



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**Conocimientos sobre ITS, comunicación con padres e
intención de usar condón. Una comparación entre
jóvenes sordos y oyentes mexicanos**

ACTIVIDAD DE INVESTIGACIÓN-REPORTE
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

REBECA IMELDA LEDESMA ACOSTA

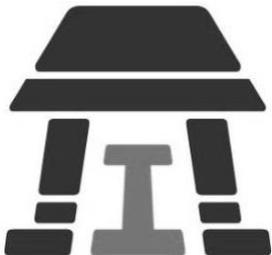
Directora:

Dra. Silvia Susana Robles Montijo 

Dictaminadores:

Dra. Yuma Yoaly Pérez Bautista

Mtra. Laura Alejandra Corona Guevara



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, noviembre de 2022.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres Roberto y Mónica.

Por su apoyo y esfuerzo incansable... por no dejarme ir hacia otro camino y por que a pesar de las dificultades siempre estuvieron presentes, hoy he podido llegar hasta aquí.

Son mi mejor ejemplo.

Este logro es por ustedes y para ustedes.

Geovanni.

Gracias por acompañarme, motivarme y no dejarme caer.

Para ti con amor.

*"Por alto que este el cielo en el mundo, por hondo que sea el mar profundo,
no habrá una barrera en el mundo que mi amor profundo no rompa por ti."*

A mi familia, que me ha acompañado y motivado para seguir.

A todos mis amigos de FESI con los que compartí momentos especiales que siempre recordaré.

A todos mis profesores que han compartido su experiencia, conocimientos y pasión por la psicología.

A la Dra. Yuma Yoali Perez y a la Dra. Laura Alejandra Corona por su disposición para adentrarse en mi proyecto y aportar sus valiosas contribuciones.

Y especialmente a la Dra. Susana Robles, por adoptarme en este proyecto durante todo este tiempo, siempre con la disposición y ánimo de estar acompañándome, orientándome, dirigiéndome y también por motivándome para poder culminar.

Esta investigación fue realizada gracias al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la UNAM, proyecto IN307321: *Predictores de conductas sexuales de riesgo. Una comparación entre jóvenes oyentes y sordos de once ciudades de la República Mexicana.* Agradezco a la DGAPA-UNAM la beca recibida.

ÍNDICE

RESUMEN	i
INTRODUCCIÓN	iii
PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO	
1. Salud sexual en jóvenes sordos y oyentes mexicanos	1
1.1 Inicio de la vida sexual.....	2
1.2 Conductas sexuales de riesgo	5
1.3 Embarazos	7
1.4 Infecciones de transmisión sexual.....	8
1.5 Uso de métodos anticonceptivos.....	9
2. Características de la población de jóvenes sordos	11
2.1 Discapacidad y sordera	11
2.2 Desarrollo y lenguaje	14
2.3 Rol de la familia en el desarrollo	17
2.4 Barreras educativas y de salud	18
3. Modelo de Información, Motivación y Conducta	21
3.1 Estudios sobre el nivel de conocimiento acerca de ITS en jóvenes sordos y oyentes.....	21
3.2 Estudios sobre la intención de usar condón en jóvenes sordos y oyentes.....	24
3.3. Estudios sobre la comunicación con padres/madres en jóvenes sordos y oyentes	25
SEGUNDA PARTE: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA	
4. Planteamiento del problema	29
4.1 Objetivos.....	30
4.2 Hipótesis.....	30
5. Método	31
5.1 Tipo de estudio.....	31
5.2 Participantes.....	31
5.3 Instrumentos.....	32
5.4 Procedimiento	33
5.5 Condiciones éticas del estudio	34
5.6 Análisis de datos	34
6. Resultados	35
6.1 Comportamiento sexual.....	35
6.2 Comunicación con padres y con madres	38
6.3 Conocimientos sobre ITS	41
6.4 Intención de usar condón	44
6.5 Correlación entre variables.....	45
7. Discusión y conclusiones	47
Referencias	55

RESUMEN

Bajo el sustento teórico-metodológico del Modelo de Información, Motivación y Conducta (Fisher & Fisher, 1992), el propósito del presente estudio fue conocer y analizar las diferencias, entre jóvenes sordos y oyentes mexicanos, en cuanto al perfil de su comportamiento sexual, el nivel de conocimientos sobre ITS, la intención de usar condón y la frecuencia de la comunicación que establecen con sus padres y con sus madres sobre temas de salud sexual, así como investigar cuáles de estas variables se asocian con la frecuencia del uso del condón tanto en los jóvenes sordos como en los oyentes. El estudio se llevó a cabo con una muestra total de 626 jóvenes, 313 oyentes y 313 sordos, los cuales fueron seleccionados, a través de un muestreo no probabilístico por cuotas, de 22 instituciones educativas ubicadas a la Ciudad de México, siendo la edad promedio de toda la muestra 20.03 años. El diseño de este estudio fue de tipo transversal, descriptivo, comparativo, correlacional y observacional. Los instrumentos que se utilizaron permitieron evaluar las siguientes variables: datos sociodemográficos, comportamiento sexual, conocimientos sobre ITS, intención de usar condón en la próxima relación sexual, y comunicación sexual con padres y con madres. Los resultados referentes al comportamiento sexual mostraron que el 55.5% de toda la muestra ya había tenido su primera relación sexual, encontrándose diferencias significativas entre ambos grupos ($X^2=8.582$, $p=0.003$), siendo los jóvenes oyentes quienes presentaron un mayor porcentaje de iniciación (61.3%), en comparación con los jóvenes sordos (49.7%). La edad promedio de la primera relación sexual en toda la muestra fue de 17.04 años. El número de relaciones sexuales en toda la vida y el número de veces que se usó condón en dichas relaciones fue significativamente mayor en el grupo de jóvenes sordos, comparados con los oyentes ($t=3.367$, $p=.001$ y $t=4.804$, $p<.001$, respectivamente); en ambos grupos no se utilizó el condón en la mitad de las relaciones sexuales reportadas.

Los resultados correspondientes a la frecuencia con la cual los participantes se comunican con sus padres y con sus madres sobre once temas relacionados con el cuidado de su salud sexual, mostraron que tanto los jóvenes sordos como los oyentes se comunican muy poco con sus progenitores. Sin embargo, se identificaron diferencias significativas entre ambos grupos en la comunicación con sus padres, con frecuencias más altas en el grupo de jóvenes sordos en los temas de *posponer tener sexo* ($t=-2.866$, $p=.004$) y *cómo usar el condón femenino* ($t=-3.059$, $p=.002$), y frecuencias más altas en los jóvenes oyentes en los temas referentes a *no dejar que te obliguen a tener sexo* ($t=7.670$, $p<.001$), *evitar un embarazo* ($t=2.302$, $p=.022$), *cómo se adquieren las ITS* ($t=2.023$, $p=.044$), *métodos anticonceptivos* ($t=2.432$, $p=.015$), *dónde adquirir o comprar condones* ($t=2.660$, $p=.008$) y *la efectividad del condón para prevenir ITS* ($t=2.802$, $p=.005$). En el caso de la comunicación con las madres, los jóvenes oyentes se comunicaron con mayor frecuencia que los jóvenes sordos en siete de los once temas evaluados: *decir no cuando te proponen tener sexo* ($t=3.517$, $p<.001$), *no dejar que te obliguen a tener sexo* ($t=8.200$, $p<.001$), *evitar un embarazo* ($t=5.378$, $p<.001$), *cómo se adquieren las ITS* ($t=4.398$, $p<.001$), *métodos anticonceptivos* ($t=5.391$, $p<.001$), *dónde adquirir o comprar condones* ($t=4.243$, $p<.001$) y *efectividad del condón para prevenir ITS* ($t=4.252$, $p<.001$).

Se estimó el Índice de Dificultad (ID) de la prueba de conocimientos sobre ITS y se obtuvieron valores más altos en el grupo de jóvenes sordos (ID=0.70), que en el de oyentes (ID=0.54), a mayor valor mayor dificultad. El porcentaje de respuestas correctas obtenido en esta prueba fue significativamente diferente ($t=5.324$, $p<.001$) entre los jóvenes oyentes (44.96%) y los jóvenes sordos (35.35%). Los datos referentes a la intención de usar condón mostraron diferencias significativas entre ambos grupos ($t=11.276$, $p<.001$), siendo los sordos quienes mostraron una mayor intención de usar condón (5.67) que los oyentes (2.233). El análisis de correlación entre variables indicó que, en el caso de los jóvenes oyentes, ninguna de las variables evaluadas se correlacionó con la frecuencia del uso del condón. En el grupo de jóvenes sordos, el uso del condón en los últimos tres meses se correlacionó únicamente con la comunicación con madres ($r=0.224$, $p<.01$); a su vez, esta última se correlacionó con la comunicación con padres ($r=0.491$, $p<.01$), con los conocimientos sobre ITS ($r=0.150$, $p<.05$) y con la intención de usar condón ($r=0.183$, $p<.05$); se encontró, además, una correlación de los conocimientos con la intención ($r=0.160$, $p<.05$) y con la comunicación con padres ($r=0.202$, $p<.01$). Los hallazgos sugieren que tanto el grupo de jóvenes sordos como el de oyentes, están expuestos a conductas de riesgo que pueden afectar su salud sexual. Los resultados se discuten bajo el sustento del modelo IMB, y sugieren la necesidad de realizar intervenciones psicoeducativas que consideren a los padres de familia y se adapten a las características de cada grupo de jóvenes promoviendo conductas preventivas, especialmente el uso frecuente y correcto del condón.

Palabras clave: Conductas de riesgo, discapacidad auditiva, comunicación sexual, salud sexual.

INTRODUCCIÓN

El presente reporte de tesis se deriva del proyecto de investigación *Predictores de conductas sexuales de riesgo. Una comparación entre jóvenes oyentes y sordos de once ciudades de la República Mexicana*, financiado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la Universidad Nacional Autónoma de México (clave IN307321) y dirigido por la Dra. Silvia Susana Robles Montijo y sus colegas del Grupo de Investigación en Psicología y Salud Sexual de la FES Iztacala. El objetivo general de dicho proyecto consiste en analizar los predictores de conductas sexuales de riesgo en una muestra de jóvenes oyentes, y conocer si estos difieren de los obtenidos en una investigación previa (IN308015) con jóvenes sordos. La importancia de esta investigación radica en la necesidad de aportar evidencia empírica que muestre si la discapacidad auditiva es una condición que incrementa los riesgos para la salud sexual. La investigación se sustenta, teórica y metodológicamente, en el Modelo de Información, Motivación y Conducta (IMB por sus siglas en inglés) de Fisher y Fisher (1992), y en ese contexto se evalúan variables psicológicas que se ubican en cada uno de los componentes de dicho modelo.

Diversos estudios desarrollados por la Dra. Robles y su grupo de colaboradores han mostrado que los jóvenes sordos mantienen una vida sexual activa que se caracteriza por el inicio temprano de su vida sexual, no planean su primera relación, no usan condón en sus relaciones, y quienes lo usan no lo hacen de manera correcta (Guevara, Robles, & Barrientos, 2017; Robles & Guevara, 2017). También han reportado que esta población no está adecuadamente informada sobre cómo se transmiten y previenen las Infecciones de Transmisión Sexual ni cómo debe usarse un preservativo (Pérez & Robles, 2018; Robles & Pérez, 2021), y que, además, se comunican muy poco con sus progenitores sobre temas relacionados con el cuidado de su salud sexual (Robles & Bárcena, 2016; Robles, Guevara, Pérez, & Hermosillo, 2013; Robles, Guevara, & Pérez, 2021).

En jóvenes oyentes también se ha reportado un perfil de comportamiento sexual de riesgo. Se ha visto que ellos también inician su vida sexual a edades tempranas, no usan el condón en todas sus relaciones sexuales, lo usan de manera incorrecta, mantienen relaciones con varias parejas sexuales, tienen un

nivel bajo de conocimientos sobre ITS y se comunican poco con sus padres y con sus madres sobre temas de sexualidad (Apaza & Vega, 2018; Bahamon, Vianchá y Tobos, 2014; Bárcena-Gaona, Robles-Montijo, & Díaz-Loving, 2013; Espada, Morales, & Orgilés, 2014; Gutiérrez et al., 2013; Moreno et al., 2008; Rivera et al., 2016; Robles, Frías, Moreno, Rodríguez, & Barroso, 2011; Robles et al., 2012; Robles-Montijo, Rodríguez-Cervantes, Frías-Arroyo, & Moreno-Rodríguez, 2014).

Una forma de saber si la discapacidad auditiva es una condición que pone en riesgo la salud sexual de quienes la presentan, ha sido analizar los resultados de estudios que comparan el comportamiento sexual, entre jóvenes sordos y oyentes. En México no se cuenta con este tipo de investigaciones, y por ello el proyecto de investigación en el que se inserta el presente reporte de tesis, se propone aportar evidencia sobre este aspecto.

De manera particular, el reporte de investigación que aquí se presenta está dirigido a analizar las posibles diferencias entre un grupo de jóvenes sordos y uno de oyentes mexicanos, en variables psicológicas relacionadas con los componentes de información (conocimientos sobre ITS), motivación (intenciones) y conducta (comunicación con padres y madres) del IMB, así como indagar la relación entre estas variables y el uso del condón.

Este reporte de investigación se desarrolla a lo largo de siete capítulos organizados en dos apartados generales: marco teórico e investigación empírica.

En el capítulo uno presenta una revisión sobre la conducta sexual en jóvenes sordos y oyentes mexicanos, se exponen algunos datos sobre censos nacionales que brindan un panorama de México en el terreno de las ITS, el embarazo y el uso de métodos anticonceptivos. También se exponen algunos datos de estudios que se han realizados en personas sordas y que dan cuenta de su estado de vulnerabilidad.

El segundo capítulo se centra en exponer las características de la población sorda y cómo es que este grupo se distingue dentro del segmento de personas que viven en condición de discapacidad auditiva. Se explican algunos datos de por qué esta discapacidad se asocia con problemas en el desarrollo y el lenguaje, la comunicación en la familia, y cómo es que estos elementos tienen un impacto en su acceso a la educación y salud.

El capítulo tres se centra en explicar el modelo de Información, Motivación y Conducta de Fisher y Fisher (1992), y brindar algunos ejemplos de estudios que han evaluado alguno de los componentes de este modelo en población sorda y oyente.

El cuarto capítulo comienza con el planteamiento del problema en el que se desataca la importancia de investigar, analizar y determinar las diferencias entre el comportamiento sexual de los jóvenes sordos y oyentes. Posteriormente se da pauta a la presentación de los objetivos e hipótesis que plantean.

En el quinto capítulo se presenta el método, se detalla información sobre las características de los participantes, los instrumentos que se emplearon y de detalla el procedimiento que se siguió, incluyendo las consideraciones éticas y la estrategia de análisis de datos.

En el sexto capítulo se presentan los resultados en cinco apartados: 1) comportamiento sexual; 2) comunicación con padres y con madres; 3) conocimientos sobre ITS; 4) intención de usar condón; y 5) correlación entre variables.

Finalmente, en el séptimo capítulo se presentan la discusión y conclusiones sobre los hallazgos de este reporte.

**PRIMERA PARTE: MARCO
TEÓRICO**

CAPÍTULO 1

SALUD SEXUAL EN JÓVENES SORDOS Y OYENTES MEXICANOS

De acuerdo con Cervantes (2016), en México se consideran jóvenes a las personas cuya edad queda comprendida entre los 12 y 29 años. A su vez los jóvenes se dividen en dos grupos: *Jóvenes adolescentes*: Todas aquellas personas entre los 12 y 18 años de edad, y *Jóvenes mayores de edad*: aquellos que cuenten con 18 años cumplidos y hasta los 29 años.

A lo largo de esta etapa se producen intensos cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales en los jóvenes (Güemes, Ceñal, & Hidalgo, 2017). Algunos otros cambios se asocian al desarrollo de la sexualidad, que de acuerdo con lo que señala la Organización Mundial de la Salud (OMS) es un aspecto central del ser humano que está presente a lo largo de su vida y que abarca el sexo, las identidades, los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción, y que se siente y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones (OMS, 2018). En el caso de los jóvenes que presentan algún tipo de discapacidad ya sea mental, física, motriz o sensorial, estos presentan características de desarrollo sexual similares a las de los jóvenes sin discapacidad, pues contrario a lo que comúnmente se cree, éstos son seres sexuados que se enfrentan a una serie de barreras que condicionan parcialmente su nivel de funcionamiento, pero no su sexualidad (Meresman, Ramos, & Rossi, 2012).

En este sentido, la salud sexual entendida como un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad (OMS, 2018), se condiciona a que las personas puedan disfrutar su vida libremente y sin riesgos; sin embargo, el acceso a la salud sexual aún depende de factores de tipo social, económico, político, cultural y educativo, por lo que aún se perciben problemáticas significativas que vulneran el acceso de los jóvenes a ejercer sus derechos y disfrutar de una sexualidad plena (Galdos, 2013).

1.1 Inicio de la vida sexual

Un suceso de gran trascendencia para todos los jóvenes es el debut sexual o las primeras relaciones sexuales (Hurtado & Olvera, 2017), sin embargo, durante esta práctica pueden presentarse comportamientos que ponen en riesgo la salud de los jóvenes, y los cuales son más probables que ocurran dependiendo la edad en que se inicia la vida sexual, el tipo de pareja, el lugar donde se lleva a cabo el encuentro y si el suceso es o no planificado (Robles & Guevara, 2017).

Los jóvenes que presentan alguna discapacidad se enfrentan además a otras limitantes de tipo social y físico que pueden influir negativamente en sus primeras relaciones sexuales, como es el caso de los jóvenes con discapacidad auditiva, quienes por sus características comunicativas se encuentran menos informados, lo que aumenta su estado de vulnerabilidad (Pérez & Robles, 2018); tal y como lo reportan Sangowawa et al. (2010) y Touko et al. (2010) en sus investigaciones, las cuales muestran que los jóvenes con discapacidad auditiva inician sus encuentros sexuales a edades tempranas, muchos de ellos sin usar el condón o no lo usan de manera consistente en cada relación sexual.

En cuanto a las características de inicio del debut sexual en ambas poblaciones, es posible encontrar diversas investigaciones centradas en describir a la población de jóvenes oyentes, mientras que, para el contexto de población de jóvenes sordos mexicanos, estas investigaciones son escasas.

Entre los estudios disponibles se encuentra el de Robles y Guevara (2017), quienes analizaron comportamientos de riesgo y abuso sexual en jóvenes con discapacidad visual y auditiva, la muestra del estudio estuvo conformada por 128 mujeres (n=60, 46.9%) y hombres (n= 64, 50.0%) y mexicanos, de los cuáles 64 vivían en condición de discapacidad visual (DV) y 64 con discapacidad auditiva (DA). Los resultados de esta investigación arrojaron que la edad en la que tuvieron su primera relación sexual fue entre los 18 y 20 años, no obstante, al analizar la distribución de las frecuencias se identificó que más de la mitad de los jóvenes (52.7%) tuvo su primera relación sexual antes de los 18 años, la cual mostró no haber sido planificada y protegida en la mayoría de los jóvenes con DA.

