2014). Actitudes de universitarios hacia las personas con discapacidad. *Educación y Educadores*, 289-305.
- Arellano, T. A., Gaeta, G., Peralta, L. F., & Cavazos, A. J. (2019). Actitudes hacia la discapacidad en una universidad mexicana. *Revista Brasileira de Educacao*, 20.
- Aznar, C. J. (1991). *Alternativas Teóricas en Percepción: Raíces, Orígenes y actualidad* (Primera ed.). Valencia: Nau Llibres.
- Balas, M. (2007). El tratamiento de las discapacidad en los medios de comunicación. *Comunicación y Discapacidades*, 315-320.
- Baqués, L. (2010). Conocimiento, experiencia y lenguaje. *Justicia, Historia y Verdad. Escrituras de la Memoria*.
- Barcena, S. X., Cruz, T., & Jenkins, J. (febrero de 2018). Actitudes y estereotipos en estudiantes del área de la salud hacia las personas con discapacidad motriz. *Revista Española de Discapacidad*, 6(1).
- Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. (s.f.). Recuperado el 18 de 06 de 2019, de Facultad de Medicina: <https://medicina.buap.mx/?q=content/profesional-asociado>
- Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. (2018). *Anuario Estadístico Institucional 2017-2018*. Puebla: BUAP .
- Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. (11 de 06 de 2019). Obtenido de Facultad de Enfermería: <https://enfermeria.buap.mx/?q=pdf/plan-de-desarrollo>
- Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. (11 de 06 de 2019). Obtenido de Facultad de Estomatología: <http://www.estomatologia.buap.mx/?q=pdf/plan-de-desarrollo-2018-2022>

- Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. (11 de 06 de 2019). Obtenido de Facultad de Medicina: <https://medicina.buap.mx/?q=content/licenciaturas>
- Bermejo, J. (2009). Hacia una salud holística. *Ética, Humanismo y Sociedad*, 115-116.
- Brogna, P. (2009). *Visiones y Revisiones de la Discapacidad* (Primera ed.). (S. V. Mariano, Ed.) México: Fondo de Cultura Económica.
- Brogna, P. (2016). El nuevo paradigma de la discapacidad y el rol de los profesionales de la rehabilitación. *Revista Inclusiones*, 12.
- Byron, M. (2005). What does 'disability' mean for medical students? An exploration of the words medical students associate the term 'disability'. *Blackwell Publishing Ltd Medical Education*, 176-183.
- Cabieses, B., Bernales, M., & Obach, A. P. (2016). *Vulnerabilidad social y su efecto en la salud en Chile: Desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones* (Primera edición ed.). (U. d. Desarrollo, Ed.) Chile: PEFC.
- Calvo, P. R. (2016). La equidad social como elemento esencial para el desarrollo local. En J. A. Márquez Domínguez, *Desarrollo local en territorios de fronteras*. España: Universidad de Huelva.
- Castro de Bustamante, J. (2002). *Análisis de los componentes actitudinales de los Docentes hacia la enseñanza de la Matemática*. Tesis de doctorado, Universitat Rovira I Virgili, Departamento de Pedagogía, Tarragona.
- Cedeño, S., & Cruz, B. (Enero de 2020). Legados representacionales de la discapacidad y su arraigo en la educación inclusiva: posibilidades desde las representaciones sociales. *Polyphonia*, 4(1).
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos . (2018). *Los principales derechos de las personas con discapacidad*. Ciudad de México.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2012). *La discriminación y el derecho a la no discriminación* . Ciudad de México.
- Compeán, D. M., Verde, F. E., Gallardo, H. G., Tamez, G. S., Delgado, S. G., & Ortiz-Hernandez, L. (2006). Diferencias entre hombres y mujeres respecto a la elección de carreras relacionadas con la atención a la salud. *Revista de Estudios de Género. La ventana-*, 204-228.
- Cook, S., & Selltiz, C. (1964). A multiple indicator approach to attitude measurement. *Psychological Bulletin*, 62(32-55).
- Correa, M., & Rúa, J. (julio-diciembre de 2018). La trampa de la Educación Especial: rodeos y laberintos jurisprudenciales para garantizar el derecho a la educación inclusiva de las personas con discapacidad. *Revista Derecho del Estado*(41).
- Crespo, M. O. (2003). Historia de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud(CIF): un largo camino recorrido. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 20-26.

