



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"Programa de intervención para promover la comunicación sobre sexualidad en padres de jóvenes sordos"

ACTIVIDAD DE INVESTIGACIÓN-REPORTE
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)
Ileri Lizbeth López Vertti

Directora: Dra. **Susana Xóchitl Bárcena Gaona**
Dictaminadores: Dr. **José Manuel Meza Cano**
Dr. **Juan Pablo Rugerio Tapia**



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mi abuelito Pato...

*No conseguí convertir los “Ya casi” de
cada visita y cada llamada, en un “Ya
terminé” antes de despedirnos.*

*Pero quizás, desde algún lado, sabes que
lo logré.*

AGRADECIMIENTOS

Al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la Universidad Nacional Autónoma de México, por el financiamiento que permitió la realización del proyecto de investigación con clave IA303519 y por la beca otorgada a lo largo de la elaboración de este trabajo y el proceso de titulación.

A la doctora Susana Bárcena Gaona, por el increíble apoyo que me ha brindado desde que supe este era el campo donde deseaba crecer, por toda la confianza y cada oportunidad de un nuevo aprendizaje y por compartir conmigo no sólo sus conocimientos, sino también la pasión por lo que hace, la cual me ha inspirado enormemente y me ha motivado a seguir en los puntos más críticos de los últimos dos años.

A mis sinodales; al doctor José Manuel Meza Cano, porque sin su expertiz, su paciencia y su gran guía, este proyecto no habría superado de forma tan innovadora los retos a los que se enfrentó durante la pandemia, y al doctor Juan Pablo Rugerio Tapia, por su tiempo y sus valiosos comentarios.

Al equipo multidisciplinario colaboró en la elaboración del material didáctico que dio cuerpo a este proyecto y a las madres, padres y tutores que participaron en sus distintas fases.

A mi familia, por tanto que dan y tanto que hacen por mí; me queda una vida entera para intentar retribuir al menos un poco de todo el corazón que han puesto en que logre lo que deseo lograr. Cada paso es también suyo. No hay para mí mayor ejemplo de dedicación, trabajo duro y valentía, que mis papás, mi hermana y mis abuelos.

A Atzin, por ser quien es y a su familia, por hacerme un lugar en su mesa, por compartir conmigo su tiempo, su espacio e incluso un poco más.

CONTENIDO

RESUMEN.....	i
ABSTRACT.....	ii
INTRODUCCIÓN.....	1
1. SEXUALIDAD EN PERSONAS SORDAS.....	13
1.1 Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos.....	13
1.2 Mitos sobre la discapacidad y su impacto en la salud sexual.....	19
1.3 Educación sexual en personas sordas.....	32
1.3.1 Discapacidad Auditiva y Comunidad Sorda.....	32
1.3.2 Tendencias en la educación sexual de los sordos.....	36
1.3.3 Barreras para el Acceso a Información, Servicios y Educación Sexual.....	47
1.3.3.1 Barreras comunicativas.....	48
1.3.3.2 Barreras de accesibilidad.....	51
1.3.3.3 Barreras actitudinales.....	53
1.3.3.4 Barreras culturales.....	55
1.4 Problemas de salud sexual y reproductiva en personas sordas.....	56
1.4.1 Conocimientos, actitudes y perfil de riesgo.....	56
1.4.2 ITS y VIH/SIDA.....	58
1.4.3 Embarazo y aborto.....	61
1.4.4 Abuso sexual y violencia en el noviazgo.....	64
1.5 Conclusiones.....	69
2. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN DIRIGIDOS A PROMOVER LA COMUNICACIÓN SOBRE SEXUALIDAD.....	71
2.1 Comunicación padres-hijo sobre sexualidad.....	71
2.2 Programas de intervención dirigidos a padres de hijos sin discapacidad.....	91
2.3 Programas de intervención dirigidos a padres de hijos con discapacidad.....	104
2.4 Conclusiones.....	114

3. DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN LÍNEA PARA PROMOVER LA COMUNICACIÓN SOBRE SEXUALIDAD EN PADRES DE JÓVENES SORDOS.....	120
3.1 Características y consideraciones éticas para el diseño de programas psicoeducativos en línea.....	120
3.2 Antecedentes de estrategias en línea dirigidas a promover la salud sexual.....	126
3.2.1 Población sin discapacidad.....	127
3.2.2 Población con discapacidad.....	131
3.3 Diseño del programa de intervención.....	136
3.3.1 Planteamiento del problema.....	136
3.3.2 Pregunta de investigación.....	138
3.3.3 Objetivo general.....	138
3.3.4 Objetivos específicos.....	138
3.3.5 Fundamentos teóricos.....	139
3.3.6 Descripción del procedimiento.....	140
3.3.6.1 Fase 1. Diagnóstico.....	140
3.3.6.2 Fase 2. Instrucción.....	142
3.3.6.3 Fase 3. Diseño.....	142
3.3.6.4 Fase 4. Implementación.....	147
3.3.7 Contenidos.....	148
3.3.8 Duración.....	149
3.3.9 Estrategias didácticas.....	151
3.3.10 Evaluación.....	152
3.4 Ejemplo de desarrollo de un tema: Violencia en el noviazgo.....	152
3.5 Conclusiones.....	164
4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	166
REFERENCIAS.....	179
ANEXOS.....	215

RESUMEN

Los jóvenes sordos se enfrentan a barreras de comunicación que dificultan su acceso a servicios e información y aumentan el riesgo de padecer problemas de salud sexual y reproductiva. Los padres de estos jóvenes requieren material accesible para establecer una comunicación sobre sexualidad efectiva. En el contexto de la pandemia por COVID-19, es fundamental diseñar programas en línea para dotarles de habilidades, conocimientos y recursos para atender las necesidades de sus hijos. El objetivo de este estudio fue elaborar un curso en línea dirigido a padres de jóvenes sordos mexicanos para promover la comunicación sobre sexualidad. Este proceso constó de cuatro fases: 1. Diagnóstico, 2. Instrucción, 3. Diseño, 4. Implementación. Se obtuvieron 122 recursos digitales que conforman el curso en línea “La comunicación sobre sexualidad está en tus manos”, integrado por 17 unidades: presentación, prueba diagnóstica, material de apoyo en Lengua de Señas Mexicana, 12 temáticas de sexualidad basadas en el modelo de Diseño Instruccional de Merrill (2002), prueba final y materiales adicionales. Estas unidades fueron implementadas en una plataforma Moodle versión 3.5. En el futuro se buscará evaluar la efectividad del curso para promover la comunicación sobre sexualidad, analizar sus alcances y limitaciones.

ABSTRACT

Deaf youth face communicational barriers that difficult their access to information and services, and increase their risk of sexual and reproductive health problems. Parents of these youth require accessible material to establish effective communication about sexuality. In the context of the COVID-19 pandemic, it is essential to design online programs to provide them with skills, knowledge and resources to meet their children's needs. The purpose of this study was to develop an online course for parents of deaf Mexican youth to promote communication about sexuality. This process consisted of four phases: 1. Diagnosis, 2. Instruction, 3. Design, 4. Implementation. 122 digital resources were obtain that make up the online course "Communication about sexuality is in your hands", consisting of 17 units: presentation, diagnostic test, support material in Mexican Sign Language, 12 sexuality themes based on the Instructional Design model of Merrill (2002), final test and additional materials. These units were implemented on a Moodle version 3.5 platform. In the future, we'll seek to evaluate the effectiveness of the course to promote communication about sexuality, analyze its scopes and limitations.

INTRODUCCIÓN

El protocolo de investigación en el cual se inserta el presente reporte se denomina "Programa de Intervención para Promover la Comunicación sobre Sexualidad en Padres de Jóvenes Sordos" y fue elaborado por la Dra. Susana Xóchitl Bárcena Gaona (responsable) y la Dra. Silvia Susana Robles Montijo (corresponsable) dentro del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la UNAM, con clave IA303519. Dicho proyecto contó con financiamiento para realizarse en dos años (2019-2020).

Antecedentes y Justificación

Las personas sordas integran un grupo sumamente diverso que, debido a las barreras presentes en distintos escenarios de la vida cotidiana, no suelen beneficiarse de la información sobre sexualidad en contextos formales e informales (Bartlett, 2015; Job, 2004; Mphra, 2013a; Suter et al., 2012). Diferentes investigaciones señalan que las personas sordas tienen pocos conocimientos sobre sexualidad, son un blanco fácil de agresión sexual, viven altos índices de violencia en sus relaciones y, comparadas con la población oyente, son más vulnerables ante las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), que, sin el debido control, puede ocasionar Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). En México, las estadísticas oficiales sobre estos problemas de salud sexual y reproductiva no incluyen ni especifican su prevalencia en población sorda.

Datos provenientes de otros países, señalan que el índice del VIH en población sorda dobla en proporción al de las personas oyentes (Banco Mundial & Universidad de Yale, 2004) y que estas personas tienen hasta tres veces más probabilidades de contraer una ITS que la población oyente (Touko et al., 2010). Los jóvenes y adolescentes sordos representan un sector aún más vulnerable y desinformado que los adultos sordos (Mphra et al., 2017). Es frecuente que los jóvenes sordos universitarios reporten haber sido forzados a alguna actividad sexual no deseada antes de los 18 años (Roberts, 2016) y que se encuentren en relaciones de pareja altamente violentas, aunque tengan un nivel aceptable de conocimiento preventivo de la violencia en el noviazgo (Anderson & Kobek, 2011; Crowe, 2010). En

México, los jóvenes sordos, en contraste con los oyentes, tienen 93.6 por ciento de probabilidad de ser forzados en su primera relación sexual, 91 por ciento de volver a ser forzados en relaciones subsecuentes y 75 por ciento de adquirir una ITS (Bárcena & Robles, 2016).

El proyecto general del que este reporte se desprende, tiene como antecedentes directos dos investigaciones financiadas por el PAPIIT (Bárcena et al., 2017; Robles et al., 2015), que han dirigido sus esfuerzos a promover la salud sexual de jóvenes con discapacidad. Por un lado, Bárcena et al. (2017), con fundamento en el modelo de DiIorio et al. (2001), investigaron el papel que juegan los padres en la salud sexual de sus hijos con discapacidad; los autores evaluaron la comunicación padres-hijo sobre sexualidad y variables asociadas a esta, tales como la autoeficacia percibida y las expectativas hacia dicha comunicación, encontrándose una correlación positiva entre tales variables. Estos hallazgos permitieron diseñar y probar la eficacia de un programa de intervención dirigido a padres de jóvenes con discapacidad intelectual (Bárcena et al., 2020), lográndose un incremento en el número de temas de sexualidad que los padres platicaron con sus hijos después de la intervención. Sin embargo, no fue posible evaluar los efectos de esta intervención sobre el comportamiento sexual de los jóvenes con discapacidad intelectual, debido a las escasas habilidades verbales y de lectoescritura identificadas en ellos, que impidieron dar respuesta a los instrumentos.

Por otra parte, Robles et al. (2015) desarrollaron una investigación para conocer los factores relacionados con el embarazo no deseado y el abuso sexual en jóvenes mexicanos con discapacidad auditiva. En dicha investigación las autoras construyeron y validaron el *Cuestionario computarizado sobre salud sexual para jóvenes mexicanos con discapacidad auditiva*, formado por una serie de instrumentos, entre los cuales se encuentran: dos escalas que miden la frecuencia con la cual los jóvenes sordos se comunican con sus padres y con sus madres sobre once temas vinculados con el cuidado de la salud sexual; un inventario de comportamiento sexual, y cinco indicadores de abuso sexual. Con tales instrumentos es posible evaluar el impacto de un programa de intervención para promover la comunicación de los padres que tienen hijos con discapacidad auditiva, sobre el comportamiento sexual de

estos últimos, aspecto que constituye el propósito fundamental del proyecto de investigación general del que deriva este reporte.

Distintos programas de intervención han resultado eficaces para promover la comunicación sobre temas de sexualidad en padres de hijos oyentes (Campero et al., 2011; DiIorio, 2007; Guilamo-Ramos et al., 2011; Lederman, 2008; Schuster et al., 2008; Villarruel et al., 2008) y padres de hijos con otras discapacidades intelectuales y del desarrollo (Bárcena et al., 2020; Clatos & Azare, 2016; Frank & Sandman, 2019; Kok & Akyuz, 2015; Rooks-Ellis et al., 2020; Yıldız & Cavkaytar, 2017). Estos programas se caracterizan por proporcionar a los padres información sobre sexualidad, desarrollar habilidades de comunicación mediante el uso de técnicas como el juego de roles e implementar tareas que buscan garantizar que conversen con sus hijos de manera efectiva. Los resultados indican que esta forma de intervención favorece que se comuniquen con ellos sobre temas sexuales y también propician que se sientan más seguros y cómodos al hacerlo.

El proyecto de investigación general, así como los resultados parciales que se presentan en este reporte, buscan contribuir con la prevención de problemas en jóvenes sordos mexicanos, a través de la participación de sus padres. Para ello se propone un estudio en dos fases. En la primera se evaluó el nivel de autoeficacia, expectativas y comunicación sobre sexualidad en una muestra de 79 padres de jóvenes y adolescentes sordos (de entre 12 y 29 años) que acudían a instituciones educativas y se buscó identificar la manera en que dicha comunicación se asocia con el comportamiento sexual de sus hijos e hijas.

Los resultados de esta primera fase dieron fundamento al desarrollo de la segunda fase de la investigación, cuyo objetivo fue diseñar y evaluar un programa de intervención dirigido a padres para promover la comunicación sobre sexualidad y prevenir conductas sexuales de riesgo en sus hijos sordos. Una versión preliminar de este programa constaba de 10 sesiones diseñadas para su implementación en las instituciones educativas donde se llevó a cabo la primera fase del estudio. No obstante, debido a la irrupción de la pandemia por COVID-19 declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en marzo del 2020 y dadas las medidas de distanciamiento social (que se han extendido hasta la segunda mitad del 2021) impuestas para evitar la propagación del virus SARS-CoV-2, fue imposible la puesta en marcha de talleres presenciales y se planteó la necesidad de trasladar la

intervención a la modalidad en línea. El procedimiento, la metodología, así como los contenidos, materiales y fundamentos del programa, se reajustaron con el objetivo de habilitar una plataforma educativa dónde alojar el programa de intervención y permitir la participación de padres provenientes de diferentes estados de la República Mexicana desde la seguridad de sus hogares.

Objetivos del Proyecto General de Investigación

Objetivo General:

Evaluar los efectos de un programa de intervención dirigido a padres para promover la comunicación sobre sexualidad y prevenir comportamientos sexuales de riesgo en sus hijos sordos.

Objetivos Específicos:

1. Describir las características sociodemográficas de los padres (sexo, edad, escolaridad, estado civil, ocupación, religión, ingreso mensual y número de hijos) y de sus hijos sordos (edad, sexo, estado civil, con quién viven, escolaridad y si trabaja o no).
2. Describir y analizar los niveles de autoeficacia, de expectativas y de comunicación sobre sexualidad obtenidos por los padres en la primera fase del estudio.
3. Identificar si existe una correlación entre las variables de autoeficacia, expectativas y comunicación sobre sexualidad en los padres de hijos sordos.
4. Conocer de qué manera la comunicación sobre sexualidad de los padres interviene en el comportamiento sexual de sus hijos.
5. Obtener información de los hijos sordos sobre los antecedentes de su discapacidad, considerando el nivel de la pérdida auditiva, el origen y, de ser adquirida, conocer la edad a la que se presentó.
6. Analizar el comportamiento sexual de los jóvenes sordos considerando: si han tenido o no relaciones sexuales, características de su primera relación sexual (edad, planeación, lugar, tipo de pareja, uso de algún método anticonceptivo, tipo de método anticonceptivo) y de relaciones posteriores (número de relaciones sexuales en toda la vida y en los últimos tres meses, uso del preservativo en dichas relaciones, frecuencia

de relaciones con parejas ocasionales, uso del condón en dichas relaciones y número de parejas sexuales en toda la vida), y si han sufrido abuso sexual.

7. Identificar si los jóvenes sordos han tenido algún embarazo, algún aborto, alguna ITS, si se han realizado pruebas para identificar éstas, y si han tenido relaciones sexuales con personas del mismo sexo.
8. Identificar cuáles son los elementos que debe contener un programa de intervención en línea orientado a promover la comunicación sobre sexualidad en padres de hijos sordos y prevenir problemas de salud sexual en sus hijos.
9. Diseñar un programa de intervención orientado a promover la comunicación sobre sexualidad en padres de hijos sordos.
10. Evaluar los efectos del programa de intervención sobre la comunicación sobre sexualidad de los padres y el comportamiento sexual de sus hijos mediante la aplicación de un pre test, post test y seguimiento.

Metas por Año del Proyecto General:

Primer año

1. Se habrán aplicado los instrumentos de evaluación por lo menos a 60 duplas de padres e hijos sordos.
2. Se habrán analizado los datos obtenidos en la primera fase del proyecto.
3. Se habrá elaborado al menos un resumen con los datos obtenidos durante la primera fase del proyecto y enviado para participar en un congreso nacional o internacional.
4. Se habrá preparado un manuscrito con datos obtenidos durante la primera fase del proyecto y enviado para su publicación en una revista indexada.
5. Los cuatro estudiantes que reciban beca del PAPIIT habrán registrado su proyecto de tesis de licenciatura.

Segundo año

1. Los estudiantes becados habrán concluido su reporte de investigación y presentado su examen profesional.

2. Se habrá realizado la segunda fase del proyecto correspondiente al estudio de intervención.
3. Se habrán presentado dos ponencias en eventos nacionales o internacionales con datos de la primera fase del proyecto de investigación.
4. Se habrá enviado un artículo para su publicación en una revista especializada de circulación internacional, que muestren datos parciales de la segunda fase del proyecto.
5. Se habrá logrado la publicación del artículo enviado en el primer año.

Hipótesis del Proyecto General:

1. En la primera fase del proyecto se espera encontrar niveles bajos en la autoeficacia y comunicación de los padres con sus hijos, así como expectativas negativas hacia dicha comunicación. También se espera encontrar un patrón de comportamiento sexual de riesgo caracterizado por la presencia de abuso sexual y relaciones sexuales sin protección en aquellos jóvenes sordos cuyos padres hablaron con ellos de muy pocos temas de sexualidad.
2. En la fase de intervención se espera encontrar cambios significativos del pre-test al post-test en la comunicación de los padres sobre sexualidad. También se espera encontrar una influencia positiva de la comunicación de los padres sobre el comportamiento sexual de sus hijos, en términos de la reducción de prácticas sexuales sin protección.

Metodología del Proyecto General:

El proyecto que se presenta está conformado por dos fases. La primera corresponde a un estudio de evaluación que permitió dar fundamento a la segunda fase de la investigación: intervención. Dichas fases se describen a continuación.

Fase 1. Evaluación

Participantes: La muestra se conformó por 79 padres y madres de jóvenes sordos que asistían a instituciones educativas y asociaciones ubicadas en la Ciudad de México. Los criterios de inclusión de los participantes fueron: que no tuvieran alguna discapacidad que

les impidiera contestar los instrumentos de evaluación; que tuvieran un hijo sordo o hija sorda entre 12 y 29 años de edad que viviera con ellos y que se comunicaran con sus hijos de manera verbal o mediante la LSM.

VARIABLES E INSTRUMENTOS: Se emplearon los instrumentos desarrollados por Bárcena et al. (2020) para obtener información de los padres respecto a las siguientes variables:

1. *Datos sociodemográficos de los padres*, el instrumento consta de ocho reactivos que permiten obtener información sobre el sexo, edad, escolaridad, estado civil, ocupación, religión, ingreso mensual y número de hijos de los participantes.
2. *Expectativas de los padres hacia la comunicación con sus hijos sobre sexualidad*. El instrumento está conformado por 10 reactivos, seis de los cuales corresponden a expectativas positivas (por ejemplo: “Si hablo con mi hijo(a) sobre temas de sexualidad puedo evitar que sufra abuso sexual”) y cuatro a expectativas negativas (por ejemplo: “Si hablo con mi hijo sobre sexualidad lo incitaré a tener relaciones sexuales”), con opciones de respuesta dicotómica (Sí/No). Su consistencia interna es igual a 0.85.
3. A través de una pregunta se evalúa la *manera en que los padres se comunican con sus hijos*, con las siguientes opciones de respuesta: a) de manera verbal, podemos mantener una conversación; b) principalmente con frases cortas, tiene un lenguaje limitado; c) con gestos, no habla; d) con LSM y d) otra.
4. *Autoeficacia percibida de los padres para hablar con sus hijos sobre temas de sexualidad*. A los padres se les pregunta si se sienten seguros de hablar con sus hijos sobre 17 temas específicos, entre ellos, cambios físicos que ocurren durante la adolescencia, cómo usar un condón; cada pregunta se contesta *sí* o *no*. El índice de consistencia interna es de 0.87. La medida de esta variable será el total de temas que los padres respondieron que sí.
5. *Comunicación con los hijos sobre temas de sexualidad*. La información sobre esta variable se obtendrá al preguntarles a los participantes si alguna vez han hablado con sus hijos sobre 17 temas relacionados con la sexualidad; las opciones de respuesta están definidas en un formato dicotómico (*sí* y *no*). La medida de esta variable será la suma de los temas que los padres sí han abordado con sus hijos.

Se empleó el *Cuestionario computarizado sobre salud sexual para jóvenes mexicanos con discapacidad auditiva* desarrollado por Robles et al. (2015), para obtener información de los hijos sordos de los participantes respecto a las siguientes variables:

1. *Datos sociodemográficos de los hijos.* Se obtuvo información sobre edad, sexo, estado civil, con quién viven, nivel de escolaridad y situación laboral de los jóvenes.
2. *Antecedentes de la discapacidad.* Mediante cinco reactivos se obtuvo información sobre el nivel de la discapacidad de los jóvenes participantes; si su discapacidad fue adquirida y si fuera el caso, a qué edad se presentó.
3. *Comportamiento sexual.* Se utilizaron 14 reactivos para saber si los jóvenes han tenido o no relaciones sexuales, las características de su primera relación sexual (edad, planeación, lugar, tipo de pareja, uso y tipo de método anticonceptivo) y de relaciones posteriores (relaciones sexuales en toda la vida y en los últimos tres meses, uso del preservativo en dichas relaciones, frecuencia de relaciones con parejas ocasionales, uso del condón en dichas relaciones y número de parejas sexuales en toda la vida). Adicionalmente se les preguntó si habían tenido algún embarazo, algún aborto, alguna ITS, si se habían realizado pruebas para identificar éstas, y si han tenido relaciones sexuales con personas del mismo sexo. El formato de respuesta para estas preguntas es dicotómico (*sí y no*).

Procedimiento: a los directivos de cada institución se les brindó una presentación del proyecto general, explicando puntualmente las características y cuidado ético del estudio, así como lo que se esperaba de su colaboración: convocar y reunir a los padres en sus instalaciones para invitarlos a participar en el estudio, aplicar los instrumentos de evaluación e invitarlos a participar en el taller que habrá de llevarse a cabo durante la segunda fase de esta investigación. En dicha reunión se solicitó a los padres su consentimiento informado para que sus hijos respondieran el *Cuestionario computarizado sobre salud sexual para jóvenes mexicanos con discapacidad auditiva* (Robles et al., 2015), este consentimiento también fue otorgado por los jóvenes sordos.

Dos instructores previamente capacitados en el manejo del cuestionario computarizado explicaron a los jóvenes sordos, con apoyo de un intérprete de LSM, su funcionamiento así como el propósito del estudio, enfatizando la necesidad de su

participación voluntaria, y asegurándoles el tratamiento confidencial y anónimo de la información recabada. Al concluir esta fase del proyecto, los directivos de cada institución recibieron un reporte por escrito con los resultados encontrados en su institución, incluyendo una serie de recomendaciones.

Consideraciones éticas: dado que es indispensable garantizar el anonimato y confidencialidad de la información proporcionada por los padres y sus hijos, se diseñó una estrategia que permitió identificar la diada padre-hijo. El proyecto fue sometido a dictamen ante la Comisión de Ética de la Facultad de adscripción de los investigadores.

Fase 2. Intervención

Diseño: Se empleó un diseño cuasi experimental pre-test, intervención, post-test y seguimiento para evaluar los posibles cambios en las variables evaluadas en los padres y en sus hijos. No se contará con grupo control, ya que se busca que todos los padres interesados en recibir la intervención participen y no queden excluidos del beneficio que dicha intervención pueda generar en el bienestar de ellos y sus hijos.

Participantes: la muestra estará conformada por todos los padres que hayan aceptado participar en la segunda fase del proyecto tras una fase (con duración de dos meses) de difusión del programa a través de redes sociales y del contacto con instituciones que concentren a jóvenes sordos y sus padres

Variables e instrumentos: las variables dependientes serán las mismas que fueron descritas en la fase anterior. La variable independiente será el programa de intervención en línea diseñado para esta fase de la investigación.

Procedimiento:

Pre-test: para la evaluación del pre-test se tomarán en cuenta los datos recabados durante la fase anterior.

Intervención: la fase de intervención se realizó en dos partes, la primera fue el diseño de un programa de intervención en línea y la segunda, su impartición. En la primera parte de esta fase resultó necesario realizar modificaciones al programa original; como consecuencia

de la pandemia por COVID-19 éste se re-diseñó para una modalidad totalmente en línea. El procedimiento, la metodología, así como los contenidos y materiales del programa se ajustaron con el objetivo de habilitar una plataforma educativa dónde alojar el programa de intervención.

Dicho programa está constituido por 17 módulos distribuidos semanalmente y todas las sesiones están diseñadas para que el participante realice las actividades desde casa de forma asincrónica. El objetivo general del programa de intervención está encaminado a proporcionar conocimientos y habilidades a los padres para que se comuniquen con sus hijos sobre 12 temas de sexualidad (por ejemplo: Qué es el noviazgo, cómo usar métodos anticonceptivos y cómo prevenir las ITS y el VIH/SIDA). El programa se fundamenta en el Diseño Instruccional de Merrill (2002). Desde esta aproximación es importante, en primer lugar, brindar a los participantes información sobre los temas de interés y asignar actividades que garanticen el desarrollo y transferencia de habilidades conductuales al escenario cotidiano. Por ello, en todas las sesiones se proporciona a los padres información mediante diversos materiales didácticos y exposiciones en formato de video, que se acompañan con diversas estrategias en formato digital como juegos interactivos, entrega de tareas y retroalimentación.

En los videos y materiales (que además permiten a los padres tener a su disposición elementos de apoyo para transmitir la información a sus hijos) se brindan recomendaciones a los participantes sobre la manera en que pueden entablar una conversación con los jóvenes. Posteriormente, los padres llevan a cabo actividades en las que se pretende poner en práctica lo que se les ha modelado previamente y hacer uso de la información presentada y reciben retroalimentación sobre el autorreporte de su ejecución. Al final de cada módulo, se asignan tareas cuyo propósito es replicar con sus hijos e hijas las conductas entrenadas. En este apartado final, los padres describen su experiencia con la tarea y se les proporciona retroalimentación. La segunda parte de esta fase (impartición del programa), se encuentra aún en proceso.

Post-test: al concluir la impartición del programa, se dará inicio a la fase de post-test, mientras que la fase de seguimiento se programará tres meses después de haber sido este

aplicado. En ambos casos, tanto los padres como sus hijos responderán a los instrumentos de evaluación descritos con anterioridad.

Reporte Específico de Investigación

El presente trabajo, ubicado dentro de la modalidad de Actividad de Investigación-Reporte, se vincula directamente con el segundo estudio de la investigación general y con los objetivos específicos 1, 8 y 9. El objetivo general de este trabajo fue describir el proceso de elaboración de un curso en línea dirigido a padres de jóvenes sordos mexicanos para promover la comunicación sobre sexualidad. El procedimiento a seguir fue el descrito en la Fase 2 (estudio de intervención) del proyecto general, respecto al diseño de contenidos y habilitación de la plataforma educativa.

El reporte de investigación se divide en tres capítulos; el primero de ellos presenta la definición de sexualidad, desglosa los derechos sexuales y reproductivos y explica los elementos que deben regir la educación sexual para ser considerada integral. Además, se presenta el concepto de discapacidad, una breve revisión de los modelos que la han conceptualizado históricamente y el impacto de la mitificación de la sexualidad de las personas con discapacidad sobre su salud sexual. En este mismo capítulo se describe qué es la discapacidad auditiva y la comunidad Sorda, se reseña la evolución de la educación sexual que han recibido las personas sordas y las barreras para su acceso a ella. Finalmente, se enlistan las características que deberían cubrir los programas de educación sexual dirigidos a jóvenes sordos y se especifica la prevalencia de problemas de salud sexual y reproductiva en esta población.

En el segundo capítulo se describe el papel de los padres en la conducta sexual de adolescentes y jóvenes, las variables que influyen en la comunicación sobre sexualidad y se realiza una amplia revisión de los principales hallazgos de numerosos estudios sobre comunicación sexual padres-hijo que se han llevado a cabo en la última década. Tal revisión presenta datos de padres de hijos sin discapacidad y de padres de jóvenes con distintas discapacidades, incluida la sordera. En adición, se analizan los elementos (e.g contenidos, fundamentos teóricos, estrategias didácticas) de programas de intervención que se han

implementado recientemente en padres de ambas poblaciones de jóvenes con rangos de edad equiparables a los que abarca el presente programa.

El tercer capítulo delinea las recomendaciones y lineamientos que, acorde a la literatura, son importantes o indispensables en el diseño de programas de intervención implementados en la modalidad en línea y se retoman antecedentes de estrategias virtuales que han resultado exitosas para promover la salud sexual en diversas poblaciones. En dicho capítulo se expone paso a paso el proceso de elaboración del curso en línea para padres de jóvenes sordos “La comunicación sobre sexualidad está en tus manos” y se precisan sus fundamentos teóricos, contenidos, formas de evaluación y estrategias didácticas. Para finalizar, con el objetivo de ilustrar la distribución y el tipo de materiales que caracterizan a este programa, se detalla la estructura completa y los recursos de uno de los 17 módulos que lo integran.

1. SEXUALIDAD EN PERSONAS SORDAS

En este primer capítulo se aborda el concepto de sexualidad y de salud sexual y reproductiva., se definen los derechos sexuales y reproductivos y se mencionan documentos y tratados donde se aborda y especifica cada uno de ellos. Se analiza el concepto de discapacidad, las barreras que obstaculizan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos las personas con discapacidad y los mitos en torno a su sexualidad que repercuten en el acceso a la educación sexual y, por ende, afectan su salud. De igual forma, se describe la transformación histórica que ha sufrido la educación sexual de las personas sordas y se hace énfasis en las barreras específicas para estos individuos, a quienes se les define como comunidad sociolingüística. Por último, se examina la prevalencia y factores asociados a los problemas de salud sexual y reproductiva que les afectan.

1.1 Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos

El concepto de sexualidad, así como el de salud sexual, han evolucionado a lo largo del tiempo. Alrededor de la década de los 70, la OMS comenzó a dirigir especial atención a esta área como una esfera más de la salud, sin embargo, no fue sino hasta el año 2002 en que se formuló una clara definición de ambos conceptos. De esta forma, la sexualidad se entiende como un aspecto central de la persona influido por factores de distinta índole, por ejemplo, psicológicos, biológicos, sociales y culturales. Bajo el término sexualidad se engloban diferentes dimensiones, como lo son el sexo, el género, la identidad, la orientación sexual, la reproducción, el placer y el erotismo. La sexualidad se expresa a través de creencias, deseos, conductas, actitudes y prácticas y está presente durante toda la vida (OMS, 2018).

Para definir la salud sexual es necesario ir más allá de la ausencia y prevención de la enfermedad y considerarle como un estado de bienestar integral en todas las dimensiones de la sexualidad antes mencionadas. Se trata de un concepto dinámico que reconoce que las necesidades de las personas, en relación con la sexualidad, cambian durante el transcurso de la vida. La salud sexual se relaciona de forma estrecha con la salud reproductiva, mas no refieren a lo mismo. Garantizar la salud sexual requiere de educación e información sobre el amplio conjunto de aspectos psicológicos, biológicos y sociales que componen la sexualidad, abarcando desde la prevención de enfermedades, disfunciones y violencia, hasta la

promoción de actitudes y comportamientos positivos y la toma de decisiones saludables. Por otro lado, la salud reproductiva, como estado de bienestar en relación con las funciones y procesos del sistema reproductor, precisa de una serie de medidas como son el suministro de métodos anticonceptivos accesibles y de calidad, la asistencia antes, durante y después del parto, información, asesoría y prestación de servicios de aborto seguro y el tratamiento de la esterilidad. Cuando se habla de salud sexual agrupada con la salud reproductiva, sin hacer distinción entre ambos términos, se suelen dejar de lado aspectos importantes de la primera (OMS, 2018).

Satisfacer la salud sexual y la salud reproductiva, demanda un enfoque positivo de la sexualidad y el respeto y protección de los derechos humanos (OMS, 2018). En ciertos derechos universales, fundamentales para asegurar el acceso al más alto nivel de salud y el disfrute de relaciones seguras, placenteras y libres de violencia, se ubican aquellos que usualmente son nombrados como “derechos sexuales y reproductivos”. Históricamente, no a todas las personas se les ha vislumbrado como titulares de derechos o capaces de ejercerlos autónomamente, resultando en discriminación y marginación hacia ciertos sectores de la población. Por ello, a partir de la década de los 80, diversos movimientos sociales como el feminismo, el movimiento LGBT+ y el movimiento de las personas con discapacidad, comenzaron a hablar de “derechos sexuales y reproductivos”, no por seccionarles del resto de los derechos humanos o abordarlos de forma ajena, sino con el fin de visibilizar que aun cuando la sexualidad y la reproducción ya estaban protegidas legalmente, estos grupos continuaban viviendo graves violaciones a su libertad, igualdad y seguridad. Con la intención de eliminar las barreras para la autonomía y el desarrollo de estas comunidades, surgieron algunos tratados internacionales como la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (Comisión Nacional de Derechos Humanos, [CNDH] 2017; OMS, 2018; Vela, 2017).

En ningún tratado o documento, incluida la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, es posible encontrar una referencia explícita a estos derechos o hallarlos como un término reconocido oficialmente en el marco legal (Vela, 2017). No obstante, es posible identificar los suficientes elementos, tanto en la Constitución como en distintas

declaraciones, legislaciones y documentos internacionales, para reconocer que en México, como en otros países del mundo, existen derechos humanos que aplican a la sexualidad y a la reproducción, como a cualquier otro ámbito. Los derechos sexuales y reproductivos garantizan que toda persona tiene derecho a satisfacer, expresar y disfrutar su sexualidad de manera libre, autónoma y segura. Incluyen el derecho a la igualdad, a la no discriminación, la privacidad y la vida libre de violencia, el derecho a recibir información y educación sobre sexualidad y el derecho a decidir de forma libre y responsable sobre sus relaciones y su fertilidad (OMS, 2018; Vela, 2017).

De acuerdo con Vela (2017), son tres los derechos reconocidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que protegen la sexualidad y la reproducción: el derecho a la libertad, el derecho a la salud y el derecho a la igualdad. El primero establece que toda persona tiene derecho a la libertad sexual, matrimonial y reproductiva, lo que implica decidir informada y responsablemente si casarse o no y con quién hacerlo, si ser o no padre o madre, cuántos hijos tener y cuándo tenerlos. Del segundo derecho, el derecho a la salud, se derivan gran parte de los derechos sexuales y reproductivos; éste enuncia que toda persona tiene derecho a controlar las decisiones sobre su cuerpo y a recibir información sobre salud (incluyendo la salud sexual y reproductiva). Toda persona tiene derecho a una educación en sexualidad que sea exhaustiva y adecuada a su edad y a acceder a métodos anticonceptivos, condones, medicamentos de emergencia, de aborto seguro y tratamiento para las ITS y el VIH/SIDA. En este derecho se explicita que está prohibida cualquier forma de discriminación y negación de servicios y que los jóvenes tienen derecho a ser tratados con respeto y confidencialidad en los servicios de salud. En cuanto al derecho a la igualdad, se recalca el derecho a vivir libre de discriminación por motivos de sexo, identidad de género, orientación sexual o elecciones reproductivas.

A estos derechos, se agregan otros desglosados por la CNDH (2017), como son el derecho a expresar libremente la propia identidad de género y orientación sexual y a vivir conforme a ella y el derecho a la equidad sexual libre de discriminación por motivos de sexo, género, raza, clase social o discapacidad. Se reconocen también el derecho a la privacidad e intimidad, el derecho al placer sexual, a elegir libremente a la pareja sexual y la duración de la relación, siempre con consentimiento del otro y sin violentar sus derechos. De esta forma,

si se concibe a la sexualidad desde el lente de los derechos humanos y se le plantea como un aspecto fundamental de la vida, se reconoce que todas las personas, sin excepción, son titulares de derechos (Vela, 2017).

La protección de los derechos sexuales y reproductivos requiere no sólo procurar el acceso a todos los medios necesarios para que las personas, sin distinción, gocen de salud, sino de desarrollar las condiciones para que el titular de tales derechos, los ejerza plenamente (Vela, 2017). Un elemento indispensable para asegurar dicho acceso y el ejercicio de una sexualidad placentera y libre de riesgos, es la educación sexual, la cual constituye también un componente de la educación integral y de calidad. La educación sexual es un proceso basado en un currículo de enseñanza-aprendizaje que abarca los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la sexualidad. Su finalidad es preparar a la población con conocimientos, actitudes y habilidades comunicativas, asertivas y de negociación necesarias para establecer relaciones libres y respetuosas, para conocer y hacer respetar sus derechos y para tomar decisiones saludables. Es indispensable que la educación sexual se base en evidencia científica y se estructure en función de objetivos. Los contenidos deben facilitarse estructurada y sistemáticamente y los materiales de enseñanza han de diseñarse con fundamento científico, ser apropiados para el público a quien van dirigidos y permitir al estudiante vincular la información con su experiencia personal (OMS, 2018; Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, [UNESCO], 2018).

La educación sexual debe promover una visión positiva e integral de la sexualidad y cubrir la amplia gama de temas relativos a todas sus dimensiones: responsabilidad y equidad, pubertad, relaciones saludables, reconocimiento y aceptación de la diversidad sexual, métodos anticonceptivos, embarazo, aborto, prevención de la violencia y el abuso sexual, prevención del VIH e ITS, consumo de sustancias y su influencia en la conducta sexual. Dadas las condiciones en que viven los jóvenes actualmente, donde sus primeros acercamientos a la sexualidad son a través de la red, la educación sexual ha de abordar también temas relacionados con el uso de las tecnologías de la información y comunicación (TICs), por ejemplo, pornografía, ciberacoso y sexting. Ha de manejar un enfoque de derechos humanos y de igualdad de género y como resultado, promover el respeto y generar conciencia sobre la diversidad sexual. En suma, para que una intervención en salud sexual

sea exitosa, debe involucrar a las personas más cercanas y de mayor influencia para el individuo. En el caso de los adolescentes, estos personajes son los padres (Estivalis & Amat, 2014; OMS, 2018; UNESCO, 2018).

Muchas personas llegan a la edad adulta con información errónea, contradictoria y negativa sobre la sexualidad, por lo cual, la educación sexual debe ser continua y comenzar desde temprana edad. La adolescencia es un momento clave para desarrollar comportamientos, hábitos y estilos de vida saludables en relación con la sexualidad, dado que algunas dimensiones de ésta comienzan a manifestarse, experimentarse y cuestionarse, sin embargo, la concepción de los jóvenes como una población homogénea, limita la información que reciben y pone en riesgo principalmente a ciertos grupos vulnerables. Con ello en consideración, la educación sexual debe responder a las necesidades específicas de cada población y adaptar el contenido educativo, desde la aceptación y el reconocimiento de la diversidad (OMS, 2018; UNESCO, 2018).

Organismos como la OMS (2018) y la UNESCO (2018) refieren, como parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030, la inclusión, la ampliación del alcance de los programas de educación sexual a diversas poblaciones y el acceso universal a servicios, información y educación en salud sexual y reproductiva. A pesar de ello y de que es innegable que toda persona es titular de derechos, en distintas partes del mundo existen poblaciones a quienes se continúa segregando. México no es la excepción: las mujeres, los jóvenes, las personas de la comunidad LGBT+, las personas que viven con VIH y las personas con discapacidad, por mencionar algunos, constituyen sectores que frecuentemente se enfrentan a la discriminación y a quienes no se garantiza la protección de sus derechos, particularmente, los que refieren a la sexualidad (CNDH, 2017; Naciones Unidas, 2019; UNESCO, 2018; Vela, 2017).

Una de las convenciones que enfatiza el derecho de toda persona gozar de los más altos estándares de salud, es la CDPD, promulgada por las Naciones Unidas en 2006 y firmada por México en 2007. Este instrumento retoma la Declaración Universal de los Derechos Humanos para declarar que las personas con discapacidad deben ejercer, en igualdad de condiciones todos los derechos ahí establecidos. Recalca que a este colectivo se le imponen barreras específicas que dificultan la realización del estado de bienestar al que

tienen derecho y señala la importancia de hacer accesible el entorno no sólo en términos arquitectónicos, sino en lo que respecta a los ámbitos social, cultural, de la información y las comunicaciones, la salud y la educación.

Se calcula que aproximadamente el 15 por ciento de la población mundial, vive con una discapacidad. Por ello, esta comunidad es considerada como la minoría más grande. Este porcentaje se concentra mayormente en países en vías de desarrollo y los índices más altos se ubican en mujeres y adultos mayores (OMS & Banco Mundial, 2011). En México, se determina que una persona tiene discapacidad cuando reporta dificultad o limitación para realizar al menos una de las siguientes actividades: ver, escuchar, moverse, hablar o comunicarse, atender el cuidado personal, poner atención o aprender, condición mental. A partir de estos criterios, se estima que más de 20 millones de personas tienen una discapacidad, limitación en la actividad cotidiana o un problema mental, lo que representa el 16.5 por ciento de la población mexicana. De este porcentaje, 4.9 por ciento corresponde a discapacidad y 11.1 por ciento, a limitación. El 9.8 por ciento del total de mexicanos con discapacidad, se encuentran entre los 15 y los 29 años (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2020). A juicio de Olvera (2017), la forma de evaluar la discapacidad en México, hace hincapié en la deficiencia y no en el aspecto social, lo que puede ocasionar que se subestime el número de personas con discapacidad que existen en el país y que el porcentaje nacional, no refleje la realidad.

Estas cifras demuestran que las personas con discapacidad conforman un porcentaje importante de la población y son parte de la comunidad (OMS & UNFPA, 2009), desmintiendo el supuesto de que pertenecen a un sector reducido y difícil de identificar, creencia que ocasiona que la cantidad de investigación en este campo sea escasa (Brunnberg et al., 2012). Siendo así, no hay motivos para creer que los derechos sexuales y reproductivos, son menos relevantes para la población con discapacidad que para el resto. Estas personas desean y necesitan, como todos, acceder a información y programas de educación sexual. Hacer accesibles estos recursos, es un paso indispensable hacia la inclusión (Naciones Unidas, 2019; OMS & UNFPA, 2009).

1.2 Mitos Sobre la Discapacidad y su Impacto en la Salud Sexual

Históricamente se ha interpretado la discapacidad en función de los parámetros de normalidad establecidos socialmente, ubicándole como anormalidad o sinónimo de enfermedad y disfunción. La exclusión de quienes discrepan del funcionamiento de la mayoría, comienza desde el lenguaje empleado para referirse a ellos. El uso de expresiones con carga negativa y términos peyorativos como “minusválidos”, “inválidos” o “discapacitados”, contribuyen a vislumbrarles deshumanizados, en una posición de inferioridad o carencia y a ubicar el problema como inherente a la persona, dejando de lado que las barreras para la participación, se construyen en sociedad (Cruz, 2018; Hernández, 2020; Liñares, 2003; Olvera, 2018).

Las interpretaciones de la discapacidad varían según la época y el contexto y han transitado desde verle como un castigo divino, hasta la explicación estrictamente científica que busca rehabilitar a la persona y devolverle a la norma y más recientemente, a la concepción de la persona con discapacidad como sujeto de derechos. Por ello, definir la discapacidad exige describir los modelos a través de los cuales ha sido nombrada, entendida y abordada a través de la historia. Durante la Antigüedad y la Edad Media, dominó el modelo de prescindencia, caracterizado por atribuir a cuestiones religiosas la causa de la deficiencia congénita y viéndole como un castigo a los padres por un pecado cometido. Se prescindía de todo aquél que nacía con tal condición, desplazándole fuera de la comunidad ya fuese mediante la muerte o el abandono, en ocasiones, argumentando la intención de evitarles el sufrimiento de intentar adaptarse a un mundo que no estaba hecho para ellos. Situación similar vivían las personas que adquirían la discapacidad en etapas más avanzadas de la vida, quienes se convertían en objeto de burla, entretenimiento e incluso temor, dado que se les asociaba con la pobreza, el contagio de enfermedades y la brujería. Se planteaba que al no poder participar en labores sociales, tampoco podían aportar al desarrollo de la comunidad y por lo tanto, eran innecesarias (Hernández, 2020; Velarde, 2012).

Con la llegada del siglo XX, vino un cambio de paradigma; las causas de la discapacidad pasaron de ubicarse en la religión, a ubicarse en la patología. Comenzó entonces a hablarse de enfermedades, anomalías, trastornos y dolencias que la ciencia debía prevenir y atender. El objetivo era corregir el defecto físico, modificar el cuerpo y el comportamiento

de la persona, restaurarla para incorporarle a la comunidad y que sólo así, pudiera aportar algo valioso y útil. Las personas con discapacidad eran definidas por su enfermedad y subestimadas, desde un punto de vista paternalista, como seres incapaces que sólo gracias a la ayuda y al tratamiento, vivirían plenamente. Sus derechos se redujeron a recibir rehabilitación, ser curadas y devueltas a la normalidad, lo que trajo consigo la institucionalización y con ello, el maltrato. A este modelo se le atribuye situar el problema en la persona y su diagnóstico, pero se le reconoce el favorecer que, por primera vez, los estados prestaran atención al tema de la discapacidad y comenzaran a establecer algunas leyes y servicios sociales dirigidos a esta población (Hernández, 2020; Velarde, 2012).

Aunque de forma lenta, a finales de siglo inició un cambio de paradigma que dio paso al modelo social. Este modelo tiene como antecedente el Movimiento de Vida Independiente, surgido en los años 60 en Estados Unidos y algunas declaraciones internacionales que demandan la independencia y la reivindicación social de las personas con discapacidad y que rechazan se les defina en función de sus características físicas. Así, la discapacidad pasó de ser un asunto de asistencia médica, a ser un asunto de derechos; la atención se traslada de lo individual a lo social y se expone que la deficiencia individual no es el problema, sino las limitaciones de un entorno que no asegura las necesidades de estas personas, ni les toma en cuenta. Este modelo reconoce que las barreras impuestas a las personas con discapacidad, son de índole económica, ambiental y cultural y se encuentran en la educación, la salud, el trabajo, las comunicaciones, el transporte y el entretenimiento (Hernández, 2020; Naciones Unidas, 2006; Velarde, 2012).

El modelo social distingue entre “deficiencia” y “discapacidad” y postula que la primera refiere a la pérdida o reducción en las funciones de un órgano o miembro, mientras que la segunda es producto de la interacción entre tales deficiencias funcionales y las restricciones del ambiente y la discriminación, que no permiten a la persona transitar y acceder libremente. Es de este modelo que parte la CDPD para anteponer “persona” a la condición de discapacidad y con ello, evitar reducir la última a un atributo o característica propia de la primera. De esta forma, se establece el término “personas con discapacidad”, cuyo fin es remarcar que este colectivo no vive en desigualdad o posición de desventaja *per se*, sino a causa de factores sociales que resultan más *discapacitantes* que la limitación

biológica (Hernández, 2020; Naciones Unidas, 2006; OMS & Banco Mundial, 2011; OMS & UNFPA, 2009; Velarde, 2012). Del modelo social, se ha desprendido también el término “diversidad funcional”; esta perspectiva intenciona concebir a las deficiencias funcionales como expresiones de la diversidad humana, distintas de la norma, mas no por ello inferiores ni menos valiosas. No obstante, el énfasis de este concepto retrocede nuevamente a la individualidad, lo que puede resultar en una falsa impresión de que se ha alcanzado el nivel de accesibilidad y aceptación necesario para lograr la igualdad en todos los ámbitos (Cruz, 2017; Hernández, 2020).

La CDPD sostiene que el concepto de discapacidad es dinámico y aún se encuentra en evolución. En él se agrupan todas las deficiencias o limitaciones físicas, intelectuales, sensoriales y psicosociales que, en interacción con factores contextuales negativos, barreras ambientales y actitudinales, resultan en dificultad para realizar ciertas actividades, para participar e interactuar (Naciones Unidas, 2006; OMS & Banco Mundial, 2011). Cuánto puede el individuo aportar a la comunidad, depende de la accesibilidad, la inclusión y la aceptación y no de las condiciones de su cuerpo, como se creía anteriormente. De esta manera, la CDPD se opone a la visión capacitista que, en comparación con el promedio estadístico, define el valor y la dignidad de la persona por su funcionalidad o sus capacidades y a la visión paternalista, que recurre a la infantilización, la sobreprotección, los diminutivos y actos de caridad o lástima, para negar su voluntad (Hernández, 2020; OMS & UNFPA, 2009; Velarde, 2012).

Como se ha mencionado previamente, las personas con discapacidad deben gozar de todos los derechos reconocidos universalmente, incluidos aquellos relativos a la independencia, la toma de decisiones y el acceso a información y servicios en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Aun cuando la CDPD dicta el derecho de estas personas a contraer matrimonio, a formar libre y responsablemente una familia, a mantener su fertilidad, a la privacidad, a dar su consentimiento y a ser incluidos en programas de educación sexual que sean asequibles, de calidad y en formatos accesibles (Naciones Unidas, 2006), la salud sexual es el tema más olvidado en los programas de atención a la discapacidad. En México, las instituciones que se encargan del tema de la discapacidad, son instituciones de salud donde impera el modelo médico y donde los programas se enfocan en el tratamiento y la

rehabilitación, dejando de lado otros aspectos esenciales para el desarrollo integral de las personas, como es la sexualidad (Olvera, 2017).

Las personas con discapacidad, como el resto de la población, experimentan atracción, afecto, deseo sexual y placer. Los jóvenes con esta condición atraviesan por los mismos cambios en la pubertad, viven y expresan identidades y orientaciones LGBT y tienen vidas sexuales activas, tal como los jóvenes sin discapacidad. Sin embargo, la mayoría de ellos no obtiene recursos por parte de prestadores de servicios de salud, ni por parte de sus padres, lo que disminuye sus posibilidades de tomar decisiones libres e informadas. Para quienes obtienen información, esta se reduce a un discurso de prevención de riesgos, por lo que ignora temas como la autoexploración, la masturbación y el placer. La vulneración de sus derechos sexuales y reproductivos va de la mano con la inequidad, la discriminación y la negación de la autonomía, cuyo origen se ubica en mitos y estereotipos construidos y reproducidos socialmente, en torno a la discapacidad en general y en torno a la sexualidad de esta comunidad (Banco Mundial & Universidad de Yale, 2004; Cruz, 2017; East & Orchard, 2013; Hanass-Hancock et al., 2018; Naciones Unidas, 2019; OMS & UNFPA, 2009; Stein et al., 2018; UNFPA, 2018).

Uno de los mitos más comunes es el de la asexualidad; por un lado, se asume que las personas con discapacidad no tienen interés ni deseo sexual, que no resultan atractivas para otros y que, por ello, no son parejas sexuales deseables y sus posibilidades de establecer relaciones de pareja o formar una familia, son nulas. Este mito se sostiene en la creencia de que las personas con discapacidad se mantienen en un estado infantil perpetuo, de que son ingenuas e inocentes y por ello no les interesa involucrarse en prácticas sexuales. En el otro extremo, prevalece el mito de la hipersexualización, caracterizado por ver a las personas con discapacidad como poseedoras de un impulso sexual incontrolable (Banco Mundial & Universidad de Yale, 2004; Burke et al., 2017; Cruz, 2017; East & Orchard, 2013; Hanass-Hancock et al., 2018; Naciones Unidas, 2019; Nampewo, 2017; OMS & UNFPA, 2009; UNFPA, 2018; Rowen et al., 2015).

Ambos mitos ocasionan que la información y los recursos para esta población se rechacen, se limiten o se prohíban por completo, partiendo de la idea de que si no tienen

actividad sexual ni interés en iniciarla, no son un grupo prioritario y la educación sexual es innecesaria o incluso puede ser nociva (OMS & UNFPA, 2009; Stein et al., 2018). Se piensa que hablar a los jóvenes sobre sexualidad, implica el riesgo de corromper su inocencia o de exacerbar su deseo e incitarles a involucrarse en prácticas sexuales y conductas inapropiadas. Los estereotipos que señalan a los jóvenes con discapacidad como asexuales, tienen un impacto notable en el trato que reciben: llevan a los profesionales de la salud a omitir procedimientos, a brindar atención deficiente, a emitir críticas a los jóvenes que muestran interés en conocer medios para cuidar su salud sexual y a excluirlos de programas y tratamientos. De igual forma, estos estereotipos ocasionan que los padres no les respeten como seres sexuales, les sobreprotejan, les supervisen excesivamente, controlen sus interacciones sociales y les persuadan, a través del miedo y la prohibición, de no iniciar su vida sexual (Cruz, 2017; East & Orchard, 2013; Hanass-Hancock et al., 2018; Nampewo, 2017; OMS & UNFPA, 2009).

Asimismo, la concepción de este colectivo como seres dependientes e incompetentes, se relaciona con el mito de que no son ideales para la maternidad y la paternidad, porque son incapaces de cuidar de sí mismos y de otros. Este mito es reforzado por discursos médico-científicos que se oponen a que las personas con discapacidad se reproduzcan, con el fin de evitar que hereden la limitación física, sensorial o intelectual. Se piensa que estas personas no lograrán ejecutar prácticas de autocuidado durante el embarazo y que no se pueden hacer cargo de actividades de crianza. En consecuencia, los profesionales de la salud legitiman prácticas violentas y presionan a la familia para controlar las decisiones sobre el cuerpo de sus hijos, desde que éstos comienzan a mostrar inquietudes sobre su sexualidad, resultando en casos de esterilización y abortos forzados (Casebolt, 2020; Cruz, 2017; Disability Rights International & Colectivo Chuhcan, 2015; Naciones Unidas, 2019; OMS & UNFPA, 2009).

Otro mito originado en la concepción de dependencia e inocencia, es el de las personas con discapacidad como incapaces de dar su consentimiento en una relación sexual. Cuando establecen una relación sexoafectiva se cuestiona si lo hacen por convicción personal o por manipulación y se presume que no pueden iniciar ni mantener actividades sexuales consentidas, por lo que se pueden convertir, por naturaleza, en víctimas de violencia sexual. Si bien es cierto que las personas con discapacidad se encuentran en mayor riesgo de vivir

abuso, no es la discapacidad en sí misma lo que ocasiona este riesgo, sino la desinformación, la sobreprotección y los escasos esfuerzos para brindarles educación sexual (Cruz, 2017; Naciones Unidas, 2019; UNFPA, 2018; Rowen et al., 2015). Un mito contrario es el que sostiene que las mujeres, niños, niñas y jóvenes con discapacidad, al no resultar atractivos para otros, ser inocentes y mantenerse siempre en casa bajo el cuidado de otros, no corren peligro de ser violentados, creencia que puede contribuir a minimizar la cantidad de abusos entre esta población (Casebolt, 2020; Kvam, 2000; Nampewo, 2017).

Todos estos estereotipos y creencias erróneas, validan el estigma y la discriminación y constituyen gran parte de las barreras actitudinales, consideradas como el mayor reto para las personas con discapacidad (Olvera, 2017). Los impedimentos, como se ha mencionado previamente, no provienen del cuerpo de la persona sino de la inaccesibilidad. Las barreras más frecuentes que los jóvenes identifican son dificultades para el acceso físico, carencia económica, lejanía de los centros y clínicas, falta de materiales y recursos adaptados a sus necesidades (lenguaje conciso, imágenes, interpretación en lengua de señas, Braille) y actitud del personal de salud (OMS & UNFPA, 2009). Burke et al. (2017) postulan que algunas de las barreras de índole económica y actitudinal a las que este grupo se enfrenta, son similares a las que viven los jóvenes sin discapacidad, mientras que otras son propias de esta condición.

Barreras específicas se ubican en las disparidades en el ámbito educativo, económico y laboral. Según el Reporte Mundial de Discapacidad realizado por la OMS y el Banco Mundial (2011), México es uno de los países donde las personas con discapacidad tienen el doble de probabilidad de ser desempleadas, sus ingresos son bajos y sólo consiguen trabajos de medio tiempo. En México, el 20.4 por ciento del sector con discapacidad, no cuenta con ningún tipo de instrucción y sólo el 5.1 por ciento alcanza el nivel superior. En todos los niveles educativos, el porcentaje de mujeres con discapacidad es notablemente más bajo (INEGI, 2019).

Los niños y adolescentes mexicanos con discapacidad son excluidos de la educación, no ingresan a los niveles básicos o no permanecen en ellos. La población de entre cinco y 29 años es poco común que acuda a la escuela y que esté alfabetizada. De los siete millones de adolescentes que viven en México, el dos por ciento tiene una discapacidad y representan un grupo en alto riesgo de rezago y abandono escolar. El 12.8 por ciento de ellos, no cuenta con

escolarización (INEGI, 2019). Alrededor del mundo, se plantea que los menores con discapacidad intelectual y discapacidad auditiva, son quienes menos asisten a la escuela (OMS & Banco Mundial, 2011). Aunado a ello, la educación en casa es insuficiente o no ocurre. Ambas circunstancias representan un riesgo para la salud sexual y reproductiva, dado que el acceso a la escuela, como espacio donde es posible adquirir educación sexual, les es negado y al tener bajos o nulos niveles de lectoescritura, los materiales educativos son incomprensibles (OMS & UNFPA, 2009).