En cuanto a las características sociales un gran porcentaje de los jóvenes sordos provenía de hogares con padres oyentes, que probablemente no tenían

dominio de la lengua de señas, pues de acuerdo con Meresman et al. (2012) muchos padres oyentes de jóvenes sordos no cuentan con acceso a la lengua de señas para proporcionar información esencial para su desarrollo sexual, aunado a eso, algunas señas vinculadas con el terreno involucran el tocamiento de las partes del cuerpo, qué en ocasiones pueden parecer demasiado explícitas para las personas oyentes.

Otra investigación que proporciona datos en el terreno de la salud sexual de personas con DA en México, fue realizada por Druet y Escalante (2000), quienes exploraron los conocimientos y actitudes hacia la sexualidad en esta población, en el estudio participaron ocho jóvenes sordos del estado de Yucatán, quienes se encontraban entre 16 a 20 años. Se les aplicó un cuestionario para recabar información acerca de actitudes y conocimientos sobre sexualidad; de acuerdo con los datos obtenidos los jóvenes reportaron tener actitudes favorables en torno al uso del condón, aunque presentaban escasos conocimientos sobre sexualidad y actitudes negativas en torno a la masturbación, en cuanto a las diferencias por sexo, se identificó que los hombres presentaban más deseos de concretizar las relaciones sexuales mientras que las mujeres consideraban que las relaciones prematrimoniales estaban mal, lo cual puede reflejar los prejuicios que estas jóvenes han adoptado acerca de practicar su sexualidad, lo que podría afectar el libre ejercicio de su sexualidad.

Respecto a la población mexicana, se ha documentado que el inicio de la vida sexual ocurre en la adolescencia, entre los datos más recientes se encuentra la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica en la cual se reporta que cerca de la mitad de las mujeres que están entre 25 y 34 años tuvo su primera relación sexual a los 17.5 años o menos, tres de cada diez jóvenes que no usan un método anticonceptivo se debe a la falta de planeación, seguida por la falta de conocimientos (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2018).

De acuerdo con datos recabados y reportados por Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES, 2021), nuestro país tiene la tasa de embarazo adolescente más alta del mundo entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), con una tasa de natalidad de 77 nacimientos por cada 1000 jóvenes de 15 a 19 años, el 23% de los jóvenes inician su vida sexual entre los 12 y los 19 años, de los cuales el 15% de los

hombres y 33% de las mujeres no utilizaron ningún método anticonceptivo en su primer encuentro.

La forma como se vive el primer encuentro sexual se relaciona con el sistema de conocimientos, valores, actitudes y formas en que un individuo se desenvuelve en su entorno, expresadas en normas internalizadas y vigilancia social, que determinan estereotipos de género. Por ejemplo, para confirmar la identidad masculina de los hombres es requerido que tengan actividad sexual y den prueba de ello; en ese marco, la virginidad de los varones después de cierta edad representa un signo de dudosa masculinidad (Amuchástegui, 2005; Rojas & Castrejón, 2020).

En contraste, con las normas de género que se imprimen sobre las mujeres, las cuales están cargadas de una connotación negativa al deseo y al placer sexual, se espera que muestren recato y seriedad, que no hayan tenido experiencia sexual antes del matrimonio y que manifiesten no tener conocimiento o deseos sexuales. Por eso, es común que el inicio sexual entre ellas esté vinculado a una relación afectiva, al comienzo de su vida en pareja, así como de su actividad procreativa (Amuchástegui, 2005; Menkes & Suárez, 2006; Rojas & Castrejón, 2020).

En cuanto a los variables que se asocian al debut sexual, Rivera et al. (2016) identificaron que el nivel educativo y económico de los padres y madres, pertenecer a familias biparentales y contar con una buena comunicación entre padres e hijos son factores que están asociados con la edad del primer encuentro sexual.

Sin embargo, para los jóvenes sordos la comunicación con sus padres puede verse limitada, pues como se ha mencionado anteriormente, un gran porcentaje proviene de familias oyentes que no saben comunicarse mediante lengua de señas (Meresman et al., 2012; Robles & Guevara, 2017). Asimismo, parte de la investigación realizada en población sorda mexicana ha brindado evidencia de que los jóvenes sordos se comunican muy poco con sus padres sobre temas vinculados a su salud sexual (Robles et al., 2013).

En suma a los elementos anteriores, la ENAPEA (INMUJERES, 2020) señala algunos factores individuales asociados al inicio de la vida sexual entre los que se encuentra:

1) La escolaridad. En México se ha constatado, en el caso de las mujeres, que la edad de inicio sexual es menor entre aquellas que tienen los niveles de escolaridad más bajos, y que se incrementa sistemáticamente conforme alcanzan niveles superiores. En el caso de los jóvenes sordos, un gran porcentaje tiene sólo acceso a una educación básica, mientras que otro porcentaje no tiene acceso a ningún tipo de educación (Secretaría de Gobernación [SEGOB], 2019).

2) El nivel económico. Los jóvenes de estratos más favorecidos prefieren dejar pasar más tiempo entre su iniciación sexual y su vida conyugal.

3) El lugar de residencia. La población de los contextos urbanos tiene una mayor diversidad en sus opciones de vida y mayores opciones de movilidad espacial, lo cual contrasta con los jóvenes de las poblaciones rurales, quienes generalmente tienen menos opciones de movilidad y se inician sexualmente a edades más tempranas, lo cual sucede de manera simultánea con el comienzo de su vida marital y procreativa (Rojas et al., 2020).

1.2 Conductas sexuales de riesgo

Las conductas sexuales de riesgo se definen como la exposición del individuo o de las otras personas a actos sexuales que pueden ocasionar daños a la integridad física, psicológica o social (Gonçalves, Castellá, & Carlotto, 2007). Con el cambio de los patrones de conducta social y el inicio más temprano de las relaciones sexuales, ha aumentado la prevalencia de estas conductas, tanto en jóvenes oyentes como en jóvenes sordos.

En la literatura de investigación se han documentado algunas conductas que pueden incrementar la probabilidad de poner en riesgo la salud sexual de jóvenes, entre las de mayor ocurrencia se encuentran:

1) *Inicio temprano de la vida sexual*: aquellos que inician sus relaciones sexuales a menor edad, suelen tener mayor número de parejas sexuales y en consecuencia mayor probabilidad de contraer infecciones de transmisión sexual y embarazos no planeados (Campo, Silva, Meneses, Castillo, & Navarrete, 2004).

2) *Nulo uso de métodos anticonceptivos*: el uso de métodos anticonceptivos es una de las conductas de menor prevalencia entre los jóvenes,

a pesar de que se considera el método principal para evitar los embarazos no planeados y las ITS en el caso del condón (Bahamon et al., 2014). La ausencia o uso discontinuo de métodos anticonceptivos se relaciona con factores como: falta de planeación para llevar a cabo las relaciones sexuales, bajos conocimientos sobre el tema, creencias, carencia de habilidades para implementar y proponer su uso con la otra persona (Uribe & Orcasitas, 2009).

3) *Uso de alcohol o drogas*: el uso de estas sustancias disminuye la inhibición y hace que los individuos sostengan relaciones sexuales no planeadas e inseguras (Poulin & Graham, 2001).

4) *Relacionarse con múltiples parejas sexuales*: un porcentaje importante de los jóvenes se relacionan sexualmente con más de una pareja e incluso llegan a tener encuentros con personas desconocidas, esto sin emplear algún método de barrera que disminuya el riesgo para contraer una ITS o un embarazo no planeado (Vildózola et al., 2006).

En cuanto a los estudios dirigidos a investigar los factores de riesgo para la salud sexual en jóvenes con DA, los hallazgos indican que estos jóvenes suelen iniciar sus relaciones sexuales entre los 14 y 15 años de edad (Bisol, Sperb, Brewer, Kato, & ShorPosner, 2008), tienen más parejas sexuales que aquellos sin discapacidad (Rusinga, 2012), así como más encuentros sexuales no protegidos con parejas ocasionales (Robles et al., 2013), y utilizan en menor medida métodos anticonceptivos (Heiman, Haynes, & McKee, 2015; Sangowawa et al., 2009; Touko et al., 2010).

Esto refrenda lo que menciona la Encuesta mundial sobre VIH-SIDA y discapacidad efectuada por la Universidad de Yale para el Banco Mundial (Groce, 2004) acerca de que las personas que viven con una condición de discapacidad mantienen una vida sexual activa y con un mayor nivel de exposición a factores de riesgo (Berman et al., 2011).

Estas prácticas de riesgo en jóvenes sordos se han atribuido, por un lado, a la carencia de fuentes confiables de información asociada a sus bajos niveles de lectura y escritura o analfabetismo; a las barreras comunicativas que tienen con sus familiares, quienes suelen tener ciertas creencias que limitan la educación sexual, así como un bajo dominio de la lengua de señas, lo que contribuye a que los jóvenes recurran a fuentes poco confiables de información sobre el tema (Pérez, Robles, Tiburcio, & Guevara, 2020).

1.3 Embarazos

El embarazo precoz, también denominado embarazo adolescente, se define como aquella gestación que ocurre en los primeros años ginecológicos de la mujer y qué sucede cuando los involucrados aún mantienen la total dependencia social y económica de la familia parental (Morales, 2021).

El embarazo en este periodo tiene importantes consecuencias físicas, psicológicas y sociales para la madre y su hijo. Entre los problemas de morbilidad más frecuentes, en la primera mitad de la gestación destacan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias y la bacteriuria asintomática, cuadros hipertensivos, las hemorragias por enfermedades placentarias, la escasa ganancia de peso con malnutrición materna, anemia, síntomas de parto prematuro, rotura prematura de membranas, desproporción cefalopélvica por desarrollo incompleto de la pelvis ósea materna y trabajo de parto prolongado (Mora & Hernández, 2015).

En el caso de los problemas de salud que los hijos de madres adolescentes y jóvenes pueden presentar son: bajo peso al nacer, traumatismo al nacimiento, problemas neurológicos y riesgo de muerte en el primer año de vida, que es dos veces mayor que en el caso de los hijos de mujeres con mayor edad (Mora & Hernández, 2015). Además 17% de los casos de la población infantil que presentan disminución auditiva o sordera, se debe a causas relacionadas con el nacimiento, como complicaciones del parto, prematuridad y bajo peso al nacimiento, el 8% abarca malformaciones congénitas no genéticas, así como otras causas prenatales de origen materno y en el 40% de los casos se atribuye a factores no prevenibles, especialmente a factores de tipo genético (Colón, Ocaña, Arch, & Lino, 2021).

En México, el embarazo a edades tempranas constituye un importante problema de Salud Pública (Acosta & Cárdenas, 2012; INMUJERES, 2020). Entre los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), que incluye países de medianos ingresos, México tiene la tasa de natalidad más alta en adolescentes y jóvenes de entre 15 a 19 años, con una tasa de fecundidad de 77 nacimientos por cada mil. Ante ese panorama, en el año 2015 se lanzó la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) con dos objetivos principales: reducir

50% la tasa de embarazos en mujeres de 15 a 19 años y erradicarla en niñas de 10 a 14 años (INMUJERES, 2021).

1.4 Infecciones de Transmisión Sexual

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2016) señala que entre los más de 30 virus, bacterias y parásitos que se transmiten por contacto sexual, ocho se han vinculado a la máxima incidencia de enfermedades de transmisión sexual. De esas ocho infecciones, cuatro se pueden curar, a saber: la sífilis, la gonorrea, la clamidiasis y la tricomoniasis. Las otras cuatro: virus de la hepatitis B, virus del herpes simple (VHS o herpes), VIH y virus del papiloma humano (VPH) son infecciones víricas incurables, aunque existen tratamientos capaces de atenuar o modificar los síntomas o la enfermedad.

Las ITS se propagan predominantemente por contacto sexual, incluidos el sexo vaginal, anal y oral. Algunas se pueden transmitir también por otras vías, como la sangre y los hemoderivados. Muchas de estas infecciones, en particular, la sífilis, la hepatitis B, el VIH, la clamidia, la gonorrea, el herpes y el VPH, pueden transmitirse también de madre a hijo durante el embarazo o el parto (OMS, 2019).

Los síntomas más habituales de las ITS son: flujo vaginal, secreción o ardor uretral en los hombres, úlceras genitales y dolor abdominal. Sin embargo, se puede estar infectado y no presentar síntomas (OMS, 2019).

En los casos en los que las jóvenes han reportado padecer ITS durante el embarazo, esto resulta en consecuencias perjudiciales para el producto. La gonorrea y clamidia pueden provocar problemas de salud, como infecciones oculares y pulmonares en los recién nacidos (Guevara, Soltero, Santos, Guzmán, & Gutiérrez, 2020).

La Sífilis puede producir abortos espontáneos o el nacimiento de un producto óbito, y en cuanto al VIH, este puede ser contraído por el feto en el medio placentario a través del cordón umbilical (Guevara et al, 2020).

Por otro lado, el INEGI (2016) señala que la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es la cuarta causa de muerte en hombres jóvenes (de 15 a 29 años) en México. Sobre esto aún no se han presentado

estadísticas sobre las ITS cuya población específica sean los jóvenes sordos, lo cual dificulta conocer el grado de esta problemática a nivel nacional.

Lo que es muy claro es que una proporción considerable de estos jóvenes no recibe información acerca de temas vinculados con la sexualidad, por lo que estos con frecuencia, inician su vida sexual teniendo conocimientos limitados acerca de cómo se transmiten las ITS y el VIH/Sida (Pérez & Robles, 2018).

Estudios que han aplicado pruebas de conocimientos sobre salud sexual, los jóvenes sordos suelen mostrar desempeños sumamente bajos (Bisol et al., 2008; Robles et al. 2021), lo que indica que no cuentan con información suficiente para tomar decisiones adecuadas para el ejercicio de su sexualidad.

Se ha reportado, incluso, que algunos jóvenes suponen que las ITS ocasionadas por virus pueden curarse (Shackleton, 2009), que pueden prevenirse a través del matrimonio o por medio de una buena alimentación (De Andrade & Baloyi, 2010); también hay quienes suponen que las ITS sólo se presentan en personas sin discapacidad, considerándose inmunes a estos problemas de salud sexual (Touko et al., 2010).

1.5 Uso de métodos anticonceptivos

La reducción de medidas de prevención trae consigo las conductas sexuales que pueden poner el riesgo la salud, por ejemplo, embarazos no deseados que culminen en una interrupción sin seguimiento médico, o presentar alguna ITS. Su prevención se asocia principalmente con el uso consistente de métodos anticonceptivos y de barrera entre los jóvenes; y aunque, en la actualidad el conocimiento de la anticoncepción es casi universal en los adolescentes, el uso de estos métodos en la primera y consecutivas relaciones sexuales es relativamente bajo, lo cual marca una clara brecha entre decir conocer un método anticonceptivo y usarlo, ya sea en la primera relación o en el transcurso de la vida sexual (de Jesús-Reyes & Menkes-Bancet, 2014).

De acuerdo con datos reportados por INMUJERES (2021), en México, el 15% de los hombres y 33% de las mujeres no utilizaron ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual, siendo el condón masculino uno de los más utilizados en los adolescentes y jóvenes que se encuentran entre los 12 a los 19 años (Villalobos et al., 2020).

En el caso de los jóvenes sordos, Robles y Perez (2021), exploraron el uso del condón en 112 jóvenes sordos de la Ciudad de México, el objetivo del estudio fue de evaluar, a través de un cuestionario computarizado el nivel de conocimientos sobre el uso correcto del condón, la frecuencia de su uso y las fallas que cometen al usarlo, así como identificar las diferencias entre hombres y mujeres.

Los resultados que se derivaron de esta investigación, ,mostró que el número de veces que los jóvenes lo utilizaron fue menor al número de relaciones sexuales que reportaron tener en toda la vida y en los últimos tres meses previos a la aplicación del cuestionario, Además, se encontró que más de la mitad no tiene información adecuada sobre aspectos que dañan la calidad de los condones (caducidad o cuidados), sobre el lubricante que debe utilizarse con condones de látex, ni tampoco saben que el condón debe colocarse hasta la base del pene dejando un espacio sin aire en la punta .Por otro lado, el 50% de los participantes reportó haber tenido fallas al usar el condón, entre las más reportadas estuvieron: 1) colocar el condón del lado incorrecto; 2) ponerlos in que el pene se encontrará erecto; 3) o justo antes de la eyaculación, fallas que se asociaron al deslizamiento y rotura del condón.

El bajo nivel de conocimientos sobre el uso del condón en población sorda se ha atribuido a la falta de materiales educativos sobre prácticas de sexo seguro, ya que la mayor parte de estos materiales (folletos, mensajes de radio y televisión) están dirigidos a personas sin discapacidad (Zodda, 2015). Un aspecto importante que se señala en el estudio es que las investigaciones son muy limitadas en esta población, siendo esta la primera en México en aportar información sobre los errores que cometen jóvenes sordos al usar el condón (Robles et al., 2021).

En conclusión, los jóvenes expresan su sexualidad a través de prácticas, las cuales en el mayor de los casos representan un riesgo para su integridad física, psicológica y social. Cuando se habla de la sexualidad en jóvenes sordos, el riesgo puede ser mucho mayor puesto que son una población aún más vulnerable por su bajo nivel de conocimientos, poca accesibilidad a programas de prevención y contexto social.

CAPÍTULO 2

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE JÓVENES SORDOS

Las personas sordas presentan características físicas y psicológicas particulares. Además, conforman una comunidad con una cultura propia y comparten una serie de características que difieren del grupo mayoritario oyente, presentando características semejantes a las de otros pueblos minoritarios, como por ejemplo los pueblos indígenas.

Tienen una lengua viso gestual que les es propia, *la Lengua de Señas*, y una serie de costumbres y valores surgidos de su condición visual, como la manera de saludarse, de despedirse, de felicitar y de aplaudir, entre otras. Poseen también sus propias reglas en las interacciones sociales, conformando clubes y asociaciones donde comparten sus intereses, gustos, necesidades y en los cuales se permiten ser y expresarse en toda su dimensión. Es en los encuentros con estos grupos en donde pueden contactarse con sus pares en una relación igualitaria y organizarse para vivir en sociedad de acuerdo con sus propias representaciones del mundo (de la Paz & Salamanca, 2009).

2.1 Discapacidad y sordera

Antiguamente la condición de discapacidad se atribuía a un origen religioso y sobrenatural, y se consideraba que las personas con discapacidad eran una carga para la sociedad, sin nada que aportar a la comunidad, por lo que este grupo era marginado y su supervivencia dependía de la caridad (Hernández, 2015).

A partir del siglo XVII la burguesía comienza a interesarse en el tratamiento de las personas con discapacidad y para el siglo XVIII durante la Revolución Francesa (1789- 1799), se extendió el pensamiento de que la persona con discapacidad también podría llevar una vida normalizada si se le proporcionaba los recursos adecuados, de acuerdo con los ideales de Libertad, Igualdad y Fraternidad, sin embargo hasta ese momento, la atención que recibían las personas con discapacidad aún se basaba en prácticas que no

prestaban atención a sus derechos humanos e individuales (Moreno, Lopez, Felgueras, & Peñuela, 2017).

Durante la Revolución industrial las personas con discapacidad comenzaron a ser vistos como un problema social y educativo, ya que se consideraba que no podían trabajar, no eran productivos y además consumían recursos, esta situación derivó, de forma progresiva, en la segregación de estas personas a instituciones con el objetivo de normalizarlas y reinsertarlas en la sociedad (Moreno et al., 2017).

