



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**"AUTOEFICACIA PERCIBIDA PARA EL USO
CORRECTO DEL CONDÓN Y SU INTENCIÓN DE USO
EN JÓVENES SORDOS CON Y SIN EXPERIENCIA
SEXUAL"**

**ACTIVIDAD DE INVESTIGACIÓN-REPORTE
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:**

Edith Jessica Cruz Ramírez

Directora: Dra. **Silvia Susana Robles Montijo**
Dictaminadores: Dra. **Susana Xóchitl Barcena Gaona**
Dra. **Yuma Yoaly Pérez Bautista**



Los Reyes Iztacala, Estado de México, 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A mi segundo hogar, la Universidad Nacional Autónoma de México, por haberme dado la oportunidad de lograr mis sueños, aceptándome por segunda vez, y a mi casa de estudios, la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, ya que fue en este lugar en donde conocí mis alcances como persona y como estudiante, además de crecer profesionalmente con cada enseñanza. Gracias por forjar en mí valores, conocimiento y, sobre todo, amor a mi carrera.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por la beca concedida como asistente de investigación Nivel 1, en el proyecto de investigación *Factores de riesgo para la salud sexual de jóvenes mexicanos con discapacidad auditiva* financiado por el Fondo Sectorial en investigación para la educación SEP-CONACyT, Proyecto 256430, a cargo de la Dra. Susana Robles Montijo.

A mi mentora, la Dra. Susana Robles Montijo, por la oportunidad de formar parte de su equipo de investigación, por la confianza y sobre todo paciencia, que tuvo para que yo pudiera culminar esta etapa de mi vida académica. Quién me motivó para seguir adelante con este proyecto y no desertar a pesar de las dificultades externas. Estoy infinitamente agradecida por cada una de sus palabras, consejos y llamadas de atención, además de ser mi inspiración como profesionista y como persona, ya que la humildad es una de tantas virtudes que posee que me hacen valorarla y atesorarla como un ejemplo a seguir.

A la Dra. Yuma Yoaly Pérez Bautista, por el apoyo que me brindó en todo el desarrollo de este trabajo, por su tiempo, paciencia y dedicación para guiarme. Gracias por compartir su experiencia como persona y profesionista, le tengo un enorme respeto y admiración. A la Dra. Susana Xóchilt Bárcena Gaona, por las enseñanzas y apoyo, por estar en disposición para guiar a sus alumnos y fomentar la empatía en todos los ámbitos.

A mis padres, a ustedes les dedico mis logros y éste es para ustedes, ya que desde pequeña me dejaron elegir el camino que quería seguir, pero siempre extendiendo su mano para sostenerla si los necesitaba. Gracias por creer en mí y depositar su confianza, me siento muy orgullosa de tener a unos padres como ustedes, quienes además de inculcarme valores, me han brindado amor. Les agradezco las llamadas de atención, porque siempre las acompañaba un consejo que, aunque en su momento no entendía, a futuro significaron mucho y me hicieron llegar al lugar en donde me encuentro ahora, los amo demasiado. También a mi hermani, mi Magui, por tu apoyo motivacional y regaños, por tu paciencia cuando mi estado de ánimo era tan cambiante, lo sigue siendo, pero sabes que te amo. Y a mi prima Ixto, otra hermana para mí, también te tocó vivir conmigo momentos de angustia y desesperación, momentos de felicidad y jalones de orejas, a ti también te amo.

A mis amigos de mi primera casa de estudios, la Facultad de Estudios Superiores Acatlán, Pame, Gustavo y Rosita. Mi segunda familia, quiénes me motivaron para seguir el camino que tanto anhelaba y me enseñaron que cuando se quiere se puede, aunque no pude concluir con ustedes, coincidir fue el regalo más bonito que me dio mi amada Universidad. Siempre me han acompañado a pesar de la distancia, han celebrado mis logros y hasta han llorado conmigo cuando el ambiente se ha tornado gris. Cuando me necesiten sin duda estaré para ustedes.

A mi miwis, Paulina Horta Rueda, contigo compartí el amor a la psicología y juntas recorrimos cada espacio de nuestra amada FES, compartimos experiencias que sólo de recordarlas vuelvo a vivirlas. Siempre tan admirable, radiante y feliz a pesar de la adversidad, aprendí tanto de ti y sabes que cuando me necesites allí estaré, te amo.