Al invisibilizar tales características y la heterogeneidad de este sector y al subestimar sus necesidades, deseos y capacidades sexuales y reproductivas, se pone en riesgo su salud y su vida (Naciones Unidas, 2019; OMS & UNFPA, 2009). En México, aunque se reconoce que la negación y omisión de información y servicios a las personas con discapacidad, es un problema relevante al que se debe dar respuesta (Disability Rights International & Colectivo Chuhcan, 2015; Cruz, 2017) y a pesar de que la CDPD menciona que, con el fin de detectar necesidades y de formular y aplicar acciones, todos los Estados Partes deben recopilar datos estadísticos y de investigación sobre sus condiciones de vida (Naciones Unidas, 2006), existe poca información disponible sobre la situación de la salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad.

La investigación proveniente de otros países ha demostrado que el acceso de los jóvenes con discapacidad a educación sexual, métodos anticonceptivos y otros servicios, es reducido. Kassa et al. (2016), en un estudio realizado en Etiopía encontraron que, de los 426 adolescentes y jóvenes con discapacidad evaluados, sólo el 26.1 por ciento había utilizado algún servicio de salud sexual y reproductiva, incluidos quienes eran sexualmente activos. La mayoría de estos jóvenes, sin importar género y tipo de discapacidad, nunca había obtenido información ni recursos sobre sexualidad y más de la mitad percibía que dichos servicios eran inaccesibles. Como principales barreras, los jóvenes expresaron la falta de información adaptada, discriminación en los centros y clínicas, desaprobación de los padres y profesionales de salud, falta de confidencialidad y pocos recursos económicos. Los jóvenes con discapacidad física nombraron como barrera el espacio físico inaccesible y los jóvenes con discapacidad auditiva, las dificultades de comunicación. Estos jóvenes reportaron escaso

conocimiento sobre ciclo menstrual, métodos anticonceptivos, tipos y síntomas de ITS y sobre VIH y sus vías de transmisión.

En un grupo de jóvenes y adultos con discapacidad intelectual, Schaafsma et al. (2017) identificaron que la mayoría sólo había recibido educación sexual una o dos veces en su vida y que ésta se había limitado a la protección de riesgos, sin cubrir todas las dimensiones de la sexualidad. Menos de la mitad de este grupo reportó haber usado condón alguna vez, aunque gran parte se encontraba en una relación y ya había iniciado su vida sexual. Su conocimiento sobre métodos anticonceptivos y sobre ITS, era superficial y basado en creencias erróneas, por ejemplo, que no es necesario utilizar condón si se emplea otro método anticonceptivo y que las ITS sólo se transmiten cuando se tienen muchas parejas sexuales. Hallazgos similares se ubicaron en el estudio de Badu et al. (2019) con mujeres ciegas provenientes de Ghana, quienes demostraron conocimiento bajo e incorrecto respecto a relaciones sexuales, métodos anticonceptivos, prevención de ITS y embarazo. Ninguna de estas mujeres había utilizado condón alguna vez u otro método anticonceptivo. En adición a las barreras económicas y de confidencialidad, ellas reconocieron como obstáculo la información no disponible en Braille, distancia de su hogar a los centros de salud y el trato inadecuado por parte de los profesionales.

Como es notable, el comportamiento de los prestadores de servicios de salud, es descrito frecuentemente como un impedimento para las personas con discapacidad (Badu et al., 2019; Burke et al., 2017; Kassa et al., 2016; OMS & UNFPA, 2009), dado que no les facilitan condones ni métodos anticonceptivos, utilizan un lenguaje complejo, cuentan con poco conocimiento y habilidades en materia de discapacidad y acostumbran mostrar una actitud negativa e incómoda (Casebolt, 2020; Horner-Johnson et al., 2018). Sumado a ello, una barrera importante es la situación que atraviesan las familias de los niños y jóvenes con discapacidad, pues viven en condiciones de aislamiento y pobreza, altos niveles de estrés y falta de apoyos, servicios y orientación que les permitan comprender y respetar a sus hijos como seres sexuales (OMS & UNFPA, 2009). La familia suele oponerse a que sus hijos adquieran información, se sienten incómodos al comunicarse sobre estos temas y no se perciben capaces de hacerlo. Los profesionales de la salud y los mismos jóvenes, suelen

identificar a los padres como un obstáculo para brindar y adquirir educación sexual (Burke et al., 2017; Dean et al., 2017; East & Orchard, 2013; UNFPA, 2018).

Está demostrado que estas barreras físicas, actitudinales, educativas y económicas, colocan a los jóvenes con discapacidad en una posición de mayor riesgo ante problemas de salud sexual y reproductiva, como son abuso sexual y violencia de pareja, ITS y VIH/SIDA, esterilización forzada, embarazos no planeados, matrimonios y abortos no consentidos (Naciones Unidas, 2019; OMS & UNFPA, 2009). La evidencia revela que existe hasta tres veces más probabilidad de que las personas con discapacidad sean víctimas de todos los tipos de violencia. Además, después de una agresión, no es común que cuenten con acceso a asesoría legal, atención médica y psicológica (Banco Mundial & Universidad de Yale, 2004). La violencia sexual es el tipo de violencia de la que son objeto con más frecuencia, principalmente las mujeres con discapacidad; por ello, bastante de la investigación se ha centrado en este aspecto (Brunnberg et al., 2012; Gartrell et al., 2017; Hanass-Hancock et al., 2018; Sullivan, 2009).

Los jóvenes con discapacidad son de dos a tres veces más vulnerables a vivir abuso sexual. Muchos de estos casos suelen ocurrir en la pubertad o en la adolescencia y es habitual que el agresor sea un conocido, un miembro de la familia, la pareja o alguien de quien dependen física y económicamente. Recibir poca información sobre su cuerpo y sobre límites y tocamientos adecuados e inadecuados, probabiliza que haya jóvenes que no identifiquen que fueron abusados. El abuso es más común en personas que presentan una discapacidad que dificulta la comunicación con otros, como es la discapacidad auditiva y, en algunos casos, la discapacidad intelectual (Burke et al., 2017; OMS & UNFPA, 2009; Schaafsma et al., 2017; Sullivan, 2009).

Hombres y mujeres jóvenes con discapacidad, en comparación con quienes no la tienen, reportan con mayor frecuencia haber sido forzados en su debut sexual (Brunnberg et al., 2012), tener dificultades para entablar una relación estable y experimentar distintas formas de violencia en sus noviazgos, como abuso verbal, manipulación e infidelidades (Grimes, 2012; Schaafsma et al., 2017). En un estudio con mujeres bisexuales y heterosexuales, Coston (2019) reveló que las mujeres bisexuales con discapacidad reportan

vivir cuatro veces más violencia de pareja que sus homólogas sin discapacidad. Por su parte, las mujeres heterosexuales con discapacidad es siete veces más probable que reporten salud mental deficiente producto de la violencia, en comparación con las mujeres heterosexuales sin esta condición. Independientemente de la orientación sexual, las mujeres con discapacidad experimentan un mayor impacto negativo por el abuso.

La violencia sexual y la violencia de pareja, en conjunto con la falta de información, el reducido acceso a servicios de atención y prevención, la pobreza y la discriminación, son de los principales factores de riesgo para la transmisión de VIH (Grimes, 2012). La Encuesta Global sobre VIH/SIDA y Discapacidad del Banco Mundial y la Universidad de Yale (2004) recalca que esta población, sin importar el país en que resida, tiene un riesgo significativo de contraer VIH. En México, no hay estadísticas disponibles sobre la cantidad de personas con discapacidad que presentan VIH/SIDA.

La marginalización para las personas con discapacidad que viven con VIH, es desproporcionalmente mayor. Sus posibilidades de acceso a atención son reducidas, los programas de atención son inaccesibles, los profesionales se rehúsan a realizarles pruebas y no cuentan con la capacidad adquisitiva para seguir un tratamiento. Frecuentemente, esta comunidad no es considerada en la distribución de medicamento o se les dispone en lista de espera, donde es poco probable que obtengan antirretrovirales, en comparación con el resto de la población con VIH (Banco Mundial & Universidad de Yale, 2004; Grimes, 2012). En el estudio de Kassa et al. (2016), algunos de los jóvenes con discapacidad indicaron saber qué era el VIH y conocían las vías de transmisión más comunes, pero su conocimiento sobre cómo prevenirlo era escaso y hubo quienes no ligaban la transmisión de este virus con el contacto sexual. Se halló que en el 81 por ciento de este grupo, prevalecía la creencia de que el VIH no existía y sólo el 21.6 por ciento se percibía en riesgo de contraerlo. El 23 por ciento de estos jóvenes no tenía intención de hacerse una prueba de detección de VIH, por temor a recibir resultados positivos y enfrentar mayor discriminación y estigmatización.

Numerosos autores han retomado el concepto de interseccionalidad para comprender y estudiar el agravado riesgo en que se encuentran las mujeres con discapacidad (Burke et al., 2017; Dean et al., 2017; Gartrell et al., 2017; Grimes, 2012; Nampewo et al., 2017; OMS & Banco Mundial, 2011; UNFPA, 2018). La interseccionalidad refiere a la superposición de

identidades y sus respectivas formas de discriminación. Comprendido así, este concepto permite vislumbrar la convergencia sexo-discapacidad, la exclusión y la susceptibilidad de estas mujeres ante problemas de salud sexual y reproductiva, como son el VIH, la esterilización forzada y la anticoncepción y abortos no consentidos o coercitivos.

Grimes (2012), al analizar la intersección sexo-discapacidad en un grupo de mujeres que residían en distintas zonas de Zimbabwe, África, identificó que el 30 por ciento nunca había recibido información sobre VIH. Algunas de las mujeres de este estudio, contrajeron VIH debido a violencia sexual y adquirieron la discapacidad a raíz de violencia doméstica o por complicaciones con el SIDA. La violación por parte de un familiar o de sus esposos, la inaccesibilidad física (para mujeres con discapacidad física y visual) y comunicativa (para mujeres sordas) y los estereotipos de género que les dificultaban negarse a tener relaciones sexuales y exigir a su pareja el uso del condón, se reportaron como factores de riesgo importantes para adquirir VIH. De igual forma, la autora establece que la inseguridad económica que viven estas mujeres, sus bajos niveles educativos y la falta de apoyo familiar (no les creen, las persuaden de no denunciar, les niegan hacerse pruebas, no priorizan su tratamiento), así como ciertos mitos sobre la discapacidad (por ejemplo, que tener sexo con una mujer con discapacidad cura el VIH), las convierte en un blanco fácil para el abuso sexual y, en consecuencia, para la adquisición del VIH.

Información semejante sobre la naturaleza interseccional de los riesgos, la proporciona Nampewo (2017), quien postula que la vulnerabilidad exacerbada de las mujeres con discapacidad, tiene origen en factores sociales y culturales. El mito de la asexualidad, los altos índices de abuso psicológico, físico y sexual, los bajos niveles educativos, la sobreprotección y restricción de la familia, contribuyen notablemente al riesgo de contraer VIH. Las mujeres con discapacidad, al creer que tienen pocas posibilidades conseguir una pareja, se mantienen en relaciones violentas, donde no les es posible negociar sexo seguro o demandar respeto a sus derechos sexuales y reproductivos, debido a la posibilidad de que su pareja ejerza mayor violencia o las abandone si así lo hacen.

Como se mencionó previamente, otra forma común de violencia dirigida hacia las personas con discapacidad y que afecta mayormente a las mujeres, es la esterilización y anticoncepción forzada y los abortos no consentidos. El personal de salud es quien sugiere a

las familias que se realice la esterilización y ellos mismos les asesoran para llevar a cabo el procedimiento (Casebolt, 2020; Cruz, 2017; Dean et al., 2017; OMS & UNFPA, 2009; UNFPA, 2018). Olvera (2017) y Disability Rights International y Colectivo Chuhcan (2015), afirman que en México, con apoyo de instituciones gubernamentales y de asistencia social, se practica la esterilización forzada, de forma masiva, a mujeres con discapacidad que viven en albergues, casas hogares o con sus propias familias.

El informe presentado por Disability Rights International y Colectivo Chuhcan (2015) sobre la situación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres mexicanas con discapacidad, muestra que más del 50 por ciento de las participantes afirmó saber poco o nada sobre salud sexual y reproductiva, el 65 por ciento no conocía sus derechos y a una de cada cuatro, su familia o el personal de salud le habían impedido acudir al ginecólogo. 30 por ciento de estas mujeres había sido presionada para abortar, a una de cada dos un familiar o profesional les había sugerido practicarse una esterilización y el 42 por ciento ya había sido sometida a este procedimiento. En el 30 por ciento de los casos a quienes se les habían recetado anticonceptivos, otra persona había tomado la decisión y al 68 por ciento de ellas, no se les había brindado información acerca de otras alternativas y sobre los efectos secundarios de tales métodos.

Horner-Johnson et al. (2018), en una revisión de la literatura disponible sobre uso de métodos anticonceptivos en mujeres con discapacidad, evidenciaron que entre el 16 y el 90 por ciento utilizan métodos anticonceptivos, pero lo hacen principalmente como una forma de control menstrual. Estas mujeres emplean con mayor frecuencia métodos anticonceptivos irreversibles y con menor frecuencia los métodos más eficaces (como el condón). Reiteradamente, sin importar el tipo de discapacidad, las mujeres reportan haber sido sometidas a un procedimiento de esterilización. Este sector ha vivido un mayor número de embarazos no deseados que terminan en aborto, en comparación con quienes no tienen discapacidad.

Las mujeres con discapacidad son también víctimas de violencia obstetra. Algunas de estas mujeres han vivido cesáreas innecesarias y es poco probable que reciban cuidados prenatales, al momento del nacimiento y posnatales, lo que aumenta los índices de mortalidad materna en población con discapacidad (OMS & UNFPA, 2009). Cuando se embarazan, los

prestadores de servicios de salud les recriminan haber tenido relaciones sexuales, les aconsejan no volver a tener hijos en el futuro y les sugieren o imponen métodos anticonceptivos permanentes (Casebolt, 2020; Cruz, 2017; Dean et al., 2017). En el estudio de Disability Rights International y Colectivo Chuhcan (2015), sólo el 30 por ciento de las mujeres mexicanas con discapacidad, reportó acudir a consulta ginecológica una vez al año y la principal razón para no hacerlo, fue abuso por parte del médico. Gran parte de ellas, evitaba acudir a servicios de salud sexual y reproductiva debido a la violencia y revictimización que sufría por parte del personal de salud, quienes les han llegado a llamar irresponsables y negligentes cuando se embarazan o manifiestan deseos de hacerlo.

En población joven con discapacidad, los escasos estudios realizados en México, son congruentes con los riesgos antes descritos. En este país, se ha estudiado el conocimiento y la conducta sexual de jóvenes con discapacidad visual (Guevara et al., 2016), con discapacidad auditiva (Druet & Escalante, 2000; Pérez & Robles, 2018; Robles et al., 2013; Robles & Pérez, 2021) y se han analizado las diferencias respecto al comportamiento de riesgo y abuso sexual entre ambos tipos de discapacidad (Robles & Guevara, 2017). En la muestra de jóvenes con discapacidad visual, Guevara et al. (2016) ubicaron que del 70.3 por ciento de quienes dijeron haber iniciado su vida sexual, la mitad había tenido su primera relación sexual antes de los 18 años y el 70 por ciento no la había planeado ni había utilizado algún método anticonceptivo. En los tres meses previos al estudio, alrededor del 40 por ciento tuvo tres o más parejas sexuales y no utilizó condón en sus encuentros. El 27.9 por ciento reportó haber tenido un embarazo, el 14.6 por ciento, un aborto y casi el cinco por ciento habían contraído una ITS. Las mujeres con discapacidad de este estudio, en comparación con los hombres, reportaron con mayor frecuencia haber vivido abuso sexual.

Un perfil de riesgo similar se encontró en el estudio de Robles y Guevara (2017), el cual exhibe que tanto los jóvenes con discapacidad visual como los jóvenes con discapacidad auditiva, inician su vida sexual a temprana edad, no utilizan con frecuencia el condón en sus relaciones coitales y han vivido alguna forma de abuso sexual. Si bien los hallazgos de esta investigación apuntan que los jóvenes con discapacidad visual, pueden estar en mayor riesgo que quienes tienen discapacidad auditiva, este segundo grupo ha sido señalado por numerosos autores (Banco Mundial & Universidad de Yale, 2004; Burke et al., 2017; Casebolt, 2020;

Dean et al., 2017; Gartrell et al., 2017; Grimes, 2012; Horner-Johnson et al., 2018; Kassa et al., 2016; OMS & Banco Mundial, 2011; OMS & UNFPA, 2009; Robles et al., 2013; Sullivan, 2009; UNFPA, 2018) como uno de los más vulnerables: suelen participar con menos frecuencia en investigaciones, tienen menor conocimiento sobre sexualidad y tienen mayores dificultades para acceder a información, debido a las barreras de comunicación a las que se enfrentan.

La experiencia de la discapacidad es diferente para cada grupo y varía de persona a persona, así presenten el mismo tipo de discapacidad. Reconocer la diversidad que se agrupa bajo el término discapacidad, es reconocer también que las barreras no se viven de la misma manera para todos los grupos (UNFPA, 2018). Siendo así, conviene subrayar que los jóvenes sordos que han sido partícipes de las investigaciones presentadas con anterioridad (Burke et al., 2017; Gartrell et al., 2017; Grimes, 2012; Kassa et al., 2018; OMS & Banco Mundial, 2011; OMS & UNFPA, 2009; Robles et al., 2013; Pérez & Robles, 2018; Robles & Guevara, 2017; Sullivan, 2009), reportan obstáculos y necesidades específicas y requieren de ajustes comunicativos particulares para acceder plenamente a servicios e información sobre salud. Estas necesidades son usualmente ignoradas en el diseño de programas y materiales, contribuyendo a los índices de problemáticas de salud sexual y reproductiva identificadas en esta población. Dichos problemas, necesidades y barreras se describirán detalladamente a continuación.

1.3 Educación Sexual en Personas Sordas

1.3.1 Discapacidad Auditiva y Comunidad Sorda

Una audición deficiente debido a la pérdida de funciones anatómicas o fisiológicas del sistema auditivo, en conjunto con las barreras de comunicación que dificultan el acceso en un entorno mayormente oyente, resultan en discapacidad auditiva (García & Herrero, 2008). El Reporte Mundial de Discapacidad realizado por la OMS y el Banco Mundial (2011), indica que la discapacidad auditiva es la más frecuente de las discapacidades sensoriales. De acuerdo con la OMS (2020), 466 millones de personas alrededor del mundo (cinco por ciento de la población) tienen discapacidad auditiva, considerada como una pérdida auditiva mayor a 40 dB en el oído con mejor audición, para el caso de los adultos y

mayor a 30 dB, para el caso de los niños. Del porcentaje de personas con discapacidad en México, el 21.9 por ciento tiene dificultades para escuchar (INEGI, 2020).

La pérdida auditiva se puede presentar en un oído (unilateral) o en ambos (bilateral) y, de acuerdo con el grado en que se presente, puede ser considerada como hipoacusia (donde aún con la pérdida es posible adquirir el lenguaje oral) o como sordera (no hay restos auditivos aprovechables y se debe desarrollar un sistema de comunicación visual). La pérdida auditiva se clasifica en función de criterios audiológicos, otológicos o según el momento de aparición. La clasificación audiológica va, en grado ascendente, de la hipoacusia leve o ligera (20-40 dB), hasta la cofosis o anacusia (pérdida total de la audición), mientras que la clasificación otológica divide la pérdida auditiva en hipoacusia de transmisión o conducción (alteración en oído externo o medio), sordera neurosensorial o perceptiva (daño en la cóclea), sordera central (lesión en vías auditivas centrales) y sordera mixta (daño en las vías de conducción de sonido o de percepción). Según el momento de aparición, la pérdida auditiva se organiza en prelocutiva (presente al momento del nacimiento o antes del desarrollo del lenguaje) y postlocutiva (después de haber desarrollado el lenguaje oral) [García & Herrero, 2008].

Las causas de la pérdida auditiva pueden ser prenatales, perinatales y postnatales. En las primeras se ubican factores hereditarios y factores adquiridos antes del nacimiento, como infecciones o consumo de fármacos ototóxicos por parte de la madre. En las causas perinatales se enlistan nacimiento prematuro y traumatismos al momento de nacer. Finalmente, como causas postnatales, se encuentran patologías adquiridas a lo largo de la vida que pueden afectar al sistema auditivo, como son meningitis, varicela, sarampión y daños ocasionados por consumo de fármacos o sustancias tóxicas (García & Herrero, 2008). Las consecuencias de la sordera o hipoacusia sobre el desarrollo y la socialización, varían de persona a persona y dependerán en gran medida del grado de pérdida, la edad de aparición, la aceptación e implicación de la familia, la interacción con otros sordos, la principal modalidad elegida para la comunicación, las intervenciones quirúrgicas a las que haya sido o no sometido y el tipo de estrategias aplicadas a su educación (Fellinger et al., 2012; García & Herrero, 2008; Meador & Zazove, 2005; Rodríguez, 2016).

La población que vive con discapacidad auditiva, es sumamente diversa. Algunos se comunican mediante lengua de señas, otros mediante el lenguaje oral, hay quienes saben escribir y leer el español y quienes utilizan ayudas técnicas como audífonos o implantes cocleares. Otros han recibido rehabilitación y han aprendido a aprovechar sus restos auditivos y a leer los labios. También hay sordos bilingües (manejan la lengua de señas y la lengua oral/escrita de su país) y otros que se perciben como miembros de una comunidad con una historia, identidad y lengua propias (DAEA, Centro de Investigación e Intervención Psicosocial, 2017; Domínguez, 2009; Fellingner et al., 2012; García & Herrero, 2008; Hindley, 2005; Meador & Zazove, 2005; Muñoz-Baell et al., 2012; Rey, 2008).

Este último subgrupo es reconocido como comunidad Sorda y la integran personas Sordas y oyentes cuya primera lengua es la lengua de señas (o que son usuarios de ella) y organizan la mayoría de sus interacciones sociales en torno a las asociaciones de Sordos. Esto incluye a Sordos pre y postlocutivos, familiares oyentes, profesores, intérpretes y amistades cercanas. La comunidad Sorda es una comunidad transnacional, pues no está delimitada geográficamente, sino que se extiende alrededor del mundo, entre personas que luchan por sus derechos como minoría sociolingüística y reivindican su lengua (DAEA, Centro de Investigación e Intervención Psicosocial, 2017; Domínguez, 2009; Liñares, 2003; Muñoz-Baell et al., 2012; Rey, 2008; Rodríguez, 2016; Unión Nacional de Sordos de México, A. C., 2009).

La pertenencia a la comunidad Sorda se determina a partir de tres elementos: la cultura Sorda, la identidad Sorda y la lengua de señas (Liñares, 2003; Rodríguez, 2016). La cultura Sorda refiere al conjunto de valores, conocimientos, manifestaciones culturales y creencias compartidas, aprendidas y transmitidas generacionalmente entre personas que conciben la sordera como diferencia y no como deficiencia, como una identidad cultural y no como una discapacidad. Revisiones amplias sobre el desarrollo y conformación de la identidad Sorda, se pueden encontrar en Rodríguez (2016) y Ruíz (2011). Deriva de esta identidad la distinción entre “Sordo”, con S mayúscula, para dar cuenta de la pertenencia a la comunidad lingüística y esta misma palabra, pero con minúscula, para hablar únicamente de la deficiencia auditiva (DAEA, Centro de Investigación e Intervención Psicosocial, 2017; Domínguez, 2009; García & Herrero, 2008; Liñares, 2003; MacDougall, 1991).

El tercer elemento de pertenencia, la lengua de señas, es la lengua materna de las personas Sordas y se le considera su rasgo identitario más importante. Se trata de una herramienta de unificación, un producto cultural que se construye, se negocia y se transmite de generación a generación. La lengua de señas es un sistema de comunicación visual-gestual que, a través de la percepción visual y del movimiento de manos y rostro, permite la emisión y recepción de información. Esta lengua no se limita a la mímica o a un simple código de gestos, tampoco consiste totalmente en una versión señada de las palabras de la lengua oral, sino que maneja su propia estructura gramatical y cuenta por sí misma con todos los requisitos morfológicos y sintácticos para homologarse a la complejidad de cualquier lengua. La lengua de señas no es universal; la comunidad Sorda de cada país construye la suya y puede llegar a variar de región a región, incluso dentro de un mismo país (Bobillo, 2003; García & Herrero, 2008; Liñares, 2003; Rey, 2008). En México, las personas Sordas emplean la Lengua de Señas Mexicana (LSM), la cual es reconocida como lengua nacional y parte del patrimonio lingüístico desde el año 2005. En este país existen también comunidades indígenas que han desarrollado una lengua de señas propia (Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad, 2018; DAEA, Centro de Investigación e Intervención Psicosocial, 2017; Serafín & González, 2011).

El reciente reconocimiento y estudio formal de la lengua de señas, han significado un parteaguas para el surgimiento de una nueva visión de la sordera, para la conformación de su identidad y para el acceso a la educación. Durante siglos pasados, en numerosas partes del mundo, la educación de las personas sordas (como del resto de las discapacidades), se encontraban en manos, en un primer momento, de la religión y el modelo de prescindencia y posteriormente, se vio fuertemente influida por el enfoque biomédico, el cual continúa vigente en la actualidad. Las transformaciones que ha experimentado la educación de los sordos, se han caracterizado por ir de la mano con la forma en que la sociedad les percibe. En consecuencia, quienes se han encargado mayoritariamente de decidir sobre las prioridades y estrategias educativas adecuadas para su comunidad, han sido los oyentes (Haualand & Allen, 2009; Liñares, 2003, Rodríguez, 2016).

1.3.2 Tendencias en la Educación Sexual de los Sordos

La heterogeneidad de la discapacidad auditiva y las particularidades culturales de la comunidad Sorda, han generado durante décadas numerosos debates sobre la forma en que debe facilitarse la educación, convirtiéndose en una de las disputas más antiguas entre los oyentes respecto a este colectivo (Domínguez, 2009; Haualand & Allen, 2009). En trabajos como el de Liñares (2003) y Rodríguez (2016), es posible ubicar un recuento de esta controversia y de hechos históricos que repercutieron en la educación de las personas sordas. Por su cuenta, Fitz-Gerald & Fitz-Gerald (1998) y García et al. (2016), muestran puntos clave que ilustran cómo los cambios en la educación general repercutieron, específicamente, en la evolución de la educación sexual de esta población.

Siguiendo la línea temporal de estos autores, los primeros esfuerzos de instrucción a los sordos, provinieron de la religión en el siglo XVIII. Previo a esa época, se les consideraba incapaces de recibir educación. El principal objetivo de la iglesia era la adquisición del habla, se recluía a los sordos en instituciones y se les prohibía terminantemente el uso de la lengua de señas. Con la irrupción del modelo biomédico, en el siglo XIX, se sumó el planteamiento de la superioridad de la lengua oral por encima de cualquier otro sistema de comunicación y de su supuesta conexión directa con la inteligencia. Visto así, los sordos pasaron a ser percibidos como seres primitivos. Su falta de habla se expuso como sinónimo de retardo y se les entendió entonces como enfermos con potencial de rehabilitarse. La lengua de señas continuó prohibiéndose por medio del castigo físico y se negó a los profesores sordos enseñar a otros sordos. Se apeló a que la comunidad Sorda fomentaba el aislamiento y detenía la integración al mundo oyente y para evitar el contacto con ella, se crearon internados donde la prioridad fueron las intervenciones oralistas y el entrenamiento en lectura de labios (Bobilla, 2003; Haualand & Allen, 2009; Liñares, 2003; MacDougall, 1991). Además, en este siglo se sistematizó la dactilología (representación manual del alfabeto), como un intento de los oyentes por enseñar la lengua escrita, desaparecer la lengua de señas y unificar a los estudiantes (Rey, 2008; Rodríguez, 2016).

En el siglo XIX, las mismas personas Sordas fueron quienes dieron un giro a las prácticas educativas, al abrir espacios para dar respuesta a sus necesidades comunicativas y sociales. Las ciencias sociales no repararon en el estudio de la sordera sino hasta este

momento, puesto que los Sordos comenzaron a involucrarse activamente en el ámbito académico. La Lingüística se interesó por estudiar formalmente la lengua de señas en la década de los 60, se crearon los primeros diccionarios de lengua de señas y con ello, vino también la atención de disciplinas como la Antropología, la Psicología y las Ciencias de la Educación, que de la mano con académicos e investigadores Sordos, legitimaron que estas personas no eran “retrasadas” por no dominar el lenguaje oral (Liñares, 2003; Rodríguez, 2016).

Con base en la cronología de Fitz-Gerald & Fitz-Gerald (1998), en esta época (1960-1970), con el auge de la revolución sexual, se publicaron libros y artículos científicos, se diseñaron materiales y se delinearon objetivos para la educación sexual. Es hasta este momento que comienzan a aparecer los primeros esbozos de educación sexual en las escuelas para sordos, donde inicialmente sólo se incluyeron temáticas de salud e higiene. Ciertos profesionales comenzaron a visibilizar las problemáticas de salud sexual en esta población, pero la sexualidad de los alumnos sordos era constantemente reprimida en estos espacios, la exploración sexual era castigada, sus dudas sobre noviazgo, pubertad y reproducción quedaban sin resolver y la segregación por sexos en la escuelas, restringía sus oportunidades de desarrollar habilidades sociales e interactuar con el sexo opuesto.

Contemporáneamente, asociaciones de Sordos alrededor del mundo, con el propósito de modificar la representación social de la sordera, se transformaron en un movimiento social: el movimiento Sordo, cuyos antecedentes se hallan en el modelo social y la CDPD. El movimiento Sordo se enmarca desde el discurso culturalista y desde el de las personas con discapacidad. Desde el primer discurso, como una minoría sociolingüística, demandan presencia en agendas internacionales y reconocimiento oficial de la lengua de señas. Desde el discurso de la discapacidad, las personas sordas demandan sus derechos sociales y exigen a los servicios y políticas enfocadas en discapacidad, la eliminación de barreras de comunicación que dificultan su acceso y participación, demandan diseño universal, participación política y acceso a educación bilingüe, cultura, empleo y salud (Liñares, 2003; Rodríguez, 2016).

Entre las demandas del movimiento Sordo y otras minorías, resaltaban también los derechos sexuales y reproductivos, principalmente la garantía de acceso a servicios e

información. Dentro de la comunidad, comenzaron a unificarse algunas señas de sexualidad para facilitar la comunicación. De esta movilización social se derivaron nuevas aunque escasas aportaciones para el área de la sordera y la sexualidad en Estados Unidos, por ejemplo, *Signs of sexual behavior: An introduction to some sex-related vocabulary in American Sign Language*, la primera recopilación de señas de sexualidad por Woodward en 1979 y *Some guidelines for sex education of the deaf child* la primera guía para brindar educación sexual a esta población por Hill en 1971, donde se convoca a los padres a involucrarse activamente en el desarrollo de sus hijos y a ampliar su vocabulario de sexualidad (Fitz-Gerald & Fitz-Gerald, 1998).

En cambio, una cantidad sustancial de las escuelas no trabajaba de la mano con las familias, sino que la responsabilidad de la educación sexual, la conferían en su totalidad a los padres, quienes contaban con pocas o ninguna herramienta de comunicación con sus hijos. Las limitadas escuelas para sordos que incluían temas de salud sexual en sus currículos, impartían contenidos desde un enfoque puramente biologicista y fragmentado de la sexualidad (Fitz-Gerald & Fitz-Gerald, 1998; García et al., 2016). En estas décadas se publicaron un gran número de los artículos académicos pioneros sobre la sordera y sus implicaciones en la sexualidad (por mencionar algunos: Davila, 1977; Fitz-Gerald & Fitz-Gerald, 1977a; Fitz-Gerald & Fitz-Gerald, 1977b; Fitz-Gerald & Fitz-Gerald, 1978; Fitz-Gerald & Fitz-Gerald, 1980; Woodard, 1979). Muchos de estos trabajos continúan fungiendo como referencia en el área y después de esta época, es mínimo lo que se ha publicado al respecto.

Entre los años 80 y 90, se teorizó la distinción entre s/Sordo, se popularizó su uso en la literatura y desde las organizaciones de Sordos inició la profesionalización de los intérpretes, quienes hasta el momento habían sido mayoritariamente hijos oyentes de padres Sordos que desempeñaban una labor de voluntariado (Liñares, 2003; Rodríguez, 2016). A pesar de esta formación, muchos intérpretes no tenían la preparación necesaria en cuanto a señas de sexualidad. La atención de esta área no progresaba provechosamente, ya que los sistemas educativo y familiar, permanecían sin cubrir las condiciones necesarias para la educación sexual. Cercano al fin de siglo, cuando la pandemia por VIH/SIDA ya había afectado a una parte considerable de su comunidad, comenzó a gestarse la preocupación por

los sordos como sector vulnerable. Pese a que en la investigación prevalecía el ignorar por completo algunos temas como la homosexualidad en sordos (Phaneuf, 1987; Zakarewsky, 1979), surge aquí el énfasis de educadores, padres y estudiantes en crear programas para prevenir este y otros problemas de salud sexual (Fitz-Gerald & Fitz-Gerald, 1998; García et al., 2016).

Las publicaciones de esta época giran en torno a las deficiencias de la educación sexual y recomendaciones para perfeccionarla (e.g. Flinn, 1982; Gannon, 1998; Getch et al; 1998; Shaul, 1981), la prevalencia y prevención del VIH en la comunidad Sorda (e.g. Doyle, 1995; Gaskins, 1999; Peinkofer, 1994), la violencia y el abuso sexual infantil en población sorda (LaBarre, 1998; Sullivan et al., 1987; Sullivan & Knutson; 1998) y surge aquí el primer análisis comparativo entre sordos y oyentes respecto a conocimiento y conducta sexual (Sawyer et al., 1996). Si bien estos trabajos representan avances notables que sentaron bases para el diseño de intervenciones específicas para sordos, a mayor escala la sexualidad continuó siendo un tema de poca relevancia y no progresó la evaluación de la eficacia de programas y materiales (Fitz-Gerald & Fitz-Gerald, 1998; García et al., 2016).

Alrededor de tales décadas, como tendencia opuesta al oralismo, aparece la metodología bilingüe, enfocada en reconocer la lengua de señas como facilitadora del desarrollo y como base para el aprendizaje de la lengua oral (incluida su modalidad escrita) como segunda lengua. Esta metodología permite centrar la atención en los contenidos que el estudiante sordo ha de aprender, en vez de reducir todos los esfuerzos pedagógicos a la adquisición de destrezas orales (Haualand & Allen, 2009; Rodríguez, 2016). De acuerdo con Haualand y Allen (2009), en épocas recientes se pretende que los niños y jóvenes sordos se integren a la educación regular, donde mucho de las tendencias oralistas continúa vigente. Conforme al estudio que presentan los autores, realizado por la *World Federation of the Deaf* en colaboración con la *Swedish National Association of the Deaf*, de 93 países evaluados, sólo 23 ofrecía educación bilingüe. En suma, se evidencia que incluso en los países donde se dice instruir desde el bilingüismo, la calidad de la educación es insuficiente y que aunque los servicios gratuitos de un intérprete en el aula es un derecho de los estudiantes, es inhabitual que accedan a ellos. Por estas razones, entre los sordos, incluidos los pocos que ingresan a la

escuela, los altos índices de analfabetismo (90 por ciento alrededor del mundo, según el estudio) siguen siendo una realidad.

Algunos estudios recientes (Batten et al., 2014; Huber & Kipman, 2011) han demostrado que el uso de ayudas técnicas, el dominio de la lengua oral y la integración a aulas regulares, se relacionan con una mayor conducta social y una menor frecuencia de problemas sociales y emocionales. No obstante, la identidad de los estudiantes sordos se compromete, se les niega el impacto positivo de la interacción con otros sordos y se ven sometidos a la exclusión, pues muchas veces son la única persona sorda en el aula o en toda la escuela (Batten et al., 2014; Domínguez, 2009; Fellinger et al., 2012; OMS & Banco Mundial, 2011). La comunidad Sorda considera a estas modificaciones e intervenciones como un retroceso y como una agresión o forma de atentar contra el derecho de la persona Sorda a acceder a la lengua de señas y hacer de ella el principal medio de comunicación con su comunidad (Liñares, 2003; Unión Nacional de Sordos de México, A. C., 2009).

Esta revisión histórica expone que la sexualidad nunca fue una línea prioritaria en la educación de las personas sordas y que el mayor interés de las instituciones educativas y de los padres ha estado siempre centrado en la comunicación, el desarrollo del lenguaje y la integración a la “normalidad” (García et al., 2016). Diversos autores (Fitz-Gerald & Fitz-Gerald, 1977a; Fitz-Gerald & Fitz-Gerald, 1977b; Rodríguez, 2016; Sawyer et al., 1996; Shaul, 1981) enuncian que la elevada cantidad de tiempo invertida en rehabilitación, añadida al constante debate sobre cuál es la mejor metodología y modalidad comunicativa para la instrucción, han retrasado significativamente la evolución de otras áreas básicas para el pleno desarrollo de todo ser humano, como es la sexualidad. Se reconoce que, en contraste con la educación sexual para la población oyente, que ha sido esporádica e incompleta, el caso de los sordos se encuentra en condiciones aún más deficientes.

El campo de la educación sexual dirigida a jóvenes sordos, ha transitado de la completa omisión, al reduccionismo biologicista, hasta la actualidad, donde se propone que la sexualidad debe considerarse como educable en toda persona y que la educación sexual es parte indispensable del proceso de formación integral, independientemente de que la persona viva o no con una discapacidad, pero no se cuenta con recursos suficientes para volverlo realidad (García et al., 2016). Específicamente en países de Latinoamérica, los jóvenes sordos

reportan que las lecciones que reciben contienen una fuerte carga moral y religiosa (Téllez, 2005), van disminuyendo conforme avanzan de grado escolar (Arcila & Jaramillo, 1990) y en ellas prevalece el modelo tradicional, centrado en la genitalidad, la reproducción y la advertencia de riesgos que nadie explica en qué consisten y cómo prevenirlos (Gil-Cano et al., 2019).

Los adolescentes y jóvenes sordos viven los mismos patrones de crecimiento y desarrollo que los oyentes, por lo tanto, presentan las mismas necesidades y tienen el mismo derecho a acceder a esta información. Sin embargo, a falta de disponibilidad de recursos accesibles, la elaboración de un currículum especializado puede representar un reto que las instituciones no están dispuestas a aceptar (Getch et al., 2001; Grace, 2011; Moss & Blaha, 2001).

La educación sexual que reciban debe basarse en los mismos principios (continua, actualizada, precisa, centrada en el estudiante, adecuada a la edad, demandar participación activa) y los objetivos y contenidos por abarcar, no deben ser distintos de los que se instruyen a población oyente. Lo que ha de diferir es la forma en que se alcanzarán tales metas y los medios para facilitar la información. Es imperativo que los materiales cubran satisfactoriamente la pluralidad de modalidades comunicativas de la población (Davila, 1977; Fitz-Gerald & Fitz-Gerald, 1977b; García, 2010; Getch et al., 1998; Miller, s.f.; Téllez, 2005). Un programa que en su diseño ignore esta diversidad y las múltiples barreras que crean la discapacidad auditiva, carecerá de rigor metodológico (Mphra; 2013d).

Hoy en día es posible encontrar en la literatura consideraciones éticas para la investigación en población s/Sorda (Feliccia, 2011; McKee et al., 2013; Singleton et al., 2014), para la interacción en el área de la salud (Meador & Zazove, 2005) y para adaptar materiales eficaces destinados a este colectivo (Pollard et al., 2009). Los contenidos y recursos específicos para la educación sexual de los sordos, no han sido descritos ni estudiados con minuciosidad y se han agrupado en guías generales para todas las discapacidades (OMS & UNFPA, 2009), sin hacer distinción de sus necesidades particulares. Algunos ejemplos de lineamientos para programas diferenciados se encuentran en Fitz-Gerald y Fitz-Gerald (1977b), Getch et al. (2001) y Moss y Blaha (2001).

A partir de los planteamientos de estos y otros autores del área educativa (Bobilla, 2003; DAEA, Centro de Investigación e Intervención Psicosocial, 2017; Domínguez, 2009; García et al., 2016; García & Herrero, 2008), de la salud (Anderson & Kobek, 2013; Arcila & Jaramillo, 1990; Bartlett, 2015; Collazos, 2012; Elliot & Pick, 2015; Gabriel & Getch, 2001; Gannon, 1998; García, 2010; Getch et al., 1998; Guevara et al., 2016; Gil-Cano et al., 2019; Goldstein et al., 2010; Grace, 2011; Heiman et al., 2015; Ibarra & Muñoz, 2011; Joseph et al., 1995; Keatley, 2016; Mallinson, 2004; Miller, s.f.; Mitre & Estrada, 2011; Mphra, 2013a; Mphra, 2013d; Mphra, 2014; Mphra et al., 2017; Muñoz-Baell et al., 2012; Peinkofer, 1994; Pérez et al., 2018; Pérez et al., 2020; Roberts, 2009; Robles & Pérez, 2021; Rodríguez, 2016; Shaul, 1981; Sierralta, 2013; Suter et al., 2012; Téllez, 2005; Zodda, 2015) y de asociaciones y organizaciones mundiales (Banco Mundial & Universidad de Yale, 2004; Haualand & Allen, 2009; OMS & UNFPA, 2009; UNFPA, 2018), a continuación se presenta la recopilación de recomendaciones y directrices por tomar en cuenta en el diseño, aplicación y evaluación de programas y materiales que pretendan ser efectivos para la promoción de la salud sexual de los s/Sordos:

- Todo programa debe poseer sensibilidad cultural y lingüística y partir de una perspectiva sociocultural de la sordera.
- Educar la sexualidad de los jóvenes en su condición de individuos bilingües y biculturales.
- Proteger los derechos lingüísticos y culturales de la comunidad, a través del respeto, uso y priorización de la lengua de señas como medio de acceso al aprendizaje.
- Reconocer que la heterogeneidad de esta población, demanda heterogeneidad de modalidades comunicativas en el diseño de materiales.
- Mantener una perspectiva de la discapacidad y la sexualidad como asuntos de derechos humanos.
- Promover una actitud positiva hacia la sexualidad desde un modelo de responsabilidad y derechos.
- La educación sexual debe impartirse en más de un escenario: familia, escuela y comunidad.

- Durante la planificación, desarrollo y evaluación del currículum, deben considerarse todas las posibles diferencias en el dominio de cada modalidad comunicativa.
- Incluir contenidos alusivos a la cultura Sorda y sus valores, valorar sus diferencias culturales y su identidad cultural y reflejar sus necesidades en los materiales educativos.
- Considerar las opiniones de la comunidad Sorda y trabajar de la mano.
- Comprender que el periodo de la adolescencia es crucial en el colectivo sordo (emerge un mayor sentido de pertenencia) y que estos jóvenes interiorizan en menor grado las normas de conducta y estereotipos de la sociedad oyente (por ejemplo, en cuanto a heteronormatividad y noviazgo).
- Los programas deben respaldarse en evidencia científica e identificar, adaptar y replicar los componentes exitosos de otras intervenciones.
- Es vital el trabajo empírico con la población de estudio, mediante instrumentos adaptados a su modalidad comunicativa que permitan detectar sus necesidades particulares.
- El currículum debe ser flexible respecto a objetivos, secuenciación, tareas y materiales educativos.
- Centrar más esfuerzos en programas a nivel preventivo y no aguardar para intervenir hasta momentos de crisis.
- Los contenidos deben ir más allá de los que tradicionalmente se imparten (embarazo, métodos anticonceptivos, ITS, VIH/SIDA) e incluir temas como masturbación, orientaciones e identidades LGBT+, placer, contenido sexual digital, relaciones de amistad, noviazgo y otras formas de relacionarse, maternidad/paternidad, menstruación, eyaculación, proyecto de vida y relaciones violentas.
- Es indispensable contar con la orientación de un intérprete certificado y reconocer su papel como mediador lingüístico en el ajuste, simplificación y reformulación de los contenidos.
- Los materiales impresos y multimedia deben utilizar:
 - Lenguaje práctico y sencillo
 - Oraciones cortas
 - Gran cantidad de apoyos visualmente accesibles, como:

- Palabras clave
 - Imágenes
 - Esquemas
 - Láminas
 - Fotografías
 - Películas
 - Incluir señas caseras, si las usan
 - Actividades demostrativas (e.g uso del condón)
- En dichos materiales se debe evitar:
 - Alta carga de lenguaje escrito
 - Evitar la gramática del español en la interpretación
 - tecnicismos y palabras poco comunes
 - Expresiones “figuradas” o poco claras que puedan malinterpretarse
- En el caso específico de los videos, estos deben:
 - Centrar la atención en el contenido visual a aprender, sin elementos que distraigan al espectador
 - Presentar contenidos en varias modalidades comunicativas
 - Contenido en LS y lengua oral/escrita del país
 - Subtítulos
 - Audio de voz
- Es recomendable diseñar un glosario si las palabras de las temáticas a aprender son complejas o no se encuentran en el vocabulario de los jóvenes.
- Enseñar señas de sexualidad o conocer las que emplea la comunidad y el contexto en que lo hace, para manejar un código común durante el proceso educativo.
- En caso de ejecutar programas de escuelas regulares o emplear materiales ya existentes, estos deben ser revisados, seleccionados y adaptados cuidadosamente.
- Probar en sordos los modelos que explican la conducta sexual de riesgo con respaldo empírico, con la finalidad de evaluar los aspectos individuales de motivación y conducta y crear intervenciones más ajustadas a esta población.

- Considerar la existencia de subgrupos dentro de la comunidad, en cuanto a orientación sexual, modalidad comunicativa, nivel educativo y estrato socioeconómico.
- Atender a subgrupos en mayor riesgo (por ejemplo, mujeres sordas y personas sordas LGBT+).
- Incluir perspectiva de género en los programas y considerar las disparidades de género en cuestiones como la violencia y el abuso sexual.
- Todo proceso educativo para sordos, demanda la participación activa de la familia.
- Es imperativo el diseño de programas exclusivos para padres donde se les dote de conocimiento y se entrenen habilidades para la comunicación.
- Los jóvenes sordos que no asisten a la escuela, necesitan beneficiarse de programas fuera de estos escenarios.
- Evaluar constantemente la efectividad de la intervención y la utilidad de los materiales.
- Incluir a profesionales entrenados y sensibilizados en materia de discapacidad, sexualidad y cultura Sorda.
- Involucrar a otras disciplinas en el diseño de recursos y materiales.
- Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) pueden ser útiles para incluir la lengua de señas en instrumentos de evaluación y materiales de enseñanza y para facilitar servicios de teleasistencia a los jóvenes sordos y sus familias, siempre y cuando estos recursos estén rigurosamente adaptados y su eficacia se compruebe.

Establecer lineamientos y seguirlos es un paso clave para asegurar la inclusión y la accesibilidad. Sin ajustes, hasta la información primordial se perderá en el proceso. Los estudios que se han realizado en el área, señalan numerosas variaciones en la cantidad y calidad de la educación sexual que reciben los jóvenes sordos (Arcila & Jaramillo; 1990; Fitz-Gerald & Fitz-Gerald, 1977a; Suter et al., 2009) y han comprobado que inclusive quienes la reciben formalmente, no la consideran un recurso significativo, en gran medida por la falta de acceso y representación de su comunidad (Roberts, 2009).

En países como Nigeria, Kenia, Alemania, Cuba y Filipinas, se han documentado las siguientes estrategias para promover la educación sexual en personas sordas: los programas

de Taegtmeier et al. (2008) y Oyedunni et al. (2000) que han capacitado jóvenes sordos para entrenar a sus pares en la prevención del VIH/SIDA; el programa de prevención del abuso sexual *Strong with Sam* (Urbann, 2020) dirigido a niños sordos e hipoacúsicos; los talleres de prevención de ITS y VIH de Martínez y Saldívar (2014) y López et al. (2018) para jóvenes sordos cubanos y el programa transdisciplinario de salud sexual para jóvenes sordos LGBT+ de Gomez y Geneta (2020).

Una constante en países latinoamericanos y otros lugares del mundo, es la carencia de estudios empíricos sobre programas de intervención. Los grupos que emprenden acciones en la prevención de problemas de salud sexual (entre otros) en la comunidad s/Sorda, son principalmente agencias y asociaciones sociales, donde el currículo y los materiales no son elaborados por especialistas, se acotan al componente informativo (sin entrenamiento en habilidades) y no se mide ni documenta su eficacia (Anderson et al., 2011; Haualand & Allen, 2009; Téllez, 2005).

En México, un país donde sólo el 40 por ciento del alumnado en escuelas regulares recibe contenidos completos de educación sexual integral y donde se incide únicamente en los riesgos y no se habla de derechos y responsabilidades (Rojas et al., 2017), la situación de la educación y salud sexual de los sordos, es un tópico mínimamente explorado. Han transcurrido apenas dos décadas desde que se empezó a indagar en la sexualidad de los jóvenes sordos mexicanos (e.g Druet & Escalante, 2000), una cantidad sustancial de la investigación disponible es de muy reciente publicación (Pérez et al., 2018; Pérez & Robles, 2018; Robles et al., 2013; Robles & Guevara, 2017; Robles & Pérez, 2021) y sólo se tiene registro de un cuestionario adaptado a LSM para evaluar distintas variables relacionadas con la salud sexual (Robles et al., 2015).

Las estrategias de intervención para jóvenes sordos mexicanos son muy pocas; entre ellas, los recursos asistidos por TICs de Pérez (2019) y Rojas (2018) y la propuesta de intervención *enSeña Sexualidad*, desarrollada por la asociación civil Compartiendo Saberes y Transformando Realidades A.C en colaboración con Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (CSTAC & UNICEF, 2011). Dos diccionarios de LSM se han publicado en tiempos recientes; uno de ellos, *Manos con voz, Diccionario de Lengua de Señas Mexicana* (Serafín & González, 2011), en lo que respecta a la sexualidad, incluye únicamente señas referentes

a las partes del cuerpo y las señas novio/a, sexo (biológico), amante, amor, amigo/a y amistad. El *Diccionario de Lengua de Señas Mexicana de la Ciudad de México* del Instituto para la Integración al Desarrollo de las Personas con Discapacidad (INDEPEDI, 2017), contiene, además de los conceptos ya mencionados, las señas de relación sexual/apareamiento, gay, lesbiana, vagina, clítoris, embarazada y genitales. Si se consideran todas las dimensiones que integran la sexualidad, este número de señas es insuficiente para asistir en la educación sexual de las personas sordas usuarias de la LSM.

Las anteriores deficiencias (inconsistencia en la calidad de la educación sexual, falta de información actualizada, carencia de instrumentos de evaluación adaptados, estudios sistematizados sobre detección de necesidades, materiales educativos y programas) son tan sólo algunos de los impedimentos, presentes en el área de la investigación, para el pleno goce de derechos de las personas s/Sordas. En sinergia con las barreras que se construyen en sociedad y están presentes en una multiplicidad de contextos cotidianos (Naciones Unidas, 2006; OMS & Banco Mundial, 2011; OMS & UNFPA, 2009), estas deficiencias contribuyen a posicionar a este colectivo como uno de los más vulnerables.

1.3.3 Barreras para el Acceso a Información, Servicios y Educación Sexual

Como consecuencia de desarrollarse en un entorno mayormente oyente, donde la información fluye en un código distinto al suyo, el principal obstáculo que se presenta ante la persona que vive con discapacidad auditiva, es de origen comunicativo (Goldstein et al., 2010; Ibarra & Muñoz, 2011; Meador et al., 2005; Mphra, 2013c; Roberts, 2009; Touko et al., 2010). En lo que respecta al área de la salud, a este conflicto para interactuar con otros, se incorporan las barreras para acceder al sistema de salud y fuentes de información (e.g medios de comunicación, materiales impresos), las malas actitudes de profesionales sanitarios, escuelas y familias y ciertas características culturales de la comunidad. Aunque todas estas barreras se relacionan entre sí, es relevante analizarlas en lo individual (Rodríguez, 2016).

1.3.3.1 Barreras Comunicativas. Este tipo de barreras emergen en todos los contextos formales e informales donde puede facilitarse educación sexual. En muchos de ellos la persona sorda pierde oportunidades de aprendizaje formal e incidental. El aprendizaje incidental o informal refiere a toda información que se obtiene cotidianamente a través de medios como la observación y conversaciones habituales (incluidas las ajenas). Estas son fuentes típicas para los oyentes, pero que para los sordos son inaccesibles (Bartlett, 2015; Elliot & Pick, 2015; Job, 2004; Joseph et al., 1995; LaBarre, 1998; Miller, s.f.; Moss & Blaha, 2001; Sawyer et al., 1996).

El aprendizaje informal depende considerablemente de que el ambiente de la persona sorda sea accesible y maneje una modalidad comunicativa común (LaBarre, 1998). Si se considera que alrededor del 90 por ciento de los menores sordos provienen de un hogar oyente, es posible suponer que esto no ocurre con facilidad en las familias y que la educación queda en manos de otras instancias (DAEA, Centro de Investigación e Intervención Psicosocial, 2017; García, 2010; Getch, 1998; Keatley, 2016; López, 2003; Ruíz, 2011; Sullivan et al., 1987). Muchos padres no cuentan con herramientas comunicativas para ser una fuente de información óptima, desconocen en su totalidad la lengua de señas o quienes la dominan, no suelen contar con el vocabulario suficiente para hablar sobre sexualidad a sus hijos (Huber & Kipman, 2011; Mantilla, 2016; Mphra, 2014; Téllez, 2005).

En lo que respecta al área de la salud, se plantea que la comunicación es un elemento fundamental para recibir una atención de calidad, ya que facilita al profesional sanitario comprender en totalidad la problemática que aqueja a la persona y participar en conjunto con ella, de forma activa, en el proceso salud-enfermedad. Los derechos lingüísticos de las personas sordas se vulneran repetidamente en estos servicios, imposibilitando tales beneficios (Gichane et al., 2017; Rodríguez, 2016; Wilson & Schild, 2014). En agencias, consultorios, clínicas y hospitales, no hay personal de salud capacitado en lengua de señas y tampoco hay intérpretes disponibles (Arulogun et al., 2013; Grimes, 2012; Kassa et al., 2016; Keatley, 2016; Mphra, 2013c; Olvera, 2017; UNFPA, 2018).

Ante estas carencias, los profesionales de la salud optan por medios que no son del todo confiables. El personal asume que todos los sordos saben leer los labios, sin tomar en cuenta que esta no es una habilidad innata, sino que requiere de un proceso de instrucción

que incluso tras años de entrenamiento puede fallar y es probable que se cometan errores debido, por ejemplo, a la pronunciación similar de algunas palabras o la inadecuada articulación o posición del interlocutor. Otra suposición que prevalece, es que todas las personas sordas pueden comunicarse mediante notas, lo cual desconsidera que los niveles de lectoescritura en esta población son sumamente bajos, que la terminología médica no es accesible y que el escribir puede consumir bastante del tiempo disponible para la consulta. Al igual que la lectura labiofacial, la comprensión del lenguaje escrito no sucede con naturalidad, sino que es resultado de la instrucción formal y no se puede confiar en que la totalidad del contenido sea asimilado. Esto debido a las diferencias gramaticales entre la lengua oral y la lengua de señas. Aprender la lengua oral del país en el que reside, es para la persona sorda equivalente al aprendizaje de una lengua extranjera (Alexander et al., 2012; DAEA, Centro de Investigación e Intervención Psicosocial, 2017; Gichane et al., 2017; Mallinson, 2004; Mitre & Estrada, 2011; Rodríguez, 2016).

El escenario ideal para una comunicación eficaz, sería que los profesionales de la salud dominaran con suficiencia la lengua de señas, mas no está cerca de ocurrir en la mayoría de los países. La figura del intérprete puede contrarrestar dicha barrera siempre y cuando cumpla con determinados criterios y habilidades, por lo que proveer sus servicios no siempre resuelve con precisión el problema de la comunicación. Añadido a que la lengua de señas no está unificada, varía de comunidad en comunidad y en muchos países carece de vocabulario médico, a menudo los intérpretes no cuentan con cualificación especial en salud y no están familiarizados con los tecnicismos del área (Arulogun et al., 2013; Keatley, 2016; Meador et al., 2005; Mphra, 2013c; Mphra, 2014; Murray et al., 2019; UNFPA, 2018).

Los intérpretes pueden desconocer las señas que la comunidad emplea para referir a la sexualidad y sus propias creencias pueden influir en la exactitud de la información que facilita a ambas partes (Gannon, 1998; Roberts, 2009). En México, la Unión Nacional de Sordos México A.C (2009) ha subrayado que los intérpretes en este país no cuentan con formación profesional, su dominio de la lengua proviene de sus familiares o conocidos sordos o han sido instruidos en agrupaciones religiosas. Este último hecho puede repercutir significativamente en el caso de la salud sexual, puesto que lo dicho en consulta puede ir en contra de sus valores y conllevar la omisión o distorsión de datos.

Regularmente, la única manera que las personas sordas encuentran para obtener información en los servicios de salud, es hacerse acompañar por un familiar o conocido oyente. Este medio de comunicación presenta diversas limitaciones para ser considerado eficiente (Arulogun et al., 2013; Burke et al., 2017; Gichane et al., 2017). En primer lugar, la existencia de un tercero representa una violación al derecho a la privacidad, la confidencialidad y la autonomía. Su presencia puede sesgar las descripciones, preguntas y respuestas que brinda la persona sorda al profesional y ocasionar la omisión de datos de relevancia, lo cual es crucial cuando se trata de un asunto de salud sexual. Por otro lado, similar al caso de los intérpretes, el contar con dominio regular o avanzado de la lengua de señas, no garantiza que estén capacitados para interpretar oportunamente toda la información (Alexander et al., 2012; Hindley, 2005; Ibarra & Muñoz, 2011; Mphra, 2013c; Rodríguez, 2016). En adición, cuando la familia se involucra, se documentan casos de toma de decisiones no consentidas sobre el cuerpo de la persona sorda (Sierralta, 2013).

