



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"El papel de los conocimientos, la autoeficacia y la comunicación como predictores del uso del condón en la primera relación sexual de jóvenes sordos y oyentes"

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Sarai Citlali Pichardo Emba

Directora: Dra. **Yuma Yoaly Pérez Bautista**

Dictaminadores: Dra. **Silvia Susana Robles Montijo**

Mtra. **Laura Alejandra Corona Guevara**



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 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

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.

Al grupo de investigación:

Agradezco a la Dra. Yuma, a la Dra. Robles y la Mtra. Alejandra por permitirme participar como becaria en la investigación y brindarme nuevos conocimientos. Agradezco sobre todo a la Dra. Yuma por asesorar mi reporte, por las horas invertidas para revisar y retroalimentar cada parte de este trabajo.

A mi familia:

Agradezco a mis padres todo el apoyo económico y moral que me brindaron a lo largo de la carrera, por animarme cada que dudaba y ayudarme a levantarme cuando tropezaba. Agradezco que me hayan acompañado en mis desveladas para terminar mis tareas, y levantarse temprano para llevarme al transporte o preparar mi refrigerio, mi éxito se los dedico por todo el esfuerzo que hicieron por mí.

A mi ángel en el cielo:

Aunque ya no estés aquí y te hayas perdido la mayor parte de mi formación y crecimiento profesional, te agradezco que hayas formado parte de mi infancia, que me hayas criado y hacerme la persona que soy hoy en día, tu recuerdo nunca se irá y siempre te recordare como mi mami Beni.

A mis amigos y profesores:

Agradezco que hayan formado parte de esta etapa, de cada uno me quedo un aprendizaje y no solo sobre la carrera, sino sobre la vida. Dani, Fer, Shady, Andy, Jessi y mis amigos de la praxis, siempre agradeceré haber pasado mis días con ustedes, las risas, el estrés, los fracasos y los éxitos.

ÍNDICE

RESUMEN	i
ABSTRACT.....	iii
INTRODUCCIÓN	v
PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO.....	
CAPITULO 1. PERSONAS QUE VIVEN EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD, EL CASO DE LAS PERSONAS SORDAS EN MÉXICO	1
1.1 Tipos de discapacidad	2
1.2 Discapacidad auditiva	3
1.3 Tipos de discapacidad auditiva.....	4
1.4 Características de la comunidad sorda.....	5
CAPITULO 2. CONDUCTA SEXUAL, EL DEBUT SEXUAL Y SU RELEVANCIA EN LA CONDUCTA DE PREVENCIÓN	7
2.1 Salud sexual y reproductiva en jóvenes oyentes	7
2.2 Salud sexual y reproductiva en jóvenes sordos.....	9
2.3 Métodos anticonceptivos	10
CAPITULO 3. VARIABLES ASOCIADAS A LA CONDUCTA DE PREVENCIÓN. EL MODELO DE INFORMACIÓN, MOTIVACIÓN Y HABILIDADES CONDUCTUALES COMO MARCO DE REFERENCIA	14
3.1 Conocimientos del uso correcto del condón	14
3.1.1 Importancia del uso correcto del condón.....	17
3.1.2 Fallas en el uso del condón.....	18
3.2 Autoeficacia percibida en el uso del condón.....	19
3.3 Comunicación con padres y madres.....	20
SEGUNDA PARTE: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA	
CAPITULO 5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	25
5.1 Objetivos.....	27

5.1.1	Objetivo general.....	27
5.1.2	Objetivos específicos	27
5.2	Hipótesis	27
CAPITULO 6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN		29
6.1	Método.....	29
6.1.1	Tipo de estudio.....	29
6.1.2	Participantes.....	29
6.1.3	Instrumentos.....	31
6.1.4	Procedimiento	33
6.1.5	Condiciones éticas del estudio.....	34
6.1.6	Análisis de datos	34
CAPITULO 7. RESULTADOS		35
7.1	Análisis descriptivo	35
7.1.1	Debut sexual	35
7.1.2	Prueba de conocimientos sobre el uso correcto del condón	36
7.1.3	Autoeficacia para usar correctamente el condón	37
7.1.4	Comunicación con padres.....	38
7.1.5	Comunicación con madres.....	39
7.2	Análisis comparativo.....	40
7.2.1	Debut sexual	40
7.2.2	Prueba de conocimientos sobre el uso correcto del condón	42
7.2.3	Autoeficacia para usar correctamente el condón	43
7.2.4	Comunicación con padres.....	45
7.2.5	Comunicación con madres.....	46
7.2.6	Componentes del modelo IMB	47

7.3	Análisis de correlación.....	48
7.4	Análisis de regresión	49
CAPITULO 8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES		50
REFERENCIAS.....		58

RESUMEN

Los jóvenes inician su vida sexual a temprana edad, y en la mayoría de los casos, lo hacen sin contar con recursos necesarios para protegerse de situaciones que pueden vulnerar su salud sexual, llevando a cabo conductas como, no utilizar un método anticonceptivo o no usarlo correctamente. En el caso de los jóvenes en condición de discapacidad auditiva, autores mencionan que cometen con mayor frecuencia conductas de riesgo en la primera relación sexual, debido al escaso acceso a fuentes de información adaptadas a sus características comunicativas, además de la poca comunicación que tienen con sus padres sobre diversos temas de sexualidad. El objetivo de este reporte de investigación fue analizar y comparar, entre jóvenes oyentes y sordos, el nivel de predicción de los conocimientos, la autoeficacia y la comunicación parental sobre el uso del condón en el primer encuentro sexual.

El diseño de este estudio fue de tipo transversal, descriptivo, comparativo, correlacional y observacional. Participaron voluntariamente 884 jóvenes, seleccionados de 22 instituciones educativas ubicadas en 11 ciudades de la República Mexicana, a través de un muestreo no probabilístico por cuotas. Para cumplir el objetivo de la investigación, se seleccionaron a 497 jóvenes de la muestra inicial, los cuales reportaron haber tenido su primer encuentro sexual, 208 eran sordos y 289 oyentes. La edad promedio de los jóvenes sordos fue de 22.3 años (DE= 4.2) y la de los jóvenes oyentes, de 21.7 años (DE= 3.8). La mayoría de los jóvenes eran hombres (56.7% y 55.7%), solteros (66.8% y 71.6%). En cuanto al grado de estudios, el 61.5% ($n=128$) de jóvenes sordos reportó tener nivel medio superior, y el 54.0% ($n=156$) de los jóvenes oyentes contar con estudios universitarios. Se aplicó un cuestionario computarizado para obtener información sobre las siguientes variables: datos sociodemográficos, comportamiento sexual, prueba de conocimientos sobre el uso correcto del condón, escala de autoeficacia percibida para el uso correcto del condón y escalas de comunicación sexual con padres y con madres. Con el grupo de jóvenes sordos, el cuestionario fue aplicado por un instructor previamente capacitado en el manejo y aplicación del programa

computarizado, y con experiencia certificada en la Lengua de Señas Mexicana (LSM).

Los principales hallazgos muestran que los jóvenes que participaron en esta investigación se perciben poco capaces para usar correctamente un condón, tienen pocos conocimientos sobre cómo usarlo correctamente y no se comunican sobre temas de sexualidad, o lo hacen muy poco con sus padres. Así mismo, los jóvenes sordos presentaron mayor riesgo que los oyentes en conductas como haber tenido un encuentro forzado, no usar un método anticonceptivo o no haber utilizado el preservativo en su debut sexual. Por otro lado, los jóvenes oyentes reportaron percibirse más capaces para usar correctamente el condón, obtuvieron un mayor puntaje de respuestas correctas en la prueba de conocimientos y presentaron una mayor comunicación con las madres. La comunicación con madres y la comunicación con padres se correlacionaron en ambas poblaciones, así como la autoeficacia y los conocimientos se relacionaron entre sí. En los jóvenes oyentes, la autoeficacia se relacionó con la comunicación con padres y esta a su vez con el uso del condón en la primera relación sexual, mientras que, para los jóvenes sordos, fue la autoeficacia y la comunicación con madres, las variables que se relacionaron con el uso del condón en el primer encuentro. Las variables analizadas que predijeron el uso del preservativo en el debut sexual de los jóvenes sordos fueron la autoeficacia y la comunicación con madres, mientras que no se encontró ninguna para los jóvenes oyentes.

Los hallazgos muestran que la condición de discapacidad auditiva no retrasa el inicio de la vida sexual, ya que no se muestra diferencia con la edad promedio de inicio de los jóvenes oyentes, sin embargo, sí influye en la presencia de mayores conductas de riesgo que podrían dañar su salud. El presente reporte de investigación aporta evidencia que resalta la necesidad de crear material y difundir información confiable adaptada a los jóvenes mexicanos con discapacidad auditiva y la importancia de promover la comunicación con sus padres y madres.

Palabras clave: discapacidad auditiva, condón, conocimientos, autoeficacia, comunicación parental, debut sexual.

ABSTRACT

Young people often initiate their sexual lives at an early age, often without the necessary knowledge to avoid risky sexual behaviors, such as improper or non-use of contraceptive methods. These behaviors can have adverse effects on their health and result in unwanted pregnancies. In the case of young people with hearing disabilities, limited access to information tailored to their needs and insufficient communication with their parents about sexuality exacerbates their engagement in risky behaviors, particularly during their first sexual relationships.

The objective of this research report was to analyze and compare the levels of predictive knowledge, self-efficacy, and parental communication regarding condom use during the first sexual encounter between hearing and deaf youth.

The study followed a cross-sectional, descriptive, comparative, correlational, and observational design. A total of 884 young people from 22 educational institutions located in 11 cities across Mexico participated voluntarily, using non-probabilistic quota sampling. To achieve the research objective, 497 young people were selected from the initial sample, all of whom reported having had their first sexual encounter. Of these, 208 were deaf, while 289 had normal hearing. The average age of deaf youth was 22.3 years ($SD= 4.2$), and for hearing youth, it was 21.7 years ($SD= 3.8$). The majority of participants were male (56.7% and 55.7%, respectively) and single (66.8% and 71.6%, respectively). Among deaf youth, 61.5% ($n=128$) had completed upper secondary education, whereas among hearing youth, 54.0% ($n=156$) had a university-level education. A computerized questionnaire was administered to collect data on sociodemographic information, sexual behavior, a knowledge test on correct condom use, perceived self-efficacy scale for condom use, and scales measuring sexual communication with both parents. For the deaf youth group, the questionnaire was administered by an instructor who had received training in managing and administering the computerized program and possessed certified experience in Mexican Sign Language (LSM).

The main findings indicate that the young people who participated in this research perceive themselves as having limited ability to correctly use condoms,

possess insufficient knowledge about proper condom use, and have minimal or no communication with their parents about sexuality-related issues. Moreover, hearing youth demonstrated a higher risk of engaging in behaviors such as forced sexual encounters, non-use of contraceptive methods, or failure to use condoms during their first sexual experiences. Conversely, hearing youth reported a higher perceived ability to correctly use condoms, achieved higher scores on the knowledge test, and exhibited greater communication with their mothers. Communication with mothers and fathers showed correlations in both populations, as did self-efficacy and knowledge. For hearing youth, self-efficacy was related to communication with fathers, which, in turn, was associated with condom use during the first sexual encounter. In the case of deaf youth, self-efficacy and communication with mothers were the variables related to condom use during the first encounter. The analyzed variables that predicted condom use during the sexual debut of deaf youth were self-efficacy and communication with mothers, while no predictive variables were found for hearing youth.

The findings indicate that hearing impairment does not delay the initiation of sexual activity compared to hearing youth in terms of average age. However, it does influence the engagement in riskier behaviors that could negatively impact their health. This research report emphasizes the importance of developing and disseminating reliable information adapted to young Mexicans with hearing disabilities, as well as promoting communication between these individuals and their parents.

Keywords: hearing impairment, condom, knowledge, self-efficacy, parental communication, sex debut.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es sin duda un periodo de transición físico, psicológico, emocional y social, donde se completa la construcción de la personalidad y se crea su propia identidad mediante la exploración de diversas áreas, incluido el terreno sexual.

Diversas encuestas han revelado que un gran número de jóvenes comienzan su vida sexual a temprana edad, siendo en promedio los 15 o 16 años, por lo que este comienzo se asocia con conductas de riesgo como mantener relaciones sexuales sin protección y/o con diferentes parejas, que puede tener consecuencias como, contraer una Infección de Transmisión Sexual (ITS) o vivir un embarazo no deseado (Humanium, s.f.).

La razón de que la adolescencia se considere una etapa vulnerable para involucrarse en conductas sexuales de riesgo se debe a que los adolescentes no disponen de los conocimientos y habilidades necesarias para la toma de decisiones sobre su futuro (Moreno et al., 2018).

La falta de información y el acceso limitado a servicios de educación sexual y reproductiva han impactado en que una gran parte no utilice ningún método anticonceptivo o adopte métodos inadecuados, además de que los usen de manera incorrecta (Humanium, s.f.).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), menciona que hay varios factores que influyen en la salud sexual de las personas, para su logro se requieren intervenciones, no solo a nivel individual, sino también en lo familiar y entre iguales, así como en la comunidad (social, organizacional), en la legislación, y en la política.

En la literatura de investigación disponible, se pueden encontrar diversos estudios donde se documentan las conductas de riesgo que llevan a cabo las personas que viven en condición de discapacidad, quienes además de enfrentarse a barreras sociales y contextuales, viven rodeados de estigmas y tabús sobre su desarrollo sexual, llegando a ser considerados como seres asexuados. Sin embargo, se ha demostrado que la condición de discapacidad no es obstáculo para que los jóvenes inicien sus encuentros sexuales, incluso a edades más tempranas y que lleven a cabo comportamientos que ponen en riesgo su salud.

En la psicología de la salud se han propuesto diferentes modelos para abordar estos temas, uno de ellos es el Modelo de Información-Motivación-Habilidades conductuales (IMB) propuesto por Fisher y Fisher (1992), en el cual se explica que la conducta de prevención se va a presentar en medida que las personas posean información, se sientan motivadas en llevar a cabo comportamientos saludables y tengan habilidades conductuales para lograr sus propósitos.

Cabe señalar que, si bien este modelo ha mostrado ser efectivo para, predecir la conducta de prevención y el desarrollo de programas de prevención, éste no ha sido probado en población en personas sordas, y tampoco se han analizado las diferencias que podría haber si se compararan estas variables en población oyente. Elementos que deben ser estudiados con la finalidad de hacer propuestas de intervención basadas en evidencia.

Este reporte se inserta en el 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 - IN307321), a cargo de la Dra. Silvia Susana Robles Montijo, y que se llevó a cabo dentro de la Unidad de Investigación Interdisciplinaria en Ciencias de la Salud y la Educación (UIICSE) de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Tiene como finalidad analizar y comparar, entre jóvenes oyentes y sordos, el nivel de predicción de los conocimientos, la autoeficacia y la comunicación parental sobre el uso del condón en el primer encuentro sexual, por lo que este manuscrito está conformado en dos partes, la primera refiere al Marco Teórico, dividido en tres capítulos donde se exponen las bases que apoyan la investigación empírica.

En el *Capítulo 1. Personas que viven en condición de discapacidad, el caso de las personas sordas en México*, se brinda un recorrido en la evolución del término "discapacidad" a lo largo de la historia, así como cifras mundiales de las personas que viven en esta condición; se da a conocer la clasificación de los diferentes tipos de discapacidad, y en específico sobre la discapacidad auditiva y su clasificación a partir de la zona afectada, el grado de pérdida y el momento de adquisición. Por

último, se abordan las características de la comunidad sorda y el desarrollo de sus propias tradiciones, costumbres e idioma.

En el *Capítulo 2. Conducta sexual, el debut sexual y su relevancia en la conducta de prevención*, se muestra una revisión de las conductas que llevan a cabo los adolescentes y jóvenes, tanto los oyentes como los sordos, en sus experiencias sexuales, la edad promedio del debut sexual y las limitantes en la educación integral sobre temas de sexualidad, así como los métodos anticonceptivos que existen, haciendo énfasis en el condón masculino y los pasos propuestos a seguir para usarlo correctamente.