- Data México. (05 de 10 de 2021). *Benemérita Universidad Autónoma de Puebla*. Obtenido de <https://datamexico.org/es/profile/institution/benemerita-universidad-autonoma-de-puebla#:~:text=1%2C344%20Total%20estudiantes-,En%202020%2C%20Benem%C3%A9rita%20Universidad%20Aut%C3%B3noma%20De%20Puebla%20tuvo%2085%2C321%20matriculados,%25%20fueron%20mujer>
- Dewey, J. (1998). Experiencia y pensamiento. En J. Dewey, & Á. Gallardo (Ed.), *Democracia y educación* (pág. 124). Madrid: Ediciones Morata.
- Diez Patricio, A. (Mayo de 2016). Más sobre la interpretación (II) Ideas y creencias. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131).
- Diniz, D. B. (2009). Discapacidad, Derechos Humanos y Justicia. *Revista Internacional de Derechos Humanos*, 65-77.
- Echeita, S. G., & Duk, H. (2008). Inclusión Educativa. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 6(2).
- Echeverría, E., & Flores, G. (2018). Distancia social, creencias estereotípicas y emociones hacia las personas con discapacidad en universitarios mexicanos:diferencias por sexo. *Revista Española de Discapacidad*, 221-239.
- Esser, J., & Rojas, C. (Diciembre de 2006). Representaciones sociales de la Discapacidad. Estudio de opinión en universitarios de las ciencias de la salud de la Universidad de Carabobo. *Investigación en Salud*, 8(3).
- Ferreira, M. A. (2008). La construcción social de la discapacidad: Habitus, estereotipos y exclusión social. *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 13.
- Figueroa, E. E., & Zuñiga, R. (2020). Las barreras actitudinales y estructurales en el proceso de aprendizaje en los estudiantes universitarios con discapacidad. *Revista Metropolitana de Ciencias Aplicadas*, 6-15.
- Francois, D. (2010). *Sociología de la experiencia*. Madrid: Editorial Complutense.
- Fundación Adecco. (2019). *Discapacidad y relaciones sociales*.
- Gallego, I. T. (2007). *Bases teóricas y fundamentos de la fisioterapia*. Madrid España: Editorial Médica Panamericana.
- García de la Cruz, H. J. (2008). La inevitable estigmatización de las personas con discapacidad. En J. A. Ledesma, *La Imagen social de las personas con discapacidad* (págs. 65-87). Madrid: CINCA.
- García, C. E. (2001). Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. *Boletín de RPD*, 15-30.
- Goffman, E. (2006). *Estigma, la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu .
- Gómez, E., & Castillo, D. (2016). Sociología de la discapacidad. *TLA-MELAU, revista de Ciencias Sociales*, 176-194.
- Hernández, L. F., & Miranda, L. F. (2019). *Sociedades discapacitadas: Una mirada de la discapacidad en la Publicidad*. Bogotá, Colombia.