La mala comunicación con los padres y profesionales sanitarios, acarrea consecuencias varias en más de una dimensión de la salud. En un primer momento, la persona sorda puede experimentar vergüenza, frustración, temor y ansiedad ante la imposibilidad de comprender y hacerse entender y ante la dependencia a un oyente para poder acceder. En vista de los vacíos de información, los profesionales sacan deducciones con base en los datos superficiales con los que cuentan (Rodríguez, 2016; Sawyer et al., 1996). Los procedimientos evaluativos no se dan en condiciones óptimas, lo que provoca diagnósticos, tratamientos y procedimientos equívocos, tardíos y en ocasiones, innecesarios (Cooper et al., 2003; Wilson & Schild, 2014). La persona sorda no tiene oportunidad de externar sus dudas, por vergüenza puede pretender que entendió la información y las indicaciones y abandonar la consulta sin comprender puntos vitales, por ejemplo, función, dosis y contraindicaciones de medicación o procedimientos (Gartrell et al., 2017; Grimes, 2012). Debido a estas barreras comunicativas, es más común que las personas sordas busquen y reciban atención en los últimos dos niveles de prevención (cuando ya se presentan padecimientos) que a nivel de prevención primaria (Rodríguez, 2016).

1.3.3.2 Barreras de Accesibilidad. La falta de adecuación de información y servicios y la ausencia de intérpretes en dependencias e instituciones, constituyen las principales barreras para el acceso y la participación de las personas sordas (OMS & Banco Mundial, 2011; UNFPA, 2018). Las políticas públicas están diseñadas únicamente para la población oyente y los ambientes formales donde este colectivo podría adquirir educación sexual (sistema de salud y escuela), no reúnen las condiciones necesarias para brindar un servicio de calidad que les equiepe para tomar decisiones responsables (Collazos, 2012; Gil-Cano et al., 2019; Hauland & Allen, 2009; Mall & Swartz, 2014; Sierralta, 2013).

Por la indisponibilidad de profesionales capacitados en interpretación, las personas sordas se ven obligadas a acudir con su propio intérprete. El reporte mundial presentado por Hauland y Allen (2009), da cuenta que, sólo en la mitad de los 62 países que indicaron contar con este servicio, el gobierno se encargaba de pagar los sueldos de los intérpretes. Las personas sordas usualmente viven en condiciones de pobreza y aquellos que trabajan, suelen desempeñarse en labores informales (OMS & Banco Mundial, 2011; Touko et al., 2010), por lo que la contratación de un intérprete privado sólo es posible en casos donde el interesado puede costear los servicios por su cuenta o cuando pertenece a una asociación de Sordos que lo provee (Grimes, 2012; Hauland & Allen, 2009; Rodríguez, 2016).

México es uno de los países que reporta cumplir todos los puntos determinantes de la calidad de servicios: existencia del servicio de interpretación, entrenamiento formal y código ético para intérpretes, financiamiento del gobierno y acceso a servicios gubernamentales, pero esto no garantiza que las personas sordas se beneficien plenamente. En este país, la cantidad de intérpretes certificados es considerablemente baja en relación a su alto índice de población (Hauland & Allen, 2009) y los Sordos continúan demandando su presencia en dependencias públicas e instituciones educativas (Unión Nacional de Sordos de México, A. C., 2009).

En el sector educativo, la privación de un modelo bilingüe repercute gravemente en el porcentaje de jóvenes y adultos sordos alfabetizados. Globalmente, sólo el 10 por ciento de la población sorda ha asistido a la escuela y aunque ningún país niega su derecho a la educación, es universal que esta comunidad viva en situación de analfabetismo (Hauland &

Allen, 2009). Obstaculizar su acceso a educación básica, es negarles también la oportunidad de aprender sobre salud sexual y reproductiva. Quienes asisten a la escuela, se encuentran con que las materias que abarcan contenidos de salud sexual y reproductiva, no están planificadas con los ajustes necesarios para ser aprovechadas o en su defecto, se imparten en grados más avanzados y ellos no permanecen lo suficiente en el sistema educativo como para recibirla (Gaskins, 1999; OMS & UNFPA, 2009). Tanto la deserción como la desinformación, son otras de las consecuencias relacionadas con la falta de intérpretes. En las escuelas regulares no se cuenta con recursos humanos ni presupuestarios para proveer este servicio a todos los estudiantes sordos, por lo que tampoco puede confiarse íntegramente en la efectividad de currículos de sexualidad que se impartan en estas aulas (Peinkofer, 1994; Sierralta, 2013).

Por otro lado, el aprendizaje incidental de la sexualidad también ocurre gracias a medios de comunicación impresos (libros, revistas, folletos, posters) y digitales (películas, televisión, Internet) [Angarita et al., 2015; Fitz-Gerald & Fitz-Gerald, 1977b; Mitre & Estrada, 2011; Moss & Blaha, 2001; Téllez, 2005]. Comprender estos materiales, procesar la información y actuar a partir de ella, demanda haber alcanzado cierto grado educativo (Keatley, 2016). Sin una adecuada alfabetización en salud, la persona sorda perderá parte sustancial de toda la información visual que transita en su ambiente. Dado el limitado grado de alfabetización y comprensión lectora, los medios impresos resultarán confusos o completamente incomprensibles si contienen una alta carga de información escrita y terminología de poca familiarización. Debido a las mismas razones, los medios digitales, aun aquellos que incluyen subtítulos e interpretación en lengua de señas, no serán útiles para toda la población, pues ambos códigos de comunicación precisan de educación formal (Bartlett, 2015; Getch et al., 1998; Hualand & Allen, 2009; Roberts, 2009; Rodríguez, 2016; Mphra, 2013b). Aunado a ello, los mensajes en medios masivos que incluyen ajustes para garantizar la accesibilidad, no se enfocan en temas de salud sexual (Gaskins, 1999; Yimer & Modiba, 2019).

1.3.3.3 Barreras Actitudinales. Por ser una condición no evidente a simple vista, la sordera es considerada una de las discapacidades más incomprendidas (MacDougall, 1991). Sin una manifestación tangible de la dificultad para oír, los oyentes minimizan las necesidades comunicativas de la persona sorda. Demuestran apatía y poco interés en desarrollar habilidades para interactuar y les tratan con indiferencia (Angarita & Calzada, 2015; Fitz-Gerald & Fitz-Gerald, 1977b; Mphra, 2013c; Rodríguez, 2016). Los niños, adolescentes y jóvenes sordos, son perjudicados por los mismos mitos (e.g asexualidad/hipersexualización) que el resto de la población con discapacidad (Job, 2004; OMS & UNFPA, 2009; UNFPA, 2018). En combinación con dichos mitos y el estigma de la discapacidad, el desconocimiento de la cultura Sorda permea el trato que estas personas recibe. El primer círculo donde se enfrentan a esta clase de barreras, es la familia. Los padres se niegan a aprender y permitir que sus hijos aprendan lengua de señas, les mantienen aislados, acostumbran la sobreprotección y limitan sus posibilidades de entablar amistades y relaciones de pareja (DAEA, Centro de Investigación e Intervención Psicosocial, 2017; Rodríguez, 2016; Téllez, 2005).

La adolescencia es un periodo crítico en el desarrollo de la persona sorda, ya que incrementa la interacción con pares y se incorporan a otras actividades ajenas a la escuela y la familia. Alrededor de este periodo, los adultos atribuyen todas sus dificultades y conductas a la sordera, sin analizar sus necesidades (DAEA, Centro de Investigación e Intervención Psicosocial, 2017; Goldstein et al., 2010). En estas edades son más evidentes conductas como la masturbación y el interés por el sexo opuesto, pero a diferencia de los oyentes, estos jóvenes viven en un clima mucho más restrictivo donde no pueden aprender actitudes adecuadas hacia la sexualidad. Los padres e instituciones educativas reprimen, con actitud negativa y sin explicaciones claras, las manifestaciones de su sexualidad (Fitz-Gerald & Fitz-Gerald; 1977a; García, 2010).

Las escuelas carecen de políticas para la educación sexual del estudiantado sordo y representan otro entorno cuya actitud desfavorece la adquisición de conocimiento. Los profesores de jóvenes sordos reportan que los directivos no facilitan materiales adaptados, invierten demasiado tiempo en realizar ellos mismos los ajustes y sus iniciativas de destinar clases al abordaje de la sexualidad y otorgar a los alumnos recursos para la prevención (como

preservativos), son constantemente rechazadas (Mall & Swartz, 2014; Moss & Blaha, 2001; Suter et al., 2009). En su mayoría, el personal encargado de educar la sexualidad en esta población, son mujeres. Pocos hombres se forman e involucran como educadores en esta área, hecho que impide que los varones jóvenes accedan a un modelo con quien puedan identificarse y externar sus dudas con comodidad (Gabriel & Getch, 2001; Getch et al., 2001).

Por su parte, el sistema de salud simboliza el espacio donde mayor discriminación viven las personas sordas. Los prestadores de servicios de salud no son formados en el modelo social de la discapacidad e ignoran las características de la comunidad Sorda y la heterogeneidad del colectivo en cuanto a modalidades comunicativas y grados de dominio (Muñoz-Baell et al., 2011; Mitre & Estrada, 2011; Mphra et al., 2017). Por dicho desconocimiento, los profesionales se niegan a respetar su derecho a ingresar con un intérprete o si van acompañados de un familiar, únicamente se dirigen a él o ella, sin mirar ni tomar en cuenta a la persona sorda. Se oponen a dedicar suficiente tiempo a la consulta y les niegan la información sobre salud sexual desde una actitud paternalista (Mphra, 2013c; Rodríguez, 2016).

Otras actitudes negativas del personal de salud son: insistir, con base en estereotipos, en prescindir de los servicios de interpretación y comunicarse a través de gritos, lectura de labios y notas, descartar el motivo de consulta de la persona sorda y desviar la atención a la sordera (con intenciones de cura o rehabilitación), sustituir la atención directa con material de lectura y atribuirles discapacidad intelectual o afectaciones psiquiátricas únicamente por su comportamiento, su tono y timbre de voz (en el caso de sordos oralizados) o por la estructura gramatical de su escritura (Fellinger et al., 2012; Gichane et al., 2017; Rodríguez, 2016; Trout, 2018).

Los estudios que han explorado las barreras para el acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva, evidencian que las personas sordas señalan la resistencia y mala actitud del personal como una de las principales razones para no acudir a dichos servicios. Arulogun et al. (2013) presentan que, al acudir a estos servicios, sólo el 40.5 por ciento de las mujeres sordas participantes, recibió la atención que requería, más del 15 por ciento fue tratada indignamente y el 11.4 por ciento no tiene intención de volver. Al analizar las fuentes de información más frecuentes de jóvenes y adultos sordos, Mphra (2014)

identificó que la menos popular, eran los profesionales de la salud, incluso por detrás de medios de comunicación que la comunidad señaló como inaccesibles (e.g televisión y películas). En otro estudio con esta misma población, Mphra et al. (2017) describen que el 90 por ciento de la muestra refirió la insensibilidad e indiferencia del personal como barrera significativa.

1.3.3.4 Barreras Culturales. Ciertas características culturales de la comunidad Sorda pueden intervenir en la información y servicios a los que el individuo accede. La principal fuente de información sobre sexualidad para los jóvenes sordos, suelen ser otros sordos. Independientemente de si se trata de amigos de su edad o de adultos sordos, la información transmitida puede ser imprecisa y distorsionada, pues todos afrontan por igual las barreras antes descritas. Dentro de la comunidad se construyen y dispersan mitos y confusiones que terminan por instaurarse como hechos verídicos (Gaskins, 1999; Job, 2004; Kassa et al., 2016; Mallinson, 2004; Mphra, 2013b; Roberts, 2009; Téllez, 2005).

Las negligencias del sector salud generan en las personas sordas desconfianza hacia los profesionales y en ocasiones, también hacia los intérpretes. El desconocimiento del código ético de los intérpretes y que el intérprete pertenezca o conviva directamente con la comunidad a la que pertenece la persona sorda, son algunos motivos que le hacen dudar de su discreción y rechazar su presencia en servicios de salud sexual (Grimes, 2012; Mphra, 2013c; Rodríguez, 2016). Dentro de la comunidad Sorda, al ser una comunidad tan estrecha, la información privada pronto se convierte en pública y puede viajar de un grupo de sordos a otro. Por la característica visual de la lengua de señas, el resto de quienes la dominan pueden comprender las conversaciones y comprometer la privacidad en determinadas situaciones (Keatley, 2016; Roberts, 2009). Las implicaciones de ello para la confidencialidad, problematiza a las personas sordas en asuntos de salud sexual como el VIH/SIDA (Keatley, 2016; Peinkofer, 1994), la violencia (Anderson et al., 2011; Merkin & Smith, 1995; Sierralta, 2013) y la diversidad sexo-genérica (Job, 2004; Phaneuf, 1987; Zakarewsky, 1979).

En relación con el VIH/SIDA, las personas sordas pueden evitar asistir a eventos médicos o sociales donde se realice divulgación o educación y eludir realizarse pruebas, por temor a ser vistos por otros sordos o a que su estado serológico, en caso de ser positivo, se divulgue y se le someta al asilamiento y al estigma, debido al desconocimiento que prevalece

en la comunidad (Keatley, 2016; Peinkofer, 1994). Referente a los problemas de violencia doméstica y abuso sexual, Merkin y Smith (1995) y Sierralta (2013), mencionan que es usual en esta comunidad culpabilizar a la víctima (que en su mayoría son mujeres sordas) y por lo reducido de su círculo, cuando el agresor es otro sordo, no siempre es posible que la parte afectada denuncie, pues perdería la única red de apoyo donde puede comunicarse y socializar con libertad. Finalmente, respecto a la diversidad sexo-genérica, la escasa y desactualizada investigación realizada en esta comunidad, señala que las personas sordas LGBT+ viven en doble desventaja. En la comunidad Sorda temen revelar su orientación o identidad y volverse blancos de violencia, pero en la comunidad oyente LGBT+ prevalecen prejuicios de la sordera e imposibilidad de comunicación, por lo que enfrentan el aislamiento dentro de ambas minorías y entablar relaciones significativas, se torna irrealizable (Job, 2004; Phaneuf, 1987; Zakarewsky, 1979).

1.4 Problemas de salud sexual y reproductiva en personas sordas

De la interrelación entre las barreras comunicativas y de accesibilidad, las barreras actitudinales y las de índole cultural, resulta una comunidad invisibilizada, aislada y desinformada (Angarita & Calzada, 2015; Fitz-Gerald & Fitz-Gerald, 1977b; Mphra, 2013c; Rodríguez, 2016). En la literatura se localizan múltiples datos que respaldan que los jóvenes sordos suelen tener menor conocimiento que los adultos con esta misma condición y que entre estos jóvenes prevalece un bajo conocimiento sobre sexualidad y un alto índice de exposición a factores y prácticas sexuales de riesgo (Job, 2004; Mphra et al., 2017; Mphra, 2013b; Robles & Pérez, 2021).

1.4.1 Conocimientos, Actitudes y Perfil de Riesgo

A nivel de definiciones, los jóvenes sordos tienen poco claras las diferencias entre las dimensiones de la sexualidad. Su visión está influenciada por creencias tradicionales y religiosas, estereotipos de género y se reduce a la genitalidad y la reproducción. El concepto de sexo lo asocian únicamente al acto sexual y no a la distinción entre masculino y femenino, la dimensión erótica la equiparan sólo al coito, demuestran confusiones en cuanto a su orientación e identidad sexual y algunos de ellos, externan actitudes de rechazo hacia la diversidad sexual. Estos jóvenes experimentan culpa ante la masturbación o la consideran

sencillamente una etapa de la adolescencia y un remedio previo al inicio de la vida sexual, no como un acto placentero. De igual forma, existen confusiones entre los conceptos de amistad, noviazgo y matrimonio y las conductas adecuadas en cada una de esas relaciones (Angarita & Calzada, 2015; Arcila & Jaramillo, 1990; Druet & Escalante, 2000; Grace, 2011; Gil-Cano et al., 2019; Téllez, 2005).

En una investigación comparativa entre jóvenes oyentes, jóvenes sordos oralizados y jóvenes sordos señantes, Collazos (2012) identificó que estos últimos conceptualizan la salud sexual exclusivamente desde el temor a la enfermedad y el amor romántico, mientras que los sordos oralizados identifican en mayor medida el rol de la educación, el conocimiento y los valores en la sexualidad y los oyentes, por su parte, la responsabilidad y la prevención. No obstante, ambos grupos de sordos mostraron brechas de conocimiento. En el estudio de Bartlett (2015), los jóvenes sordos manifestaron de moderado a alto conocimiento sobre sexualidad, pero ninguno respondió correctamente los 15 ítems evaluados. En este grupo, más del 80 por ciento había vivido entre dos y seis problemas de salud sexual a lo largo de su vida.

En muestras de jóvenes sordos mexicanos, Pérez y Robles (2018), Pérez et al. (2018), Robles & Guevara (2017) y Robles & Pérez (2021) reportan que la vida sexual se inicia a temprana edad (en promedio a los 17 años). La mitad de estos jóvenes no planea su primer encuentro sexual y entre el 40 y el 66 por ciento, no emplea métodos anticonceptivos en tal ocasión. En relaciones subsecuentes, sólo hacen uso del condón en la mitad de sus encuentros sexuales. Las autoras del primer estudio, enuncian que siete de cada 10 jóvenes sordos desconocen pasos indispensables para el uso correcto del condón, como son dejar aire en la punta e identificar su utilidad en función de la fecha de caducidad, mientras que Robles y Pérez (2021) exhiben que sólo seis de cada 10 jóvenes saben que deben recorrer el condón antes del abrir el paquete, más del 31 por ciento ha tenido un problema con la ruptura del condón y casi el 58 por ciento, con el deslizamiento del mismo. Sobre el estudio de Pérez et al. (2018), resalta que estos jóvenes sólo se protegen en siete de cada 10 relaciones sexuales; en comparación con jóvenes oyentes, cometen más fallas en el uso del condón y se perciben menos autoeficaces para su uso.

Algunos autores sostienen que la actividad sexual entre jóvenes sordos, es similar o mayor que en población oyente y ejecutan conductas sexuales de riesgo en mayor o igual proporción (Pérez et al., 2018; Robles & Guevara, 2017; Roberts, 2009). Además, una cantidad significativa de este colectivo no conoce las consecuencias de tales conductas (Mphra et al., 2017; Mphra, 2013b). Con tal perfil de riesgo (bajo conocimiento, bajo uso de métodos anticonceptivos, fallas en el uso del condón, etc.), son predecibles en esta población, altos índices de problemas de salud sexual como ITS, VIH/SIDA, embarazo y aborto, violencia en el noviazgo y abuso sexual.

1.4.2 ITS y VIH/SIDA

Los jóvenes y adultos sordos son hasta tres veces más vulnerables a ITS, en comparación con la población general (Touko et al., 2010). Los estudios que han evaluado la incidencia de ITS (e.g herpes, gonorrea, sífilis y tricomoniasis) entre jóvenes sordos, exponen que esta va del cinco al 16 por ciento. En estas investigaciones, más del 70 por ciento ha reportado que nunca se ha realizado una prueba de detección (Martínez, 2014; Robles et al., 2021; Robles & Guevara, 2017; Sawyer et al., 1996; Zodda, 2015). Tales porcentajes han de tomarse con precaución, pues provienen de distintos países y se han obtenido en muestras reducidas no aleatorias.

Kassa et al. (2016), tras analizar el conocimiento de adolescentes y jóvenes con distintas discapacidades, determinaron que los sordos pertenecen a uno de los grupos con menor conocimiento sobre ITS. Más de la mitad de los participantes del estudio de Pérez y Robles (2018), respondieron incorrectamente seis de los ocho reactivos evaluados y más del 70 por ciento cometió errores en ítems referentes a los síntomas y tratamiento de las ITS. En una investigación más reciente y con población similar, Robles et al. (2021) indican que sólo el 41 identificó correctamente los síntomas característicos.

Del porcentaje de sordos sexualmente activos que participaron en el estudio de Joseph et al. (1995), 56 por ciento demostró preocupación de contraer una ITS y 52 de contraer VIH, pero tal preocupación, no se asoció con el uso del condón. Entre la comunidad Sorda se extienden creencias erróneas sobre ambos problemas de salud, entre ellas: que por la apariencia saludable de la pareja se puede suponer que no presenta una ITS, que los métodos

anticonceptivos orales previenen la transmisión, que se puede adquirir VIH por donar sangre o por tener contacto con la saliva de una persona seropositiva, que un mosquito puede transmitir el virus y que estas son enfermedades “de oyentes” o exclusivamente de homosexuales (Gaskins, 1999; Grace, 2011; Joseph et al., 1995; Keatley, 2016; Mphra, 2013a; Robles et al., 2021). Se subraya que los sordos se muestran menos tolerantes a las personas con VIH/SIDA, se perciben en menor riesgo y se realizan menos pruebas (Touko et al., 2010; Trout, 2018)

Indagaciones en grupos de varias discapacidades, señalan que los sordos son la población de mayor riesgo en lo que concierne al VIH/SIDA y no toda la comunidad Sorda está al tanto de tal vulnerabilidad (Banco Mundial & Universidad de Yale, 2004; Grimes, 2012). Una publicación relativamente reciente, proveniente de Camerún, demostró que la prevalencia de VIH en este sector (cuatro por ciento), se asemeja al porcentaje a nivel nacional (Touko et al., 2010). En México, no se han realizado estudios similares. Se sabe que al cierre del año 2020, había 187,873 casos de VIH notificados vivos en este país (Secretaría de Salud, 2020), mas no hay datos oficiales sobre qué proporción corresponde a la población sorda.

Las principales brechas de conocimiento de este colectivo se hallan en la prevención y transmisión del VIH. La investigación sobre VIH con mayor población de sordos que se ha realizado hasta el momento (Goldstein et al., 2010), denota que sólo el 35 por ciento de jóvenes sabía que el sexo vaginal es una vía a través de la cual se transmite este virus y un porcentaje aún más mínimo (22 por ciento) sabía que el preservativo puede prevenir su transmisión. El 64 por ciento de esta muestra, creía que podía identificar a una persona con VIH con sólo mirarla. El 20 por ciento de los jóvenes del estudio de Keatley (2016) no había escuchado hablar nunca sobre el VIH/SIDA. Este autor muestra una diferencia significativa entre el nivel de conocimiento de sordos y oyentes sobre formas de prevención y vías de transmisión del virus. Por mencionar algunos resultados notables, cerca de la mitad de participantes creía podía adquirir el virus mediante besos y más del 20 por ciento creía que podía suceder por contacto con gérmenes en el aire o lugares sucios. Sobre la prevención, el 58 y 53 por ciento pensaba que podía evitar el contagio alimentándose sanamente y lavándose las manos, respectivamente. Mientras que todos los oyentes de este estudio identificaban la

relación entre el consumo de alcohol y el riesgo de adquirir VIH, más del 30 por ciento de sordos lo ignoraba.

El estudio sobre conocimiento y seropositividad de Touko et al. (2010), recalca que más del 40 por ciento creía que una persona que aparenta salud no puede transmitir el VIH y alrededor del 30 por ciento creía que existía una cura. Otros resultados sobresalientes se encuentran en el trabajo de Mphra (2013a), quien muestra que más de la mitad de los jóvenes sordos creía que podía adquirir el virus si convivía con una persona seropositiva. Esta investigación exhibe importantes diferencias en función del género y la edad de los participantes. Sólo el 48.8 por ciento de hombres y el 31.7 de mujeres, sabía que no existe cura para el VIH y más del 80 por ciento de la muestra total, creía que evitar los besos era una medida efectiva de prevención. Por igual, el autor presenta cifras sobre la actitud de los jóvenes; destaca que los de menor edad indicaron en mayor medida estigmas hacia las personas que viven con VIH/SIDA, por ejemplo, negarse a comer del mismo plato y evitar que les observen hablar en público.

Dentro del colectivo sordo, existen subgrupos en mayor riesgo. Heiman et al. (2015) afirman que ser mujer sorda, tener un menor ingreso económico, un empleo informal y un menor nivel educativo, se asocian con menor probabilidad de realizarse la prueba de VIH. Las personas sordas que obtuvieron un resultado positivo en la prueba del estudio de Touko et al. (2010), eran en su mayoría mujeres, personas solteras, con baja percepción de riesgo, de entre 20 y 34 años y que contaban con un empleo informal. Por su parte, Goldstein et al. (2010) revelan que, identificarse como miembro de la comunidad Sorda y reconocerse indeciso en cuanto a la propia orientación sexual, se asocian negativamente con el conocimiento sobre VIH. Un subgrupo que ha recibido poca atención y que se posiciona en alto grado de vulnerabilidad, son los sordos homosexuales y bisexuales y los hombres sordos que no se identifican con ninguna de estas dos orientaciones, pero tienen sexo con otros hombres. La dificultad para encontrar pareja, lleva a estos jóvenes a buscar interacciones (centradas mayormente en el contacto sexual) fuera de la comunidad, y exponerse a riesgos vinculados con los problemas de comunicación, como prácticas violentas no consentidas (Gaskins, 1999; Peinkofer, 1994; Zakarewsky, 1979).

En palabras de Mallinson (2004), los sordos homosexuales y bisexuales constituyen una minoría dentro de otra. Con base en las experiencias del grupo de hombres Sordos participantes, este autor describe que aun cuando, dentro de la comunidad Sorda, todos han vivido pérdidas (parejas, amigos, conocidos) por complicaciones con el SIDA, continúan ejecutando conductas de riesgo. Para esta muestra, el sexo seguro y las medidas de prevención, no representaban relevancia alguna, puesto que las pérdidas subsecuentes, el aislamiento y la falta de información, les llevaban a creer que eventual e inevitablemente contraerían el virus. Otro hallazgo notable de este estudio es la confusión que llega a causar el resultado de la prueba de VIH: un resultado positivo puede ser interpretado como algo bueno. Sin las indicaciones necesarias, las personas sordas pueden asumir esto como un indicador de salud y no acudir a tratamiento inmediatamente.

Dicha confusión con el término de seropositividad, sumada a la falta de información, educación y materiales adaptados, coloca al sector de personas sordas con VIH en susceptibilidad de progreso a SIDA. Existen casos en que el diagnóstico tiene lugar hasta que se ha desarrollado sintomatología. Asimismo, por la barrera de comunicación en servicios de salud y la actitud de profesionales, la adherencia al tratamiento en esta población se complejiza en cuestión de horarios y dosis, lo que puede resultar en resistencia a los antirretrovirales (Gaskins, 1999; Mallinson, 2004; Trout, 2018).

Independientemente de la orientación sexual, se postula que una persona sorda en una relación con alguien oyente, se encontrará en desventaja si no comparten la misma lengua. Los problemas de comunicación que esta disparidad conlleva, incluyen el abuso sexual y la imposibilidad para negociar sexo seguro y comunicar a la pareja el estado serológico antes del encuentro sexual (Mallinson, 2004; Peinkofer, 1994). Otros riesgos en esta población son el alto consumo de sustancias, elevado número de parejas sexuales, múltiples relaciones sexuales concurrentes y la recirculación de parejas dentro de la misma comunidad (Grimes, 2012; Touko et al., 2010; Trout, 2018).

1.4.3 Embarazo y Aborto

México ocupa el primer lugar en embarazo adolescente entre las naciones que integran la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) [Instituto

Nacional de las Mujeres, 2021]. En el año 2018 se registraron 146,450 nacimientos en adolescentes de 15 a 17 años y 10,307 en menores de entre nueve y 14 años. Ambas cifras indican un aumento en los casos de embarazo adolescente, con respecto a años anteriores (Dirección General de Información en Salud, como se citó en Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, 2019). Como en el caso de otros problemas de salud sexual y reproductiva, no se cuenta con cifras disponibles en lo que concierne a los adolescentes con discapacidad, ni cifras específicas sobre adolescentes sordos. Acorde a la escasa literatura reciente (en muestras pequeñas y no aleatorias), la prevalencia del embarazo no deseado, entre personas jóvenes mexicanas con sordera, va del 10.5 a casi el 30 por ciento, en tanto que la prevalencia del aborto se ubica en un rango de entre siete y 14 por ciento (Martínez, 2014; Robles & Guevara, 2017; Robles et al., 2021).

De acuerdo con Mphra et al. (2017) y Mphra (2013b), en comparación con los adultos sordos, los jóvenes tienen menor conocimiento sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos y el embarazo es la menos importante de entre las razones por las cuales usan condón. En el segundo estudio, el autor documenta que los jóvenes no cuentan con información sobre métodos anticonceptivos modernos más allá del preservativo, las pastillas y la inyección anticonceptiva. El 67.7 de las mujeres y el 46 por ciento de hombres de este estudio, no utilizaban ningún método anticonceptivo, sólo el 10 por ciento de hombres conocía las pastillas de emergencia, en comparación con más de la mitad de las mujeres. Menos del 23 por ciento de ambos sexos, conocía el dispositivo intrauterino (DIU) y menos del 40 por ciento, el implante anticonceptivo.

Los participantes del segundo estudio (Mphra et al., 2017), subrayaron que el embarazo no deseado, el embarazo adolescente y el aborto, son problemas que observan frecuentemente dentro la comunidad. En esta muestra, se identificó un bajo nivel de conocimiento sobre la prevención del embarazo. Dos tercios de la muestra no sabían que puede haber un embarazo aunque se haya tenido sexo sin protección en sólo una ocasión, el sólo el 62 por ciento de hombres y 32 por ciento de mujeres sabían que desde la primera relación sexual existe riesgo de embarazo y el 90 por ciento de ambos sexos creía que evitar los besos era una medida anticonceptiva. Una proporción relevante de los participantes (casi 40 por ciento de cada sexo), confiaba en el coito interrumpido para prevenir el embarazo.

Otros autores han identificado el coito interrumpido como un método común entre los jóvenes sordos (Horner-Johnson et al., 2018; Joseph et al., 1995; Martínez, 2014; Sawyer et al., 1996), lo que puede explicar los índices de embarazos no deseados.

Un estudio proveniente de Etiopía, realizado por Yimer y Modiba (2019) en mujeres sordas y mujeres ciegas, demostró que más del 60 por ciento del primer grupo había tenido un embarazo no deseado, casi el 44 por ciento reportó experiencias de abortos inducidos y más del 60 por ciento ignoraba los días más fértiles de su ciclo menstrual. Sólo el 32 por ciento de la muestra total obtuvo puntajes aceptables en la prueba de conocimientos sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar. Fueron las mujeres sordas quienes mostraron un mayor desempeño, sin embargo, el análisis de resultados advierte que es 6.4 veces más probable que las mujeres ciegas usen métodos de planificación familiar y que únicamente el 33.5 por ciento del grupo con sordera, utilizaba alguno en el momento del estudio.

Gichane et al. (2017) argumenta que las condiciones de embarazo y aborto en mujeres sordas, han sido nulamente exploradas en países de bajos ingresos. En un grupo de mujeres sordas de 18 a 49 años provenientes de Ciudad del Cabo, Sudáfrica, los autores ubicaron que el 19 por ciento había vivido la interrupción de un embarazo en algún punto de su vida y que este porcentaje era más alto que el promedio nacional. Las experiencias de violencia obstétrica que suelen vivir las mujeres oyentes, fueron reportadas con mayor gravedad por las mujeres sordas de este estudio que habían tenido hijos. Los maltratos que habían sufrido durante consultas de seguimiento prenatal y parto, fueron producto de las barreras de comunicación con el personal de salud. Sólo el 14 por ciento de estas mujeres había recibido los servicios de un intérprete durante el parto. La ausencia de tal servicio se considera una forma de violencia obstétrica y en México, igualmente se reconoce que es un problema (Olvera, 2017).

Existe evidencia de que las mujeres sordas experimentan más complicaciones durante el embarazo y el nacimiento de sus hijos. Mitra et al. (2016) hacen notar que las mujeres sordas tienen doble de probabilidad de presentar comorbilidades, tienen mayor índice de partos pretérmino y de nacimientos con bajo peso. Los autores proponen que estas

dificultades pueden provenir del poco conocimiento sobre embarazo y cuidados prenatales y de las barreras de acceso a servicios materno-infantiles.

1.4.4 Abuso Sexual y Violencia en el Noviazgo

En contraste con la población oyente e incluso con otras discapacidades, las personas sordas (en especial los menores y las mujeres) se encuentran en mayor riesgo de ser víctimas de violencia física, psicológica y sexual. Puesto que uno de sus principales sentidos está comprometido, los perpetradores asumen que la persona sorda no podrá verbalizar y describir el abuso, lo cual ocurre en muchas ocasiones, especialmente cuando la familia no domina la lengua de señas u otra modalidad comunicativa en común. Gran cantidad de los casos de violencia contra esta comunidad pasa desapercibida y no es denunciada (Burke et al., 2017; Ibarra & Muñoz, 2011; Murray et al., 2019; LaBarre, 1998).

El tipo de violencia más frecuente de la que son objeto los menores y jóvenes sordos, es la violencia sexual (Gartrell et al., 2017; Roberts, 2009; Sullivan & Knutson, 1998). Además de la falta de educación sexual y las barreras de comunicación, entre los factores que acrecientan el riesgo de ser víctima de abuso sexual, se hallan la dependencia hacia otros, la baja autoestima, el aislamiento social y los mitos y estereotipos tanto de la discapacidad, como de este tipo de violencia (Ibarra & Muñoz, 2011; Moss & Blaha, 2001; Robles & Guevara, 2017). El abuso suele ocurrir en la pubertad o en la adolescencia, sucede en sus propios hogares, puede haber múltiples revictimizaciones y los agresores a menudo son personas conocidas y cercanas, como familiares, amigos y parejas (Burke et al., 2017; Elliot & Pick, 2015; Grace, 2011; Kvam, 2004; Sullivan & Knutson, 1998).

A través de una encuesta electrónica adaptada para universitarios Sordos, Roberts (2009) indagó en el grado de aceptación de mitos sobre la violación y encontró que más de la mitad de los estudiantes creía que las denuncias de violación son falsas y constituyen un intento por llamar la atención y más del 30 por ciento pensaba que cualquier persona puede resistirse fácilmente a una violación y que la forma de vestir provocaba el abuso. Los hombres y los estudiantes de menores grados, aceptaron más los mitos que las mujeres y los de grados avanzados. De esta muestra, más del 20 declaró que había sido desnudado o le habían realizado sexo oral sin su consentimiento, el 19 por ciento fue víctima de violación

vaginal y el 13 por ciento, de violación anal. El 33 por ciento de estos jóvenes, dijo haber experimentado algún tipo de actividad sexual no deseada antes de los 18 años.

El estudio retrospectivo de Kvam (2004) describe que 25 por ciento de las mujeres sordas y 14.4 por ciento de hombres sordos, fueron víctimas de violación, a diferencia de los oyentes, donde los porcentajes fueron 7.5 por ciento en mujeres y 3.3 en hombres. Esto se traduce en un riesgo duplicado en mujeres sordas y triplicado en hombres sordos. Todos los participantes sordos eran menores de 16 años cuando fueron abusados, la mayoría vivió entre dos y cuatro tipos de abuso distintos y fueron agredidos, en promedio, seis o más veces. El tipo de abuso sexual más común en mujeres fue tocamiento de genitales y sexo forzado y en hombres, tocamiento de genitales y obligarles a ver pornografía. La mitad de las víctimas fueron abusadas en la escuela para sordos o en su casa y a algunos de ellos se les persuadió con regalos o alcohol. Aproximadamente una de cuatro víctimas reportó que el abuso involucró fuerza física.

El 35 por ciento de los jóvenes sordos del estudio de Robles et al. (2021) tuvo su primera relación sexual de manera forzada y 21 por ciento vivió abuso en relaciones sexuales subsecuentes. En el 75 por ciento de los casos, el perpetrador fue la pareja y en el 25 por ciento, un amigo; el abuso sexual fue más frecuente entre quienes ya habían iniciado su vida sexual. En Martínez (2014) las proporciones de abuso sexual en la primera relación sexual y en las subsecuentes, fueron 49 y 33.3 por ciento, respectivamente, mientras que en el estudio de Joseph et al. (1995), un cuarto de los estudiantes reportó haber sido víctima de abuso sexual.

Yu et al. (2017) indagaron el nivel de conocimiento y habilidades para la prevención del abuso sexual en menores de 10 a 16 años y ubicaron que sólo la mitad de ellos reportaría el abuso si sucediera y únicamente el seis por ciento de la muestra total, contaba con las habilidades necesarias para protegerse en las tres situaciones hipotéticas que les fueron presentadas. Un tercio de los menores no reportaría el abuso a un adulto ni se retiraría de la situación y el 40 por ciento guardaría el secreto si el abusador se lo pidiera. Tras comparar los resultados con estadísticas en estudiantes oyentes, los autores concluyen que el conocimiento y las habilidades de los sordos, son notablemente menores y que los varones

se encuentran en vulnerabilidad distinta, ya que mencionaron en menor grado que notificarían el abuso.

Uno de los estudios pioneros del abuso sexual en sordos (Sullivan et al., 1987), reveló que la tendencia de género en esta problemática, estaba invertida en comparación con los resultados tradicionales en oyentes. Estos autores demostraron que 50 por ciento de las mujeres y 54 por ciento de los hombres, habían sido víctimas de abuso sexual. Estudios actuales en México parecen contradecir estos hallazgos. Robles et al. (2021) describen que del porcentaje de jóvenes sordos que reportó abuso sexual, eran los hombres quienes lo habían vivido en menor medida. Estos resultados concuerdan con los análisis de Robles y Guevara (2017) en que las mujeres sordas, en comparación con los hombres sordos, son victimizadas sexualmente con mayor frecuencia. Estas autoras describen que las participantes reportaron dos o hasta tres veces más ser forzadas en su primera relación sexual y en las siguientes, haber sido tocada u obligada a tocar los genitales de alguien más y haber sido coaccionada para quitarse la ropa. Empero, este último estudio fue realizado en un grupo de jóvenes con discapacidad visual y uno con discapacidad auditiva y los resultados se presentan en conjunto, no de manera diferenciada.

Otro trabajo reciente sobre esta problemática, es el de Elliot y Pick (2015), quienes desglosan estadísticas de prevalencia y características de la violencia sexual en mujeres sordas. Más de dos tercios de estas mujeres habían sido abusadas y en contraste con el porcentaje en mujeres oyentes de su país, la cifra era notablemente superior. Sus experiencias iban desde la coerción sexual y el sexo forzado bajo efectos del alcohol, hasta la violación vaginal, oral y anal. El 96 por ciento de los abusos fue perpetrado por hombres, 67 por ciento por un agresor sordo y 27 por ciento por un agresor oyente. En el 44 por ciento de los casos, las mujeres fueron abusadas por alguno de sus amigos y el 29 por ciento, por su pareja.

Un escenario donde el abuso sexual se intersecta con otros tipos de violencia, son las relaciones de noviazgo. La Encuesta Nacional de Violencia en las Relaciones de Noviazgo 2007, llevada a cabo por el Instituto Mexicano de la Juventud (2008), reveló que en las relaciones de pareja de los jóvenes mexicanos de 15 a 24 años, se manifiestan distintos tipos y grados de violencia. Se reportó al menos un incidente de violencia física en el 15 por ciento de los participantes y más de la mitad de este porcentaje, correspondía a mujeres. Conductas

de violencia psicológica fueron reportadas por el 76 por ciento de la muestra total y dos terceras partes de quienes notificaron violencia sexual, eran mujeres. Como expresan Ibarra y Muñoz (2011), ninguna de las encuestas en México que miden a gran escala la violencia contra las mujeres, proporciona datos sobre mujeres sordas y otras discapacidades.

En la última década, los hallazgos que se han obtenido en jóvenes sordos de edad universitaria, señalan que la violencia en el noviazgo es un problema alarmante en esta comunidad. Crowe (2010) evaluó el conocimiento sobre violencia de pareja, el nivel de tensión y la frecuencia de abuso en las relaciones de sordos universitarios. La encuesta demostró que la mayoría de los estudiantes poseía un nivel de conocimiento aceptable sobre violencia y variables involucradas en el abuso y más de la mitad percibía mucha tensión en su relación. A pesar de que conocían los tipos, indicadores conductuales y ciclo de la violencia, así como la influencia del uso de sustancias, medios para pedir ayuda y formas de tener relación sana, el 16 por ciento consideraba estar en una relación violenta y más del 26 por ciento consideraba haberlo estado en el pasado, más del 11 por ciento reportó que su pareja le había lastimado físicamente una o muchas veces y alrededor del 30 por ciento, mencionó que su pareja le gritaba. En otra muestra con características similares, la misma autora documentó que la tensión en la relación, haber vivido abuso en el pasado y tener una pareja con discapacidad adicional a la sordera, son predictores de abuso sexual (Crowe, 2013).

Crowe (2010) sostiene que por las características de la comunidad, la violencia tiene atributos específicos que pueden afectar, por ejemplo, la prevalencia y la búsqueda de ayuda. Los resultados de algunas investigaciones en mujeres sordas universitarias, respaldan este planteamiento. La naturaleza de la violencia es similar que en población oyente, pero existen ciertos predictores y manifestaciones particulares en la comunidad Sorda. Ambos aspectos variarán según el tipo de pareja; por ejemplo, una pareja oyente puede abusar del privilegio y poder que le da la capacidad de escuchar para violentar a la pareja sorda (Anderson et al., 2011). Adicional a las formas más tradicionales de lo que se entiende por violencia, el agresor oyente puede ofender la identidad Sorda de su pareja, burlarse de sus habilidades orales o manejo de la lengua de señas, restringir sus formas virtuales de comunicación, aislarle o ignorarle en interacciones sociales con personas oyentes, no avisarle cuando alguien intentó

contactarle, hablar mal de la comunidad Sorda y no permitirle integrarse a ella (Rem-Sario, 2008, como se citó en Anderson & Kobek, 2013).

Una de las investigaciones que también evalúa estas especificidades, se encuentra en Anderson y Kobek (2013), quienes analizaron el efecto de la compatibilidad de la lengua y el estatus auditivo de la pareja sobre la violencia. Las autoras declaran que las mujeres sordas con parejas también sordas reportaron 6.6 veces más coerción sexual y aquellas cuya pareja tenía hipoacusia, 4.6 veces más. La coerción sexual fue mayor en parejas con lengua compatible, pero las no compatibles mostraron mayor severidad en las agresiones, incluyendo fuerza física. Mientras que las primeras reportaron en promedio tres agresiones, la mujeres con pareja no compatible indicaron un promedio de siete agresiones. Las autoras proponen que la prevalencia es mayor en parejas sordas por la falta de información y habilidades para identificar la violencia y para comunicarse efectivamente, aun cuando compartan la misma lengua.

Saber nombrar e identificar la violencia y contar con un vocabulario suficiente para describirla, son habilidades vitales para pedir ayuda y denunciar, que por lo general, las personas sordas no desarrollan (Grace, 2011; Hindley, 2005; Ibarra & Muñoz, 2011; Moss & Blaha, 2001). En el contexto de violencia de pareja, Anderson y Kobek (2011) encontraron que el 75 por ciento de las mujeres sordas que habían vivido violencia psicológica, no la nombraba como tal. Mismo caso para la mitad de quienes habían sufrido violencia física y 80 por ciento de quienes habían sido víctimas de violencia sexual. Las mujeres cuyas parejas habían ejercido agresiones más severas (e.g golpes, quemaduras, ruptura de huesos), fue más probable que nombraran como violencia sus experiencias, que aquellas que habían experimentado formas más sutiles de violencia psicológica y coerción sexual.

En concordancia, el 70 por ciento de las mujeres sordas víctimas de violación, en el estudio de Elliot y Pick (2015), utilizaron otras etiquetas para su experiencia, como “error”, “problema ocasionado por el alcohol” o “sacrificio por la pareja”. Similar al estudio anterior, quienes demostraron mayor capacidad de nombrar la violencia, fueron aquellas que habían vivido agresiones más cercanas al estereotipo de violación. Del total de universitarios en el trabajo de Roberts (2009) que reportó alguna actividad sexual no consensuada, sólo el 20 por ciento la reconoció como violación, el resto usó expresiones como "ser forzada",

"seducción", "acoso" o "tener sexo sin control de sí". En ambos estudios, los autores explican que los jóvenes sordos no tienen claridad en las definiciones de violación y abuso sexual, aun considerando que ambas muestras provenían de universidades específicas para sordos, donde es más probable que adquieran información adaptada.

Como se analizó en los apartados de barreras culturales y de accesibilidad, es menos probable que las personas sordas (de manera expresa las mujeres) reporten el abuso y busquen apoyo, debido al temor de enfrentar el aislamiento y juicio de la comunidad (Anderson et al., 2011). En los juzgados, centros de denuncia y centros de salud en Latinoamérica, no hay intérpretes y los servicios telefónicos de emergencia, denuncia u orientación son inaccesibles (Sierralta, 2013). Autoras como Ibarra y Muñoz (2011) y Olvera (2017) advierten que, en México, ningún programa gubernamental contra la violencia involucra a las mujeres con discapacidad y ningún instituto de atención a la mujer, refugio o casa de acogida, ofrece servicios de interpretación.

1.5 Conclusiones

La evolución del concepto de discapacidad y el tránsito de la medicalización a un enfoque de derechos humanos, obligan a realizar modificaciones para garantizar el reconocimiento de las personas con discapacidad como seres sexuales, con derechos sexuales y reproductivos que, como el resto de la población, requieren de acceso a servicios y educación sexual. Negar estos derechos significa exponerles al riesgo de padecer una multiplicidad de problemas de salud sexual y reproductiva.

Las personas sordas, dada su heterogeneidad en términos de modalidad comunicativa e identidad cultural, constituyen una de las poblaciones más excluidas en servicios, fuentes de información, políticas y programas. Algunas de estas personas se identifican como parte de una comunidad lingüística con una identidad propia. El desconocimiento de su cultura, su lengua y de las características de otros subgrupos de sordos, crea barreras de comunicación y de acceso a información, así como barreras actitudinales y culturales que dificultan o impiden por completo que se beneficien de recursos necesarios para el cuidado de su salud. Esta exclusión, que se construye en la familia, el sector salud y la sociedad en general, los coloca en una posición de vulnerabilidad ante problemas que la literatura reporta en índices

preocupantes: ITS, VIH, embarazo y aborto y, de manera desproporcionada, la violencia y el abuso sexual.

La historia de la educación sexual dirigida a jóvenes sordos demuestra que, para los profesionales de la salud, los padres y las escuelas, lo primordial es la comunicación, la adquisición de habilidades orales que les permitan integrarse a lo que se considera normalidad. La educación sexual ha sido dejada de lado y el estudio sobre cómo debería adaptarse y facilitarse a esta población, es limitado. Una cantidad sustancial de la literatura proviene de Estados Unidos y países de África; en México, la información sobre el patrón de conducta sexual y las necesidades de los jóvenes sordos, es insuficiente. En este país, la investigación es muy reciente y se ha realizado de forma transversal, en muestras reducidas y se presentan, como en otros lugares del mundo, limitaciones metodológicas relacionadas con las barreras de comunicación y con la actitud de las instituciones que se oponen a que los alumnos participen en investigaciones relacionadas con la sexualidad (Pérez et al., 2020). México representa también un país donde las cifras oficiales sobre la salud sexual de las personas con discapacidad, son inexistentes, lo que invisibiliza sus problemas y necesidades y contradice el compromiso con la CDPD (Naciones Unidas, 2006) de generar evidencia sobre las condiciones de vida de cada subgrupo.

Existen grandes vacíos en la investigación: gran parte de los estudios de décadas pasadas y recientes se centra en el abuso sexual y el VIH y muy poco de la bibliografía sobre la amplia gama de dimensiones que integran la sexualidad y sobre el conocimiento, la conducta y la educación sexual en población sorda, ha sido actualizado en los últimos 40 años. La situación de los programas de intervención es aún más alarmante: los lineamientos para su diseño están dispersos en publicaciones varias (en su mayoría antiguas) y sobre distintos temas, no precisamente especializada en diseño de currículos de educación sexual. Aunque, desde el lente del modelo social de la discapacidad, se reconoce que las barreras de comunicación no son excusa para perpetuar la exclusión de las personas sordas en servicios y programas educativos, los jóvenes sordos y sus familias continúan enfrentándose a una carencia importante de estrategias para asegurar su acceso igualitario al más alto nivel de salud sexual.

2. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN DIRIGIDOS A PROMOVER LA COMUNICACIÓN SOBRE SEXUALIDAD

Este capítulo presenta la definición de comunicación sexual padres-hijo, la descripción de distintas variables que influyen en ella y hallazgos significativos de la última década en padres de hijos sin discapacidad y con distintas discapacidades. Dada la escasez de estudios recientes que evalúen concretamente la comunicación sexual entre padres oyentes e hijos sordos, esta revisión retoma igualmente trabajos de décadas anteriores. Además, se analizan los elementos y características de programas de intervención que han evaluado y documentado su eficacia en padres de ambas poblaciones de jóvenes (con y sin discapacidad).

2.1 Comunicación Padres-Hijo Sobre Sexualidad

La comunicación iniciada por la familia, especialmente por los padres, contribuye de forma significativa al bienestar del adolescente; se considera como el principal canal de información, conocimientos y valores, incluidos aquellos referentes a la salud sexual y reproductiva (Emelumadu et al., 2014; Fernández et al., 2017; Mbachu et al., 2020). Durante la adolescencia, los padres pueden promover el conocimiento y las conductas preventivas en sus hijos al asumir un papel activo en la comunicación (Esparza et al., 2020).

La comunicación sexual padres-hijo se entiende como un proceso bidireccional, un intercambio verbal entre la madre, padre o cuidador y el hijo o hija sobre temas relacionados con la sexualidad (Flores & Barroso, 2017). Este diálogo se encuentra mediado por percepciones, interpretaciones y creencias de los padres, las cuales influyen de forma importante en la transmisión de información. Específicamente en población latinoamericana, se ha identificado que la comunicación sexual y los temas abordados, se ve afectada en gran medida por factores culturales como son valores familiares, religión y estereotipos de género (Fernández et al., 2017; González et al., 2017).

Si bien existe escaso acuerdo en cuanto a cómo se debe brindar educación sexual y qué elementos debe incluir, la evidencia indica que los padres son un agente importante e indispensable en el área del desarrollo y cuidado de la salud sexual del adolescente (Veilleux et al., 2010). Se ha identificado que los adolescentes señalan a sus padres y a sus amigos

como principales fuentes de información sobre sexualidad y, por su parte, los padres se consideran la figura con mayor peso en la educación sexual de sus hijos, sin embargo, aun cuando reconocen la importancia y necesidad de comunicarse con ellos sobre temas sexuales, lo hacen con poca o nula frecuencia y subestiman el impacto que pueden llegar a tener sobre su conducta (Ashcraft & Murray, 2017; Mbachu et al., 2020; Morawska et al., 2015; Othman et al., 2020).

En la última década, se han realizado numerosos estudios respecto a la comunicación sexual padres-hijo; no obstante, gran parte de ellos se han centrado en padres de hijos sin discapacidad. Los hallazgos de estas investigaciones señalan que los padres esperan que sus hijos no se involucren en relaciones sexuales en la adolescencia, pero no hacen los esfuerzos necesarios para equiparlos de conocimientos y habilidades (Emelumadu et al., 2014; Flores & Barroso, 2017). Los adolescentes que conversan sobre sexualidad de manera habitual con sus padres, ejecutan más comportamientos sexuales protegidos, retardan la edad de su debut sexual y usan de forma consistente el condón en sus relaciones sexuales. Una comunicación abierta puede resultar efectiva para reducir la cantidad de prácticas de riesgo y de actividad sexual en la adolescencia (Ashcraft & Murray, 2017; Flores & Barroso, 2017; Mbachu et al., 2020; Veilleux et al., 2010).

Estudios como el de Emelumadu et al. (2014) muestran que menos del 20 por ciento de los adolescentes se comunica frecuentemente con sus padres sobre temas de salud sexual. Una comunicación deficiente, probabiliza que el adolescente recurra a fuentes no confiables (Othman et al., 2020). Ruíz-Canela et al. (2012), hallaron que aquellos adolescentes cuyas principales fuentes de información eran sus amigos, hermanos, revistas o internet, tenían mayor actividad sexual que aquellos que conversaban principalmente con sus padres. En población mexicana, Sánchez y Robles (2014) identificaron que la comunicación con los padres es escasa; los jóvenes que se comunican con mayor frecuencia y perciben mayor apoyo y supervisión por parte de sus tutores, reportaron iniciar a edades más tardías su vida sexual, planearon su primera relación sexual, usaron condón tanto en esta como en las relaciones subsecuentes y lo utilizan de forma consistente. En comparación con quienes se comunicaban poco o nada, estos adolescentes indicaron menor número de relaciones sexuales bajo el efecto de drogas o alcohol.

Algunos estudios demuestran que la frecuencia, contenido y calidad de la comunicación sexual, suele diferir según el reporte del padre o madre y de los adolescentes. El impacto de la comunicación sexual puede reflejarse en el grado de acuerdo entre padres e hijos; aunque los padres consideren que hablan y cubren un gran número de temas, no será efectivo si el adolescente no lo percibe así. Pese a que los padres tienden a identificar mayor cantidad de incidentes e incomodidades durante la conversación, son ellos quienes reportan una comunicación más frecuente, en comparación con sus hijos (Bárcena et al., 2013; Beckett et al., 2010; Fernández et al., 2017; Flores & Barroso, 2017; Grossman et al., 2017; Othman et al., 2020).

Gertsvolf et al., (2012) evaluaron el grado de acuerdo entre madres e hijas en siete aspectos de la comunicación, incluidas la comunicación general y la comunicación sobre sexualidad y salud sexual. Se identificó discrepancia en cinco de esos temas; las madres reportaron mayor frecuencia de comunicación general y sobre temas de noviazgo. Igualmente, son ellas quienes perciben en mayor medida una respuesta afectiva positiva durante la conversación y consideran que comparten más información. Por el contrario, las hijas perciben menos afecto positivo y reportan cambiar de tema si sus madres intentan hablar sobre sexo.

Beckett et al. (2010), en un estudio longitudinal en el que se evaluó la comunicación sexual entre padres e hijos, identificaron una importante consistencia en el reporte de ambos según el momento en que hablaron. En contraste con ello, Grossman et al. (2017) mencionan que un tercio de las diadas demostró poco acuerdo respecto al momento y el contenido de la comunicación sobre temas de salud sexual. Los temas con mayor acuerdo, según estos autores, fueron cambios en la pubertad y diversidad sexual, mientras que la preparación para tener sexo y el embarazo, fueron los temas donde se identificaron más diferencias. Los adolescentes que coinciden con sus padres en el nivel de comunicación que mantienen, aplazaron más la edad de su debut sexual, describen mayor comodidad, apertura, honestidad y escucha en sus padres al abordar temas sexuales y son más comprensivos con los puntos de vista de sus padres, así como con las razones y preocupaciones detrás de sus mensajes.

Se sabe por distintos estudios que el género es una variable que influye de forma importante en la comunicación sexual. Existen diferencias en la frecuencia, el momento y el

contenido de la comunicación según el sexo del padre y del hijo (Nurachmaha et al., 2019). Se abordan más temas cuando padre e hijo son del mismo género y la frecuencia de la comunicación tiende a ser mayor entre madre-hija que entre padre-hijo (Flores & Barroso, 2017; Emelumadu et al., 2014; Mbachu et al., 2020; Othman et al., 2020). A pesar de que las madres, al igual que los padres, muestran dificultades para abordar temas sexuales o recurren a una figura masculina cuando se trata de conversar con un hijo varón, se enfrentan a menos barreras que las diadas padre-hijo y madre-hija (Evans et al., 2019).

En cuanto al momento, se identifica que los padres comienzan a hablar de sexualidad antes con sus hijas que con hijos (Flores & Barroso, 2017; Mbachu et al., 2020; Othman et al., 2020). Emelumadu et al. (2014), mencionan que esta diferencia se debe en gran medida a que la pubertad comienza antes en las mujeres y a que son ellas quienes viven en mayor grado las consecuencias negativas del embarazo adolescente. Beckett et al. (2010) identificaron que, si bien la comunicación sexual comienza antes con las mujeres, esta no suele ocurrir previo a la primera relación sexual, para ninguno de los dos sexos. Es decir, los padres no informan a sus hijas ni a sus hijos hasta que su vida sexual ha iniciado.

En lo que refiere al contenido, a las mujeres se les habla con mayor frecuencia acerca de cambios en la pubertad, abstinencia, embarazo y aborto, enfatizando en las consecuencias negativas de iniciar su vida sexual, mientras que a los hombres se les habla de relaciones sexuales y afectivas, toma de decisiones y uso de métodos anticonceptivos, promoviendo en mayor medida el ejercicio responsable de su sexualidad (Emelumadu et al., 2014; Othman et al., 2020).

Otra diferencia relevante en cuanto al género de los padres, consiste en la madre como principal educadora sexual de sus hijos. Nurachmaha et al. (2019) y Mbachu et al. (2020), mencionan que los adolescentes (en su mayoría mujeres), reportan como fuente de información más común a su madre, por encima de hermanos, trabajadores de la salud, libros e Internet. Con ella existe mayor confianza y cercanía, consideran que la comunicación es más abierta, tienen mayor conocimiento y experimentan menos vergüenza durante la conversación, lo que facilita involucrarse en discusiones sobre temas de sexualidad con ellas.