En el *Capítulo 3. Variables asociadas a la conducta de prevención. El modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales como marco de referencia*, se desglosan cada una de las variables relacionadas al modelo, comenzando con los conocimientos del uso correcto del condón, siguiendo con la autoeficacia percibida y finalizando con la comunicación con padres y madres

La segunda parte corresponde a la investigación empírica, que se divide en cuatro capítulos: *Capítulo 4. Planteamiento del problema*, donde se resaltan los antecedentes, se plantea el objetivo general, los objetivos específicos y las hipótesis; *Capítulo 5. Metodología de la investigación*, se describe el tipo de estudio, los participantes y sus características, así como los instrumentos utilizados y el procedimiento llevado a cabo para la aplicación de estos, las condiciones éticas del estudio y el análisis de datos; El *Capítulo 6. Resultados*, se divide en análisis descriptivo, comparativo, de correlación y de regresión, donde se exponen los resultados obtenidos de las variables en ambas poblaciones; y finalmente en el *Capítulo 7. Discusión y conclusiones*, se discuten los hallazgos encontrados con investigaciones previas e información documentada por diversos autores sobre el tema, además de las limitaciones propias del estudio.

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

CAPITULO 1. PERSONAS QUE VIVEN EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD, EL CASO DE LAS PERSONAS SORDAS EN MÉXICO

El concepto de discapacidad ha sido y sigue siendo debatido por diferentes organizaciones, siendo que puede ser explicada de un modo distinto dependiendo de factores como el lugar de origen, el género, la edad, las ideologías políticas o creencias religiosas, o la situación socio-económica (OMS, 2011). Cuando se habla de discapacidad, inmediatamente se piensa en un “impedimento” que restringe la realización de actividades.

Hasta mediados del siglo XX, la discapacidad se abordaba desde una perspectiva individualista, que la explicaba como una tragedia personal o como una deficiencia individual, de modo que la persona debía ajustarse a su entorno o aceptar la medicalización, es por eso que desde esta perspectiva, Pérez y Chhabra (2019), proponen modelos teóricos de discapacidad como el tradicional, moral o religioso y el médico, rehabilitador o individual, en donde el modelo tradicional, moral o religioso está basado en creencias religiosas y es vista como un defecto causado por un fallo moral o un pecado (Goodley, 2017), ligándolo a sentimientos de vergüenza que fuerzan a ocultar y excluir a las personas con discapacidad (Miles, 2002).

Posteriormente, debido al avance en tecnología y las teorías de la genética, se da un reconocimiento al modelo médico de la discapacidad, donde tener una discapacidad es sinónimo de poseer un cuerpo defectuoso, impedimento o deficiencia que condiciona y restringe la experiencia vital de la persona (Ferreira, 2010), también impide las capacidades funcionales, y son catalogados como “enfermos”, así es como el modelo se basa en el diagnóstico clínico y categorización, relegando el poder de curar el defecto o enfermedad a los médicos y profesionistas, y hacer a la persona lo más normal posible.

Es a partir de la Segunda Guerra Mundial, que los movimientos por los derechos de las personas con discapacidad en Europa y Norteamérica favorecieron el desarrollo de otros modelos: el social británico y el minoritario norteamericano,

los cuales definen, interpretan y tratan la discapacidad en relación con la sociedad, siendo ahora ésta el eje de atención, suponiendo un giro radical al distinguir entre “impedimento” y “discapacidad” (Bickenbach et.al., 1999), postula que la persona es discapacitada debido a la arquitectura, las actitudes y las barreras creadas por la sociedad.

La convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad establece que las personas con discapacidad son aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2012).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), menciona que más de mil millones de personas, alrededor del 15% de la población mundial, tienen algún tipo de discapacidad, y que este número de personas aumenta vertiginosamente por las tendencias demográficas y la creciente prevalencia de dolencias crónicas, entre otras causas. Se reporta que en América Latina existen aproximadamente 85 millones de personas con discapacidad, siendo los países del Caribe los que tienen un índice más alto y el más bajo Paraguay, con 1.0%, en este rango, México ocupa la posición siete con un índice del 1.8%, con el reporte de 16.5 millones de mexicanos con algún tipo de discapacidad.

Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2015) la tasa de prevalencia de personas con discapacidad en México es en promedio 6%, registrándose un incremento en los datos reportados por el censo 2010.

1.1 Tipos de discapacidad

La Comisión Nacional de los Derecho Humanos (CNDH, 2012), clasifica los diferentes tipos de discapacidad de la siguiente manera:

Discapacidad motriz: Incluye a las personas con discapacidad para caminar, manipular objetos y de coordinación de movimientos para realizar actividades de la vida cotidiana. Algunas alteraciones más frecuentes de esta discapacidad se encuentran las secuelas de poliomielitis, lesión medular (parapléjico o cuadripléjico),

amputaciones, espina bífida, síndrome pospolio y falta de alguna extremidad del cuerpo.

Discapacidad sensorial: Comprende a las personas con deficiencias visuales, auditivas y a quienes presentan problemas en la comunicación y el lenguaje (ceguera y sordera). Discapacidad visual: incluye a las personas ciegas y a los débiles visuales. Discapacidad auditiva: incluye a las personas sordas y a quienes tienen un nivel severamente bajo de audición.

Discapacidad intelectual: Se caracteriza por una disminución de las funciones mentales superiores (inteligencia, lenguaje y aprendizaje, entre otros), así como de las funciones motoras, aquí se incluye a las personas que presentan discapacidades para aprender y para realizar algunas actividades de la vida diaria, como el síndrome de Down o ciertos trastornos del desarrollo como el autismo y síndrome de Asperger.

Discapacidad psicosocial: Es la que puede derivar de una enfermedad mental y que tiene factores bioquímicos y genéticos, los síntomas se presentan en la adolescencia y puede ser temporal o permanente y se convierte en una condición de vida, algunos ejemplos de esta discapacidad son: depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno esquizoafectivo, ataques de pánico, trastornos fóbicos, trastorno dual, entre otros.

1.2 Discapacidad auditiva

La discapacidad auditiva se define como la pérdida o anomalía de la función anatómica o fisiológica del sistema auditivo, teniendo una consecuencia inmediata en una discapacidad para oír (Carrascosa, 2015). Según el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de las Familias (DIF, 2017), la discapacidad auditiva es la falta, disminución o pérdida de la capacidad para oír en algún lugar del aparato auditivo, sus causas pueden ser congénita, hereditaria o genética, por problemas de partos anormales, causa fetal o materna, por otitis media y meningitis bacteriana, o ruidos de alta intensidad.

La discapacidad auditiva tiene efectos importantes en las etapas tempranas de la vida de un niño o niña que afecta su pensamiento, habla, lenguaje, conducta, desarrollo social y emocional, así como escolar y laboral (DIF, 2017).

Las personas con discapacidad auditiva son aquellas cuya condición de vida implica una deficiencia o alteración en el sentido auditivo, por lo que su interacción e inclusión plena y efectiva con los demás, se ve limitada en igualdad de condiciones por las barreras físicas y actitudinales que establece la sociedad (Schurenkamper, 2021).

1.3 Tipos de discapacidad auditiva

Se debe tener en cuenta una diferenciación en la pérdida de audición: sordera e hipoacusia. Donde la hipoacusia es la pérdida de audición que, con o sin ayuda técnica, permite acceder al lenguaje oral por vía auditiva, mientras que la sordera es la pérdida de audición que impide el acceso al lenguaje oral por vía auditiva, dejando como único canal para llevar a cabo el proceso de comunicación, la visión (Carrascosa, 2015).

Schurenkamper (2021), menciona que la discapacidad auditiva se clasifica en dos: parcial, cuando las personas presentan baja audición o hipoacusia, de forma unilateral (un solo oído) o bilateral (ambos oídos); y total, cuando las personas presentan una pérdida profunda de la audición.

Según Carrascosa (2015), existen diferentes tipos de pérdida auditiva que se van a clasificar dependiendo: la parte del oído afectada, el grado de pérdida y el momento de adquisición.

Atendiendo a la parte del oído afectada:

- Hipoacusia conductiva: es producida por un impedimento en el trayecto de las ondas sonoras en el oído externo y medio al oído interno; algunas de las causas que puede producirla son: otitis, tumores benignos, perforación del tímpano, traumatismos y malformaciones del oído medio y externo.

- Hipoacusia neurosensorial: se produce cuando el nervio auditivo o las células ciliadas son dañados. Las causas se engloban en dos categorías: congénita, que se produce desde el nacimiento, ya sea herencia o por alguna anomalía en las

etapas de desarrollo durante la gestación; y adquirida, que se produce después del nacimiento, causado por traumatismos, medicamentos ototóxicos, la exposición a ruidos fuertes, meningitis y diversos síndromes, así como la presbiacusia.

- Hipoacusia mixta: es una combinación de hipoacusia conductiva e hipoacusia neurosensorial, en la que se producen daños tanto en el oído externo o medio como en el oído interno, los grados de afectación oscilan entre leve y profunda. Algunas de las causas son, los defectos de nacimiento, las enfermedades, infecciones, tumores y lesiones en la cabeza.

Atendiendo al grado de pérdida:

Una audición normal presenta un umbral auditivo que oscila entre los 0-20 decibelios (dB). Los diferentes grados de pérdida de audición pueden clasificarse de la siguiente manera: hipoacusia leve (20-40 dB), hipoacusia moderada (40-70 dB), hipoacusia severa (70-90 dB) e hipoacusia profunda o sordera (+90 dB).

Atendiendo al momento de adquisición:

Otro factor importante que repercute en las pérdidas de audición es el momento de adquisición, y según el momento se destaca que la discapacidad auditiva puede ser: hereditaria, cuando la discapacidad auditiva está contenida en alguno de los genes de uno o ambos padres; adquirida, cuando la pérdida es prenatal, produciéndose antes del nacimiento o postnatal, si el caso es este último, se debe distinguir otro criterio: prelocutiva, que se produce antes del desarrollo del lenguaje y postlocutiva, que tiene lugar después del desarrollo del lenguaje.

1.4 Características de la comunidad sorda

Se puede identificar a la población sorda como un grupo heterogéneo de personas que tienen formas diferentes de comunicación y relacionamiento con el entorno, elemento con el que se enriquece y desarrolla una cultura (Suárez et al., 2021).

Anteriormente, Fridman (2000) afirmaba que los sordos en tanto considerados discapacitados, se caracterizaban fundamentalmente porque no pueden comunicarse por medio del habla con quienes los rodean, no de modo fluido y natural. Actualmente, viven millones de personas cuya primera lengua no puede ser una hablada, así que adoptar una comunicación alternativa visual es necesario

y de esta manera, desarrollan costumbres y valores peculiares, que se convierten en tradiciones (Oviedo & Burad, 2006).

Las comunidades de sordos han existido siempre que los sordos se han reunido para coexistir, en ellas han heredado y desarrollado sus propias tradiciones, costumbres y hasta sus idiomas (Fridman, 2000). Es así como esta comunidad se reconoce por su diversidad atravesada por el tipo de discapacidad que presenta, el sistema de comunicación que maneja, el contexto en el que se desarrolla su vida, incluso, las condiciones socioeconómicas en las que habita

Las personas sordas conforman estas comunidades donde el factor aglutinante es la lengua de señas, considerada un código que ofrece todas las posibilidades de expresión, tal y como lo es una lengua oral (Morales, 2010).

CAPITULO 2. CONDUCTA SEXUAL, EL DEBUT SEXUAL Y SU RELEVANCIA EN LA CONDUCTA DE PREVENCIÓN

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) llevada a cabo en 2018-2019, la salud sexual se refiere al estado general de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y la salud reproductiva se define como el estado general de bienestar físico, mental y social, y no meramente a la ausencia de enfermedad en todas las cuestiones relativas al aparato reproductor y sus funciones y procesos (Shamah-Levy et al., 2020).

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2017), menciona que una gran cantidad de adolescentes ya son sexualmente activos antes de cumplir los 20 años de edad, y alrededor del 60% no utiliza ninguna protección contra el embarazo ni contra el riesgo de adquirir alguna ITS. Es por ello que, durante la adolescencia, la salud sexual y reproductiva es un componente fundamental debido a que sus primeras experiencias sexuales ocurren en la mayoría de los casos sin información y orientación, teniendo como posible consecuencia embarazos no planeados o no deseados e incluso infecciones de transmisión sexual (Shamah-Levy et al., 2022).

2.1 Salud sexual y reproductiva en jóvenes oyentes

Los adolescentes constituyen una población prioritaria para la salud sexual y reproductiva a nivel global debido a sus propias características, tanto biológicas, psicológicas y sociales, que los colocan en cierta situación de vulnerabilidad. En México, la educación sexual ha carecido de una visión integral, se ha enfocado en la transmisión de conocimientos sobre aspectos biológicos de la reproducción y la promoción de la abstinencia sexual, sin una cultura de prevención desde la perspectiva de la salud sexual, la equidad de género y los derechos sexuales y reproductivos, además de existir una carencia de información basada en evidencia científica relevante y actualizada, lo que se observa en los indicadores de salud de los adolescentes (Campero, et al., 2013).

A pesar de que cada vez hay más acceso a información especializada, aún existen tres grandes limitantes en la información disponible sobre la salud sexual y reproductiva de adolescentes en México: a) se enfoca a mujeres, b) existen diferentes cortes de edad para definir a la población adolescente, y c) se enfoca a adolescentes casadas o unidas (Campero, et al., 2013). Un estudio realizado por Rojas et al. (2017), en escuelas de México, indicó que los temas más impartidos fueron el uso del condón, prevención de embarazo y protección contra el VIH, mientras que los temas menos impartidos fueron las relaciones y el placer, lo que indica que se imparte información básica, principalmente cognitiva, y se deja de lado el trabajo sobre la autoeficacia y las habilidades, competencias que requieren los adolescentes para poner los conocimientos en práctica.

En los indicadores sobre métodos anticonceptivos, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición realizada en 2021 (Shamah-Levy et al., 2022), se encontró que el 86.4% de la población reportó haber escuchado hablar de algún método, sin embargo, cabe destacar que este hecho no significa necesariamente que los adolescentes tengan el conocimiento adecuado sobre el uso correcto de los mismos, por lo que al analizar el conocimiento a profundidad, puede identificarse que para muchos este es erróneo o incompleto (Robles et al., 2014). Se sabe que el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual es muy reducido (Campero, et al., 2013).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición realizada en 2021 (Shamah-Levy et al., 2022), reportó que el 19.5% de las(os) adolescentes de 12 a 19 años de edad iniciaron su vida sexual; además de que, en su primer encuentro sexual, el 19.3% no utilizó métodos anticonceptivos; por otro lado, de los que reportaron usar algún método, el 80.4% usó condón masculino (84.7% hombres y 74.7% en mujeres). En relación con el uso de métodos anticonceptivos en la última relación sexual, se encontró que el 19.5% no utilizó ningún método (12.6% hombres y 28.6% mujeres) y el 72.3% usó condón masculino (82.2% hombres y 59.2% mujeres).

Es así como estos datos proporcionados por la ENSANUT, y diversas encuestas realizadas, se hace evidente la necesidad de que la población

adolescente mexicana, reciba Educación Sexual Integral. Es importante saber que la educación sexual no fomenta la actividad sexual, sino que aplaza la edad de inicio de la vida sexual, reduce el número de parejas sexuales, mejora las prácticas de protección contra ITS y así reducir los riesgos asociados con el VIH y aumentar la autoeficacia para el uso del condón (Rojas et al., 2017).

2.2 Salud sexual y reproductiva en jóvenes sordos

Estudios, han documentado que la comunidad con discapacidad auditiva constituye uno de los grupos con mayor riesgo de contraer Infecciones de Transmisión Sexual (Moinester et al., 2008), especialmente las personas sordas usuarias de la Lengua de Señas, debido al limitado acceso a fuentes confiables y servicios de salud, por su bajo dominio del castellano (Collazos, 2012).

Una de las principales razones para considerar de alto riesgo a esta población es la desinformación, la población con discapacidad auditiva presenta bajos niveles de lectura, que obstaculizan la obtención de información a través de fuentes impresas y electrónicas (Goldstein et al., 2010). Asimismo, la información que está disponible en medios audiovisuales que sólo brinda la información contenida a través de estímulos visuales que dejan de lado el mensaje en material auditivo (Groce et al., 2007).

Gomez (2011), menciona que estudios de corte transversal reportan que las personas sordas llevan a cabo conductas que ponen en riesgo su salud sexual, por ejemplo, la adopción de prácticas de anticoncepción por medio de la penetración anal, encuentros sexuales no protegidos con parejas ocasionales y uso inadecuado de métodos anticonceptivos (Robles et al., 2013). 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 y 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 contribuye a que los jóvenes recurran a fuentes poco confiables de información sobre el tema (Archibald et al., 2008).