- Hernández, R. M. (2015). El Concepto de Discapacidad: De La Enfermedad al Enfoque de Derechos. *Revista CES Derecho*, 46-59.
- Hernández, S. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ta Edición ed.). (T. C. Ángel, Ed.) México: McGRAW-HILL.
- Hernández, S. R. (2014). Selección de la Muestra. En S. R. Hernandez, & M. I. Martinez (Ed.), *Metodología de la Investigación* (págs. 170-195). Ciudad de México: Mc Graw Hill.
- Herraz Sousa, C. (Noviembre de 2014). Ortega y Gasset, J. (1983). Ideas y Creencias. En Obras Completas. Madrid: Alianza, vol. 5. *SCIO. Revista de Filosofía*, 10(173-176).
- INEGI. (11 de 06 de 2010). Obtenido de Salud y seguridad social: <https://www.inegi.org.mx/temas/discapacidad/>
- INEGI. (2017). *Anuario estadístico y geográfico de Puebla* . México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- Instituto Interamericano del Niño. (2001). La inclusión de la Niñez con Discapacidad. *Programa de Promoción Integral de los derechos del niño PRODER*, (pág. 17). Montevideo.
- Instituto Nacional de Administración Pública A. C. (2018). La inclusión y los derechos de las personas con discapacidad y su incidencia en la políticas públicas. *Revista de Administración Pública*, 252.
- Jimenez, L., & Huete, G. A. (2013). *La discriminación por motivos de discapacidad. Análisis de las respuestas recibidas al cuestionario sobre discriminación por motivos de discapacidad promovido por el CERMI Estatal*.
- Kallens, P. A. (2012). *Percepción Directa: El enfoque ecológico como alternativa al cognitivismo en la percepción*. Informe Fonl de Seminario de Grado, Universidad de Chile, Departamento de Filosofía, Santiago, Chile.
- Lazuela, C. (2002). *Dioses y monstruos* . Barcelona: Rube Ciencia.
- López, A. (2007). Terminología ¿Diversidad Funcional o (dis)capacidad? *Comunicación e Discapacidades*, 331-333.
- Maldonado, V. (septiembre- diciembre de 2013). El modelo social de la discapacidad: una cuestión de derechos humanos. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*(138).
- Martinez, L., & Alonso, G. (2021). Romper con el paternalismo, el empoderamiento de las personas. *Cuadernos de Gobierno y Administración Pública*, 41-53.
- Mella, S. G. (2007). Actitudes de los estudiantes de la salud en la Universidad de Chile hacia las personas con discapacidad. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 14.
- Ministerio de planificación. (2010). Recuperado el 11 de 09 de 2019, de Biblioteca del Congreso Nacional de Chile/BCN: <http://bcn.cl/1uvqg>
- Molina, S. (2017). *La discapacidad empieza en tu mirada. Las situaciones de discriminación por motivo de diversidad funcional: escenario jurídico, social y educativo*. España: Delta Publicaciones Universitarias.

- Monje, C. (2011). *Metodología de la Investigación cuantitativa y cualitativa: Guía didáctica* (Programa de Comunicación social y periodismo ed.). (F. d. humanas, Ed.) Neiva: Universidad Surcolombiana.
- Montoros, J. (1991). *Los ciegos en la historia*. Madrid: ONCE.
- Muñoz-Cantero, J. M., Novo-Corti, I., & Espiñeira, B. (2013). La inclusión de los estudiantes universitarios con discapacidad en las universidades presenciales: actitudes e intención de apoyo por parte de sus compañeros. *Estudios sobre la educación*, 103-124.
- Murillo, T. F., & Hernández, C. (2011). Hacia un Concepto de Justicia Social. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 7-23.
- Novo-Corti, I., Muñoz-Cantero, J., & Calvo-Porrá, C. (2011). Análisis de las actitudes de los jóvenes universitarios hacia la discapacidad: un enfoque desde la teoría de la acción razonada. *Revista electrónica de Investigación y Evaluación Educativa*, 27.
- OMS. (s.f.). Recuperado el 12 de 02 de 2019, de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/topics/disabilities/es/>
- OMS. (2001). *CIF*. Santander.
- ONU. (1988). *Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad*. Madrid, España: ARTEGRAF.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). Recuperado el 18 de 06 de 2018, de Discapacidad y Rehabilitación: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (09 de 08 de 2021). *Discapacidad y Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
- Ortega, S., & Plancarte, C. (2017). Discapacidad: factores de riesgo y prevención y profesionales relacionados. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 183-196.
- Otzen, T. M. (Diciembre de 2017). Muestreo sobre una Población a Estudio. *Int. J. Morphol*, 35(1).
- Padilla, M. A. (2015). Percepción de competencia para orientar estudiantes escolares con discapacidad y problemas emocionales. *Revista Fac. Med.*, 93-100.
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (Primera ed.). Madrid: CINCA.
- Parasuram, K. (2006). Variables that affect teachers' attitudes towards disability and inclusive education in Mumbai, India. *Disability & Society*, 231-242.
- Pérez, C. J. (2019). Entre barreras y facilitadores: las experiencias de los estudiantes universitarios con discapacidad. *Sinéctica*, 22.
- Pérez, P., Baute, R., & Luque, E. (2017). Estrategia para la formación de una cultura de respeto a las personas con discapacidad en el entorno universitario. *Universidad y Sociedad*, 148-156.
- Planella, R. J. (2006). *Subjetividad, Disidencia y Discapacidad: Prácticas de Acompañamiento Social*. España: Fundación ONCE.