Según Veilleux et al. (2010), padres y madres se involucran en la comunicación, sin embargo, existe una mayor comunicación con la madre, mismo resultado al que han llegado

otras investigaciones, las cuales señalan que, en comparación con los padres, quienes no suelen iniciar conversaciones sobre sexualidad, evitan responder las preguntas de sus hijos y son más autoritarios (González et al., 2017; Othman et al., 2020), las madres no sólo se comunican con más frecuencia y abordan más temas de sexualidad con sus hijos, sino que muestran más comodidad y más disposición, aun cuando expresen, igual que los padres, temor por hacerlo (Bárcena et al., 2013; Esparza et al., 2020; Flores & Barroso, 2017; Orcasita et al., 2018; Sears et al., 2020).

Una de las razones por las que las madres se comunican con mayor frecuencia, es su propia historia de inadecuada educación sexual, puesto que buscan brindar a sus hijos mejor información de la que les fue proporcionada a ellas (González et al., 2017). El estudio de Othman et al. (2020) evidencia que las madres poseen mayor experiencia en conversaciones sobre sexualidad, se perciben más preparadas y accesibles y responden en mayor medida a las inquietudes de sus hijos a pesar de la vergüenza o incomodidad. De igual forma, tienden a ser más responsivas en las conversaciones y a mostrar menos evitación (Sears et al., 2020).

Otro factor relevante para comprender la asociación entre comunicación y conducta sexual, es la manera en que madres, padres e hijos hablan y dirigen la conversación (Grossman et al., 2017). De acuerdo con Flores y Barroso (2017), el estilo comunicativo de los padres puede facilitar o entorpecer la efectividad de tal comunicación. Si los hijos perciben una carencia de habilidades comunicativas en los padres, evitarán conversar con ellos o se mostrarán ansiosos ante la posibilidad de abordar temas de sexualidad. Un estilo moderadamente directivo (mas no autoritario), donde el padre explica lo que espera del hijo, evita brindar información ambigua y emitir juicios, se muestra abierto a responder preguntas, emplea un tono positivo y un lenguaje común por encima de tecnicismos, sin dejar de lado la seriedad del tema, se asocia con una mejor interacción padre-hijo y una menor frecuencia de conductas sexuales de riesgo (Ashcraft & Murray, 2017; Flores & Barroso, 2017).

Una comunicación general más interactiva y una actitud abierta, escucha activa, responsividad y apoyo por parte de la figura parental, facilita el diálogo y elimina la preocupación del hijo en cuanto recibir una reacción negativa del padre, lo que, en consecuencia, reduce la resistencia del adolescente para hablar sobre sexualidad y probabiliza relaciones afectivas saludables y menos conductas de riesgo (Liua et al. 2017). Veilleux et

al. (2010) identificaron que los adolescentes cuyas madres son más abiertas, los incluyen en la discusión y son sensibles a su punto de vista, se involucran en menos relaciones sexuales. Estos autores señalan que los hijos de madres que dominan o controlan excesivamente la conversación, tienen incluso mayor actividad sexual que aquellos cuyas madres no hablan en absoluto sobre sexualidad.

En congruencia con ello, en un estudio observacional donde se evaluó a más de 50 familias conversando sobre sexualidad, Rogers et al. (2015), identificaron que las conversaciones dominadas exclusivamente por la madre llevan a la adquisición de menos conocimiento y mayores discrepancias en cuanto a la calidad de la comunicación, en comparación con aquellas diadas en las que la madre emplea un estilo más interactivo. De acuerdo con estos autores, la comunicación caracterizada por sermones (advertencias y avisos sobre las consecuencias negativas del sexo) incrementa hasta un 86 por ciento la probabilidad de tener sexo en la adolescencia. Es menos probable que el adolescente asimile mensajes sobre sexualidad cuando son enviados por el padre o madre en un tono severo y degradante, con intenciones de controlarlo o restringirlo.

Sears et al. (2020) establecen que la disposición de los adolescentes a responder a las conversaciones sobre sexualidad, es clave para que éstas ocurran. Ambas partes ejecutan o no demostraciones conductuales de su compromiso con la conversación, por lo que la falta de respuesta o recibir una respuesta negativa, perjudica la comunicación sexual. Sólo 37 por ciento de los 259 adolescentes de este estudio, reportó una probabilidad alta de ser responsivo si su madre buscara entablar una conversación sobre sexualidad con ellos. Estos adolescentes reportaron tener menos relaciones sexuales, una comunicación más frecuente con su madre y recibir mayor provisión de información sobre salud sexual y de estímulo para realizar preguntas en conversaciones pasadas. De igual forma, que el adolescente demuestre responsividad para la comunicación sexual, se asoció con una comunicación más abierta y estructurada. Concluyendo así, que alentar a los adolescentes a hacer preguntas cuando se habla de sexualidad, hará más probable que respondan y se involucren en futuras conversaciones.

De esta forma, la investigación reciente demuestra que la comunicación caracterizada por ser sumamente directiva y poco sensible a las necesidades del adolescente, no resulta

efectiva para la promoción de la salud sexual. Mismo caso para la comunicación cargada en su mayoría de advertencias y énfasis en controlar la vida sexual del adolescente, más que en favorecer su independencia y responsabilidad (Liua et al., 2017; Mbachu et al., 2020). La comunicación sexual no sólo ocurre de forma poco frecuente, sino que carece de profundidad y se brinda en tono negativo (Sears et al., 2020). Flores y Barroso (2017), quienes realizaron una revisión de la literatura disponible en Estados Unidos sobre comunicación sexual padre-hijo, reportan que el enfoque en las consecuencias negativas de la sexualidad es un hallazgo constante en numerosos estudios. Los padres que usualmente se comunican con sus hijos y aquellos que lo han hecho al menos una vez, orientan las conversaciones a un sentido de advertencia y prohibición, recalcan las repercusiones del sexo para el futuro de su hijo y desaprueban que el adolescente comience su vida sexual.

Numerosos estudios apuntan que los temas abordados con mayor frecuencia por los padres se limitan a aspectos biológicos (cambios en la pubertad), prácticas de autocuidado (higiene) y conceptos reproductivos. El principal énfasis de los padres está en la promoción de la abstinencia, la prevención del abuso y las consecuencias negativas de las relaciones sexuales, como son el embarazo, el aborto, el VIH y las ITS. De esta forma, el enfoque de la comunicación está en el riesgo y no en los aspectos positivos de la sexualidad; los padres no consideran aspectos eróticos ni afectivos como son el placer y el deseo sexual, emociones, prácticas sexuales como la masturbación, las relaciones de noviazgo, la elección de parejas sexuales y la diversidad sexual (Ashcraft & Murray, 2017; Evans et al., 2019; Fernández et al., 2017; Flores & Barroso, 2017; González et al., 2017; Liua et al., 2017; Mbachu et al., 2020; Nurachmaha et al., 2019; Orcasita et al., 2018; Othman et al., 2020; Veilleux et al., 2010).

Se ha documentado que los jóvenes que abordan con sus padres temas como el amor y el enamoramiento, aunados a aspectos de biología sexual, tienen menos relaciones sexuales (Ruíz-Canela et al., 2012). Aunque estos temas son un aspecto importante del desarrollo sexual saludable y resultan un predictor de la conducta sexual protegida en la adolescencia y juventud, poco se sabe sobre los factores que probabilizan su comunicación en las interacciones padres-hijo (Evans et al., 2019).

Los adolescentes se encuentran en riesgo de acceder a una limitada e inadecuada educación sexual, cuando ésta se centra en advertencias y prohibiciones y no en temas concretos. Es común que los padres perciban que con avisar a sus hijos sobre los aspectos negativos, cubren un gran número de temas. No tienden a preguntar a sus hijos si tienen relaciones sexuales, ni les facilitan información específica y basada en evidencia sobre métodos anticonceptivos, relaciones de noviazgo o relaciones sexuales (Ashcraft & Murray, 2017; Liua et al., 2017; Nurachmaha et al., 2019).

Los temas más abordados por los padres, según el estudio realizado por Evans et al. (2019), son salir con alguien, relaciones románticas, embarazo y abstinencia/retardar el debut sexual; por el contrario, los tópicos menos frecuentes son comunicación con la pareja sobre necesidades y deseos sexuales, satisfacción sexual y diferentes prácticas sexuales, entre ellas, la masturbación. Ashcraft y Murray (2017) coinciden en la masturbación como tema menos frecuente en las conversaciones sobre sexualidad. Por su parte, Emelumadu et al. (2014) hallaron que los temas más discutidos son el VIH, ITS, embarazo, sexo fuera del matrimonio, el peligro de tener múltiples parejas y retardar el debut sexual. Estos estudios reafirman que los temas abordados tienen como propósito evitar conductas de riesgo únicamente a través de la promoción de la abstinencia.

Distintos autores (Emelumadu et al., 2014; Fernández et al., 2017; Mbachu et al., 2020) convergen en que los métodos anticonceptivos y el uso del condón masculino y femenino, son los temas menos discutidos por los padres. En este tema se identifica que los padres experimentan mayor dificultad e incomodidad, mientras que el tema que más cómodo les resulta discutir, es la abstinencia. En cuanto a los hijos, la mayoría se siente incómodo abordando con sus padres el tema de las relaciones sexuales y hablando sobre su propio comportamiento sexual (Fernández et al., 2017).

Los temas abordados pueden cambiar según el género del hijo. Mbachu et al. (2020) mencionan que en la comunicación con hijas se enfatiza en evitar el sexo premarital, las consecuencias del embarazo y el aborto y se limita o evita por completo hablar de métodos anticonceptivos y relaciones sexuales. Evans et al. (2019) identificaron que los riesgos son el tema principal de las conversaciones sobre sexualidad madre-hija y padre-hija, por encima de las conversaciones madre-hijo y, aún más, de las conversaciones padre-hijo. Si los padres

abordan aspectos positivos de la sexualidad y discuten de forma concreta prácticas sexuales protegidas, es más probable que lo hagan con los adolescentes varones.

Beckett et al. (2010) estudiaron los temas que los padres discuten con mayor frecuencia según la etapa en que se encuentre su hijo (considerada como la experiencia sexual reportada por el adolescente). Los autores identificaron que cuando el comportamiento del adolescente se encuentra en una fase presexual (tomar de la mano a alguien, dar besos) se discute más sobre escoger amigos, desarrollo y pubertad, consecuencias del embarazo, homosexualidad y por qué no tener sexo. Cuando se ubica en la fase precoital (toque de genitales y pechos, sexo oral), los padres abordan prevención de ITS, anticoncepción, relaciones sexuales, masturbación, sueños húmedos y toma de decisiones saludables. Los padres de aquellos adolescentes que ya habían iniciado su vida sexual, reportaron comunicarse con ellos sobre el uso del condón y la elección de métodos anticonceptivos.

En relación al momento en que la comunicación tuvo lugar, más de un tercio de los adolescentes del estudio de Beckett et al. (2010), reportó que antes de involucrarse en prácticas precoitales, nunca habló de 14 de los 24 temas evaluados, entre ellos, la prevención de ITS, métodos anticonceptivos y rechazar relaciones sexuales. Antes de su primera relación sexual con penetración, la mitad de los hijos no había hablado con sus padres sobre temas sexuales básicos para el inicio de la vida sexual, como el uso del condón. Por ello, los autores, en congruencia con Emelumadu et al. (2014), mencionan que la efectividad de la comunicación dependerá no sólo del contenido de la misma, sino del momento en que tenga lugar, principalmente si se considera que hablar sobre salud sexual antes del debut sexual, se asocia con un mayor uso del condón y menor número de parejas sexuales.

Cuando los padres creen que sus hijos aún no tienen sexo, abordan menos temas y les brindan información menos concreta que cuando ya lo sospechan. De esta forma, la información suele llegar demasiado tarde como para tener un impacto positivo en la conducta sexual (Beckett et al., 2010; Sears et al., 2020). Los padres tienden a esperar momentos clave para decidirse a hablar con su hijo o hija sobre sexualidad; aguardan hasta observar que experimentan cambios físicos de la pubertad, a verles interactuar con el sexo opuesto, a que algo (como un embarazo) le ocurra a alguien cercano, a que comiencen una relación de noviazgo o hasta que se acerquen ellos y pregunten directamente (Flores & Barroso, 2017;

González et al., 2017; Liua et al., 2017; Mbachu et al., 2020; Tipwareerom & Weglicki, 2017). La decisión parental respecto al inicio de la comunicación sexual, se basa también en cuán hábiles se perciben para controlar el comportamiento de sus hijos. La frecuencia de la comunicación suele ser menor cuando los hijos permanecen en casa bajo supervisión y los padres se mantienen al tanto de las actividades que el adolescente realiza en su tiempo libre (Liua et al., 2017).

La comunicación que se da progresivamente y que tiene lugar en momentos informales, privados y oportunos para la enseñanza, resulta más eficaz que una “gran conversación” sobre sexualidad (Ashcraft & Murray, 2017; Liua et al., 2017). Según lo documentado por Flores y Barroso (2017) y Ashcraft y Murray (2017), los padres pueden favorecer la discusión sobre temas sexuales al aprovechar interacciones cotidianas, por ejemplo, conversaciones sobre eventos que involucran a familiares o amigos en casos de embarazo o aborto, al presenciar demostraciones públicas de afecto, cuando el hijo asiste a eventos de educación sexual por parte de la escuela u otras instituciones, al ver en los medios temas como relaciones románticas y sexuales, violación o abuso y al observar en redes sociales situaciones relacionadas con sexting o pornografía.

Los estudios previamente mencionados, ponen de relieve no sólo que la comunicación sexual sucede una o pocas veces, sino el escaso abordaje que los padres dan a los aspectos positivos de la sexualidad y su tendencia a aplazar o evitar hablar con sus hijos sobre estos temas. Estudios recientes postulan que gran parte de ello puede explicarse por distintas creencias parentales que interfieren en el proceso. Algunas de ellas son creer que sus hijos darán el primer paso o acudirán de inmediato a ellos cuando tengan dudas e inquietudes, que los adolescentes saben más que ellos y no necesitan información porque la reciben de otra fuente, que hablarles de sexualidad los llevará a experimentar o se interpretará como dar permiso para tener sexo. Esta última creencia es aún más común en cuanto a los aspectos positivos de la sexualidad, puesto que los padres consideran que abordar temas como el placer, despertará en sus hijos la curiosidad y los volverá promiscuos. Cuando el adolescente pertenece a la comunidad LGBT+, los padres pueden llegar a creer que no requiere información sobre métodos anticonceptivos (Ashcraft & Murray, 2017; Emelumadu et al., 2014; Flores & Barroso, 2017; González et al., 2017; Liua et al., 2017; Mbachu et al., 2020).

Otra creencia importante se relaciona con la edad del hijo; muchos padres posponen hablar de sexualidad porque consideran que su hijo no es lo suficientemente mayor para haber iniciado ya su vida sexual o para llegar a entender la información sobre salud sexual. Temen que hablarles sobre sexualidad cuando son menores, los corrompa, los lleve a perder la inocencia y los induzca a conductas sexuales problemáticas (Emelumadu et al., 2014; Fernández et al., 2017; Flores & Barroso, 2017; Morawska et al., 2017). Contrario a ello, la literatura señala que la comunicación sexual en edades tempranas, es un buen precedente para abordar estos temas abierta y cómodamente en la adolescencia (Ashcraft & Murray, 2017; Liua et al., 2017), ya que, en esta edad, si no se han vivido conversaciones previas, el adolescente puede percibir el acercamiento del padre como intrusivo, incómodo o forzado (Flores & Barroso, 2017).

Si bien la investigación de la última década acentúa que las dificultades para hablar de sexualidad se deben en gran medida a las creencias de los padres, resulta importante enfatizar que los factores involucrados en la comunicación efectiva provienen de ambos. Así como los padres asumen que sus hijos no necesitan educación sexual por parte de ellos, los hijos asumen que sus padres deben confiar en que serán responsables y que sólo pueden brindarles información repetitiva o que ellos ya conocen. Entre las características del adolescente que interfieren en este proceso, se encuentra el miedo a ser percibido por sus padres como sexualmente activo, la creencia de que será desaprobado, castigado o juzgado por ellos, el temor a perder su confianza o a generar preocupación en ellos y el suponer que no se mostrarán abiertos a conversar (Flores & Barroso, 2017; Liua et al., 2017).

A menudo, los padres se enfrentan a barreras de tipo social y cultural que obstaculizan las discusiones sobre sexualidad con sus hijos; por ejemplo, ideas morales y religiosas, patrones de crianza autoritarios y en ocasiones, su propia historia de educación sexual caracterizada por restricciones y tabúes, la cual los lleva a considerar que no cuentan con el conocimiento necesario. Al carecer de un modelo del cual aprendan a entablar conversaciones sobre sexualidad, los padres no saben cómo dar el primer paso y pueden no tener intenciones de hacerlo. No obstante, algunos autores denotan que esta misma historia de inadecuada comunicación, puede resultar en padres comprometidos con ser un mejor

educador sexual para su hijo del que fueron sus propios padres (Flores & Barroso, 2017; Mbachu et al., 2020; Orcasita et al., 2018).

La información, ideas, creencias y valores relacionados con la sexualidad que los padres transmiten a sus hijos, están permeadas por sus propias experiencias. Si estas fueron escasas o negativas, algunos padres pueden sentirse motivados para comunicarse de mejor manera con sus hijos y romper las barreras generacionales que impiden la apertura de espacios de diálogo en las familias (Orcasita et al., 2018). Se ha demostrado en múltiples ocasiones que la brecha generacional resulta un inconveniente para la comunicación eficaz; los padres hacen frente a la rebeldía y resistencia propias de la pubertad/adolescencia, temen no ser escuchados por sus hijos y perciben que estos no confían en ellos ni les prestan atención. A su vez, aunque los adolescentes muestran mayor disposición para hablar sobre ciertos temas sexuales, creen que saben lo necesario sobre sexualidad, expresan sentirse incómodos por la “mente cerrada” de sus padres y temen que estos se nieguen a responder sus dudas, principalmente cuando son controladores y no respetan su privacidad (Fernández et al., 2017; Grossman et al., 2017; Liua et al., 2017; Mbachu et al., 2020; Othman et al., 2020).

Como principales fuentes de ansiedad para padres e hijos, al abordar temas de sexualidad, Ashcraft y Murray (2017) enlistan: miedo a la reacción del otro, a no saber qué responder, a no emplear el lenguaje adecuado y a revelar mucha información personal. En el caso específico de los padres, les preocupa sonar ignorante, equivocarse o ser corregido por su hijo y brindar más información de la que el adolescente está listo para asimilar. Los padres se sienten intimidados por la posibilidad de que sus hijos realicen preguntas sobre su propia sexualidad y temen descubrir durante la charla aspectos de sus hijos que no eran de su conocimiento, por ejemplo, que ya inició su vida sexual, que emplea métodos anticonceptivos, que no es heterosexual, que ha visto pornografía o se involucra en prácticas como el sexting, que vivió abuso sexual, un aborto o contrajo una ITS. Por otra parte, los adolescentes temen exhibir demasiado sobre su conducta sexual, ser castigado o criticado por su padre, descubrir datos sobre la vida sexual de sus padres o enfrentar preguntas sobre su actividad u orientación sexual.

Se han expuesto ya distintas características de padres e hijos que obstaculizan la comunicación, como las creencias de ambos, incomodidad y vergüenza, déficit de habilidades comunicativas, la falta de conocimiento y la brecha generacional. A estas se agregan las que conciernen a la interacción familiar y algunas variables sociodemográficas; un bajo nivel educativo y socioeconómico en los padres, visualizar a la madre como única responsable de la educación del hijo, así como el distanciamiento, la escasa interacción y la falta de tiempo de calidad con el hijo, se asocian con una menor comunicación sexual (Emelumadu et al., 2014; González et al., 2017; Mbachu et al., 2020).

Un factor relevante que se incorpora a las limitantes de la comunicación, es la falta de capacidad que los padres perciben en sí mismos. La autoeficacia para abordar temas de sexualidad, se asocia positivamente con el uso de estrategias parentales efectivas para promover la salud sexual. Los padres que confían en sus habilidades y conocimientos para educar la sexualidad, así como aquellos que esperan resultados positivos, tienen mayores intenciones de comunicarse y, en consecuencia, hablan en mayor medida con sus hijos sobre sexualidad, en comparación con aquellos que subestiman sus capacidades (Emelumadu et al., 2014; Morawska et al., 2015; Othman et al., 2020; Sears et al., 2020). Lo anterior contrasta con los hallazgos de Morawska et al. (2015), quienes reportan que los padres muestran mayor confianza en sí mismos para evitar exitosamente una conversación sobre sexualidad y para monitorear el comportamiento de sus hijos, que para conversar abiertamente, responder preguntas sobre sexualidad y para buscar y brindar a sus hijos recursos relacionados con la salud sexual.

La literatura señala que la comunicación sexual puede beneficiarse si los padres implementan estrategias como modelar y mantener una relación cercana con sus hijos, monitorear y supervisar sus actividades, mantener la calma cuando los adolescentes realizan preguntas e incluso hablar con ellos sobre su propia experiencia (Ashcraft & Murray, 2017; Emelumadu et al., 2014; Flores & Barroso, 2017; González et al., 2017). De igual forma, comunicarse resultará más efectivo y tendrá mayores probabilidades de promover conductas saludables, si los padres evitan utilizar eufemismos al hablar de temas sexuales, pues estos reproducen la perspectiva de la sexualidad como algo vergonzoso o que debe mantenerse en secreto. Los padres que utilizan términos adecuados para conversar acerca de salud sexual,

se encuentran en mayor posibilidad de proteger a sus hijos y fomentar en ellos una visión positiva de la sexualidad (Ashcraft & Murray, 2017). Está documentando que cuando los padres consideran tener limitado e incorrecto conocimiento o se sienten demasiado avergonzados, resulta funcional servirse de materiales y recursos para aprender a la par de su hijo o recurrir a otros (parientes, figuras religiosas, profesores e instituciones) para proveer al adolescente de información necesaria (Morawska et al., 2015; Othman et al., 2020).

Flores y Barroso (2017) especifican que su revisión no incorpora hallazgos relevantes en el campo de la comunicación sexual entre adolescentes y jóvenes con discapacidad y sus padres, pese a que es un área que requiere atención por parte de la investigación. Con base en los principales hallazgos de los estudios realizados en población sin discapacidad, es admisible hipotetizar que determinadas variables repercuten con la misma magnitud en la comunicación sexual. Los padres de hijos con discapacidad, igual que los de hijos sin discapacidad, muestran expectativas positivas hacia la comunicación, sin embargo, hablan con sus hijos sobre temas sexuales con menor frecuencia (Bárcena & Jenkins, 2018).

Los padres no siempre tienen una actitud positiva ante la discapacidad y la sexualidad de su hijo, lo que repercute significativamente en su comunicación. Esto, aunado a las limitaciones y barreras sociales relacionadas con la misma discapacidad, coloca a los adolescentes en una situación de riesgo aún mayor. Los padres se enfrentan a distintos impedimentos para involucrarse en la comunicación sexual con esta población: falta de material accesible y adaptado a sus necesidades comunicativas, el estigma alrededor de la discapacidad que los lleva a considerar a sus hijos inocentes y asexuales y el desconocimiento de los ajustes necesarios para que sus hijos comprendan la información (Bárcena et al., 2017; Graham et al., 2019; Guevara et al., 2016; Lehan et al., 2016; Robles et al., 2013).

La investigación reciente demuestra que la comunicación sexual padres-hijo en población con discapacidad, comparte algunos aspectos con la población que no la presenta. Se identifica que los padres de adolescentes con discapacidad también tienden a hablar sobre sexualidad con poca o nula frecuencia, a pesar de considerarse la principal fuente de información de sus hijos por encima de otros familiares, compañeros e instituciones. La mayoría no sabe qué temas ha abordado con sus hijos, aunque reporte que alguna vez lo ha hecho y no saben cómo iniciar una conversación sobre estos temas. En esta población, se

replica el hallazgo de la madre como principal involucrada en la educación sexual y es más frecuente la comunicación entre diadas del mismo género; asimismo, el enfoque se encuentra prioritariamente en las consecuencias negativas de la sexualidad y el miedo les lleva a enfatizar en prohibiciones. En este caso, los padres evitan o postergan la comunicación sexual por la creencia de que sus hijos no les entenderán u olvidarán la información y de que no tienen la edad suficiente, ni la capacidad para ser autónomos y responsables (Bárcena & Jenkins, 2018; Bárcena et al., 2013; Dupras & Dionne, 2013; Graham et al., 2019; Guevara et al., 2016; Lehan et al., 2016; Robles et al., 2013).

La frecuencia de la comunicación sexual, los temas abordados y el momento en que los padres deciden iniciar la comunicación sexual, varían en función de distintas características del padre o madre y del hijo o hija con discapacidad. En una muestra de adolescentes mexicanos con discapacidad visual, Guevara et al. (2016) identificaron que más del 60 por ciento nunca había hablado con sus padres sobre sexualidad. Haber conversado con su madre sobre cómo evitar riesgos y sobre posponer el debut sexual, se asoció con el uso de algún método anticonceptivo en la primera relación sexual. De acuerdo con Bárcena et al. (2017), los padres abordan más aspectos de salud sexual cuando el adolescente con discapacidad estudia y cuenta con un mayor número de habilidades, lo cual coincide con lo encontrado por Graham et al. (2019) y Lehan et al. (2016) respecto al funcionamiento social y cognitivo como criterio de los padres para establecer cuándo, cuánto y cómo comunicarse sobre sexualidad con los adolescentes con Trastorno del Espectro Autista (TEA).

La regularidad de la comunicación se asocia a un nivel educativo alto en el padre, a mayor edad del adolescente, a un menor número de hijos y al tipo de discapacidad, en favor de aquellos cuya discapacidad fue adquirida y con menor frecuencia en los adolescentes que presentan discapacidad intelectual (Bárcena & Jenkins, 2018; Bárcena et al., 2017; Graham et al., 2019). El estudio de Bárcena et al. (2017) reveló que la modalidad comunicativa que emplean los padres influye también en la frecuencia de la comunicación sexual en población mexicana: los padres que emplean el lenguaje oral o la LSM, tratan un mayor número de temas que aquellos que refieren emplear frases cortas o gestos para transmitir información a sus hijos.

Similar a los hallazgos en población sin discapacidad (Flores & Barroso, 2017; González et al., 2017; Liua et al., 2017; Mbachu et al., 2020), los padres de estos adolescentes determinan el momento para hablar de sexualidad dependiendo de qué tan preparados y capaces se perciben para tratar ciertos temas y resolver preguntas. Es más probable que la comunicación sexual tenga lugar una vez que notan que los adolescentes comienzan a desarrollarse y a mostrar intereses amorosos, atracción sexual o dudas sobre temas sexuales. Estos dos factores (autoeficacia e identificación de intereses sexuales en el adolescente con discapacidad) pueden predecir en mayor medida la comunicación que las variables sociodemográficas de padres e hijos (Dupras & Dionne, 2013; Graham et al., 2019; Lehan et al., 2016).

En lo que respecta al contenido de la comunicación sexual, Bárcena y Jenkins (2018) hallaron que los padres de adolescentes con discapacidad, hablan mayoritariamente de temas relacionados con evitar las relaciones sexuales (manejar la presión de amigos y pareja, negarse a tener sexo y consecuencias del embarazo) y abordan con menor frecuencia tópicos relativos al cuidado de la salud sexual (cómo es, cómo se usa y dónde se compra un condón). Graham et al. (2019) identificaron que los padres de hijas con TEA (de las cuales el 30 por ciento presentaba también discapacidad intelectual), sólo cubren temas básicos como higiene, privacidad, menstruación, abstinencia, y prevención del abuso, pero dejan de lado o evitan por completo las relaciones sexuales y afectivas, enamoramiento, prevención de problemas de salud sexual y decidir el momento adecuado para tener relaciones sexuales. Las adaptaciones que realizan para la comunicación pueden cambiar según el tema: la mayoría de los padres empleaba sólo la discusión verbal, algunos hacían uso de apoyos visuales para abordar aspectos como la pubertad, la menstruación y el embarazo y sólo uno de cada cinco empleaba técnicas para entrenar habilidades conductuales.

En concordancia, Lehan et al. (2016) exponen que los padres de adolescentes con TEA, limitan la comunicación al canal verbal y abordan principalmente los temas de anatomía y pornografía. Como menos abordados, se identificó el uso del condón, las ITS y la masturbación. Los autores señalan que los padres dan por sentado (en gran medida por la discapacidad) que sus hijos e hijas son heterosexuales y no tratan con ellos y ellas aspectos de diversidad sexo-genérica. Estos resultados sugieren que los padres de estos adolescentes,

análogo a los padres de hijos sin discapacidad, están enfocados en los riesgos más que en promover el desarrollo de una sexualidad saludable y satisfactoria.

Al evaluar la comunicación sobre sexualidad en una muestra de padres mexicanos cuyos hijos presentaban discapacidad intelectual o auditiva, Bárcena et al. (2018) ubicaron que los padres de hijos con discapacidad intelectual se comunicaban principalmente por el canal verbal y abordaban aproximadamente siete temas de sexualidad con sus hijos, mientras que la mayoría de los padres de adolescentes sordos transmitían información por medio de LSM y cubrían alrededor de 10 temas. Esta diferencia en el número de temas fue significativa, apuntando una mayor comunicación en el grupo con discapacidad auditiva. En ambos grupos, los temas más abordados fueron las partes del cuerpo, qué hacer ante tocamientos indebidos y el tipo de contacto permitido por otros, mientras que los menos abordados fueron la masturbación y el uso del condón. En el grupo con discapacidad intelectual, predominaban los temas relacionados al cuidado del cuerpo y la prevención del abuso sexual. Aunque en el grupo con discapacidad auditiva se evidenció una mayor apertura para temas referidos a relaciones de noviazgo y relaciones sexuales, estos padres no brindaban a sus hijos información sobre cómo protegerse.

El anterior estudio (Bárcena et al., 2018), es uno de los pocos sobre comunicación sexual que han incluido a padres de jóvenes sordos mexicanos y que se han publicado recientemente. En trabajos de décadas pasadas se ha recalcado que estos padres enfrentan mayores retos que aquellos que tienen hijos sin discapacidad y aquellos que tienen hijos con un tipo de discapacidad que no dificulta la comunicación. Como se ha descrito en apartados anteriores, la mayoría de los menores sordos crecen en familias oyentes. Ante la frustración inicial que pueden enfrentar los padres y el desconocimiento de la diversidad y la cultura Sorda, el primer contacto al que suelen acudir, son médicos y otros profesionales de la salud, por lo que es altamente probable que los esfuerzos se centren en la rehabilitación, en detrimento de áreas que los adultos no considerarán importantes, como es la comunicación sexual (Rodríguez, 2016).

Puesto que uno de los principales sentidos está comprometido, los padres oyentes pueden fallar en encontrar un canal adecuado para tratar temas sexuales con sus hijos sordos y necesitan apoyo y orientación especializada para convertirse en agentes activos en el

desarrollo de sus hijos (Druet & Escalante, 2000; García & Herrero, 2008). Entre las dificultades particulares para la comunicación parental en casos de hijos con sordera, se halla el desconocimiento de los padres de señas específicas sobre sexualidad, vergüenza de realizar las señas debido a que algunas de ellas pueden ser muy explícitas y la falta de confidencialidad que, en situaciones sociales, representa el carácter visual de la lengua de señas (Gabriel & Getch, 2001; Shaul, 1981; Téllez, 2005).

En las familias oyentes bilingües, la transmisión de información y valores será más eficiente que en aquellas que sin modalidad comunicativa común. En ambos casos, es más probable que la fuente prioritaria del adolescente o joven, sea el grupo de sordos al que pertenece, sin embargo, en una familia bilingüe tendrá mayor oportunidad de consolidar aprendizajes (López, 2003; Rodríguez, 2016). Para la salud sexual, estas características son fundamentales. Es poco frecuente que los padres oyentes se comuniquen con sus hijos sordos sobre sexualidad. Reportan un temor exacerbado a que sean abusados sexualmente o presenten problemas de salud sexual, pero recurren a prácticas no favorecedoras, como la sobreprotección, responder ambiguamente a su curiosidad, invadir su privacidad y negarles la interacción con otros (Mitre & Estrada, 2011; Téllez, 2005).

Por consiguiente, el adolescente o joven sordo acudirá a otras fuentes para satisfacer su necesidad de información. La literatura reporta que las fuentes de información más comunes para este colectivo son los amigos, el Internet y otros medios de comunicación masivos que, por las barreras examinadas en el capítulo anterior, es posible plantear que no cubren sus necesidades, no son confiables y no garantizan que la información sea verídica y útil (Mphra, 2014; Rodríguez, 2016). En padres de jóvenes sordos, se replica el dato (como en población sin discapacidad u otras discapacidades) de la madre como principal involucrada en la estimulación del desarrollo. Las madres suelen demostrar mayor interés, colaborar de forma más activa y desarrollar mayor competencia en la lengua de señas (Druet & Escalante, 1998; Zaidman-Zait et al., 2017).

Robles et al. (2013) hallaron que más de la mitad de los adolescentes sordos que participaron en su estudio, nunca había conversado con sus padres sobre algún tema de salud sexual y sólo el 20 por ciento informó que su madre había cubierto los 22 temas evaluados. Aquellos que reportaron tratar frecuentemente el tema de las ITS con su madre, no habían

iniciado aún su vida sexual. En la información que estos jóvenes reportaron recibir, se demostraron diferencias de género: el tema del embarazo, las relaciones sexuales forzadas y cómo negarse a tener sexo, se conversa más con las mujeres, mientras que a los hombres (independientemente de haber iniciado su vida sexual o no) se les informa más acerca de dónde comprar condones.

Independientemente de la presencia o no de discapacidad, aun cuando los padres valoran en gran medida que sus hijos cuenten con un conocimiento amplio sobre sexualidad, ellos mismos reconocen que no cuentan la información necesaria ni adecuada para encargarse de la educación sexual del adolescente. Desde su perspectiva, el conocimiento que recibieron de sus propios progenitores es errónea y limitada y desearían se les hubiera educado mejor (González et al., 2017; Morawska et al., 2015; Orcasita et al., 2018). Los resultados más relevantes en el campo de la comunicación sexual en población con y sin discapacidad, apuntan que la falta de conocimiento juega un papel de suma importancia en la transmisión de información padres-hijo relacionada con salud sexual y reproductiva (Bárcena & Jenkins, 2018; Bárcena et al., 2013; Dupras & Dionne, 2013; Emelumadu et al., 2014; Esparza et al., 2020; Flores & Barroso; Grossman et al., 2017; Mbachu et al., 2020; Othman et al., 2020; Veilleux et al., 2010).

En ambas poblaciones, las dudas a las que los padres se enfrentan, muchas veces tienen como origen la interacción entre un déficit de habilidades de comunicación y la falta de conocimiento. Confiar no sólo en su capacidad para influir en la conducta del adolescente, sino en el conocimiento que poseen, se relaciona estrechamente con mayor seguridad para acercarse al adolescente y con el uso de estrategias parentales efectivas para educar la sexualidad (Dupras & Dionne, 2013; Grossman et al., 2017; Liua et al., 2017; Morawska et al., 2015). Percibirse como faltos de conocimiento e incompetentes, impacta en su autoeficacia para la comunicación y esto, a su vez, en la frecuencia con la que hablan sobre sexualidad con sus hijos (Esparza et al., 2020; Othman et al., 2020).

La literatura muestra que el conocimiento parental no suele provenir de fuentes académicas o científicas (Liua et al., 2017) y que aunque los adolescentes reportan preferir a sus padres por encima de otras fuentes de información (Veilleux et al., 2010), quienes son educados por ellos, en materia de sexualidad, cuentan con menor conocimiento e información

más errónea sobre salud sexual, en comparación con quienes acuden a materiales educativos o profesores (Al-Khasawneh et al., 2013; Othman et al., 2020). Un mayor conocimiento en el padre, se asocia con un mayor número de temas sexuales abordados (Veilleux et al., 2010), mientras que los hijos de padres con escaso conocimiento suelen presentar, de igual forma, menor conocimiento (Othman et al., 2020). En un estudio realizado por AlQuaiz et al. (2013), se ubicó que más de la mitad de los adolescentes se encontraba en un nivel deficiente de conocimiento sobre salud sexual y que esto se relacionaba significativamente con un menor nivel educativo en los padres.

De manera similar, en población con discapacidad, Bárcena y Jenkins (2018) explican que a mayor nivel educativo del padre, es posible que posean mayores conocimientos y por lo tanto, se involucren en más conversaciones acerca de sexualidad con sus hijos. Padres y adolescentes con y sin discapacidad, han referido bajo conocimiento en temas como ITS, VIH y embarazos y aún menor en el uso del condón (Bárcena & Jenkins, 2018; Bárcena et al., 2013). Tipwareerom y Weglicki (2017), enuncian que todos los padres integrantes de su estudio conocían los beneficios del condón para prevenir el VIH, las ITS y el embarazo, pero alrededor de la mitad, no sabía cómo usarlo ni había enseñado a su hijo a hacerlo, principalmente porque nunca habían utilizado uno.

Al analizar el papel parental en la prevención del Virus del Papiloma Humano (VPH) en adolescentes mexicanos, Esparza et al. (2020) identificaron en los padres un bajo nivel de conocimiento sobre este virus y su prevención, lo que puede explicarse por la escasa información concreta y confiable sobre otras ITS que los padres han recibido. Aunque el conocimiento y la autoeficacia para la comunicación se correlacionaron con el monitoreo parental y la comunicación sexual, la asociación con la autoeficacia fue más fuerte y se determinó que el conocimiento no contribuye significativamente el papel de los padres en la prevención de esta infección. Los autores recalcan que a pesar de este hallazgo, el conocimiento debe incluirse en la investigación sobre salud sexual del adolescente, según estudios que le han señalado como predictor de la percepción de riesgo y la comunicación sexual.

La evidencia previamente expuesta respecto a comunicación sexual y conocimiento sobre sexualidad, indica que los padres reconocen enfrentarse a una carencia de fuentes de

información, recursos y apoyos, lo que subraya la necesidad de incluirlos en programas de intervención dirigidos no sólo a potenciar la comunicación a través de información, sino a modificar actitudes, creencias y comportamientos (Emelumadu et al., 2014; Flores & Barroso, 2017; Gertsvolf et al., 2012; González et al., 2017; Liua et al., 2017; Mbachu et al., 2020; Othman et al., 2020; Rogers et al., 2015; Sánchez & Robles, 2014).

2.2 Programas de Intervención Dirigidos a Padres de Hijos sin Discapacidad

En la última década se han realizado distintas revisiones sistemáticas que analizan la eficacia y los componentes de programas para intervención dirigidos a padres enfocados específicamente en el área de la salud sexual del adolescente. Estas revisiones abarcan desde finales de la década de los 80 hasta el año 2011 y son consistentes en demostrar que la comunicación sexual incrementa significativamente en las diadas participantes (Gavin et al., 2015; Sutton et al., 2014) y que las intervenciones que incluyen figuras parentales tienen un efecto positivo en variables cognitivas y la conducta sexual del adolescente, por ejemplo: aumento en la frecuencia de uso del condón e incremento en la habilidad para usarlo, retardo del debut sexual, intención de rechazar o retrasar las relaciones sexuales y/o usar métodos anticonceptivos, aumento del conocimiento sobre sexualidad y autoeficacia, disminución del número de prácticas de riesgo, reducción de la actividad sexual, del índice de embarazos y de ITS (Atienzo et al., 2011; Gavin et al., 2015; Sutton et al., 2014; Wight & Fullerton, 2014).

Con fines de analizar la evidencia reciente reportada en la literatura, se presenta a continuación la descripción de seis programas de intervención dirigidos a padres de adolescentes y jóvenes sin discapacidad cuyo objetivo fue promover la comunicación sobre sexualidad y optimizar la salud sexual de los hijos e hijas a través de la participación de los padres. En este análisis se han incluido únicamente programas publicados en revistas científicas y enfocados en edades similares al rango de edad de los hijos de padres a quienes está dirigido el programa de intervención descrito más adelante en este reporte (12 a 29 años). Cabe aclarar que dicho análisis excluye también programas reportados antes del año 2000 y programas centrados en la promoción de la abstinencia. Para una revisión más amplia de intervenciones con otras características o dedicadas a padres de hijos de menor edad, se pueden consultar las revisiones sistemáticas antes citadas.

La Tabla 1 presenta un resumen de los datos de identificación de cada programa y una descripción de su población objetivo. El programa *Talking Parents, Healthy Teens* fue rescatado de dos publicaciones distintas: en Eastman et al. (2006) se detalla el desarrollo, contenidos, estructura, formas de evaluación (entre otros elementos) del programa, mientras que en Schuster et al. (2008) se evalúa su eficacia en una muestra de más de 280 padres y madres.

Todos estos estudios han incluido muestras de 90 o más participantes y el rango de edad de los hijos abarca de los 11 a los 17 años. Dos de los siete programas incorporan figuras parentales de un solo sexo (DiIorio et al., 2007; Guilamo et al., 2011) y uno incluye a los hijos e hijas dentro de las sesiones (Lederman et al., 2008). Sólo dos de los programas analizados se diseñó para madres y padres mexicanos (Campero et al., 2011; Villarruel et al., 2008) y uno incluye a población latinoamericana residente en Estados Unidos (Guilamo-Ramos et al., 2011). Todos los programas reportan haber incluido al menos un grupo control al que no se le brindó la intervención, recibió una variación del mismo programa o recibió un programa distinto. Con excepción de Guilamo-Ramos et al. (2011), quienes implementaron sesiones individuales, cinco de los seis programas se facilitaron en formato de talleres grupales.

Tabla 1

Datos de identificación y población objetivo de programas de intervención para promover la comunicación sexual en padres de jóvenes sin discapacidad

Autores	Nombre del programa	Dirigido a
Campero et al. (2011)	No mencionado	320 madres y padres de adolescentes mexicanos de entre 15 y 16 años
DiIorio et al. (2007)	“REAL Men”	141 padres de varones estadounidenses de entre 11 y 14 años
Eastman et al. (2006) Schuster et al. (2008)	“Talking Parents, Healthy Teens”	288 padres y madres de adolescentes estadounidenses de entre 11 y 16 años

Tabla 1 (continuación)

Población objetivo de programas de intervención para promover la comunicación sexual en padres de jóvenes sin discapacidad

Guilamo-Ramos et al. (2011)	“Families Talking Together”	133 madres de adolescentes latinos y afroamericanos residentes de Estados Unidos, de entre 11 y 14 años
Lederman et al. (2008)	“Parent-Adolescent Relationship Education (PARE)”	Programa Interactivo (PI): 90 diadas de padres/madres y adolescentes de entre 11 y 15 años, residentes de Texas, Estados Unidos. Programa de Control de Atención (PCA): 102 diadas, mismas características
Villarruel et al. (2008)	“¡Cuídate!” Promueve tu salud	436 padres y madres de adolescentes mexicanos de entre 14 y 17 años

La Tabla 2 muestra el resumen de las teorías que fundamentan los programas de intervención incluidos en el análisis. A excepción de un programa donde este dato no se menciona (Guilamo-Ramos et al., 2011), todos se sustentan en teorías cognitivo-conductuales, principalmente la teoría del aprendizaje social y la teoría de la acción razonada.

Tabla 2

Análisis del fundamento teórico de programas de intervención para promover la comunicación sexual en padres de jóvenes sin discapacidad

Autores	Fundamento teórico
Campero et al. (2011)	Teoría del aprendizaje social, teoría de la conducta planeada y acción razonada
DiIorio et al. (2007)	Teoría cognitiva-social
Eastman et al. (2006) Schuster et al. (2008)	Teoría del aprendizaje social, teoría de la acción razonada y modelo de creencias de salud

Tabla 2 (continuación)

Análisis del fundamento teórico de programas de intervención para promover la comunicación sexual en padres de jóvenes sin discapacidad

Guilamo-Ramos et al. (2011)	No mencionado
Lederman et al. (2008)	Teoría del aprendizaje social y teorías cognitivo-conductuales
Villarruel et al. (2008)	Teoría de la acción razonada

En cuanto al contenido de los programas estudiados, se ubica que la mayoría de ellos incorpora información sobre desarrollo del adolescente, conductas sexuales de riesgo, problemas de salud sexual (ITS, embarazo y VIH), métodos anticonceptivos (predominantemente el condón) y mínimo un módulo centrado en el concepto y la importancia de la comunicación sexual y otras variables parentales como el monitoreo y la supervisión. Sólo en tres de los programas (DiIorio et al., 2007; Lederman et al., 2008; Villarruel et al., 2008) se describe un módulo de entrenamiento conductual en estrategias y habilidades para la comunicación sexual y una misma cantidad incorporan temas de desarrollo de habilidades (negociación, asertividad) en el adolescente (Eastman et al., 2006; Guilamo-Ramos et al., 2011; Lederman et al., 2008). Únicamente el programa “Talking Parents, Healthy Teens” (Eastman et al., 2006; Schuster et al., 2008) reporta abordar el tema de la orientación sexual. La Tabla 3 desglosa uno a uno los temas que componen cada programa.

Tabla 3

Análisis del contenido de programas de intervención para promover la comunicación sexual en padres de jóvenes sin discapacidad

Autores	Contenidos
Campero et al. (2011)	<ul style="list-style-type: none"> • Salud sexual (ITS y embarazo) • Importancia de y cómo comunicarse sobre sexualidad • Desarrollo de habilidades para uso del condón • Uso correcto del anticonceptivo de emergencia

Tabla 3 (continuación)

Análisis del contenido de programas de intervención para promover la comunicación sexual en padres de jóvenes sin discapacidad

DiIorio et al. (2007)	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación sexual • Habilidades para la comunicación sexual • Monitoreo parental • Prevención de VIH/SIDA • Uso de condón
Eastman et al. (2006) Schuster et al. (2008)	<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones positivas padre-hijo • Estrategias y habilidades para la comunicación sexual • Habilidades para la comunicación adolescente-pares: toma de decisiones, asertividad y negociación • Supervisión y monitoreo parental • Pubertad • Orientación sexual • Abstinencia y métodos anticonceptivos • Prevención de ITS y embarazo
Guilamo-Ramos et al. (2011)	<p>En sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrategias para comunicación sexual efectiva y uso de material <p>En manual y material impreso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunicación sexual • Desarrollo del adolescente • Autoestima • Asertividad y negociación • Técnicas para manejar presión • Consecuencias de conductas sexuales de riesgo • Anticoncepción
Lederman et al. (2008)	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo del adolescente • Comunicación sexual • Monitoreo parental • Reglas parentales • Autoeficacia • Conductas sexuales de riesgo • Actitudes, creencias y valores

Tabla 3 (continuación)

Análisis del contenido de programas de intervención para promover la comunicación sexual en padres de jóvenes sin discapacidad

Lederman et al. (2008)	<ul style="list-style-type: none"> • Opciones para resistir la presión de pares para tener relaciones sexuales • Prevención de embarazo, ITS y VIH
Villarruel et al. (2008)	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo del adolescente • Comunicación sexual • Monitoreo parental • Reglas parentales • Autoeficacia • Conductas sexuales de riesgo • Actitudes, creencias y valores • Opciones para resistir la presión de pares para tener relaciones sexuales • Prevención de embarazo, ITS y VIH
Villarruel et al. (2008)	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de embarazo y VIH • Comunicación sexual padre-hijo • Comunicación general padre-hijo

Respecto a la duración de las intervenciones analizadas, destaca que el programa más breve fue el reportado por Guilamo-Ramos et al. (2011), con una sesión única de media hora; el resto de los programas impartieron sus sesiones una vez por semana. La intervención más amplia se muestra en DiIorio et al. (2007), con ocho sesiones de dos horas. Cabe destacar que sólo uno de los programas incluyó sesiones de refuerzo una vez concluidos los temas a abordar (Lederman et al., 2008). En la Tabla 4 se muestra la duración específica de cada programa revisado.

Tabla 4

Análisis de duración de programas de intervención para promover la comunicación sexual en padres de jóvenes sin discapacidad

Autores	Duración
Campero et al. (2011)	4 sesiones de 3 horas cada una
DiIorio et al. (2007)	8 sesiones (7 sólo padres y 1 padres e hijos) de 2 horas cada una
Eastman et al. (2006) Schuster et al. (2008)	8 sesiones de 1 hora
Guilamo-Ramos et al. (2011)	1 sesión de 30 minutos
Lederman et al. (2008)	4 sesiones y 3 sesiones de refuerzo de 2.5 horas
Villarruel et al. (2008)	2 sesiones de 3 horas

Las estrategias didácticas (actividades, materiales, recursos) a partir de las cuales se facilitó el contenido a aprender en cada intervención, se enlistan en la Tabla 5. Las estrategias más utilizadas fueron la exposición por parte de los facilitadores del taller, actividades y discusiones grupales, el modelado o demostración y el juego de roles. En cuatro de los seis programas se asignaron tareas para casa que consistían primordialmente en conversar con el hijo o hija sobre el tema revisado en la sesión.

Tres programas (DiIorio et al., 2007; Eastman et al., 2006; Guilamo-Ramos et al., 2011) se apoyan en un manual impreso otorgado a los padres, cuya función es complementar los contenidos del taller presencial. En el caso particular del programa aplicado por Guilamo-Ramos et al. (2011), los materiales impresos representan casi la totalidad de la intervención y estos contienen actividades a llevar a cabo con los y las adolescentes; los participantes recibieron una llamada telefónica un mes después del inicio de la intervención y cinco meses después, para monitorear su progreso y reforzar el aprendizaje. Únicamente en el programa de Villarruel et al. (2008) se emplearon videos para complementar y proveer la información. Los padres que recibieron el programa de Campero et al. (2011) accedieron a un paquete de

prevención que contenía preservativos y una dosis de anticonceptivo de emergencia con su respectivo instructivo.

Tabla 5

Análisis de estrategias didácticas de programas de intervención para promover la comunicación sexual en padres de jóvenes sin discapacidad

Autores	Estrategias didácticas
Campero et al. (2011)	<ul style="list-style-type: none"> • Exposiciones • Juego de roles • Actividades grupales • Discusiones en equipos • Actividades en pares • Paquete de prevención • Tareas con hijo(a)
DiIorio et al. (2007)	<ul style="list-style-type: none"> • Exposiciones • Modelado (a través de videos) • Juegos de roles • Juegos • Discusiones grupales • Tareas con hijo(a) • Manual
Eastman et al. (2006)	<ul style="list-style-type: none"> • Modelado o demostraciones (a través de videos)
Schuster et al. (2008)	<ul style="list-style-type: none"> • Juegos de roles • Juegos • Discusiones grupales • Tareas con hijo(a) • Manual
Guilamo et al. (2011)	<ul style="list-style-type: none"> • Paquete con material impreso • Actividades con hijo(a) • Llamadas telefónicas de refuerzo (un mes y cinco meses después).
Lederman et al. (2008)	<p>Programa Interactivo (PI)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modelado • Juegos de roles

Tabla 5 (continuación)

Análisis de estrategias didácticas de programas de intervención para promover la comunicación sexual en padres de jóvenes sin discapacidad

Lederman et al. (2008)	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios de práctica • Conversaciones padre-hijo Programa de Control de Atención (PCA): <ul style="list-style-type: none"> • Formato tradicional (no descrito)
Villarruel et al. (2008)	<ul style="list-style-type: none"> • Discusiones grupales • Videos • Juegos de roles • Actividades para práctica de habilidades • Tareas con hijo(a)

En la Tabla 6 se describen las formas y momentos de evaluación de cada programa, así como el tipo de instrumento, las variables que este evalúa y a qué miembro de la diada fue aplicado. Dos programas evaluaron antes y después de la intervención (Guilamo-Ramos et al., 2011; Lederman et al.; 2008), dos evaluaron antes de la intervención y realizaron al menos una medida de seguimiento (Campero et al., 2011; DiIorio et al., 2007) y otros dos evaluaron en cuatro momentos: preintervención, postintervención y dos seguimientos (Schuster et al., 2008; Villarruel et al., 2008).

Respecto al tipo de instrumento administrado, se identifica que todos los programas evaluaron mediante uno o dos cuestionarios de autoinforme. Cuatro programas (Campero et al., 2011; DiIorio et al., 2007; Guilamo et al., 2011; Schuster et al., 2008) evaluaron a padres y adolescentes con cuestionarios distintos, uno de ellos con el mismo cuestionario (Villarruel et al., 2008) y uno evaluó en solitario a los y las adolescentes (Lederman et al., 2008). Las principales variables evaluadas fueron la frecuencia y otras características (apertura, comodidad) de la comunicación sobre sexualidad, así como el uso del condón y las prácticas sexuales del adolescente. La mayoría de los estudios evaluó variables cognitivas como el conocimiento (Campero et al., 2011; Lederman et al., 2008), la intención del hijo de usar condón y de tener relaciones sexuales y la intención del padre de comunicarse sobre temas

sexuales (DiIorio et al., 2007), creencias y autoeficacia (Lederman et al., 2008; Villarruel et al., 2008). Dos estudios analizaron también cambios en variables parentales como la supervisión, el monitoreo y las reglas (Guilamo-Ramos et al., 2011; Lederman et al., 2008).

Tabla 6

Análisis de la evaluación de programas de intervención para promover la comunicación sexual en padres de jóvenes sin discapacidad

Autores	No. y momento de mediciones	Variables evaluadas
Campero et al. (2011)	Preintervención y un seguimiento (a 6 meses)	Cuestionario para padres: <ul style="list-style-type: none"> • Características de comunicación sexual, conocimiento y percepción de prácticas sexuales del hijo Cuestionario para adolescentes: <ul style="list-style-type: none"> • Características de comunicación sexual, conocimiento y prácticas sexuales
DiIorio et al. (2007)	Preintervención y tres seguimientos (a 3, 6 y 12 meses)	Cuestionario para padres: <ul style="list-style-type: none"> • Comunicación sexual sobre 16 temas, intenciones de comunicarse con su hijo Cuestionario para adolescentes: <ul style="list-style-type: none"> • Abstinencia, conducta sexual, intención de tener relaciones sexuales, uso de condón e intenciones de usar condón
Eastman et al. (2006) Schuster et al. (2008)	Preintervención, postintervención (1 semana) y dos seguimientos (3 y 9 meses)	Cuestionario para padres: <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia de comunicación sobre 24 temas, calidad y apertura de la comunicación Cuestionario adolescentes: <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia de comunicación sobre 22 temas, instrucción en uso de condón, calidad y apertura de la comunicación

Tabla 6 (continuación)

Análisis de la evaluación de programas de intervención para promover la comunicación sexual en padres de jóvenes sin discapacidad

Guilamo-Ramos et al. (2011)	Preintervención y postintervención (a 9 meses)	<p>Cuestionario para padres:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunicación sexual, estilo de crianza, monitoreo y supervisión <p>Cuestionario para adolescentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividad sexual tras 9 meses
Lederman et al. (2008)	Preintervención y postintervención (después de 4 sesiones de refuerzo)	<p>Cuestionario para adolescentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia de comunicación sexual padre-hijo, comodidad en comunicación sexual, reglas parentales, involucramiento de padres en actividades, valor de opiniones de padres y opiniones de pares, conocimiento sobre prevención, autoeficacia para la prevención, opciones para resistir la presión
Villarruel et al. (2008)	Preintervención, postintervención y dos seguimientos (a 6 y 12 meses)	<p>Cuestionarios para padres y adolescentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunicación general, comunicación sexual, comodidad en la comunicación • Variables mediadoras: creencias, conductas y autoeficacia

En la Tabla 7 se detallan los resultados obtenidos por cada uno de los programas. El principal cambio en la mayoría de los casos, fue un incremento significativo en la comunicación padres-hijo sobre sexualidad y en la comodidad y apertura para la comunicación. De forma más específica, la intervención de Schuster et al. (2008) logró un incremento progresivo (de acuerdo con lo obtenido en sus tres mediciones) en los temas nuevos que los padres introdujeron en las conversaciones sobre sexualidad y en el número

de padres que brindó entrenamiento a sus hijos e hijas en el uso del condón. Por su parte, Campero et al. (2011), mediante el paquete preventivo facilitado a los padres, resultó exitoso para aumentar el número de padres que había distribuido condones a sus hijos o hijas y había hablado con ellos o ellas sobre su uso.

La evaluación longitudinal de la efectividad de ambas modalidades del programa de Lederman et al. (2008), demuestran que, en ambos grupos, la comunicación sexual y el involucramiento de los padres en las actividades de sus hijos, fue disminuyendo paulatinamente conforme estos últimos crecían y que la comodidad en la comunicación sexual se mantuvo constante, pero solamente en el grupo que recibió la modalidad interactiva del programa hubo un incremento significativo en el conocimiento sobre prevención de problemas de salud sexual y mayor índice de reglas impuestas por los padres.

Tres programas (Campero et al., 2011; DiIorio et al., 2007; Guilamo-Ramos et al., 2011) impactaron eficazmente en la conducta sexual de los adolescentes, según demostraron medidas postintervención y de seguimiento: en comparación con el grupo control, los adolescentes cuyos padres acudieron a estos talleres, reportaron mayor índice de abstinencia o retardo del debut sexual, menor actividad sexual y disminución en prácticas de riesgo como relaciones sexuales sin protección y demostraron mayor conocimiento y confianza para usar correctamente el condón.