Cuando se abordan temas asociados a la salud sexual en las escuelas se pueden presentar sesgos basados en el temor de promover el inicio prematuro de la vida sexual, que en consecuencia favorece la omisión de información (Mall & Swartz, 2014).

Aunque hay pocos estudios dirigidos a investigar los factores de riesgo para la salud sexual de jóvenes con discapacidad auditiva, los principales hallazgos indican que esta población suele iniciar sus relaciones sexuales entre los 14 y 15 años de edad (Bisol et al., 2008).

2.3 Métodos anticonceptivos

Los métodos anticonceptivos son todos aquellos capaces de evitar o reducir las posibilidades de un embarazo, pueden utilizarse desde la primera relación sexual y durante la vida fértil de la persona; su uso también protege de las infecciones de transmisión sexual (ITS), si es usado de manera correcta (Ministerio de Salud Argentina, s.f.). Así mismo, el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM, 2020), define los métodos anticonceptivos como sustancias, objetos o procedimientos que evitan que la mujer quede embarazada tras una relación sexual, permitiendo tener el control de la natalidad.

La OMS (2019), refiere que existen diferentes tipos de métodos anticonceptivos, y que sus tasas de eficacia dependen de su uso correcto; algunos de estos pueden ser de venta libre u otros pueden requerir asesoramiento médico o intervención quirúrgica, haciendo importante el papel que tienen los dispensadores de atención de salud al desempeñan la función de ayudar a las personas a identificar y utilizar un método eficaz y aceptable.

El ISEM (2020), clasifica a los diferentes métodos anticonceptivos que existen, en:

De barrera: condón (masculino y femenino), espermicidas y Dispositivo Intrauterino (DIU).

Hormonales: orales, inyectables, implante subdérmico y parches.

Naturales: ritmo o calendario, temperatura basal, moco cervical y coito interrumpido.

Definitivos: vasectomía (tradicional y sin bisturí) y OTB (Oclusión Tubárica Bilateral) o Salpingoclasia.

De estos últimos métodos, la OMS (2019), los considera un método permanente que en los hombres se bloquea el paso de los espermatozoides y en las mujeres los óvulos, siendo en cualquier caso una elección voluntaria e informada.

De la misma manera, el Ministerio de Salud Argentina (s.f.), describe los anticonceptivos de barrera como un mecanismo físico, que impide el acceso de los espermatozoides, evitando su unión con los óvulos, sin embargo, para una buena eficacia anticonceptiva requieren un uso correcto en cada acto sexual, en cuanto al DIU, son dispositivos flexibles que se colocan dentro de la cavidad uterina y actúan por mecanismos locales de alteración del medio uterino que dificultan el ascenso de los espermatozoides, habiendo de dos tipos: dispositivo intrauterino con cobre y dispositivo intrauterino con levonorgestrel; los anticonceptivos hormonales, impiden la concepción mediante acciones sobre el eje hipotálamo-hipófisis-gonadal, o por acción local inhibiendo el ascenso de espermatozoides. Hay distintas maneras de clasificarlos:

Por su composición: anticonceptivos hormonales combinados y anticonceptivos hormonales sólo de progestágeno.

Por su mecanismo anticonceptivo: anovulatorios (fármacos que impiden que el ovario produzca óvulo) y no anovulatorios.

Por su vía de administración: orales, inyectables, dérmicos, subdérmicos, vaginales e intrauterinos.

Por último, menciona el método de la Lactancia Amenorrea (MELA), que consiste en usar durante los primeros seis meses de vida del bebé la lactancia exclusiva, mientras dura la amenorrea. La OMS (2019), refiere que este es un método temporal para las mujeres recién paridas que no han vuelto a menstruar, durante este periodo no se liberan óvulos, por lo tanto, no puede haber un embarazo. De igual manera la OMS (2019), agrega la anticoncepción de emergencia, que puede evitar el embarazo después de tener relaciones sexuales

sin protección o si el método ha fallado, ya sea mediante una píldora o con un DIU, para lo que existe un margen de cinco días.

El preservativo peneano o mejor conocido como preservativo masculino, es el único método que reduce la posibilidad de contraer infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, y es el método de uso más frecuente por su accesibilidad, es una funda muy delgada que se coloca sobre el pene erecto, antes de la penetración y debe permanecer durante toda la relación sexual (OMS, 2019).

La eficacia de este preservativo depende de que se use de forma correcta en cada acto sexual, y de uso habitual; su efectividad para prevenir una ITS ronda el 95% y como método anticonceptivo llega al 97%, si se usa correctamente (Ministerio de Salud Argentina, s.f.).

El Ministerio de Salud Argentina (s.f.), menciona que los preservativos masculinos fueron diseñados para colocarse sobre la punta del glande y desenrollarse a lo largo del pene erecto hasta cubrirlo por completo, y propone los siguientes pasos a seguir:

1. Usar un preservativo nuevo en cada relación sexual.
2. Observar la fecha de vencimiento.
3. Revisar que el envase no esté roto o dañado.
4. Abrir el envase con los dedos, evitar los dientes y objetos que puedan dañar el preservativo.
5. Verificar para qué lado se desenrolla antes de apoyar sobre el pene.
6. Antes de cualquier contacto físico con genitales, ano o boca de la otra persona colocar el preservativo.
7. Colocarlo sobre el pene erecto, inmediatamente después de alcanzar la erección.
8. Al colocarlo, es importante apretar la punta para que no quede aire y se pueda contener el semen eyaculado. Desenrollar bien el preservativo hasta la base del pene erecto.
9. Retirar el pene inmediatamente después de la eyaculación, cuando todavía está erecto. Sostener el preservativo por su base para que este no se salga, tratando de que no se derrame esperma.

10. Hacer un nudo al preservativo y estirarlo para corroborar que no se haya roto.
11. Los preservativos son desechables, no deben usarse nuevamente. Si se vuelve a tener relaciones sexuales o si se pasa de una práctica sexual penetrante a otra, como de sexo anal a vaginal, debe usarse un nuevo preservativo.
12. Envolver el preservativo en un envase o papel y tirar en un bote de basura, no arrojar al inodoro.

Por otra parte, Robles et al. (2014), propone los siguientes pasos a seguir antes de la colocación, colocación y retiro correcto del condón.

Antes de la colocación:

- 1) Revisar la fecha de caducidad.
- 2) Revisar burbujas de aire en el paquete del preservativo.
- 3) Bajar el preservativo hacia el fondo de la envoltura antes de abrir el paquete.
- 4) Abrir el paquete del preservativo por las muescas o la hendidura sin usar las uñas o dientes.

Colocación:

- 5) Colocar del lado correcto del preservativo y apretar el receptáculo del semen.
- 6) Girar dos vueltas la punta del preservativo evitando burbujas de aire y desenrollarlo hasta la base del pene.

Retiro:

- 7) Simular llevar el semen hacia la punta del receptáculo del preservativo.
- 8) Tomar el preservativo del receptáculo del semen, girando dos vueltas y sacarlo del pene.

CAPITULO 3. VARIABLES ASOCIADAS A LA CONDUCTA DE PREVENCIÓN. EL MODELO DE INFORMACIÓN, MOTIVACIÓN Y HABILIDADES CONDUCTUALES COMO MARCO DE REFERENCIA

De acuerdo a Fisher y Fisher (1992), el modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales sostiene que la reducción del riesgo de contraer VIH/SIDA es una función de la información que poseen las personas sobre la transmisión y prevención de esta enfermedad, su motivación para reducir el riesgo y sus habilidades conductuales para realizar los actos específicos involucrados en esta reducción.

Este modelo se ha utilizado en el desarrollo e implementación de programas de intervención; en este capítulo se derivan estos tres elementos de la siguiente manera: conocimientos del uso correcto del condón (Información), autoeficacia percibida para el uso correcto del condón (Motivación) y comunicación con padres y madres (Habilidades Conductuales).

3.1 Conocimientos del uso correcto del condón

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición realizada en 2021 (Shamah-Levy et al., 2022), tomando en cuenta que el condón masculino es el método más utilizado por la población adolescente, se indagó acerca del conocimiento básico que estos tienen mediante la pregunta ¿cuántas veces se puede usar un mismo condón masculino? obteniendo un 89.3% de adolescentes que respondió correctamente “una sola vez” (92.1% hombres y 86.4% mujeres), se adicionó una pregunta sobre la utilidad del condón para evitar un embarazo o una infección de transmisión sexual ¿para qué se utiliza el condón masculino? únicamente 36.3% respondió de manera correcta “para prevenir un embarazo y una infección de transmisión sexual” (35.2% hombres y 37.6% mujeres).

Una encuesta realizada por Robles et al. (2014), indica que más de la mitad de los estudiantes que respondieron la prueba, contestaron correctamente a 6 de los nueve reactivos evaluados; más del 80% respondió correctamente el reactivo

que hace referencia al cuidado que debe tenerse al llevar consigo un preservativo, mientras que menos del 35% respondió correctamente al reactivo que hace referencia a la fecha de caducidad del preservativo.

También, se evaluaron las habilidades para colocar y retirar un preservativo en un modelo de pene para la enseñanza; de los 130 estudiantes que se analizaron ejecutando esta habilidad, más de la mitad demostraron correctamente 6 de los 8 pasos evaluados; el paso 3 que corresponde a bajar el preservativo hacia el fondo de la envoltura antes de abrir el paquete, fue el paso que se demostró correctamente por el 94.6% de los participantes, mientras que el paso 8 que corresponde a tomar el preservativo del receptáculo del semen, girar dos vueltas y sacarlo del pene, solo se demostró correctamente por un 20% de los estudiantes.

Para el año siguiente, Sánchez-Meneses et al. (2015), realizaron una encuesta en 120 adolescentes de un centro de salud, los resultados arrojan que el 97.5% había recibido información de cómo utilizar los métodos anticonceptivos, las fuentes de información más frecuentes fueron los maestros (37.5%), seguido del personal de salud (31.7%). Respecto al conocimiento adecuado de los métodos anticonceptivos, el 60.8% de los adolescentes tuvieron un nivel de conocimiento medio, el 23.3% un nivel bajo y solo el 15% tuvo un nivel alto.

En otra encuesta realizada por Villa-Paleo & Carranza-Madrigal (2017) con 201 adolescentes indígenas de una preparatoria del estado de Michoacán, arrojó que el 80% de los encuestados no tenía conocimiento de lo que es el condón masculino y de su eficacia en la prevención de ITS y poco más de la mitad desconocía su efectividad anticonceptiva. Más del 80% conocía la fácil disponibilidad del condón, su acceso gratuito, la variedad de condones que existen y la facilidad para desecharlos después de ser usados, y poco más del 70% tenía conocimiento de las ventajas del condón.

En esa misma encuesta, poco menos del 80% tenía conocimiento para identificar que no hubiera caducado y poco más de este porcentaje sabía que el empaque no debe tener defectos visibles y debe encontrarse completamente cerrado, dos terceras partes sabían identificar las características de buenas condiciones del empaque del condón y solo 51% conocía la forma correcta de abrir

el empaque; poco más de la mitad desconocía las recomendaciones antes de la relación sexual, dos terceras partes no tenían conocimiento de usar el condón antes de cualquier contacto sexual; más del 60% desconocía las características del condón para el tipo de relación sexual, oral o anal, y no tenían conocimiento de usar un nuevo condón para cada tipo; dos terceras partes no tenían conocimiento de qué hacer antes de colocar el condón, 80% desconocía cómo y cuándo colocar el condón y poco más de la mitad desconocía qué hacer cuando el condón se coloca de forma equivocada.

Finalmente, el 54% de los encuestados sabía qué debe inspeccionar el condón durante la relación sexual, dos terceras partes desconocía cuándo y cómo retirar el pene de la pareja después de la eyacuación, el 64% sabía cuándo y cómo retirar el condón usado del pene, 71% desconocía cómo manejar el condón usado para desecharse y poco más de la mitad ignoraba que debe usarse un nuevo condón para continuar con el contacto sexual, por otro lado, menos de dos terceras partes desconocía las causas de la ineficacia de los condones; el 55% conocía los mitos y creencias erróneas del condón y de las ITS.

Ahora, en los jóvenes sordos y sus conocimientos sobre el uso correcto del condón, un cuestionario realizado a 57 jóvenes entre los 14 y 29 años de edad, por Robles-Montijo y Pérez-Bautista (2021), reportó que ninguno de los 6 ítems fue respondido correctamente por el 100% de los participantes. En el ítem *Antes de abrir su envoltura el condón debe recorrerse con los dedos hacia abajo para evitar que se dañe al abrirlo*, lo respondieron correctamente seis de cada 10 participantes; el ítem *Cuando se coloca un condón en el pene NO debe dejarse un espacio en la punta*, sólo fue respondido por uno de cada 10. En general, el promedio de respuestas correctas obtenido en toda la prueba fue de 2.26 y no hubo diferencias entre hombres y mujeres.

Sin embargo, al hacer el análisis por ítem, se encontró que en el ítem referente al cuidado que debe tenerse para abrir el paquete del condón, fue mayor la proporción de hombres (62.5%), comparados con las mujeres (32.0%), que lo respondieron correctamente; en el ítem correspondiente a la caducidad del condón, fue mayor la proporción de mujeres (40.0%), comparadas con los hombres (6.2%)

que lo respondieron correctamente; en los cuatro ítems restantes no se encontraron diferencias significativas debidas al sexo de los participantes.

3.1.1 Importancia del uso correcto del condón

Las ITS y los embarazos no deseados son considerados graves problemas de salud pública, pues suponen una inmensa carga sanitaria y económica, que además se agravan porque la incidencia se incrementa a edades más tempranas, siendo así que los adolescentes son un grupo de riesgo tanto como los que se exponen al contagio inadvertido a través del contacto sexual sin protección o del uso incorrecto del condón (Villa-Paleo & Carranza-Madriral, 2017).

La Organización Mundial de la Salud (2021), estima que en 2020 hubo unos 374 millones de nuevas infecciones de las siguientes ITS: clamidiasis (129 millones), blenorragia (82 millones), sífilis (7,1 millones) y tricomoniasis (156 millones). Asimismo, las ITS pueden tener consecuencias graves, algunas como el herpes, la blenorragia y la sífilis, pueden aumentar el riesgo de infectarse por el VIH, la transmisión de una ITS de madre a hijo, puede causar muerte prenatal o neonatal, prematuridad e insuficiencia ponderal del recién nacido, septicemia, neumonía, conjuntivitis neonatal y anomalías congénitas; la infección por el VPH causa cáncer de cuello uterino, otras como la blenorragia y la clamidiasis, son causas importantes de enfermedad inflamatoria pélvica e infertilidad femenina.

El condón utilizado correctamente llega a tener una eficacia anticonceptiva del 95%, como protector ante infecciones de transmisión sexual, los estudios epidemiológicos demuestran que otorga protección que actúa como barrera contra el contacto directo de fluidos sexuales infectados (Villa-Paleo & Carranza-Madriral, 2017). Del mismo modo, la OMS (2020), coincide en que cuando se usa correcta y sistemáticamente el preservativo, es uno de los métodos de protección más eficaces contra las ITS, incluida la infección por el VIH, al igual que protegen contra el embarazo no deseado en relaciones sexuales consentidas, así que cuando sea posible, debe utilizarse un preservativo en toda actividad sexual vaginal y anal.

3.1.2 Fallas en el uso del condón

Existe una falta de conocimientos e información adecuada en la población joven sobre los efectos protectores de los condones o preservativos, así como su uso correcto (Caballero et al., 2011).

Rodríguez et al. (2009), realizaron un estudio, donde se preevaluó la habilidad para usar correctamente el condón, los errores que se identificaron fueron: no revisar la burbuja de aire en el paquete del condón, no revisar la fecha de caducidad, no buscar las muesquillas para poder abrir el paquete, no sacar el condón cuidando de no rasgarlo, no darle dos vueltas al receptáculo del semen para sacarle el aire, no llevar el semen hacia el receptáculo del semen después de la eyaculación, no darle dos vueltas al receptáculo para retirar el condón y no desechar el condón como se debe.

En el caso de los jóvenes sordos, Robles-Montijo & Pérez-Bautista (2021), realizaron un cuestionario computarizado, adaptado a jóvenes usuarios de la lengua de señas mexicana, donde se encontró que el 54.4% de la muestra reportó que al menos una vez les ocurrió que se pusieran el condón del lado incorrecto, el 52.6% se lo pusieran después de la penetración justo antes de eyacular y el 42.1% se lo pusiera cuando el pene aún no estaba erecto. El 31.6% se ubicó en el grupo con ruptura y el 57.9% en el grupo con deslizamiento del condón.