A mi Fer, Pao, Sara y Ámbar, gracias infinitas por formar parte de mi vida, el destino parece ser sabio porque las puso en mi camino, a su lado viví los últimos esfuerzos para concluir nuestra carrera. Y a pesar de que cada quién continuó

con sus planes, seguimos estando juntas y siguen apoyándome y motivándome para que no eche por la borda lo que he logrado con sacrificio y lágrimas literalmente.

A Julie, quién pensaría que serías tan importante, siempre con esa actitud positiva y esa sonrisa que te hace ver tan bella, mi amiga con la que compartí el servicio social y vivimos frustración, enojo, risas y más risas. Tú que me hiciste ver cosas que jamás me habría imaginado y quién me ha motivado a lograr mis sueños.

A Zaíd Díaz, a ti que, sin saberlo, me enseñaste algo que me servirá para toda la vida. Te conocí en un momento decisivo en el que escucharte me hizo ver lo que quiero ser y hacer como persona y como profesionista. Siempre me alegraré de tus logros y conservaré mi cariño y admiración hacia ti.

A Sandi, mi amibita, por el tiempo compartido cuando íbamos en la preparatoria y por volver a encontrarnos. En esta etapa de mi vida me has enseñado tanto, sobre todo el valor de la amistad, la lealtad sobre todas las cosas y que, aunque todo parezca perdido, la única que puede salvarse es una misma, gracias por tus palabras y motivación para ser, sobre todas las cosas, feliz. A mi Alan, siempre apoyándome y estando cuando te he necesitado, gracias por tu amistad y apoyo incondicional. Te adoro infinitamente.

A Fátima, quién me acompañó en esta travesía llamada Tesis, con quién compartí risas, regaños y, sobre todo, una hermosa amistad, a donde quiera que vayamos nunca tendremos la certeza de las personas tan maravillosas con las que nos vamos a encontrar, gracias por hacerme ver que en cada situación en la que me encuentre, hay una oportunidad para crecer.

A Eladio, quién me apoyó y estuvo a mi lado en momentos difíciles, aunque nuestro futuro sea incierto no queda más que agradecer por las enseñanzas y por las vivencias que tuvimos juntos, eres quién me ha orillado a valorarme aún más y

quién sin saberlo, me motivó para que concluyera algo que es mío, mi carrera profesional.

Por último, pero no menos importante, de hecho, es la más importante, a mi hija, quién con su llegada me ha hecho ser la mujer más feliz y en quién he depositado toda mi motivación para ser yo misma, lograr mis metas que, aunque se hayan pospuesto puedo alcanzarlas e ir por más. Tú eres y serás quién me impulse a lograr todo lo que me proponga. Te amo con todo mi ser, mi pedacito de cielo.

Sin duda, hay más personas a las que les agradezco por haber formado parte de esta etapa tan importante, de quienes he aprendido cosas invaluable y a quienes apoyaré cuando me necesiten, los tengo presente siempre porque sin ustedes no sería quien soy ahora.

Porque mi piel es color oro y mi sangre azul...

POR MI RAZA HABLARÁ MI ESPÍRITU

CONTENIDO

Resumen	i
Abstract.....	iii
Introducción	v

PARTE I. MARCO TEÓRICO

Capítulo 1 SALUD SEXUAL EN ADOLESCENTES Y JÓVENES OYENTES... 1	
1.1. Uso del condón	4
1.2. VIH Sida e Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS)	6
1.3. Embarazo en adolescentes	7
Capítulo 2 SALUD SEXUAL EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA..... 13	
2.1. Definición de discapacidad auditiva	13
2.2. Comunidad Sorda.....	18
2.3. Educación sexual de jóvenes sordos	23
2.4. Estudios sobre salud sexual de jóvenes sordos.....	28
Capítulo 3 VARIABLES ASOCIADAS AL USO DEL CONDÓN..... 36	
3.1. Autoeficacia percibida para el uso del condón	37
3.2. Intención de uso del condón	42

PARTE II. INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

Capítulo 4 REPORTE DE INVESTIGACIÓN..... 46	
4.1. Antecedentes.....	46
4.2. Planteamiento del problema	47
4.3. Objetivos.....	49
4.3.1. Objetivo general	49
4.3.2. Objetivos específicos	50
4.4. Hipótesis.....	50
4.5. Método.....	51
4.5.1. Tipo de estudio.....	51
4.5.2. Participantes	51
4.5.3. Instrumentos	52
4.5.4. Procedimiento	54
4.5.5. Condiciones éticas del estudio	55
4.5.6. Análisis de datos	55
4.5.7. Resultados	55
Capítulo 5 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES..... 68	
REFERENCIAS	78