Tabla 7

Análisis de resultados de programas de intervención para promover la comunicación sexual en padres de jóvenes sin discapacidad

Autores	Resultados
Campero et al. (2011)	<ul style="list-style-type: none"> • No hubo cambios significativos en frecuencia de comunicación sexual • Menor iniciación y actividad sexual en adolescentes • Incremento en confianza para uso correcto de condón • Incremento en conocimiento sobre anticonceptivo de emergencia • Incremento en número de padres que habló sobre condón y conductas preventivas • Mayor distribución de condones

Tabla 7 (continuación)

Análisis de resultados de programas de intervención para promover la comunicación sexual en padres de jóvenes sin discapacidad

DiIorio et al. (2007)	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor comunicación sexual padre-hijo a 3 meses • Menor frecuencia de relaciones sexuales sin condón a 3 meses • Mayor índice de abstinencia y menor actividad sexual a 6 meses • Mayor retardo de debut sexual y menor frecuencia de relaciones sexuales sin condón a 12 meses • Mayor frecuencia de conversaciones e intención de comunicación sexual a 12 meses
Eastman et al. (2006) Schuster et al. (2008)	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento en conversaciones sobre temas nuevos en las tres mediciones • Mayor repetición de temas ya abordados en todas las mediciones después de la intervención • Aumento progresivo y mayor instrucción en uso de condón en todas las mediciones • Incremento en autopercepción de padres de habilidades para la comunicación • Incremento en apertura para la comunicación
Guilamo-Ramos et al. (2011)	<ul style="list-style-type: none"> • Menor frecuencia de sexo vaginal y oral
Lederman et al. (2008)	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución progresiva de comunicación sexual con padres en ambos grupos • Comodidad se mantuvo constante en ambos grupos • Incremento de reglas parentales en PI • Disminución progresiva de involucramiento de padres en ambos grupos • Incremento en conocimiento sobre prevención de embarazo, ITS y VIH en PI • No hubo diferencias significativas en autoeficacia para la prevención • Disminución en conductas para resistir presión para tener relaciones sexuales en PCA
Villarruel et al. (2008)	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento en comunicación general, comunicación sexual y comodidad en la comunicación, en todas las mediciones

2.3 Programas de Intervención Dirigidos a Padres de Hijos con Discapacidad

Las revisiones sistemáticas descritas con anterioridad (Atienzo et al., 2011; Gavin et al., 2015; Sutton et al., 2014; Wight & Fullerton, 2014), no incorporan datos de programas para padres de hijos con discapacidad y no se cuenta con registro de alguna revisión similar de programas aplicados en esta población. Habida cuenta de que el número de programas para los padres de estos jóvenes es bastante reducido en comparación con los enfocados en padres de jóvenes sin discapacidad, los criterios de búsqueda fueron modificados y se incluyeron en el siguiente análisis programas que abarcan rangos de edad distintos a los del programa a describir más adelante en el presente reporte. Homólogo al análisis llevado a cabo en el apartado anterior, la búsqueda de los programas aquí revisados tuvo como criterio haber sido publicado en una revista científica del año 2000 en adelante.

En la Tabla 8 se observan los datos de identificación de cada uno de los seis programas a analizar y su población objetivo. Estas intervenciones han sido aplicadas en muestras reducidas que van de cinco (Bárcena et al., 2020) a 42 participantes (Kok & Akyuz, 2015). El programa “The Home B.A.S.E” de Frank y Sandman (2019) no especifica el número de padres participantes, dado que el artículo donde es presentado, muestra solamente la descripción del programa, más no su efectividad probada ya en una muestra. Las edades de los hijos e hijas de los participantes fueron variadas y abarcaron rangos amplios; por ejemplo, el programa de Rooks-Ellis et al. (2020) fue impartido a padres de hijos desde cinco hasta 21 años. El programa “Sexuality Education Program for Mothers of Young Adults with Intellectual Disabilities (SEPID)” de Yıldız & Cavkaytar (2017) no especifica tal rango de edad. Este programa es el único centrado exclusivamente en madres y el único que incluyó un grupo control.

Gran parte de los programas recuperados fueron diseñados para padres de hijos con discapacidad intelectual. Clatos y Azare (2016) y Rooks-Ellis et al. (2020) incorporaron a su intervención grupos variados de padres de hijos no sólo con discapacidad intelectual, sino con TEA, discapacidades del desarrollo (e.g espina bífida, parálisis cerebral), trastornos de la conducta o Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Respecto al país en el que fueron diseños y aplicados, tres de los programas provienen de Estados Unidos (Clatos & Azare, 2016; Frank & Sandman, 2019; Rooks-Ellis et al., 2020), dos de Turquía

(Kok & Akyuz, 2015; Yıldız & Cavkaytar, 2017) y sólo uno fue ejecutado en México (Bárcena et al., 2020). Cinco de los seis programas se aplicaron en formato de talleres grupales, a diferencia de la intervención de Clatos y Azare (2016), que tuvo lugar en sesiones individuales.

Tabla 8

Datos de identificación y población objetivo de programas de intervención para promover la comunicación sexual en padres de jóvenes con discapacidad

Autores	Nombre del programa	Dirigido a
Bárcena et al. (2020)	“¿Cómo hablar de sexualidad a mi hijo con discapacidad?”	4 madres y 1 padre de adolescentes y jóvenes mexicanos de entre 13 y 29 años con discapacidad intelectual
Clatos & Azare (2016)	No mencionado	5 padres y 10 madres de adolescentes estadounidenses con distintas discapacidades (discapacidad intelectual, TEA, entre otros) de entre 10 y 25 años
Frank & Sandman (2019)	“The Home B.A.S.E”	Padres y madres de adolescentes estadounidenses con discapacidad intelectual, de entre 12 y 19 años
Kok & Akyuz (2015)	No mencionado	42 padres y madres de adolescentes y preadolescentes turcos con discapacidad intelectual, de entre 10 y 19 años
Rooks-Ellis et al. (2020)	No mencionado	26 padres y madres de niños y jóvenes estadounidenses con TEA, discapacidad intelectual y otras discapacidades del desarrollo, de entre 5 y 21 años
Yıldız & Cavkaytar (2017)	“Sexuality Education Program for Mothers of Young Adults with Intellectual Disabilities (SEPID)”	22 madres de jóvenes turcos con discapacidad intelectual

La Tabla 9 muestra el modelo que fundamenta los programas de intervención analizados en esta sección. La mitad de los programas parten, para su diseño y aplicación, de teorías cognitivas y cognitivo-conductuales (Bárcena et al., 2020; Clatos & Azare, 2016; Frank & Sandman, 2019), mientras que la otra mitad, no detalla este dato.

Tabla 9

Análisis del fundamento teórico de programas de intervención para promover la comunicación sexual en padres de jóvenes con discapacidad

Autores	Fundamento teórico
Bárcena et al. (2020)	Teoría del aprendizaje social
Clatos & Azare (2016)	Modelo transteórico de cambio de comportamiento
Frank & Sandman (2019)	Teoría del aprendizaje del adulto, teoría del aprendizaje social, teoría del aprendizaje transformativo
Kok & Akyuz (2015)	No mencionado
Rooks-Ellis et al. (2020)	No mencionado
Yıldız & Cavkaytar (2017)	No mencionado

La Tabla 10 expone lo que concierne al contenido de los seis programas de intervención. Cinco de estos poseen un módulo de comunicación sexual y habilidades conductuales para ella. Algunos de los temas más frecuentes fueron partes del cuerpo, desarrollo del adolescente y prevención del abuso sexual. La mitad de los programas incluyó en su temario problemas de salud sexual y reproductiva como ITS, VIH y embarazo (Bárcena et al., 2020; Rooks-Ellis et al., 2020; Yıldız & Cavkaytar, 2017), pero sólo dos de ellos (Bárcena et al., 2020; Rooks-Ellis et al., 2020) dedicaron un módulo a los métodos anticonceptivos. El programa de Bárcena et al. (2020) es el único que incorporó el tema de las responsabilidades de la paternidad y maternidad.

Un tercio de los programas (Clatos & Azare, 2016; Frank & Sandman, 2019) engloba contenido sobre los mitos de la sexualidad y la discapacidad y tres más enfatizan en el concepto de educación sexual, la importancia de impartirla a los jóvenes con discapacidad y

el rol de los padres en la prevención de problemas de salud sexual (Clatos & Azare, 2016; Rooks-Ellis et al., 2020; Yıldız & Cavkaytar, 2017). Cuatro de los seis programas abarcan el tema de la masturbación; uno de ellos la aborda en un módulo específico (Bárcena et al., 2020), uno la engloba en un módulo general de conductas sexuales junto con fantasías, abstinencia y prácticas compartidas (Rooks-Ellis et al., 2020), otro la incorpora en conjunto con la menstruación y las relaciones sexuales, ITS e higiene (Yıldız & Cavkaytar, 2017) y uno más la aborda de forma superficial, en un módulo dedicado a enseñar a los padres a controlar la conducta sexual de sus hijos (Kok & Akyuz, 2015).

Sólo la mitad de los seis programas mencionan abordar la menstruación y tres de ellos, las relaciones sexoafectivas (como el noviazgo) y de amistad (Bárcena et al., 2020; Rooks-Ellis et al., 2020; Yıldız & Cavkaytar, 2017). El único programa que, sumado al tema del abuso sexual, incorpora información sobre violencia y acoso, es el presentado por Rooks-Ellis et al. (2020). Por su cuenta, el programa de Yıldız y Cavkaytar (2017) es el único que reporta abordar el tema de la identidad sexual.

Tabla 10

Análisis del contenido de programas de intervención para promover la comunicación sexual en padres de jóvenes con discapacidad

Autores	Contenidos
Bárcena et al. (2020)	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisión y apoyo parental • Concepto de sexualidad y habilidades para la comunicación sexual • Desarrollo del adolescente • Partes del cuerpo • Masturbación • Abuso sexual • Noviazgo • Relaciones sexuales • Embarazo y responsabilidades de la maternidad/paternidad • ITS y VIH • Métodos anticonceptivos

Tabla 10 (continuación)

Análisis del contenido de programas de intervención para promover la comunicación sexual en padres de jóvenes con discapacidad

Clatos & Azare (2016)	<ul style="list-style-type: none"> • Concepto de sexualidad y educación sexual • Mitos sobre discapacidad y sexualidad • Concepto y habilidades para la comunicación sexual • Padres como educadores sexuales • Partes del cuerpo y funciones corporales
Frank & Sandman (2019)	<ul style="list-style-type: none"> • Mitos sobre discapacidad y sexualidad • Sexualidad y relaciones en adolescentes con discapacidad intelectual • Rol de los padres en la salud sexual • Estrategias para la comunicación sexual • Elaboración de un plan de acción para iniciar comunicación sexual • Acceso y comparación de recursos y apoyos para el aprendizaje
Kok & Akyuz (2015)	<ul style="list-style-type: none"> • Higiene y menstruación • Control de conducta sexual/masturbación • Prevención del abuso sexual • Habilidades para la comunicación sexual
Rooks-Ellis et al. (2020)	<ul style="list-style-type: none"> • Importancia de la educación sexual • Desarrollo del adolescente: pubertad e imagen corporal • Relaciones: amistad, noviazgo y familia • Habilidades para la comunicación sexual • Conducta sexual: masturbación, fantasías, abstinencia y prácticas sexuales compartidas • Salud sexual: anticoncepción, ITS, abuso sexual, violencia y acoso • Cultura: creencias y valores • Estrategias para la educación sexual • Recursos para padres, cuidadores y personas con discapacidad
Yıldız & Cavkaytar (2017)	<ul style="list-style-type: none"> • Negligencia y abuso sexual • Sexualidad y desarrollo sexual: partes y funciones del cuerpo, identidad sexual, etapas del desarrollo

Tabla 10 (continuación)

Análisis del contenido de programas de intervención para promover la comunicación sexual en padres de jóvenes con discapacidad

Yıldız & Cavkaytar (2017)	<ul style="list-style-type: none"> • Masturbación, menstruación y relaciones sexuales, ITS e higiene • Educación sexual para jóvenes con discapacidad: importancia y consideraciones • Relaciones: habilidades sociales, flirteo, amistad y familia
---------------------------	--

El número de sesiones de cada programa y la duración de las mismas se exhiben en la Tabla 11. La intervención más breve fue la ejecutada por Rooks-Ellis et al. (2020), con una sola sesión de 75 minutos y la más intensiva fue la reportada por Bárcena et al. (2020), con 10 sesiones de una hora cada una. En el caso de Frank y Sandman (2019), los talleres están diseñados para impartirse en dos sesiones consecutivas, con una semana intermedia de descanso antes de una sesión final.

Tabla 11

Análisis de duración de programas de intervención para promover la comunicación sexual en padres de jóvenes con discapacidad

Autores	Duración
Bárcena et al. (2020)	10 sesiones de 1 hora
Clatos & Azare (2016)	2 sesiones de 1 hora
Frank & Sandman (2019)	3 sesiones de 3 horas distribuidas a lo largo de un mes
Kok & Akyuz (2015)	4 sesiones de 1 hora, duración total de 6 semanas
Rooks-Ellis et al. (2020)	1 sesión de 75 minutos
Yıldız & Cavkaytar (2017)	4 sesiones de 1 hora

La Tabla 12 enlista la variedad de estrategias didácticas de las que se valieron los autores para cumplir los objetivos del programa. La técnica mayormente empleada fue la exposición por parte de los facilitadores, seguida del modelamiento, los juegos de roles y el uso de videos. Dos programas se caracterizaron por brindar únicamente exposición (Clatos & Azare, 2016; Kok & Akyuz, 2015) y sólo uno específica que las tareas asignadas para casa consistieron en conversar con el hijo o hija sobre los temas abordados en sesión (Bárcena et al., 2020). Los programas de Bárcena et al. (2020) y Yıldız y Cavkaytar (2017), se apoyan en un manual impreso facilitado a los padres.

Tabla 12

Análisis de estrategias didácticas de programas de intervención para promover la comunicación sexual en padres de jóvenes con discapacidad

Autores	Estrategias didácticas
Bárcena et al. (2020)	<ul style="list-style-type: none"> ● Aprendizaje estructurado: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Modelamiento ▪ Juego de roles ▪ Retroalimentación ▪ Entrenamiento para transferencia ● Exposiciones ● Videos ● Actividades grupales ● Tareas con hijo(a) ● Manual
Clatos & Azare (2016)	<ul style="list-style-type: none"> ● Exposición
Frank & Sandman (2019)	<ul style="list-style-type: none"> ● Exposición ● Discusiones grupales ● Videos ● Juego de roles ● Sesión de preguntas ● Tareas para casa
Kok & Akyuz (2015)	<ul style="list-style-type: none"> ● Exposición
Rooks-Ellis et al. (2020)	<ul style="list-style-type: none"> ● Exposición ● Círculos concéntricos ● Narrativas sociales

Tabla 12 (continuación)

Análisis de estrategias didácticas de programas de intervención para promover la comunicación sexual en padres de jóvenes con discapacidad

Yıldız & Cavkaytar (2017)	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición • Actividades grupales • Modelamiento • Manual
---------------------------	--

En la Tabla 13 se observan la cantidad de mediciones que los autores llevaron a cabo y el momento del estudio en que fueron realizadas, además del tipo de instrumento aplicado y las variables que este evaluó. A excepción del programa de Frank y Sandman (2019), donde ninguno de estos datos es descrito dado el tipo de publicación en que se presenta, la mayoría de los programas evaluaron antes y después de la intervención. Sólo Bárcena et al. (2020) probaron la eficacia de su programa en una medida de seguimiento. Dos programas incorporaron instrumentos para evaluar la validez y la satisfacción de los participantes con el programa (Kok y Akyuz, 2015; Yıldız & Cavkaytar, 2017).

El único estudio donde se aplicó un instrumento distinto en la medición pre-test y post-test, fue en Kok y Akyuz (2015). Todos los estudios evaluaron mediante un cuestionario de autoinforme aplicado a los padres y las variables analizadas con mayor frecuencia fueron la frecuencia de la comunicación sexual, la comodidad y la autoeficacia para la comunicación. Tres estudios (Clatos & Azare, 2016; Rooks-Ellis et al., 2020; Yıldız & Cavkaytar, 2017) analizaron también las creencias y actitudes de los padres hacia la sexualidad y la educación sexual de las personas con discapacidad. Ningún programa evaluó su efecto sobre el comportamiento de los hijos e hijas de los padres participantes.

Tabla 13

Análisis de la evaluación de programas de intervención para promover la comunicación sexual en padres de jóvenes con discapacidad

Autores	No. y momento de mediciones	Variables evaluadas
Bárcena et al. (2020)	Preintervención, postintervención y seguimiento	Cuestionario para padres: <ul style="list-style-type: none"> • Habilidades conductuales de hijos, expectativas hacia la comunicación sexual, modalidad comunicativa, autoeficacia para la comunicación sexual, número de temas de sexualidad abordados
Clatos & Azare (2016)	Preintervención y postintervención (2 semanas después)	Cuestionario para padres: <ul style="list-style-type: none"> • Creencias sobre la sexualidad en personas con discapacidad, nivel de educación sexual que otorga a su hijo, nivel de comodidad en comunicación sexual, actitudes hacia la sexualidad y la educación sexual
Frank & Sandman (2019)	No mencionado	No mencionado
Kok & Akyuz (2015)	Preintervención y postintervención (1 semana después)	Cuestionario para padres: <ul style="list-style-type: none"> • Autoeficacia, conocimiento en preintervención (correcto/incorrecto), conocimiento en postintervención (opción múltiple) y formulario de satisfacción
Rooks-Ellis et al. (2020)	Preintervención y postintervención	Cuestionario para padres: <ul style="list-style-type: none"> • Principal educador sexual y comunicación sexual actual, actitudes y creencias sobre la educación sexual de personas con discapacidad, nivel de comodidad en la comunicación sexual, autopercepción de competencia para brindar educación sexual

Tabla 13

Análisis de la evaluación de programas de intervención para promover la comunicación sexual en padres de jóvenes con discapacidad

Yıldız & Cavkaytar (2017)	Preintervención y postintervención	Cuestionario para padres: <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo social percibido, actitudes hacia la educación sexual de personas con discapacidad, validez social
---------------------------	------------------------------------	--

Los resultados alcanzados por cada programa se enlistan en la Tabla 14. Los principales efectos de la mayoría de los programas fueron; incremento significativo en la frecuencia de la comunicación sexual e incremento y mantenimiento de la comodidad y la autoeficacia para la comunicación sexual. Los estudios que intervinieron en el conocimiento, actitudes y creencias de los padres hacia la educación sexual y la sexualidad de sus hijos con discapacidad, resultaron en un incremento positivo de todas estas variables (Clatos & Azare, 2016; Rooks-Ellis et al., 2020; Yıldız & Cavkaytar, 2017). Los dos estudios que tras la intervención evaluaron su validez y satisfacción, demostraron ser programas útiles, comprensibles y recomendables (Kok & Akyuz, 2015; Yıldız & Cavkaytar, 2017).

Tabla 14

Análisis de resultados de programas de intervención para promover la comunicación sexual en padres de jóvenes con discapacidad

Autores	Resultados
Bárcena et al. (2020)	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento de efectos positivos de la comunicación sexual • Se mantuvieron altos niveles de autoeficacia • Se amplió el número de temas abordados y se mantuvo en seguimiento • Incrementó número de habilidades conductuales en hijos
Clatos & Azare (2016)	<ul style="list-style-type: none"> • Se modificaron creencias y actitudes hacia la discapacidad y la sexualidad • Incrementó comodidad y autoeficacia para la comunicación sexual • Incrementó conocimiento sobre educación sexual

Tabla 14

Análisis de resultados de programas de intervención para promover la comunicación sexual en padres de jóvenes con discapacidad

Frank & Sandman (2019)	<ul style="list-style-type: none"> • No presentados
Kok & Akyuz (2015)	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementó autoeficacia • Alto nivel de satisfacción e identificación del programa como herramienta útil
Rooks-Ellis et al. (2020)	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementaron creencias y actitudes positivas • Incrementó comodidad para la comunicación sexual • Incrementó autopercepción de competencia para la comunicación sexual
Yıldız & Cavkaytar (2017)	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementó actitud positiva hacia la educación sexual de personas con discapacidad • Incrementó apoyo social percibido • Validez social: identificación de importancia de educación social, programa claro, comprensible y recomendable

2.4 Conclusiones

La revisión de la literatura sobre comunicación sexual de la última década, denota una importante desatención a la población con discapacidad. Mientras que una sustanciosa cantidad de estudios se centra en conocer las variables asociadas a este tipo de comunicación entre padres y jóvenes sin discapacidad, los padres de hijos con discapacidad son mínimamente incluidos. La limitada investigación disponible, indica que estos padres suelen hablar a sus hijos sobre menos temas de sexualidad y aunque se enfrentan a los mismos retos cualquier madre o padre al hablar con los adolescentes (déficit de habilidades para la comunicación, incomodidad, vergüenza, baja autoeficacia, autopercepción del conocimiento como escaso o incorrecto), se suman factores específicos asociados con la discapacidad: estigma, mitos, carencia de materiales adaptados a las necesidades de sus hijos e hijas y falta de programas y orientación.

En el caso de los padres oyentes de adolescentes sordos, la educación sexual se complejiza aún más por las barreras de comunicación. La principal vía de comunicación que ellos manejan (la lengua oral) puede no ser efectiva o suficiente para transmitir información sobre sexualidad a sus hijos. Incluso los padres que manejan con fluidez la LSM, pueden no estar familiarizados con el vocabulario de sexualidad o experimentan vergüenza al realizar las señas. Estos obstáculos orillan al adolescente o joven sordo a recurrir a fuentes de información que, más que satisfacer correctamente sus dudas, resultarán en más desinformación. Gran parte de los estudios que reportan datos de comunicación parental sobre sexualidad en sordos, no han analizado de forma específica variables asociadas a ella, sino que se le menciona de forma superficial, como parte de estudios más amplios. Todos estos estudios han sido transversales y con muestras reducidas. Los estudios disponibles en México (Bárcena et al., 2018; Robles et al., 2013) hacen hincapié en que los jóvenes sordos y sus padres no conversan lo suficiente sobre sexualidad para que la comunicación tenga un impacto significativo.

Similar al campo de la comunicación sexual y las variables que la promueven u obstaculizan, la situación de la literatura en México sobre programas de intervención dirigidos a padres para promover dicha comunicación, es marginal. Atienzo et al. (2011) mencionan que, de los 15 programas de intervención que cumplieron los criterios de inclusión para ser analizados en su revisión sistemática, sólo uno fue realizado en México. Un panorama similar fue encontrado en el análisis desarrollado en apartados anteriores; sólo dos de los programas para padres de hijos sin discapacidad y uno para padres de hijos con discapacidad, se diseñaron para población mexicana.

La revisión bibliográfica parece indicar una notable desatención a los padres cuyos hijos viven con una discapacidad. La proporción de los programas analizados en este capítulo que incluyen a este tipo de padres, resultó ser mucho menor que la proporción de programas para padres de adolescentes sin esta condición. Dada la cantidad de artículos publicados sobre el segundo tipo de programas, fue necesario establecer criterios más estrictos, para lograr la inclusión en el análisis de un número equiparable al de los programas encontrados para padres de adolescentes con discapacidad. Tras la búsqueda bibliográfica de programas para

este sector, no fue posible encontrar un sólo programa para padres de hijos sordos. Los trabajos identificados están centrados en el TEA y la discapacidad intelectual.

Uno de los principios rectores de la educación sexual es abarcar todos los aspectos físicos, psicológicos y sociales de la sexualidad desde un enfoque positivo (OMS, 2018; UNESCO, 2018). Algunas críticas a los programas que pretenden optimizar la comunicación sexual padres-hijo (sin discapacidad) mas no resultan factibles, denotan un enfoque en la abstinencia, el abuso sexual y los riesgos de las relaciones sexuales, omitiendo tópicos positivos de la sexualidad (Morawska et al., 2018; Veilleux et al., 2010). El análisis de la literatura realizado en este capítulo, demuestra que los programas para padres de hijos con discapacidad carecen de elementos necesarios para ser considerados de calidad. Si bien la mayor parte de las intervenciones analizadas indicaron contener módulos de sexualidad y discapacidad, los contenidos de algunos otros perpetúan la imagen de la sexualidad de las personas con discapacidad como algo que debe ser controlado. Por mencionar un ejemplo, la masturbación, en casi la totalidad de los programas que la mencionan en su currículum, se incorpora de forma superficial o como parte de un módulo enfocado en conductas que deben ser reprimidas (es el caso del programa de Kok & Akyuz, 2015). Se puede plantear que la masturbación es también un aspecto omitido en la población sin discapacidad, pues en los programas agregados a este análisis, se carece de módulos asignados al tema.

Sumado a las críticas anteriores (Morawska et al., 2018; Veilleux et al., 2010), se subraya la importancia de impartir en la educación sexual de los jóvenes con discapacidad, los mismos temas que se imparten la población que no la presenta (OMS & UNFPA, 2009). En contraste con ambos argumentos, los programas revisados en el segundo apartado de este capítulo, denotan la exclusión de módulos que brinden herramientas a los padres para educar a sus hijos en el libre y responsable ejercicio de su sexualidad. Mientras que la mayoría de los programas para padres de adolescentes sin discapacidad brindan entrenamiento para que ellos, a su vez, entrenen a sus hijos en habilidades como la negociación, la asertividad y el uso correcto del condón, los programas para el grupo de padres de hijos con discapacidad, centran sus contenidos en la protección de riesgos como el abuso sexual, no en la promoción de la independencia y autonomía. Sólo dos de seis programas reportaron módulos sobre responsabilidades de la paternidad y métodos anticonceptivos (Bárcena et al., 2020; Rooks-

Ellis et al., 2020) y sólo tres impartieron contenido sobre relaciones afectivas (Bárcena et al., 2020; Rooks-Ellis et al., 2020; Yıldız & Cavkaytar, 2017).

La literatura señala que, actualmente, es necesario brindar herramientas a los padres para la comunicación sobre el efecto del Internet y las redes sociales en las relaciones de los adolescentes (e.g sexting) y poder prevenir riesgos (Ashcraft & Murray, 2017; Flores & Barroso, 2017). Ninguno de los 12 programas analizados impartió contenido relacionado a este tipo de temas. Otra deficiencia que autores como Evans et al. (2019) y Flores y Barroso (2017) identifican en la comunicación sexual, es un enfoque limitado a la heteronormatividad y la cisonormatividad. Estos programas no suelen destinar módulos a la diversidad sexual y, por lo tanto, desconsideran la salud sexual de las minorías sexuales. En el análisis aquí presentado, se identificó que estas temáticas son las menos incluidas en las intervenciones: sólo un programa para padres de hijos sin discapacidad menciona incorporar a su currículo el tema de la orientación sexual (Eastman et al., 2006) y uno de los programas para padres de hijos con discapacidad enuncia abordar la identidad sexual (Yıldız & Cavkaytar, 2017). Ninguno de los dos programas describe ampliamente qué otros elementos del tema de la diversidad sexual fueron impartidos.

Ciertas cuestiones metodológicas pueden reducir también la validez y el impacto de los programas para padres. Muchos de ellos se aplican en una o pocas sesiones, sus muestras son reducidas (principalmente conformadas por madres), carecen de inclusión a familias no tradicionales y miden su impacto únicamente a través de datos de autorreporte de los padres (Morawska et al., 2018; Veilleux et al., 2010). En los programas incluidos en este análisis, en ambas poblaciones, la mayor cantidad de participantes correspondió a madres (a excepción del programa de DiIorio et al., 2007, que fue diseñado para varones) y todos evaluaron mediante un instrumento de autorreporte.

En congruencia con lo anterior, la UNESCO (2018) establece que los programas que tengan como objetivo promover la salud sexual y reproductiva, deben basarse en evidencia científica, emplear un diseño experimental e incluir un grupo control y contar con más de 100 participantes. En el presente análisis, todos los programas para padres de hijos sin discapacidad contaron con un grupo control, mientras que sólo uno de los programas para padres de hijos con discapacidad comparó la eficacia del programa con un grupo control en

lista de espera. Un contraste destacable es la diferencia en el tamaño de las muestras: los programas para el primer grupo de padres fueron aplicados a muestras de entre 90 y más de 430 participantes. Por su parte, la cantidad máxima en los programas para el segundo grupo fue de 42 participantes. Otra diferencia sobresaliente entre un grupo de padres y otro, se ubica en el fundamento teórico de los programas de intervención. A diferencia de los programas para padres de jóvenes sin discapacidad, donde sólo uno de ellos no reporta el dato, la mitad de los programas dirigidos al grupo de padres de jóvenes con discapacidad, no partió de modelo alguno para su diseño y aplicación.

Los lineamientos de la UNESCO (2018) y Guevara et al. (2017) dictan que los programas de educación sexual deben medir su impacto en diversas conductas y evaluar longitudinalmente. De los programas incluidos en el análisis de padres de hijos con discapacidad, sólo uno contó con una medida de seguimiento (Bárcena et al., 2020), en el otro grupo de padres se analizaron programas que midieron su impacto en dos o hasta tres seguimientos. Una discrepancia más entre ambas poblaciones respecto a la evaluación, se relaciona con el tipo de variables analizadas: todos los programas incluidos en el apartado de padres de hijos sin discapacidad evaluaron el impacto de la intervención sobre conductas (principalmente la comunicación); de los seis programas dirigidos al otro grupo de padres, sólo la mitad evaluó conductas, el resto redujo su evaluación a variables cognitivas (e.g. autoeficacia y conocimiento) y uno de ellos (Kok & Akyuz, 2015) aplicó un instrumento distinto en la fase de pre-test y post-test, lo que impide distinguir claramente el efecto de la intervención.

Resulta relevante que las intervenciones promuevan la adquisición de nuevos conocimientos y el papel activo de los padres en el desarrollo de sus hijos, que se les capacite para ser su principal fuente de información y que se incluya el entrenamiento en habilidades conductuales necesarias para resolver problemáticas particulares (Ashcraft & Murray, 2017; Flores & Barroso, 2017; Guevara et al., 2017). Baku et al. (2017) resaltan que promover el conocimiento parental sienta una base importante, mas no asegura que los padres desarrollen la habilidad para comunicarse con sus hijos, por lo que es indispensable incluir el componente conductual en los programas. Del total de 12 programas examinados en este capítulo, tres cuartos incluyen un módulo de entrenamiento conductual en estrategias y habilidades para la

comunicación sexual. La principal diferencia entre las dos poblaciones de padres, radica en las técnicas empleadas para tal entrenamiento, puesto que el número de programas dirigido a padres de jóvenes con discapacidad que incluyen técnicas conductuales (modelado, juego de roles, etc.), es mucho menor en comparación con los talleres dirigidos al otro tipo de padres.

Según autores como Atienzo et al. (2011), Guevara et al. (2017) y la UNESCO (2018), es posible aseverar que los programas con mayores resultados positivos, son aquellos que se identifican por su rigurosidad metodológica, su énfasis en el desarrollo de habilidades y su enfoque distinto a promover la abstinencia. Con base en estos criterios, se concluye que los programas de intervención para padres de hijos con discapacidad constituyen un área caracterizada por importantes deficiencias. Los escasos estudios que han documentado la eficacia de algún programa, carecen de rigurosidad metodológica y de una visión integral de la sexualidad y la discapacidad como asuntos de derechos humanos. Tomando en cuenta que los adolescentes con discapacidad requieren estrategias instruccionales específicas, las intervenciones dirigidas a potenciar la comunicación con sus padres, han de considerar los distintos tipos de comunicación padre-hijo, diseñar materiales educativos adaptados a la condición de padres e hijos y facilitar a los adultos técnicas y materiales adaptados (videos, libros, infografías) a la condición de sus hijos (Bárcena & Jenkins, 2018; Bárcena et al., 2017; Dupras & Dionne, 2013; Graham et al., 2019; Lehan et al., 2016; Robles et al., 2013).

3. DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN LÍNEA PARA PROMOVER LA COMUNICACIÓN SOBRE SEXUALIDAD EN PADRES DE JÓVENES SORDOS

Este capítulo presenta una revisión de los elementos más importantes que deben contener y regir el diseño e implementación de un programa psicoeducativo en la modalidad en línea y se examina la importancia de este tipo de programas en el contexto de la pandemia por COVID-19. Se describen programas en línea que han resultado exitosos para promover la salud sexual de distintas poblaciones (incluidos padres de adolescentes) y algunas estrategias virtuales dirigidas a personas sordas cuya principal característica ha sido el diseño de materiales mediados por TICs para garantizar su acceso a información de salud. En la tercera sección del capítulo, se presentan los planteamientos, objetivos y fundamentos teóricos a partir de los cuales se diseñó el programa de intervención dirigido a padres “La comunicación sobre sexualidad está en tus manos”, así como sus características y el procedimiento para la elaboración de los materiales que lo conforman. Finalmente, se describe a detalle el contenido y estructura de uno de los 17 módulos de dicho programa.

3.1 Características y Consideraciones Éticas para el Diseño de Programas Psicoeducativos En Línea

Las múltiples herramientas que el Internet ofrece han favorecido el desarrollo de distintas áreas de la investigación psicológica. La prestación de servicios psicológicos vía electrónica, conocida como Telepsicología, ha permitido diseñar intervenciones efectivas para una amplia variedad de problemáticas y extender su aplicación a usuarios de distintos rangos de edad, zonas geográficas, disponibilidad de horario y posibilidades de traslado (American Psychological Association, [APA], 2013; Macías & Valero, 2018).

Macías y Valero (2018), en consonancia con la APA (2013), mencionan que las intervenciones psicológicas vía Internet han de regirse por los mismos lineamientos éticos que la modalidad presencial y establecen las siguientes directrices a tomar en cuenta en el diseño y aplicación de este tipo de programas: a) Competencia del psicólogo: el profesional ha de contar con formación necesaria para el uso de las tecnologías y su impacto potencial en los usuarios, b) Estándares de protección en la prestación de servicios: ha de garantizarse

la atención ética y profesional durante todo el proceso, c) Consentimiento informado: debe ser documentado y ofrecido a los usuarios, abordando puntos relevantes del servicio ofrecido, d) Confidencialidad de datos e información: proteger los datos de los usuarios e informar los posibles riesgos de confidencialidad por el uso de las tecnologías, e) Seguridad y transmisión de datos: garantizar la protección de los datos de los usuarios en las plataformas y servicios empleados y evitar la divulgación de estos, f) Eliminación de datos, información y tecnologías: el psicólogo ha de deshacerse de los datos, siguiendo los lineamientos para la destrucción segura de éstos, una vez terminado el proceso, g) Pruebas y evaluación: tener en cuenta factores externos que comprometan la evaluación y adaptar los instrumentos a modalidad en línea, manteniendo sus propiedades psicométricas.

En adición, el psicólogo que ofrezca servicios por este medio, ha de garantizar que el intercambio de información no sea interceptada por terceros y establecer en plan para posibles situaciones de crisis (Macías & Valero, 2018). Valero (2003) sintetiza las recomendaciones de distintas entidades académicas e instituciones encargadas de regular los servicios psicológicos vía Internet, destacando que el psicólogo debe brindar información verídica y clara en cuanto a su formación, las características de la intervención y la institución que la respalda y financia, la evidencia científica en la que están basados los procedimientos y quién elabora los contenidos multimedia ofrecidos. Los sitios y materiales facilitados han de ser accesibles para todos los usuarios, legibles, claros y apropiados.

Para el diseño de programas en esta modalidad, resulta indispensable considerar la edad, nivel socioeconómico y de lectoescritura de los usuarios y su experiencia y dominio en el uso de las tecnologías (también llamado alfabetización digital). Los componentes de la intervención pueden ser transmitidos de forma oral, escrita o gráfica, ya sea mediante comunicación sincrónica (videoconferencia interactiva o vía telefónica), asincrónica (correo electrónico, chats) o una combinación de ambas. Se ha identificado que aquellas intervenciones que utilizan varios medios electrónicos, resultan más exitosas y los participantes muestran mayor adherencia al tratamiento (Macías & Valero, 2018; Valero, 2003). Entre las distintas modalidades se encuentran los programas interactivos en sitios web guiados por el propio usuario, programas guiados por el psicólogo y programas educativos que contienen únicamente información. Los dos primeros se caracterizan por basarse en

evidencia científica de los programas presenciales que han resultado efectivos y por demandar un papel activo por parte de los participantes, quienes han de comprometerse en cumplir con actividades y ejercicios (Beatty & Binnion, 2016).

A través de esta modalidad, el diseño de cada componente o temática ha de dividirse en etapas o módulos, principalmente cuando se trata de una intervención intensiva y que requiere trabajo en casa y múltiples contenidos multimedia para reforzar el aprendizaje. En cuanto a la accesibilidad de los materiales, es recomendable una apariencia profesional, uso moderado de gráficos y texto sencillo y comprensible. Específicamente para el uso de videoconferencia, se ha de adaptar el ritmo y la velocidad de las verbalizaciones, exagerando los elementos de comunicación no verbal (Hoffmann & Worrall, 2004; Ritterband et al., 2009; Soto et al., 2010). Las intervenciones en línea usualmente son aplicadas en sesiones semanales o cada 15 días y son divididas en módulos, dependiendo del número de temas a abordar. Las estrategias didácticas incluyen material psicoeducativo en diferentes formatos, actividades y ejercicios guiados por el psicólogo o por el usuario y el uso de llamadas, correos electrónicos o chats para resolución de dudas y retroalimentación (Beatty & Binnion, 2016; Flujas et al., 2019).

La modalidad en línea tiene múltiples ventajas para los programas psicoeducativos. Por un lado, brinda la posibilidad de guardar las sesiones para analizarlas posteriormente, enviar correos electrónicos entre sesiones para recordar tareas o reforzar conocimientos, mantener una página con material psicoeducativo de consulta y facilitar la difusión de este. Reducen costes y traslados para ambas partes y permite incluir participantes de distintos puntos de la ciudad o de ciudades distintas. También, permite individualizar el aprendizaje gracias a la libertad que brinda al usuario para controlar su ambiente de aprendizaje y la flexibilidad para organizar sus propios tiempos y distribución de actividades. De igual forma, esta modalidad posibilita adaptar las tareas a las necesidades particulares de cada participante, favorece dar continuidad a cada caso y mantener los cambios en la fase de seguimiento; así mismo, permite al psicólogo estructurar cuidadosamente el programa o sesión antes de su aplicación y aprovechar el atractivo de Internet para emplear herramientas multimedia y recursos interactivos, de múltiples fuentes y capaces de mantener la motivación y atención de los usuarios (Cook, 2007; Soto et al., 2010).

Algunas desventajas de esta modalidad, se relacionan con los componentes de la comunicación (principalmente no verbal) que en ambientes digitales no es posible igualar a la interacción frente a frente. Otro inconveniente de esta modalidad, es la posible escasa habilidad de alguna de las dos partes para manejar las tecnologías y los problemas de tipo técnico, como son las dificultades propias de la red, sitios y plataformas empleadas y el hardware; por mínimas que estas sean, pueden desalentar al usuario y minimizar su nivel de satisfacción. Estas problemáticas pueden ser prevenidas, en su mayoría, diseñando guías prácticas que orienten al usuario y empleando tecnologías sencillas y programas seguros (Cook, 2007; Soto et al., 2010).

El profesional ha de poseer conocimientos y destrezas suficientes para el manejo informático y para hacer frente a posibles dificultades técnicas (Soto et al., 2010). De acuerdo con Beatty y Binnion (2016), estas dificultades son un predictor importante de la adherencia al tratamiento; los participantes que identifican mayores problemáticas para acceder a la plataforma o sitio web, tienden a abandonar con mayor frecuencia el programa. Algunas variables que aseguran dicha adherencia son contar con la guía del psicólogo durante la mayoría de la intervención, recibir retroalimentación constante y evitar que el contenido del programa sea facilitado de forma exhaustiva o rápida.

En el contexto de la pandemia por COVID-19, declarada a inicios del año 2020, las intervenciones en línea no sólo cobraron más relevancia, sino que se volvieron indispensables para asegurar el bienestar de la sociedad. Chenneville y Schwartz-Mette (2020), proponen una serie de lineamientos (respaldados por anteriores estándares éticos de la APA) relevantes para el psicólogo durante el tiempo que prevalezca la emergencia sanitaria. Estas autoras sugieren asegurar el acceso equitativo a los servicios psicológicos, buscar vías para llegar a las poblaciones más afectadas, ajustar los medios para obtener el consentimiento informado de los usuarios e identificar los posibles cambios que la virtualidad puede implicar para la confidencialidad.

Las medidas de distanciamiento social tomadas por la mayoría de los gobiernos, han resultado en retos y dificultades no sólo en el ámbito económico, laboral y educativo, sino en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva (Ait et al., 2020; Alpalhão & Filipe, 2020; Dourado et al., 2020; Hussein, 2020; Jacob et al., 2020; Mestre et al., 2020; Riley, et al.,

2020; Turban et al., 2020). Se ha identificado un incremento de las desigualdades en servicios de salud, hecho que afecta desproporcionalmente a las poblaciones más vulnerables que, previo a la pandemia, vivían ya en exclusión y estigmatización, como son las personas con discapacidad y sus familias (Döring, 2020; Hall et al., 2020; Peña et al., 2020; Sanchez et al., 2020). En tiempos pasados, parte de este sector acudía a instituciones educativas del sector público y privado que difícilmente han podido adaptarse a la modalidad en línea y que, en el caso del segundo tipo de institución, ha sido complicado para los padres seguir costeando (Vargas & Padilla, 2020).

Organismos como la OMS (2020) y la UNICEF (2020), han difundido una serie de consideraciones para minimizar el efecto negativo de la pandemia en la accesibilidad de las personas con discapacidad. Algunas de ellas incluyen asegurar que la información sobre salud sea accesible, habilitar servicios de atención en línea o por vía telefónica, trabajar en conjunto con la familia y garantizar que la educación de niños y adolescentes continúe desde casa, sin embargo, las medidas específicas para proteger el derecho de esta población a la educación sexual, no han sido descritas hasta el momento.

Diversos autores han señalado que la salud sexual y reproductiva deben considerarse prioritarias en tiempos de pandemia, dado su papel fundamental en la calidad de vida de los individuos (Alpalhão & Filipe, 2020; Cabello et al., 2020; Döring, 2020; Panzeri et al., 2020; Shindel & Rowen, 2020; Turban et al., 2020). Si bien la COVID-19 no es una enfermedad que se transmita a través del contacto sexual, cualquier tipo de actividad sexual que implique proximidad física y contacto con fluidos como la saliva, puede representar un riesgo de contagio, principalmente para aquellos que no cohabitan con la pareja sexual y considerando el alto porcentaje de casos asintomáticos (Cabello et al., 2020; Cipriano et al., 2020; Pereira et al., 2020; Turban et al., 2020). Se plantea que, ante el estrés y la ansiedad ocasionados por la pandemia, ha aumentado la frecuencia de conductas como la masturbación, el consumo de pornografía y las relaciones sexuales mediadas por la tecnología, como son el sexo virtual, el sexo telefónico y el sexting (Alpalhão & Filipe, 2020; Döring, 2020; Jacob et al., 2020; Pereira et al., 2020; Shindel & Rowen, 2020; Turban et al., 2020).

Se ha evidenciado que el aislamiento y el cierre de servicios de salud sexual y reproductiva y la falta de personal en hospitales ahora enfocados en atender la emergencia

sanitaria, han acarreado consecuencias para el bienestar sexual. En los hogares ha incrementado la violencia intrafamiliar y de pareja, en los centros de salud se ha complicado el acceso a métodos anticonceptivos y a formas de prevención, detección y tratamiento del VIH e ITS. Se prevé un aumento en el número de embarazos no deseados, lo que en conjunto con las actuales condiciones de los sistemas de salud, puede resultar en abortos no seguros, partos riesgosos y altos índices de mortalidad materna (Ait et al., 2020; Alpalhão & Filipe, 2020; Döring, 2020; Hall et al., 2020; Hussein, 2020; Riley et al., 2020; Sanchez et al., 2020; Thorne et al., 2020; Yuksel & Ozgor, 2020).

Aunado ello, aunque las tecnologías han permitido explorar nuevas formas de expresar la sexualidad en esta época, también existen riesgos, principalmente para los más jóvenes, quienes pueden estar expuestos a violencia sexual digital (por ejemplo, acoso cibernético, extorsión y grooming) y a dificultades derivadas del acceso a pornografía, como problemas para autorregular el consumo, interrupción de sus actividades cotidianas y normalización de la violencia sexual (Doring, 2020; Mestre et al., 2020).

Por estas razones, la literatura señala la importancia de continuar diseñando programas de educación sexual, trasladarlos a la modalidad en línea, innovar en servicios de telesalud y considerar a los jóvenes y a las poblaciones vulnerables como objetivo prioritario de ellos (Döring, 2020; Riley et al., 2020; Shindel & Rowen, 2020; Thorne et al., 2020). En este escenario en que las escuelas han cerrado y el acceso a servicios de salud escasea, se insta a ver el aislamiento como una oportunidad para analizar los programas educativos ya existentes, hacer modificaciones en ellos e incorporar en su diseño nuevos espacios digitales como herramienta educativa. Hoy más que nunca se recalca la importancia de garantizar la accesibilidad en el área de la salud y la educación y de evaluar que las intervenciones en salud sexual cubran eficazmente las necesidades de la población a quien están dirigidas (Hall et al., 2020; Hough, 2020; Kirana et al., 2020; Turban et al., 2020; Peña et al., 2020).

Con la incursión de la COVID-19 en la vida cotidiana, se acentuó la brecha digital que afectaba a las personas con discapacidad, impidiendo que se beneficien de las alternativas de aprendizaje a distancia. Siendo así, es indispensable realizar ajustes en los espacios educativos virtuales o diseñar nuevos, capaces de atender a sus características específicas y reconocer la heterogeneidad de la población (Moreno, 2020; Peña et al., 2020; Vega et al.,

2020). Los jóvenes sordos se encuentran en importante desventaja en estos espacios digitales, puesto que gran parte del contenido educativo no cuenta con intérpretes de lengua de señas y está escasamente adaptado para que se beneficien de la información a través del canal visual. El diseño inclusivo y accesible de contenido virtual para esta población, demanda la participación de los padres, quienes juegan un rol importante como mediadores del aprendizaje y precisan habilidades, conocimientos y recursos para atender las necesidades de sus hijos (Peña et al., 2020; Rezi et al., 2020).

Dicho rol cobra aún más relevancia en esta época; Rezi et al. (2020) mencionan que en este periodo de aislamiento social, los padres de hijos sordos pueden aprovechar para dar respuesta a sus necesidades educativas y de salud y convertirse así en una red de apoyo ante las posibles afectaciones emocionales causadas por el confinamiento. Algunos estudios sobre diseño de material digital como herramienta educativa para población sorda durante la pandemia, se pueden encontrar en Fernandes et al. (2020) y Smith y Colton (2020). Ambos trabajos presentan el desarrollo de material educativo con características adecuadas (lengua de señas, elementos gráficos, subtítulos, texto breve, actividades muestra) para personas sordas, no obstante, ninguno tiene relación con la promoción de alguna dimensión de la salud. Smith y Colton (2020) construyeron un canal de YouTube con videos breves dirigidos a estudiantes sordos, sus profesores y sus padres, los cuales brindan información sobre distintos temas escolares. En este canal se encuentran actividades para promover la comunicación general padres-hijo, pero la comunicación sobre sexualidad no está considerada.

Los materiales que, en estos tiempos de virtualidad y distanciamiento, pretendan atender a los jóvenes sordos y sus familias, han de apegarse a las guías para la correcta adaptación de materiales de salud para población sorda y otras poblaciones vulnerables (Alverson et al., 2008; Neuhauser et al., 2013; OMS & UNFPA, 2009; Pollard, 2009) y a las sugerencias técnicas para el desarrollo de cursos en línea y materiales digitales (Glasgow, 2007; Hoffmann & Worrall, 2004; Ritterband et al., 2009).

3.2 Antecedentes de Estrategias En Línea Dirigidas a Promover la Salud Sexual

Desde años previos a la pandemia por COVID-19, existe evidencia científica que respalda la eficacia de las intervenciones en línea y que recalca una alta aceptación por parte

de los usuarios. Existe una amplia cantidad de programas que se han aplicado en línea y han resultado exitosos para el abordaje de una multiplicidad problemáticas de salud (Beatty & Binnion, 2016; Macías & Valero, 2018). En lo que respecta exclusivamente al área de la sexualidad, recientemente se han implementado intervenciones conductuales en esta modalidad eficaces para promover la salud sexual y reproductiva en adolescentes (Widman et al., 2019), mujeres jóvenes con trastornos emocionales y de la conducta (Kamke et al., 2019) y miembros de la comunidad LGBT+ (Mustanski et al., 2015). De igual forma, se identifican programas en línea para tratar la disfunción sexual en mujeres (Hucker & McCabe, 2014), para promover habilidades de asertividad sexual y toma de decisiones en mujeres adolescentes (Widman et al., 2018) y para facilitar a los profesores brindar educación sexual a sus estudiantes adolescentes (Chen & Barrington, 2017).

3.2.1 Población sin discapacidad

En población joven sin discapacidad se han aplicado diversos programas basados en la web o que incorporan recursos digitales en su proceso enseñanza-aprendizaje. Un ejemplo lo ilustra el programa de intervención interactivo *HEART*, presentado por Kamke et al. (2019) y Widman et al. (2018), basado en la Teoría de la Acción Razonada. Esta intervención pretende promover la motivación, el desarrollo de habilidades y conocimiento sobre VIH, ITS y embarazo no planeado en adolescentes y se centra en el desarrollo de habilidades para la comunicación sexual y la asertividad. Se administra en una sola sesión de 45 minutos y está integrado por cinco módulos: 1) Motivación para tener sexo seguro, 2) Conocimiento sobre ITS y VIH, 3) Normas/actitudes sexuales, 4) Autoeficacia sexual y 5) Comunicación sexual. Cada módulo contiene información en formato de audio, video, infografías y consejos por parte de otros adolescentes. Incluye también juegos interactivos y entrenamiento conductual (modelado y juego de roles) con retroalimentación en tiempo real en el módulo de comunicación. Las habilidades de comunicación en escenarios hipotéticos, se practican a través de audio. La efectividad de este programa, fue evaluada por los autores mediante una serie de instrumentos en línea aplicados en dos momentos: pre-test y post-test seis semanas después. De igual forma, al finalizar el programa, los participantes grabaron un audio con el fin de evaluar las habilidades de asertividad sexual.

El programa de Hucker y McCabe (2014), dirigido a mujeres jóvenes con disfunción sexual, fue administrado a través de una plataforma de chat protegida con contraseña y constó de seis módulos que incluyeron lecturas, ejercicios de respiración y de comunicación. Las participantes avanzaban por su cuenta en el programa y al final de cada módulo, se recababa información sobre la cantidad de ejercicios completados. Este programa se caracteriza por mantener contacto ilimitado con las participantes vía correo electrónico y llevar a cabo, cada dos semanas, grupos de chat integrados por 4-10 participantes. En estos grupos, el psicólogo funge como moderador, se abordan dudas sobre el contenido y se brinda retroalimentación. La estructura de las sesiones grupales fue la siguiente: bienvenida, revisión de ejercicios y experiencias de las participantes, discusión de dudas y retos, sugerencia de tareas y cierre de la sesión, donde se realizaba una breve reflexión y se reforzaban los conceptos abordados. La evaluación se llevó a cabo a través de cuestionarios en línea aplicados antes y después de la intervención y en la fase de seguimiento.

Mustanski et al. (2015), evaluaron la efectividad de un programa basado en el modelo Información-Motivación-Conducta (IMB, por sus siglas en inglés) en una muestra de jóvenes LOGBT+. Se presenta al participante mediante un software al cual accede con un usuario y contraseña. La intervención consta de una introducción y cinco módulos: 1) Comprensión y aceptación de la orientación sexual y la identidad de género, 2) Educación sexual (e.g VIH, ITS, placer y autonomía), 3) Mantenimiento de relaciones saludables, 4) Sexo seguro (e.g uso del condón, anticoncepción), 5) Metas personalizadas de salud sexual. Al inicio de cada módulo se presenta un video introductorio que resume su contenido y al finalizar, se presenta un examen acerca de los materiales y la estrategia didáctica empleada para reforzar lo aprendido. La información de cada módulo se presentó en distintos formatos, incluidos videos, documentos informativos con y sin audio, imágenes anatómicas y páginas web. Las medidas fueron tomadas mediante un cuestionario en línea en dos momentos (pre-test y post-test) y demostraron un impacto positivo en el conocimiento de los participantes, así como una alta aceptabilidad y factibilidad.

Por su parte, la intervención de Chen & Barrington (2017), diseñada para profesores de estudiantes adolescentes, se compone de una sola sesión con 16 lecciones (e.g prevención del embarazo no deseado y de la infección por VIH) que incluyen la adaptación de

actividades de juego de roles a un simulador de chat, el cual brinda retroalimentación al momento e información presentada en distintos formatos, como texto, audio, videos y animaciones. Al finalizar, se llevaron a cabo entrevistas a los estudiantes y profesores que permitieron evaluar el contenido del programa y arrojaron como resultado una alta aceptación por parte de ambas poblaciones.

Flujas et al. (2019) realizaron una revisión de la literatura disponible en cuanto a programas de intervención en línea dirigidos a padres. En este trabajo se identifica el uso de la tecnología para involucrarles en programas de entrenamiento en habilidades parentales para padres de hijos con TDAH y discapacidad intelectual y para el abordaje de la salud física (alimentación, cáncer, dolor crónico, traumatismo craneoencefálico) y psicológica (manejo de conducta, violencia) de sus hijos e hijas. En este trabajo no se reporta ningún programa en modalidad virtual enfocado en promover la salud sexual y reproductiva de los hijos (con o sin discapacidad) a través de los padres. Dada su ausencia, se realizó una búsqueda de programas en línea para ambos tipos de padres publicados en revistas científicas. Los hallazgos de esta búsqueda fueron cinco estudios recientes con tales características; cuatro de ellos aplicados a padres de adolescentes sin discapacidad (Chokprajakchad et al., 2020; Scull et al., 2020; Varas-Díaz et al., 2019; Villaruel et al., 2010) y uno para jóvenes con TEA y sus padres (Pugliese et al., 2020).

Chokprajakchad et al. (2020) desarrollaron el *Parent Participation in a Technology Based Adolescent Sexuality Education Program (PPTASE)* para padres originarios de Tailandia y sus hijos de entre 11 y 13 años. Esta intervención se fundamenta en la Teoría de la Conducta Planeada y combina sesiones presenciales con componentes digitales. Los módulos para los adolescentes abarcan temas como pubertad y consecuencias de las prácticas sexuales de riesgo. Los módulos para padres se enfocan en habilidades para la comunicación y habilidades para entrenar en el adolescente, como rechazar la presión para tener relaciones sexuales y la negociación en interacciones públicas y a través de Internet. Para los padres, los recursos y estrategias que este programa emplea y contiene son: grupos interactivos de discusión y juego de roles en sesiones presenciales, infografías, discusiones grupales y resolución de problemas en grupo a través de la aplicación de mensajería instantánea LINE y la aplicación *Talk To Teen*, que fue diseñada para la investigación y contiene animaciones,

imágenes y videos de simulación y modelado. *PPTASE* se apoyó también en dos sesiones presenciales con los hijos y un juego para computadora autoadministrado sobre prevención de conductas sexuales de riesgo. En una prueba piloto con una muestra de 41 participantes a quienes se les aplicó un cuestionario antes de la intervención y cuatro semanas después de ella, los autores identificaron que fue eficaz para incrementar la comunicación sexual padre-hijo y variables asociadas a ella (actitudes, intención y norma subjetiva).

Un programa cuyo pilotaje resultó exitoso para incrementar la comunicación sexual hasta tres veces más (en comparación con un grupo control), fue *Media Aware Parent* de Scull et al. (2020). Se desarrolló para orientar a padres estadounidenses en salud y comunicación sexual y entrenarles en habilidades para abordar, mediar y monitorear la exposición del adolescente a mensajes medios de comunicación que puedan promover conductas sexuales de riesgo. El programa consiste en una aplicación interactiva que permite a los padres practicar la comunicación sexual y contiene ejercicios para identificar los tipos de mensajes que transmiten los medios sobre métodos anticonceptivos, ITS y relaciones saludables. Los participantes acceden a ejemplos acompañados de audio que muestran conversaciones donde el padre alienta al hijo a pensar críticamente sobre tales mensajes y lo guía para identificar los que no son confiables. Se brindan sugerencias para iniciar conversaciones con adolescentes y se facilitan videos y documentos en formato portátil (PDF) con información sobre salud sexual (e.g demostración del uso del condón), actividades interactivas y enlaces con recursos y fuentes basadas en evidencia científica. Algunas actividades se pueden guardar para ser compartidas con los adolescentes. Los padres que usaron la aplicación e invirtieron más tiempo revisando el contenido, hablaron sobre más temas sexuales con sus hijos e identificaron en mayor medida la importancia de la comunicación sexual.

El programa *Cúdalos*, que fue descrito en su modalidad presencial en el segundo capítulo, fue adaptado y probado por primera vez en la modalidad en línea por Villaruel et al. (2010) en una muestra conformada predominantemente por padres mexicanos con hijos de 13 a 18 años. Sus fundamentos teóricos son la Teoría de la Acción Razonada y la Conducta Planeada y la Teoría del Ecodesarrollo. *Cúdalos* se compone de seis módulos planeados para completarse en dos sesiones distintas. En la primera sesión los participantes acceden a una

introducción, un video con información sobre problemas de salud sexual y conductas de riesgo desde la perspectiva de adolescentes, se incluye una actividad de “radio show” con preguntas y respuestas sobre las características de la familia latina y su importancia en la salud sexual, se otorga una mnemotécnica y otras sugerencias para comunicarse efectivamente. Esta primera sesión contiene también una actividad sobre estudios de caso y asigna tareas a realizar con el adolescente. La segunda sesión se enfoca en el desarrollo de habilidades para la comunicación general y la comunicación sexual. Los módulos se integran por recursos como animaciones, videos y actividades interactivas para desarrollo de habilidades, por ejemplo, diálogos generados por la computadora donde el participante identifica barreras para la comunicación y cómo enfrentarlas y escenarios digitales donde los padres aplican técnicas de comunicación y se les brinda retroalimentación impresa en pantalla o verbal. Mediante un instrumento de autorreporte aplicado antes de la intervención y a tres meses de haber finalizado, los autores identificaron que la comunicación general y sexual y la comodidad para la comunicación, fueron mayores en los padres que recibieron la intervención, en comparación con un grupo control.