En promedio, menos del 2% de los preservativos se rompe o se sale por completo durante la relación sexual, aunque puede haber varias condiciones que influyan para que esto suceda (Ministerio de Salud Argentina, s.f):

- El preservativo está en malas condiciones de conservación, ya sea que esté vencido o haya sido expuesto a condiciones ambientales que puedan dañarlo (sol o calor), así como una mala técnica de colocación.
- El uso del lubricante equivocado o en muy poca o mucha cantidad.
- El momento en que se retira el preservativo del pene: si se espera demasiado, cuando la erección empieza a ceder, se aumenta la posibilidad de que se salga.

- Usar más de un preservativo a la vez, pues significa un mayor riesgo de rotura por la fricción que se genera entre ambos.
- El uso de antimicóticos por vía vaginal puede dañar el preservativo de látex.

La lubricación ayuda a reducir el riesgo de rotura del preservativo y la molestia que puede producir el roce o raspado del preservativo, Existen diferentes formas de lubricar, como: secreción vaginal natural, agregar lubricante externo o usar preservativos con lubricante, de igual manera se puede usar agua limpia o saliva, evitando lubricantes oleosos (aceites, vaselina, lociones, cremas frías, manteca) que pueden dañar el látex o disminuir la eficacia anticonceptiva del preservativo. Estos lubricantes tienen que aplicarse por fuera del preservativo, en la vagina o en el ano, no directamente sobre el pene, ya que pueden hacer que el preservativo se deslice y se salga (Ministerio de Salud Argentina, s.f).

3.2 Autoeficacia percibida en el uso del condón

La teoría que propone Bandura (1977), se basa en el supuesto de que los procedimientos psicológicos, cualquiera que sea su forma, intervienen en la creación y fortalecimiento de las expectativas de eficacia personal, que define como la convicción de que uno puede ejecutar con éxito el comportamiento requerido para producir los resultados deseados.

Este modelo propuesto, sugiere que las expectativas de eficacia personal se construye de 4 elementos: logros de desempeño, son el resultado de la experiencia previa llevando a cabo la conducta; experiencia vicaria, se basan en experiencias observadas en otros, puede resultar enriquecedora cuando la persona no ha tenido experiencia o conocimiento previo sobre la conducta; persuasión verbal, involucra la exposición a los juicios verbales de los demás y puede jugar una parte importante en el desarrollo de las creencias sobre llevar a cabo la conducta; y estados fisiológicos, se refieren a los estados anímicos, los cuales pueden influir sobre sus propias creencias para llevar a cabo la conducta.

Así mismo, el aprendizaje a partir de resultados diferenciales se convierte en un aprendizaje por observación, de este modo la concepción del comportamiento apropiado es construida a partir de la observación de los efectos de las propias

acciones, es así, que cuanto más fiables sean las fuentes experienciales, mayores serán los cambios en la autoeficacia percibida.

De esta manera, la autoeficacia percibida en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes les permite desarrollar habilidades para no tener relaciones sexuales sin protección, usar y conseguir el preservativo, además de la comunicación con la pareja sobre vivencias anteriores, por lo que tiene una implicación importante en la adquisición de conductas saludables, la eliminación de hábitos perjudiciales y en el mantenimiento del cambio (Noboa & Serrano, 2006).

Estudios sobre esta variable han demostrado que es una de las más próximas al comportamiento de prevención, con relaciones altas y positivas en el uso de algún método anticonceptivo o la intención de uso del condón (Ballester et al., 2013; Pérez et al., 2019).

Robles et al. (2012), señalan en su investigación con adolescentes sin experiencia sexual, que las personas que presentan un nivel alto de autoeficacia percibida para usar el condón utilizan más frecuentemente el preservativo y tienen más intención de usarlo en los próximos encuentros, así mismo, encontrando que hay diferencias en los niveles de autoeficacia que se relacionan con la experiencia sexual.

Villa-Rueda et al. (2020), realizaron la adaptación del programa de intervención "Usando Condón", para aplicarlo en adolescentes mexicanos con la finalidad de incrementar la autoeficacia percibida del uso del condón masculino, mediante técnicas didácticas y el modelado, obteniendo niveles más altos de autoeficacia.

3.3 Comunicación con padres y madres

Una comunicación eficaz dentro del contexto familiar es crucial para el bienestar de esta, lo que hace menos probable que los hijos adolescentes sean influenciados por su grupo de amistades y se vean involucrados en situaciones de riesgo, por el lado de la sexualidad, los padres tienen una determinante influencia en la conducta sexual de sus hijos, sin embargo, no muchos de ellos les hablan sobre temas de sexualidad (Castillo et al., 2015).

En México, es común que el tema de sexualidad sea abordado por las madres en el caso de las hijas y los padres con los hijos, hablando específicamente sobre retrasar el inicio de la vida sexual y el uso de métodos anticonceptivos. Sin embargo, son las madres quienes se expresan más que los padres, y es más probable que sea quien recomiende a los hijos esperar para que inicien su vida sexual activa. (Castillo et al., 2015)

La comunicación fluida y frecuente entre padres e hijos acerca de la sexualidad se asocia con conductas sexuales seguras, el retraso de inicio de la vida sexual, incremento en el uso de condón y disminuye el riesgo de embarazos (Castillo et al., 2015).

Robles et al. (2013) encontraron que una proporción importante de jóvenes sordos nunca o en pocas ocasiones habían hablado con sus padres en cuanto al cuidado de su salud sexual y quienes sí lo hicieron abordaron algunos de los siguientes temas: lo bueno y lo malo de tener relaciones sexuales, la posposición de una relación sexual, el embarazo, las consecuencias de las ITS, los métodos anticonceptivos, la manera de usar los condones masculino y femenino y los lugares para adquirirlos.

Por otro lado, diversas investigaciones se han centrado en identificar las variables que intervienen en la comunicación de padres con sus hijos, en este sentido Bárcena et al. (2017), reportaron que la comunicación sobre sexualidad que establecen los padres con sus hijos con discapacidad, está influenciada por las características que presentan los adolescentes y jóvenes, tales como el tipo de discapacidad, el bajo nivel de estudios y el desarrollo de menos habilidades conductuales, sin embargo, los padres han encontrado alguna manera de comunicarse, ya sea de manera verbal, con frases cortas, gestos o con lengua de señas, y aun con esto, el comunicarse sobre sexualidad es limitado.

En este mismo estudio, los padres reportaron hablar temas vinculados con el abuso sexual y un número reducido habló de temas como la masturbación, cómo usar métodos anticonceptivos y cómo usar un condón.

Para el año siguiente, Bárcena y Jenkins (2018), en su trabajo con padres que tenían hijos con y sin discapacidad, encontraron que estos padres carecen de

información relevante sobre la transmisión y prevención de ITS, VIH y embarazos no deseados, además de desconocer las medidas a tomar para asegurar el uso correcto del condón. En el caso de los padres de hijos con discapacidad, los temas abordados se orientan a evitar que sus hijos tuvieran relaciones sexuales y en menor medida al cuidado de su salud sexual mediante el uso del preservativo, en contraparte, los padres de hijos sin discapacidad abordaron temas que reflejan su aprensión de que sus hijos adquirieran alguna ITS o se embaracen, dejando de lado brindar información sobre dónde adquirir y cómo usar preservativos.

Años más tarde, Bárcena et al. (2021) en su investigación con padres varones con hijos con discapacidad reportaron que los padres abordaron temas de sexualidad relacionados a las diferencias entre hombres y mujeres, identificación y nombramiento de los genitales y el tipo de contacto físico permitido con familiares, amigos y profesores, en contraste, en menor medida hablaron sobre cómo usar métodos anticonceptivos, como usar condón y de la masturbación.

La comunicación que establecen sobre sexualidad se asocia con las creencias positivas, siendo así cuando conversan de más temáticas sexuales con sus hijos, y por el contrario con las expectativas negativas si consideran que establecer diálogos sobre sexualidad con sus hijos lo incitan a tener relaciones sexuales, evitan abordar estos temas con ellos; y roles de género estereotipados.

Bárcena et al. (2022), obtuvieron resultados que apuntan a que el sexo de los padres y sus hijos o hijas interviene en la comunicación sobre el tema de sexualidad, por otro lado, sin importar el sexo, los padres están de acuerdo con que sus hijos necesitan educación sexual, con el hecho de que sus hijos e hijas tengan un noviazgo y practiquen la masturbación, y estuvieron en desacuerdo con la esterilización.

Del mismo modo, los padres perciben que al hablar de sexualidad con sus hijos se podrá evitar que adquirieran una ITS o sufran abuso sexual, sin pena o temor de incitarlos a tener relaciones sexuales, presentándose más cuando comparten el mismo género.

En la autoeficacia para hablar sobre temas de sexualidad, los padres se sienten seguros de comunicarse en un gran número de temas, no obstante, con el

tema de masturbación se perciben menos seguros, lo que cambia cuando comparten el mismo género y hay más confianza para hablar de masturbación y cómo usar el condón.

SEGUNDA PARTE: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

CAPITULO 4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual (ITS) y la falta de acceso a anticonceptivos repercuten negativamente en la salud de los adolescentes, es así como la combinación de la falta de acceso equitativo a los servicios de salud de calidad, escasos programas de educación en salud sexual y servicios de salud, poco convenientes para los jóvenes, se traduce en problemas que afectan la salud sexual y reproductiva en grupos de alto riesgo (Lauglo, 2008).

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA-ONUSIDA, refiere que el uso adecuado del condón constituye un medio eficaz demostrado para prevenir la propagación del VIH y otras ITS, así como para evitar el embarazo; sin embargo, se ha detectado que existe una falta de conocimientos e información adecuada en la población joven sobre los beneficios del uso del preservativo, y de su uso correcto (Caballero et al., 2011), pues a pesar de ser uno de los métodos más populares pocos jóvenes lo utilizan (Secretaría de Salud, 2020).

Dentro del campo de la psicología, se ha puesto especial atención en evaluar la habilidad para usar correctamente el condón, ya que se ha encontrado que quienes reportan usarlo frecuentemente, no lo usan adecuadamente (Robles et al., 2014), así que cuando los jóvenes cometen ciertas fallas al usarlo, es más probable que éste se rompa o deslice, incrementando la posibilidad de un contacto con agentes patógenos que ponen en riesgo su salud sexual (Crosby et al., 2008).

La cultura, ideología y percepción que existe en la población mexicana influye en la educación sexual que se da tanto en casa, como en las escuelas del país. Tomando en cuenta que para la educación regular este tema sigue siendo tabú, limitándose a pláticas informativas sobre los aparatos reproductores y medidas preventivas sobre el mero acto sexual. En este sentido, el hablar de discapacidad y sexualidad parece incoherente para muchos de los padres y maestros, que no perciben las manifestaciones de la sexualidad de los niños y adolescentes como parte de su desarrollo. El desconocimiento sobre cómo educar en la sexualidad a personas con o sin discapacidad conlleva a un actuar insensato por parte de

docentes y padres que ignoran el proceso de desarrollo psicosexual de sus hijos con discapacidad (Camarena et al., 2021).

En el caso de los jóvenes sordos usuarios de la lengua de señas, quienes se caracterizan por comunicarse por medio de dicha lengua, han sido considerados un sector vulnerable, dado que su acceso a la información sobre salud se ve limitada por la falta de materiales desarrollados en su lengua y los bajos niveles de lecto-escritura (Mprah, 2013; Naseribooriabadi et al., 2017), teniendo como principales medios de información, la televisión, los maestros y la familia, fuentes que pueden ser poco confiables (Robles-Montijo & Pérez-Bautista, 2021), de manera que se vulneran sus derechos sexuales y reproductivos.

Toda política que se relacione a la Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes debe basarse en el marco del respeto a sus derechos; los adolescentes y jóvenes deben ser reconocidos como seres con autonomía capaces de tomar decisiones acertadas sobre su cuerpo y bienestar. Para esto requieren proveer a esta población de información y habilidades que les permitan apropiarse de sus derechos, para demandar una educación sexual sin prejuicios y acceso a servicios de salud de calidad en un clima de privacidad y confidencialidad (Campero, et al., 2013).

Una manera de abordar estos problemas es a través del diseño de programas de intervención basados en evidencia científica. Actualmente, se cuenta con literatura de investigación en la que se documentan diversos programas de intervención centrados en el uso del condón, los cuales han sido primordialmente dirigidos a población oyente, y se ha identificado que las intervenciones de mayor éxito se distinguen por basarse en un modelo (Robles & Díaz-Loving, 2011), entre los que destaca el modelo IMB (Fisher & Fisher, 1992), por haberse diseñado a partir de la revisión sistemática de programas de intervención. No obstante, para poder hacer nuevas propuestas es necesario evaluar a las personas sordas y conocer las diferencias con la población oyente para hacer propuestas sustentadas en evidencia.

4.1 Objetivos

4.1.1 Objetivo general

Analizar y comparar, entre jóvenes oyentes y sordos, el nivel de predicción de los conocimientos, la autoeficacia y la comunicación parental sobre el uso del condón en el primer encuentro sexual.

4.1.2 Objetivos específicos

1. Describir y analizar en la muestra de jóvenes con experiencia sexual: las características de su primer encuentro sexual, la autoeficacia percibida para usar correctamente el condón, sus conocimientos de uso correcto y la comunicación sobre temas de salud sexual con padres y madres.
2. Comparar entre los jóvenes sordos y oyentes, las características de debut sexual, la autoeficacia percibida para usar correctamente el condón, sus conocimientos de uso correcto y la comunicación parental.
3. Estimar y analizar los coeficientes de relación entre la autoeficacia percibida para usar correctamente el condón, los conocimientos de uso correcto la comunicación parental y el uso del condón en el primer encuentro sexual de los jóvenes sordos y oyentes.
4. Analizar desde el modelo IMB el nivel de predicción de los conocimientos sobre el uso correcto del condón (información), la autoeficacia percibida para usar correctamente el condón (motivación), y la comunicación parental (habilidad conductual), sobre el uso del preservativo en el primer encuentro sexual.

4.2 Hipótesis

- En toda la población se observará que, un porcentaje importante de jóvenes llevan a cabo conductas de riesgo en su primer encuentro sexual, asimismo se observará un bajo nivel de conocimientos, autoeficacia para el uso correcto del condón y escasa comunicación parental.

- El nivel de conocimientos en el uso correcto del condón será mayor en los jóvenes oyentes que en los sordos.
- El nivel de autoeficacia en el uso correcto del condón será mayor en los jóvenes oyentes que en los sordos.
- La comunicación parental será mayor en la población de jóvenes oyentes que en la población de sordos.
- Habrá relación entre el uso del condón en el primer encuentro sexual, los conocimientos y la autoeficacia sobre su uso correcto, así como con la comunicación parental, en ambas poblaciones.
- Los conocimientos y la autoeficacia sobre el uso correcto del condón, así como la comunicación parental, serán predictores del uso del condón en el primer encuentro sexual de ambas poblaciones.

CAPITULO 5. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

5.1 Método

5.1.1 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.

5.1.2 Participantes

En el estudio participaron voluntariamente 884 jóvenes, que fueron seleccionados de 22 instituciones educativas ubicadas en 11 ciudades de la República Mexicana, a través de un muestreo no probabilístico por cuotas, considerando sexo, edad y estado civil.

Para cumplir con los fines de la presente investigación, se seleccionaron 497 jóvenes sobre la muestra inicial, los cuales reportaron haber tenido su primer encuentro sexual, 208 eran sordos y 289 oyentes. La edad promedio de los jóvenes sordos fue de 22.3 años (DE= 4.2) y la de los jóvenes oyentes, de 21.7 años (DE= 3.8).

En la tabla 1 se muestran las características sociodemográficas de los participantes, se observa que en ambas poblaciones la mayoría de los jóvenes eran hombres (56.7% y 55.7%), solteros (66.8% y 71.6%).

En cuanto a la escolaridad, el 61.5% ($n=128$) de jóvenes sordos reportó haber cursado el nivel medio superior, mientras que el 54.0% ($n=156$) de los jóvenes oyentes reportaron un nivel universitario, encontrando diferencias entre estos grupos ($X^2=121.4$, $p<.01$).