De acuerdo con Hernández (2015), cuando se habla de discapacidad se hace referencia a una deficiencia ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, y se puede clasificar con relación con las afectaciones que produce.

La Comisión de Política Gubernamental en materia de Derechos Humanos (s.f), menciona que la discapacidad puede presentarse de manera física, o motora, intelectual, psicosocial y sensorial, mismas que se detallan a continuación:

Discapacidad física o motora: es la secuela de una afección en cualquier órgano o sistema corporal, que se refleja en la dificultad para participar en actividades de la vida diaria, que van desde manipular objetos hasta acercarse a diferentes objetos. Sus principales barreras se encuentran en la movilidad en espacios físicos.

Discapacidad intelectual: se caracteriza por limitaciones en el funcionamiento intelectual, es decir, en el razonamiento, planificación, solución de problemas, pensamiento abstracto, comprensión de ideas complejas y aprendizaje, así como también en conductas adaptativas.

Discapacidad psicosocial: se refiere a personas que han sido diagnosticadas con trastornos mentales, que han experimentado el impacto de factores sociales negativos como el estigma, la discriminación y la exclusión.

Discapacidad sensorial: engloba las alteraciones (en estructuras y/o funciones) en los sistemas visual o auditivo, así como, aquellas personas que presentan problemas para comunicarse o utilizar el lenguaje.

La **discapacidad auditiva** se caracteriza por una pérdida o anormalidad de la función anatómica o fisiológica del sistema auditivo, que tiene como

consecuencia directa una dificultad para percibir los sonidos externos, lo que a su vez implica un déficit en el acceso al lenguaje oral (Carrascosa, 2015).

Dentro del término general de discapacidad auditiva, se puede hacer distinción entre la condición de hipoacusia y sordera. Cuando la audición es deficiente pero funcional para la vida ordinaria permitiendo la adquisición del lenguaje oral por vía auditiva, aun con deficiencias de articulación, léxico y estructuración se habla de *Hipoacusia*; no obstante, las deficiencias de lenguaje variarán en función del grado de hipoacusia (de Guzmán, 2015).

Por otro lado, cuando la audición no es funcional para la vida ordinaria y no posibilita la adquisición del lenguaje por vía auditiva, aunque sí en mayor o menor grado, por vía visual se habla de *Sordera* (de Guzmán, 2015).

En México se estima que alrededor de 10 millones de personas tienen algún tipo o grado de problema auditivo, de las cuales entre 200,000 y 400,000 presentan sordera total (Peña & Contreras, 2018).

La discapacidad auditiva también puede clasificarse por la localización de la lesión, la intensidad de la pérdida auditiva (Alzina, Aznarez, & Huarte, 2012), y el momento de aparición (Carrascosa, 2015).

En relación con la localización:

- a) Lesiones de *transmisión o conductivas* que son aquellas en las que está afectada la parte mecánica del oído, lo que impide que el sonido llegue a estimular adecuadamente las células del órgano de Corti; corresponden a afecciones del oído externo y medio.
- b) Las lesiones de percepción o *neurosensoriales*, que son aquellas en las que la lesión se localiza en el órgano de Corti o en las vías o centros superiores auditivos.
- c) Lesiones *mixtas*, que hacen referencia a la existencia de una asociación entre los dos tipos de lesiones que se indican en los incisos a y b

En relación con la intensidad.

Una audición normal presenta un umbral auditivo que oscila entre 0-20 decibelios (dB). En la siguiente clasificación se destacan los diferentes grados de pérdida que pueden producirse atendiendo a los decibelios:

- Hipoacusia leve: 20-40 dB.
- Hipoacusia moderada: 40-70 dB.
- Hipoacusia severa: 70-90 dB.

- Sordera: más de 90 dB.

Según el *momento de adquisición* se destaca que la discapacidad auditiva puede ser:

- Hereditaria: la discapacidad auditiva está contenida en algunos de los genes de uno o ambos progenitores.
- Adquirida: la pérdida auditiva puede ser *prenatal*, produciéndose antes del nacimiento, o *postnatal* (después del nacimiento).
- Posnatal, se debe distinguir otro criterio:
 - Prelocutiva: se produce antes del desarrollo del lenguaje.
 - Postlocutiva: tiene lugar después del desarrollo del lenguaje.

2.2 Desarrollo y lenguaje

La audición es el primer sentido en desarrollarse durante la gestación, esta capacidad auditiva le permite al feto iniciar su interacción con el mundo exterior ya que el sistema auditivo, el sistema óseo y los resonadores de la madre son las principales vías de transmisión de los eventos sonoros exteriores. Al final de la gestación, el feto es capaz de discriminar sonidos vocales, diferencia las voces femeninas de las masculinas y reconoce la voz de su madre (Angel, 2017).

Para detectar oportunamente las deficiencias auditivas, a los recién nacidos, se realiza un tamiz auditivo, sin importar su estado de salud, antes del alta hospitalaria (Peña & Contreras, 2018). Aquellos que no emiten una respuesta a la primera prueba del tamiz hospitalario se les debe hacer una segunda evaluación entre las dos y ocho semanas siguientes y, si el resultado es el mismo, deberán ser evaluados por el audiólogo y otorrinolaringólogo (Zavala & García, 2018).

El diagnóstico se realiza mediante métodos audiométricos subjetivos u objetivos. Los primeros, se basan en la observación por parte de un examinador de una respuesta emitida después de presentar un estímulo auditivo, por otro lado, los métodos objetivos se basan en la detección mediante artificios técnicos de los cambios fisiológicos inducidos por el estímulo acústico en el oído medio, en el oído interno o en las vías y centros nerviosos (Alzina et al., 2012). A partir de los resultados de estas evaluaciones convendrá determinar el tipo de

tratamiento que se aplicará de acuerdo con las características y necesidades auditivas del niño.

El principal motivo para la detección y tratamiento temprano de las necesidades auditivas es principalmente porque la edad comprendida entre el nacimiento y los seis primeros años de edad del niño representan un periodo crítico para el desarrollo del lenguaje, puesto que durante este periodo de la vida las vías, los núcleos y las áreas implicados en el mismo están en pleno desarrollo y además a partir de los tres años la plasticidad neuronal para el desarrollo del lenguaje comienza a declinar (Rossi & Labella, 2014).

En relación con lo anterior, Rodríguez (2015) señala 3 etapas en el desarrollo del lenguaje:

1. Prelenguaje (0- 12 meses)

La producción sonora del lenguaje es principalmente el grito y el balbuceo. La actividad del balbuceo se detiene cuando el niño detecta otras actividades.

2. Primer lenguaje (12 meses a 3 años)

Surgen los primeros monosílabos y sílabas reduplicadas, sin embargo, para que esto pueda concretarse es necesario el reforzamiento del ambiente lingüístico familiar. A partir de los 18 meses comienzan a emitir la palabra frase

3. Etapa del lenguaje

Se dejan atrás algunas estructuras elementales del lenguaje infantil y el niño comienza a tomar como modelo el habla de los adultos.

Cuando la condición de discapacidad no permite la adquisición del lenguaje oral por la vía auditiva, la lengua de señas tiene el objetivo de abrir ese espacio de comunicación, yendo más allá de la oralidad. Cada país tiene su propia lengua de señas con estructura gramatical distintiva, la cual a su vez va a sufriendo modificaciones de acuerdo con la región en la que se emplee este lenguaje (Ruiz, 2021).

En el caso de la lengua de señas mexicana (LSM) la variación lingüística se debe a ciertos factores sociales, culturales, de nivel de escolaridad, religión, ubicación geográfica, o a la intervención de grupos de oyentes que inventan las señas cuando no conocen la LSM o cuando no existen señas específicas para

las necesidades comunicativas de un momento dado (Instituto para las Personas con Discapacidad, 2017).

Los hablantes nativos de la lengua de señas producen sus primeras señas a los doce meses. Dentro de este proceso los gestos son un papel importante puesto que acompañan la lengua de señas y representan la transición entre el balbuceo y el uso de códigos manuales, es así como a partir de la edad preescolar los niños incrementan la frecuencia con la que usan las señas convencionales para comunicarse acerca de objetos y acciones. Además, el repertorio de señas se acumula y modifica, siendo este un proceso similar al que sucede en los niños oyentes con las palabras, generando que se pueda establecer una mejor comunicación con los otros miembros de su entorno (Castro, 2002).

Durante la segunda mitad de sus 4 años usan las primeras inflexiones para comunicar lugar o dirección (indicaciones como grande, bueno o malo). Comienzan a agregar expresión facial para modificar signos convencionales y así lograr significado subjetivo. Así a los 4 años pueden describir cómo y porqué las cosas ocurren, expresar sus objetivos, intenciones y gustos, entonces estarán preparados para aprender las reglas gramaticales y del discurso de la lengua de señas (Castro, 2002).

El desarrollo lingüístico se verá influenciado por variables como la modalidad educativa, la edad de inicio en la que se inicie la estimulación lingüística, así como otros factores sociales, específicamente el nivel sociocultural de su entorno familiar y el involucramiento que este tenga en el desarrollo (Rodríguez, 2015).

La repercusión más evidente de la pérdida de audición en la niñez tiene que ver con la adquisición del lenguaje, pero el trastorno también afecta al aprendizaje en su conjunto y al desarrollo de aptitudes y actitudes sociales, incluida la autoestima. La pérdida de audición no tratada a menudo se acompaña de un rendimiento académico deficiente, que puede desembocar en un peor rendimiento profesional y, más adelante, en la disminución de las posibilidades de empleo. Para el niño, los problemas de comunicación pueden provocar un sentimiento de ira, estrés y soledad, y consecuencias emocionales y psicológicas perdurables (OMS, 2016)

2.3 Rol de la familia en el desarrollo

El entorno familiar representa un papel importante en el desarrollo de los individuos, incluso desde los primeros años de vida, pues tal como lo señala Torres (2015) este grupo es el primer agente socializador, que se compone no solo de los padres sino de otros miembros como hermanos, abuelos, tíos; los cuales además de transmitir valores, normas y marcar las pautas de interacción social del individuo también son los encargados de proveer cuidados físicos y psicológicos especialmente a aquellos miembros que presentan alguna discapacidad.

Cabezas (2011, citado en Guevara & González, 2012) menciona que la presencia en la familia de un niño con discapacidad se convierte en un factor potencial que puede perturbar la dinámica familiar.

Al recibir el diagnóstico, específicamente hablando de los casos de discapacidad auditiva, la familia inicia un proceso de aceptación y adaptación, que en un primer momento se convierte en una barrera para el acercamiento e interacción con el niño (Torres, 2015), pues los miembros no tienen la preparación para enfrentar las problemáticas que aquejan al niño, por lo que en la mayoría de los casos se inicia un proceso educativo largo que trae consigo una gran carga personal para la familia; por ejemplo, los padres de niños con discapacidad experimentan, con más frecuencia, síntomas físicos, psicológicos y emocionales como fatiga, depresión, baja autoestima e insatisfacción interpersonal y en muchos de los casos temor e incertidumbre (Guevara & González, 2012).

La actitud y el nivel del involucramiento de los padres será determinante para el desarrollo de su hijo sordo; en este sentido, Rodríguez, Hernández, Santos y Carrera (2016) señalan que aquellas familias con hijos sordos tienen limitaciones para asumir una posición activa con relación a la educación de sus hijos, tienden a crear falsas expectativas, desarrollan actitudes de sobreprotección que limitan el desarrollo de la independencia, negándose en algunos casos a que el niño aprenda la lengua de señas; y si los padres se comportan de forma permisiva, llegan a favorecer la rebeldía de estos niños porque refuerzan comportamientos y no ponen límites (Reynoso & Arévalo, 2014).

Esta actitud de sobreprotección por parte de los padres puede traducirse en que el niño desarrolle una baja autoestima, poca autonomía, y si no se estimula el lenguaje de acuerdo con sus necesidades auditivas, se verá afectado su desarrollo emocional y social, pues se estaría limitado la expresión de sus sentimientos, y habilidades que le permitan adaptarse a su entorno, ya que la información que percibe del ambiente que le rodea está notablemente disminuido (Reynoso & Arévalo, 2014).

En relación con lo anterior González, Díaz y García (2016) plantean que es necesario potenciar la función educativa que desarrolla la familia en la formación y desarrollo de la personalidad, especialmente en los casos de niños sordos, para promover una socialización que le posibilite ser una persona activa, inteligente y útil en cualquier actividad.

En conclusión, el proceso de desarrollo la familia es parte fundamental del equipo de trabajo y debe participar activamente en el proceso estimulador y educativo, al ser responsable de continuar en el hogar la labor llevada por los profesionales y siguiendo sus orientaciones reforzarán en cada oportunidad comunicativa los conceptos trabajados.

2.4 Barreras educativas y de salud

Para las personas sordas, las barreras de comunicación representan la principal limitante para el acceso a los servicios que por ley les corresponde, como la educación y la salud.

Cayuela, Pastor y Conesa (2019) señalan que diversos estudios internacionales han documentado que estas personas tienen mayor prevalencia de infra-tratamiento, peor control para la prevención y seguimiento de enfermedades cardiovasculares, articulares y síntomas de depresión respecto a individuos con otros tipos de discapacidad.

En esta misma línea, Loredó y Matus (2012) refieren que cuando las personas con discapacidad auditiva ingresan a un servicio de salud, encuentran que el personal no cuenta con la preparación en el tema de la lengua de señas, lo cual resulta en que los intentos por comunicarse se tornen en momentos estresantes para ambas partes, haciendo que incluso los pacientes terminan siendo ignorados por el personal de salud. En otros casos, la comunicación solo

se da a través de un familiar del paciente, el cual realiza la interpretación, atentando su derecho de confidencialidad como pacientes, además de que llegan a omitir información o tener errores durante la interpretación de la información, lo que puede resultar en un diagnóstico que afecte la salud del paciente.

Pese a todo lo expuesto, Rivera y Agama (2021) señalan que el gobierno y las instituciones médicas no han actuado para disminuir las deficiencias que encuentran tanto en las instalaciones como en el personal. Lo demuestra que brindar una atención de calidad para los pacientes con alguna discapacidad, en especial con discapacidad auditiva, no representa una prioridad de mejoría en el sistema de salud, dejando a esta población en una condición vulnerable que atenta contra sus derechos a recibir atención de calidad.

En lo que respecta al acceso a la educación, este se considera uno de los derechos fundamentales del ser humano y lo coloca en ventaja social respecto a aquellas personas que no lo tienen. Sin embargo, las personas con discapacidad forman parte de un grupo poblacional que enfrenta múltiples complicaciones para acceder y permanecer en el sistema educativo (INEGI, 2015).

En el caso de aquellos alumnos que tienen algún tipo de discapacidad auditiva incorporados al sistema educativo en México, la Secretaría de Educación Pública (SEP) propone actualmente un modelo educativo basado en la inclusión, es decir, que se basa en la incorporación todos los alumnos, independientemente de su condición auditiva, a las escuelas regulares; sin embargo, la mayoría los alumnos se encuentran con la problemática de que los maestros no conocen la LSM, y por lo tanto, no pueden comunicarse con los estudiantes sordos que se incluyen en estas aulas regulares (Estrada, 2008).

Esta incapacidad de los docentes para comunicarse acarrea múltiples consecuencias en el desarrollo escolar de los alumnos sordos, tal y como ocurre en la implementación de estrategias pedagógicas de repetición y copia, que son carentes de significado para los alumnos sordos; mientras que el desarrollo de competencias lingüísticas les podría permitir comunicarse con otras personas de su comunidad; además de favorecer su identidad cultural (Vesga & Vesga, 2015).

Esta incapacidad de comunicación entre el contexto escolar oyente y el alumno sordo también conduce a que no encuentren modos precisos de generar ambientes incluyentes entre los niños oyentes y el niño sordo, permaneciendo este último en una especie de soledad acompañada, sintiéndose rodeado de muchos, pero a la vez infinitamente solo, como en un espacio construido para otros en el que él se siente siempre extraño, excluido (Vesga & Vesga, 2015).

Todos estos factores pueden conducir a que los alumnos que se encuentran cursando un nivel educativo, prefieran abandonar su preparación educativa, lo cual va acortando sus oportunidades de desarrollo para las diferentes áreas de su vida (Vesga & Vesga, 2015).

Finalmente, es importante reconocer a las personas sordas como una comunidad que posee características lingüísticas propias, situación que los coloca en una condición de riesgo, que tiene que ser atendida desde el núcleo familiar y social, con la finalidad de aliviar las repercusiones que tiene para este grupo minoritario y que se ven reflejados en su contexto de salud y educación.

CAPÍTULO 3

MODELO DE INFORMACIÓN, MOTIVACIÓN Y CONDUCTA

El modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales (IMB, por sus siglas en inglés) fue propuesto por Fisher y Fisher (1992) para explicar el comportamiento preventivo del VIH/SIDA en jóvenes estudiantes. Según este modelo existen tres determinantes fundamentales para reducir el riesgo de contagio: 1) *la información*, que se refiere al conocimiento básico sobre la transmisión del VIH y su prevención; 2) *la motivación*, que se refiere a las actitudes personales hacia los comportamientos preventivos del VIH/SIDA y el apoyo normativo percibido para tales comportamientos, así como la intención que se tiene para llevar a cabo en un futuro próximo un comportamiento preventivo; y por último, 3) *las habilidades conductuales*, las cuales implican realizar actos específicos enfocados en la prevención.

Los autores consideran que la información y la motivación son elementos que anteceden el desarrollo de habilidades conductuales que dan como resultado un cambio conductual de reducción de riesgos y el mantenimiento del cambio.

Actualmente este modelo se utiliza como marco de referencia para la promoción de la salud en otros padecimientos como los de tipo crónico degenerativo y también se sigue aplicando para tratar de explicar los comportamientos sexuales de riesgo en distintas poblaciones, principalmente los adolescentes y jóvenes (Enríquez, Sánchez, & Robles, 2011).

Con base en el IMB, en este capítulo se presentan algunos estudios que han mostrado el papel que juega cada componente de este modelo en el desarrollo del comportamiento sexual preventivo.

3.1 Estudios sobre el nivel de conocimiento acerca de ITS en jóvenes sordos y oyentes

Estudios disponibles en población sorda mexicana, han mostrado que los jóvenes sordos poseen un bajo nivel de conocimientos sobre las ITS y su prevención, colocando a estas personas en un estado de vulnerabilidad. Así lo mostró el estudio realizado por Pérez y Robles (2018) en el que se comparó el

nivel de conocimientos y el comportamiento de debut sexual en jóvenes sordos de la Ciudad de México y Guadalajara. Dicho estudio estuvo conformado por una muestra de 74 estudiantes de nivel medio superior de ambas ciudades, a los participantes se les aplicó el *Cuestionario computarizado sobre salud sexual para jóvenes mexicanos con discapacidad auditiva*, compuesto por los instrumentos *Perfil sociodemográfico y antecedentes de la discapacidad*, *Patrón de conducta sexual (primer encuentro)*, *conocimientos sobre VIH/sida y otras ITS y conocimientos sobre la forma correcta de usar un condón*. Para poder aplicar este cuestionario, se adaptó su estructura gramatical para facilitar la lectura a los participantes incluyendo un video en cada reactivo en el que un intérprete presenta en lengua de señas.