- Polo, S., Fernández, J., & Díaz, B. (2011). Estudio de las actitudes de estudiantes de Ciencias Sociales y Psicología: relevancia de la información y contacto con personas discapacitadas. *Universitas Psychologica*, 113-123.
- Razquin, P. (2020). *Relaciones afectivas en discapacidad intelectual*. UNIR.
- Real Academia Española. (2021). Recuperado el 05 de 05 de 2021, de Diccionario de la lengua española: <https://dle.rae.es/idea>
- Real Academia Española. (2021). Recuperado el 6 de Mayo de 2021, de Diccionario de la Lengua española: <https://dle.rae.es/creencia>
- Real Academia Española. (2021). Recuperado el 6 de Mayo de 2021, de Diccionario de la lengua española: <https://dle.rae.es/actitud>
- Real Academia Española. (2021). Recuperado el 7 de Mayo de 2021, de Diccionario de la lengua española: <https://dle.rae.es/experiencia>
- Real Academia Española. (2021). Recuperado el 12 de Mayo de 2021, de Diccionario de la lengua española: <https://dle.rae.es/discapacidad>
- Real Academia Española. (09 de 07 de 2021). *Diccionario de la lengua española*. Obtenido de <https://dle.rae.es/equidad?m=form>
- Real Academia Española. (12 de 07 de 2021). *Diccionario de la lengua española*. Obtenido de <https://dle.rae.es/justicia>
- Robbins, S. P. (2009). *Comportamiento Organizacional* (Primera ed.). (P. M. Rosas, Ed.) México: Pearson Educación.
- Rodríguez, B. L. (2003). La imagen del otro en relación a la discapacidad. Reflexiones sobre alteridad. *Docencia e Investigación: revista de la Escuela Universitaria de Magisterio*, 145-177.
- Sousa, D. V., Driessnack, M., & Costa, I. (mayo-junio de 2007). Revisión de Diseños de Investigación. *Revista Latino-am Enfermagem* 2007, 15(3).
- Sweet, V. F. (2021). *Sheehy. Enfermería de urgencias. Principios y práctica* (7a ed.). (A. E. Ríos, Ed.) Italia: Elsevier.
- Tristán, L. (2008). Modificación al Modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. *Avances en Medición*, 6.
- Ubillos, S. M. (2004). Actitudes: Definición y Medición. Componentes de la actitud, modelo de la acción razonada y acción planificada. En D. F. Páez, & P. Hall (Ed.), *Psicología Social, Cultura y Educación* (pág. 982). Madrid: Pearson.
- Urmeneta, X. (2010). Discapacidad y Derechos Humanos. *Norte de Salud Mental*, 65-74.
- Velarde, L. V. (Diciembre de 2012). Los modelos de Discapacidad: un recorrido histórico. *Revista Empresa y Humanismo*, 15(1).

- Venturiello, M. (2013). Los cuerpos con discapacidad en los diferentes ámbitos sociales: espacios físicos e interacciones sociales. *VII Jornadas de Jóvenes Investigadores* (pág. 21). Buenos Aires: Acta Académica.
- Verde, F., Gallardo, H. G., Compeán, D. S., & Tamez, G. S. (2007). Motivos de elección de carrera en mujeres estudiantes de profesiones de la salud. *Educación Médica*, 4451.
- Vergel, G. T. (2016). La humanización del cuidado en el currículo del programa de Enfermería, una apuesta de la fundación universitaria de ciencias de la salud. *Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud*, 28.
- Victoria, J. (2013). El Modelo Social de la Discapacidad: Una cuestión de Derechos Humanos. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, 1093-1109.
- Villanueva, C. E. (2005). Las clasificaciones de la enfermedad y la discapacidad de la OMS. *Fisioterapia*, 274-283.
- Zubilaga, A. A. (2013). La discapacidad en la percepción de la tecnología entre estudiantes universitarios. *Revista Científica de Educomunicación* , 165-172.