También se observaron diferencias entre los grupos, en cuanto a su actividad laboral, pues el 56.7% ($n=118$) de los jóvenes sordos reportó que no trabajaba, mientras que el 66.4% ($n=192$) de oyentes, si lo hacía ($X^2= 26.4$, $p<.01$).

En los datos obtenidos sobre el lugar donde vivían, se observó que una proporción importante de jóvenes reportó vivir en casa de ambos padres (38.5% y 48.4%); de igual manera, el 57.7% y 62.6% de los jóvenes sordos y oyentes, reportaron que los padres vivían juntos.

Tabla 1

Diferencias de los datos sociodemográficos entre los grupos de jóvenes oyentes y sordos

Características	Sordos		Oyentes		χ^2	gl	P
	n	%	n	%			
Sexo							
Hombre	118	56.7	161	55.7	.051	1	.821
Mujer	90	43.3	128	44.3			
Estado civil							
Soltero	139	66.8	207	71.6	5	3	.142
Casado	20	9.6	28	9.7			
Unión libre	33	15.9	45	15.6			
Otro	16	7.7	9	3.1			
Escolaridad							
Sin estudios	12	5.8	3	1.0	121.441	5	.000
Algún oficio	4	1.9	0	0.0			
Primaria	14	6.7	0	0.0			
Secundaria	30	14.4	22	7.6			
Preparatoria	128	61.5	108	37.4			
Universidad	20	9.6	156	54.0			
Trabaja							
Sí	90	43.3	192	66.4	26.446	1	.000
No	118	56.7	97	33.6			
Dónde vive							
En casa de ambos padres	80	38.5	140	48.4	61.595	5	.000
En casa de mamá	36	17.3	41	14.2			
En casa de papá	16	7.7	7	2.4			
En casa de otro familiar	57	27.4	23	8.0			
En un internado	1	0.5	0	0.0			
En su propia casa	18	8.7	78	27.0			
Papá y mamá viven							
Juntos	120	57.7	181	62.6	1.235	1	.267
Separados	88	42.3	108	37.4			
Estado de la República							
Ciudad de México	154	74.0	192	66.4	3.305	1	.069
Interior de la República	54	26.0	97	33.6			

5.1.3 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), el cual consta de 14 instrumentos que permiten obtener información sobre las características sociodemográficas de los participantes, sus prácticas sexuales y variables psicológicas relacionadas con su salud sexual. Incluye distintas secciones con instrucciones para responder, y preguntas específicas cuya estructura gramatical está adaptada para que sean comprendidas por personas con discapacidad auditiva (Robles et al., 2013). En cada pregunta aparece un video con una persona que realizó la interpretación correspondiente en la Lengua de Señas Mexicana (LSM). Las preguntas contienen sus respectivas opciones de respuesta que pueden seleccionarse con un clic indicando la respuesta correspondiente para el participante que responde el cuestionario. Dichas respuestas se graban directamente en una base de datos en el programa Excel, que puede importarse desde el programa SPSS para analizar estadísticamente los datos que se generen con la muestra de jóvenes que haya respondido al cuestionario. 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*).

Prueba de conocimientos sobre el uso correcto del condón (Información). Este instrumento, construido y validado por Robles et al. (2014) con jóvenes sordos, y adaptado para jóvenes sordos por Robles-Montijo y Pérez-Bautista (2021), consta de seis afirmaciones que refieren aspectos vinculados con las características del paquete (envoltorio) del condón, la forma de colocar el condón en el pene, el momento en que debe colocarse, la forma de retirarse y el momento en que debe retirarse del pene. Los ítems tuvieron un formato de respuesta de *cierto* (1), *falso* (2) y *no sé* (3). Las respuestas correctas se recodificaron con 1 y las incorrectas (incluida la opción de *no sé*) con el valor de cero. La medida de esta variable fue la suma de ítems que se respondieron correctamente, con valor mínimo de cero y máximo de seis; a mayor puntuación mayor nivel de conocimientos; también se calculó el porcentaje de participantes que respondieron correctamente a cada ítem.

Escala de autoeficacia percibida para el uso correcto del condón (Motivación). Esta escala fue diseñada y validada con jóvenes universitarios por Pérez et al. (2019) a partir de la escala de fallas en el uso del condón validada por Robles et al. (2014). Este instrumento está conformado por doce ítems que se presentan en forma de afirmaciones, los cuales hacen referencia a la capacidad percibida para usar correctamente el condón (colocarlo del lado correcto, ponerlo sin dejar una burbuja de aire en la punta, emplearlo sin riesgo de que se deslice, ponerlo cuando el pene aún está erecto, colocarlo antes de iniciar la penetración, emplearlo sin riesgo de que se rompa, identificar el tipo de lubricante que puede

utilizarse, revisar la fecha de caducidad del condón antes de usarlo, abrir el paquete del condón sin dañar éste). El formato de respuesta de cada ítem se definió en escala tipo Likert de cuatro puntos, que incluyen: nada capaz (1), poco capaz (2), capaz (3) y muy capaz (4). La medida de esta variable fue el promedio de toda la escala, con valor mínimo de 1 y máximo de 4; a mayor valor, mayor autoeficacia percibida.

Escalas de comunicación sexual con padres y con madres (Habilidades Conductuales). 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, estimada a través del Alfa de Chronbach, para la escala de comunicación sexual con padres fue de Alfa=.932, Omega=.934; y para la correspondiente a la comunicación con madres fue de Alfa=.953, Omega=.953.

5.1.4 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 los instrumentos se aplicaron a través de un panel de encuestas certificado (empresas certificadas dedicadas a la aplicación de instrumentos y recolección de datos vía web a muestras con tamaños y características sociodemográficas que el investigador especifique), que proporcionaba un reporte diario del levantamiento en campo.

5.1.5 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, en caso de sentirse 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.

5.1.6 Análisis de datos

El análisis de datos se realizó, en el programa SPSS para datos estadísticos versión 25 para Windows. Para las variables medidas en escala nominal se realizó un análisis de frecuencias, mientras que para las variables medidas en escala numérica se reportaron medidas de tendencia central (media, moda y desviación estándar).

Para la comparación entre grupos se utilizaron los estadísticos de X^2 para las variables medidas en escala nominal y *T de student* para muestras independientes en variables medidas en escala continua y numérica.

La correlación entre las variables de análisis se realizó con el estadístico *r* de Pearson, recomendado para variables tetracóricas y policóricas (Field, 2017).

Finalmente, para calcular el nivel de predicción de las variables de análisis sobre la conducta de uso del condón en el primer encuentro sexual, se aplicó una regresión logística binaria (RLB) recomendada para el análisis de variables independientes dicotómicas y dependientes nominales y/o numéricas.

CAPITULO 6. RESULTADOS

6.1 Análisis descriptivo

6.1.1 Debut sexual

De los 884 jóvenes que participaron en el estudio, el 56.2% ($n=497$) de la muestra reportó haber tenido su primer encuentro sexual, a los 16.8 años ($DE= 2.7$) de edad, en promedio. En la tabla 2 se muestran las características de este primer encuentro, donde se observa que la mayor parte de los jóvenes (73.8%, $n=367$) reportó que fue con el novio(a), en casa de la pareja (34.4%, $n=171$), seguido de en su casa (26.0%, $n=129$) y en un hotel (22.7%, $n=113$). El 77.1% ($n=383$), reportó que el encuentro no fue forzado, y el 61.4% ($n=305$), si planeo el encuentro. Además, el 62.6% ($n=311$), reportó haber usado algún tipo de método anticonceptivo, siendo el condón masculino el más reportado (89.7%, $n=279$).

Tabla 2

Frecuencia y porcentaje de participantes que respondieron a las características de su primera relación sexual

Características del primer encuentro sexual		n	%
Tipo de pareja			
	Novio	367	73.8
	Amigo	99	19.9
	Familiar	7	1.4
	Desconocido	24	4.8
Encuentro forzado			
	Sí	114	22.9
	No	383	77.1
Planeación del encuentro			
	Sí	305	61.4
	No	192	38.6
Lugar			
	Mi casa	129	26.0
	Casa de un amigo	75	15.1
	Casa de novio(a)	171	34.4
	Hotel	113	22.7
	Casa de algún familiar	9	1.8

Uso de algún método anticonceptivo			
	Sí	311	62.6
	No	186	37.4
Tipo de método que se utilizó			
	Condón masculino	279	89.7
	Pastillas anticonceptivas	13	4.2
	No eyacular	2	0.6
	Sexo anal	10	3.2
	Otro	7	2.3

Fuente: elaboración propia.

6.1.2 Prueba de conocimientos sobre el uso correcto del condón

En la tabla 3 se muestran los porcentajes obtenidos en la prueba de conocimientos sobre el uso del condón, donde se observa que, de las seis afirmaciones, tres de ellas fueron contestadas de manera correcta por una mayor proporción de jóvenes, de manera que, más del 70% de los participantes) tenía información correcta sobre qué condiciones dañan el preservativo, las precauciones a tomar para abrir el condón y que éste se coloca hasta la base del pene.

En contraste, una proporción importante de jóvenes desconoce sobre el uso de lubricantes a base de agua para no dañar el condón (No sé = 46.5%), así como el 44.7% de los jóvenes consideran que puede utilizarse un condón que está un año de vencerse su caducidad sin riesgo de que éste se rompa, de igual manera, 46.1% de los participantes contestó que un preservativo debe colocarse sin dejar espacio en la punta.

Tabla 3

Frecuencia y porcentaje de participantes que respondieron los reactivos de la prueba de conocimientos sobre el uso correcto del condón

Reactivo	n	%
Daño al condón (por calor, y traerlos en el pantalón o cartera)		
Verdadero	361	72.6
Falso	52	10.5
No sé	84	16.9
Caducidad (caducidad a un año sin riesgo de romperse)		
Verdadero	222	44.7

	Falso	179	36.0
	No sé	96	19.3
Precauciones para abrir el condón (recorrer el condón antes de abrir)			
	Verdadero	362	72.8
	Falso	56	11.3
	No sé	79	15.9
Uso de lubricantes a base de agua			
	Verdadero	148	29.8
	Falso	118	23.7
	No sé	231	46.5
Se coloca el condón sin dejar espacio en la punta			
	Verdadero	229	46.1
	Falso	175	35.2
	No sé	93	18.7
Colocar el condón hasta la base del pene			
	Verdadero	353	71.0
	Falso	58	11.7
	No sé	86	17.3

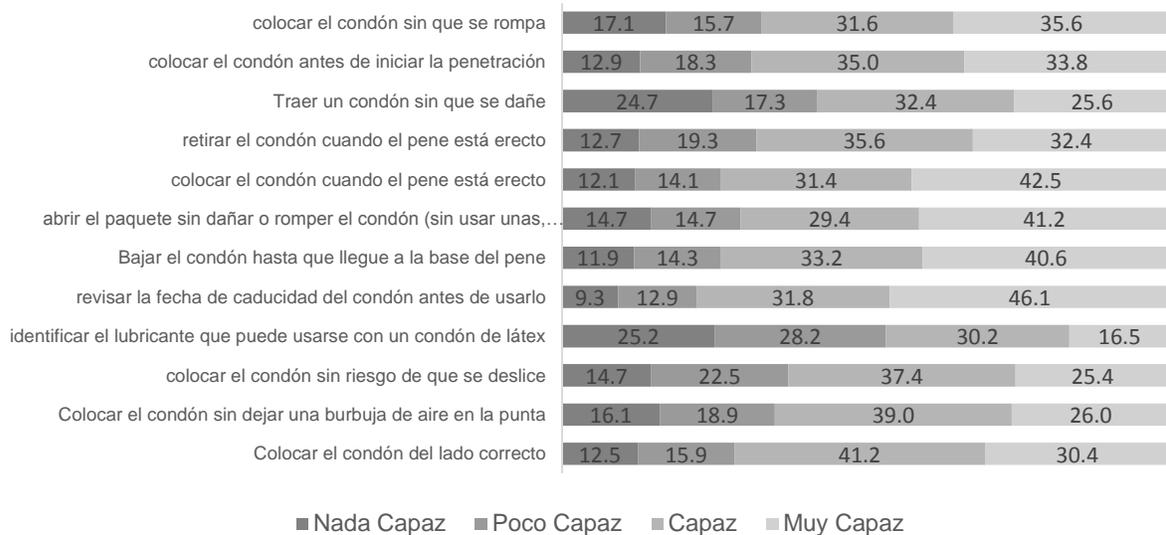
Fuente: elaboración propia.

6.1.3 Autoeficacia para usar correctamente el condón

En la figura 1 se muestran los porcentajes obtenidos en la escala de autoeficacia percibida para usar correctamente el condón, se observó que, uno de los comportamientos en los que reportaron sentirse más capaces de llevar a cabo fue *revisar la fecha de caducidad del condón antes de usarlo*, mientras que reportaron sentirse menos capaces para *identificar el lubricante que puede usarse con un condón de látex*. Los porcentajes más altos oscilaron entre las opciones de respuesta de *capaz* y *muy capaz*

Figura 1

Porcentaje de participantes que respondieron a la escala de autoeficacia percibida para el uso correcto del condón



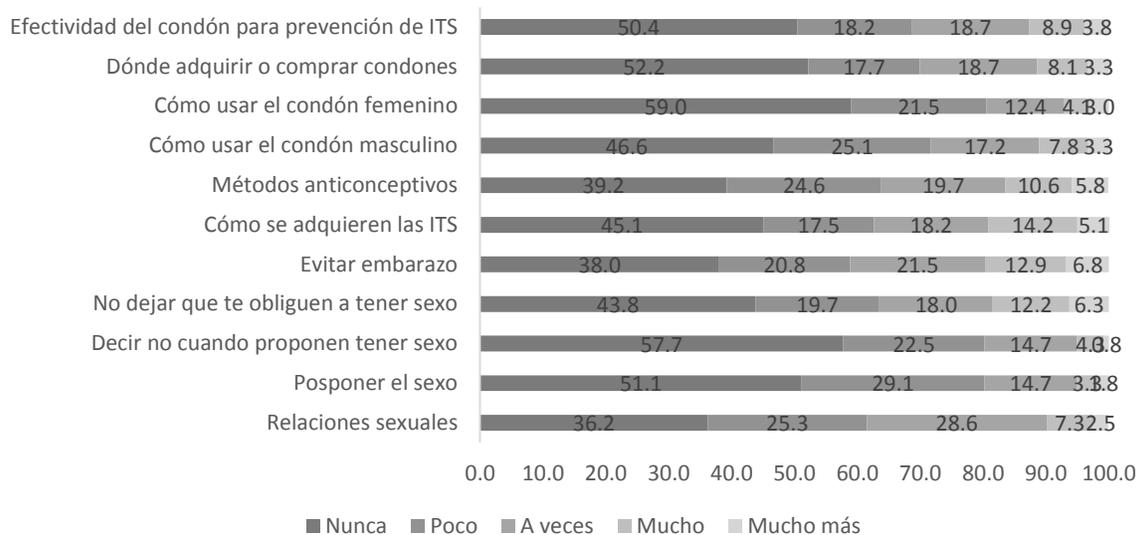
6.1.4 Comunicación con padres

En la figura 2 se observa que los porcentajes más altos se ubican entre las opciones de respuesta *nunca* y *poco*, siendo el reactivo de *cómo usar el condón femenino* (59.0%) el tema del cual menos hablan, seguido de *decir no cuando te proponen tener sexo* (57.7%).

También se puede observar que el tema sobre el que hablan con mayor frecuencia es, *cómo evitar el embarazo* (6.8%), seguido de *no dejar que te obliguen a tener sexo* (6.3%).