De acuerdo a los datos obtenidos, el 45.9% de los participantes eran sexualmente activos; más de la mitad contestaron de forma incorrecta a los reactivos referentes al uso correcto del condón; 74.3% sabía cómo abrir un paquete de condón sin dañarlo, 53.4% tenía información sobre los daños que puede presentar un paquete de condón, 41.9% estaba al tanto que el condón debe colocarse hasta la base del pene, 36.5% conocía el uso de lubricantes a base de agua en condones de látex, y 21.6% estaba al tanto de aspectos relacionados con la caducidad; siendo los participantes de Guadalajara quienes demostraron tener mayor dominio de esta información.

En el caso de los conocimientos sobre ITS y VIH, alrededor del 55% de los jóvenes contestaron de forma incorrecta en seis de los ocho reactivos. El 68.9% sabía que el *VPH puede provocar cáncer*, el 51.4% identificaba que el VIH puede darse por medio de una pareja, el 45.9% tenía conocimientos acerca de las consecuencias de las ITS, 37.8% sabía que las relaciones sexuales sin penetración evitan las ITS, 28.4% tenía conocimientos sobre los síntomas de una ITS, 23% identificó ITS que se pueden curar con tratamiento médico y solo el 17.6% de los jóvenes sabía que los métodos anticonceptivos (píldoras) no previenen las ITS.

Resultados como los que se reportan en esta investigación podrían sugerir que las personas sordas tienen un menor nivel de conocimientos que los jóvenes oyentes, pues dadas sus características comunicativas su acceso a información confiable se ve limitada, como lo discuten las autoras. No obstante

estudios como el que realizaron Torres, Becerril y García (2019), muestra que las personas oyentes también carecen de información básica.

El estudio realizado por Torres et al (2019) exploró el nivel de conocimientos sobre ITS-VIH/SIDA en estudiantes de la Universidad Intercultural del Estado de Puebla. El estudio fue de tipo cuantitativo, transversal, en el que participaron por 250 estudiantes (181 mujeres y 68 hombres con edades entre los 19 y los 30 años). Se aplicó el cuestionario *Conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual, VIH-SIDA y sus medidas preventivas*, compuesto por 23 ítems que exploran conocimientos sobre la forma de transmisión de las ITS, signos y síntomas, diagnóstico, complicaciones de las ITS y medidas preventivas. Los datos que se obtuvieron muestran que 99.2% de los participantes presentaron un nivel bajo de conocimientos sobre ITS y VIH Sida, sólo 0.8% un nivel medio, mientras que ninguno de los participantes mostró tener un alto grado de conocimientos. En el caso de las medidas preventivas sobre ITS y VIH SIDA, el 78% obtuvo bajo conocimiento, 19.7% un nivel medio y solo 2% un nivel alto. También se realizó una correlación para determinar si la edad y el sexo de los participantes estaban relacionados con el nivel de conocimientos; respecto a esto se encontró que el rango de edad se relacionó de manera moderada y negativa con el nivel de conocimientos ($r_s = -.323$, $p < .01$). En cuanto al sexo, se encontró que esta variable explica el 44% de la varianza del nivel de conocimientos ($r_s = .666$, $p < .01$).

En el estudio se concluye que, aunque la población de estudios está compuesta por estudiantes universitarios en general los niveles de conocimiento sobre ITS- VIH-Sida son bajos. Por otro lado, en la cuestión de las medidas preventivas se observaron niveles de conocimiento medio y alto. Respecto a esto, el estudio no menciona factores que puedan explicar los bajos niveles de conocimiento en esta población de jóvenes universitarios, sin embargo, sí hace énfasis en que es necesario el diseño e implementación de programas de educación y prevención de ITS y VIH-Sida que se apliquen a la comunidad de estudiantes.

En este sentido, valdría la pena explorar si los jóvenes sordos y oyentes tienen un nivel similar de conocimientos, bajo procedimientos que cuiden la validez interna y externa, y con ello determinar si la discapacidad auditiva tiene un impacto sobre dicha variable o no.

3.2 Estudios sobre la intención de usar condón en jóvenes sordos y oyentes

En el caso de estudios que aporten información sobre el uso de condón en jóvenes, el foco se concentra principalmente en la población de oyentes, Sánchez y Correa (2017) realizaron un estudio sobre la intención hacia el uso del condón, cuyo propósito fue conocer los factores que se relacionan, en mayor medida, con la intención del uso del condón en adolescentes, para esto se seleccionó una muestra de 182 alumnos de una secundaria del estado de Guanajuato a los cuales se les aplicó un instrumento validado, compuesto por las escalas: 1) Autoeficacia percibida, 2) Expectativas de resultado, 3) Percepción de riesgo, e 4) Intención de uso del condón.

Para el análisis de los datos, la muestra se dividió en dos partes: aquellos adolescentes que afirmaban haber tenido relaciones sexuales al menos en una ocasión (16%) y los que señalaron nunca haber mantenido relaciones sexuales (84%). Los resultados señalaron que la variable de autoeficacia percibida y las expectativas de resultado positivas tienen un importante grado de asociación en la intención de uso del condón, principalmente entre la muestra que ya había iniciado su vida sexual, los autores atribuyen esto a que los adolescentes que ya han iniciado su vida sexual poseen cierta experiencia en cuanto a su uso, colocación y posterior manipulación en las relaciones sexuales, así como en la negociación y en las conductas que pueden llevar a cabo si su compañero se negaba a usarlo, además, la experiencia previa sobre los resultados positivos y negativos, da como resultado una mayor intención de uso, ya que, al haber experimentado algún resultado negativo como un posible embarazo no planeado o una infección de transmisión sexual, se evitará esa sensación y en la próxima relación sexual se esperan sensaciones positivas como la despreocupación, que es el resultado de haber usado el condón.

El estudio concluye que la autoeficacia percibida y la percepción de riesgo se relacionan en mayor medida con la intención de uso del condón en la población de adolescentes sexualmente activos, mientras que en los adolescentes no sexualmente activos no se encontraron correlaciones significativas, por lo que los autores señalan que aunque la experiencia sexual juega un papel importante en la intención del uso del condón, las intervenciones

preventivas no deberían considerar este como un factor determinante para que los adolescentes tengan la intención de usar condón.

3.3. Estudios sobre la comunicación con padres/madres en jóvenes sordos y oyentes

En cuanto las características de comunicación entre los padres de jóvenes, Bárcena, Medina y Enríquez (2022) realizaron el estudio *comunicación sobre sexualidad en padres y madres de jóvenes con sordera*, en una muestra compuesta por 79 padres de familia (75.9%) mujeres y (24.1%) hombres, con el objetivo de identificar las variables asociadas con la comunicación sobre sexualidad, para lo cual se emplearon los instrumentos: características sociodemográficas de los padres, características sociodemográficas de los hijos e hijas con discapacidad auditiva, creencias sobre sexualidad, roles de género, expectativas hacia la comunicación, autoeficacia, comunicación sobre sexualidad, modalidad comunicativa y percepción del dominio de la lengua de señas mexicana.

Para el análisis de los resultados se crearon dos grupos denominados A y B, el primero se constituyó por las díadas padre-hijo, madre-hija, mientras que el segundo se conformó por las díadas padre-hija, madre-hijo.

En la escala de creencias sobre sexualidad, en el factor sobre educación sexual los padres de ambos grupos A y B respectivamente, se mostraron más de acuerdo (2.26) y (2.45) en el ítem *Mi hijo (a) tiene cosas más importantes en que pensar que en sexo* y menos de acuerdo (1.68) (1.81) en el ítem *Mi hijo (a) no necesita educación sexual*; en el factor de creencias sobre paternidad, se mostraron más de acuerdo (1.69) (1.79) en el ítem *es preferible que mi hijo (a) no tenga hijos porque puedan heredar su sordera* y menos de acuerdo (1.38) (1.57) en el ítem *es preferible operar a mi hijo (a) para evitar que tenga un bebé*; y finalmente en el factor que hace referencia a creencias sobre el noviazgo se mostraron más de acuerdo (3.03) (2.95) en el ítem *es natural que mi hijo (a) se masturbe*, y menos de acuerdo (1.92) (1.90) en el ítem *mi hijo (a) es demasiado inocente para tener novio (a)*.

En la escala de roles de género se los participantes del grupo A obtuvieron puntuaciones bajas en los reactivos lo cual indica que no tienen creencias estereotipadas sobre los roles de género, por otro lado, en el grupo B se

observaron puntuaciones más altas, especialmente en el ítem *Un hombre es más sensible que una mujer* (2.00).

En la escala que mide las expectativas hacia la comunicación sobre sexualidad especialmente las positivas, los participantes mostraron puntuaciones más altas, especialmente en el ítem *si hablo con mi hijo (a) sobre temas de sexualidad puedo evitar que se contagie de SIDA o de alguna ITS* (3.39) (3.31) y *si hablo con mi hijo (a) de temas de sexualidad puedo evitar que sufra abuso sexual* (3.31) (3.1) y en el caso de las expectativa negativas, los participantes obtuvieron puntuaciones más altas en el ítem *si hablo con mi hijo (a) sobre temas de sexualidad NO sabre responder sus dudas*.

En la escala de comunicación sobre sexualidad se informa que los temas que más se abordan son el noviazgo, la diferencia entre un amigo y un novio y el tipo de contacto físico permitido con familiares y amigos, además en la escala de autoeficacia se informa que los padres se sienten seguros de hablando de estos temas, por otro lado, los temas en los que los padres se sienten menos seguros y por lo tanto no se hablan son la masturbación, la interrupción legal del embarazo, además, en el caso del grupo B, como usar un condón y en el caso del grupo A como se adquieren las ITS y el VIH sida. En el caso de la modalidad comunicativa que más se emplea entre los participantes, la lengua de señas mexicana tiene el mayor porcentaje (86.1%), mientras que otro tipo de modalidades como la mímica (46.8%) o la lectura de labios (32.9%) se reportaron en menor medida.

De acuerdo con los resultados, se concluye que para los padres la educación sexual es necesaria para sus hijos independientemente de su condición, y se rechazan las afirmaciones que ponen en duda la capacidad de sus hijos para cuestiones como el establecer relaciones sentimentales y procrear. Por lo anterior, los padres perciben de manera positiva el hablar de sexualidad con sus hijos e hijas, pues consideran que de este modo podrían evitar cuestiones que pongan en riesgo su integridad.

Otro aspecto relevante que se comparó en los grupos A y B fue como el género de los progenitores influye para hablar de ciertos temas, en este sentido, las diadas padre-hijo, madre-hija muestran mayor confianza para hablar de temas relacionados con la sexualidad. Finalmente se obtuvo información sobre la modalidad comunicativa, siendo la lengua de señas la que se empleó en el

mayor de los casos, sin embargo, los autores mencionan que puede ocurrir que, aunque los padres sepan comunicarse a través de la lengua de señas, puede darse el caso en el que, al momento de abordar el tema de la sexualidad, estos desconozcan las señas que deberían emplear.

Castillo, Alvarez, Valle y Hernández (2015) realizaron un estudio denominado *Autoeficacia de padres para hablar con sus hijos acerca de sexo*, cuyo objetivo principal era analizar la autoeficacia de los padres para comunicarse con sus hijos sobre temas relacionados con la sexualidad. La muestra de este estudio se conformó por 300 participantes (23.7%) hombres, (76.3) % mujeres, padres de familia de una escuela pública de Querétaro.

A los participantes se les aplicó la escala *Autoeficacia para hablar con hijos acerca de sexo* la cual se compone de 28 reactivos que evalúan: confianza para hablar con hijos sobre el uso correcto del condón, relaciones sexuales, embarazos, e ITS. Los resultados en cuanto a la autoeficacia, demostraron que el 30% de los padres están interesados en que su hijo tenga la mejor información en aspectos sobre sexualidad, el 20% se sienten seguros de dar información de cómo prevenir ITS, las consecuencias de infectarse con el VIH/SIDA y la importancia de usar condón en la prevención de enfermedades y solo el 10% se siente totalmente seguro de explicar a su hijo la manera de usar un condón, en cuanto a las características de comunicación sexual, el 40% de los padres se considera de mente abierta y no le asusta que su hijo le comente sus intimidades; el 30 % señala que hablan con sus hijos sobre la conveniencia de embarazarse o embarazar a alguien, y les gusta motivar a sus hijos para que hablen sobre aspectos de sexualidad.

Como se observa, los resultados señalan una baja autoeficacia, en referencia a esto, los autores señalan que en ocasiones los padres no poseen los conocimientos necesarios para comunicarse sobre sexualidad con sus hijos por lo que los padres se sienten inseguros de entablar una conversación sobre este tema. Otro aspecto relevante, relacionado con la falta de comunicación, es que muchos padres consideran que sus hijos aún no están preparados para hablar sobre temas de sexualidad, pues consideran que aún no tienen la capacidad de poder entender sobre estas cuestiones por lo que prefieren evitarlo, además estos resultados también se relacionan con otros aspectos

como el nivel socioeconómico de las familias y el género del progenitor que establezca la comunicación.

Los autores concluyen que es importante que ambos padres posean los conocimientos y desarrollen sus habilidades de comunicación para entablar un diálogo con sus respectivos hijos y lograr que estos tengan la confianza y seguridad de externar sus dudas e inquietudes sobre aspectos relacionados con la sexualidad, para así, brindarles herramientas para prevenirlos en conductas sexuales que pongan en riesgo su salud. En este sentido, Robles et al. (2013) aportan evidencia que muestra que la comunicación parental juega un papel importante para la presencia de conductas de prevención.

En suma se puede concluir que, en el caso de los jóvenes sordos los bajos niveles de conocimientos se atribuyen a la falta de materiales educativos diseñados y adaptados específicamente para esta población, sin embargo, también se identifica un bajo nivel de conocimientos en los jóvenes oyentes que no se explica concretamente una causa, sin embargo, puede asociarse en primer lugar al contexto familiar, el cual puede ser un espacio que les permita a los jóvenes acercarse a información sobre aspectos relacionados con su sexualidad. Para el caso de los jóvenes sordos las instituciones educativas aún no cumplen su misión de ser un espacio inclusivo; mientras que, para los jóvenes oyentes es posible que haya un rezago o deficiencia en su educación sexual integral, tanto en las instituciones educativas como en los contextos familiares.

**SEGUNDA PARTE:
INVESTIGACIÓN EMPÍRICA**

CAPÍTULO 4

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La sexualidad es un aspecto inherente de los seres humanos que comienza a configurarse desde los primeros años de vida. Según Caricote (2008) es en la adolescencia donde emerge el fenómeno sexual debido a la necesidad de reafirmación de la identidad sexual y personal lo que conduce a tener en los y las jóvenes un mayor interés en los temas eróticos y sexuales buscando información sobre el desarrollo de sus órganos sexuales, reproducción y acto sexual entre otros. Sin embargo, tal como lo señalan Calero, Rodríguez y Trumbull (2017), los tabúes, barreras culturales y de género y las vías de comunicación utilizadas no dejan a los adolescentes adquirir la información adecuada sobre su sexualidad y salud reproductiva. Pocos practican un sexo seguro, lo cual resulta en embarazos precoces o no deseados, aborto o infecciones por transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA.

Druet y Escalante (2000) señalan que la situación se complica aún más cuando los jóvenes presentan discapacidad auditiva, pues esto representa para ellos un obstáculo más para recibir una adecuada información sexual que les permita ejercer su sexualidad en forma responsable. Se puede ver que los jóvenes sordos se encuentran con diversos obstáculos como son: falta de canales adecuados de comunicación, dificultades en tratar de temas referentes a la sexualidad, lo que puede ocasionar que los jóvenes se sientan inseguros y desconfiados viviendo esta etapa de forma amenazadora. En México, es escasa la investigación relacionada con los problemas de salud sexual que afectan a los jóvenes sordos. Esto puede deberse a la complejidad implicada en el diseño de instrumentos dirigidos a esta población porque requieren ser adaptados a las características lingüísticas de esta población (Robles et al., 2013).

Debido a lo anterior es importante investigar y analizar las diferencias entre el comportamiento sexual de los jóvenes y oyentes para conocer si estas son significativas y así determinar qué grupo se encuentra en mayor riesgo. Para lograr esto, se trabajó bajo el modelo IMB de Fisher y Fishe (1992)r, para conocer en qué medida variables ubicadas en los componentes de información, motivación y conducta, juegan un papel importante en el comportamiento sexual preventivo de jóvenes sordos y oyentes de la Ciudad de México.

4.1 Objetivos

4.1.1 Objetivo general

Conocer y analizar las posibles diferencias, entre jóvenes sordos y oyentes mexicanos, en el perfil de su comportamiento sexual, el nivel de conocimientos sobre ITS, la intención de usar condón y la frecuencia de la comunicación que establecen con sus padres y con sus madres sobre temas de salud sexual, así como investigar cuáles de estas variables se asocian con la frecuencia del uso del condón en dichos jóvenes.

4.1.2 Objetivos específicos

1. Describir y analizar, en toda la muestra evaluada: el perfil del comportamiento sexual, el nivel de conocimientos sobre ITS, la frecuencia de la comunicación con padres y con madres, la intención de usar condón y la frecuencia de su uso.
2. Comparar entre los jóvenes sordos y oyentes, el perfil del comportamiento sexual, el nivel de conocimientos sobre ITS la frecuencia de la comunicación con padres y con madres, la intención de usar condón y la frecuencia de su uso.
3. Analizar la correlación entre las variables evaluadas por separado para jóvenes sordos y oyentes.

4.2 Hipótesis

Se esperaría encontrar que los jóvenes sordos tengan un desempeño más bajo en las variables evaluadas en comparación con los jóvenes oyentes, derivado de esto se esperaría que la población sordos represente un grupo de mayor riesgo, respecto a la población de oyentes.

CAPÍTULO 5

MÉTODO

5.1 Tipo de estudio

El diseño de este estudio fue de tipo transversal, descriptivo, comparativo, correlacional y observacional (Méndez, Namihira, Moreno, & Sosa, 2001), ya que se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos en una sola ocasión y se realizaron análisis descriptivos, comparativos y correlacionales de las variables, sin llevar a cabo manipulaciones experimentales.

5.2 Participantes

En el estudio participaron voluntariamente 313 jóvenes sordos y 313 oyentes seleccionados de 22 instituciones educativas de la Ciudad de México a través de un muestreo no probabilístico por cuotas, considerando sexo, estado civil y situación familiar (Tabla 1). La edad promedio de los jóvenes sordos fue de 19.88 años (DE= 4.223) y la de los jóvenes oyentes 20.17 años (DE=3.790), siendo la edad promedio del total de la muestra de 20.03 años (DE= 4.012),

Tabla 1.

Grupos de jóvenes oyentes y sordos, homogéneos en función del sexo, estado civil y situación familiar.