RESUMEN

El propósito del presente estudio fue analizar cómo la autoeficacia percibida para el uso correcto del condón y la intención de usarlo se asocian con la frecuencia de su uso en las relaciones sexuales de jóvenes con discapacidad auditiva, identificando las diferencias en función del sexo y entre quienes han tenido o no relaciones sexuales. El estudio se llevó a cabo con una muestra de 255 jóvenes con discapacidad auditiva, elegidos a través de un procedimiento accidental, de doce instituciones educativas ubicadas en Jalisco, Guanajuato, Querétaro, Veracruz, Nuevo León y en la Ciudad de México, las cuales atienden a esta población. La edad promedio de los participantes fue de 21.1 años. 55.1% fueron hombres y 44.9% mujeres, con un nivel máximo de estudios de secundaria o preparatoria. El diseño del estudio fue de tipo transversal-descriptivo-comparativo-correlacional-observacional, ya que se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos en una sola ocasión y se realizaron análisis descriptivos, comparativos y correlacionales, sin hacer manipulaciones experimentales. Se utilizó el Cuestionario en línea sobre salud sexual para jóvenes mexicanos con discapacidad auditiva para obtener información sobre las siguientes variables: Datos sociodemográficos, Comportamiento de la primera y subsecuentes relaciones sexuales, Autoeficacia percibida para el uso correcto del condón, Intención de usar condón en la próxima relación sexual, Intención de tener relaciones en los próximos seis meses e Intención de usar condón en dicho periodo. Los resultados mostraron que los jóvenes usaron el condón en la mitad de las relaciones sexuales que tuvieron en toda su vida y en los últimos tres meses. En la escala de autoeficacia se obtuvo una media de 1.96 ($DE=.787$) de un valor máximo posible de 4 puntos. Más del 50% de los participantes no se perciben con la capacidad para, colocar el condón sin riesgo de que se deslice o se rompa, identificar el tipo de lubricante que debe utilizarse con condones de látex, ni para traer un condón sin que se dañe. Los datos de la intención de uso del condón mostraron que alrededor del 40% de los participantes no tienen la intención de tener sexo ni de usar condón en los próximos seis meses o próxima

relación sexual. En estas variables no se encontraron diferencias en función del sexo, pero sí en función de la experiencia sexual, los jóvenes con mayores niveles de autoeficacia y de intenciones fueron aquellos que habían tenido relaciones sexuales. El análisis de correlación entre las variables mostró que, tanto en los hombres como en las mujeres, la autoeficacia se correlacionó significativamente ($p < .01$) con la intención de usar condón en la próxima relación sexual ($r = .373$) y en los próximos seis meses ($r = .485$), así como con la intención de tener relaciones sexuales en los próximos seis meses ($r = .498$). En los hombres, la frecuencia del uso del condón en toda la vida se correlacionó significativamente con la intención de usarlo en la próxima relación, mientras que en las mujeres dicha frecuencia se correlacionó sólo con la autoeficacia percibida para usar correctamente el condón ($r = .302$, $p < .05$). Los principales hallazgos sugieren la necesidad de diseñar programas de intervención, adaptados a las características lingüísticas de los jóvenes sordos, encaminados a promover el uso correcto del condón.

Palabras clave: jóvenes; discapacidad auditiva; uso del condón; autoeficacia; intenciones.

ABSTRACT

The purpose of the present study was to analyze how the perceived self-efficacy for the correct use of the condom and the intention to use it are associated with the frequency of its use in sexual relations of young people with hearing disabilities, identifying the differences according to sex and between whom have or have not had sexual intercourse. The study was carried out with a sample of 255 young people with hearing disabilities, chosen through an accidental procedure, from twelve educational institutions located in Jalisco, Guanajuato, Querétaro, Veracruz, Nuevo León and in Mexico City, which serve to this population. The average age of the participants was 21.1 years. 55.1% were men and 44.9% women, with a maximum level of secondary or high school studies. The study design was cross-sectional-descriptive-comparative-correlational-observational, since the application of the instruments was carried out on a single occasion and descriptive, comparative and correlational analyzes were carried out, without doing any experimental manipulations. The online questionnaire on sexual health for young Mexicans with hearing impairment was used to obtain information on the following variables: Sociodemographic data, Behavior of the first and subsequent sexual relations, Perceived self-efficacy for the correct use of condoms, Intention to use condoms in the next sexual intercourse, Intention to have intercourse in the next six months and Intention to use a condom in that period. The results showed that the young people used the condom in half of the sexual relations they had in their entire lives and in the last three months. In the entire sample, a mean of 1.96 ($SD = .787$) was obtained from a maximum possible value of 4 points. More than 50% of the participants do not perceive themselves with the ability to place the condom without risk of slipping or breaking, to identify the type of lubricant to use with latex condoms, or to bring a condom without damaging it. The data on the intention to use a condom showed that about 40% of the participants do not intend to have sex or use a condom in the next six months or next sexual relationship. In these variables, no differences were found based on sex, but there were differences based on the sexual experience of young people,