Figura 2

Porcentaje de participantes que respondieron a la escala de comunicación con padres



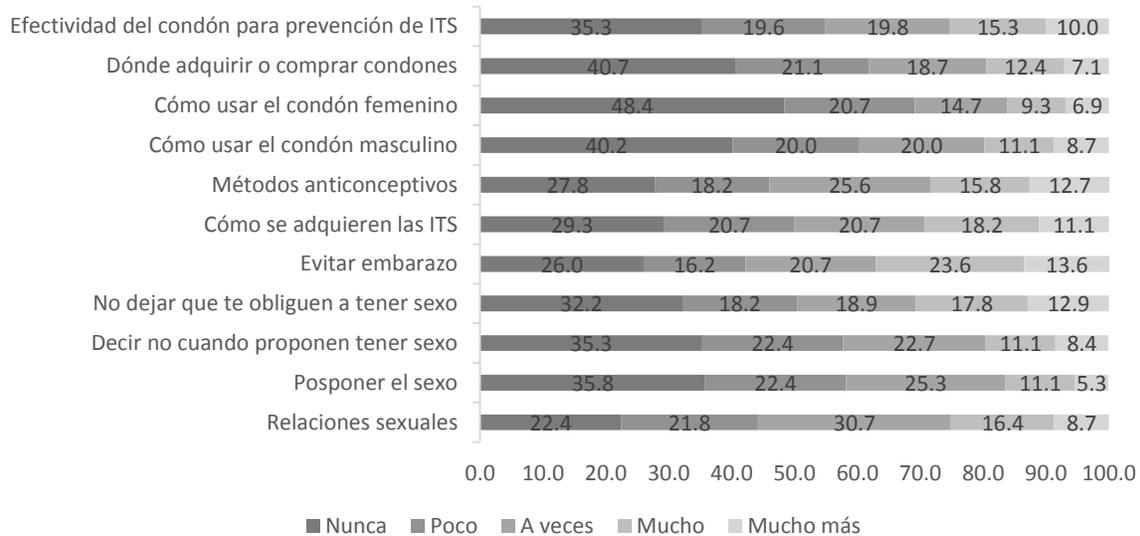
6.1.5 Comunicación con madres

En la figura 3 se observa que los porcentajes más altos en la escala sobre comunicación con madres se encuentran entre las opciones de respuesta *nunca*, *poco* y *a veces*, siendo el reactivo de *cómo usar el condón femenino* (48.4%) el tema del cual hablan con menor frecuencia, seguido de *dónde adquirir o comprar condones* (40.7%) y *cómo usar el condón masculino* (40.2%).

También se puede observar que el tema sobre el que conversan con mayor frecuencia es, *cómo evitar el embarazo* (13.6%), seguido de *no dejar que te obliguen a tener sexo* (12.9%) y *métodos anticonceptivos* (12.7%).

Figura 3

Porcentaje de participantes que respondieron a la escala de comunicación con madres



6.2 Análisis comparativo

6.2.1 Debut sexual

En la tabla 4 se muestran las diferencias en las características del debut sexual entre ambos grupos de participantes, se observa que, en ambas poblaciones la mayoría tuvo su primera experiencia después de los 16 años (51.9% y 55.0%), con su pareja estable (72.6% y 74.7%); el 53.4% ($n=111$) de los jóvenes sordos, reportó que no fue en casa del novio o amigo, mientras que el 51.6% ($n=149$) de los jóvenes oyentes reportó que si lo fue.

En cuanto a si fue forzada, el 55.3% ($n=115$) de jóvenes sordos y el 92.7% ($n=268$) de jóvenes oyentes reportaron que no lo fue, encontrando diferencias entre estos grupos ($X^2=95.9$, $p<.01$).

También se observaron diferencias entre los grupos, en cuanto a si planearon el encuentro, pues el 72.6% ($n=151$) de los jóvenes sordos y el 53.3% ($n=154$) de oyentes, reportaron que si lo planearon ($X^2= 19.0$, $p<.01$).

De igual manera, se presentan diferencias en las características de uso de algún método anticonceptivo y si el método que usaron fue el condón, siendo que el 56.3% ($n=117$) de los jóvenes sordos quienes reportaron no usar un método, mientras que el 76.1% ($n=220$) de los jóvenes oyentes si usaron algún método anticonceptivo en su primer encuentro ($X^2= 54.1$, $p<.01$).

En cuanto a la elección del uso del condón como método anticonceptivo del primer encuentro se identificó que, el 68.3% ($n=142$) de los sordos reportó no utilizarlo; mientras el 73.7% ($n=213$) de oyentes si lo uso ($X^2= 86.5$, $p<.01$).

Asimismo, de acuerdo con valores de *OR* el riesgo de ser sordo y presentar conductas que afectan la salud sexual durante el primer encuentro es alta, encontrando valores de *OR* superiores a .4, en ítems que exploraban el riesgo por tener un encuentro fue forzado, no usar un método anticonceptivo o no haber utilizado el preservativo.

Tabla 4

Comparación sobre las características del debut sexual entre los grupos de jóvenes sordos y oyentes

Características	Sordos		Oyentes		X^2	gl	p	OR
	N	%	n	%				
Debut antes de los 16								
Sí	100	48.1	130	45.0	.466	1	.495	1.132
No	108	51.9	159	55.0				
Fue con la pareja estable								
No	57	27.4	73	25.3	.288	1	.592	1.117
Sí	151	72.6	216	74.7				
Fue forzada								
Sí	93	44.7	21	7.3	95.941	1	.000	10.320
No	115	55.3	268	92.7				
Planearon el encuentro								
No	57	27.4	135	46.7	19.021	1	.000	.431
Sí	151	72.6	154	53.3				
Fue en casa de la pareja o amigo								
Sí	97	46.6	149	51.6	1.172	1	.279	.821
No	111	53.4	140	48.4				
Uso de algún método anticonceptivo en el debut								
No	117	56.3	69	23.9	54.132	1	.000	4.099
Sí	91	43.8	220	76.1				
Uso condón								
No	142	68.3	76	26.3	86.530	1	.000	6.030
Sí	66	31.7	213	73.7				

Fuente: elaboración propia.

6.2.2 Prueba de conocimientos sobre el uso correcto del condón

En la tabla 5 se muestra el porcentaje de jóvenes sordos y oyentes que contestaron de forma correcta e incorrecta a cada reactivo sobre conocimientos en el uso correcto del condón, donde se observa que existen diferencias entre las poblaciones en cada uno de los reactivos.

Cabe destacar que, en todos los ítems el porcentaje de respuestas incorrectas fue mayor en la población sorda en contraste con la oyente. Asimismo, de acuerdo con valores de *OR* el riesgo de tener información errónea sobre el uso del condón y ser sordo es alta, con valores que oscilaron entre .403 y 8.484.

Tabla 5

Frecuencia y porcentaje de respuestas correctas e incorrectas en la prueba de conocimientos sobre el uso correcto del condón y su comparación entre jóvenes sordos y oyentes

Reactivo	Sordos		Oyentes		χ^2	gl	P	OR
	N	%	n	%				
Daño al condón								
Incorrecto	105	50.5	31	10.7	96.169	1	.000	8.484
Correcto	103	49.5	258	89.3				
Caducidad								
Incorrecto	171	82.2	147	50.9	51.572	1	.000	4.464
Correcto	37	17.8	142	49.1				
Precauciones para abrir el condón								
Incorrecto	74	35.6	61	21.1	12.799	1	.000	2.064
Correcto	134	64.4	228	78.9				
Uso de lubricantes a base de agua								
Incorrecto	123	59.1	226	78.2	21.026	1	.000	.403
Correcto	85	40.9	63	21.8				
Se coloca el condón sin dejar espacio en la punta								
Incorrecto	171	82.2	151	52.2	47.597	1	.000	4.224
Correcto	37	17.8	138	47.8				
Colocar el condón hasta la base del pene								
Incorrecto	107	51.4	37	12.8	87.749	1	.000	7.215
Correcto	101	48.6	252	87.2				

Fuente: elaboración propia.

6.2.3 Autoeficacia para usar correctamente el condón

En la tabla 6 se muestran las medias obtenidas en los jóvenes sordos y oyentes que contestaron al instrumento de autoeficacia percibida en el uso correcto del condón, donde se observa que existen diferencias entre las poblaciones en cada uno de los ítems, además, de que los jóvenes oyentes reportaron sentirse más capaces de llevar a cabo cada uno de los pasos para colocar correctamente el condón en la relación sexual.

Con tamaños del efecto que van de moderado a grande, se destaca que el ítem que evalúa la autoeficacia para, *identificar el lubricante que puede usarse con un condón de látex*, fue el que tuvo un tamaño del efecto más bajo ($d=-.476$). Los ítems donde se observaron tamaños del efecto más grandes fueron tres, relacionados con: *colocar el condón sin que se rompa* ($d=-1.827$), *abrir el paquete sin dañar o romper el condón* ($d=-1.370$) y *bajar el condón hasta que llegue a la base del pene* ($d=-1.333$).

Tabla 6

Comparación de medias, entre los jóvenes sordos y oyentes, de las variables sobre autoeficacia percibida

Autoeficacia	Sordos		Oyentes		t	gl	p	d
	n	M	n	M				
Colocar el condón del lado correcto	208	2.44	289	3.22	-9.663	495	.000	-.879
Colocar el condón sin dejar una burbuja de aire en la punta	208	2.25	289	3.11	-10.322	495	.000	-.939
Colocar el condón sin riesgo de que se deslice	208	2.21	289	3.11	-11.040	495	.000	-1.004
Identificar el lubricante que puede usarse con un condón de látex	208	2.10	289	2.58	-5.239	495	.000	-.476
Revisar la fecha de caducidad del condón antes de usarlo	208	2.67	289	3.49	-10.273	495	.000	-.934
Bajar el condón hasta que llegue a la base del pene	208	2.37	289	3.50	-14.655	495	.000	-1.333
Abrir el paquete sin dañar o romper el condón	208	2.26	289	3.48	-15.061	495	.000	-1.370
Colocar el condón cuando el pene está erecto	208	2.47	289	3.46	-12.094	495	.000	-1.100
Retirar el condón cuando el pene está erecto	208	2.47	289	3.17	-8.233	495	.000	-.749

Traer un condón sin que se dañe	208	1.94	289	3.05	-12.503	495	.000	-1.137
Colocar el condón antes de iniciar la penetración	208	2.32	289	3.31	-12.236	495	.000	-1.113
Colocar el condón sin que se rompa	208	2.00	289	3.47	-20.098	495	.000	-1.827

Fuente: elaboración propia.

6.2.4 Comunicación con padres

En la tabla 7 se muestran las diferencias entre ambos grupos de participantes sobre la comunicación con padres, se observan diferencias en el reactivo de *posponer el encuentro sexual* ($t=2.128$, $p<.05$); *no dejar que te obliguen a tener sexo* ($t=-5.112$, $p<.01$); *cómo evitar el embarazo* ($t=-2.095$, $p<.05$); sobre *métodos anticonceptivos* ($t=-3.466$, $p<.01$); *cómo usar el condón femenino* ($t=2.322$, $p<.05$); *dónde adquirir o comprar condones* ($t=-2.250$, $p<.05$); y *la efectividad del condón para la prevención de ITS* ($t=-1.998$, $p<.05$), todos estos con efectos moderados.

Tabla 7

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

Comunicación con padres	Sordos		Oyentes		t	gl	p	d
	n	M	n	M				
Relaciones sexuales	161	2.08	234	2.19	-1.016	393	.310	-.104
Posponer sexo	161	1.88	234	1.67	2.128	393	.034	.218
Decir NO cuando proponen tener sexo	161	1.62	234	1.72	-1.018	393	.309	-.104
No dejar que obliguen a tener sexo	161	1.79	234	2.44	-5.112	393	.000	-.523
Evitar embarazo	161	2.14	234	2.41	-2.095	393	.037	-.214
Como se adquieren ITS	161	2.04	234	2.26	-1.679	393	.094	-.172
Métodos anticonceptivos	161	1.94	234	2.37	-3.466	393	.001	-.355
Como usar el condón masculino	161	1.98	234	1.95	.285	393	.776	.029
Como usar el condón femenino	161	1.85	234	1.61	2.322	393	.021	.238
Donde adquirir o comprar condones	161	1.77	234	2.03	-2.250	393	.025	-.230
Efectividad condón prevención ITS	161	1.83	234	2.07	-1.998	393	.046	-.205

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

Fuente: Elaboración propia.

6.2.5 Comunicación con madres

En la tabla 8 se muestran las diferencias entre ambos grupos de participantes sobre la comunicación con madres, encontrando diferencias en el reactivo de *decir NO cuando proponen tener sexo* ($t=-2.732$, $p<.01$); *no dejar que te obliguen a tener sexo* ($t=-5.924$, $p<.01$); *cómo evitar el embarazo* ($t=-4.153$, $p<.01$); *cómo se adquieren las ITS* ($t=-4.078$, $p<.01$); *sobre métodos anticonceptivos* ($t=-5.407$, $p<.01$); *dónde adquirir o comprar condones* ($t=-4.050$, $p<.01$); y *la efectividad del condón para la prevención de ITS* ($t=-3.513$, $p<.01$), diferencias con tamaños del efecto bajos, y siendo los jóvenes sordos quienes presentaron los promedios más bajos.

Tabla 8

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

Comunicación con madres	Sordos		Oyentes		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>n</i>	<i>M</i>				
Relaciones sexuales	185	2.62	265	2.71	-.711	448	.478	-.068
Posponer sexo	185	2.32	265	2.25	.603	448	.547	.058
Decir NO cuando proponen tener sexo	185	2.15	265	2.49	-2.732	448	.007	-.262
No dejar que obliguen a tener sexo	185	2.15	265	2.93	-5.924	448	.000	-.568
Evitar embarazo	185	2.50	265	3.05	-4.153	448	.000	-.398
Como se adquieren ITS	185	2.30	265	2.83	-4.078	448	.000	-.391
Métodos anticonceptivos	185	2.27	265	2.95	-5.407	448	.000	-.518
Como usar el condón masculino	185	2.16	265	2.37	-1.653	448	.099	-.158
Como usar el condón femenino	185	1.96	265	2.12	-1.300	448	.194	-.125
Donde adquirir o comprar condones	185	1.95	265	2.45	-4.050	448	.000	-.388
Efectividad condón prevención ITS	185	2.18	265	2.64	-3.513	448	.000	-.337

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

Fuente: Elaboración propia.

6.2.6 Componentes del modelo IMB

En la tabla 9 se muestran las diferencias entre ambos grupos de participantes sobre los puntajes totales de las variables evaluadas, donde se observan diferencias en tres de éstas: autoeficacia en el uso correcto del condón ($t=-16.948$, $p<.01$, $d=-1.541$); conocimientos en el uso correcto del condón ($t=-12.433$, $p<.01$, $d=-1.130$); y comunicación con madres ($t=-3.673$, $p<.01$, $d=-.352$).

De acuerdo a los puntajes obtenidos en la prueba de autoeficacia, se observa que los jóvenes oyentes se sienten más capaces para usar correctamente el condón; de igual manera, en la prueba de conocimientos en el uso del condón, los jóvenes oyentes obtuvieron un mayor puntaje de respuestas correctas; y por último, en cuanto a la comunicación con madres, se observa un promedio más alto en la comunicación con los jóvenes oyentes.

Tabla 9

Frecuencias y puntajes totales de las variables y su comparación entre sordos y oyentes

Variables	Sordos		Oyentes		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>n</i>	<i>M</i>				
Autoeficacia UC	208	2.29	289	3.24	-16.948	495	.000	-1.541
Conocimientos UC	208	39.8	289	62.3	-12.433	495	.000	-1.130
Comunicación con Padres	161	1.90	234	2.06	-1.811	393	.071	-.185
Comunicación con Madres	185	2.23	265	2.61	-3.673	448	.000	-.352

6.3 Análisis de correlación

En la tabla 10 se muestran cada uno de los índices de correlación en las variables: conocimientos en el uso correcto del condón (CUC), autoeficacia percibida en el uso correcto del condón (APUCC), escala de comunicación con padres (ECP) y madres (ECM), y el uso del condón en la primera experiencia sexual (UCPE).

Se observa que, tanto en los jóvenes sordos y oyentes, la autoeficacia se correlacionó positiva y significativamente con los conocimientos del uso correcto del condón; la comunicación con padres se correlacionó de forma positiva y significativa con la autoeficacia.

Finalmente, en el grupo de jóvenes sordos, el uso del condón se relacionó con la autoeficacia y la comunicación con madres; mientras que para los jóvenes oyentes dicha conducta solo correlacionó con la comunicación con padres.

Tabla 10

Índice de correlación r de Pearson de las variables que componen el modelo IMB en jóvenes sordos y oyentes

		1	2	3	4	5
1. CUC	Sordos	--				
	Oyentes	--				
2. APUCC	Sordos	.410**	--			
	Oyentes	.177**	--			
3. ECP	Sordos	.042	.177	--		
	Oyentes	.047	.143*	--		
4. ECM	Sordos	.040	.088	.470**	--	
	Oyentes	.062	.115	.641**	--	
5. UCPE	Sordos	.089	.329**	-.002	.192**	--
	Oyentes	.031	.013	.149*	.112	--

Fuente: Elaboración propia.