Una posterior aplicación de este mismo programa (*Cúdalos*) se llevó a cabo por Varas-Díaz et al. (2019) con padres puertorriqueños de adolescentes de 13 a 17 años. Los fundamentos teóricos, las actividades y los recursos digitales empleados fueron similares al estudio anterior. La principal diferencia radicó en la inclusión de nuevos componentes, como las creencias y actitudes parentales hacia las parejas homosexuales, la reducción del estigma asociado al VIH/SIDA y cómo comunicarse con los adolescentes de forma no estigmatizante sobre este tópico. Estos autores agregaron dos medidas más de seguimiento (a seis y 12 meses) y sus hallazgos demuestran que el programa fue igualmente efectivo en esta población para incrementar la comunicación sobre sexualidad.

3.3.2 Población con discapacidad

Como se mencionó previamente, la búsqueda de programas en línea dirigidos a padres de hijos con discapacidad, sólo arrojó como resultado el estudio de Pugliese et al. (2020). El programa *Supporting Teens with Autism on Relationships (STAR)*, es el primer programa mediado por la tecnología dirigido a menores autistas y sus padres. Los autores diseñaron

dos variaciones de la intervención (revisión del sitio web guiado por un facilitador de forma presencial y autoguiado sólo en sitio web) y realizaron comparaciones de pre-test y post-test entre ambos grupos y con un grupo que recibió otro programa.

La población objetivo de *STAR* son niños y adolescentes con TEA de entre nueve y 18 años y sus padres. El currículo para padres incluye los temas pubertad, relaciones (noviazgo, amigos, atracción) y conductas y sentimientos sexuales (masturbación, prácticas sexuales compartidas), salud sexual (ITS, anticoncepción, orientación sexual, identidad de género, acoso sexual). Para el grupo de padres que recibió *STAR* guiado por un facilitador, la instrucción se realizó mediante actividades grupales y en el sitio web como revisión de fichas de ejercicios, discusiones grupales, juegos de roles, lecturas y asignación de tareas con su hijo. A los adolescentes se administró un juego interactivo para computadora o teléfono móvil que plantea oportunidades para practicar conceptos abstractos de sexualidad. Las actividades de este juego se diseñaron graduadas por edad e incluyen juegos y encuestas interactivas sobre temas como pubertad e higiene, comunicación con pares, distinguir diferencias entre amistad y relaciones románticas, negociación, límites, masturbación, prevención del acoso y conductas apropiadas o inapropiadas en distintos contextos. Tras 12 semanas de terminar el programa, se obtuvieron datos sobre la factibilidad y aceptabilidad de la intervención e información cualitativa y cuantitativa sobre las variables evaluadas en el pre-test. Los autores concluyen que en el grupo del programa autoguiado hubo mayor índice de deserción. Padres e hijos de ambos grupos demostraron un incremento en conocimiento y autoeficacia, no obstante, estas ganancias fueron mayores en el grupo guiado por el facilitador. Los participantes de este estudio reportaron considerar *STAR* como un programa comprensible, que brinda información de calidad, útil, relevante y recomendable.

Dado que son los padres jóvenes sordos la población objetivo del programa próximo a describir en el presente reporte, resulta relevante mencionar que ninguna intervención en línea o mediada por la tecnología para esta población, fue identificada en la literatura. En el área de la salud de las personas sordas, es posible ubicar algunas evidencias exitosas de adaptación y diseño de estrategias educativas digitales o mediadas por la tecnología. Haricharan et al. (2017) comprobaron la eficacia de una campaña vía mensajes de texto (breves, con lenguaje sencillo y gramática similar a la lengua de señas) para aumentar el

conocimiento de las personas sordas sobre síntomas, consecuencias y prevención de la hipertensión arterial y mantenimiento de estilos de vida saludables. Los participantes calificaron la campaña como útil y comprensible, con potenciales modificaciones como cambiar términos médicos por sinónimos menos complejos, usar clips de video en lengua de señas e incrementar la interactividad para externar sus dudas en algún espacio. A estas recomendaciones, los autores agregan el uso de imágenes, la explicación amplia de conceptos para los que no hay señas y dar preferencia a la comunicación a través del canal visual. Otra estrategia de salud mediada por tecnología es *Deaf Off Drugs and Alcohol*, un programa en línea descrito por Wilson et al. (2015) que aborda problemas de adicción en personas sordas, incluye terapia individual y familiar, talleres, entre otras actividades y ha resultado ser igual de efectivo para su objetivo que otros tratamientos presenciales.

En relación con la salud sexual y reproductiva, se han evaluado recursos digitales para transmitir información sobre distintos tipos de cáncer a personas sordas adultas. *Prostate and Testicular Cancer: Know your Options!* (Folkins et al., 2015) es un video de 52 minutos diseñado para incrementar el conocimiento de hombres sordos estadounidenses sobre el cáncer de próstata y testicular. El video *Finding and Surviving Ovarian Cancer* (Jensen et al., 2013) es un material de 35 minutos dirigido a mujeres sordas para difundir información sobre el cáncer de ovario, su desarrollo, detección y tratamiento y la importancia de realizarse estudios periódicamente. Cumberland et al. (2018) desarrollaron el programa *Breast Cancer Educational Program* en formato DVD (también disponible en YouTube) para instruir a mujeres sordas acerca de cáncer de mama; consta de cinco capítulos (salud mamaria, cáncer de mama y pruebas diagnósticas; diagnóstico y tratamiento; testimonios de sordas sobrevivientes; comunicación en servicios médicos; recursos y créditos) que conforman un total de cuatro horas de duración y, para aquellas mujeres que prefieren los materiales escritos, se acompaña de folletos. Por su parte, Choe et al. (2009) presentan *Cervical Cancer: Catch It Early and Save Your Life*, un material de 46 minutos para explicar a las mujeres sordas el desarrollo del cáncer cervical, su diagnóstico y tratamiento y la necesidad de las revisiones continuas.

Todos estos videos han sido elaborados bajo rigurosas adaptaciones lingüísticas y culturales y cuidadosos procedimientos de traducción del inglés a Lengua de Señas

Americana (ASL, por sus siglas en inglés). Los elementos que caracterizan a estos materiales son el uso de imágenes, gráficos y animaciones, la adición de subtítulos y grabación de voz y la inclusión de personas de la comunidad Sorda para informar al espectador. Las personas Sordas que actúan en los videos reciben entrenamiento, se realiza un guion en inglés que después es transcrito a ASL y posteriormente se les filma estableciendo conversaciones o diálogos en formato de preguntas y respuestas acerca del tema. Los conceptos para los que no existe una seña establecida, son deletreados mediante dactilología y explicados ampliamente en ASL. La efectividad de los cuatro videos para incrementar el conocimiento de las personas sordas e hipoacúsicas y mantenerlo a corto y largo plazo, ha sido comprobada y documentada por sus respectivos autores.

En Indonesia, Hanum et al. (2018) diseñaron el programa *Cakap Hadapi Menstruasi/Capturing Menstruation* para incrementar el conocimiento sobre menstruación y salud menstrual en adolescentes sordas de su país. Los contenidos se encuentran en formato DVD, cuentan con audio, texto en lenguaje simple, ilustraciones e interpretación en lengua de señas indonesia y abarcan los siguientes temas: menstruación, ciclo menstrual, síntomas premenstruales, dismenorrea, uso de toallas sanitarias y cómo mantener la salud de los órganos reproductivos.

Una estrategia digital donde las personas sordas LGBT+ han sido la población objetivo, es el sitio web de la organización *Coalition Sida des Sourds du Québec (CSSQ)* descrito por Morris et al. (2017). Este sitio cuenta con cápsulas en Lengua de Señas Quebequesa y en ASL y con materiales (e.g infografías, guías) sobre temas de salud sexual, como VIH/SIDA, ITS y prácticas sexuales de riesgo. Esta literatura está disponible en inglés y francés y presenta ilustraciones y otros recursos visuales elaborados bajo distintas consideraciones interseccionales entre la identidad Sorda y las identidades LGBT+.

Robles-Bykbaev et al. (2019), un equipo multidisciplinario de médicos, comunicólogos, diseñadores, intérpretes, entre otros profesionales, diseñaron un sitio web para garantizar el acceso de mujeres sordas de Ecuador a información sobre distintos temas de salud sexual y reproductiva. Los videos que componen los módulos del programa se encuentran en Lengua de Señas Ecuatoriana, subtítulos al español y contienen animaciones y gráficos. La plataforma fue evaluada en un grupo de mujeres sordas con características

diversas de edad, nivel educativo y condición de salud. Tanto ellas como intérpretes, educadores y cuidadores, calificaron la plataforma de forma positiva en cuanto a diseño y contenido.

Las herramientas tecnológicas han sido útiles para diseñar instrumentos de evaluación sobre salud sexual ideales para las necesidades comunicativas de las personas sordas jóvenes. *Safer and Stronger Program (SSP)*, desarrollado por Oswald et al. (2019), es un programa asistido por computadora para evaluar el abuso en mujeres con esta y otras discapacidades. *SSP* consiste en distintas pruebas para detectar historia de abuso y estrategias de prevención y cuenta con ajustes para las diferentes discapacidades como subtítulos, pistas de audio y texto a voz, auriculares y un teclado con visibilidad mejorada. Al finalizar, se provee a las participantes algunos recursos a los que pueden acudir o contactar en caso de agresión. Tras evaluar la satisfacción de las participantes, los autores identificaron que los cuestionarios lograron aumentar la conciencia sobre el abuso en algunas participantes; las mujeres sordas y ciegas fueron quienes reportaron menor satisfacción con la usabilidad del programa.

Otro ejemplo es el instrumento validado por Goldstein et al. (2007) para evaluar conocimiento y actitudes hacia el VIH y prácticas sexuales de riesgo en adolescentes sordos estadounidenses. Este instrumento se administra a través de una computadora y cada uno de sus ítems se encuentra disponible en ASL e inglés escrito. El proceso de elaboración consistió en traducir los ítems a ASL, una revisión de expertos y una re-traducción nuevamente al inglés. Posteriormente el contenido del instrumento fue discutido en grupos focales con jóvenes sordos, algunos ítems fueron reajustados y se creó una versión final en la que se videograbó a intérpretes realizando las preguntas.

Un procedimiento similar siguieron Robles et al. (2015), autores del primer (y hasta el momento único) instrumento de evaluación para jóvenes sordos mexicanos. El *Cuestionario computarizado sobre salud sexual para jóvenes mexicanos con discapacidad auditiva* consiste en 10 instrumentos administrados a través de una computadora (con o sin conexión a Internet) que tienen como propósito evaluar distintas áreas de la salud sexual. Los reactivos se encuentran adaptados a la gramática de LSM y con clips de video con interpretación. En épocas recientes este software ha facilitado la realización de estudios que han arrojado datos relevantes sobre el conocimiento y el patrón de conducta sexual de los

jóvenes sordos de México (Pérez et al., 2018; Pérez & Robles, 2018; Robles & Pérez, 2021; Robles et al., 2021).

Otros recursos innovadores mediados por TICs y desarrollados en México, son la aplicación vía internet *ProTGTlsm* (Pérez et al., 2020; Pérez, 2019) y las infografías animadas con texto e imagen de los 11 pasos para el correcto uso del condón masculino, diseñadas por Rojas (2018). La aplicación *ProTGTlsm* fue elaborada y evaluada en colaboración con psicólogos, un intérprete perteneciente a la comunidad, un programador de sistemas, un ilustrador y jóvenes sordos bilingües. Contiene cinco videos que transmiten la información en LSM e imágenes y consta de cinco módulos con sus respectivas actividades: 1) ITS y embarazo no deseado (actividad verdadero/falso), 2) Métodos anticonceptivos (actividad verdadero/falso), 3) Uso del condón (reconocer formas correctas e incorrectas), 4) Pasos para adecuada utilización del condón (acomodar en orden). Esta aplicación ha demostrado contar con criterios suficientes para ser considerada aceptable en términos de efectividad, eficiencia y satisfacción de los jóvenes sordos mexicanos.

En el mismo sentido, cabe resaltar proyectos en Latinoamérica que han hecho esfuerzos por difundir una pluralidad de videos sobre sexualidad para personas sordas. Entre ellos, *Decímelo a mí!* (s.f.) un proyecto en Lengua de Señas Argentina, Lengua de Señas Colombiana y Lengua de Señas Uruguaya, la serie de videos animados para la prevención de agresiones sexuales en Lengua de Señas Chilena de la Policía de Investigaciones de Chile (s.f.) y los múltiples glosarios, testimonios y videos informativos de CSTAC (s.f.) en LSM.

3.3 Diseño del Programa de Intervención

3.3.1 Planteamiento del problema

Los jóvenes sordos, como comunidad diversa en términos de identidad cultural y modalidad comunicativa, enfrentan obstáculos que les impiden tomar decisiones informadas y responsables sobre su sexualidad. Gran parte del aprendizaje en escenarios formales e informales, es inaccesible para ellos. Ante este panorama, la responsabilidad de los padres y su rol como principales educadores en materia de sexualidad, resulta indispensable. Una proporción importante de estudios en población sin discapacidad, demuestran que los padres, a través de la comunicación sobre sexualidad, fungen un papel crucial en la prevención de

problemas de salud sexual y reproductiva. No obstante, las investigaciones disponibles en México indican que más de la mitad de los jóvenes sordos nunca ha conversado con sus padres sobre sexualidad y salud sexual (Robles et al., 2017; Robles et al., 2013). Los padres de hijos sordos abordan con ellos principalmente temas vinculados con la prevención del abuso sexual, mientras que temas relacionados con el cuidado de la salud sexual (e.g uso del condón y métodos anticonceptivos) son escasamente conversados (Bárcena et al., 2018). Estos hallazgos ponen de relieve la importancia de diseñar programas de intervención centrados en involucrar activamente a los padres en la comunicación con sus hijos e hijas.

A partir de la revisión de la literatura, se identifica que en México, como en el resto de los países de habla hispana e inglesa, no se cuenta con experiencias exitosas documentadas, basadas en evidencia científica, de programas (presenciales o en línea) dirigidos a favorecer la comunicación sobre sexualidad en padres de hijos sordos. A pesar del papel sustancial que los padres pueden ejecutar en lo que respecta a la salud de sus hijos, ninguno de los programas y estrategias virtuales cuyos elementos fueron descritos en apartados previos, incorpora a los padres, no presentan la elaboración de materiales para brindarles orientación ni presentan pautas o recomendaciones para facilitar su inclusión. Por ello, es importante diseñar intervenciones capaces de dotarles de habilidades comunicativas, que promuevan una visión positiva de la sexualidad y la discapacidad de sus hijos y que garanticen materiales adaptados y con sensibilidad lingüística y cultural para impactar en la salud de los jóvenes.

La emergencia sanitaria por COVID-19 ha impactado en las oportunidades de educación formal para los jóvenes con discapacidad. E incluso, previo a la pandemia, el currículo de muchas instituciones no contaba con herramientas suficientes otorgar educación sexual al alumnado sordo o con otra discapacidad. Ante los retos económicos, educativos y de salud que este escenario representa para las familias de los jóvenes con discapacidad (Vargas & Padilla, 2020) y los cambios que el aislamiento social ha provocado en la conducta sexual (Döring, 2020; Riley et al., 2020), el estudio que aquí se presenta busca conocer y describir las barreras que experimentan los padres de hijos sordos para la comunicación y, con base en sus necesidades, diseñar un programa de intervención suministrado a distancia, gratuito, disponible para residentes de cualquier estado de la República Mexicana e integrado

por materiales digitales accesibles para promover en ellos habilidades comunicativas que les permitan abordar temas de sexualidad con sus hijos.

El presente proyecto busca contribuir con la prevención de ITS, VIH, embarazo, aborto, violencia en el noviazgo y abuso sexual en jóvenes sordos, mediante una serie de estrategias dirigidas a sus padres. Se espera que los padres, al hablar de sexualidad con sus hijos sordos, se conviertan en una figura clave en la prevención de estos problemas. Los productos obtenidos de este estudio permitirán generar conocimiento científico, a partir de la implementación de estrategias y materiales digitales innovadores, en un campo de investigación poco explorado y documentado en México.

3.3.2 Pregunta de Investigación

¿Cuáles son los elementos que deben incorporarse en la elaboración de un programa de intervención en línea dirigido a promover la comunicación sobre sexualidad en padres de jóvenes sordos mexicanos?

3.3.3 Objetivo General

Elaborar un programa de intervención en línea dirigido a padres de jóvenes sordos mexicanos para promover la comunicación sobre sexualidad.

3.3.4 Objetivos Específicos

1. Identificar los elementos y lineamientos que deben guiar el diseño de un programa de intervención en línea para promover la comunicación sobre sexualidad en padres de jóvenes sordos mexicanos.
2. Detectar las necesidades de comunicación sobre sexualidad en una muestra de padres de jóvenes sordos mexicanos.
3. Entrenar profesionales de la psicología en materia de discapacidad auditiva, comunicación sobre sexualidad en padres de jóvenes sordos, diseño de programas de educación sexual y manejo de herramientas digitales para la educación en línea.
4. Diseñar contenidos digitales sobre temáticas de sexualidad que integren un curso en línea y que sean accesibles para padres e hijos sordos.

5. Implementar los contenidos digitales del curso en línea en una plataforma educativa disponible para padres de jóvenes sordos mexicanos.

3.3.5 Fundamentos Teóricos

El curso en línea “La comunicación sobre sexualidad está en tus manos”, se fundamenta en los principios de Diseño Instruccional desarrollados por Merrill (2002). Este autor sintetiza la evidencia empírica de múltiples trabajos para formular un modelo que conjunta cinco principios, los cuales han sido previamente descritos y probados por teorías y modelos de distintos autores. Los principios que establece el modelo de Merrill (2002) se interrelacionan para formar un ciclo de instrucción y son de naturaleza prescriptiva, pues pretenden fungir como base para la creación de una amplia variedad de ambientes y productos de aprendizaje, sin importar su tipo y modalidad.

De acuerdo con el modelo de este autor, los productos y ambientes instruccionales más efectivos son los que centran la instrucción en un problema e involucran al aprendiz en cuatro fases de aprendizaje: activación del conocimiento previo, demostración de la habilidad a aprender, aplicación de las habilidades e integración a actividades de la vida cotidiana. El Principio 1 parte del planteamiento de que el aprendizaje es promovido cuando el aprendiz es involucrado en resolver problemas del mundo real. En este primer momento se muestra al aprendiz el problema que será capaz de resolver al finalizar el módulo, no sólo los objetivos de este de forma abstracta. El problema planteado debe ser representativo y significativo para el aprendiz, según su contexto (Merrill, 2002; Merrill, 2007).

El Principio 2 (Activación) refiere a la primera fase de instrucción; se establece que activar los conocimientos ya existentes funciona como una base importante para que el aprendiz adquiera nuevos. El aprendizaje es promovido cuando se brinda a la persona la oportunidad (e.g mediante preguntas) de recordar, describir y aplicar el conocimiento con el que cuenta de experiencias pasadas relevantes. La estructura de estos aprendizajes previos permite incorporar de forma efectiva la nueva información y las nuevas habilidades adquiridas. Posteriormente, en el Principio 3 (Demostración), el modelo identifica que el aprendizaje es fomentado cuando se demuestra al aprendiz la nueva habilidad y no sólo se le transmite información sobre ella. La demostración debe ser progresiva, incluir

representaciones que ilustren la información y cómo aplicarla y ser congruente con los objetivos de aprendizaje; se realiza a través de actividades como definiciones, ejemplos y no-ejemplos, comparaciones, ilustración de secuencias, demostración de procedimientos, materiales multimedia (preferentemente con audio y gráficos) y modelado de la conducta a desarrollar (Merrill, 2002; Merrill, 2007).

El Principio 4 (Aplicación) postula que el aprendizaje ocurre cuando se presentan al aprendiz actividades donde requiera usar el nuevo conocimiento y practicar la resolución de múltiples problemas. Tras la demostración, el aprendiz no sólo debe recordar la información, sino que aplica lo que ha aprendido y su desempeño es retroalimentado para detectar errores y corregirlos. Esta fase involucra actividades como reconocimiento de información, nombrar o describir las fases de un proceso e identificar ejemplos de cada tipo. Luego, en la última fase de instrucción, según el Principio 5 (Integración), se debe alentar al aprendiz a transferir el conocimiento y las nuevas habilidades a su contexto cotidiano. Las tareas asignadas en esta fase permiten al aprendiz demostrar su conocimiento, reflexionar sobre él y compartirlo, así como modificarlo, crear y explorar nuevas formas de aplicarlo a su escenario real (Merrill, 2002).

3.3.6 Descripción del Procedimiento

A partir de estos planteamientos y objetivos, la elaboración del programa de intervención se desarrolló en cuatro fases: diagnóstico, instrucción, diseño e implementación. A continuación se presenta una descripción detallada de cada fase, su finalidad, los participantes involucrados y las actividades llevadas a cabo. Asimismo, se presentan los resultados obtenidos en cada una de ellas.

3.3.6.1 Fase 1. Diagnóstico. Se acudió a distintas instituciones de la Zona Metropolitana del Valle de México (ZMVM) con el objetivo de obtener una muestra de padres de jóvenes sordos y recabar información sobre la modalidad comunicativa empleada con sus hijos y los temas de sexualidad que han abordado con ellos.

Se adaptó y aplicó el instrumento desarrollado por Bárcena et al. (2016), enfocado en evaluar: a) Características sociodemográficas de los padres, b) Características sociodemográficas de los hijos con discapacidad auditiva, c) Creencias sobre sexualidad, d)

Roles de género, e) Expectativas hacia la comunicación, f) Autoeficacia, g) Comunicación sobre 17 temas de sexualidad (p.g. noviazgo, cómo usar un condón, masturbación), h) Modalidad comunicativa, i) Percepción del dominio de la LSM. En esta primera fase participaron 79 padres y madres de adolescentes y jóvenes sordos; en gran parte, la muestra se conformó por madres con un nivel educativo medio superior, casadas, católicas, con empleo remunerado y un ingreso mensual menor a los 6,800 pesos. La edad promedio de los jóvenes sordos fue 16 años y la mayoría nació con la sordera. Los padres y madres evaluados señalaron emplear más de una modalidad comunicativa con sus hijos, siendo la LSM la más común (86.1 por ciento), seguida de mímica (46.8 por ciento), notas (38 por ciento), lengua de señas hecha en casa (34.2 por ciento), frases cortas (32.9 por ciento), lectura de labios (32.9 por ciento), verbalmente (22.8 por ciento) y otra (8.9 por ciento). Sólo el 4.4 por ciento de los padres indicó no tener dominio alguno de la LSM, el 22.2 por ciento indicó tener poco dominio; 47.8 por ciento, regular y 25.6 por ciento, bastante.

De los 17 temas de sexualidad evaluados, los padres indicaron, en promedio, abordar entre 11 y 12 de ellos con sus hijos. A pesar de que la diferencia no fue estadísticamente significativa, este estudio permitió identificar que los padres que reportaron abordar menos temas de sexualidad con sus hijos, fueron aquellos que se comunican a través de frases cortas, en comparación con los que se comunican de forma verbal y mediante LSM, quienes conversan sobre un mayor número de temas. Los cuatro temas mayormente abordados por los padres fueron, en orden descendente, la diferencia entre un amigo y un novio (82 por ciento), tipo de contacto permitido con familiares, amigos y profesores (82 por ciento), qué es el noviazgo (78 por ciento) y qué hacer en caso de tocamientos indebidos (77 por ciento). Los temas menos abordados fueron cómo prevenir las ITS y el VIH (52 por ciento), cómo usar un condón (41 por ciento), interrupción legal del embarazo (44 por ciento) y finalmente, la masturbación (22 por ciento).

En general, un porcentaje importante de padres y madres reportó creencias positivas hacia la sexualidad de sus hijos (e.g. que necesitan educación sexual), rechazo hacia roles de género estereotipados y expectativas positivas hacia la comunicación sobre sexualidad (reconocen que hablar sobre sexualidad puede proteger a sus hijos de problemas de salud sexual). La autoeficacia para la comunicación varió en función del tema, siendo la

masturbación, la interrupción legal del embarazo y los tipos de orientación sexual, los temas que se perciben menos capaces de abordar. Las expectativas y los temas de sexualidad sobre los que se comunican padres e hijos, mostraron diferencias según el género de cada miembro de la diada. Para un análisis más amplio de tales diferencias y otros hallazgos relevantes de esta primera fase, se sugiere consultar el estudio de Bárcena et al. (2021a).

3.3.6.2 Fase 2. Instrucción. En esta fase se entrenó a un grupo de seis estudiantes de la licenciatura en Psicología de la FES Iztacala, quienes contaban con un año de trayectoria en seminarios de investigación sobre sexualidad en personas sordas y se encontraban adscritas como becarias al proyecto “Programa de intervención para promover la comunicación sobre sexualidad en padres de jóvenes sordos”, financiado por el PAPIIT de la UNAM (clave IA303519).

A través de un seminario virtual de 11 sesiones, coordinado por la autora principal del proyecto PAPIIT, experta en temas de educación sexual y discapacidad, y un profesor experto en desarrollo de cursos en línea y semipresenciales y uso de plataformas para la gestión del aprendizaje (e.g Moodle), se formó a las becarias en materia de comunicación sexual en padres de hijos sordos, el modelo de Diseño Instruccional de Merrill (2002), principios básicos para el diseño instruccional de cursos en línea y las herramientas tecnológicas que demanda su implementación.

3.3.6.3 Fase 3. Diseño. Esta fase comenzó una vez finalizado el seminario de formación. En esta tercera fase, las unidades temáticas del curso a diseñar fueron distribuidas entre las becarias. Con base en las necesidades identificadas en la primera fase, se establecieron 12 temas de sexualidad a desarrollar. El número mínimo de temas para cada becaria fue uno y el máximo fue tres. Cada unidad se desarrolló en cinco lecciones, congruentes con los cinco principios del modelo de Merrill (2002); los nombres de cada principio fueron modificados a frases más sencillas y amigables, cuya finalidad fuese mostrar a los padres, desde el título, el objetivo principal de la lección. La Tabla 15 muestra dichas modificaciones y breves ejemplos del tipo de actividades planificadas para cada lección.

Tabla 15

Adaptación del título y actividades de los principios del Diseño Instruccional de Merrill (2002) para su aplicación al curso en línea

Principio	Adaptación	Actividades
Principio 1. Centrar la instrucción en un problema relevante	Lección 1. Conozcamos un caso	Casos comunes que experimentan padres de jóvenes sordos, retomados de literatura, en formato de historietas o narraciones animadas.
Principio 2. Activación del conocimiento previo	Lección 2. ¿Qué sabes de...?	Preguntas sobre el tema a estudiar en foros de discusión y cuestionarios (e.g. ¿Por qué es importante hablar con los adolescentes sobre el noviazgo?, ¿Cómo explicarías a tu hijo(a) los riesgos de compartir fotografías mostrando su cuerpo a otras personas en redes sociales?).
Principio 3. Demostración	Lección 3. Las expertas recomiendan	Clases pregrabadas, explicación verbal con apoyo de una presentación, texto, gráficos e imágenes, modelado de habilidades (e.g. pasos para usar un condón), sugerencias (e.g. frases, momentos) para iniciar conversaciones con los jóvenes.
Principio 4. Aplicación	Lección 4. ¿Qué aprendimos de...?	Actividades para identificar ejemplos, tipos u ordenar procesos (e.g. trivia sobre ITS, juego interactivo sobre ciclo y tipos de violencia), para practicar habilidades (e.g. elaborar un guion previo a la conversación con su hijo o hija), retroalimentación.
Principio 5. Integración	Lección 5. Ahora te toca a ti	Conversar con hijo o hija sobre el tema abordado y materiales de apoyo para la conversación (e.g. videos, guías, imágenes).

Para la creación de contenidos de todos los módulos, se emplearon múltiples herramientas tecnológicas de diseño gráfico como Powtoon, Pixton, Canva y de videojuegos educativos como Mobbyt, genially y herramientas de grabación de video y audio. Los materiales didácticos diseñados fueron en su mayoría videos explicativos (clases pregrabadas), presentaciones, juegos interactivos, historietas, guías e infografías. En todas las clases pregrabadas se realizó la presentación (rostro y voz) de la ponente y se impartió el tema con apoyo de diapositivas, cuya estructura general fue la siguiente: portada estandarizada con nombre y logo del curso, objetivos de la sesión, tema (basado en evidencia empírica y organizado en secuencia lógica, de lo general a lo particular), sugerencias para la comunicación sobre el tema con hijos e hijas, conclusión, referencias y/o créditos.

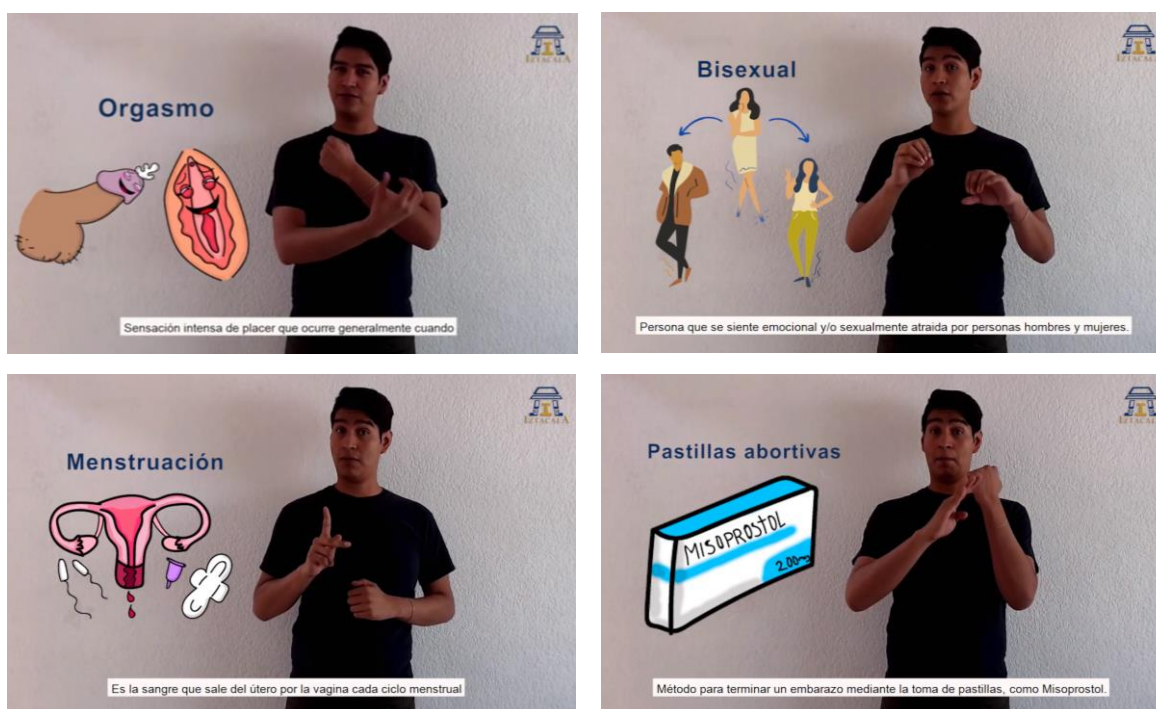
De igual forma, fueron recuperados y seleccionados videos elaborados por otros autores para la integración de algunos temas. Con la finalidad de que los padres pudiesen compartir el material con sus hijos e hijas, se impuso como criterio que estos videos de fuentes externas transmitieran información de manera gráfica, principalmente por el canal visual, sin depender necesariamente del audio o que, de ser posible, incluyeran interpretación en LSM. Todos los contenidos externos y de elaboración propia fueron supervisados por la autora principal del proyecto. Una descripción más amplia de la cantidad por tipo de recurso generado en esta fase puede consultarse en Bárcena et al. (2021b).

En colaboración con un equipo de producción audiovisual integrado por tres comunicólogos educativos (uno de ellos con experiencia en implementación de cursos en línea) y una diseñadora para la comunicación visual, se realizó un video de bienvenida e introducción al curso, videotutoriales y el *Material de Apoyo en LSM*. Este material consiste en un glosario de 53 conceptos de sexualidad (e.g masturbación, violencia en el noviazgo, sexting, grooming, abuso sexual) en LSM (ver Figura 1). El proceso de creación de este material inició con la elaboración de un listado de conceptos pertenecientes a todos los temas del curso y sus respectivas definiciones en español de forma breve y sencilla. Posteriormente, se trabajó en la revisión de contenido en conjunto con un intérprete certificado en LSM, que contaba con formación como psicólogo y experiencia como promotor de la salud sexual de las personas sordas. La retroalimentación del intérprete se incorporó a las definiciones en español y algunas fueron reajustadas. Una vez concretado el listado, el intérprete realizó

adaptaciones gramaticales (ejemplos en la Tabla 16) para crear un guión para la interpretación y al concluir, fue videograbado explicando en LSM cada uno de los conceptos. Además, se grabó un clip de audio con las definiciones que, en el proceso de edición de video, fue agregado junto con subtítulos en español e ilustraciones, diseñadas exclusivamente para el curso, que representarían gráficamente cada concepto.

Figura 1

Ejemplos de conceptos del Material de Apoyo en LSM



Finalmente, dos miembros del equipo de producción elaboraron ocho videotutoriales para guiar a los participantes en el acceso y navegación (e.g primer ingreso, participación en foros, subida de archivos) dentro de la plataforma donde el curso sería implementado. Independiente a los videotutoriales disponibles para los participantes, se crearon también cuatro videotutoriales exclusivos para guiar a los administradores en los procedimientos de matriculación y calificación de usuarios.

El resultado de esta fase fue un total de 122 recursos digitales (externos y de elaboración propia) que conforman el curso en línea denominado “La comunicación sobre sexualidad está en tus manos”. El nombre del curso se estableció considerando un doble significado: el uso que la LSM hace de las manos para transmitir información y el papel

fundamental de los padres en la prevención de problemas de salud sexual a través de la comunicación activa. La versión final de este curso está integrada por 17 unidades, las cuales fueron implementadas en una plataforma educativa en la siguiente fase.

Tabla 16

Ejemplos de adaptación de conceptos del Material de Apoyo en LSM

Definición en español	Adaptación gramatical para interpretación en LSM
<p>VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Éste daña el sistema inmunológico y nos deja sin defensas ante las enfermedades.</p>	<p>Virus VIH: TRANSMITIR CÓMO? SEXO CONDÓN NADA QUIZÁS ÉL-A-MÍ TRANSMITIR SANGRE ADN CÉLULAS ENFERMEDADES PROTEGER DISMINUIR, VIRUS AUMENTAR.</p>
<p>Condón interno: es un plástico delgado y fuerte que tiene un anillo en cada extremo y se coloca dentro de la vagina. Sirve para evitar ITS y embarazos.</p>	<p>CONDON CÍRCULO, 8: METER QUE-SIGNIFICA? PLÁSTICO PARA EMBARAZO O INFECCIONES EVITAR USAR CÓMO? VAGINA INTRODUCIR.</p>
<p>Píldora de emergencia (del día siguiente): es un método anticonceptivo que puedes utilizar sólo en casos de emergencia, para prevenir un embarazo no planeado. Se toma dentro de las primeras 72 horas después de una relación sexual sin protección.</p>	<p>MEDICAMENTO EMERGENCIA (DÍA SIGUIENTE): SEXO CONDON USAR NADA EMBARAZO EVITAR HACER CÓMO? 72 HORAS TODAVÍA NO, MEDICAMENTO TOMAR, SIEMPRE++??? NO, EMERGENCIA.</p>
<p>Violencia sexual: cualquier acto que daña el cuerpo y/o la sexualidad de la pareja y que atenta contra su dignidad e integridad física.</p>	<p>SEXO EN CONTRA: PAREJA SU CUERPO O SEXUALIDAD EN CONTRA LASTIMA EL SUFRIR TRAUMA.</p>

3.3.6.4 Fase 4. Implementación. Los 17 módulos del curso “La comunicación sobre sexualidad está en tus manos” fueron implementados en una plataforma Moodle versión 3.5, con una base de datos mariadb (5.5.5) y una versión de PHP 7.2.0. Se adquirió un hosting sencillo para alojar el sitio web Educación Sexual Para Todos (<https://esparatodos.online/>); la cuenta de correo electrónico asociada a la plataforma se empleó para crear un canal en el sitio web YouTube y subir el video de bienvenida al curso, los videotutoriales y el Material de Apoyo en LSM.

Es posible ingresar al sitio web desde cualquier navegador, sin necesidad de descargar programas adicionales; únicamente se solicita un dispositivo con acceso a Internet. El ingreso a la plataforma requiere de un administrador que haya matriculado al participante con un correo electrónico y le haya generado un usuario y contraseña (ver Figura 2). Uno de los videotutoriales para el manejo de la plataforma se encuentra fijo en la página principal del curso (ver Figura 3), otro se ubica en la sección de contenido (ver Figura 4) y el resto está distribuido a lo largo de los primeros temas, según lo amerite la actividad asignada. El tema gráfico de la plataforma Educación Sexual Para Todos es responsivo, por lo que se adapta al tamaño de pantalla de cualquier tipo de dispositivo sin perder su estructura y secuencia.

Figura 2

Vista de acceso a la plataforma educativa Educación Sexual Para Todos

Logo: EduSex ParaTodos

Acceder

Nombre de usuario
Nombre de usuario

Contraseña
Contraseña

Acceder

¿Olvidó su nombre de usuario o contraseña?

Nueva cuenta

Iniciar sesión como invitado

Antes de iniciar, observa el siguiente video para conocer los aspectos generales de la plataforma educativa.

Primer ingreso a la plataforma

Mantente en contacto
edusexparatodos@gmail.com

Resumen de retención de datos

TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS moodle
El tema fue desarrollado por por cobacell.me

Figura 3

Página principal de la plataforma educativa Educación Sexual Para Todos



3.3.7 Contenidos

La versión final del curso en línea se compone de 17 módulos (ver Figura 4) a los cuales es posible ingresar una vez que el usuario ha accedido a la página principal desde su cuenta personal. Desde esta vista general, el usuario puede observar su porcentaje de avance en cada módulo. El primer módulo, titulado “Presentación”, consiste en el video de bienvenida donde la responsable del proyecto brinda a los participantes algunos datos de relevancia sobre la salud sexual de los jóvenes sordos y el papel de los padres en el desarrollo de una sexualidad saludable y se introduce la estructura general del curso. En este mismo módulo, el participante encuentra la sección de consentimiento informado (Anexo 1), donde se explican las consideraciones éticas, la seguridad y el trato confidencial de sus datos y la posibilidad de abandonar la investigación si así lo deseara. Al final del documento, el participante indica que ha leído, entendido la información y acepta o no participar en la investigación.

El segundo módulo, consiste en una prueba diagnóstica elaborada mediante el software Google Forms. Una vez que el participante ha respondido a la prueba, navega hacia el tercer módulo, el Material de apoyo en LSM; el video se despliega automáticamente desde el canal de YouTube del curso. En los siguientes módulos (del cuatro al 15) el participante accede a las 12 temáticas de sexualidad compuestas por cinco lecciones a partir del Diseño Instruccional (Merrill, 2002): 1. Noviazgo, 2. Preferencias sexuales, 3. Relaciones sexuales, 4. Masturbación, 5. Embarazo, 6. Proyecto de vida y planificación familiar, 7. Infecciones de transmisión sexual, 8. Métodos anticonceptivos, 9. Violencia en el noviazgo, 10. Abuso sexual, 11. Riesgos en internet: sexting y grooming, 12. Interrupción legal del embarazo.

Al término del curso, se habilita una prueba final, la cual consiste en los mismos reactivos que la prueba diagnóstica, con la finalidad de evaluar el impacto de la intervención en la comunicación sobre sexualidad. El último módulo contiene videos adicionales sobre los temas de mayor complejidad.

3.3.8 Duración

El curso en línea tiene una duración total de 12 semanas después de dar de alta a los participantes en el aula virtual. Los días lunes de cada semana se habilita un módulo nuevo (acorde al orden mostrado en la Figura 4) y los faltantes quedan ocultos. Las actividades de los módulos no tienen una duración específica ni dependen de un horario; es el usuario quien dosifica sus propias actividades y regula sus tiempos de entrega.

Figura 4

Vista general de los contenidos del curso en línea

The screenshot displays the 'EduSex ParaTodxs' online course interface. At the top, a banner reads 'SOBRE SEXUALIDAD ESTÁ EN TUS MANOS'. Below this, the main heading is 'La comunicación sobre sexualidad está en tus manos'. The interface includes a navigation sidebar on the left and a main content area with a progress overview for 17 topics. Each topic is represented by a card with a laptop icon, the topic name, and a progress bar indicating the percentage of completion. Topics 13, 14, and 15 are marked as 'No mostrado a los estudiantes'. At the bottom, there is contact information and a footer with the Moodle logo and developer information.

Índice	Progreso en la disciplina
1. Presentación	0%
2. Prueba diagnóstica	100%
3. Material de apoyo en Lengua de Señas Mexicana	0%
4. Noviazgo	37%
5. Preferencias sexuales	57%
6. Relaciones sexuales	80%
7. Masturbación	60%
8. El embarazo	60%
9. Proyecto de vida y planificación familiar	40%
10. Infecciones de Transmisión Sexual	60%
11. Métodos anticonceptivos	42%
12. Violencia en el noviazgo	76%
13. Abuso sexual	No mostrado a los estudiantes
14. Riesgos en internet: sexting y grooming	No mostrado a los estudiantes
15. Interrupción Legal del Embarazo	No mostrado a los estudiantes
16. Prueba final	No mostrado a los estudiantes
17. Materiales adicionales	0%

Mantente en contacto
 ✉ edusexparatodos@gmail.com

Resumen de retención de datos

© 2020 TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS moodle
 El tema fue desarrollado por por connectLMA

3.3.9 Estrategias Didácticas

Las estrategias didácticas del curso en línea tienen como propósito involucrar al usuario de forma activa a través de técnicas que permitan demostrar sus conocimientos, como foros de discusión, cuestionarios, juegos interactivos (e.g trivias), elaboración de carteles y estudios de caso donde se solicita al participante dar solución a la problemática de una familia mostrada en la Lección 1: conozcamos un caso en forma de historietas animadas. Conforme a los principios de diseño instruccional (Merrill, 2002), los foros de discusión y los cuestionarios son empleados en la Lección 2: ¿Qué sabes de...? mientras que el resto de las técnicas antes mencionadas es mayormente asignada en la Lección 4: ¿Qué aprendimos de...?.

Todos los temas de sexualidad incluyen en la Lección 3: las expertas recomiendan, una clase pregrabada, donde la presentadora de cada tema emplea las técnicas de exposición y preguntas detonadoras. Algunos de ellos se complementan con videos obtenidos de otras fuentes. La técnica de modelamiento es utilizada en temas que demandan la enseñanza de habilidades conductuales, tal es el caso del uso del condón en el módulo de métodos anticonceptivos. El modelamiento de esta habilidad se realiza a través de videos, uno elaborado por la encargada del módulo y otro elaborado por Rojas (2018) con infografías diseñadas específicamente para jóvenes sordos, destinado a que los padres compartan la información con sus hijos.

A lo largo de todo el curso se asignan tareas para casa. La Lección 5: Ahora te toca a ti consiste, para todos los temas, en que el participante inicie conversaciones con su hijo o hija y resuelvan ejercicios juntos. Algunos de los temas incluyen materiales audiovisuales adicionales (e.g infografías, manuales breves, juegos con imágenes en el tema Abuso Sexual, la *Genderbread Person* para el tema Preferencia Sexual), para enriquecer y guiar esta conversación. Siguiendo el modelo de diseño instruccional (Merrill, 2002), la supervisión individual de casos, la retroalimentación y el reforzamiento se mantienen constantes en las dos últimas lecciones.

3.3.10 Evaluación

La evaluación del curso “La comunicación sobre sexualidad está en tus manos” se realiza en distintos momentos. La prueba diagnóstica y la prueba final contenidas en la plataforma, recopilan datos sociodemográficos de padres e hijos, datos sobre la discapacidad y el repertorio conductual del adolescente, datos sobre la modalidad comunicativa y la comunicación sobre 17 temas de sexualidad, todos ellos abordados en los 12 módulos. La aplicación de estas pruebas permite obtener medidas de comparación pre-test y post-test sobre indicadores conductuales de la variable en la que se pretende impactar mediante el programa: la comunicación.

En adición, los materiales didácticos que integran la cuarta y quinta lección de cada tema (Principio 4 y 5 del modelo de diseño instruccional de Merrill, 2002) funcionan como evaluaciones intermedias, dado que proporcionan datos sobre el progreso paulatino de los participantes y están diseñados para otorgar retroalimentación al instante (como en el caso de los juegos interactivos) o una semana después (directamente de los administradores).

3.4 Ejemplo de Desarrollo de un Tema: Violencia en el Noviazgo

A continuación se presenta la descripción de *Violencia en el Noviazgo*, uno de los 12 temas de sexualidad que contiene el curso en línea. Este ha sido seleccionado en función de la cantidad de tareas y materiales de elaboración propia y de otras fuentes que lo integran y le posicionan como el módulo con mayor cantidad de recursos, en comparación con el resto. La Figura 5 muestra la vista general del módulo, con las etiquetas de acceso directo a las lecciones y contenidos que lo integran.

Figura 5

Contenidos y actividades del módulo 12. Violencia en el Noviazgo, en función del modelo de diseño instruccional (Merrill, 2002)

The screenshot shows a web interface for an educational course. At the top, there is a banner with the text 'SOBRE SEXUALIDAD ESTÁ EN TUS MANOS'. Below the banner, the main title of the page is 'La comunicación sobre sexualidad está en tus manos'. A navigation breadcrumb shows the path: 'Página Principal > Mis cursos > ComuSex > 12. Violencia en el noviazgo'. There is an 'Activar edición' button in the top right corner.

An 'Avisos' (Notifications) section contains a message: 'Reproduce el siguiente vídeo antes de iniciar con los temas para que conozcas cómo navegar dentro de los cursos.' with a link '¿Cómo navegar en un curso?'.

The main content area is titled '12. Violencia en el noviazgo'. It includes an introductory paragraph: 'Presta atención al siguiente contenido porque aprenderás qué es la violencia en el noviazgo, cómo identificarla y qué hacer para prevenirla.' and a sub-instruction: 'Selecciona cada contenido para acceder a los recursos que hemos preparado para ti.'

The content is organized into five lessons, each with a list of activities and checkboxes for completion:

- Lección 1: Conozcamos un caso**
 - ¿Cómo hablar de las relaciones violentas? [checkbox]
- Lección 2: ¿Qué sabes de...?**
 - Comparte tu experiencia sobre el tema en el foro.
 - Y tú, ¿cuánto sabes sobre el tema? [checkbox]
- Lección 3: Las expertas recomiendan...**
 - Conoce el contenido que las expertas han preparado para ti.
 - Hablemos de la violencia en las relaciones de noviazgo [checkbox]
 - En la siguiente serie de videos aprenderás algunos conceptos clave.
 - Conceptos [checkbox]
 - Identifica los niveles de violencia y toma nota.
 - Violentometro [checkbox]
- Lección 4: ¿Qué aprendimos de...?**
 - Resuelve las actividades y demuestra lo que aprendiste.
 - Ponte a prueba [checkbox]
 - Ayuda a otros padres [checkbox]
- Lección 5: Ahora te toca a ti**
 - Toma tu tiempo para practicar lo que aprendiste.
 - ¡Práctica lo aprendido! [checkbox]

At the bottom, there is a navigation bar with 'Sección anterior 11. Métodos anticonceptivos' on the left, a search box 'Ir a...' in the center, and 'Siguiete sección 13. Abuso sexual' on the right.

En la Lección 1: conozcamos un caso, se presenta el caso de una chica sorda que en el pasado vivió una relación violenta y se describe el miedo de los padres a que esto se repita. La historia se presenta en formato de video de elaboración propia, creado en la plataforma Powtoon y exportado a YouTube. El aula virtual del curso ofrece automáticamente una vista previa y la opción de reproducir el video desde la interfaz (ver Figura 6).

Figura 6

Vista del video correspondiente a la Lección 1: conozcamos un caso

The screenshot displays the EduSex ParaTodXs virtual classroom interface. At the top, the logo 'EduSex ParaTodXs' is visible on the left, and navigation icons (globe, bell, chat, profile) are on the right. A dark sidebar on the left contains various navigation icons. The main content area features a breadcrumb trail: 'Página Principal > Mis cursos > ComuSex > 12. Violencia en el noviazgo > ¿Cómo hablar de las relaciones violentas?'. Below this, the title '¿Cómo hablar de las relaciones violentas?' is displayed with a settings icon. A text prompt reads: 'Presta atención al video para ver la situación que enfrentaron Diego y Ester con su hija Sofia.' The video player shows a cartoon illustration of a man (Diego), a woman (Ester), and a child (Sofia) in a house. The video title is 'La historia de Diego, Ester y Sofia'. A 'Copiar vinc...' button is present. At the bottom of the video player, there is a 'Mirar en YouTube' button and a 'POWTOON' logo. Below the video player, a link reads 'SELECCIONA AQUÍ PARA REGRESAR AL TEMA II.'. At the bottom of the interface, there are sections for 'Actividad previa' (with a link to '¡Practica lo aprendido!') and 'Siguiete actividad' (with a link to 'Y tú, ¿cuánto sabes sobre el tema?'). A search bar labeled 'Ir a...' is also visible.

Posterior a la presentación del caso, como en el resto de los temas, el participante encuentra la Lección 2: ¿Qué sabes de...?, sección dedicada a la activación del conocimiento previo. Se plantean una serie de preguntas detonadoras sobre los tipos e indicadores de violencia en el noviazgo y su prevención. Cada uno de los padres debe participar en el foro dando respuesta a las preguntas y comentando las respuestas de otros (ver Figura 7).

Figura 7

Foro en línea correspondiente a la Lección 2. *¿Qué sabes de...?*

The screenshot shows a web interface for a forum. At the top left is the logo 'EduSex ParaTodXs'. On the right, there are icons for a globe, a bell, a speech bubble, and a user profile. The main heading is 'La comunicación sobre sexualidad está en tus manos'. Below this is a breadcrumb trail: 'Página Principal > Mis cursos > ComuSex > 12. Violencia en el noviazgo > Y tú, ¿cuánto sabes sobre el tema?'. A search bar contains the text 'Buscar en los foros'. The forum title is 'Y tú, ¿cuánto sabes sobre el tema?'. The text below the title reads: 'Este espacio está creado para que expreses tus conocimientos, intereses y los compartas con los demás padres de familia que, al igual que tú, están interesados en aprender sobre temas de sexualidad.' It includes a reminder: 'RECUERDA: En el foro además de realizar tu participación, puedes comentar las respuestas de otros usuarios para enriquecer sus puntos de vista, proporcionar algún consejo o generar una recomendación.' The forum asks to 'Responde las siguientes preguntas:' followed by five numbered questions. At the bottom, there is a link: 'Una vez que respondas las preguntas en el foro [SELECCIONA AQUÍ PARA REGRESAR AL TEMA II](#)'.

Tras responder a las preguntas detonadoras en el foro, el participante avanza hacia la Lección 3: las expertas recomiendan, principio del diseño instruccional (Merrill, 2002) que corresponde a la demostración o fase de instrucción sobre el tema a aprender. De manera automática, se despliega el video de la clase pregrabada, donde la ponente encargada del tema explica, con apoyo de diapositivas, la definición, tipos e indicadores de la violencia en el noviazgo (ver Figura 8). Se presentan ilustraciones, gráficos, cifras y datos específicos sobre la manifestación de la violencia entre jóvenes sordos (ver Figura 9).

Figura 8

Video de clase pregrabada correspondiente a la Lección 3: Las expertas recomiendan

- ☰
- ☰
- 🔍
- 📖
- 🏠
- 🔄
- 📅
- 🏠
- 📄
- 📄
- 👤

EduSex
ParaTodXs

🌐 🔔 💬 👤

La comunicación sobre sexualidad está en tus manos

[Página Principal](#)
[Mis cursos](#)
[ComuSex](#)
[12. Violencia en el noviazgo](#)
[Hablemos de la violencia en las relaciones de noviazgo](#)

Hablemos de la violencia en las relaciones de noviazgo

El siguiente video te ayudará a aclarar algunas dudas sobre:

- La definición de violencia en el noviazgo.
- Los tipos de violencia que existen.
- Cómo identificar y prevenirla.

[SELECCIONA AQUÍ PARA REGRESAR AL TEMA II.](#)

Actividad previa
◀ Y tú, ¿cuánto sabes sobre el tema?

Ir a...

Siguiente actividad
Conceptos ▶

Figura 9

Datos específicos sobre violencia jóvenes en la clase pregrabada correspondiente a la Lección 3: Las expertas recomiendan

The screenshot shows the EduSex ParaTodXs website interface. The main header reads "La comunicación sobre sexualidad está en tus manos". The breadcrumb trail is: "Página Principal > Mis cursos > ComuSex > 12. Violencia en el noviazgo > Hablemos de la violencia en las relaciones de noviazgo". The page title is "Hablemos de la violencia en las relaciones de noviazgo". Below the title, it says "El siguiente video te ayudará a aclarar algunas dudas sobre:" followed by a list of topics:

- La definición de violencia en el noviazgo.
- Los tipos de violencia que existen.
- Cómo identificar y prevenirla.

The central content area features a video thumbnail titled "VIOLENCIA EN JÓVENES SORDOS". The thumbnail contains the following text:

Los jóvenes sordos, están 1.5 veces más en riesgo de sufrir abuso y acoso sexual, abuso psicológico y maltrato físico.

Las mujeres sordas son uno de los grupos más vulnerables al abuso sexual en el noviazgo.

Below the thumbnail is a link: "SELECCIONA AQUÍ PARA REGRESAR AL TEMA II." At the bottom of the page, there are navigation options: "Actividad previa" with a dropdown menu showing "Y tú, ¿cuánto sabes sobre el tema?", and "Siguiendo actividad" with a link to "Conceptos".

Para esta misma lección, se recopiló una serie de videos sobre conceptos relacionados con la violencia en el noviazgo realizados por otras instituciones. Los dos primeros cuentan con interpretación en LSM y el último, funge como repaso de algunos elementos abordados en el video de la clase pregrabada mostrado anteriormente (ver Figura 10). Como recurso adicional, el participante encuentra en la misma sección el Violentómetro realizado por el Instituto Politécnico Nacional. El aula virtual brinda una vista automática del PDF, con opciones de descarga, impresión, etcétera (ver Figura 11).

Figura 10

Conceptos adicionales al tema Violencia en el Noviazgo

- ☰
- ☰
- 👤
- 📖
- 🏠
- 🔄
- 📅
- 📁
- 📄
- 📁
- 🔍

EduSex
ParaTod@s

🌐 🔔 💬 👤

La comunicación sobre sexualidad está en tus manos

[Página Principal](#)
[Mis cursos](#)
[ComuSex](#)
[12. Violencia en el noviazgo](#)
[Conceptos](#)

Conceptos

A continuación encontrarás una serie de videos breves que te permitirán comprender de mejor forma algunos conceptos relacionados con la violencia en el noviazgo.

Nota: Algunos serán también de utilidad más adelante, cuando llegue el momento de comunicarte con tu hijo(a).

Mirar en ¡Hola! Soy

Fuente: Instituto de las Mujeres del Estado de San Luis Potosí

Mirar en

Fuente: Instituto de las Mujeres del Estado de San Luis Potosí

Mirar en

Fuente: Fernanda Cervantes

[SELECCIONA AQUÍ PARA REGRESAR AL TEMA 12.](#)

Actividad previa

◀ [Hablemos de la violencia en las relaciones de noviazgo](#)

Ir a...

Siguiente actividad

[Violentometro ▶](#)

Figura 11

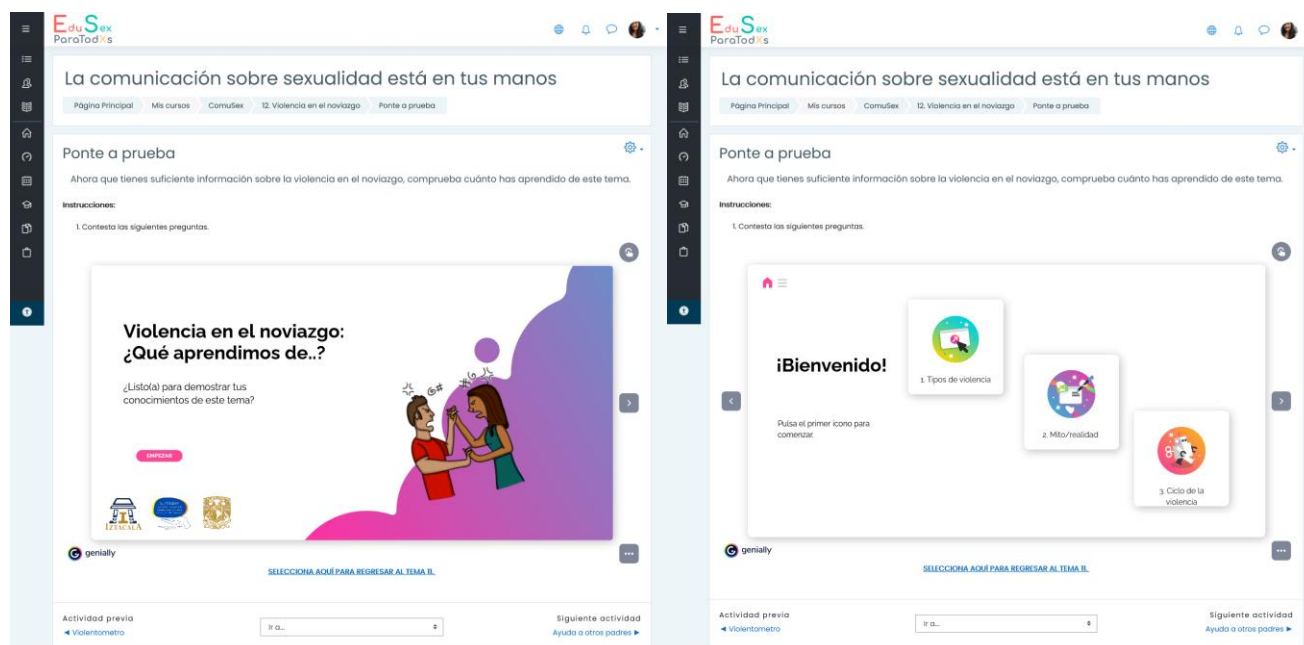
Violentómetro disponible en la Lección 3: Las expertas recomiendan

The screenshot shows the EduSex ParaTodXs interface. At the top, the title reads "La comunicación sobre sexualidad está en tus manos". The breadcrumb trail indicates the current location: "Página Principal > Mis cursos > ComuSex > 12. Violencia en el noviazgo > Violentómetro". The main content area is titled "Violentómetro" and features a central graphic with the text "Violentómetro también se mide" and a vertical color scale ranging from yellow to red. Below the graphic is a link: "SELECCIONA AQUÍ PARA REGRESAR AL TEMA 11.". At the bottom, there are navigation options for "Actividad previa" (Conceptos) and "Siguiete actividad" (Ponte a prueba).