Características	Oyentes		Sordos		χ^2	gl	p
	n	%	n	%			
Sexo							
Hombre	182	58.1	186	59.4	.105	1	.745
Mujer	131	41.9	127	40.6			
Estado civil							
Soltero	262	83.7	246	78.6	5.614	3	.132
Casado	19	6.1	21	6.7			
Unión libre	25	8.0	28	8.9			
Otro	7	2.2	18	5.8			
Papá y mamá viven							
Juntos	203	64.9	186	59.4	1.962	1	.161
Separados	110	35.1	127	40.6			

5.3 Instrumentos

Para los jóvenes sordos se utilizó el *Cuestionario Computarizado y en línea sobre Salud Sexual para Jóvenes Mexicanos con Discapacidad Auditiva* (Robles et al., 2021), en tanto que, para los jóvenes oyentes se diseñó un cuestionario con características similares al que se usó en la población sorda. Los instrumentos que se utilizaron en el presente estudio fueron los siguientes:

Datos sociodemográficos. El instrumento consta de seis preguntas para obtener información de los participantes: edad, sexo (hombre-mujer), estado civil (soltero, casado, unión libre, otro), con quién viven (en casa de papá y mamá, en casa de papá, en casa de mamá, en casa de otro familiar, en un internado, en su propia casa), nivel de escolaridad (sin estudios, oficios, primaria, secundaria, preparatoria, universidad), y si trabaja o no.

Comportamiento sexual. El instrumento consta de diez preguntas para obtener información de los jóvenes acerca de si han tenido o no relaciones sexuales, características de su primera relación sexual considerando edad, planificación (*sí-no*), lugar (*casa del participante, del novio/a, de un amigo/a, de un familiar o en un hotel*), tipo de pareja (*novio/a, amigo/a, un familiar o alguna persona desconocida*), uso de algún método anticonceptivo (*sí-no*), tipo de método anticonceptivo (*preservativo, píldoras anticonceptivas, no eyacular cuando se tiene la relación sexual, tener sexo anal, otro*), número de parejas con quienes han tenido una relación sexual, número de relaciones sexuales en toda la vida y el uso del preservativo en dichas relaciones. También se pregunta a los jóvenes si ellos (o en el caso de varones su pareja) han tenido algún embarazo, algún aborto, alguna ITS y si se han realizado pruebas para identificar éstas, con opciones de respuesta dicotómicas (*sí-no*).

Conocimientos sobre ITS. El instrumento está conformado por ocho afirmaciones sobre aspectos vinculados con: sintomatología, transmisión, prevención, tratamiento médico y consecuencias de las ITS. El formato de respuesta de los ítems, así como la medida de esta variable, fue igual a los descritos en la prueba de Conocimientos sobre el uso correcto del condón.

Intención de usar condón en la próxima relación sexual. Se diseñó un reactivo para medir la probabilidad de usar condón en la próxima relación sexual,

cuyas opciones de respuesta estuvieron definidas en una escala tipo Likert de siete puntos que van desde 1 (nada probable) a 7 (totalmente probable).

Escalas de comunicación sexual con padres y con madres. Se utilizaron dos escalas validadas por Robles et al. (2021), cada una con 11 ítems que miden la frecuencia (nada, poco, a veces, mucho, mucho más) con la cual los jóvenes se comunican con su padre/madre sobre temas vinculados al cuidado de su salud sexual (*métodos anticonceptivos, cómo usar el condón masculino y el femenino, dónde adquirir o comprar condones, efectividad del condón para prevenir ITS, posponer tener sexo, tener relaciones sexuales, evitar embarazo, no dejar que lo obliguen a tener sexo, negarse a tener relaciones, cómo se adquieren las ITS*). Las medidas de estas variables fueron: porcentaje de participantes que respondieron a cada opción de respuesta de cada ítem de las escalas, así como la frecuencia promedio obtenido en cada ítem y en el conjunto de reactivos de cada escala, con valores mínimos de uno y máximos de cinco. En este estudio la consistencia interna de la escala de comunicación sexual con padres fue de $\alpha=0.949$ en oyentes y de $\alpha=0.899$ en sordos; para la escala de comunicación sexual con madres los valores fueron de $\alpha=0.965$ con los jóvenes oyentes y $\alpha=0.941$ con los jóvenes sordos.

5.4 Procedimiento

En el grupo de jóvenes sordos se aplicó el *Cuestionario computarizado sobre salud sexual para jóvenes mexicanos con discapacidad auditiva* (Robles et al., 2021). Un instructor previamente capacitado en el manejo y aplicación del programa computarizado, y con experiencia certificada en la Lengua de Señas Mexicana (LSM), acudió a 22 instituciones que atienden a personas con discapacidad. El cuestionario se aplicó en una sala con equipos de cómputo conectados a internet, y los participantes lo respondieron de manera individual. Las instrucciones generales se dieron en español con la interpretación simultánea en LSM. A los participantes se les enfatizó la necesidad de su participación voluntaria, asegurándoles el tratamiento confidencial y anónimo de la información recabada. En el grupo de jóvenes oyentes el cuestionario fue programado en una aplicación web y fue aplicado a través de un panel de

encuestas certificado, que proporcionaba un reporte diario del levantamiento en campo.

5.5 Condiciones éticas del estudio

El presente estudio fue revisado y avalado por el Comité de Bioética de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, y contó con el consentimiento informado de los jóvenes y sus padres. En las instrucciones incluidas en los cuestionarios se señala expresamente a los participantes que no se les solicita su nombre, y que, si se sienten incómodos con las preguntas, pueden dejar de responder en cualquier momento, también se indica expresamente que sus respuestas se tratan de manera confidencial y únicamente con los fines estadísticos requeridos por la investigación.

5.6 Análisis de datos

Se desarrolló una base de datos en el programa SPSS versión 20.0 para Mac, que contiene la información recabada con los jóvenes oyentes y sordos. Se realizaron análisis de frecuencias para las variables nominales, y se obtuvieron medidas de tendencia central para las variables numéricas. Las comparaciones entre grupos (oyentes vs. sordos) se realizaron con la *Ji Cuadrada* cuando las variables a comparar estaban en escala nominal, y con la *t* de Student para las variables numéricas. Para la prueba de conocimientos sobre ITS se estimó el índice de dificultad de cada ítem (Crocker & Algina, 1986) y de toda la prueba.

CAPÍTULO 6

RESULTADOS

Atendiendo los objetivos planteados en esta investigación, para cada variable evaluada se presenta un análisis descriptivo considerando los hallazgos obtenidos en toda la muestra de participantes, así como un análisis comparativo entre los jóvenes oyentes y sordos. Posteriormente, se analizan los resultados correspondientes a las variables que se correlacionaron con la frecuencia del uso del condón, por separado para los jóvenes sordos y oyentes.

6.1 Comportamiento sexual

En la Tabla 2 se presenta la frecuencia y porcentaje de las características de la primera relación sexual de toda la muestra (626 participantes), así como una comparación entre los jóvenes oyentes y sordos. Los datos señalan que más de la mitad del total de la muestra reportó ya haber tenido su primera relación sexual, siendo el tipo de pareja más frecuente la o el novio y en segundo lugar un amigo o amiga. Un porcentaje importante de toda la muestra sí planearon esta primera relación sexual, siendo la casa del novio(a) el lugar más frecuente donde ocurrió; más del 60% de los participantes señalaron que sí utilizaron algún método anticonceptivo, siendo los más comunes el condón masculino y las pastillas anticonceptivas.

Al comparar estas variables entre los grupos de jóvenes sordos y oyentes se observa que hay diferencias significativas en la proporción de aquellos que han tenido relaciones sexuales, aquellos que la planearon, quienes usaron algún método anticonceptivo y en el tipo de método utilizado. La proporción de jóvenes oyentes que señalaron ya haber tenido su primera relación sexual fue mayor en comparación con lo reportado por los jóvenes sordos. En cuanto a la planeación de este primer encuentro sexual, los jóvenes sordos reportan un porcentaje más alto que los jóvenes oyentes, sin embargo, el uso de métodos anticonceptivos se reportó en menor proporción en los jóvenes sordos, en comparación con los oyentes. En cuanto al tipo de método anticonceptivo utilizado, el condón masculino tiene un mayor porcentaje de uso en el grupo de oyentes, mientras

que las pastillas anticonceptivas, el sexo anal y otros métodos anticonceptivos se reportaron con mayor frecuencia en el grupo de jóvenes sordos.

Tabla 2.

Frecuencia y porcentaje de participantes de toda la muestra que respondieron a las características de su primera relación sexual y su comparación entre jóvenes sordos y oyentes.

Primera relación sexual	Total		Oyentes		Sordos		X ²	gl	p
	n	%	n	%	n	%			
Tener relaciones sexuales									
Sí	346	55.5	192	61.3	154	49.7	8.582	1	.003
No	277	44.5	121	38.7	156	50.3			
Tipo de pareja									
Novio (a)	252	73.0	140	72.9	112	73.2	.293	3	.961
Amigo (a)	75	21.7	41	21.4	34	22.2			
Familiar	3	0.9	2	1.0	1	0.7			
Desconocido	15	4.3	9	4.7	6	3.9			
Planeación									
Sí	220	63.6	105	54.7	115	74.7	14.745	1	.000
No	126	36.4	87	45.3	39	25.3			
Lugar									
Casa de novio(a)	118	34.1	66	34.4	52	33.8	7.887	4	.096
Hotel	86	24.9	42	21.9	44	28.6			
Mi casa	91	26.3	50	26.0	41	26.6			
Casa de un amigo (a)	49	14.2	34	17.7	15	9.7			
Casa de algún familiar	2	0.6	0	0.0	2	1.3			
Uso de algún método anticonceptivo									
Sí	221	63.9	142	74.0	79	51.3	19.015	1	.000
No	125	36.1	50	26.0	75	48.7			
Método anticonceptivo usado									
Ninguno	12	5.4	0	0.0	12	15.2	47.968	5	.000
Condón masculino	184	83.3	135	95.1	49	62.0			
Pastillas anticonceptivas	12	5.4	5	3.5	7	8.9			
Sexo anal	8	3.6	1	0.7	7	8.9			
Otro	4	1.8	0	0.0	4	5.1			

En la Tabla 3 se muestran los resultados obtenidos en toda la muestra en relación con la media, moda y desviación estándar de la edad de la primera relación, así como de las variables correspondientes al comportamiento sexual que ocurrió después de la primera relación sexual (relaciones sexuales subsecuentes). Se observa que la edad del debut sexual sucede cerca de los 17 años y el promedio de relaciones sexuales en toda la vida fue de 30, destacando

que en estas solo se ha usado el condón en poco menos de la mitad de los encuentros.

Tabla 3.

Medidas de tendencia central y de dispersión correspondientes a las relaciones sexuales subsecuentes reportadas por toda la muestra.

Conductas sexuales	Media	Moda	D.E.
Edad del debut sexual	16.79	16	5.323
Número de relaciones sexuales en toda la vida	30.55	5	90.482
Número de veces que se usó condón en toda la vida	14.03	3	25.319
Número de relaciones sexuales en los últimos 3 meses	6.31	0	14.446
Número de veces que se usó condón en los últimos 3 meses	2.93	0	5.103
Número de relaciones sexuales con parejas ocasionales	7.69	0	57.629
Número de veces que se usó condón con parejas ocasionales	2.40	0	5.946
Número de parejas sexuales en toda la vida	4.41	1	6.310

También se encontró que en los últimos 3 meses el promedio de relaciones sexuales reportado por toda la muestra fue de 6, y en menos de la mitad de estas relaciones usaron el condón. En cuanto a las parejas ocasionales, el promedio de relaciones sexuales que se han mantenido con estas ha sido de 7 y el uso del condón se reportó en menos de la mitad de dichas relaciones. Finalmente, en la Tabla 3 se observa que el promedio de parejas sexuales que toda la muestra reportó tener en toda su vida fue de cuatro.

En la Tabla 4 se presenta la comparación, entre jóvenes sordos y oyentes, de las medias obtenidas en la edad del debut sexual, así como en distintas conductas sexuales que ocurrieron después de la primera relación sexual. Para este análisis se aplicó la *t* de Student para determinar si las diferencias en las medias obtenidas entre jóvenes sordos y oyentes eran significativas. En los resultados obtenidos se encontraron diferencias significativas en las variables correspondientes al número de relaciones sexuales en toda la vida y el número de veces que se usó condón en dichas relaciones, con medias más altas en el grupo de jóvenes oyentes.

Tabla 4.

Media obtenida en relaciones sexuales subsecuentes y su comparación entre jóvenes sordos y oyentes.

Relaciones sexuales subsecuentes	Oyentes		Sordos		t	gl	p
	n	M	n	M			
Edad del debut sexual	190	16.81	142	16.77	.097	330	.923
Número de relaciones sexuales en toda la vida	192	44.95	152	12.36	3.367	342	.001
Número de veces que se usó condón en toda la vida	192	19.70	153	6.92	4.804	343	.000
Número de relaciones sexuales en los últimos 3 meses	192	6.25	153	6.39	-0.91	343	.928
Número de veces que se usó condón en los últimos 3 meses	192	2.67	153	3.25	-1.043	343	.298
Número de relaciones sexuales con parejas ocasionales	192	10.96	153	3.58	1.182	343	.238
Número de veces que se usó condón con parejas ocasionales	192	2.60	151	2.15	.700	341	.484
Número de parejas sexuales en toda la vida	192	2.60	153	5.05	-1.680	343	.094

6.2 Comunicación con padres y con madres

En la Figura 1 se presenta el porcentaje de todos los participantes (sordos y oyentes) que respondieron a la frecuencia con la cual ellos se comunican con sus papás sobre once temas relacionados con su salud sexual. Se observa que el porcentaje de jóvenes que nunca se comunican con sus padres sobre los temas relacionados a la sexualidad corresponde a más de un tercio, mientras que de los temas que hablan con sus padres con más frecuencia fueron *métodos anticonceptivos* y *cómo evitar un embarazo*.

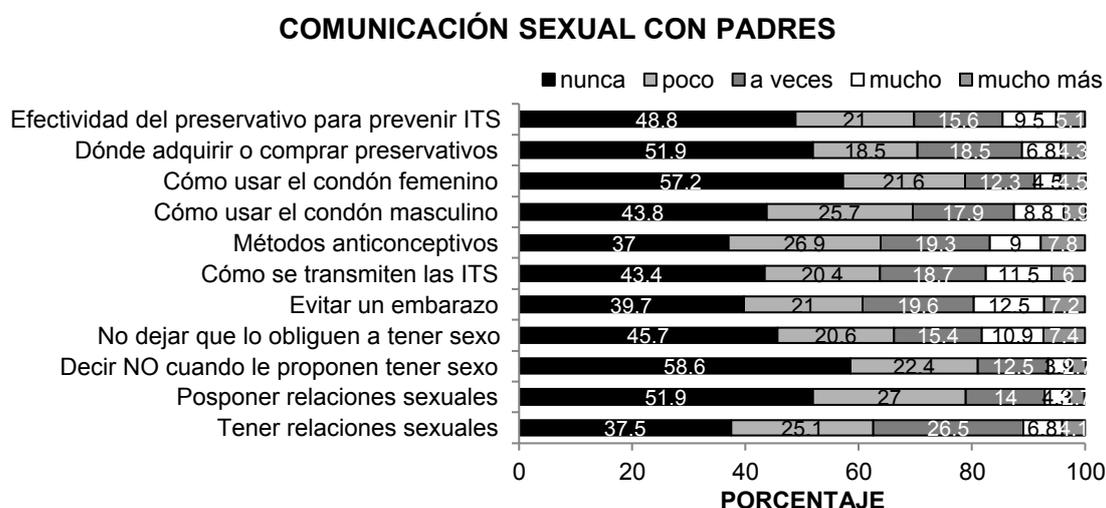


Figura 1. Porcentaje de participantes que respondieron a la frecuencia de comunicación con padres.

En la Tabla 5 se presenta la comparación, entre los jóvenes sordos y los oyentes, de la frecuencia promedio con la cual se comunican con sus papás en los 11 temas evaluados. Se observa que se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en cuatro de los 11 temas, los cuales son: *posponer sexo, no dejar que los obliguen a tener sexo, cómo usar el condón femenino y la efectividad del condón para prevenir las ITS*. De acuerdo con los valores de las medias, los jóvenes oyentes se comunican más con sus papás sobre *el no dejar que los obliguen a tener sexo y la efectividad del condón para la prevención de ITS*, mientras que los temas de los que más se comunican los jóvenes sordos con sus papás son *el posponer sexo y cómo usar el condón femenino*.

Tabla 5.

Frecuencia promedio obtenida en la comunicación con padres y su comparación entre jóvenes sordos y oyentes.

Comunicación con padres	Oyentes		Sordos		t	gl	p
	n	M	n	M			
Relaciones sexuales	270	2.17	244	2.13	.399	512	.690
Posponer sexo	270	1.67	244	1.92	-2.866	512	.004
Decir NO cuando proponen tener sexo	270	1.73	244	1.67	.648	512	.517
No dejar que obliguen a tener sexo	270	2.53	244	1.70	7.670	512	.000
Evitar embarazo	270	2.39	244	2.13	2.302	512	.022
Cómo se adquieren ITS	270	2.27	244	2.05	2.023	512	.044
Métodos anticonceptivos	270	2.36	243	2.09	2.432	511	.015
Cómo usar el condón masculino	270	1.97	244	2.11	-1.380	512	.168
Cómo usar el condón femenino	270	1.63	244	1.93	-3.059	512	.002
Dónde adquirir o comprar condones	270	2.06	244	1.79	2.660	512	.008
Efectividad condón para prevenir ITS	270	2.15	244	1.85	2.802	512	.005

Nota: n=número de participantes; M=media.

En la Figura 2 se presenta el porcentaje de toda la muestra de participantes que respondieron a la frecuencia con la cual se comunican con sus madres. Se observa que poco más del 20% nunca se ha comunicado con sus madres sobre ninguno de los 11 temas evaluados, mientras que menos del 15%

señala que el tema del que más se habla es *cómo evitar un embarazo, tener relaciones sexuales y no dejar que los obliguen a tener sexo*.

COMUNICACION SEXUAL CON MADRES

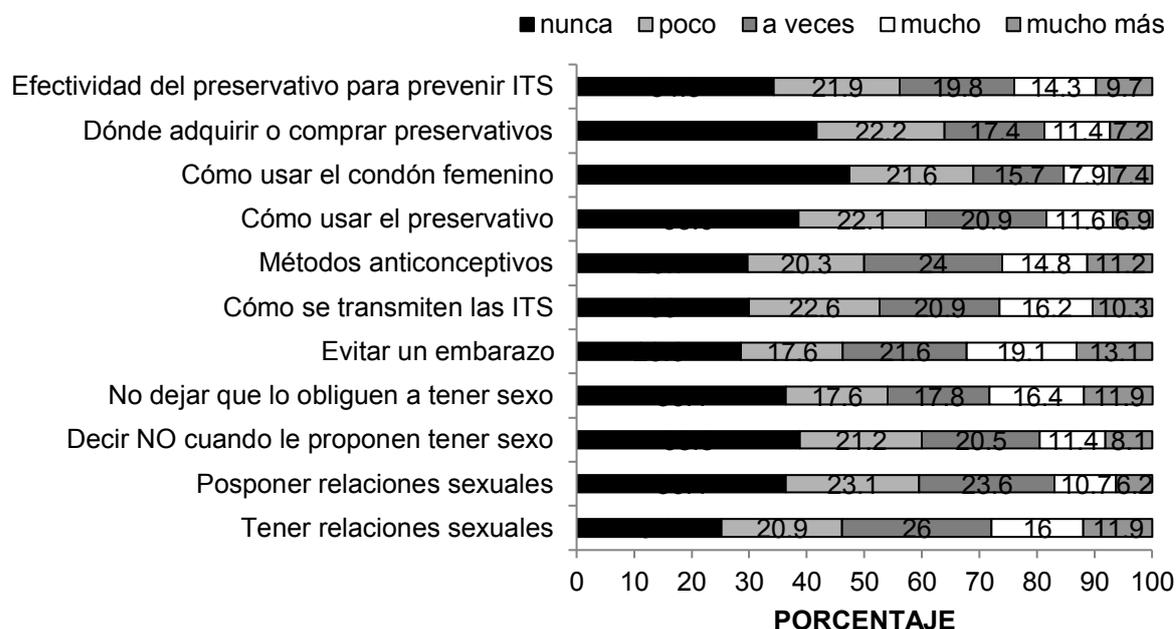


Figura 2. Porcentaje de participantes que respondieron a la frecuencia de comunicación con madres.