Nota 1. CUC: Conocimientos del uso correcto del condón; APUCC: Autoeficacia percibida en el uso correcto del condón; ECP: Escala de comunicación con padres; ECM: Escala de comunicación con madres; UCPE: Uso de condón en el primer encuentro.

Nota 2. * $p < .05$, ** $p < .01$

6.4 Análisis de regresión

En la tabla 11 se muestran los datos obtenidos en el análisis de predicción de las variables del modelo IMB en el uso de condón durante la primera relación sexual. Se observa que en el caso de los sordos el modelo explica el 10% de la varianza y en los oyentes el 3%. También se identificó que los valores fueron significativos únicamente en la población de jóvenes sordos con las variables de autoeficacia percibida en el uso correcto del condón y en la comunicación con madres.

Tabla 11

Análisis de regresión de las variables del modelo IMB

	Sordos			Oyentes		
	β	p	R ²	β	p	R ²
Constante	-2.983	<.001	.106	.069	.942	.030
CUC	.002	.760		.003	.677	
APUCC	.662	.004		-.041	.877	
ECP	-.250	.287		.317	.125	
ECM	.455	.010		.107	.484	

Fuente: Elaboración propia.

Nota 1. CUC: Conocimientos del uso correcto del condón; APUCC: Autoeficacia percibida en el uso correcto del condón; ECP: Escala de comunicación con padres; ECM: Escala de comunicación con madres.

CAPITULO 7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Uno de los principales hallazgos en el análisis de toda la población de jóvenes, es que una proporción (menor, pero no menos importante) reportó alguna conducta sexual de riesgo en su primera relación sexual, al no tenerla con su pareja estable, y de forma forzada, no planeada e incluso sin el uso de algún método anticonceptivo, incluido el condón. Estos problemas ya han sido documentados por organizaciones como la UNFPA (2017), quienes aseguran que prácticas como el inicio no elegido, involuntario y/o desprotegido de la vida sexual tiene fuertes implicaciones para la salud de los jóvenes.

En cuanto a los conocimientos del uso correcto del condón se observó que, en tres de los seis ítems, dos terceras partes de la muestra tuvieron respuestas incorrectas o la desconocían, evidencia de que muchos jóvenes que participaron en esta investigación llevan a cabo una vida sexual sin conocer aspectos importantes sobre el uso del condón, que puedan afectar su eficiencia, tal como lo refiere Robles et al. (2014).

Al comparar los resultados de la presente investigación con el estudio de Robles et al. (2014) en el que participaron estudiantes universitarios sexualmente activos, se identifican algunas similitudes, en esta tesis sólo el 36% sabía que existe riesgo de que un condón se rompa si su fecha de caducidad está próxima a vencerse (un año), resultado similar al que se obtuvo en la investigación referida, donde menos del 35% conocía esta información. En esta misma investigación los autores reportaron que, 5 de cada 10 jóvenes no sabía qué tipo de lubricante debe usarse para evitar dañar el preservativo, mientras que en esta tesis la proporción fue menor, ya que sólo una tercera parte conocía esta información.

Finalmente, cerca de la mitad de los participantes consideró como respuesta correcta, que el condón debe usarse sin dejar un espacio en la punta, dato consistente con la investigación de Villa-Paleo y Carranza-Madrigal (2017) llevado a cabo con adolescentes indígenas de una preparatoria del estado de Michoacán, donde dos terceras partes desconocía que los condones pueden ser ineficaces al no dejar un espacio vacío en la punta del condón.

Estos hallazgos sugieren que a pesar de los esfuerzos en la promoción de información (Secretaría de Gobernación [SEGOB], 2015) que ayude a la prevención de embarazo e ITS, faltan campañas sobre el uso correcto de métodos anticonceptivos, pues en esta tesis se tuvo una muestra conjunta de jóvenes sordos y oyentes, presentado resultados similares incluso con universitarios que pueden llegar a tener mayor acceso a fuentes de información confiables y basadas en evidencia.

Continuando con la autoeficacia percibida en el uso correcto del condón, uno de los ítems donde se identificó un puntaje bajo de autoeficacia, fue en identificar el tipo de lubricante que se debe usar con un condón de látex, resultado similar a lo que documentaron Pérez et al. (2019) en su trabajo con universitarios, en el cual, otro de los comportamientos que se reportó con menor nivel de autoeficacia fue en traer un condón sin que éste se dañe, en esta investigación también este comportamiento fue en el que se encontró mayor proporción de jóvenes que no se consideraban capaces de hacerlo (24.7%).

Los resultados obtenidos podrían relacionarse con experiencias de éxito o fracaso que permiten tener valoraciones positivas o negativas sobre la ejecución de un comportamiento (Bandura, 1977), en este caso sobre ejecutar los pasos para usar correctamente el condón. Dado que los jóvenes que se incluyeron en esta investigación tenían experiencia sexual, puede que los niveles de autoeficacia percibida en el uso correcto del condón más bajos se relacionen con experiencias de ruptura y deslizamiento, como se discute en la investigación realizada por Pérez et al. (2019).

Finalmente, en cuanto a la comunicación con padres, de acuerdo con las medias obtenidas, se puede identificar que los padres no conversan sobre temas de sexualidad con sus hijos o lo hacen muy poco, principalmente en temas como: el modo de usar el condón femenino y decir no, cuando les proponen tener sexo.

Por su parte, las madres hablan nada, poco y a veces de temas sobre cómo usar el condón femenino, dónde comprar o adquirir condones y cómo usar el condón masculino. No obstante, se observan medias más altas en la comunicación con madres que en la comunicación con padres, esto se podría atribuir a que aún se

conservan estilos de crianza tradicionales, donde la labor del cuidado de los hijos aún está a cargo de las progenitoras (Quintal & Flores, 2020).

Uno de los propósitos de este estudio fue comparar entre jóvenes sordos y oyentes cada una de las variables a analizar, bajo una metodología que evitara sesgos al igualar la muestra.

Los resultados obtenidos demuestran que más del 50% de los jóvenes tienen su debut después de los 16 años en promedio y generalmente con su pareja estable, sin importar si son sordos u oyentes. Pero, los jóvenes sordos mostraron mayor riesgo de que su primer encuentro fuera forzado y no usaran algún método anticonceptivo, incluido el condón. Con esta evidencia, se confirma lo descrito por autores como Groce et al. (2007) y Winningham et al. (2008) quienes confirmaban desde sus trabajos que los riesgos son mayores para las personas que viven en condición de discapacidad auditiva.

En cuanto al nivel de conocimientos sobre el uso correcto del condón se observó que los jóvenes oyentes presentan mayores porcentajes de respuestas correctas en comparación con los jóvenes sordos. Encontrando que la condición de discapacidad aumenta el riesgo de tener información incorrecta, los efectos más grandes se observaron en temas relacionados con los eventos que pueden dañar al condón, que el condón se coloca hasta la base del pene, que la fecha de caducidad interfiere en la eficiencia del preservativo y que este se coloca dejando un espacio en la punta.

Referente a estos resultados, ya se había documentado el bajo nivel de conocimientos que tienen los jóvenes sordos mexicanos, en un estudio de Robles-Montijo y Pérez-Bautista (2021) se presentan porcentajes similares a los de este estudio. Por ejemplo, en la presente tesis, solo el 17.8% de los jóvenes sordos sabía que un condón que está a un año de vencerse tiene más probabilidades de que se rompa durante el acto sexual, en tanto que en el estudio referido el 21.1% poseía esta información, asimismo el 45.5% de los participantes de este estudio conocía que las altas temperaturas y guardar el condón en lugares no frescos, como la cartera dañan su efectividad, en tanto que en el estudio de Robles-Montijo y Pérez-Bautista esto ocurrió en el 49.1% de su muestra. Otro ítem con puntuaciones

cercanas a las del estudio citado, fue el de colocar el condón hasta la base del pene, donde el 42.1% contestó correctamente, mientras que para la presente investigación fue el 48.6%, esto mismo ocurre con el resto de los ítems, donde se observan variaciones entre el 2% y 3% entre estas dos investigaciones.

Estos resultados pueden deberse a que la condición de discapacidad limita el acceso a la información, debido a sus características lingüísticas, la falta de material y fuentes confiables (García, 2010). La falta de audición obstaculiza el acceso a la oralización y a la comprensión del lenguaje hablado, por lo tanto, tampoco es fácil aprender a escribir y comunicarse de manera escrita, lo que dificulta que puedan adquirir información sobre sexualidad, ya que esta se difunde generalmente por medio de conferencias, libros y revistas que utilizan un lenguaje nada sencillo y poco accesible para sus necesidades. Esto provoca que los sordos construyan una percepción de su sexualidad de manera diferente a la de los oyentes, generalmente con escasos conocimientos o cargados de mitos y tabúes que les son transmitidos por personas que en su mayoría no cuentan con información suficiente y correcta (López et al., 2018).

Por otro lado, los puntajes obtenidos en la escala de autoeficacia percibida en el uso correcto del condón señalan que tanto los jóvenes sordos como los oyentes se sienten menos capaces de identificar el tipo de lubricante que puede usarse con un condón de látex, no obstante, las medias obtenidas en los demás ítems muestran que los oyentes reportaron sentirse más capaces de usar de manera correcta el condón, resultados consistentes con el artículo de Pérez et al. (2019) ya antes mencionado.

Por último, la comunicación con padres y madres que reportaron tanto los jóvenes sordos como los oyentes, demuestra que existe nula o poca comunicación en temas de sexualidad, siendo algunos tratados por igual y otros en menor medida con los jóvenes sordos; las medias obtenidas, también podrían sugerir que hay una mayor comunicación con las madres, lo que puede deberse a que hay más limitantes en la comunicación que entablan los padres con sus hijos a comparación de las madres, donde hay menos barreras de comunicación sobre la sexualidad. Como se mencionó previamente, los roles tradicionales de crianza (Quintal & Flores,

2020) además de favorecer la comunicación con las madres, también podría tener un impacto en que éstas sean las que más aprenden la lengua de sus hijos en comparación de los padres.

Asimismo, el bajo nivel de comunicación parental coincide con lo encontrado en otras investigaciones (Robles et al., 2013; Robles-Montijo et al., 2021) realizadas en jóvenes sordos mexicanos, donde una proporción importante nunca había conversado con sus padres o madres sobre ningún tema relacionado con el cuidado de su salud sexual.

En este mismo sentido debemos considerar lo que autores como Orcasita et al. (2018) señalan en relación con la baja comunicación parental, siendo que los temas de sexualidad ya son difíciles de abordar para los padres por su escasa o nula información sobre estos, pues los jóvenes oyentes de esta investigación reportaron una baja comunicación, a pesar de no tener las mismas barreras comunicativas que podrían tener los jóvenes sordos con sus padres.

Vale la pena destacar que, los tamaños de efecto más grandes están en la comunicación sobre *no dejar que te obliguen a tener sexo*, para ambos casos las medias más altas se encontraron en el grupo de jóvenes oyentes. Esto resulta relevante, pues de acuerdo con la literatura de investigación el abuso sexual es una de las principales preocupaciones de padres que tienen hijos en condición de discapacidad (Mall & Swartz, 2014), a pesar de ello, en la presente investigación este tema no es de los más conversados con los jóvenes sordos. En este mismo contexto, conviene hablar de la creciente promoción de los derechos sexuales y reproductivos (CNDH, 2016) que podrían estar teniendo efectos en la comunicación parental sobre estos temas.

Al analizar los coeficientes de relación entre las variables, se encontró que las correlaciones más altas están entre las variables de comunicación con madres y comunicación con padres, tanto en jóvenes sordos como en oyentes, dadas las medias obtenidas en las escalas, con este resultado podría concluirse que a mayor comunicación con las madres, la comunicación con padres incrementa. Esto se puede explicar a partir de la transformación del contexto que favorece que ambos padres se involucren en la crianza de sus hijos, siendo así, que el padre aparte de

tomar el rol como figura de autoridad y proveedor económico, agrega a estos un papel más afectivo y de apoyo hacia los hijos, asumiendo la tarea compartida con la madre sobre el cuidado y educación (Carrillo et al., 2016). Cuando el cuidado de los hijos con discapacidad queda en manos de la madre, esto puede facilitar que el padre se involucre en la educación (Navarro & Hernández, 2012).

Otra de las correlaciones significativas que se presentaron en ambas poblaciones fue en la autoeficacia y los conocimientos, con una relación más alta para los jóvenes sordos, esto puede deberse a la accesibilidad de información (García, 2010), pues la autoeficacia percibida se compone por conocimientos y experiencias previas (Bandura, 1977), de manera que un mejor nivel de conocimientos podría estar teniendo un impacto positivo en su percepción de autoeficacia.

En este mismo sentido, promover información actualizada y basada en evidencia, así como promover espacios para el entrenamiento conductual que ayude a tener experiencias previas de éxito podría favorecer la presencia de conductas sexuales saludables, pues la literatura de investigación señala que los individuos con alta autoeficacia percibida tienen más probabilidad de iniciar cuidados preventivos, buscar tratamientos tempranos y ser más optimistas sobre la eficacia de estos (Grembowski et al, 1993).

En cuanto a los jóvenes oyentes la autoeficacia percibida se relacionó con la comunicación con padres, la cual a su vez se asoció al uso del condón en el primer encuentro, hallazgos similares se han reportado en investigaciones con hijos de padres sordos y débiles visuales (Robles & Guevara, 2017), estas relaciones se han explicado a partir de la relevancia del padre en la educación sexual de sus hijos, de manera que brindan herramientas para que tengan encuentros sexuales protegidos.

Mientras que, para los jóvenes sordos, la autoeficacia percibida para el uso correcto del condón y la comunicación con madres tienen un impacto sobre el comportamiento de usar condón en el primer encuentro, lo que podría estar vinculado a que las madres asumen el cuidado de los hijos que tienen alguna discapacidad (Morales-Borja et al., 2018).

El objetivo general de esta tesis fue analizar y comparar entre jóvenes oyentes y sordos, el nivel de predicción de los conocimientos, la autoeficacia y la comunicación parental sobre el uso del condón en el primer encuentro sexual, los resultados del análisis de regresión mostraron que ninguna de las variables que se incluyen en este trabajo predicen, por si solas, el uso del condón en el primer encuentro de los jóvenes oyentes. En contraste, las variables que predicen el uso del condón en los jóvenes sordos fueron la autoeficacia y la comunicación con madres.

Estos hallazgos podrían relacionarse a que los jóvenes sordos cuentan con menores herramientas para la prevención en un contexto "discapacitante" y por lo tanto contar con algunos recursos para prevenir, tendrán un impacto directo en su comportamiento, pues tal como mencionan López et al. (2018), los adolescentes sordos tienden a aprender de forma empírica, a través de sus propias experiencias y de la información que puedan obtener de amigos o amigas, familiares o personas que los rodean, y por el lado de los jóvenes oyentes, las variables analizadas por sí solas no tienen un efecto directo sobre el comportamiento, pero sí podrían ser necesarias para promover la presencia de otras variables que antecedan a la conducta, como la negociación y comunicación sexual con la pareja, las intenciones de uso del condón y las actitudes hacia el condón.

Algunas limitaciones del presente reporte de investigación fueron las siguientes, se trabajó únicamente con personas con experiencia sexual, de manera que el tamaño de la muestra inicial se redujo a la mitad, lo que también redujo la muestra del interior de la república que nos pudiera dar una mejor representación de la población, por lo que se propone ampliar el tamaño de esta muestra y abarcar otros estados de la república mexicana para contar con representatividad de otros estados.

Como se menciona previamente, otra limitante y además propuesta para próximos proyectos, sería la evaluación de variables psicológicas que podrían dar contexto a los resultados de esta investigación puesto que han mostrado estar relacionadas con las variables evaluadas, pero que no fueron incluidas en la investigación, tales como, las actitudes (Teva et al., 2014), creencias (Abril et al.,

2018) y la comunicación con la pareja (Jiménez, 2010), si bien no se encontraron predictores para los oyentes, estas variables interactúan con otras.

No obstante, este es de los pocos estudios que analiza a las dos poblaciones con rigor metodológico y que retoma a jóvenes de toda la república mexicana, de manera que brinda evidencia científica sobre estas dos poblaciones.