En la Lección 4: *¿Qué aprendimos de...?*, correspondiente al cuarto principio del diseño instruccional (Merrill, 2002) enfocado en la aplicación del conocimiento y habilidades, el participante accede automáticamente al juego interactivo de elaboración propia *Violencia en el Noviazgo: ¿Qué aprendimos de...?*, diseñado en el software genially, cuyo objetivo es evaluar el dominio del tema, previo a la aplicación al escenario real (Figura 12).

Figura 12

Juego interactivo Violencia en el noviazgo: ¿Qué aprendimos de...?



El juego se compone de tres secciones: 1. Tipos de violencia: se presentan seis preguntas al participante, cada una con una imagen representativa de una agresión; debe seleccionar, de entre tres opciones, qué tipo de violencia es, 2. Mitos sobre la violencia: se presentan tres afirmaciones sobre la violencia en el noviazgo y el participante señala si se trata de un mito o una realidad, 3. Círculo de la violencia: en un solo ítem con tres opciones de respuesta, el participante identifica la opción que mejor ordene y describa las fases de dicho círculo (Figura 13). Todas las preguntas de cada sección brindan retroalimentación instantánea al participante (Figura 14).

Figura 13

Ejemplo de ítems del juego interactivo Violencia en el Noviazgo: ¿Qué aprendimos de...?

EduSex
ParaTod@s

La comunicación sobre sexualidad está en tus manos

Página Principal Mis cursos ComuSex 12. Violencia en el noviazgo Ponte a prueba

Ponte a prueba

Ahora que tienes suficiente información sobre la violencia en el noviazgo, comprueba cuánto has aprendido de este tema.

Instrucciones:

1. Contesta las siguientes preguntas.

¿Qué tipo de violencia es?

El novio de Karen siempre se ríe por la forma en que ella usa la lengua de señas.



Violencia física

Violencia psicológica

Violencia económica

genially

[SELECCIONA AQUÍ PARA REGRESAR AL TEMA II.](#)

Actividad previa
Violentometro

Ir a...

Siguiente actividad
Ayuda a otros padres

Figura 14

Ejemplo de retroalimentación brindada por el juego interactivo *Violencia en el Noviazgo*:
¿Qué aprendimos de...?

The screenshot shows a web-based learning interface. At the top, the logo 'EduSex ParaTodXs' is visible. The main heading is 'La comunicación sobre sexualidad está en tus manos'. Below this, a breadcrumb trail indicates the current location: 'Página Principal > Mis cursos > ComuSex > 12. Violencia en el noviazgo > Ponte a prueba'. The section is titled 'Ponte a prueba' and includes instructions: 'Ahora que tienes suficiente información sobre la violencia en el noviazgo, comprueba cuánto has aprendido de este tema.' and '1. Contesta las siguientes preguntas.' The main content area displays a quiz question: 'En noviazgos a frecuencia de violencia es poco frecuente.' Below the question are two buttons: 'MITO' and 'REALIDAD'. A feedback pop-up window is overlaid on the quiz, titled '¡ERROR!' and contains the following text: 'RECUERDA: La violencia no sólo ocurre en parejas casadas o que llevan varios años juntas. Muchos adolescentes y jóvenes viven violencia dentro de su relación; les es sencillo involucrarse en noviazgos abusivos y tolerar el maltrato porque piensan que es normal y que las agresiones sutiles son una broma o una expresión de cariño.' At the bottom of the pop-up, there is a link: 'SELECCIONA AQUÍ PARA REGRESAR AL TEMA II.'. The interface also shows navigation options for 'Actividad previa' (Violentometro) and 'Siguiete actividad' (Ayuda a otros padres).

En esta misma lección, con el mismo fin evaluativo, se asigna una tarea titulada *Ayuda a otros padres*, que consiste en elaborar un cartel preventivo que brinde información clave para la prevención violencia. Se presentan las instrucciones y dos ejemplos de carteles (sobre otros problemas de salud) para guiar su elaboración (ver Figura 15). Tras su entrega, esta actividad recibe calificación y retroalimentación personalizada.

Figura 15

Tarea correspondiente a la Lección 4: ¿Qué aprendimos de...?

The screenshot shows the EduSex ParaTodxs interface. The main header reads "La comunicación sobre sexualidad está en tus manos". The breadcrumb trail is: Página Principal > Mis cursos > ComuSex > 12. Violencia en el noviazgo > Ayuda a otros padres. The task title is "Ayuda a otros padres". The instructions are:

Imagina que has sido asignado para diseñar una campaña de prevención dirigida a otros padres como tú y realiza la siguiente actividad:

Instrucciones:

1. Elabora un anuncio para prevenir y detectar la violencia en tus hijos sordos.
2. Contesta las siguientes preguntas. Responde en el espacio en blanco:
 - ¿Qué consejos podría darles para que se comuniquen con ellos?
 - ¿Qué información necesitan saber?
3. Al finalizar, sube tu anuncio en este espacio.

Nota: Revisa los archivos "Cáncer de mama" y "COVID 19" para guiarte en la realización de tu anuncio.

¡No dejes a estos padres sin tu ayuda!

[SELECCIONA AQUÍ PARA REGRESAR AL TEMA 11.](#)

Files listed at the bottom:

- Cáncer de mama.pdf (21 de diciembre de 2020, 22:52)
- COVID 19.pdf (21 de diciembre de 2020, 22:52)

Para concluir con la totalidad del módulo de violencia en el noviazgo, en la Lección 5. Ahora te toca a ti (correspondiente al principio de integración o transferencia al escenario real), se facilita al participante el video *Sunshine. No confundir amor con abuso* del canal Parentalidad Positiva (2018), el cual muestra una historia de violencia en el noviazgo mediante animaciones que es posible ver sin necesidad del audio, puesto que no cuenta con diálogos ni elementos auditivos indispensables para comprender su contenido. El video debe ser reproducido por el participante en compañía de su hijo o hija e identificar y abordar los puntos especificados en las instrucciones (ver Figura 16). Como en el resto de las temáticas, el participante realiza como entrega una descripción amplia sobre su experiencia en tal conversación y se le otorga calificación y retroalimentación personalizada una vez que la ha subido a la plataforma.

Figura 16

Actividad de integración o transferencia correspondiente a la Lección 5: Ahora te toca a ti

EduSex ParaTodxs

La comunicación sobre sexualidad está en tus manos

Página Principal Mis cursos ComuSex 12. Violencia en el noviazgo ¡Práctica lo aprendido!

¡Práctica lo aprendido!

Ahora que tienes las herramientas necesarias, es tu turno de abordar el tema con tu hijo(a)

Instrucciones:

1. Comparte con él o ella todo lo que has aprendido sobre la violencia en el noviazgo.
2. Observa el siguiente video con él o ella y reflexionen juntos:
 - ¿Qué tipos de violencia identificaron?
 - ¿Cuáles fueron las primeras señales de violencia que ocurrieron?
 - ¿Qué se pudo hacer para cambiar la situación?
3. Cuéntanos tu experiencia conversando con tu hijo(a) sobre el tema.

Recuerda ayudarte del **Material de apoyo en LSM para tener mayor claridad de los conceptos y sus respectivas señas.**

¡Mucha suerte!

Sunshine . No confundir amor con a... Ver más te... Compartir

Mirar en YouTube

Fuente: Parentalidad Positiva

[SELECCIONA AQUÍ PARA REGRESAR AL TEMA II.](#)

3.5 Conclusiones

La intervención psicológica vía Internet, al aprovechar los materiales multimedia que la web permite desarrollar e implementar, ha demostrado ser una posibilidad atractiva para el usuario y tener ventajas importantes en cuanto a reducción de costos, tiempos y traslados, además de otorgar la posibilidad de llegar a poblaciones dispersas alrededor de distintas áreas geográficas o que, por factores socioeconómicos, de ocupación o de salud, no podrían recibir una intervención en modalidad presencial.

En tiempos recientes, el campo de la educación sexual se ha beneficiado notablemente de los recursos basados en la web y los ambientes de aprendizaje digitales. Las

experiencias documentadas en la literatura reportan eficacia y una alta aceptación por parte de diversos colectivos, incluidos los adolescentes y sus padres. Los programas para padres que han documentado su éxito y limitaciones, demuestran hallazgos similares a los programas en modalidad presencial en cuanto a su utilidad para incrementar el conocimiento y optimizar las habilidades comunicativas y la comunicación sexual. Tras la búsqueda bibliográfica de este tipo de intervenciones, se evidenció que, homólogo a los programas presenciales, las estrategias en línea realizadas en México son escasas y aquellas dirigidas a padres de adolescentes y jóvenes, lo son aún más. Sólo fue posible analizar un programa para padres de niños y adolescentes dentro del espectro autista.

Ante la carencia de inclusión de padres de jóvenes sordos en la salud sexual de sus hijos, se realizó una búsqueda de estrategias y recursos digitales dirigidos a la población sorda en general y se concluyó que estos se dirigen a amplios grupos de edad que van desde los adolescentes hasta los adultos mayores, se centran en un único tema de salud sexual y reproductiva (e.g menstruación, distintos tipos de cáncer) y ninguno incorpora a los padres en las actividades. De tales estrategias, los componentes que han resultado exitosos es la adaptación de los materiales a la lengua de señas, utilizar lenguaje simplificado y recursos gráficos y servirse de recursos digitales como videos. Existe una vital necesidad de que los padres de jóvenes sordos dispongan de materiales y servicios de orientación, ya que, gran parte del aprendizaje que sus hijos podrían obtener de otras fuentes, es inaccesible.

Con base en estas barreras, la primera fase del estudio buscó conocer la modalidad comunicativa de padres e hijos y examinar el contenido de sus conversaciones sobre sexualidad. Las necesidades identificadas, así como los principales hallazgos y recomendaciones de la literatura, permitieron estructurar las temáticas a impartir y fundamentar el diseño y selección de materiales accesibles para padres e hijos. De esta forma, el curso en línea, disponible en la plataforma Moodle para cualquier padre que cumpla los criterios de inclusión, quedó conformado por 17 módulos: presentación, prueba diagnóstica, *Material de Apoyo en LSM*, 12 temáticas sobre sexualidad, prueba final y materiales adicionales. La secuencia lógica y la estrategia didáctica de cada uno de cada tema de sexualidad, se desarrolla conforme a los principios de diseño instruccional de Merrill (2002).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente estudio tuvo como principal objetivo elaborar un curso en línea dirigido a padres de jóvenes sordos mexicanos para promover la comunicación sobre sexualidad. Hasta donde la literatura disponible permite vislumbrar, este es el primer trabajo en su tipo realizado en México y el resto de países de habla hispana e inglesa. Dada la ausencia de antecedentes documentados y la importancia acrecentada por la pandemia por COVID-19 de emplear recursos tecnológicos para atender a las necesidades de los grupos vulnerables (OMS, 2020; UNESCO, 2020), fue necesario efectuar una amplia búsqueda bibliográfica en distintos campos de investigación, con la intención de identificar los lineamientos para el diseño de intervenciones en línea sobre salud sexual apropiadas para las características de esta población de padres e hijos, así como los elementos y tipos de materiales didácticos digitales que deben contener.

Un requisito previo al diseño de un programa de educación sexual, es un análisis de las necesidades de la población a quien está dirigido (Alverson et al. 2008; García et al., 2016; Guevara et al., 2016). La primera fase de este estudio (diagnóstico) permitió detectar las características de la comunicación sobre sexualidad en una muestra de 79 padres de jóvenes sordos. La recopilación de datos demostró que la mayoría de los padres se comunicaba con su hijo o hija a través de la LSM y percibía tener entre regular y bastante dominio de ella. En comparación con quienes lo hacían de forma verbal, los padres que reportaron manejar la LSM, trataban más temas de sexualidad con los jóvenes. A pesar de esta diferencia, sólo en dos de los 17 temas evaluados se registró un porcentaje mayor al 80 por ciento de padres que lo hubiese abordado. Esto respalda el argumento de distintos autores (Gabriel & Getch, 2001; Téllez, 2005) sobre el número de padres que, aun manejando la lengua de señas, no priorizan la sexualidad como un área importante a educar. Si bien no se indagó en las razones, es probable que esta deficiencia comunicativa se explique por el desconocimiento de las señas de sexualidad y la carencia de materiales didácticos que resulten útiles para ellos y sus hijos.

La evaluación de la frecuencia de la comunicación sexual demostró que los padres de esta muestra sólo conversaban con sus hijos e hijas acerca de temas básicos (diferencias entre amigo y novio) y centrados en la prevención del abuso sexual (tipos de contactos permitidos,

qué hacer en caso de tocamientos indebidos). Los temas relacionados con la responsabilidad y formas de prevención, la toma de decisiones y el placer, son mínimamente abordados por estos padres; menos de la mitad había abordado el tema de la interrupción legal del embarazo, cómo usar un condón y la masturbación. Este hallazgo es congruente con estudios previos en padres de hijos con distintos tipos de discapacidad (Bárcena & Jenkins, 2018; Bárcena et al., 2018; Graham et al., 2019; Lehan et al., 2016) y sin discapacidad (Ashcraft & Murray, 2017; Evans et al., 2019; Liua et al., 2017; Mbachu et al., 2020; Veilleux et al., 2010), que han identificado a las consecuencias negativas de las relaciones sexuales, las advertencias y las prohibiciones, más frecuentemente en las conversaciones padre-hijo que los aspectos eróticos y afectivos y la información para promover la independencia y responsabilidad. Estos resultados demuestran lo imprescindible que es diseñar programas para padres que se rijan por el principio de la educación sexual como un proceso de enseñanza-aprendizaje que abarque el amplio conjunto de aspectos biopsicosociales que componen la sexualidad (OMS, 2018; UNESCO, 2018).

Todo programa que tenga como objetivo promover la salud sexual de las personas con discapacidad, debe ser diseñado e impartido por profesionales capacitados en el modelo social de la discapacidad y en estrategias pedagógicas para educar la sexualidad desde un enfoque positivo (East & Orchard, 2013; Muñoz-Baell et al., 2011; OMS & UNFPA, 2018). Con base en ello, la segunda fase del estudio consistió en entrenar profesionales de la psicología en materia de discapacidad auditiva y sexualidad y las peculiaridades de la comunicación entre padres y jóvenes sordos, además de prepararles para el diseño de programas y materiales digitales para la población objetivo.

Además, la tercera y cuarta fase se apegaron a los lineamientos que establecen la necesidad de integrar un equipo multidisciplinario (APA, 2013; Collazos, 2012). Las consideraciones éticas en tiempos de COVID-19 presentadas por Chenneville y Schwartz-Mette (2020), plantean la relevancia de incluir a otros profesionales en el diseño de las intervenciones psicológicas para beneficiar de mejor forma a los usuarios. La colaboración entre psicólogos, comunicólogos educativos, una diseñadora para la comunicación visual y un intérprete de LSM, permitió crear e implementar contenidos digitales con una mayor calidad. Una dificultad reportada con frecuencia, es la falta de capacitación en salud de los

intérpretes, su desconocimiento de tecnicismos y señas de sexualidad y sus propias creencias, que pueden ocasionar la distorsión u omisión de información (Arulogun et al., 2013; Meador et al., 2005; Mphra, 2013c; Roberts, 2009). En la elaboración del curso “La comunicación sobre sexualidad está en tus manos”, se buscó subsanar esta barrera al contar con un intérprete de LSM certificado, con formación en psicología, familiarizado con la comunidad y con experiencia en el ámbito de la salud de las personas sordas.

El cuarto objetivo específico de este estudio fue diseñar contenidos digitales que dieran cuerpo a un curso en línea y que fuesen accesibles para padres oyentes e hijos sordos. Previo a este proceso se estableció la distribución general del curso en 12 temáticas, justificadas a partir de los resultados del diagnóstico y apegadas a los derechos sexuales y reproductivos y el modelo social de la discapacidad (OMS, 2018; UNESCO, 2018). Las unidades temáticas seleccionadas parten del planteamiento de que la educación sexual para jóvenes sordos y con otras discapacidades, no debe diferir del contenido que se facilita a jóvenes sin discapacidad, puesto que experimentan los mismos deseos y necesidades de información y servicios (Fitz-Gerald & Fitz-Gerald, 1977b; García, 2010; Getch et al., 1998; Miller, s.f.; Téllez, 2005).

Algunas de estas unidades corresponden a temas poco recurrentes tanto en las conversaciones padre-hijo, como en los programas y materiales de educación sexual, por ejemplo, la masturbación desde un enfoque positivo y no de prohibición, la diversidad sexual y la interrupción legal del embarazo. En adición, este programa incorpora elementos referentes al contenido sexual digital (e.g sexting) desde la lente de la prevención de riesgos, pero también desde la toma de decisiones responsables y autónomas. La revisión bibliográfica sobre programas de intervención, demostró que estos son temas por completo omitidos en los currículos para padres o abordados de manera superficial o negativa, a pesar de su importancia en la actualidad (Ashcraft & Murray, 2017; Eastman et al., 2006; Estivalis & Amat, 2014; Flores & Barroso, 2017; OMS, 2018; UNESCO, 2018). Menos del 70 por ciento de los padres de este estudio reportó haber abordado con su hijo o hija el tema de la paternidad y maternidad, por lo que se destinó un módulo a este tópico y otro al tema de proyecto de vida, en congruencia con el derecho de las personas con discapacidad a formar

una familia y decidir informada y libremente sobre su propia fertilidad (Naciones Unidas, 2006; OMS, 2018; Vela, 2017).

Todos los materiales digitales que integran el curso, originales y retomados de otras fuentes, fueron diseñados o seleccionados bajo especiales estándares de accesibilidad, relevancia y sensibilidad cultural y lingüística. Como establece la literatura (Alverson et al., 2008; Cook, 2007; Pollard et al., 2009; Soto et al., 2010), se buscó que estos recursos tomaran provecho de las herramientas multimedia que proporciona la web para asegurar la interactividad en las actividades e incorporar apoyos visualmente accesibles como imágenes, gráficos, subtítulos e interpretación en LSM.

Las presentaciones que apoyan las clases pregrabadas por las ponentes de cada tema y otros materiales escritos (e.g guías) siguen, en su mayoría, las recomendaciones establecidas por expertos en el tema de recursos digitales y materiales de salud efectivos (Hoffmann & Worrall, 2004; Ritterband et al., 2009; Soto et al., 2010): objetivos establecidos desde el inicio, títulos y subtítulos, párrafos cortos o pocas ideas por página/diapositiva, uso moderado de ilustraciones, tono y ritmo adecuado, oraciones breves, adaptadas a distintos niveles de lectura y uso de palabras comunes, sin tecnicismos. De acuerdo con Merrill (2007), los materiales multimedia tienen un mayor impacto cuando son narrados por una voz humana. Las clases pregrabadas para cada uno de los 12 temas de este curso, son narradas por las ponentes y, tal como marcan Ritterband et al. (2009) y Merrill (2007), la narración va acorde a lo que se muestra en las diapositivas, sin repetir exactamente la misma información impresa.

En congruencia con los lineamientos de Hoffmann y Worrall (2004), toda la información de dichas clases y materiales escritos está basada en evidencia científica, incluye créditos y referencias y se brinda en un estilo de conversación y en términos de conductas a ejecutar. Los apartados de las clases donde se explica a los participantes cómo entablar conversaciones con sus hijos, se presentan a manera de sugerencia, no de imposición y los temas están personalizados al caso de los jóvenes sordos y sus padres y situaciones que ocurren comúnmente en la comunidad Sorda, lo que, según los autores, es requisito para que el material logre empatizar con las circunstancias personales del usuario.

El *Material de Apoyo en LSM* se elaboró con el propósito de introducir a padres e hijos en señas de sexualidad que quizá desconozcan y se desarrolló conforme a un cuidadoso proceso de adaptación, en sintonía con autores como Pollard et al. (2009), Neuhauser et al. (2013). A juicio de estos autores, la simple traducción a la lengua de señas, no asegura el aprendizaje de la persona sorda; se requieren modificaciones a nivel gramatical, social y cultural. Una traducción literal, con la misma estructura de la fuente original, puede reducir la comprensión de puntos clave. Los pasos para producir el *Material de Apoyo en LSM* guardan similitudes con el procedimiento de adaptación recomendado y probado por Pollard et al. (2009). En primer lugar, se obtuvieron puntos clave de cada tema, se determinaron los conceptos prioritarios, se realizó un guion en español y posteriormente uno en LSM en consulta con un intérprete, tras los ajustes se realizó la videograbación y se agregaron subtítulos y audio, procurando sincronizarlos temporalmente a la LSM. Pollard et al. (2009) describen que el fin de contar con tal variedad de modalidades comunicativas, es hacer accesible el material a grupos diversos de personas sordas e hipoacúsicas; algunos pueden depender totalmente de los subtítulos, de la voz o de la lengua de señas, otros pueden complementar su comprensión de los subtítulos con la información señada o viceversa. Otra ventaja de este tipo de materiales, acorde a los autores, es la posibilidad de que la persona sorda se familiarice con la representación escrita en español de los conceptos.

Otra característica de los recursos que integran el curso en línea, es su elaboración y selección conforme al modelo de diseño instruccional que fundamenta la intervención. Cook (2007) menciona que, con frecuencia, los programas educativos basados en la web carecen de diseños instruccionales aceptables y utilizan herramientas tecnológicas que no son congruentes con tal diseño. Como determinan los principios de diseño instruccional de Merrill (2002), en la primera lección de cada tema se elaboraron historietas (algunas de ellas animadas en video) que exhiben problemas comunes y representativos para padres de adolescentes sordos, según la literatura sobre las dificultades a las que se enfrentan. Los foros en línea de la segunda lección, acorde al modelo, otorgan a los padres oportunidades para demostrar su conocimiento previo, para compartir experiencias relevantes que pueden fungir como base para el conocimiento nuevo. De acuerdo con Merrill (2002, 2007) cada tipo de información a aprender requiere de diferentes actividades, por ello, los materiales en la

tercera lección corresponden a las clases pregrabadas y videos demostrativos, donde se dota de información, ejemplos y modelamiento de la habilidad a desarrollar, según lo amerite.

Las actividades y recursos que corresponden a la cuarta lección de cada tema, se apegan a las sugeridas por el autor del modelo: aplicación del conocimiento a la resolución de problemas y tareas prácticas congruentes con el objetivo y el tipo de información del módulo. Los apartados de entrega de tareas en esta lección, están adaptados para que el administrador o las mismas aplicaciones de juegos interactivos, brinden retroalimentación al usuario y se corrijan errores, previo a la integración al escenario cotidiano. La asignación de tareas con los adolescentes, en la quinta lección, correspondiente al último principio del diseño instruccional, proporciona a los padres múltiples oportunidades de demostrar lo que aprendieron del módulo, compartirlo con los jóvenes y explorar nuevas formas, individualizadas, de aplicar su nuevo conocimiento y habilidades. De esta forma, a partir de lo aprendido en el módulo, los padres pueden crear o apoyarse en nuevos recursos para abordar los temas con sus hijos y con la práctica constante, módulo tras módulo, monitorear su propio progreso en cuanto a habilidades y comodidad para la comunicación (Merrill, 2002).

El modelo de Merrill (2002) ha fundamentado exitosamente programas impartidos en la modalidad en línea en varias áreas de formación, por ejemplo, la enseñanza de la psicología clínica conductual (Landa-Durán & Peñalosa-Castro, 2009), la enseñanza de temas relacionados con la percepción y la motivación (Peñalosa et al., 2010) y el desarrollo de estrategias de aprendizaje y autorregulación académica (Meza et al., 2018). Estos principios también han sustentado estudios que evalúan criterios de la calidad de los cursos en línea (Margaryan et al., 2015; Larmuseau et al., 2019). El diseño instruccional de Merrill (2002) comparte semejanzas con las cuatro técnicas que, de forma sistemática, componen el aprendizaje estructurado de Goldstein (1973). Ambos modelos enfatizan en brindar información a los participantes e implementar actividades enfocadas en el desarrollo de habilidades que posteriormente se trasladarán al escenario cotidiano. Existe evidencia de programas fundamentados en el aprendizaje estructurado que han demostrado ser efectivos para promover la comunicación sobre sexualidad en padres de jóvenes con discapacidad intelectual (Bárcena et al., 2020). Dada la evidencia, se espera que el curso “La comunicación

sobre sexualidad está en tus manos”, sea efectivo para su objetivo, a partir del diseño instruccional bajo el cual se elaboró.

Como último propósito de este estudio, se planteó implementar los contenidos digitales en una plataforma web capaz de dar la estructura deseada a la intervención. Para ello, se seleccionó Moodle, una herramienta para la gestión del aprendizaje que permite crear y organizar cursos adecuados a los objetivos y las características de los usuarios (Ros, 2008; Ontoria, 2014) y se adquirió el dominio, creando así el sitio Educación Sexual Para Todos. La OMS (2018), la UNESCO (2018) y autores como Guevara et al. (2016), enuncian que todo programa que busque promover la salud sexual debe facilitar los contenidos de manera estructurada y sistemática. Fue posible cumplir este criterio gracias a la flexibilidad que ofrece la plataforma para estructurar un curso en múltiples módulos y tomar decisiones sobre su apariencia, tipo y orden de las actividades (Ros, 2008; Ontoria, 2014).

Como afirman Ros (2008) y Ontoria (2014), Moodle provee la oportunidad de crear e implementar contenido multimedia sumamente interactivo de múltiples fuentes, lo que es esencial para mantener la atención y la motivación del usuario. Sus características permiten la comunicación sincrónica y asincrónica y la constante retroalimentación, además de garantizar la interactividad entre el usuario y el sitio web, entre el usuario y otros usuarios (lo que puede facilitar el aprendizaje cooperativo) y entre el usuario y el facilitador del curso. En suma, la función de insertar videos y otros objetos de aprendizaje en la página principal, posibilita la navegación del usuario y economiza tiempo.

Otras ventajas relevantes del sitio Educación Sexual Para Todos, donde se aloja el curso, son el fomento a la autonomía y regulación del propio aprendizaje y la personalización de las actividades. Dada la naturaleza asincrónica del curso, los padres inscritos pueden elegir en qué momento revisar los contenidos y entregar las actividades, lo que ofrece flexibilidad de horario a muestras con características similares a las del grupo de padres y madres incluido en el diagnóstico, quienes en su mayoría contaban con un empleo. Por otro lado, las actividades pueden ser modificadas o graduadas en complejidad en función de las necesidades de cada participante (Ros, 2008; Ontoria, 2014). Esta última característica favorece igualmente que sean los padres quienes, a partir de las herramientas facilitadas en el curso, decidan qué temas son más importantes para comunicar a sus hijos e hijas, según

sus propios valores, la discapacidad y la etapa de desarrollo del adolescente (Pugliese et al., 2020). Los elementos antes descritos se corresponden con la obligatoriedad de que la educación sexual sea acorde a la edad (OMS, 2018) y de que los programas para padres de jóvenes con discapacidad proporcionen atención personalizada (Guevara et al., 2016).

La evaluación continua es indispensable para determinar la eficacia de un programa (Alverson et al. 2008; Guevara et al., 2016). La configuración del sitio Educación Sexual Para Todos, así como el diseño instruccional en el que se basa el curso, hacen posible obtener múltiples evaluaciones de su usabilidad y su impacto sobre la comunicación en distintos momentos de la intervención. El programa cuenta con una prueba inicial y una prueba final para medir la eficacia sobre la comunicación, además de diversas actividades y opciones de retroalimentación, correspondientes a los principios del diseño instruccional de Merrill (2002) que en todos los módulos arrojan datos cualitativos sobre el progreso de los padres. Un atributo importante de la forma de evaluación propuesta en este curso, es el enfoque en indicadores conductuales de la comunicación. Glasgow (2007) destaca que obtener medidas conductuales en programas de salud basados en la web es una tarea compleja que no ha de limitarse a la recolección de datos cuantitativos; con base en los planteamientos de este autor, la información cualitativa en fases intermedias del curso puede ser útil para comprender los cambios del pre-test al post-test en la frecuencia de la comunicación sexual reportada por los padres.

Las características de Moodle contribuyen también a cumplir con los lineamientos éticos de la Telepsicología en general y en tiempos de pandemia. Chenneville y Schwartz-Mette (2020) sostienen que un reto de la modalidad en línea es obtener el consentimiento informado del participante. En este programa, con la intención de informar a los padres sobre los beneficios y riesgos, se incluye un video de bienvenida donde se explica la dinámica del curso y su estructura y un formato de consentimiento informado donde se aclara la confidencialidad y seguridad de los datos y se brinda al usuario la opción de aceptar o rechazar la participación. El sitio web Educación Sexual Para Todos, por su implementación en Moodle, es una plataforma segura, donde los archivos son cifrados y sólo los participantes registrados con usuario y contraseña pueden acceder (Ros, 2008).

La modalidad totalmente en línea confiere al curso “La comunicación sobre sexualidad está en tus manos”, los beneficios de cualquier programa de telesalud, por ejemplo, mantener la información disponible a cualquier hora para su revisión las veces que sean necesarias, la posibilidad de que el usuario almacene esa información para la posteridad, reducción de costes para ambas partes por traslados y materiales físicos, envío de correos electrónicos y mensajes para recordar actividades y la oportunidad de extender el alcance de la intervención a distintas zonas geográficas (Alverson et al. 2008; Cook, 2007; Soto et al., 2010; Macías & Valero, 2018).

El alcance a otras áreas de la República Mexicana es un atributo relevante en el escenario de la pandemia por COVID-19, dados los retos económicos, educativos y de salud a los que se enfrentan actualmente las familias mexicanas con hijos con discapacidad (Peña et al., 2020; Vargas & Padilla, 2020). En la modalidad presencial, no sólo hubiese sido imposible llevar la intervención a padres de estados fuera de la ZMVM, sino a padres de hijos sordos que no se encuentran inscritos en las escuelas. La planeación del curso en línea contempla su difusión a través de redes sociales y contacto con instituciones educativas, por lo que se espera incluir también a padres de jóvenes sordos no escolarizados, lo cual representa un paso importante para la inclusión, considerando el limitado número de sordos que asiste a la escuela y se mantiene en ella (OMS & Banco Mundial, 2011; Hauland & Allen, 2009). Una desventaja del traslado a esta modalidad, es la posible exclusión de aquellos padres que no cuenten con acceso a internet o con un dispositivo electrónico que les permita el ingreso.

Respecto al contenido de la intervención, el presente estudio presentó varias limitaciones. Una de las más significativas, fue la cantidad de materiales existentes que fuesen accesibles para jóvenes sordos. Por la característica no universal de la lengua de señas y la escasa atención que en México se ha prestado a la sexualidad de este colectivo, fueron pocos los videos de fuentes externas, disponibles en Internet, que pudieron recuperarse en LSM para la integración de los módulos. Cabe mencionar que las clases pregrabadas de cada tema no cuentan con interpretación en LSM ni con subtítulos, a diferencia de algunos videos externos y del *Material de Apoyo en LSM*. Si bien el público objetivo de estas clases son primordialmente los padres y su finalidad es dotarles a ellos de conocimientos para que

posteriormente adecúen y transmitan la información a sus hijos, agregar otras modalidades comunicativas podría volverlas un recurso más útil para compartir la información con los y las adolescentes que no tengan restos auditivos, ni utilicen ayudas técnicas y la lengua oral.

Algunos autores recalcan lo primordial que es diseñar los programas de la mano con la población a quien se dirijen (Alverson et al. 2008). Un paso sustancial en la adaptación cultural y lingüística sugerida por Neuhauser et al. (2013), OMS y UNFPA (2018) y Pollard et al. (2009), es incluir a la comunidad Sorda en la elaboración y evaluación inicial de los materiales. Debido a las restricciones por la emergencia sanitaria, en este primer bosquejo del programa no fue ideal ejecutar este punto de la adecuación. Reunir una muestra de tamaño considerable, en una población de limitado acceso como es la población sorda (Pérez et al., 2020), hubiese requerido, preferentemente, del trabajo presencial, lo cual representa un alto riesgo de contagio. Reunir grupos de jóvenes sordos para colaborar en la elaboración del *Material de Apoyo en LSM*, hubiese sido pertinente para contrarrestar las barreras que impuso la no unificación de la lengua de señas. Algunos conceptos del guion al español de este material tuvieron que ser removidos, ya que, en asesoría con el intérprete, se identificó que existen distintas variaciones para un mismo concepto o no hay seña alguna para referirlo, por lo que el escenario idóneo hubiese sido consultar a la comunidad Sorda.

Otra limitación a tomar en cuenta, es la ausencia de algunas técnicas didácticas que han resultado efectivas para adquirir habilidades en los programas presenciales (Bárcena et al., 2020; Campero et al., 2011; DiIorio et al., 2007; Frank & Sandman, 2019; Villarruel et al., 2008), como es el juego de roles. En futuras versiones del programa, resultaría de utilidad asignar tareas como la grabación de clips de audio para ensayar habilidades comunicativas (Kamke et al., 2019; Widman et al., 2018) o desarrollar herramientas tecnológicas que brinden al usuario condiciones para practicar la comunicación en juego de roles, antes de la conversación con su hijo o hija, como han hecho otros programas mediados por TICs (Chen & Barrington, 2017; Chokprajakchad et al., 2020; Scull et al., 2020).

Por otro lado, aunque las sugerencias para la comunicación sobre sexualidad (momentos, frases, etc.) se brindan en algunos materiales y clases pregrabadas, este programa no cuenta con un módulo específico para introducir a los padres en la definición de comunicación sexual, su importancia e impacto en la conducta de los adolescentes y las

habilidades precedentes para ella, como han hecho otras intervenciones para padres (Bárcena et al., 2020; DiIorio et al., 2007; Clatos & Azare, 2016; Frank & Sandman, 2019; Schuster et al., 2008; Rooks-Ellis et al., 2020). Pese a que el programa está estructurado de forma lógica, desde el tema que podría resultar más sencillo (diferencias entre amigos y novios, qué es el noviazgo), hasta uno de los menos reportados en el diagnóstico y que podría causar más controversia (ILE), una unidad introductoria podría sentar bases importantes para posteriores tareas asignadas a los padres que consistan en conversar con sus hijos. Próximas ediciones de este curso explorarán las posibilidades de incluir este módulo en la planeación.

En torno a la evaluación y las variables evaluadas, se identifica que las pruebas inicial y final incluidas en esta primera versión del programa, se basan únicamente en el autorreporte de los padres sobre los temas de sexualidad que han abordado o no con sus hijos. En futuras versiones, se espera obtener medidas sobre otras variables relevantes que pueden mediar la comunicación sexual y que fueron evaluadas en la fase de diagnóstico, como es el conocimiento parental, la autoeficacia, las creencias y actitudes (Bárcena et al., 2020; DiIorio et al., 2007; Emelumadu et al., 2014; Flores & Barroso, 2017; Mbachu et al., 2020).

Otro reto notable en el área de la telesalud, es la adherencia al programa. Glasgow (2007) analiza que la adherencia puede ser complicada en las intervenciones largas y que requieren repetidas veces del acceso al sitio web, sin embargo, un programa intensivo puede garantizar mayor efectividad para los usuarios que perseveran hasta finalizar. El curso en línea “La comunicación sobre sexualidad está en tus manos” tiene una duración total de 12 semanas, con módulos distribuidos semanalmente. Puesto que es el usuario quien dosifica sus propias actividades, es necesario evaluar, tras su aplicación, las variables que contribuyen a la conclusión del curso en tiempo y forma. En relación con ello, se reconoce que este programa no cuenta con un sistema de recompensa que pueda apoyar en el mantenimiento de la atención, constancia y motivación de los padres. No obstante, Hoffmann y Worrall (2004) y Ontoria (2014) mencionan que el atractivo y la interactividad de los materiales didácticos digitales pueden afianzar la motivación de los participantes. Adicionalmente, Merrill (2002) hace notar que los principios de diseño instruccional en los que se basa este curso pueden suscitar que sea el aprendizaje mismo y el reconocimiento del propio progreso, lo que mantenga el interés de los participantes. Los padres usuarios del curso pueden

identificar su progreso tanto de forma tangible (gracias al porcentaje de avance visible en la página principal de la plataforma), como en la evolución de las conversaciones sobre sexualidad con su hijo o hija.

La literatura sobre telesalud reporta que un inconveniente en este tipo de cursos, suelen ser las escasas habilidades tecnológicas de los usuarios (Beatty & Binnion, 2016; Macías & Valero, 2018; Valero, 2003). Para contrarrestar estas posibles complicaciones, se desarrollaron ocho videotutoriales orientados a asistir a los participantes en el ingreso, navegación y entrega de actividades en la plataforma. La fase diagnóstica de este estudio no evaluó variables relacionadas con la alfabetización digital de los padres, por lo que en versiones posteriores se tomará en cuenta llevar a cabo un análisis de competencias previas para el uso de TICs y a partir de los resultados, identificar si es necesario desarrollar recursos nuevos. Se planea obtener estos y otros indicadores de calidad (accesibilidad, usabilidad, navegación, nivel de satisfacción con materiales, contenidos y acceso) en el primer piloto del programa y por consiguiente, efectuar cambios en el contenido y características de la plataforma, sugeridos por los usuarios, para mejorar la experiencia educativa (Glasgow, 2007; Marciniak & Sallán, 2018).

El campo para futuras investigaciones sobre comunicación sexual en padres de jóvenes con discapacidad, es bastante amplio. Sumado a las modificaciones propuestas para este mismo programa (crear más contenido para los adolescentes sordos, incorporar más estrategias interactivas para asegurar el desarrollo de habilidades, evaluar el impacto del programa en otras variables, etc.), se sugiere diseñar estrategias digitales, materiales didácticos y cursos dirigidos a padres y jóvenes con otras discapacidades que se encuentran en alto riesgo de problemas de salud sexual. Es necesario construir instrumentos que sean sensibles a las características de estas poblaciones y capaces de recabar información sobre sus necesidades en materia de educación sexual.

El curso en línea “La comunicación sobre sexualidad está en tus manos” es un curso gratuito, disponible para cualquier área del país a través de Internet, compatible con cualquier navegador y cualquier dispositivo, que contempla varias modalidades comunicativas de los jóvenes sordos y que pretende ampliar el vocabulario en LSM acerca de sexualidad de los padres, brindarles recursos que faciliten la comunicación y capacitarlos para convertirse en

los principales promotores de la salud sexual de sus hijos, desde un enfoque de derechos. Los materiales y temas que integran este curso, representan un esfuerzo inicial por hacer accesible la información sobre sexualidad a padres oyentes e hijos sordos de México y aminorar las barreras para el acceso a información y servicios de salud sexual que se han agravado en el contexto de la pandemia por COVID-19 en el que surge este trabajo. El contenido desarrollado y seleccionado puede ser una estrategia útil para promover la comunicación sexual padre-hijo al adaptarse a sus requerimientos particulares y basarse en evidencia sobre los ajustes pertinentes para población sorda. Próximamente, se buscará evaluar su eficacia y criterios de calidad en muestras de padres de jóvenes sordos mexicanos.

REFERENCIAS

- Ait, R., Benksim, A. & Cherkaoui, M. (2020). Sexuality and Fertility in the Time of COVID-19. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 11(4). <https://doi.org/10.5799/jcei/8211>
- Alexander, A., Ladd, P. & Powell, S. (2012). Deafness might damage your health. *The Lancet*, 379, 979-981. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)61670-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(11)61670-x)
- Al-Khasawneh, E., Ismayilova, L., Seshan, V., Hmoud, O. & El-Bassel, N. (2013). Predictors of Human Immunodeficiency Virus Knowledge among Jordanian Youths. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 13(2), 232-240. <https://doi.org/10.12816/0003228>
- Alpalhão, M. & Filipe, P. (2020). The Impacts of Isolation Measures Against SARS CoV 2 Infection on Sexual Health. *AIDS and Behavior*, 24, 2258–2259. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02853-x>
- AlQuaiz, A. M., Kazi, A., & AlMuneef, M. (2013). Determinants of sexual health knowledge in adolescent girls in schools of Riyadh-Saudi Arabia: a cross sectional study. *BMC Women's Health*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6874-13-19>
- Alverson, D., Holtz, B., M., D'Iorio, J., DeVany, M., Simmons, S. & Poropatich, R. (2008). One Size Doesn't Fit All: Bringing Telehealth Services to Special Populations. *Telemedicine and e-Health*, 14(9), 957-963. <https://doi.org/10.1089/tmj.2008.0115>
- Anderson, M. & Kobek, C. (2011). Is It Abuse? Deaf Female Undergraduates' Labeling of Partner Violence. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 17(2), 273-286. <https://doi.org/10.1093/deafed/enr048>
- Anderson, M. & Kobek, C. (2013). Violence Against Deaf Women: Effect of Partner Hearing Status. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 19(3), 411-421. <https://doi.org/10.1093/deafed/ent053>
- Anderson, M., Leigh, I. & Samar, V. (2011). Intimate partner violence against Deaf women: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 16, 200–206. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2011.02.006>

- Angarita, E. & Calzada, D. (2015). Concepción de sexualidad en la población en condición de discapacidad auditiva perteneciente a la asociación de sordos de Barrancabermeja. *Revista Nacional e Internacional de Educación Inclusiva*, 8(3), 107-120. <https://revistaeducacioninclusiva.es/index.php/REI/article/view/93>
- APA. (2013). Guidelines for the Practice of Telepsychology. *American Psychological Association*, 68(9), 791–800. <https://doi.org/10.1037/a0035001>
- Arcila, E. & Jaramillo, M. (1990). *Sexualidad y Educación Sexual de la Joven con Limitación Auditiva*. (Tesis de posgrado, Universidad de Antioquia). <http://educacion.udea.edu.co:8080/jspui/bitstream/123456789/1247/1/CD0525.pdf>
- Arulogun, O., Titiloye, M., Afolabi, N., Oyewole, O. & Nwaorgu, O. (2013). Experiences of Girls with Hearing Impairment in Accessing Reproductive Health Care Services in Ibadan, Nigeria. *African Journal of Reproductive Health*, 17(1), 85-93. https://www.researchgate.net/publication/257133376_Experiences_of_girls_with_hearing_impairment_in_accessing_reproductive_health_care_services_in_Ibadan_Nigeria
- Ashcraft, A. & Murray, P. (2017). Talking to Parents About Adolescent Sexuality. *Pediatric Clinics of North America*, 64, 305–320. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2016.11.002>
- Atienzo, E., Campero, L., Estrada, F., Rouse, C. & Walker, D. (2011). Intervenciones con padres de familia para modificar el comportamiento sexual en adolescentes. *Salud Pública de México*, 53(2), 160-171. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10619758009>
- Badu, E., Mensah, I., Gyamfi, N., Agyei-Okyere, E., Abodey, E. & Adusei-Nkrumah, J. (2019). Knowledge and sources of accessing sexual and reproductive health information among visually impaired women in Ghana. *BMC Research Notes* 12(1). <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4568-6>
- Baku, E., Agbemafle, I. & Adanu, R. (2017). Effects of parents training on parents' knowledge and attitudes about adolescent sexuality in Accra Metropolis, Ghana. *Reproductive Health*, 14(101). <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0363-9>

- Banco Mundial & Universidad de Yale. (2004). *Encuesta global sobre VIH/SIDA y discapacidad*.
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/vih_discapacidad.pdf
- Bárcena, S. & Jenkins, B. (2018). Comunicación sexual: diferencias entre padres de hijos con y sin discapacidad. *Psicología y Salud*, 28(1), 5-13.
<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2540/4422>
- Bárcena, S. & Robles, S. (5-7 de octubre de 2016). *Abuso y comportamiento sexual de riesgo en jóvenes con discapacidad auditiva*. [Sesión de conferencia]. XXIV Congreso Mexicano de Psicología.
- Bárcena, S., Enríquez, D., & Sánchez, R. (2021a). La comunicación sobre sexualidad en padres de jóvenes sordos. Manuscrito enviado para publicación.
- Bárcena, S., Guevara, Y. & Álvarez, S. (2017). Características de padres e hijos con discapacidad que intervienen en la comunicación sobre sexualidad. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 9(2), 11-20.
<https://doi.org/10.1016/j.jbhsi.2018.01.002>
- Bárcena, S., Guevara, Y. & Rodríguez, M. (2020). Programa de intervención para promover la comunicación sobre sexualidad en padres de hijos con discapacidad intelectual. *Psicología y Salud*, 30(2), 173-187.
https://www.researchgate.net/publication/342362165_Intervention_program_to_promote_communication_about_sexuality_in_parents_of_children_with_intellectual_disability
- Bárcena, S., Meza, J. M. & López-Vertti, I. (2021b). La comunicación sobre sexualidad está en tus manos: curso en línea para padres de jóvenes sordos. Manuscrito enviado para publicación.
- Bárcena, S., Robles, S. & Díaz-Loving, R. (2013). El Papel de los Padres en la Salud Sexual de sus Hijos. *Acta de Investigación Psicológica*, 3(1), 956-969.
<https://www.redalyc.org/pdf/3589/358933343005.pdf>

- Bárcena, S., Romano, H. & Guzmán, G. (2018). Comunicación sobre Sexualidad en Padres de Hijos con Discapacidad. *Integra2 Revista Electrónica de Educación Especial y Familia*, 9(2), 47-64. https://integra2.fcdh.uatx.mx/admin2/uploads/numero_completo/numero_completo_Volumen_9_Numero_2_julio-diciembre_2018.pdf
- Bartlett, K. (2015). *Sources of Sexual Knowledge and Associated Outcomes in a Deaf Population*. [Tesis de doctorado, Texas Woman's University]. <https://twu-ir.tdl.org/bitstream/handle/11274/9992/2015BartlettOCR.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Batten, G., Oakes, P. & Alexander, T. (2014). Factors Associated With Social Interactions Between Deaf Children and Their Hearing Peers: A Systematic Literature Review. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 19(3), 285-302. <https://doi.org/10.1093/deafed/ent052>
- Beatty, L. & Binnion, C. (2016). A Systematic Review of Predictors of, and Reasons for, Adherence to Online Psychological Interventions. *International Journal of Behavioral Medicine*, 23, 776–794. <https://doi.org/10.1007/s12529-016-9556-9>
- Beckett, M., Elliott, M., Martino, S., Kanouse, D., Corona, R., Klein, D. & Schuster, M. (2010). Timing of Parent and Child Communication About Sexuality Relative to Children's Sexual Behaviors. *Pediatrics*, 125(1), 33-41. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-0806>
- Bobillo, N. (2003). La lectoescritura en las personas sordas. *Educación y Biblioteca*, 138, 69-77. https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/118984/EB15_N138_P69-77.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Brunnberg, E., Lindén, M. & Berglund, M. (2012). Sexual force at sexual debut. Swedish adolescents with disabilities at higher risk than adolescents without disabilities. *Child Abuse & Neglect*, 36, 285–295. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.01.002>
- Burke, E., Kébé, F., Flink, I., van Reeuwijk, M. & le May, A. (2017). A qualitative study to explore the barriers and enablers for young people with disabilities to access sexual

- and reproductive health services in Senegal. *Reproductive Health Matters*, 25(50), 43-54. <https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1329607>
- Cabello, F., Sánchez, F., Farré, J. & Montejo, A. (2020). Consensus on Recommendations for Safe Sexual Activity during the COVID-19 Coronavirus Pandemic. *Journal of Clinical Medicine*, 9(2297). <https://doi.org/10.3390/jcm9072297>
- Campero, L., Walker, D., Atienzo, E. & Gutiérrez, J. (2011). A quasi-experimental evaluation of parents as sexual health educators resulting in delayed sexual initiation and increased access to condoms. *Journal of Adolescence*, 34(2), 215–223. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2010.05.010>
- Casebolt, M. (2020). Barriers to Reproductive Health Services for Women with Disabilities in Low- and Middle-Income Countries: A Review of the Literature. *Sexual & Reproductive Healthcare*. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100485>
- Chen, E. & Barrington, C. (2017). “You Can Do it Anywhere”: Student and Teacher Perceptions of an Online Sexuality Education Intervention. *American Journal Of Sexuality Education*, 12(2), 105-119. <https://doi.org/10.1080/15546128.2017.1298066>
- Chenneville, T. & Schwartz-Mette, R. (2020). Ethical Considerations for Psychologists in the Time of COVID-19. *American Psychological Association*, 75(5), 644–654. <http://dx.doi.org/10.1037/amp000066>
- Choe, S. Seung-Hwan, R., Clark, K., Wang, R., Branz, P. & Robins, G. (2009). The Impact of Cervical Cancer Education for Deaf Women Using a Video Educational Tool Employing American Sign Language, Open Captioning, and Graphics. *Journal of Cancer Education*, 24(1), 10–15. <https://doi.org/10.1080/08858190802665245>
- Chokprajakchad, M., Phuphaibul, R., Sieving, R. & Phumonsakul, S. (2020). Effectiveness of Parent Participation in a Technology-Based Adolescent Sexuality Education Program: A Randomized Control Trial. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 24(2), 219-233. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/190660/163901>

- Cipriano, M., Giacalone, A. & Ruberti, E. (2020). Sexual Behaviors During COVID 19: The Potential Risk of Transmission. *Archives of Sexual Behavior*, 49, 1431–1432. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01757-0>
- Clatos, K. & Asare, M. (2016). Sexuality Education Intervention for Parents of Children with Disabilities: A Pilot Training Program. *American Journal of Health Studies*, 31(3), 151-162. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5500202/pdf/nihms830979.pdf>
- CNDH México. (2017). *Derechos sexuales y reproductivos: un asunto de derechos humanos*. <http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/Derechos-Sexuales-Reproductivos.pdf>
- Collazos, J. (2012). Representaciones sociales de la salud sexual en adolescentes sordos y oyentes en la ciudad de Bogotá. *Pensamiento Psicológico*, 10(2), 35-47. <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v10n2/v10n2a05.pdf>
- Compartiendo Saberes y Transformando Realidades, CSTAC. (s.f.). Inicio [Canal de YouTube]. <https://www.youtube.com/c/COMPARTESABERES>
- Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad. (8 de junio de 2018). *Día nacional de la Lengua de Señas Mexicana 2018*. <https://www.gob.mx/conadis/es/articulos/dia-nacional-de-la-lengua-de-senas-mexicana-2018?idiom=es>
- Cook, D. (2007). Web-based learning: pros, cons and controversies. *Clinical Medicine*, 7(1), 37-42. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.7-1-37>
- Cooper, A., Rose, J. & Mason, O. (2003). Mental Health Professionals' Attitudes Towards People Who Are Deaf. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 13, 314–319. <https://doi.org/10.1002/casp.725>
- Coston, B. (2019). Disability, sexual orientation, and the mental health outcomes of intimate partner violence: A comparative study of women in the U.S. *Disability and Health Journal*, 12, 164-170. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2018.11.002>

- Crowe, T. (2010). Does Knowledge of Dating Violence Keep Deaf College Students at Gallaudet University Out of Abusive Relationships? *JADARA*, 43(2). <https://repository.wcsu.edu/jadara/vol43/iss2/3>
- Crowe, T. (2013). Intimate Partner Violence in the Deaf Community. *JADARA*, 46(2), 71-84. http://www.tararogersinterpreter.com/uploads/1/0/3/7/103709790/crowe_999_ipv_intimate_partner_violence.pdf
- Cruz, M. (2017). Derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad en México. *Memorias Primer Ciclo De Conferencias “Elvia Carrillo Puerto”*. CNDH, México. <https://igualdaddegenero.cndh.org.mx/Content/doc/Publicaciones/Memorias-Primer-Ciclo-Elvia-Carrillo.pdf>
- CSTAC & UNICEF. (2011). “*enSEÑA Sexualidad*”. *Educación para promover los Derechos y la Salud sexual y reproductiva de niños, niñas y jóvenes con discapacidad auditiva*. https://nanopdf.com/download/ensea-sexualidad-educacion-para-promover-los_pdf
- Cumberland, W. G., Berman, B. A., Zazove, P., Sadler, G. R., Jo, A., Booth, H., Wolfson, A., Stern, C., Kauffman, G. & Bastani, R. (2018). A breast cancer education program for D/deaf women. *American Annals of the Deaf*, 163(2), 90–115. <https://doi.org/10.1353/aad.2018.0014>
- DAEA, Centro de Investigación e Intervención Psicosocial. (2017) ¿Cómo se oye cuando no se oye? *Ngo tjin majin (Somos Comunidad)*, 1. <http://indesol.gob.mx/cedoc/pdf/V.%20Grupos%20Sociales/Discapacidad%20Auditiva/%C2%BFC%C3%B3mo%20se%20oye%20cuando%20no%20se%20oye.pdf>
- Davila, R. (1977). Sex Education from the Deaf Perspective. *SIECUS Report*, 6(2), 2, 16. <https://siecus.org/wp-content/uploads/2015/07/6-2.pdf>
- Dean, L., Tolhurst, R., Khanna, R. & Jehan, K. (2017). ‘You’re disabled, why did you have sex in the first place?’ An intersectional analysis of experiences of disabled women with regard to their sexual and reproductive health and rights in Gujarat State, India. *Global Health Action*, 10(2). <https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1290316>

- Decímelo a mí! (s.f.). Inicio [Canal de YouTube].
<https://www.youtube.com/channel/UCUIZ6e97nmxf8MDX2pIpBfA>
- DiIorio, C., McCarty, F., Resnicow, K., Lehr, S. & Denzmore, P. (2007). REAL Men: A Group-Randomized Trial of an HIV Prevention Intervention for Adolescent Boys. *American Journal of Public Health*, 97(6), 1084- 1089.
<https://dx.doi.org/10.2105%2FAJPH.2005.073411>
- Disability Rights International & Colectivo Chuhcan. (2015). *Abuso y Negación de Derechos Sexuales y Reproductivos a Mujeres con Discapacidad Psicosocial en México*. <https://www.driadvocacy.org/wp-content/uploads/Informe-M%C3%A9xico-Mujeres-FINAL-Feb2415.pdf>
- Domínguez, A. (2009). Educación para la inclusión de alumnos sordos. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, 3(1), 45-51.
<http://www.rinace.net/rlei/numeros/vol3-num1/art4.pdf>
- Döring, N. (2020). How Is the COVID 19 Pandemic Affecting Our Sexualities? An Overview of the Current Media Narratives and Research Hypotheses. *Archives of Sexual Behavior*, 49, 2765–2778. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01790-z>
- Dourado, I., Magno, L., Soares, F., Massa, P., Nunn, A., Dalal, S. & Grangeiro, A. (2020). Adapting to the COVID 19 Pandemic: Continuing HIV Prevention Services for Adolescents Through Telemonitoring, Brazil. *AIDS and Behavior*, 24, 1994–1999.
<https://doi.org/10.1007/s10461-020-02927-w>
- Doyle, A. (1995). AIDS Knowledge, Attitudes and Behaviors Among Deaf College Students: A Preliminary Study. *Sexuality and Disability*, 13(2), 107-133.
<https://doi.org/10.1007/BF02590060>
- Druet, N. & Escalante, R. (2000). Conocimientos y actitudes hacia la sexualidad de jóvenes con discapacidad auditiva. *Educación y Ciencia, Nueva época*, 4(7), 57 – 69.
<http://www.educacionyciencia.org/index.php/educacionyciencia/article/view/137/pdf>

- Dupras, A. & Dionne, H. (2013). The concern of parents regarding the sexuality of their child with a mildintellectual disability. *Sexologies*, 23(4), 79-83. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2013.09.002>
- East, L. & Orchard, T. (2013). Somebody Else's Job: Experiences of Sex Education among Health Professionals, Parents and Adolescents with Physical Disabilities in Southwestern Ontario. *Sexuality and Disability*, 32, 335-350. <https://doi.org/10.1007/s11195-013-9289-5>
- Eastman, K., Corona, R. & Schuster, M. (2006). Talking Parents, Healthy Teens: A Worksite-based Program for Parents to Promote Adolescent Sexual Health. *Preventing chronic disease*, 3(4). https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/reprints/2007/RAND_RP1238.pdf
- Elliot, R. & Pick, L. (2015). Sexual Assault Experienced by Deaf Female Undergraduates: Prevalence and Characteristics. *Violence and Victims*, 30(6), 948-959. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.vv-d-14-00057>
- Emelumadu, O., Ezeama, N., Ifeadike, C., Ubajaka, C., Adogu, P., Umeh, U., Nwamoh, U., Ukegbu, A. & Onyeonoro, U. (2014). Parents' Perceptions of Timing of Initiation of Sexuality Discussion with Adolescents in Anambra State, South Eastern Nigeria. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 27, 294-300. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2013.12.008>
- Esparza, S., Benavides-Torres, R., Moreno, M., Torres-Obregón, R. & Dimmit, J. (2020). Factors Associated With the Role of Parents for the Prevention of Human Papillomavirus in Mexican Adolescents. *Hispanic Health Care International*, 19(1), 63-68. <https://doi.org/10.1177/1540415320923569>
- Estivalis, M. & Amat, A. (2014). Educating for sexual and reproductive health in an information Society. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 116, 3026-3029. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.01.701>
- Evans, R., Widman, W., Kamke, K. & Stewart, J. L. (2019). Gender Differences in Parents' Communication With Their Adolescent Children about Sexual Risk and Sex- Positive