En la Tabla 6 se presenta la comparación de medias de la frecuencia con la cual jóvenes oyentes y sordos se comunican con sus madres en los 11 temas evaluados. En general se observa que los jóvenes oyentes se comunican con sus mamás con mayor frecuencia que los jóvenes sordos, resultando significativas las diferencias entre ambos grupos en siete de los once temas evaluados. De acuerdo con los valores de las medias, los jóvenes oyentes se comunican más con sus madres sobre *decir no cuando les proponen tener sexo, no dejar que los obliguen a tener sexo, evitar embarazos, como se adquieren las ITS, métodos anticonceptivos, donde adquirir o comprar condón y la efectividad del condón para la prevención de las ITS*. En el resto de los temas no se encontraron diferencias significativas entre los grupos.

Tabla 6.

Frecuencia promedio *obtenida en la comunicación con madres y su comparación entre jóvenes sordos y oyentes.*

Comunicación con madres	Oyentes		Sordos		t	gl	p
	n	M	n	M			
Relaciones sexuales	293	2.71	287	2.67	.372	578	.710
Posponer sexo	293	2.27	287	2.28	-.123	578	.903
Decir NO cuando proponen tener sexo	293	2.47	287	2.10	3.517	578	.000
No dejar que obliguen a tener sexo	298	2.95	287	2.03	8.200	578	.000
Evitar embarazo	293	3.01	287	2.40	5.378	578	.000
Como se adquieren ITS	293	2.78	287	2.30	4.398	578	.000
Métodos anticonceptivos	293	2.87	287	2.28	5.391	578	.000
Como usar el condón masculino	293	2.35	287	2.17	1.685	578	.093
Como usar el condón femenino	293	2.10	287	2.03	.674	578	.501
Donde adquirir o comprar condones	293	2.42	287	1.98	4.243	578	.000
Efectividad condón prevención ITS	293	2.66	287	2.20	4.252	578	.000

La puntuación promedio obtenida por los participantes, y sus diferencias entre los grupos de jóvenes oyentes y sordos se presentan en la Tabla 7. En toda la muestra la media obtenida en la comunicación con padres fue de 2.01 (DE=.891) y con madres de 2.41 (DE=1.09), indicando que en general se comunican poco con sus progenitores sobre temas de sexualidad; las puntuaciones fueron significativamente mayores en el grupo de jóvenes oyentes, comparados con los jóvenes sordos.

Tabla 7.

Promedio de la frecuencia de comunicación con padres y con madres en toda la muestra y su comparación entre jóvenes oyentes y sordos.

Variable	Total	Oyentes	Sordos	t	gl	p
	M(n)	M(n)	M(n)			
Comunicación con padres	2.01(513)	2.08(270)	1.93(243)	1.931	511	.05
Comunicación con madres	2.41(580)	2.59(293)	2.22(287)	4.227	578	<.001

Nota: M=media; n=número de participantes

6.3 Conocimientos sobre ITS

Para cada prueba de conocimientos se estimó el Índice de Dificultad (ID) del ítem (Crocker & Algina, 1986) dividiendo el número de participantes que respondieron incorrectamente al reactivo entre el total de participantes que respondieron a dicho reactivo, a mayor valor mayor dificultad del ítem. En la Tabla 8 se muestran los resultados del ID para toda la muestra y por separado para los jóvenes oyentes y sordos; se observa que en general los reactivos de

ambas pruebas de conocimientos fueron más difíciles para los jóvenes sordos que para los oyentes.

Tabla 8.
Índice de Dificultad (ID) de las pruebas de conocimientos sobre ITS

	Reactivo	Total	Oyentes	Sordos
Conocimientos sobre ITS				
1	Son síntomas de la infección por el VIH: diarrea, fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso.	.51	.52	.50
2	El VIH se puede transmitir usando jeringas desechables y esterilizadas.	.70	.68	.73
3	Tener relaciones sexuales con la misma pareja sana disminuye el riesgo de infectarse con el VIH.	.52	.42	.61
4	La gonorrea, clamidia y tricomoniasis son infecciones de transmisión sexual que no pueden curarse con tratamiento médico.	.71	.56	.87
5	Usar métodos anticonceptivos orales disminuye el riesgo de padecer infecciones de transmisión sexual.	.60	.44	.78
6	Tener relaciones sexuales sin penetración evita contraer algunas infecciones de transmisión sexual.	.63	.64	.62
7	Las infecciones de transmisión sexual pueden provocar abortos, partos prematuros e infertilidad en hombres y mujeres.	.56	.54	.59
8	El virus del papiloma humano puede provocar cáncer.	.50	.57	.49
	ID de toda la prueba:	.59	.54	.70

La frecuencia y porcentaje de participantes de toda la muestra (oyentes y sordos) que respondieron correctamente a cada reactivo de la prueba de conocimientos sobre ITS se presentan en la Tabla 9. Como se señaló en el método, las opciones de respuesta de los reactivos fueron cierto, falso y no sé, por lo que en dicha tabla se indica cuál opción constituye una respuesta correcta. En general se encontró que ningún reactivo de esta prueba fue respondido correctamente por más del 50% de los participantes. Los reactivos en los que hubo muy pocos jóvenes que lo respondieron correctamente fueron los que hacen referencia a aspectos de transmisión del VIH (reactivo 2) y síntomas de las ITS (reactivo 4).

Tabla 9.

Porcentaje de toda la muestra de participantes que respondieron correctamente a cada reactivo de la prueba de conocimientos sobre VIH y otras ITS.

	Reactivo	Opción correcta	Frecuencia	%
1	Son síntomas de la infección por el VIH: diarrea, fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso.	Cierto	304	48.6
2	El VIH se puede transmitir usando jeringas desechables y esterilizadas.	Falso	182	29.1
3	Tener relaciones sexuales con la misma pareja sana disminuye el riesgo de infectarse con el VIH.	Cierto	299	47.8
4	La gonorrea, clamidia y tricomoniasis son infecciones de transmisión sexual que no pueden curarse con tratamiento médico.	Falso	176	28.2
5	Usar métodos anticonceptivos orales disminuye el riesgo de padecer infecciones de transmisión sexual.	Falso	243	39.0
6	Tener relaciones sexuales sin penetración evita contraer algunas infecciones de transmisión sexual.	Cierto	225	36.1
7	Las infecciones de transmisión sexual pueden provocar abortos, partos prematuros e infertilidad en hombres y mujeres.	Cierto	269	43.2
8	El virus del papiloma humano puede provocar cáncer.	Cierto	308	49.5

Las diferencias en función del grupo de participantes (oyentes y sordos) se muestran en la Tabla 10, en la cual se observa que fue mayor el porcentaje de jóvenes oyentes que respondieron correctamente a los reactivos 3, 4 y 5 de la prueba de conocimientos sobre ITS, mientras que los jóvenes sordos respondieron correctamente en mayor proporción que los oyentes, al reactivo 8 de esta misma prueba.

Tabla 10.

Diferencias en el porcentaje de jóvenes oyentes y sordos que respondieron correctamente a los reactivos de las pruebas de conocimientos sobre ITS y sobre el uso correcto del condón.

	Reactivos	Oyentes (%)	Sordos (%)	χ^2	gl	p
1	Son síntomas de la infección por el VIH: diarrea, fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso.	47.6	49.7%	.269	1	.604
2	El VIH se puede transmitir usando jeringas desechables y esterilizadas.	31.9	26.3	2.431	1	.119

	Reactivos	Oyentes (%)	Sordos (%)	X²	gl	p
3	Tener relaciones sexuales con la misma pareja sana disminuye el riesgo de infectarse con el VIH.	57.5	38.1	23.486	1	<.001
4	La gonorrea, clamidia y tricomoniasis son infecciones de transmisión sexual que no pueden curarse con tratamiento médico.	43.5	12.9	72.081	1	<.001
5	Usar métodos anticonceptivos orales disminuye el riesgo de padecer infecciones de transmisión sexual.	55.9	21.9	75.566	1	<.001
6	Tener relaciones sexuales sin penetración evita contraer algunas infecciones de transmisión sexual.	35.1	37.1	.257	1	.612
7	Las infecciones de transmisión sexual pueden provocar abortos, partos prematuros e infertilidad en hombres y mujeres.	45.7	40.6	1.614	1	.204
8	El virus del papiloma humano puede provocar cáncer.	42.5	56.6	12.441	1	<.001

El porcentaje de respuestas correctas que obtuvieron los participantes de toda la muestra, así como las diferencias entre los grupos de jóvenes oyentes y sordos, se muestran en la Tabla 11. Se observa en dicha tabla que los jóvenes obtuvieron en promedio menos del 50% de respuestas correctas, con porcentajes significativamente menores en los sordos, comparados con los oyentes.

Tabla 11.

Promedio del porcentaje de respuestas correctas obtenido por toda la muestra en las pruebas de conocimientos sobre ITS, y las diferencias entre los grupos de jóvenes oyentes y sordos.

Conocimientos	Total	Oyentes	Sordos	t	gl	p
Sobre ITS	40.19	44.96	35.35	5.324	620	<.001

6.4 Intención de usar condón

En relación con la intención de usar condón en la próxima relación sexual se encontró en toda la muestra una media de 4.88, dicha media fue significativamente diferente entre sordos y oyentes (Tabla 12), con una puntuación mayor en los oyentes que en los sordos.

Tabla 12.
Medidas de tendencia central y de dispersión correspondientes a las intenciones de usar condón

Intención	Total		Oyentes		Sordos		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
	M	D.E	M	D.E	M	D.E			
Intención de usar condón en el próximo encuentro	4.88	2.382	5.67	2.054	3.37	2.233	11.276	474	<.001

6.5 Correlación entre variables

Para conocer en qué medida las variables evaluadas se asocian con la frecuencia del uso del condón, tanto en el grupo de jóvenes oyentes como en el de sordos, se llevó a cabo un análisis de correlación con la *r* de Pearson, por separado para cada grupo. Los resultados obtenidos indican que, en el grupo de jóvenes oyentes, las variables correspondientes a la intención de usar condón en el próximo encuentro sexual, comunicación con padres y con madres, y conocimientos sobre ITS, no se correlacionaron con la frecuencia del uso del condón en toda la vida ni en los últimos 3 meses, mientras que estas dos últimas variables sí se correlacionaron positivamente entre sí ($r=0.324$, $p<.01$). Sin embargo, la comunicación con madres se correlacionó positivamente tanto con la comunicación con padres ($r=0.642$, $p<.01$) como con el porcentaje de respuestas correctas que los jóvenes oyentes obtuvieron en la prueba de conocimientos sobre ITS ($r=0.202$, $p<.01$).

En el caso de los jóvenes sordos, se identificaron varias correlaciones significativas, las cuales se presentan en la Tabla 13. En dicha tabla se observa que la frecuencia del uso del condón en toda la vida únicamente se correlacionó con la intención de usar condón, mientras que la frecuencia del uso del condón en los últimos tres meses solo se correlacionó con la comunicación con madres; esta última variable se correlacionó con la comunicación con padres, con los conocimientos sobre ITS y con la intención de usar condón, mientras que los conocimientos se correlacionaron con la intención de usar condón y con la comunicación con padres y con madres.

Tabla 13.
Índice de correlación r de Pearson en el grupo de jóvenes sordos.

	Intención de usar condón	Comunicación con padres	Comunicación con madres	Uso del condón en los últimos 3 meses
Comunicación con madres	.183*	.491**		.224**
Conocimientos ITS	.160*	.202**	.150*	
Uso del condón en toda la vida	.222*			.448*

En la Figuras 3 se ilustra cómo se correlacionaron las variables en la muestra de jóvenes sordos, identificando los componentes de información, motivación y conducta del modelo IMB de Fisher y Fisher (1992).

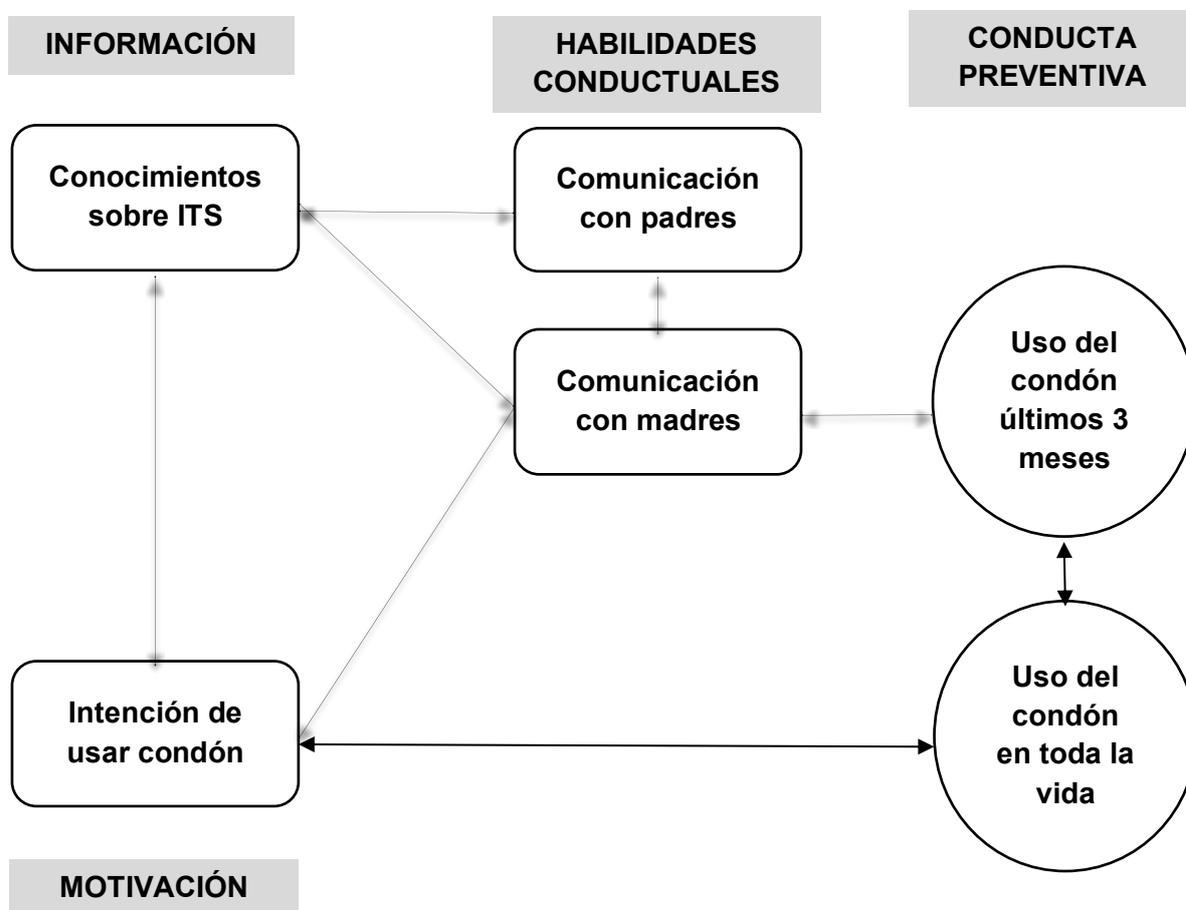


Figura 3. Diagrama que ilustra las variables que se correlacionaron en la muestra de jóvenes sordos.

CAPÍTULO 7

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En esta investigación se planteó como objetivo conocer y analizar las diferencias, entre jóvenes sordos y oyentes mexicanos, en el nivel de distintas variables psicológicas que se derivan del modelo de Información, Motivación y Conducta (Fisher & Fisher, 1992), tales como: el nivel de conocimientos que los jóvenes tienen sobre la transmisión y prevención de ITS (componente de información), la intención de usar condón en la próxima relación sexual (componente motivacional) y la frecuencia con la cual ellos se comunican con sus padres y con sus madres sobre temas relacionados con el cuidado de la salud sexual (componente conductual), así como investigar en qué medida dichas variables se asocian con la frecuencia del uso del condón.

Para lograr estos objetivos se analizó, en primer lugar, el perfil de comportamiento sexual de toda la muestra (sordos y oyentes), y se encontró que más de la mitad de los 626 participantes ya habían tenido su primera relación sexual a los 17 años. En diversos estudios realizados con jóvenes oyentes (Rivera-Rivera et al., 2016; Robles et al., 2007) y sordos (Bisol et al., 2008; Holguín et al., 2013; Robles et al., 2013) se ha visto que en promedio los participantes inician su vida sexual entre los 16 y 17 años, y este comportamiento se asocia a un mayor número de parejas sexuales a lo largo de la vida, lo cual a su vez se relaciona con la práctica de comportamientos sexuales de riesgo que pueden traer como consecuencia el embarazo, aborto e infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Cabe destacar que no se encontraron diferencias significativas en la edad del debut sexual reportada por los jóvenes oyentes y sordos, lo cual aporta evidencia, como lo señalan Robles, Guevara y Pérez (2021) respecto a que la discapacidad auditiva no implica que sea un factor de riesgo para el inicio temprano de la vida sexual.

En el caso de la planeación de esta primera relación sexual, Monter et al. (2020) señalan que generalmente esta suele ser espontánea y no planeada, pudiendo ocurrir por diversos factores como la presión social, los roles de género, el chantaje sentimental, el enamoramiento y la curiosidad. En este

estudio se encontraron diferencias significativas entre el porcentaje de planeación en jóvenes sordos y oyentes, y contrario a lo que se esperaría, la población de sordos obtuvo un porcentaje más alto en planeación en comparación con los jóvenes oyentes. En este comportamiento en particular, se podría suponer que los jóvenes sordos están en menor riesgo que los oyentes, ya que Moreno et al. (2008) reportaron que la planeación de la primera relación sexual se asoció con comportamientos preventivos como el uso del condón en la primera y subsecuentes relaciones sexuales.