11. Anexos

Anexo 1: Instrumento de medición de la percepción de la Discapacidad

Medición de la percepción de la Discapacidad						
Edad:		Licenciatura o profesión asociada al área de la salud a la que pertenece	Generación :			
Género:						
<i>Instrucciones: Por favor lea con atención cada afirmación y conteste si está de acuerdo o en desacuerdo según corresponda, marcando con una cruz (X), la opción que usted considere. Señale su opinión teniendo en cuenta que: 1= Totalmente en desacuerdo; 2 = Algo en desacuerdo; 3 =Ni acuerdo, ni desacuerdo; 4= Algo de acuerdo; y, 5 = Totalmente de acuerdo.</i>						
1. Las personas con discapacidad son aquellas que tienen alguna deficiencia física, cognitiva o intelectual.	1	2	3	4	5	
2. Las personas con discapacidad son representadas en los medios de comunicación como personas con conocimientos, habilidades y destrezas inferiores, diferentes a las personas sin discapacidad.	1	2	3	4	5	
3. La sociedad es quien tienen actitudes negativas y espacios inadecuados para las personas con discapacidad.	1	2	3	4	5	
4. Las personas con discapacidad son capaces de realizar las actividades que se propongan.	1	2	3	4	5	
5. Los profesionales de la salud deben propiciar escenarios/ambientes donde se incluyan a las personas con discapacidad.	1	2	3	4	5	
6. Como profesional de la salud debería tener actitudes positivas hacia las personas con discapacidad.	1	2	3	4	5	
7. Procuero evitar cualquier tipo de contacto con las personas con discapacidad.	1	2	3	4	5	
8. La imagen de una persona con discapacidad me genera sentimientos de lástima, desagrado.	1	2	3	4	5	

9. Una persona con discapacidad debe de gozar de los mismos derechos e igualdad de oportunidades a los de una persona sin discapacidad.	1	2	3	4	5
10. Me siento cómodo/a en presencia de personas con discapacidad.	1	2	3	4	5
11. Cuando interactúo con una persona con discapacidad, la trato igual que a las demás personas	1	2	3	4	5
12. Trato a las personas con discapacidad y sin discapacidad de igual manera y con respeto.	1	2	3	4	5
13. Mi relación o interacción con las personas con discapacidad ha sido una experiencia positiva.	1	2	3	4	5
14. Al convivir en un grupo dónde hay al menos una persona con discapacidad, la he hecho sentir como un integrante más.	1	2	3	4	5
15. Me he encontrado en una situación dónde una persona con discapacidad requirió mi ayuda y estuve dispuesto a brindarla.	1	2	3	4	5
16. He estado en una situación dónde se discriminó a una persona con discapacidad y no hice nada al respecto.	1	2	3	4	5
17. He usado términos como discapacitado, inválido, minusválido y personas con capacidades diferentes, para referirme a una persona con discapacidad.	1	2	3	4	5
18. Al menos una vez me he estacionado en un lugar señalado para personas con discapacidad, he negado mi ayuda, he obstruido sus accesos y no he mostrado interés en prestar ayuda.	1	2	3	4	5
19. Alguna vez he pensado que las personas con Discapacidad son un estorbo y no me parece que tengan un lugar en la sociedad.	1	2	3	4	5

Fuente: elaboración propia.

Anexo 2: Instrumento para validar el instrumento de medición

Guía de Validez de constructo por experto				
<p>Estimado investigador por medio del presente reciba saludos cordiales, al mismo tiempo agradezco haber accedido a evaluar el siguiente instrumento, el cual lleva por nombre “medición de las percepciones de la discapacidad”. El objetivo del instrumento, que es lo que se valida, es conocer la percepción que tienen los alumnos del área de la salud sobre la discapacidad.</p> <p>Instrucciones: Lea detenidamente los constructos y determine si es pertinente, relevante y sí cumple con los aspectos formales de redacción para su comprensión.</p>				
Constructo	Pertinente (Si / No)	Relevante (Si / No)	Aspectos formales de la redacción (Adecuados / inadecuados)	Observaciones
1.Las personas con discapacidad son aquellas que tienen alguna deficiencia física, cognitiva o intelectual.				
2.Las personas con discapacidad son representadas en los medios de comunicación como personas con conocimientos, habilidades y destrezas inferiores, diferentes a las personas sin discapacidad.				
3.La sociedad es quien tiene las actitudes negativas y espacios inadecuados para las personas con discapacidad.				
4.Las personas con discapacidad son capaces de realizar las actividades que se propongan				
5. Los profesionales de la salud deben propiciar los escenarios/ambientes donde se incluyan a las personas con discapacidad.				
6. Como profesional de la salud debería tener actitudes positivas hacia las personas con discapacidad.				