REFERENCIAS

- Abril, E., Román, R., Cubillas, M., & Domínguez, S. (2018). Creencias sobre el uso del condón en una población universitaria. *CIENCIA ergo-sum: revista científica multidisciplinaria de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 25(3), 1-12. <https://doi.org/10.30878/ces.v25n3a5>
- Archibald, J., Bashutski, K., Guo, Y., Jaques, C., Johnson, C., McPherson, M., & Shea, C. (2008). *A review of the literature on English as a second language (ESL) Issues*. Alberta Education. Canada. <https://eric.ed.gov/?id=ED506095>
- Ballester, R., Gil-Llario, M., Ruiz-Palomino, E., & Giménez-García, C. (2013). Autoeficacia en la prevención sexual del Sida: la influencia del género. *Anales de Psicología*, 29(1), 76-82. <https://doi.org/10.1353/aad.0.000210.6018/analesps.29.1.124601>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bárcena, S., & Jenkins, B. (2018). Comunicación sexual: diferencias entre padres de hijos con y sin discapacidad. *Psicología y Salud*, 28(1), 5-13. <https://doi.org/10.25009/pys.v28i1.2540>
- Bárcena, S., Enríquez, D., Sánchez, R., & Martínez, A. (2021). Variables Asociadas a la Comunicación Sobre Sexualidad en Varones que tienen Hijos con Discapacidad. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 13(2), 39-49. <http://dx.doi.org/10.22201/fesi.20070780e.2021.13.2.67413>
- Bárcena, S., Guevara, Y. & Álvarez, E. (2017). Características de padres e hijos con discapacidad que intervienen en la comunicación sobre sexualidad. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 9(2), 36-44. <https://doi.org/10.1016/j.jbhsi.2018.01.002>
- 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. <https://doi.org/10.22201/fesi.20070780e.2022.14.1.79042>

- Bickenbach, J., Chatterji, S., Badley, E., & Üstün, T. (1999). Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps. *Social science & medicine*, 48(9), 1173-1187. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00441-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00441-9)
- Bisol, C., Sperb, T., Brewer, T., Kato, S., & 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://doi.org/10.1353/aad.0.0055>
- Caballero, M., Camargo, F., & Castro, B. (2011). Prácticas inadecuadas del uso del condón y factores asociados en estudiantes universitarios. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 43(3), 257-262. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072011000300006&lng=en&tlng=es
- Camarena, M., Vieyra, A., & Alba, M. (2021, junio). *La educación sexual en personas con discapacidad*. 4to Congreso Nacional de Investigación sobre Educación Normal, Hermosillo, Sonora. <https://conisen.mx/Memorias-4to-conisen/Memorias/1996-765-Ponencia-doc-%20LISTO.docx.pdf>
- Campero, L., Atienzo, E., Suárez, L., Hernández, B., & Villalobos, A. (2013). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas. *Gaceta Médica de México*, 149, 299-307. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDREVISTA=16&IDARTICULO=42887&IDPUBLICACION=4469>
- 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://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6366718>
- Carrillo, S., Bermúdez, M., Suárez, L., Gutiérrez, M., & Delgado, X. (2016). Father's Perceptions of their Role and Involvement in the Family: A Qualitative Study in a Colombian Sample. *Revista Costarricense de Psicología*, 35(2), 37-54. <https://dx.doi.org/10.22544/rcps.v35i02.03>

- Castillo, L., Álvarez, A., Valle, M., & Hernández, V. (2015). Autoeficacia de padres para hablar con sus hijos acerca de sexo. *CIENCIA UANL*, 18(73). <https://cienciauanl.uanl.mx/?p=4298>
- Collazos, J. (2012). Representaciones sociales de la salud sexual de adolescentes sordos y oyentes en la ciudad de Bogotá. *Pensamiento Psicológico*, 10(2), 35-47. <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v10n2/v10n2a05.pdf>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2012). *¿Qué es la discapacidad?* <http://cdhezac.org.mx/MaterialConsultaCDPD/Folleto/QUE-ES-LA-DISCAPACIDAD-CNDH.pdf>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2016). *Cartilla de Derechos Sexuales de adolescentes y jóvenes*. (Segunda Edición) México. <https://www.cndh.org.mx/documento/cartilla-derechos-sexuales-de-adolescentes-y-jovenes>
- Crosby, R., Yarber W., Sanders, S., Graham C., & Arno, J. (2008). Slips, breaks and 'falls': condom errors and problems reported by men attending an STD clinic. *International Journal of STD & AIDS*, 19(2), 90-93. <https://doi.org/10.1258/ijsa.2007.007103>
- Field, A. (2017). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*: North American Edition. Sage.
- Fisher, J., & Fisher, W. (1992). Changing AIDS-Risk Behavior. *Psychological Bulletin*, 3(3), 455-474. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.111.3.455>
- Ferreira, M. (2010). De la minus-valía a la diversidad funcional: un nuevo marco teórico-metodológico. *Política y sociedad*, 47(1), 45-65. <https://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/POSO1010130045A>
- Fridman, B. (2000). La comunidad silente de México. *Viento del Sur*, 14. <https://cultura-sorda.org/la-comunidad-silente-de-mexico/>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2017). *Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes y jóvenes*. <https://mexico.unfpa.org/es/topics/salud-sexual-y-reproductiva-en-adolescentes-y-j%C3%B3venes>

- García, C. (2010). El condicionamiento psicológico, cultural y comunicativo (psicocultural) para la educación de la sexualidad con un enfoque bilingüe del escolar Sordo. *Revista Transformación*, 6(1), 28-35.
- Goldstein, M., Eckhardt, E., Joyner-Creamer, P., Berry, R., Paradise, H., & Cleland, C. (2010). What do deaf high school students know about hiv? *Aids Education and Prevention*, 22(6), 523-537. <https://doi.org/10.1521/aeap.2010.22.6.523>
- Gomez, M. (2011). Sexual behavior among Filipino high school students who are deaf. *Sexuality and Disability*, 29(4), 301-312. <https://doi.org/10.1007/s11195-011-9215-7>
- Goodley, D. (2017). Dis/entangling Critical Disability Studies. En Waldschmidt, A., Berressem, H., & Ingwersen, M. (Eds.). *Culture–theory–disability. Encounters between Disability Studies and Cultural Studies*, 82-97. <https://library.oapen.org/bitstream/handle/20.500.12657/31487/627653.pdf?sequence=1#page=82>
- Grembowski, D., Patrick, D., Diehr, P., Durham, M., Beresford, S., Kay, E., & Hecht, J. (1993). Self-efficacy and health behavior among older adults. *Journal of health and social behavior*, 34(2), 89-104. <https://doi.org/10.2307/2137237>
- Groce, N., Yousafzai, A., & Van Der, F. (2007). HIV/AIDS and disability: Differences in HIV/AIDS knowledge between deaf and hearing people in Nigeria. *Disability and Rehabilitation*, 29 (5), 367-371. <https://doi.org/10.1080/09638280600834567>
- Humanium. (s.f.). *La sexualidad de los adolescentes*. <https://www.humanium.org/es/la-sexualidad-de-los-adolescentes/>
- Instituto de Salud del Estado de México. (2020). *Métodos Anticonceptivos*. https://salud.edomex.gob.mx/sem/metodos_anticonceptivos
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). Estadísticas a propósito del Día Internacional de las Personas con Discapacidad. Aguas-calientes: INEGI. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2015/discapacidad0.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/articulo.oa?id=29213133008>
- Lauglo, M. (2008). *La Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes y los Jóvenes: Oportunidades, Enfoques y Opiniones*. <https://www.paho.org/es/documentos/salud-sexual-reproductiva-joven-adolescente-oportunidades-enfoques-opciones-0>
- López, M., Fortúnez, M., & Rivas, B. (2018). La educación sexual de los adolescentes sordos de la secundaria básica. *Revista Atlante: Cuadernos de Educación y Desarrollo*. <https://www.eumed.net/rev/atlante/2018/11/educacion-sexual-adolescentessordos.html>
- Mall, S., & Swartz, L. (2014). Attitudes toward condom education amongst educators for Deaf and hard-of-hearing adolescents in South Africa. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 6(1), 1-4. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v6i1.564>
- Miles, M. (2002). Disability in an Eastern religious context: Historical perspectives. *Journal of Religion, Disability & Health*, 6(2-3), 53-76. https://doi.org/10.1300/J095v06n02_08
- Ministerio de Salud Argentina (s.f.). *Métodos Anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud*. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/metodos-anticonceptivos-guia-practica-para-profesionales-de-la-salud>
- Moinester, M., Gulley, S., & Watson, S. (2008). The nature of risk: HIV/AIDS and the deaf community in the United States. *Disability Studies Quarterly*, 28(4). <https://doi.org/10.18061/dsq.v28i4.144>
- Morales, A. (2010). *La Ciudadanía desde la Diferencia: Reflexiones en torno a la Comunidad Sorda*. <https://cultura-sorda.org/ciudadania-comunidad-sorda/>
- Morales-Borja, H., Ramírez-Quenguan, O., & Rendón-Campo, L. (2018). La participación del cuidador en el proceso de Rehabilitación visual y/o auditiva durante el periodo 2016 en el Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle

- del Cauca-Colombia. *Prospectiva*, (26), 171-193.
<https://doi.org/10.25100/prts.v0i26.6596>
- Moreno, D., Rivera, B., Robles, S., Barroso, R., Frías, B., & Rodríguez, M. (2018). 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.
- Mprah, W. (2013). Sexual and reproductive health needs assessment with deaf people in Ghana: Methodological challenges and ethical concerns. *African Journal of Disability*, 2(1), 1-9.
<https://journals.co.za/doi/abs/10.4102/ajod.v2i1.55>
- Naseribooriabadi, T., Sadoughi, F., & Sheikhtaheri, A. (2017). Barriers and Facilitators of Health Literacy among D/deaf Individuals: A Review Article. *Iran Journal of Public Health*, 46(11), 1465-1474.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5696685/pdf/IJPH-46-1465.pdf>
- Navarro, N., & Hernández, A. (2012). Influencia de las actitudes de los padres ante la educación sexual y la discapacidad intelectual. *Psicología y Salud*, 22(2), 195-203. <https://doi.org/10.25009/pys.v22i2.544>
- Noboa, P., & Serrano, I. (2006). Autoeficacia en la negociación sexual: retos para la prevención de VIH/SIDA en mujeres puertorriqueñas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(1), 21-43.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342006000100002
- Orcasita, L., Cuenca, J., Montenegro, J., Garrido, D., & Haderlein, A. (2018). Diálogos y saberes sobre sexualidad de padres con hijos e hijas adolescentes escolarizados. *Revista Colombiana de Psicología*, 27(1), 41-53.
<https://doi.org/10.15446/rcp.v27n1.62148>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Anticoncepción*.
https://www.who.int/es/health-topics/contraception#tab=tab_1
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Infecciones de transmisión sexual*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted->

[infections-\(stis\)#:~:text=todo%20el%20mundo.-
Cada%20d%C3%ADa%2C%20m%C3%A1s%20de%20un%20mill%C3%B3n%20de%20personas%20contraen%20una,y%20tricomoniasis%20\(156%20millones\)](#)

Organización Mundial de la Salud (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/274656>

Organización Mundial de la Salud (2011). *World Report on Disability*.
https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf

Oviedo, A., & Burad, V. (2006). *La cultura sorda*. <http://www.cultura-sorda.org/>

Pérez, Y., Robles, S., Guevara, C., & Díaz-Loving, R. (2019). Propiedades psicométricas de una escala de autoeficacia percibida para el uso correcto del condón en jóvenes universitarios. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 11(1), 49-61.
<http://dx.doi.org/10.22201/fesi.20070780.2019.11.1.68782>

Pérez, M., & Chhabra, G. (2019). Modelos teóricos de discapacidad: un seguimiento del desarrollo histórico del concepto de discapacidad en las últimas cinco décadas. *Revista Española de Discapacidad*, 7 (1), 7-27.
<https://doi.org/10.5569/2340-5104.07.01.01>

Quesada, S. (2018). *¿Por qué los condones tienen fecha de caducidad?*
<https://www.nacionrex.com/porque-los-condones-tienen-fecha-de-caducidad-tiempo-que-duran-t201811290005.html>

Quintal, A., & Flores, M. (2020). Prácticas parentales de crianza y bienestar psicológico en adolescentes. *Revista de Psicología de la Salud*, 8(1).
<https://doi.org/10.21134/pssa.v8i1.666>

Robles, S. & Díaz-Loving, R. (2011). *Validación de la Encuesta Estudiantil sobre Salud Sexual (EESS)*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Robles-Montijo, S., & Pérez-Bautista, Y. (2021). Uso del condón en jóvenes sordos de la Ciudad de México: qué saben y cómo lo usan. *Interacciones*, 7, 177.
<http://dx.doi.org/10.24016/2020.v7.177>

- Robles-Montijo, S., Guevara-Benítez, Y., & Pérez-Bautista, 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, A. (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., & Guevara, C. (2017). Comportamientos de riesgo y abuso sexual en varones y mujeres con discapacidad visual o auditiva. *Revista Española de Discapacidad*, 5(1), 133-151. <https://doi.org/10.5569/2340-5104.05.01.08>
- Robles, S., Rodríguez, M., Frías, B., & Moreno, D. (2014). Indicadores del uso eficaz del preservativo. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 25(2), 244-258. <https://www.repsasprr.net/index.php/reps/article/view/242>
- 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.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/33648>
- Rodríguez, M., Barroso, R., Frías, I., Moreno, D., & Robles, S. (2009). Errores en el uso del condón: efectos de un programa de intervención. *Psicología y Salud*, 19(1), 103-109. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/650>
- Sánchez-Meneses, M., Dávila-Mendoza, R., & Ponce-Rosas, E. (2015). Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. *Atención Familiar*, 22(2), 35-38. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S140588711630044X>
- Schurenkamper, D. (2021). ¿Quiénes son las personas con discapacidad auditiva? <https://entrale.org.mx/blog/2021/03/quienes-son-las-personas-con-discapacidad-auditiva/>
- Secretaría de Gobernación (2015). *Estrategia nacional para la prevención del embarazo en adolescentes.*

http://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/PDF/ENAPEA_0215.pdf
f

Secretaría de Salud. (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19 Resultados nacionales*.

https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf

Shamah-Levy, T., Vielma-Orozco, E., Heredia-Hernández, O., Romero-Martínez, M., Mojica-Cuevas, J., Cuevas-Nasu, L., Santaella-Castell, J., & Rivera-Dommarco, J. (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/informes.php>

Shamah-Levy, T., Romero-Martínez, M., Barrientos-Gutiérrez, T., Cuevas-Nasu, L., Bautista-Arredondo, S., Colchero, M., Gaona-Pineda, E., Lazcano-Ponce, E., Martínez-Barnetche, J., Alpuche-Arana, C., & Rivera-Dommarco, J. (2022). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre Covid-19. Resultados nacionales*. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2021/informes.php>

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de las Familias. (2017) *¿Qué es la discapacidad auditiva?* <https://www.gob.mx/difnacional/articulos/que-es-la-discapacidad-auditiva>

Suárez, L., Rivas, N., & Caballero, E. (2021). Comunidad sorda: aproximación a su cultura en el área metropolitana. *Revista Inclusión y Desarrollo*, 8(2), 54–64. <https://doi.org/10.26620/uniminuto.inclusion.8.2.2021.54-64>

Teva, I., Bermúdez, M., & Ramiro, M. (2014). Satisfacción sexual y actitudes hacia el uso del preservativo en adolescentes: evaluación y análisis de su relación con el uso del preservativo. *Revista latinoamericana de psicología*, 46(2), 127-136. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120053414700160>

Villa-Paleo, M., & Carranza-Madrugal, J. (2017). Conocimiento del uso correcto del condón masculino en alumnos de preparatoria de una población indígena del

estado de Michoacán. *Medicina Interna de México*, 33(5), 580-604.
<https://doi.org/10.24245/mim.v33i5.1163>

Villa-Rueda, A., Landeros-Olvera, E., Manjarres-Posada, N., & Benavides-Torres, R. (2020). Adaptación, aceptabilidad y pilotaje de “Usando Condón”. Una intervención para aumentar la autoeficacia percibida en el uso del condón masculino entre adolescentes mexicanos. *Nova Scientia*, 12 (25).
<https://doi.org/10.21640/ns.v12i25.2296>

Winningham, A., Gore-Felton, C., Galletly, C., Seal, D., & Thornton, M. (2008). Lessons learned from more than two decades of HIV/AIDS prevention efforts: Implications for people who are deaf or hard of hearing. *American Annals of the Deaf*, 153(1), 48-54. <https://doi.org/10.1353/aad.0.0002>