En relación al tipo de pareja con la que los jóvenes de este estudio tuvieron su primera relación sexual, se encontró que la mayoría reportó tenerla con su novio o novia, y no se encontraron diferencias significativas entre los jóvenes sordos y oyentes. Al respecto cabe señalar que, de acuerdo con Rojas y Castrejón (2020), las generaciones más antiguas asociaban su sexualidad con el cumplimiento de un deber conyugal, mientras que las generaciones más jóvenes están comenzando a relacionar la experiencia sexual con sus parejas en el contexto de concepciones más modernas, relacionadas con el amor romántico. Sin embargo, dentro de las relaciones románticas de los jóvenes aún existe mucha desinformación y prácticas de riesgo, especialmente hablando de la vida sexual en pareja de las personas sordas, pues esta tiene grandes vacíos de información con los que se acostumbran a vivir. No existen programas que pretendan elevar la calidad de la salud sexual en la pareja, pues al parecer, esta situación se ha minimizado y pocas personas se han preocupado por hacer llegar información verídica, no solo sobre los cuidados del cuerpo para la prevención de enfermedades y la reproducción, sino también sobre el placer (Téllez, 2005).

Como se señaló anteriormente, Moreno et al. (2008) mencionan que cuando los jóvenes no usan protección en su primera relación sexual es más probable que en sus relaciones subsecuentes tampoco lo usen. En este estudio el uso de métodos anticonceptivos se reportó en menor proporción en los jóvenes sordos, en comparación con los oyentes, siendo el condón masculino el que presentó un mayor porcentaje de uso en el grupo antes mencionado, mientras que las pastillas anticonceptivas, el sexo anal y otros métodos anticonceptivos se reportaron con mayor frecuencia en el grupo de jóvenes sordos.

Al respecto Robles y Pérez (2021) señalan dos puntos, el primero es que en la población de jóvenes oyentes el uso consistente del condón ha sido la conducta sexual que mayor atención ha recibido en la investigación encaminada a prevenir ITS y embarazos no deseados, y por otro lado, en la población de jóvenes sordos, no se tiene conocimiento de investigaciones sobre el uso correcto del condón durante el acto sexual, esto puede deberse a que se otorga poca importancia a la salud reproductiva de las personas con discapacidad debido a la falsa creencia de que son asexuales o sexualmente inactivas y que no necesitan cuidar su salud sexual.

Respecto a los conocimientos sobre ITS, se pudo determinar que los reactivos fueron más complejos de responder para los jóvenes sordos que para los jóvenes oyentes. Esto podría explicarse debido a que, para los jóvenes sordos, la lectura es una actividad sumamente compleja y las trabas encontradas durante la adquisición y el desarrollo del lenguaje oral condicionan básicamente esta particular complejidad. Así, durante el periodo de aprendizaje del dominio lector, las personas sordas habitualmente suelen encontrarse con limitaciones a diferentes niveles: dificultades de reconocimiento de palabras, limitaciones en vocabulario general, problemas para la comprensión en el lenguaje figurado, conocimientos generales e insuficientes, dificultades de comprensión de la sintaxis, carencias en el conocimiento y uso de las estructuras textuales, problemas de adquisición y uso de estrategias específicas y, finalmente, escasa conciencia y control de la comprensión (Carrero, 2017).

Se observó también, que ningún reactivo de las pruebas de conocimientos sobre ITS fue respondido correctamente por más del 50% de los participantes de la población total, esto incluye a la población de jóvenes oyentes. Respecto a esto, Cabrera y Arévalo (2019) mencionan que en un estudio mexicano se identificaron cuatro factores de riesgo para contraer ITS/VIH, describiendo entre los factores sociales e institucionales, la deficiente educación sexual y la falta de involucramiento de los docentes en temas de sexualidad. También es relevante considerar el interés y la motivación de los adolescentes en aprender sobre las ITS, ya que se ha visto que aquellos con un nivel bajo de motivación tienen un rendimiento académico bajo, lo que afecta su capacidad para fijar conocimientos y lograr cambios sustanciales de conductas de riesgo (Cabrera & Arévalo, 2019).

En el caso de la población de jóvenes sordos, Bat-Chava, Martin y Kosciw (2005), Bisol et al. (2008) y Goldstein et al. (Robles et al., 2021), señalan que en estudios que han aplicado pruebas de conocimientos sobre salud sexual, los jóvenes sordos también suelen mostrar desempeños sumamente bajos. Esta deficiencia de conocimientos se ha atribuido, por un lado, a la carencia de fuentes confiables de información asociada a sus bajos niveles de lectura y escritura o analfabetismo; por otro lado, a las barreras comunicativas que tienen con sus familiares, quienes suelen tener ciertas creencias que limitan la educación sexual, así como un bajo dominio de la lengua de señas, que contribuyen a que estos jóvenes recurran a fuentes poco confiables de información (Pérez et al., 2020).

En cuanto a la intención de usar condón, los datos del presente estudio indican que la media de toda la muestra fue de 4.88, siendo a su vez los jóvenes oyentes quienes reportaron una media más alta que los jóvenes sordos. Uribe, Bahamon, Reyes, Trejos y Alarcón (2017) mencionan que las intenciones de las personas para realizar una conducta están vinculadas a las motivaciones que influyen en la misma; dichas intenciones son indicios sobre cómo la gente se dispone a ejercer un esfuerzo con el fin de realizar la acción deseada, por lo que, mientras mayor sea la intención de realizar una acción, hay mayor probabilidad de que se lleve a cabo; y si las personas se perciben como eficaces para ejecutarla, es muy probable que la realicen. Además, señalan que este principio es útil para explicar en gran medida el hecho de que, si una persona joven se percibe a sí misma como autoeficaz para usar un condón en una relación sexual, es más probable que lo utilice, y más aún si el entorno y la interacción con su pareja sexual favorecen la comunicación sobre su uso.

Los datos obtenidos respecto a la comunicación con padres y con madres, mostraron que, en general, los jóvenes se comunican poco con sus padres y madres, sin embargo, hay diferencias significativas que indican que los oyentes se comunican más con sus progenitores, en comparación con los jóvenes sordos.

Castillo et al. (2015) señalan que la falta de comunicación de los padres con sus hijos se debe a que los padres creen que sus hijos son muy jóvenes para hablar sobre temas de sexualidad. Para explicar esto, los autores refieren que en la cultura latina hablar de sexualidad aun es un tema tabú, lo que

condiciona al adolescente para recibir información de otras personas, la cual en muchas ocasiones es errónea. En este contexto, Bárcena, Guevara Rodríguez (2020) refieren que para que los padres tomen la decisión de hablar sobre sexualidad con sus hijos es fundamental que estén convencidos de la necesidad de hacerlo; y por lo general, comienzan a abordar estos temas cuando aparecen en ellos los primeros cambios físicos o cuando logran tener sus primeras citas románticas. En el caso de los padres de hijos con discapacidad, es probable que no crean conveniente abordar temas sexuales con ellos al desestimar su capacidad para establecer relaciones sexuales y afectivas. En esta misma línea, Bárcena y Rugerio (2017) mencionan que también es común que los padres y madres de hijos e hijas con discapacidad eviten hablarles de temáticas de sexualidad cuando consideran que son incomprensibles para ellos y ellas; y también, que al hacerlo les incitarán a tener relaciones sexuales.

Por otra parte, los resultados que se obtuvieron sobre las correlaciones entre las variables evaluadas en este estudio, mostraron que en el grupo de jóvenes oyentes la intención de usar condón en el próximo encuentro sexual, la comunicación con padres y con madres y los conocimientos sobre ITS, no se correlacionaron con la frecuencia del uso del condón en toda la vida y ni en los últimos tres meses. Estos datos contradicen lo señalado por Uribe, Amador, Zacarías y Villareal (2012), pues estos autores señalan que los hombres y mujeres que manifiestan intención de usar el condón en sus relaciones sexuales son quienes más lo usan. Si bien es cierto que muchos jóvenes tienen la intención de utilizar el condón en sus próximas relaciones sexuales, no siempre lo llevan a la práctica, por lo que entre el decir y hacer hay una gran brecha (Jiménez, 2010).

En el caso de los conocimientos sobre ITS algunos estudios coinciden en que los jóvenes poseen un nivel superficial de conocimientos y con frecuencia erróneos, lo que influye en que no sean conscientes de las consecuencias que puede ocasionarles no protegerse (Jiménez, 2010), lo cual podría explicar por qué en este estudio no se encontró una correlación entre la variable de conocimientos y la frecuencia del uso del condón en los jóvenes oyentes. Sin embargo, en este estudio los conocimientos sobre ITS sí se asociaron con la comunicación que los jóvenes oyentes tienen con sus madres sobre temas vinculados con su salud sexual. Este hallazgo también lo han reportado Robles,

Frías, Moreno, Rodríguez y Barroso (2011), quienes encontraron que el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA, aunque deficiente, sí se correlacionó positivamente con la frecuencia con la que los jóvenes (oyentes) se comunican con sus padres, ya que aquellos que obtuvieron más aciertos en el área de transmisión del VIH fueron los que conversaron con mayor frecuencia con sus padres sobre el aborto y el VIH.

Como ya se había comentado, la comunicación con padres y con madres tampoco se correlacionó con la frecuencia de uso del condón en la muestra de jóvenes oyentes. Esto coincide con lo reportado por Sánchez y Robles (2014) en un estudio con jóvenes oyentes, en el que se encontró que la consistencia del uso del condón no se correlacionó con variables parentales, tales como la comunicación y el apoyo y supervisión; los autores señalan que en la muestra de participantes no tuvo mucha importancia para el desarrollo de comportamientos sexuales protegidos qué tanto apoyo o supervisión perciban de sus padres, ni tampoco qué tanto se comunican con ellos. Al respecto, diversos autores señalan que la abstinencia tiende a ser el tema central cuando padres y madres hablan sobre asuntos relacionados con la sexualidad de sus hijos, y como consecuencia, los jóvenes dialogan menos con sus progenitores sobre el uso del condón y otros métodos anticonceptivos y prefieren buscar información a través de amigos u otros medios (Fernández et al., 2017).

Los jóvenes oyentes que usaron frecuentemente el condón en los últimos tres meses previos a la aplicación de los instrumentos también reportaron usarlo frecuentemente en toda la vida. Planes, Prat, Gómez, Gras y Font (2012) mencionan que, para llevar a cabo un comportamiento preventivo, las personas deben de tener en cuenta los beneficios asociados al mismo, y únicamente seguirán llevando a cabo este comportamiento si consideran que las ventajas sobrepasan los inconvenientes, lo cual nos podría indicar, que los jóvenes oyentes tienen más expectativas positivas en cuanto al uso del condón.

A diferencia de los resultados obtenidos en la muestra de jóvenes oyentes, los hallazgos de las correlaciones encontradas en el grupo de jóvenes sordos muestran una estructura semejante a la que se identifica en el modelo IMB de Fisher y Fisher (1992). Distintas investigaciones que se sustentan en este modelo (Bermúdez, Herencia-Leva, & Uribe, 2009; Fisher, Fisher, Bryan, & Misovich, 2002; Kudo, 2013; Robles et al., 2012; Sánchez, Enríquez, & Rosales,

2019), han mostrado que el cambio de conductas de riesgo a conductas preventivas ocurre en forma más efectiva cuando la persona: cuenta con información correcta acerca de lo que se quiere prevenir (componente de información); está motivada para cambiar dichas conductas (componente motivacional), y cuenta con las habilidades conductuales necesarias para que ocurran las conductas preventivas (componente conductual).

En el presente estudio la *información* se evaluó a través de la prueba de conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual; la *motivación* a través de la intención de usar condón en la próxima relación sexual; y el componente *conductual* a través de las escalas de comunicación sexual con padres y con madres; la conducta preventiva fue la frecuencia del uso del condón en toda la vida y en los últimos tres meses. Los hallazgos de las correlaciones mostraron que el nivel de conocimientos, aunque fue bajo en los jóvenes sordos, se asoció con la comunicación con padres y con madres, y también con la intención de usar condón. Esta última se relacionó positivamente con la frecuencia del uso del condón en toda la vida y con la comunicación con madres, que, a su vez, se asoció con la comunicación con padres. La frecuencia de la comunicación con madres se correlacionó positivamente con la frecuencia del uso del condón reportada por los jóvenes sordos en los últimos tres meses previos a la aplicación de los instrumentos, la cual también se correlacionó positivamente con la frecuencia del uso del condón en toda la vida. Esto no significa que los hallazgos se ajustan al modelo IMB, para ello se tendría que realizar un análisis estadístico a través de ecuaciones estructurales, objetivo que está fuera de nuestro alcance en la presente investigación. Sin embargo, es posible interpretar las correlaciones encontradas en esta muestra de jóvenes sordos y sugerir, a partir de ello, consideraciones para diseñar estrategias encaminadas al cambio de conductas sexuales de riesgo a preventivas.

Un primer punto por destacar de los hallazgos sobre las correlaciones es que la comunicación con las madres fue la única variable que se asoció con todas las variables del IMB: con la información, con la intención, con la comunicación con padres y con la frecuencia del uso del condón en los últimos tres meses. Aun cuando es claro que las correlaciones no implican causalidad, sino una mera asociación entre dos variables, este hallazgo resalta el papel preponderante que juegan las mamás de los jóvenes sordos en la ocurrencia de

conductas sexuales protegidas de sus hijos. Hay evidencia empírica que muestra que cuando los padres de jóvenes sordos conversan con sus hijos sobre sexualidad, es más probable que estos últimos retrasen la edad de su debut sexual y usen consistentemente el condón en sus relaciones sexuales (Bárcena et al., 2022). Los resultados también indican que tener información sobre cómo se transmiten y previenen las ITS puede propiciar una conversación entre padres e hijos sobre cómo deben cuidarse para evitar ITS o algún embarazo no deseado, y puede motivar a los jóvenes en su deseo de querer protegerse cuando tengan relaciones sexuales. En conjunto estos tres elementos aumentarán la probabilidad de que los jóvenes usen condón en sus relaciones sexuales y con ello prevengan problemas que afecten su salud sexual.

En conclusión, se puede señalar que, aunque se esperaría que los jóvenes sordos representaran una población de mayor riesgo por sus características lingüísticas, los jóvenes oyentes también están expuestos a factores que afectan su salud sexual, por lo que es muy importante que de acuerdo con el modelo *IMB* se diseñen programas de prevención considerando cada uno de los componentes que lo integran, y dirigidos diferencialmente para jóvenes sordos y oyentes según sus características lingüísticas.

REFERENCIAS

- Acosta, V., & Cárdenas A. (2012). El embarazo en adolescentes. Factores socioculturales. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 50(4), 371-374. <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745496006.pdf>
- Alzina, V., Aznarez, N., & Huarte, A. (2012). Tratamiento de la sordera en la infancia. *Anales de Pediatría Continuada*, 10(6), 334-342. [https://doi.org/10.1016/S1696-2818\(12\)70107-5](https://doi.org/10.1016/S1696-2818(12)70107-5)
- Amuchástegu, A. (2005, octubre). *El mito virginal*. Letra S. <https://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD50796.pdf>
- Angel, R. (2017). El desarrollo auditivo en la primera infancia: Compendio de evidencias científicas relevantes para el profesorado. *Revista Electrónica Educare*, 21(1), 74-81. <https://doi.org/10.15359/ree.21-1.4>
- Apaza, L., & Vega E. (2018). Factores personales y sociales relacionados con el inicio de la actividad sexual en estudiantes de una institución educativa (Lima, Perú). *Matronas Prof*, 19(2), 59-63. <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/07/Original-breve Factores-personales.pdf>
- Bahamón, M.J., Vianchá, M.A., & Tobos, A.R. (2014). Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género. *Psicología desde el Caribe*, 31(2), 327-353. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2014000200008
- Bárcena, S., & Robles, S. (2016). Abuso y comportamiento sexual de riesgo en jóvenes con discapacidad auditiva. *Revista Mexicana de Psicología*, memorias en extenso, pp. 332-333.
- Bárcena, S., & Rugerío, J.P. (2017). Expectativas vinculadas a la comunicación sobre sexualidad en padres de hijos con discapacidad. *Memorias del XXXVI Congreso Interamericano de Psicología*, Mérida, Yuc. (México), 23-27 de julio.
- 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://doi.org/10.25009/pys.v30i2.2652>.

- Bárcena, S., Sánchez, R., & Enríquez, D. (2022). Comunicación sobre sexualidad en padres y madres de jóvenes con sordera. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 14(1), 33-43. <http://dx.doi.org/10.22201/fesi.20070780e.2022.14.1.79042>
- Bárcena, S., Robles, S., & Díaz, R. (2013). El papel de los padres en la salud sexual de sus hijos. *Acta de Investigación Psicológica*, 3(1), 956-968. <https://www.scielo.org.mx/pdf/aip/v3n1/v3n1a5.pdf>
- Berman, R., Meresman, S., Galván, J., & Rodríguez, E. (2011). Desarrollo inclusivo: la experiencia de VIH-Sida y discapacidad en Centroamérica. *En Breve*, 167, 1-4. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/811591468235481305/pdf/636610BRI00SPA00Box0361520B0PUBLIC0.pdf>
- Bermúdez, M., Herencia-Leva, A., & Uribe, A. (2009). Versiones fuerte y débil del modelo de información-motivación-habilidades conductuales en la predicción del uso del preservativo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(3), 587-598. <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v41n3/v41n3a13.pdf>
- Bisol, C. A., Sperb, T. M., Brewer, T. H., Kato, S. K., & Shor-Posner, G. (2008). HIV/AIDS knowledge and health-related attitudes and behaviors among deaf and hearing adolescents in southern Brazil. *American Annals of the Deaf*, 153(4), 349-356. <https://www.jstor.org/stable/26234530>
- Cabrera, C., & Arévalo, C. (2019). Conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual en un colegio público de Huánuco. *Revista Peruana de Investigación en Salud*, 3(2), 55-61. <https://doi.org/10.35839/repis.3.2.260>
- Calero, E., Rodríguez, S., & Trumbull, A. (2017). Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. *Humanidades Médicas*, 17(3), 577-592. <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v17n3/hmc10317.pdf>
- Campo, A., Silva, J., Meneses, M., Castillo, M., & Navarrete, P. (2004). Factores asociados con el inicio temprano de relaciones sexuales en estudiantes adolescentes de un colegio de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 23(4), 367-377. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v33n4/v33n4a02.pdf>

- Caricote, E. (2008). Influencia de los padres en la educación sexual de los adolescentes. *Educere*, 12(40), 79-87. <http://ve.scielo.org/pdf/edu/v12n40/art10.pdf>
- Carrascosa, J. (2015). La discapacidad auditiva. Principales modelos y ayudas técnicas para la intervención. *Revista Internacional de Apoyo a la Inclusión, logopedia, Sociedad y Multiculturalidad*, 1(2),101-113. <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/riai/article/view/4141/3367>
- Carrero, F. (2017). Las dificultades en la comprensión de textos en el alumnado con déficit auditivo. *Revista Internacional de Apoyo a la Inclusión, logopedia, Sociedad y Multiculturalidad*, 3(1), 145-165. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6941035>
- Castillo, L., Alvarez, A., Valle, M., & Hernández, V. (2015). Autoeficacia de padres para hablar con sus hijos acerca de sexo. *Ciencia UANL*, 18(73), 44-50. <http://hdl.handle.net/123456789/81>
- Castro, P. (2002). Aprendizaje del lenguaje en niños sordos: fundamentos para la adquisición temprana de lenguaje de señas. *Revista Temas de Educación*, 9, 14-27. https://www.researchgate.net/publication/216361488_Aprendizaje_del_lenguaje_en_ninos_sordos_fundamentos_para_la_adquisicion_temprana_de_lenguaje_de_senas
- Cayuela, P., Pastor, M., & Conesa, M. (2019). Calidad asistencial percibida y satisfacción de las personas sordas con la atención primaria de un Área de Salud de la Región de Murcia. *Enfermería Global*, 18(54), 303-322. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.2.344761>
- Cervantes, M. (2016). *Los derechos humanos de las y los jóvenes que viven con VIH o con Sida. Comisión Nacional de los Derechos Humanos*. <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/Divulgacion/cartillas/Cartilla-DH-Jovenes-VIH-Sida.pdf>
- Colón, M., Ocaña, N., Arch, T., & Lino, A. (2021). Análisis de la incidencia y prevalencia de las principales causas de hipoacusia en un centro de alta concentración en la Ciudad de México. *Anales de Otorrinolaringología Mexicana*, 66(3), 192-199. <https://doi.org/10.24245/aorl.v66i3.5453>
- Comisión de política Gubernamental en Materia de Derechos Humanos. (s.f). *Glosario de términos sobre discapacidad*.