- Topics. *The Journal of Sex Research*, 1-12.
<https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1661345>
- Fellinger, J., Holzinger, D. & Pollard, R. (2012). Mental health of deaf people. *The Lancet*, 379, 1037- 1043. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)61143-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(11)61143-4)
- Fernandes, R., Susilawati, S., Muspita, R., Vidya, E., Amri, E., Akbar, A., Putra, A. (2020). Voter Education for the Deaf During the COVID–19 Pandemic. *Palarch's Journal Of Archaeology Of Egypt/Egyptology* 17(7), 10518-10528.
<https://archives.palarch.nl/index.php/jae/article/view/2711/2643>
- Fernández, A., Negrón, M., González, R., Díaz, L., Betancourt-Díaz, E., Cintrón-Bou, F., Varas-Díaz, N. & Villarruel, A. (2017). Actitudes hacia la comunicación sexual entre padres/madres y adolescentes en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 28(1), 80-95. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5520656/pdf/nihms861636.pdf>
- Fileccia, J. (2011). Sensitive Care for the Deaf: A Cultural Challenge. *Creative Nursing*, 17(4), 174-179. <http://dx.doi.org/10.1891/1078-4535.17.4.174>
- Fitz-Gerald, D. & Fitz-Gerald, M. (1977a). Behind the Times. *SIECUS Report*, 6(2), 1, 13-15. <https://siecus.org/wp-content/uploads/2015/07/6-2.pdf>
- Fitz-Gerald, D. & Fitz-Gerald, M. (1977b). Deaf people are sexual, too! *SIECUS Report*, 6(2), 7-19. <https://siecus.org/wp-content/uploads/2015/07/6-2.pdf>
- Fitz-Gerald, D. & Fitz-Gerald, M. (1978). Sexual Implications of Deafness. *Sexuality and Disability*, 1(1), 57-69. <https://doi.org/10.1007/BF01101003>
- Fitz-Gerald, D. & Fitz-Gerald, M. (1980). The Potential Effects of Deafness upon Sexuality. *Sexuality and Disability*, 3(3), 177-181.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/BF01100752>
- Fitz-Gerald, D. & Fitz-Gerald, M. (1998). A Historical Review of Sexuality Education and Deafness: Where Have We Been This Century? *Sexuality and Disability*, 16(4), 249-268. <https://doi.org/10.1023/A%3A1023063727569>

- Flinn, S. (1982). Preparing Teachers of the Deaf to Teach Sex Education. *Sexuality and Disability*, 5(4), 230-236. <https://doi.org/10.1007/BF01119864>
- Flores, D. & Barroso, J. (2017). 21st Century Parent–Child Sex Communication in the United States: A Process Review. *The Journal of Sex Research*, 1-17. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1267693>
- Flujas, J., García, A. & Gómez, I. (2019). Technology-based parenting interventions for children’s physical and psychological health: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49, 1787–1798. <https://doi.org/10.1017/s0033291719000692>
- Folkins, A., Robins, G., Ko, C., Branz, P., Marsh, S. & Bovee, M. (2005). Improving the Deaf community's access to prostate and testicular cancer information: a survey study. *BMC Public Health*, 5(63). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-5-63>
- Frank, K. & Sandman, L. (2019). Supporting Parents as Sexuality Educators for Individuals with Intellectual Disability: The Development of the Home B.A.S.E Curriculum. *Sexuality and Disability*, 37, 329–337. <https://doi.org/10.1007/s11195-019-09582-7>
- Gabriel, K. & Getch, Y. (2001). Parental Training and Involvement in Sexuality Education for Students Who Are Deaf. *American Annals of the Deaf*, 146(3), 287-293. <https://doi.org/10.1353/aad.2012.0076>
- Gannon, C. (1998). The Deaf Community and Sexuality Education. *Sexuality and Disability*, 16(4), 283-293. <https://doi.org/10.1023/A:1023067828478>
- García, F. & Herrero, J. (Coords.). (2008). *Manual de Atención del Alumnado con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo derivadas de Discapacidad Auditiva*. Junta de Andalucía. Consejería de Educación Dirección General de Participación e Innovación Educativa. <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/portalaverroes/documents/10306/1513789/discapacidad+auditiva.pdf>
- García, M. (2010). Las familias en el abordaje de la sexualidad de su hijo sordo. *Revista Transformación*, 6(2), 1-8. <https://core.ac.uk/download/pdf/268093377.pdf>

- García, M., Pérez, M. & Colunga, S. (2016). Tendencias históricas de la educación general y de la sexualidad del escolar sordo. *Revista Transformación*, 12(2), 64 -76. <https://core.ac.uk/download/pdf/268093278.pdf>
- Gartrell, A., Baesel, K. & Becker, C. (2017) “We do not dare to love”: women with disabilities' sexual and reproductive health and rights in rural Cambodia. *Reproductive Health Matters*, 25(50), 31-42. <https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1332447>
- Gaskins, S. (1999). Special Population: HIV/AIDS Among the Deaf and Hard of Hearing. *Journal of the Association of Nurses in Aids Care*, 10(2), 75-78. [https://doi.org/10.1016/s1055-3290\(06\)60301-4](https://doi.org/10.1016/s1055-3290(06)60301-4)
- Gavin, L., Williams, J., Rivera, M. & Lachance, C. (2015). Programs to Strengthen Parent–Adolescent Communication About Reproductive Health: A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 9(2S1), 65-72. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2015.03.022>
- Gertsvolf, N., Campbell, L., Halpern-Felsher, B. & Valente, J. (2012). Mother-Daughter Discordance In Assessing The Quality of Their Communication About Sex And Sexuality. *Journal of Adolescent Health*, 50(2). <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.10.172>
- Getch, Y., Branca, D., Fitz-Gerald, D. & Fitz-Gerald, M. (2001). A Rationale And Recommendations For Sexuality Education In Schools For Students Who Are Deaf. *American Annals of the Deaf*, 146(5), 401-408. <https://doi.org/10.1353/aad.2012.0209>
- Getch, Y., Young, M. & Denny, G. (1998). Sexuality Education for Students Who Are Deaf: Current Practices and Concerns. *Sexuality and Disability*, 16(4), 269-281. <https://doi.org/10.1023/A:1023015811639>
- Gichane, M., Heap, M., Fontes, M. & London, L. (2017). “They must understand we are people”: Pregnancy and maternity service use among signing Deaf women in Cape Town. *Disability and Health Journal*, 10, 434-439. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2017.03.016>

- Gil-Cano, P., Navarro-García, A., Serna-Giraldo, C. & Pinzón-Seguro, M. (2019). Sexualidad: las voces de un grupo de sordos de Medellín (Colombia). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 37(2), 107-115. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v37n2a12>
- Glasgow, R. (2007). eHealth Evaluation and Dissemination Research. *American Journal of Preventive Medicine*, 32(5S), S119-S126. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.amepre.2007.01.023>
- Goldstein, A.P (1973). *Structures learning therapy: Toward a psychotherapy of the poor*. Editorial Academic Press.
- Goldstein, M., Eckhardt, E., Joyner-Creamer, P., Berry, R., Paradise, H. & Cleland, C. (2010). What do Deaf High School Students Know about HIV? *AIDS Education and Prevention*, 22(6), 523–537. <https://doi.org/10.1521/aeap.2010.22.6.523>
- Goldstein, M., Joyner, P., Eckhardt, E. & Berry, R. (2007). *An American Sign Language HIV Video Survey for Deaf Adolescents*. https://www.researchgate.net/publication/268292104_An_American_Sign_Language_HIV_Video_Survey_for_Deaf_Adolescents
- Gomez, M. & Geneta, A. (2020). Curbing the Risks: Toward a Transdisciplinary Sexual Health Literacy Program for Young Adults Who are Deaf and LGBT+. *Sexuality and Disability*, 39, 195–213. <https://doi.org/10.1007/s11195-020-09637-0>
- González, V., Orcasita, L., Carillo, J. & Palma-García, D. (2017). Comunicación familiar y toma de decisiones en sexualidad entre ascendientes y adolescentes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15(1), 419-430. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.11600/10.11600/1692715x.1512605022016>
- Grace, M. (2011). Sexual Behavior Among Filipino High School Students Who are Deaf. *Sexuality and Disability*, 29, 301–312. <https://doi.org/10.1007/s11195-011-9215-7>
- Graham, L., Strassberg, D. & Himle, M. (2019). Family Sexuality Communication for Adolescent Girls on the Autism Spectrum. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49, 2403–2416. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-03904-6>

- Grimes, P. (2012). *HIV/AIDS and Women With Disabilities in Zimbabwe*. [Tesis de maestría, Oregon University].
https://scholarsbank.uoregon.edu/xmlui/bitstream/handle/1794/12376/Grimes_oregon_0171N_10364.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Grossman, J., Sarwar, P., Richer, A. & Erkut, S. (2017). “We Talked About Sex.” “No, We Didn't”: Exploring Adolescent and Parent Agreement About Sexuality Communication. *American Journal of Sexuality Education*, 12(4), 343-357.
<https://doi.org/10.1080/15546128.2017.1372829>
- Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. (2019). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA). Informe 2019*. Gobierno de México.
<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/559766/informe2019-enapea.pdf>
- Guevara, Y., Robles, S., Aguilar, J. & Luna, N. (2016). *Educación sexual en personas con discapacidad. Fundamentos para talleres de intervención*. UNAM, FES Iztacala.
- Guevara, Y., Robles, S., Rodríguez, M. & Frías, B. (2016). Comunicación con padres, comportamiento sexual e indicadores de abuso sexual en jóvenes mexicanos con discapacidad visual. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 10(1), 79-90.
<https://www.redalyc.org/pdf/2972/297245905008.pdf>
- Guilamo-Ramos, V., Bouris, A., Jaccard, J., Gonzalez, B., McCoy, W. & Aranda, D. (2011). A Parent-Based Intervention to Reduce Sexual Risk Behavior in Early Adolescence: Building Alliances Between Physicians, Social Workers, and Parents. *Journal of Adolescent Health*, 48(2), 159–163. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.06.007>
- Hall, K., Samari, G., Garbers, S., Casey, S., Dixon, D., Orcutt, M., Moresky, R., Martinez, M. & McGovern, T. (2020). Centring sexual and reproductive health and justice in the global COVID-19 response. *The Lancet*, 395(10231), 1175–1177.
[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30801-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30801-1)
- Hanass-Hancock, J., Chappell, P., Johns, R. & Nene, S. (2018). Breaking the Silence Through Delivering Comprehensive Sexuality Education to Learners with Disabilities

- in South Africa: Educators Experiences. *Sexuality and Disability*, 36, 105–121. <https://doi.org/10.1007/s11195-018-9525-0>
- Hanum, N. L., Huda, A. & Kurniawan, A. (2018). Development of instructional video media in increasing sex education knowledge for students with hearing impairment. *Jurnal Penelitian Dan Pengembangan Pendidikan Luar Biasa*, 5(1), 62–66. <http://journal2.um.ac.id/index.php/jppplb/article/view/3308/2709>
- Haricharan, H., Heap, M., Hacking, D. & Lau, Y. (2017). Health promotion via SMS improves hypertension knowledge for deaf South Africans. *BMC Public Health*, 17(663). <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4619-7>
- Haualand, H. & Allen, C. (2009). *Deaf people and human rights*. World Federation of the Deaf and Swedish National Association of the Deaf. <https://www.rasit.org/files/Deaf-People-and-Human-Rights-Report.pdf>
- Heiman, E., Haynes, S. & McKee, M. (2015). Sexual health behaviors of Deaf American Sign Language (ASL) users. *Disability and Health Journal*, 8, 579-585. <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.dhjo.2015.06.005>
- Hernández, M. (2020). Nombrar la discapacidad. Cómo habitar las palabras sin discriminación. *Revista de la Universidad de México*, 866, 16-21.
- Hindley, P. (2005). Mental health problems in deaf children. *Current Paediatrics*, 15(2), 114–119. <https://doi.org/10.1016/j.cupe.2004.12.008>
- Hoffmann, T. & Worrall, L. (2004). Designing effective written health education materials: Considerations for health professionals. *Disability and Rehabilitation*, 26(19), 1166–1173. <https://doi.org/10.1080/09638280410001724816>
- Horner-Johnson W., Moe E., Stoner R., Klein K., Edelman, A., Eden, K., Andresen, E., Caughey, A. & Guise, J. (2018). Contraceptive Knowledge and Use among Women with Intellectual, Physical, or Sensory Disabilities: A Systematic Review. *Disability and Health Journal*, 12(2), 139-154. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2018.11.006>

- Hough, S. (2020). From the Editor of Sexuality and Disability: The Impact of COVID 19 on Sexuality and Disability—Are We Closer or More Isolated? *Sexuality and Disability*, 24, 1-2. <https://doi.org/10.1007/s11195-020-09634-3>
- Huber, M. & Kipman, U. (2011). The mental health of deaf adolescents with cochlear implants compared to their hearing peers. *International Journal of Audiology*, 50, 146–154. <https://doi.org/10.3109/14992027.2010.533704>
- Hucker, A. & McCabe, M. (2014). A Qualitative Evaluation of Online Chat Groups for Women Completing a Psychological Intervention for Female Sexual Dysfunction. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 40(1), 58–68. <https://doi.org/10.1080/0092623x.2012.675020>
- Hussein, J. (2020). COVID-19: What implications for sexual and reproductive health and rights globally? *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28(1). <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1746065>
- Ibarra, L. & Muñoz, N. (2011). Maltrato, Violencia y Mujeres sordas. En B. Estrada (Ed.), *Mental Health And Some Sociocultural Issues In Deaf People*. Nova Publisher.
- INDEPEDI. (2017). *Diccionario de Lengua de Señas Mexicana de la Ciudad de México*. Gobierno de la Ciudad de México. https://pdh.cdmx.gob.mx/storage/app/media/banner/Dic_LSM%202.pdf
- INEGI. (2019). *Estadísticas a propósito del Día Internacional de las Personas con Discapacidad (3 de Diciembre)*. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2015/discapacidad0.pdf>
- INEGI. (2020). *Censo 2020 de Población y Vivienda. Principales resultados*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ccpv/2020/doc/Censo2020_Principales_resultados_EUM.pdf
- Instituto Mexicano de la Juventud. (2008). *Encuesta Nacional de Violencia en las Relaciones de Noviazgo 2007. Resumen Ejecutivo*.

https://sistemadif.jalisco.gob.mx/cepavi/Material_didactico/Noviazgo/Encuesta_violencia_2007.pdf

Instituto Nacional de las Mujeres. (30 de junio de 2021). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*. <https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-33454>

Jacob, L., Smith, L., Butler, L., Barnett, Y., Grabovac, I., McDermott, D., Armstrong, N., Yakkundi, A. & Tully, M. (2020). Challenges in the Practice of Sexual Medicine in the Time of COVID-19 in the United Kingdom. *Journal of Sexual Medicine*, 17, 1229-1236. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.05.001>

Jensen, L., Nakaji, M., Harry, K., Gallegos, N., Malcarne, V. & Robins, G. (2013). Ovarian Cancer: Deaf and Hearing Women's Knowledge Before and After an Educational Video. *Journal of Cancer Education*, 28, 647–655. <https://doi.org/10.1007/s13187-013-0529-2>

Job, J. (2004). Factors Involved in the Ineffective Dissemination of Sexuality Information to Individuals Who are Deaf or Hard Of Hearing. *American Annals of the Deaf*, 143(3), 264-273. <https://doi.org/10.1353/aad.2004.0025>

Joseph, J., Sawyer, R. & Desmond, S. (1995). Sexual Knowledge, Behavior and Sources of Information Among Deaf and Hard of Hearing College Students. *American Annals of the Deaf*, 140(4), 338-345. <https://doi.org/10.1353/aad.2012.0379>

Kamke, K., Widman, L. & Desmarais, S. (2019). Evaluation of an Online Sexual Health Program among Adolescent Girls with Emotional and Behavioral Difficulties. *Journal of Child and Family Studies*. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01685-1>

Kassa, T., Luck, L., Bekele, A. & Riedel-Heller, S. (2016). Sexual and reproductive health of young people with disability in Ethiopia: a study on knowledge, attitude and practice: a cross-sectional study. *Globalization and Health*, 12(5). <https://doi.org/10.1186/s12992-016-0142-3>

- Keatley, R. (2016). *Deaf People in Western Region, Kenya: Language, Community and HIV/AIDS*. [Tesis de doctorado, Department of Epidemiology and Public Health University College London].
https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/1492683/1/Keatley_RobertThesisFinal.pdf
- Kirana, P., Gudeloglu, A., Sansone, A., Fode, M., Reisman, Y., Corona, G. & Burri, A. (2020). E-Sexual Health: A Position Statement of the European Society for Sexual Medicine. *Journal of Sexual Medicine*, 17, 1246-1253.
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.03.009>
- Kok, G. & Akyüz, A. (2015). Evaluation of Effectiveness of Parent Health Education About the Sexual Developments of Adolescents with Intellectual Disabilities. *Sexuality and Disability*, 33, 155-174. <https://doi.org/10.1007/s11195-015-9400-1>
- Kvam, M. (2000). Is Sexual Abuse of Children With Disabilities Disclosed? A Retrospective Analysis of Child Disability and the Likelihood of Sexual Abuse Among Those Attending Norwegian Hospitals. *Child Abuse & Neglect*, 24(8), 1073–1084.
https://www.researchgate.net/publication/12338112_Is_sexual_abuse_of_children_with_disabilities_disclosed_A_retrospective_analysis_of_child_disability_and_the_likelihood_of_sexual_abuse_among_those_attending_Norwegian_hospitals
- Kvam, M. (2004). Sexual abuse of deaf children. A retrospective analysis of the prevalence and characteristics of childhood sexual abuse among deaf adults in Norway. *Child Abuse & Neglect*, 28(3), 241–251.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.chiabu.2003.09.017>
- LaBarre, A. (1998). Treatment of Sexually Abused Children Who Are Deaf. *Sexuality and Disability*, 16(4), 321-324. <https://doi.org/10.1023/A:1023072029386>
- Landa-Durán, P. & Peñalosa-Castro, E. (2009). Enseñanza de la psicología clínica conductual, presencial vs. en línea: la importancia del diseño instruccional. *Acta Colombiana de Psicología*, 12(1), 109-123. <http://hdl.handle.net/handle/001/195>
- Larmuseau, C., Desmet, P. & Depaepe, F. (2019). Perceptions of instructional quality: Impact on acceptance and use of an online learning environment. *Interactive Learning Environments*, 27(7), 953-964. <https://doi.org/10.1080/10494820.2018.1509874>

- Lederman, R., Chan, W. & Roberts-Gray, C. (2008). Parent-Adolescent Relationship Education (PARE): Program Delivery to Reduce Risks for Adolescent Pregnancy and STDs. *Behavioral Medicine*, 33(4), 137-144. <http://dx.doi.org/10.3200/BMED.33.4.137-144>
- Lehan, M., Loew, N., Gonzalez, A., Tykol, H. & Christensen, T. (2016). Parent Perceptions of Sexual Education Needs for Their Children With Autism. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(6), 608-618. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2016.07.003>
- Liñares, X. (2003). Apuntes para una sociología de la comunidad sorda. *Educación y Biblioteca*, 138, 50-61. https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/118983/EB15_N138_P50-61.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Liua, T., Fuller, J., Hutton, A. & Grant, J. (2017). Factors shaping parent-adolescent communication about sexuality in urban China. *Sex Education*, 17(2), 180-194. <https://doi.org/10.1080/14681811.2016.1276897>
- López, M. (2003). La socialización en el colectivo de personas sordas. *Educación y Biblioteca*, 138, 62-68. https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/118985/EB15_N138_P62-68.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- López, M., Fortúnez, M. & Rivas, B. (2018). La Educación Sexual de los Adolescentes Sordos de la Secundaria Básica. *Revista Atlante: Cuadernos de Educación y Desarrollo*. <https://www.eumed.net/rev/atlante/2018/11/educacion-sexual-adolescentessordos.html>
- MacDougall, J. (1991). Current Issues in Deafness: A Psychological Perspective. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 32(4), 612-627. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0079038>
- Macías, J. & Valero, L. (2018). La psicoterapia on-line ante los retos y peligros de la intervención psicológica a distancia. *Apuntes de Psicología*, 36(1-2), 107-113.

https://www.psicociencias.com/pdf_descargas/psicoterapia_online_retosintervencion_distancia.pdf

- Mall, S. & Swartz, L. (2014). Attitudes toward condom education amongst educators for Deaf and hard-of-hearing adolescents in South Africa. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 6(1). <https://doi.org/10.4102/phcfm.v6i1.564>
- Mallinson, R. (2004). Perceptions of HIV/AIDS by Deaf Gay Men. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 15(4), 27–36. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/1055329004267338>
- Mantilla, J. (2016). *Rol del Cuidador Primario en la Sexualidad de Personas con Discapacidad Auditiva de la Asociación de Sordos de la Ciudad de Barrancabermeja*. [Tesis de licenciatura, Universidad Cooperativa de Colombia]. https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/13752/1/2016_sexualidad_discapacidad_comunicacion.pdf
- Marciniak, R., & Sallán, J. G. (2018) Dimensiones de evaluación de calidad de educación virtual: revisión de modelos referentes. *RIED. Revista Iberoamericana de Educación a Distancia*, 21(1), 217-238. <https://doi.org/10.5944/ried.21.1.16182>
- Margaryan, A., Bianco, M. & Littlejohn, A. (2015). Instructional quality of massive open online courses (MOOCs). *Computers & Education*, 80, 77-83. <https://doi.org/10.1016/j.compedu.2014.08.005>
- Martínez, A. (2014). Comunicación con padres y comportamiento sexual en jóvenes con Discapacidad Auditiva. [Actividad-Reporte de Investigación, FES Iztacala, UNAM]. https://tesiunam.dgb.unam.mx/F/2XDNV3269A8MCCVYNV376N8MK9DC9U7REBVYHQ2M2QKTDAL8DV-21355?func=full-set-set&set_number=666724&set_entry=000002&format=999
- Martínez, J. & Zaldívar, Y. (2014). Educando la sexualidad de las personas sordas. *Opuntia Brava*, 6(2). <http://200.14.53.83/index.php/opuntiabrava/article/view/334/328>
- Mbachu, C., Agu, I., Eze1, I., Agu, C., Ezenwaka, U., Ezumah, N. & Onwujekwe, O. (2020). Exploring issues in caregivers and parent communication of sexual and reproductive

- health matters with adolescents in Ebonyi state, Nigeria. *BMC Public Health*, 20(77).
<https://doi.org/10.1186/s12889-019-8058-5>
- McKee, M., Schlehofer, D. & Thew, D. (2013). Ethical Issues in Conducting Research With Deaf Populations. *American Journal of Public Health*, 103(12), 2174-2178.
<https://doi.org/10.2105/ajph.2013.301343>
- Meador, H. & Zazove, P. (2005). Health care interactions with Deaf culture. *Journal of the American Board of Family Practice*, 18(3), 218-222.
<https://doi.org/10.3122/jabfm.18.3.218>
- Merkin, L. & Smith, M. (1995). A Community Based Model Providing Services for Deaf and Deaf-Blind Victims of Sexual Assault and Domestic Violence. *Sexuality and Disability*, 13(2). <https://doi.org/10.1007/BF02590059>
- Merrill, M. D. (2002). First principles of instruction. *Educational Technology Research and Development*, 50(3), 43-59.
<https://mdavidmerrill.files.wordpress.com/2019/04/firstprinciplesbymerrill.pdf>
- Merrill, M. D. (2007). First principles of instruction: A synthesis. *Trends and issues in instructional design and technology*, 2, 62-71.
<https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.470.6681&rep=rep1&type=pdf>
- Mestre, G., Blycker, G. & Potenza, M. (2020). Pornography use in the setting of the COVID-19 pandemic. *Journal of Behavioral Addictions*, 9(2), 181-183.
<https://doi.org/10.1556/2006.2020.00015>
- Meza, J. M., De la Rosa, A. & González, E. (2018). Diseño instruccional de Unidades de Apoyo para el Aprendizaje con base en autorregulación para la orientación de estudiantes de psicología en línea. *EduTec. Revista Electrónica De Tecnología Educativa*, (62), 94-103. <https://doi.org/10.21556/edutec.2017.62.1005>
- Miller, T. (s.f.). *Educación Social/Sexual para Niños y Jóvenes Sordociegos*. <https://cultura-sorda.org/wp->

content/uploads/2015/11/Miller_Educacion_social_sexual_ninos_jovenes_sordociegos.pdf

- Mitra, M., Akobirshoev, I., McKee, M. & Iezzoni, L. (2016). Birth outcomes among U.S. women with hearing loss. *American Journal of Preventive Medicine*, 51(6), 865-873. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2016.08.001>
- Mitre, G. & Estrada, B. (2011). La sexualidad de las personas con sordera. Aplicación de un programa de Educación Sexual. En B. Estrada (Ed.), *Mental Health And Some Sociocultural Issues In Deaf People*. Nova Publisher
- Morawska, A., Walsh, A., Grabskim, M. & Fletcher, R. (2015). Parental confidence and preferences for communicating with their child about sexuality. *Sex Education*, 15(3), 235-248. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/14681811.2014.996213>
- Moreno, R. (2020). Reflexiones en torno al Impacto del Covid-19 sobre la Educación Universitaria: Aspectos a Considerar acerca de los Estudiantes con Discapacidad. *Revista Internacional de Educación para la Justicia Social*, 9(3e). <https://revistas.uam.es/riejs/article/view/12227>
- Morris, M., Saunders, R. & Iantaffi, A. (2017). *Intersectional and intermodal: Making sexual health information accessible to LGBTQ+ Deaf people*. <http://library.ifla.org/1671/1/113-morris-en.pdf>
- Moss, K. & Blaha, R. (2001). *Introduction to Sexuality Education for Individuals Who Are Deaf-Blind and Significantly Developmentally Delayed*. National Information Clearinghouse on Children who are Deaf-Blind. https://www.nationaldb.org/media/doc/sex-education_MagxEnA.pdf
- Mphra, W. (2013a). Exploring Knowledge and Attitudes towards HIV/AIDS among Deaf People in Ghana. *Disability, CBR & Inclusive Development*, 24(2), 22- 39. <http://doi.org/10.5463/dcid.v24i2.196>
- Mphra, W. (2013b). Knowledge and use of contraceptive methods amongst deaf people in Ghana. *African Journal of Disability* 2(1). <http://dx.doi.org/10.4102/ajod.v2i1.43>

- Mphra, W. (2013c). Perceptions about Barriers to Sexual and Reproductive Health Information and Services among Deaf People in Ghana. *Disability, CBR & Inclusive Development*, 24(3), 21-36. <http://doi.org/10.5463/dcid.v24i3.234>
- Mphra, W. (2013d). Sexual and reproductive health needs assessment with deaf people in Ghana: Methodological challenges and ethical concerns. *African Journal of Disability*, 2(1). <http://dx.doi.org/10.4102/ajod.v2i1.55>
- Mphra, W. (2014). Sources and Use of Sexual and Reproductive Health Information Among Deaf People in Ghana. *Indonesian Journal of Disability Studies*, 1(1), 1-11. <https://ijds.ub.ac.id/index.php/ijds/article/viewFile/4/2>
- Mprah, W., Anafi, P. & Addai, P. (2017). Exploring misinformation of family planning practices and methods among deaf people in Ghana. *Reproductive Health Matters*, 25(50), 20-30. <https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1332450>
- Muñoz-Baell, I., Ruiz-Cantero, M., Álvarez-Dardet, C. & Ferreiro-Lago, E. & Aroca-Fernández, E. (2012). Comunidades sordas: ¿pacientes o ciudadanas? *Gaceta Sanitaria*, 25(1), 72–78. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.09.020>
- Murray, J., Hall, W. & Snoddon, K. (2019). Education and health of children with hearing loss: the necessity of signed languages. *Bull World Health Organ*, 97(10), 711–716. <https://doi.org/10.2471/blt.19.229427>
- Mustanski, B., Greene, G. & Ryan, D. (2015). Feasibility, Acceptability, and Initial Efficacy of an Online Sexual Health Promotion Program for LGBT Youth: The Queer Sex Ed Intervention. *The Journal of Sex Research*, 52(2), 220–230. <https://doi.org/10.1080/00224499.2013.867924>
- Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Naciones Unidas. (2019). *Disability and Development Report. Realizing the Sustainable Development Goals by, for and with persons with disabilities, 2018*. <https://social.un.org/publications/UN-Flagship-Report-Disability-Final.pdf>

- Nampewo, Z. (2017). Young women with disabilities and access to HIV/AIDS interventions in Uganda. *Reproductive Health Matters*, 25(50), 121-127. <https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1333895>
- Neuhauser, L., Ivey, S., Huang, D., Engelman, A., Tseng, W., Dahrouge, D., Gurung, S. & Kealey, M. (2013). Availability and Readability of Emergency Preparedness Materials for Deaf and Hard-of-Hearing and Older Adult Populations: Issues and Assessments. *PLOS ONE*, 8(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055614>
- Nurachmaha, E., Yonaa, S., Ismailb, R., Afiyantia, Y., Kharirohc, S., Surdanad, K., Sabariahe, S., Haris M. & Toding, J. (2019). Adolescent-parent communication about sexual and reproductive health among junior high school students in five areas with the highest prevalence of HIV in Indonesia: A qualitative study. *Enfermería Clínica*, 29(2), 194-198. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.053>
- Olvera, M. (2017). Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad. *Memorias Primer Ciclo De Conferencias “Elvia Carrillo Puerto”*. CNDH, México. <https://igualdaddegenero.cndh.org.mx/Content/doc/Publicaciones/Memorias-Primer-Ciclo-Elvia-Carrillo.pdf>
- OMS & Banco Mundial. (2011). *Informe Mundial sobre la Discapacidad*. https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789240688230_spa.pdf
- OMS & UNFPA. (2009). *Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44207/9789241598682_eng.pdf?sequence=1
- OMS. (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>
- OMS. (2020). *Consideraciones relativas a la discapacidad durante el brote de COVID-19*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52026/OPSNMHCOVID19200009_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y

- OMS. (2020). *Deafness and hearing loss*. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/deafness-and-hearing-loss>
- Ontoria, M. (2014). La plataforma Moodle: características y utilización en ELE. En N. Contreras (Ed.), *La enseñanza del español como LE/L2 en el siglo XXI* (pp. 913-921). Asociación para la Enseñanza del Español como Lengua Extranjera. <https://dialnet.unirioja.es/download/libro/564835.pdf>
- Orcasita, L., Cuenca, J., Montenegro, J., Garrido, D. & Haderlein, A. (2018). Diálogos y saberes sobre sexualidad de padres con hijos e hijas adolescentes escolarizados. *Revista Colombiana de Psicología*, 27, 41-53. <https://psycnet.apa.org/doi/10.15446/rcp.v27n1.62148>
- Oschwald, M., Renker, P., Hughes, R., Arthur, A., Powers, L. & Curry, A. (2009). Development of an Accessible Audio Computer-Assisted Self-Interview (A-CASI) to Screen for Abuse and Provide Safety Strategies for Women With Disabilities. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(5), 795-818. <https://doi.org/10.1177/0886260508317175>
- Othman, A., Shaheen, A., Otoum, M., Aldiqs, M., Hamad, I., Dabobe, M., Langer, A. & Gausman, J. (2020) Parent–child communication about sexual and reproductive health: perspectives of Jordanian and Syrian parents. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28(1). <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1758444>
- Oyedunni S. Osowole, a., & Oladimeji Oladebo, a. (2000). Effect of Peer Education on Deaf Secondary School Students' HIV/AIDS Knowledge, Attitudes and Sexual Behaviour. *African Journal Of Reproductive Health / La Revue Africaine De La Santé Reproductive*, 4(2), 93-103. <https://doi.org/10.2307/3583453>
- Panzeri, M., Ferrucci, R., Cozza, A. & Fontanesi, L. (2020). Changes in Sexuality and Quality of Couple Relationship During the COVID-19 Lockdown. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.565823>
- Parentalidad Positiva. (20 de febrero de 2018). *Sunshine. No confundir amor con abuso* [Archivo de video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=eis6QZNIW3E&t=83s>

- Peinkofer, J. (1994). HIV Education for the Deaf, A Vulnerable Minority. *Public Health Reports*, 109(3), 390-396. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1403503/pdf/pubhealthrep00060-0088.pdf>
- Peña, C., Vaillant, M., Soler, O., Bring, Y. & Domínguez, Y. (2020). Personas con Discapacidad y Aprendizaje Virtual: Retos para las TIC en Tiempos de Covid-19. *Revista Tecnológica-Educativa Docentes* 2.0, 9(2), 204-211. <https://doi.org/10.37843/rted.v9i2.165>
- Peñalosa E., Castañeda, S., Mata, M. & Morán, C. (2010). Construcción de unidades instruccionales para cursos de procesos básicos en psicología: una metodología de análisis y diseño instruccional. *Revista Mexicana de Psicología*, 27(1), 87-93. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2430/243016325009>
- Pereira, G., Bernardes, F., Vieira, I., Lopes da Silva, A., Abuhid, C. & Geber, S. (2020). COVID 19 and Sexuality: Reinventing Intimacy. *Archives of Sexual Behavior*, 49, 2735–2738. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01796-7>
- Pérez, Y. & Robles, S. (2018). Comparación del nivel de conocimiento y debut sexual en jóvenes con sordera de la Ciudad de México y Guadalajara. *Pensamiento Crítico. Revista de Investigación Multidisciplinaria*, 9, 1-8. https://pensamientocriticoudf.com.mx/images/img/PDF/5_No_9/ART.%201%202018-II.pdf
- Pérez, Y. (2019). *Intervención educativa en salud sexual apoyada por una aplicación vía internet, dirigida a jóvenes sordos mexicanos* [Tesis de doctorado, FES Iztacala UNAM]. https://tesiunam.dgb.unam.mx/F/4EK6GF5BEFX3BHGG3VVM2VIIS4QH5UMAEMVIQA3Q2FLCY22BDQ-47790?func=find-b&local_base=TES01&request=Intervenci%C3%B3n+educativa+en+salud+sexual+a+poyada+por+una+aplicaci%C3%B3n+v%C3%ADa+internet%2C+dirigida+a+j%C3%B3venes+sordos+mexicanos+%&find_code=WRD&adjacent=N&filter_code_2=WYR&filter_request_2=&filter_code_3=WYR&filter_request_3=

- Pérez, Y., Robles, S., Guevara, Y. & Lugo, I. (2018). Autoeficacia y fallas en el uso del preservativo, estudio comparativo entre jóvenes sordos y oyentes. *VERTIENTES Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, número especial, memoria in extenso, 240-242.
- Pérez, Y., Robles, S., Tiburcio, M. & Guevara, Y. (2020). ProTGTlsm: Diseño y evaluación de una aplicación para la educación sexual de jóvenes sordos mexicanos. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, 7(2), 136-148. <https://doi.org/10.17979/reipe.2020.7.2.6905>
- Phaneuf, J. (1987). Considerations on Deafness and Homosexuality. *American Annals of the Deaf*, 132(1), 52-55. <https://doi.org/10.1353/aad.2012.0838>
- Policía de Investigaciones de Chile. (s.f.). *Serie Educativa PAS (Prevención de Agresiones Sexuales)* [Lista de reproducción de YouTube]. <https://youtube.com/playlist?list=PL85w75T8yOrOj5Iupezolw3mJsCciBA9s>
- Pollard, R., Dean, R., O'Hearn, A. & Haynes, S. (2009). Adapting Health Education Material for Deaf Audiences. *Rehabilitation Psychology*, 54(2), 232–238. <https://doi.org/10.1037/a0015772>
- Pugliese, C., Ratto, A., Granader, A., Dudley, K., Bowen, A., Baker, C. & Gutermuth, L. (2020). Feasibility and preliminary efficacy of a parent-mediated sexual education curriculum for youth with autism spectrum disorders. *Autism*, 24(1), 64-79. <https://doi.org/10.1177%2F1362361319842978>
- Rey, M. (2008). *El cuerpo en la construcción de la identidad de los sordos*. <https://rehip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/12443/EI%20cuerpo%20en%20la%20construcci%C3%B3n%20de%20la%20identidad%20de%20los%20sordos.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Rezi, M., Karsidi, R., Utari, P. & Tri, D. (2020). Building Communication with Deaf Children during The Covid-19 Pandemic. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*, 510. <http://dx.doi.org/10.2991/assehr.k.201219.001>

- Riley, T., Sully, E., Ahmed, Z & Biddlecom, A. (2020). Estimates of the Potential Impact of the COVID-19 Pandemic on Sexual and Reproductive Health In Low- and Middle-Income Countries. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 46, 73-76. <https://doi.org/10.1363/46e9020>
- Ritterband, L., Thorndike, F., Cox, D., Kovatchev, B. & Gonder-Frederick, L. (2009). A Behavior Change Model for Internet Interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 38, 18–27. <https://doi.org/10.1007/s12160-009-9133-4>
- Roberts, G. (2009). *Sexuality Education, Sexual Communication, Rape Myth Acceptance, and Sexual Assault Experience Among Deaf And Hard Of Hearing College Students*. [Tesis doctorado, University of Maryland, College Park]. https://drum.lib.umd.edu/bitstream/handle/1903/9937/Francavillo_umd_0117E_1089_8.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Robles, S. & Guevara, Y. (2017). Comportamientos de riesgo y abuso sexual en varones y mujeres con discapacidad visual o auditiva. *Revista Española de Discapacidad*, 5(1), 133-151. <https://doi.org/10.5569/2340-5104.05.01.08>
- Robles, S. & Pérez, Y. (2021). Uso del condón en jóvenes sordos de la Ciudad de México: qué saben y cómo lo usan. *Interacciones, Revista de Avances en Psicología*, 7(177). <http://dx.doi.org/10.24016/2020.v7.177>
- Robles, S., Guevara, Y. & Pérez, Y. (2021). Factores de Riesgo para la Salud Sexual de Jóvenes Sordos: Evaluación con un Cuestionario Computarizado. *Revista Colombiana de Psicología*, 30(1), 27-45. <https://doi.org/10.15446/rcp.v29n2.77173>
- Robles, S., Guevara, Y., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M. & Bárcena, S. (2015). *Factores relacionados con embarazo no deseado y abuso sexual en jóvenes mexicanos con discapacidad auditiva: evaluación e intervención* (Informe técnico núm. 1). PAPIIT/DGAPA/UNAM.
- Robles, S., Guevara, Y., Pérez, Y. & Hermosillo, A. (2013). Comunicación con padres y conducta sexual en jóvenes mexicanos con discapacidad auditiva. *Psicología y Salud*, 23(2), 227-239. <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-23-2/23-2/Silvia%20Susana%20Robles%20Montijo.pdf>

- Robles-Bykbaev, Y., Oyola-Flores, C., Robles-Bykbaev, V., López-Nores, M., Ingavélez-Guerra, P., Pazos-Arias, J., Pesántez-Avilés, F. & Ramos-Cabrer, M. (2019). A Bespoke Social Network for Deaf Women in Ecuador to Access Information on Sexual and Reproductive Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(20). <https://doi.org/10.3390/ijerph16203962>
- Rodríguez, D. (2016). *¿DISCAPACITADO? NO, ¡SORDO! La creación de la identidad Sorda, su formulación como comunidad diferenciada y sus condiciones de accesibilidad al sistema de salud*. [Tesis de doctorado, Universitat Autònoma de Barcelona].
<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/399217/drm1de1.pdf?sequence=1>
- Rogers, A., Thao, H., Stormshak, E. & Dishion, T. (2015). Quality of Parent-Adolescent Conversations About Sex and Adolescent Sexual Behavior: An Observational Study. *Journal of Adolescent Health*, 57, 174-178.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.04.010>
- Rojas, B. (2018). *El Uso de Infografías Animadas como Apoyo en la Educación Sexual de Adolescentes con Discapacidad Auditiva*. [Tesis de maestría no publicada]. Facultad de Artes y Diseño, UNAM.
- Rojas, R., Castro, F., Villalobos, A., Allen-Leigh, B., Romero, M., Braverman, A. & Uribe, P. (2017). Educación sexual integral: cobertura, homogeneidad, integralidad y continuidad en escuelas de México. *Salud Pública de México*, 59(1), 19-27.
<http://dx.doi.org/10.21149/8411>
- Rooks-Ellis, D., Jones, B., Sulinski, E., Howorth, S. & Achey, N. (2020). The Effectiveness of a Brief Sexuality Education Intervention for Parents of Children with Intellectual and Developmental Disabilities. *American Journal of Sexuality Education*, 15(4), 444-464. <https://doi.org/10.1080/15546128.2020.1800542>
- Ros, I. (2008). Moodle, la plataforma para la enseñanza y organización escolar. *Ikastorratza, e- Revista de Didáctica*, 2. http://www.ehu.es/ikastorratza/2_alea/moodle.pdf

- Rowen, T., Stein, S. & Tepper, M. (2015). Sexual Health Care for People with Physical Disabilities. *Journal of Sexual Medicine*, 12, 584–589. <https://doi.org/10.1111/jsm.12810>
- Ruíz, R. (2011). La Identidad Cultural de las Personas Sordas. En B. Estrada (Ed.), *Mental Health And Some Sociocultural Issues In Deaf People*. Nova Publisher.
- Ruiz-Canela M., López-del Burgo, C., Carlos, S., Calatrava, M., Osorio, A. & de Irala, J. (2012). Familia, amigos y otras fuentes de información asociadas al inicio de las relaciones sexuales en adolescentes de El Salvador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31(1), 54–61. <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2012.v31n1/54-61/es>
- Sánchez, R. & Robles, S. (2014). Apoyo, Supervisión y Comunicación con Padres y su Relación con el Comportamiento Sexual de Jóvenes en Conflicto con la Ley. *Acta de Investigación Psicológica*, 4(1), 1398-1411. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007471914703837>
- Sanchez, T., Zlotorzynska, M., Rai, M. & Baral, S. (2020). Characterizing the Impact of COVID 19 on Men Who Have Sex with Men Across the United States in April, 2020. *AIDS and Behavior*, 24, 2024–2032. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02894-2>
- Sawyer, R., Desmond, S., Joseph, J. (1996). A comparison of sexual knowledge, behavior, and sources of health information between deaf and hearing university students. *Journal of Health Education*, 27(3), 144-155. <https://doi.org/10.1080/10556699.1996.10603187>
- Schaafsma, D., Kok, G., Stoffelen, T. & Curfs, L. (2017). People with Intellectual Disabilities Talk About Sexuality: Implications for the Development of Sex Education. *Sexuality and Disability*, 35, 21–38. <https://doi.org/10.1007/s11195-016-9466-4>
- Schuster, M., Corona, R., Elliott, M., Kanouse, D., Eastman, K., Zhou, K. & Klein, D. (2008). Evaluation of Talking Parents, Healthy Teens, a new worksite based parenting programme to promote parent-adolescent communication about sexual health: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 10. <https://doi.org/10.1136/bmj.39609.657581.25>

- Scull, T., Malik, C. & Keefe, E. (2020). Determining the feasibility of an online, media mediation program for parents to improve parent-child sexual health communication. *Journal of Media Literacy Education*, 12(1), 13-25. <https://doi.org/10.23860/JMLE-2020-12-1-2>
- Sears, H., Robinson, B. & Byers, S. (2020). Young adolescents' responsiveness to sexual communication with their mother: Distinguishing diverse intentions. *Journal of Adolescence*, 80, 136-144. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2020.02.006>
- Secretaría de Salud. (2020). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH. Informe Histórico VIH Día Mundial 2020*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/594852/Informe_Hist_rico_2020_DVEET_VIH_D_a_Mundial_2020_vFrev.pdf
- Serafín, M. & González, R. (2011). *Manos con voz. Diccionario de Lengua de Señas Mexicana*. México: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. https://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/DiccioSenas_ManosVoz_ACCSS.pdf
- Shaul, S. (1981). Deafness and Human Sexuality: A Developmental Review. *American Annals of the Deaf*, 126(4), 432-439. <https://doi.org/10.1353/aad.2012.1406>
- Shindel, A. & Rowen, T. (2020). Challenges in the Practice of Sexual Medicine in the Time of COVID-19 in the United States. *Journal of Sexual Medicine*, 17(7), 1216-1219. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.05.011>
- Sierralta, V. (2013). *Violencia de Género desde una perspectiva Sorda*. https://www.academia.edu/download/37143744/Violencia_de_Genero_desde_una_Perspectiva_Sorda.pdf
- Singleton, J., Jones, G. & Hanumantha, S. (2014). Toward Ethical Research Practice With Deaf Participants. *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics*, 9(3), 59-66. <https://doi.org/10.1177/1556264614540589>
- Smith, C. & Colton, S. (2020). Creating a YouTube Channel to Equip Parents and Teachers of Students Who are Deaf. *Journal of Technology and Teacher Education*, 28(2), 453-

461.

https://www.researchgate.net/publication/344253350_Creating_a_YouTube_Channel_to_Equip_Parents_and_Teachers_of_Students_Who_are_Deaf

- Somers, C., Avendt, E. & Sepsey, A. (2019). Parent-adolescent sexual dialogue. Does content and approach matter in adolescent sexual attitudes and behaviors? *Health Education, 119*(3), 215-229. <https://doi.org/10.1108/HE-08-2018-0038>
- Soto, F., Franco, M., Monardes, C. & Jiménez, F. (2010). Internet y Psicología Clínica: revisión de las ciber-terapias. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 15*(1), 19-37. <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/4082/3936>
- Stein, S., Kohut, T. & Dillenburger, K. (2018). The Importance of Sexuality Education for Children With and Without Intellectual Disabilities: What Parents Think. *Sexuality and Disability, 36*, 141–148. <https://doi.org/10.1007/s11195-017-9513-9>
- Sullivan, P. & Knutson, J. (1998). Maltreatment and Behavioral Characteristics of Youth Who Are Deaf and Hard-of-Hearing. *Sexuality and Disability, 16*(4), 295-319. <https://doi.org/10.1023/A:1023019912548>
- Sullivan, P. (2009). Violence Exposure Among Children with Disabilities. *Clin Child Fam Psychol Rev, 12*, 196–216. <https://doi.org/10.1007/s10567-009-0056-1>
- Sullivan, P., Vernon, M. & Scanlan, J. (1987). Sexual abuse of deaf youth. *American Annals of the Deaf, 132*, 256–262. <https://doi.org/10.1353/aad.2012.0614>
- Suter, S., McCracken, W. & Calam, R. (2009) Sex and Relationships Education: Potential and Challenges Perceived by Teachers of the Deaf. *Deafness & Education International, 11*(4), 211-220. <https://doi.org/10.1179/146431509790559534>
- Suter, S., McCracken, W. & Calam, R. (2012). The views, verdict and recommendations for school and home sex and relationships education by young deaf and hearing people. *Sex Education, 12*(2), 147–163. <https://doi.org/10.1080/14681811.2011.609042>
- Sutton, M., Lasswell, S., Lanier, Y. & Miller, K. (2014). Impact of Parent-Child Communication Interventions on Sex Behaviors and Cognitive Outcomes for Black/African-American and Hispanic/Latino Youth: A Systematic Review, 1988-

2012. *Journal of Adolescent Health*, 54, 369-384. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.004>
- Taegtmeier, M., Hightower, A., Opiyo, W., Mwachiro, L., Henderson, K., Angala, P., Ngare, C. & Marum, E. (2009). A peer-led HIV counselling and testing programme for the deaf in Kenya. *Disability & Rehabilitation*, 31(6), 508-514. <https://doi.org/10.1080/09638280802133115>
- Téllez, M. (2005). La construcción de la sexualidad en adolescentes sordos y sordas. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, 11(2), 203-218. https://cultura-sorda.org/wp-content/uploads/2015/03/Tellez_Construcion_Sexualidad_adolescentes_sordos_2005.pdf
- Thorne, J., Buitendyk, M., Wawuda, R., Lewis, B., Bernard, C. & Spitzer, R. (2020). The reproductive health fall-out of a global pandemic. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28(1), 1-3. <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1763577>
- Tipwareerom, W. & Weglicki, L. (2017). Parents' knowledge, attitudes, behaviors, and barriers to promoting condom use among their adolescent sons. *Nursing and Health Sciences*, 19, 212–219. <https://doi.org/10.1111/nhs.12331>
- Touko, A., Mboua, C. P., Tohmuntain, P. & Perrot, A. (2010). Sexual vulnerability and HIV seroprevalence among the deaf and hearing impaired in Cameroon. *Journal of the International AIDS Society*, 13(5). <https://doi.org/10.1186/1758-2652-13-5>
- Trout, M. (2018). *A Systematic Review of Scholarly Citation on HIV/AIDS in the Deaf Community*. [Tesis de licenciatura, University of South Florida St. Petersburg]. <https://digital.usfsp.edu/honorstheses/222>
- Turban, J., Keuroghlian, A. & Mayer, K. (2020). Sexual Health in the SARS-CoV-2 Era. *Annals of Internal Medicine*, 173(5), 387-389. <https://doi.org/10.7326/m20-2004>
- UNESCO. (2018). *Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad. Un enfoque basado en la evidencia*. https://www.who.int/docs/default-source/reproductive-health/isbn-978-92-3-300092-6.pdf?sfvrsn=eba2c2c9_8

- UNFPA. (2018). Jóvenes con discapacidad: Estudio global sobre cómo poner fin a la violencia de género y hacer realidad la salud y los derechos sexuales y reproductivos. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_Global_Study_on_Disability_Report_SP.pdf
- UNICEF. (2020). *Disability Inclusive Social Protection Response to COVID-19 Crisis*. http://inprf.gob.mx/inprf/archivos/2020/disability_covid-19.pdf
- Unión Nacional de Sordos de México, A. C. (2009). *Pronunciamento sobre el Día Internacional del Derecho al Uso de la Lengua de Señas Mexicana*. <https://silo.tips/download/union-nacional-de-sordos-de-mexico-a-c>
- Urbann, K., Bienstein, P. & Kaul, T. (2020). The evidence-based sexual abuse prevention program: Strong with Sam. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 25(4), 421-429. <https://doi.org/10.1093/deafed/ena019>
- Valero, L. (2003). El consejo psicológico a través de Internet: Datos de una experiencia institucional. *Apuntes de Psicología*, 21, 71-88. <https://terapygoperu.com/static/files/terapygo-Consejo-psicol%C3%B3gico-atraves-de-Internet.pdf>
- Varas-Díaz, N., Betancourt-Díaz, E., Lozano, A., Huang, L., DiNapoli, L., Halon, A. & Villaruel, A. (2019). Testing the efficacy of a web-based parent-adolescent sexual communication intervention among Puerto Ricans. *Family & Community Health*, 42(1), 30-43. <https://doi.org/10.1097/fch.000000000000209>
- Vargas, M. & Padilla, P. (2020). Discapacidad en pandemia: Un mosaico de experiencias. *Revista de la Universidad de México*, 866, 122-126.
- Vega, V., Navarro, M., Pérez, L. & Guerrero, D. (2020). Impacto de la COVID-19 en el Aprendizaje de Estudiantes con Discapacidad. *Revista Científica Electrónica de Ciencias Humanas*, 16, 5-17. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7610223.pdf>
- Veilleux, M., Frappier, F. & McDuff, P. (2010). Parent-Adolescent Communication, Role Model in Sexuality and their Impact on Sexual Health of Teens. *Journal of Adolescent*

- Health*, 46(2), S38-S39.
https://www.academia.edu/19908098/Parent_Adolescent_Communication_Role_Model_in_Sexuality_and_Their_Impact_on_Sexual_Health_of_Teens
- Vela, E. (2017). Los derechos sexuales y reproductivos. En Esquivel, G., Palofox, F. & Salazar, P. (Coord.). *Cien ensayos para el centenario. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tomo 2: Estudios jurídicos*. México: UNAM.
<https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/9/4319/30.pdf>
- Velarde, V. (2012). Los modelos de la discapacidad: un recorrido histórico. *Revista Empresa y Humanismo*, 15(1), 115-136. <https://revistas.unav.edu/index.php/empresa-y-humanismo/article/view/4179/3572>
- Villarruel, A., Loveland, C., Gallegos, E., Ronis, D. & Zhou, Y. (2008). A Parent–Adolescent Intervention To Increase Sexual Risk Communication: Results of a Randomized Controlled Trial. *AIDS Education and Prevention*, 20(5), 371–383.
<https://doi.org/10.1521/aeap.2008.20.5.371>
- Villarruel, A., Loveland, C. & Ronis, D. (2010). Testing the Efficacy of a Computer-Based Parent-Adolescent Sexual Communication Intervention for Latino Parents. *Family Relations*, 59(5), 533–543. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2010.00621.x>
- Widman, L., Golin, C., Kamke, K., Burnette, J. & Prienstein, M. (2018). Sexual Assertiveness Skills and Sexual Decision-Making in Adolescent Girls: Randomized Controlled Trial of an Online Program. *American Journal of Public Health*, 108(1), 96–102. <https://doi.org/10.2105/ajph.2017.304106>
- Widman, L., Kamke, K., Evans, R., Stewart, J., Choukas-Bradley, S. & Golin, C. (2019). Feasibility, Acceptability, and Preliminary Efficacy of a Brief Online Sexual Health Program for Adolescents. *The Journal of Sex Research*, 00(00), 1–10.
<https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1630800>
- Wight, D. & Fullerton, D. (2013). A Review of Interventions With Parents to Promote the Sexual Health of Their Children. *Journal of Adolescent Health* 52, 4-27.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.04.014>

- Wilson, J. & Schild, S. (2014). Provision of Mental Health Care Services to Deaf Individuals Using Telehealth. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(5), 324–331. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0036811>
- Wilson, J., Guthmann, D., Embree, J. & Fraker, S. (2015). Comparing Outcomes from an Online Substance Abuse Treatment Program and Residential Treatment Programs for Consumers who are Deaf: A Pilot Study. *JADARA*, 49(3), 172-184. <http://repository.wcsu.edu/jadara/vol49/iss3/3>
- Woodard, J. (1979). Sex is definitely a problem: interpreters' knowledge of sign for sexual behavior. *Sign Language Studies*, 14, 73-78. <https://www.jstor.org/stable/26203196>
- Yıldız, G. & Cavkaytar, A. (2017). Effectiveness of a Sexual Education Program for Mothers of Young Adults with Intellectual Disabilities on Mothers' Attitudes Toward Sexual Education and the Perception of Social Support. *Sexuality and Disability*, 35, 3-19. <https://doi.org/10.1007/s11195-016-9465-5>
- Yimer, A. & Modiba, L. (2019). Modern contraceptive methods knowledge and practice among blind and deaf women in Ethiopia. A cross-sectional survey. *BMC Women's Health*, 19(151). <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0850-y>
- Yu, B., Chen, J., Jin, Y., Zhang, W., Feng, Y. & Zhao, X. (2017). The knowledge and skills related to sexual abuse prevention among Chinese children with hearing loss in Beijing. *Disability and Health Journal*, 10(2) 1-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.dhjo.2016.12.014>
- Yuksel, B. & Ozgor, F. (2020). Effect of the COVID-19 pandemic on female sexual behavior. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 150, 98–102. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13193>
- Zakarewsky, G. (1979). Patterns of Support Among Gay Lesbian Deaf Persons. *Sexuality and Disability*, 2(3), 178-191. <https://doi.org/10.1007/BF01100789>
- Zodda, J. (2015). Condom use among deaf college students. *JADARA*, 49(2), 86-100. <https://repository.wcsu.edu/jadara/vol49/iss2/4>

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado (a) participante,

El objetivo de este taller es poner a su disposición información y actividades que le faciliten comunicarse con su hijo (a) sobre 12 temáticas de sexualidad: 1. Masturbación, 2. Noviazgo, 3. Preferencia sexual, 4. Relaciones sexuales, 5. Embarazo, 6. Planificación familiar y proyecto de vida, 7. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), 8. Métodos anticonceptivos, 9. Violencia en el noviazgo, 10. Abuso sexual, 11. Riesgos en internet: sexting y grooming, 12. Interrupción Legal del Embarazo. En el taller usted encontrará videos con información de las temáticas presentadas, asimismo, podrá intercambiar información y opiniones, con otros padres que al igual que usted, participen en el taller y también se le solicitará llevar a cabo tareas con su hijo (a).

Al aceptar participar en el taller le pediremos que tenga un trato respetuoso y amable con el resto de los padres. Es importante que usted sepa que la información proporcionada será totalmente confidencial y su uso será únicamente para fines de investigación. Una vez que concluya el taller esta información será destruida. Tenga la plena seguridad de que tiene el derecho a dejar de participar en cualquier momento si así lo considera conveniente.

Por mi parte, yo Susana Xóchitl Bárcena Gaona (Doctora en Psicología, con No. de Cédula Profesional 08750630) me comprometo a guardar total confidencialidad de la información que se genere durante el taller, y a respetar su punto de vista en todo momento. También me comprometo a hacer un uso ético y responsable de la información generada en el taller y destruir toda la información, una vez que concluya el taller.

Dra. Susana Xóchitl Bárcena Gaona

Responsable del Proyecto IA303519: “Programa de intervención para promover la comunicación sobre sexualidad en padres de jóvenes sordos”

Cédula profesional: 08750630