7. Procuero evitar cualquier tipo de contacto con las personas con discapacidad.				
8. La imagen de una persona con discapacidad me genera sentimientos de lástima, desagrado.				
9. Una persona con discapacidad debe de gozar de los mismos derechos e igualdad de oportunidades a los de una personas sin discapacidad.				
10. Me siento cómodo/a en presencia de personas con discapacidad.				
11. Cuando interactúo con una persona con discapacidad, la trato igual que a las demás.				
12. Trato a las personas con discapacidad y sin discapacidad de igual manera y con respeto.				
13. Mi relación o interacción con las personas con discapacidad ha sido una experiencia positiva.				
14. Al convivir en un grupo dónde hay al menos una persona con discapacidad, la ha hecho sentir un integrante más.				
15. Me he encontrado en una situación dónde una persona con discapacidad requirió mi ayuda y estuve dispuesto a brindarla.				
16. He estado en una situación dónde se discriminó a una persona con discapacidad y no hice nada al respecto.				
17. He usado términos como discapacitado, inválido, minusválido y persona con capacidades diferentes para referirme a una persona con discapacidad.				

18. Al menos una vez me he estacionado en un lugar señalado para personas con discapacidad, he negado mi ayuda, he obstruido sus accesos y no he mostrado interés en prestar ayuda.				
19. Alguna vez he pensado que las personas con discapacidad son un estorbo y no me parece que tengan un lugar en la sociedad.				

Fuente: elaboración propia.

Anexo 3: Formato digital del Instrumento en Google Forms

No se pueden editar las respuestas

Percepción de las personas con Discapacidad

Llene los siguientes datos antes de contestar el cuestionario

***Obligatorio**

Edad *

22

Género *

Mujer

Hombre

Licenciatura o profesión asociada a ciencias de la salud a la que pertenece *

Nutrición Clínica

Generación *

Generación 2019

Instrucciones

Seleccione la opción que usted considere correcta de cada afirmación realizada.

1. Las personas con discapacidad son aquellas que tienen alguna deficiencia física, cognitiva o intelectual. *

Totalmente en desacuerdo

En desacuerdo

Ni de acuerdo ni en desacuerdo

De acuerdo

Totalmente de acuerdo

2. Las personas con discapacidad son representadas en los medios de comunicación como personas con conocimientos, habilidades y destrezas inferiores, diferentes a las personas sin discapacidad. *

Totalmente en desacuerdo

En desacuerdo

Ni de acuerdo ni en desacuerdo

De acuerdo

Totalmente de acuerdo

Fuente: elaboración propia.

3. La sociedad es quien tienen actitudes negativas y espacios inadecuados para las personas con discapacidad. *

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

4. Las personas con discapacidad son capaces de realizar las actividades que se propongan. *

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

5. Los profesionales de la salud deben propiciar escenarios/ambientes donde se incluyan a las personas con discapacidad. *

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

6. Como profesional de la salud debería tener actitudes positivas hacia las personas con discapacidad. *

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

7. Procuero evitar cualquier tipo de contacto con las personas con discapacidad. *

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Fuente: elaboración propia.

8. Una persona con discapacidad debe de gozar de los mismos derechos e igualdad de oportunidades a los de una persona sin discapacidad. *

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

9. La imagen de una persona con discapacidad me genera sentimientos de lástima, desagrado. *

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

10. Me siento cómodo/a en presencia de personas con discapacidad. *

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

11. Cuando interactúo con una persona con discapacidad, la trato igual que a las demás personas. *

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

12. Trato a las personas con discapacidad y sin discapacidad de igual manera y con respeto. *

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Fuente: elaboración propia.

13. Mi relación o interacción con las personas con discapacidad ha sido una experiencia positiva. *

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

14. Al convivir en un grupo dónde hay al menos una persona con discapacidad, la he hecho sentir como un integrante más. *

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

15. Me he encontrado en una situación dónde una persona con discapacidad requirió mi ayuda y estuve dispuesto a brindarla. *

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

16. He estado en una situación dónde se discriminó a una persona con discapacidad y no hice nada al respecto. *

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

17. He usado términos como discapacitado, inválido, minusválido y personas con capacidades diferentes, para referirme a una persona con discapacidad. *

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Fuente: elaboración propia.

18. Al menos una vez me he estacionado en un lugar señalado para personas con discapacidad, he negado mi ayuda, he obstruido sus accesos y no he mostrado interés en prestar ayuda.*

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

19. Alguna vez he pensado que las personas con Discapacidad son un estorbo y no me parece que tengan un lugar en la sociedad.*

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Gracias por su participación

Enviado: 2/2/21 19:37

Fuente: elaboración propia.