http://www.semar.gob.mx/derechos_humanos/glosario_terminos_discapacidad.pdf

- Crocker, L., & Algina, J. (1986). *Introduction to Classical and Modern Test Theory*. Toronto: Holt, Rinehart, and Winston, Inc.
<https://eric.ed.gov/?id=ed312281>
- de Andrade, V., & Baloyi, B. (2010). HIV/AIDS knowledge among adolescent sign-language users in South Africa. *African Journal of AIDS Research*, 9(3), 307-313. <https://doi.org/10.2989/16085906.2010.530189>
- de Guzmán, L. B. R. (2015). La deficiencia auditiva. Identificación de las necesidades educativas especiales. *Revista Internacional de Apoyo a la Inclusión, Logopedia, Sociedad y Multiculturalidad*, 1(1), 95-109.
<https://doi.org/10.17561/riai>
- de Jesús-Reyes, D., & Menkes-Bancet, C. (2014). Prácticas y significados del uso del condón en varones adolescentes de dos contextos de México. *Papeles de Población*, 20(79), 73-97.
<https://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v20n79/v20n79a4.pdf>
- de la Paz, M., & Salamanca, M. (2009). Elementos de la cultura sorda: una base para el currículum intercultural. *Revista de Estudios y Experiencias en Educación*, 8(15), 31-49.
<https://www.redalyc.org/pdf/2431/243116377002.pdf>
- Druet, N., & Escalante, R. (2000). Conocimientos y actitudes hacia la sexualidad de jóvenes con discapacidad auditiva. *Educación y Ciencia*, 4 (21), 57-69.
<http://www.educacionyciencia.org/index.php/educacionyciencia/article/view/137>
- Enríquez, D., Sánchez, R., & Robles, S. (2011). Teorías y modelos psicológicos sobre el estudio de la salud sexual. En R. Díaz-Loving y S. Robles (Eds.), *Salud y Sexualidad* (pp. 49-84). México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Espada, J. P., Morales, A., & Orgilés, M. (2014). Riesgo sexual en adolescentes según la edad de debut sexual. *Acta Colombiana de Psicología*, 17(1), 53-60. <https://doi.org/10.14718/ACP.2014.17.1.6>
- Estrada, B. (2008). La vulneración de los derechos humanos de las personas sordas en México. *Revista del Centro Nacional de Derechos Humanos*, 3(8), 105-127.

http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/DH_50.pdf#page=107

- Fernández, M., Negrón, M., González, R., Díaz, L., Betancourt, E., Cintrón, F., Varas, N., & Villaruel, A. (2017). Actitudes hacia la comunicación sexual entre padres/madres y adolescentes en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 28(1), 80-95. <https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=d0491ad4-aea6-4f39-86b0-1884fa982143%40redis>
- Fisher, D. J., & Fisher, A. W. (1992). Changing AIDS-Risk Behavior. *Psychological Bulletin*, 111(3), 455-474. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.111.3.455>
- Fisher, J., Fisher, W., Bryan, A., & Misovich, S. (2002). Information-Motivation-Behavioral Skills model-based HIV risk behavior change intervention for inner-city high school youth. *Health Psychology*, 21(2), 177-186. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.21.2.177>
- Galdos, S. (2013). La conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30, 455-460. https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpmesp/v30n3/a14v30n3.pdf
- Gonçalves, S., Castellá, J., & Carlotto, S. (2007). Predictores de conductas sexuales de riesgo entre adolescentes. *Revista Interamericana de Psicología*, 41(2), 161-166. <https://www.redalyc.org/pdf/284/28441206.pdf>
- González, S., Díaz, Y., & García, R. (2016). La orientación a la familia de niños sordos con implante coclear. *Educación y Sociedad*, 14 (3), 1-14. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8329162>
- Groce, N. (2004). *VIH/AIDS & Disability: Capturing Hidden Voices*. <https://documents1.worldbank.org/curated/zh/684041468329099060/pdf/343130SPANISH0Survey0HIVAIDS.pdf>
- Güemes, M., Ceñal, M., & Hidalgo, M., (2017). Pubertad y adolescencia. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 5 (1), 7-22. <https://www.redalyc.org/pdf/284/28441206.pdf>
- Guevara, M., Soltero, S., Santos, J., Guzmán, L., & Gutiérrez, J. (2020). Determinantes sociales de salud y necesidad educativa sobre infecciones

- de transmisión sexual en adolescentes embarazadas. *SANUS*, (14), 1-11.
<https://doi.org/10.36789/sanus.vi14.170>
- Guevara, Y., & González, E. (2012). Las familias ante la discapacidad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(3), 1023-1050.
<https://revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/33643>
- Guevara, Y., Robles, S. y Barrientos, C. (2017). Comportamiento sexual de jóvenes con discapacidad auditiva. Su relación con factores sociodemográficos y familiares. *Revista Mexicana de Psicología*, Número especial, pp. 1263-1266.
- 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.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862016000100008
- Gutiérrez, J.P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L. ...& Hernández-Ávila, M. (2013). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales*. 2a. ed., Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en
<https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales2Ed.pdf>
- Heiman, E., Haynes, S., & McKee, M. (2015). Sexual health behaviors of deaf American Sign Language (ASL) users. *Disability and Health Journal*, 8(4), 579-585. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2015.06.005>
- Hernández, M. (2015). El Concepto de discapacidad: de la enfermedad al enfoque de derechos. *Revista CES Derecho*, 6 (2), 46-59.
<http://www.scielo.org.co/pdf/cesd/v6n2/v6n2a04.pdf>
- Hurtado, Z., & Olvera, J. (2017). Características del debut sexual en una población de jóvenes mexicanos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 4(20), 1602-1617.
<https://revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/62827>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas con discapacidad*.

- <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2015/discapacidad0.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). *Estadísticas de Mortalidad*. <https://www.inegi.org.mx/temas/mortalidad/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, ENADID 2018*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/resultados_enadid18.pdf
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2021). *Estrategia Nacional para la prevención del embarazo en adolescentes (ENAPEA)*. <http://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-33454>
- Instituto para las personas con discapacidad. (2017). *Diccionario de lengua de señas mexicana de la Ciudad de México*. [https://pdh.cdmx.gob.mx/storage/app/media/banner/Dic LSM%202.pdf](https://pdh.cdmx.gob.mx/storage/app/media/banner/Dic_LSM%202.pdf)
- Jiménez, M. (2010). Comunicación sexual en adolescentes y su implicación en la consistencia del uso del condón. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15(1), 107-129. <https://www.redalyc.org/pdf/292/29213133008.pdf>
- Kudo, Y. (2013). Effectiveness of a condom use educational program developed on the basis of the Information-Motivation-Behavioral Skills model. *Japan Journal of Nursing Science*, 10, 24-40. <https://doi.org/10.1111/j.1742-7924.2012.00207.x>
- Loredo, N., & Matus, M. (2012). Intervenciones de comunicación exitosas para el cuidado a la salud en personas con deficiencia auditiva. *Enfermería Universitaria*, 9(4), 57-68. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=41688>
- Meresman, S., Ramos, V., & Rossi, D. (2012). Es parte de la vida. Material de apoyo sobre educación sexual y discapacidad para compartir en familia. https://www.unicef.org/uruguay/spanish/Es_parte_de_la_vida_tagged.pdf
- Monter, S., Hernández, E., Rodríguez, V., Santamaria, S., Álvarez, U., & Melo, Z. (2020). Percepción de la primera relación sexual en adolescentes. *Educación y Salud, Boletín Científico del Instituto de Ciencias de la Salud*,

- Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*, 9(17), 23-30.
<https://doi.org/10.29057/icsa.v9i17.6431>
- Mora, A., & Hernández, M. (2015). Embarazo en la adolescencia. *Ginecología y Obstetricia de México*, 83, 294-301.
<https://ginecologiayobstetricia.org.mx/articulo/embarazo-en-la-adolescencia>
- Morales, E. (2021). Una revisión narrativa del embarazo adolescente y los determinantes sociales en salud de México. *Revista Salud y Bienestar Social*, 5(1), 59-74.
<https://www.revista.enfermeria.uady.mx/ojs/index.php/Salud/article/view/109/58>
- Moreno, D., Rivera, B., Robles, S., Barroso, R., Frías, B., & Rodríguez, M. (2008). Características del debut sexual de los adolescentes y determinantes del uso consistente del condón desde el análisis contingencial. *Psicología y Salud*, 18(2), 207-225. <https://doi.org/10.25009/pys.v18i2.663>
- Moreno, R., López-J., Felgueras, N., & Peñuela, R. (2017). *Historia de la Discapacidad y de la Lengua de Signos. Manual del estudiante* (1ra ed., Vol.19). La Ciudad Accesible.
<https://biblioteca.fundaciononce.es/publicaciones/otras-editoriales/historia-de-la-discapacidad-y-de-la-lengua-de-signos>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Pérdida de audición en la niñez. Qué hacer para actuar de inmediato*.
https://www.who.int/topics/deafness/WHD_brochure_ES.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (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>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Infecciones de Transmisión Sexual*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-stis>
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). *Prevención y control de las Infecciones de Transmisión Sexual*.
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/52684>

- Peña, S., & Contreras, A. (2018). Prevalencia de hipoacusia en recién nacidos sanos en un hospital de tercer nivel de atención. Detección mediante tamiz auditivo neonatal. *Revista Mexicana de Pediatría*, 85(4), 130-134. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=82463>
- Pérez, Y. Y. & Robles, S. 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://www.researchgate.net/profile/Yuma-Perez-Bautista/publication/339711510_Comparison_of_the_level_of_knowledge_and_sexual_debut_in_deaf_youth_in_Mexico_City_and_Guadalajara/links/5e608963299bf1bdb8543a17/Comparison-of-the-level-of-knowledge-and-sexual-debut-in-deaf-youth-in-Mexico-City-and-Guadalajara.pdf
- Pérez, Y., Robles, S., Tiburcio, M., & Guevara, Y. (2020). ProTGT Ism: 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>
- Planes, M., Prat, X., Gómez, B., Gras, E., Font-Mayolas, S. (2012). Ventajas e inconvenientes del uso del preservativo con una pareja afectiva heterosexual. *Anales de Psicología*, 28(1), 161-170. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/140632>
- Poulin, C., & Graham, L. (2001). The association between substance use, unplanned sexual intercourse and other sexual behaviours among adolescent students. *Addiction*, 96(4), 607-621. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2001.9646079.x>
- Reynoso, M., & Arévalo, C. (2014). Discapacidad auditiva y familia. *Revista Científica de la Universidad de Guadalajara*, 5, 113-121. <http://revistavinculos.cucsh.udg.mx/index.php/VSAO/article/view/4193>
- Rivera, B., & Agama, A. (2021). Barreras de comunicación del paciente sordo en el ámbito hospitalario. Una revisión narrativa. *Casos y Revisiones de Salud*, 3(1), 40-48. <http://dx.doi.org/10.22201/fesz.26831422e.2021.3.1.5>

- Rivera, L., Leyva, A., Garcia, A., de Castro, F., González, D., & de los Santos, M. (2016). Inicio de relaciones sexuales con penetración y factores asociados en chicos y chicas de México de 14-19 años de edad con escolarización en centros públicos. *Gaceta Sanitaria*, 30 (1), 24-30. <https://scielo.isciii.es/pdf/ga/v30n1/original4.pdf>
- 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://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6023239>
- Robles, S., & Pérez, Y. (2021). Uso del condón en jóvenes sordos de la Ciudad de México: qué saben y cómo lo usan. *Interacciones*, 7, e177. <http://dx.doi.org/10.24016/2020.v7.177>
- Robles, S., Frías, B., Moreno, D., Rodríguez, M., & Barroso, R. (2011). Conocimientos sobre VIH-SIDA, comunicación sexual y negociación del uso del condón en adolescentes sexualmente activos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(4), 317-340. <https://revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/28908>
- 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., Pérez, Y., & Hermosillo, Á. (2013). Comunicación con padres y conducta sexual en jóvenes mexicanos con discapacidad auditiva. *Psicología y Salud*, 23(2), 227-239. <https://doi.org/10.25009/pys.v23i2.504>
- Robles, S., Solano, R., Díaz-Loving, R., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M., & Barroso, R. (2012). Efectos de un programa de prevención de problemas de salud sexual sobre variables psicosociales y conductuales en adolescentes sin experiencia sexual. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(3), 1129-1155. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=37528>
- Robles, S., Rodríguez, M., Frías, B., & Moreno, D. (2014). Indicadores del uso eficaz del preservativo. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 25(2), 244-258. <https://www.repsasppr.net/index.php/rep/article/view/242>

- Rodríguez, B. (2015). La deficiencia auditiva. Identificación de las necesidades educativas especiales. *Revista Internacional de Apoyo a la Inclusión, Logopedia, Sociedad y Multiculturalidad*, 1(1), 95-109. <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/riai/article/view/4148>
- Rojas, L., & Castrejón, J. (2020). El inicio de la vida sexual en México. Un análisis de los cambios en el tiempo y las diferencias sociales. *Revista Latinoamericana de Población*, 14 (27), 77-114. <http://doi.org/10.31406/relap2020.v14.i12.n27.3>
- Rossi, I. M., & Labella, C. T. (2014). CAPÍTULO 31. Audición y lenguaje. El niño sordo. En *Libro virtual de formación en otorrinolaringología* (pp. 1–21). Sociedad española de otorrinolaringología y patología cérvico-facial.
- Rusinga, O. (2012). Perceptions of deaf youth about their vulnerability to sexual and reproductive health problems in Masvingo District, Zimbabwe. *African Journal of Reproductive Health*, 16(2), 271-282. <https://hdl.handle.net/10520/EJC121529>
- Sánchez, E., & Correa, F. (2017). Intención hacia el uso del condón. *Jóvenes en la Ciencia*, 3(1), 433-437. <https://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/869>
- 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.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-48322014000100007&script=sci_abstract&tlng=pt
- Sánchez, R., Enríquez, D., & Rosales, R. (2019). Información, motivación y habilidades conductuales asociadas al uso del condón en la última relación sexual en hombres privados de la libertad. *Persona*, 22(1), 37-52. [https://doi.org/10.26439/persona2019.n022\(1\).4082](https://doi.org/10.26439/persona2019.n022(1).4082)
- Sangowawa, A.O., Owoaje, E.T., Faseru, B., Ebong, I.P., & Alagh, B.T. (2010). A comparative study of HIV/AIDS knowledge and attitudes of hearing-impaired and non-hearing-impaired secondary school students in Ibadan. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 13(4), 453-458. <https://www.ajol.info/index.php/njcp/article/view/64171>

- Secretaría de Gobernación. (2019). *La educación y personas con discapacidad*.
<https://www.gob.mx/conadis/articulos/la-educacion-y-personas-con-discapacidad>
- Shackleton, J. (2009) Exploring perceptions of deaf persons for recommendations towards effective HIV/AIDS Programming in Nairobi. *Journal of Human Development, Disability, and Social Change*, 18(2), 59-76. <https://doi.org/10.7202/1087624ar>
- Suárez, L., & Menkes, C. (2006). La violencia familiar ejercida en contra de los adolescentes mexicanos. *Revista de Saúde Pública*, 40, 611-609. https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsp/v40n4/09.pdf
- Télez, 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
- Torres, J. (2015). El papel de la familia ante la sociabilización de un menor sordo. *Revista Internacional de Apoyo a la Inclusión, Logopedia, Sociedad y Multiculturalidad*, 1(1),62-70. <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/riai/article/view/4145>
- Torres, P., Becerril, M., & García, L. (2019). Nivel de conocimiento sobre Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)-VIH/SIDA en estudiantes de la Universidad Intercultural del Estado de Puebla. *Holopraxis*, 3(1), 129-139. <https://revistaholopraxis.com/index.php/ojs/article/view/101>
- Touko, A., Mboua, C., 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(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1758-2652-13-5>
- Uribe, A., & Orcasitas, L. (2009). Conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios de la ciudad de Cali-Colombia. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (27),1-31. <https://www.redalyc.org/pdf/1942/194215432004.pdf>
- Uribe, I., Amador, G., Zacarías, X., & Villarreal, L. (2012). Percepciones sobre el uso del condón y la sexualidad entre jóvenes. *Revista Latinoamericana de*

- Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10 (1), 481-494.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2012000100031
- Uribe, I., Bahamón, J., Reyes, L., Trejos, A., & Alarcón, Y. (2017). Percepción de autoeficacia, asertividad sexual y práctica sexual protegida en jóvenes colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*, 20(1), 203-211.
<https://repository.ucatolica.edu.co/handle/10983/15516>
- Vesga, L., & Vesga, J. (2015). Una exclusión que se perpetúa: tensiones entre docentes, niños sordos y niños oyentes en escenarios escolares de Popayán. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 46, 115-128.
<https://www.redalyc.org/pdf/1942/194242285010.pdf>
- Vildózola, H., Bazul, V., Cambillo, E., Torres, J., Flores, M. E., & Ramos, E. (2006). Prevalencia de la infección y factores de riesgo para Hepatitis B en dos grupos de gestantes adolescentes en relación al número de parejas sexuales. *Revista de Gastroenterología del Perú*, 26(3), 242-258.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292006000300003&script=sci_arttext
- Villalobos, A., Avila, L., Hubert, C., Suarez, L., de la Vara, E., Hernández, M., & Barrientos, T. (2020). Prevalencias y factores asociados con el uso de métodos anticonceptivos modernos en adolescentes, 2012 y 2018. *Salud Pública de Mexico*, 62, 648-660. <https://doi.org/10.21149/11519>
- Zavala, G., & García, H. (2018). Hipoacusia neonatal. La magnitud de un problema que aún no es escuchado. *Revista Mexicana de Pediatría*, 85(4), 117-118. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=82460>
- Zodda, J. (2015). Condom use among deaf college students. *Journal of the American Deafness & Rehabilitation Association*, 49(2), 1-16.
<https://nsuworks.nova.edu/jadara/vol49/iss2/4/>
- Zúñiga, A., & Tobar-Tosse, F. (2015). Vaginosis bacteriana por Gardnerella vaginalis: Nuevas enseñanzas desde la ecología molecular. *Salutem Scientia Spiritus*, 1(1), 29-36.
<https://core.ac.uk/download/pdf/235198623.pdf>