with higher levels of self-efficacy and intentions in those who had had sexual relations. The correlation analysis between the variables showed that, in both men and women, self-efficacy was significantly correlated ($p < .01$) with the intention to use a condom in the next sexual intercourse ($r = .373$) and in the next six months ($r = .485$), as well as with the intention of having sex in the next six months ($r = .498$). In men, the frequency of condom use throughout life was significantly correlated with the intention to use it in the next relationship, while in women this frequency was only correlated with the perceived self-efficacy to use the condom correctly ($r = .302$, $p < .05$). The main findings suggest the need to design intervention programs, adapted to the linguistic characteristics of young deaf people, aimed at promoting correct condom use.

Keywords: adolescents; hearing impairment; condom use; self-efficacy; intentions.

INTRODUCCIÓN

El presente reporte de investigación se deriva del proyecto de investigación titulado “FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD SEXUAL DE JÓVENES MEXICANOS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA”. Dicho proyecto está a cargo de la Dra. Silvia Susana Robles Montijo y bajo el financiamiento del Fondo Sectorial de Investigación para la Educación SEP-CONACyT (proyecto 256430). La investigación se lleva a cabo en la Unidad de Investigación Interdisciplinaria en Ciencias de la Salud y la Educación (UIICSE) de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Actualmente, México no cuenta con estadísticas relativas a los problemas que afectan la salud sexual de los jóvenes con discapacidad auditiva, ni de los factores que podrían estar asociados al comportamiento sexual de riesgo en esta población. Por tal motivo, investigar sobre estos aspectos representa una labor científica y social importante.

De tal modo, el presente trabajo pretende contribuir en dicha investigación considerando variables que ya se han estudiado en población adolescente sin alguna discapacidad, como son la intención del uso del condón y la autoeficacia percibida para usarlo, las cuales, de acuerdo con diversos estudios, tienen un efecto en el comportamiento sexual. Por consiguiente, estudiar de qué forma influyen dichas variables en el comportamiento sexual de los adolescentes con discapacidad auditiva, permite analizar y comparar si tales variables, inciden de forma similar o hay variaciones según sean las características de la población. Los resultados que se obtengan permitirán a futuro que se profundice en la búsqueda y análisis de los factores de riesgo del comportamiento sexual que prevalecen en dicha población y de ese modo elaborar programas de promoción y prevención que contribuyan a favorecer su salud sexual.

El desarrollo de este reporte de investigación se presenta en cinco capítulos. En el primero se muestra la recopilación de los resultados de la investigación bibliográfica en la que se abordan algunos problemas que afectan la salud sexual de adolescentes y jóvenes oyentes. En el capítulo 2 se presenta la información disponible sobre los problemas de salud sexual en adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva. Consecutivamente, en el capítulo 3 se explican las variables que se eligieron para llevar a cabo el análisis del presente reporte de investigación, las cuales son: autoeficacia percibida para usar correctamente el condón e intención del uso del condón. En el capítulo 4 se expone el desarrollo del presente reporte de investigación, que abarca el planteamiento del problema, objetivos, método y resultados. Finalmente, en el capítulo 5 se expone la discusión de los principales hallazgos y conclusiones del estudio.

PARTE I.
MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1

SALUD SEXUAL EN ADOLESCENTES Y JÓVENES OYENTES

Este capítulo trata sobre aspectos relacionados con la conducta sexual de adolescentes y jóvenes, analizando información sobre el uso del condón, Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS), incluyendo la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), además del embarazo no deseado en dicha población. Asimismo, se presentan estadísticas y estudios que se han realizado en este ámbito, con datos que se han reportado a nivel nacional e internacional, los cuales permiten describir y analizar la situación actual del comportamiento sexual en adolescentes, y su impacto en su salud sexual y reproductiva a nivel físico, psicológico y social.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019a), la adolescencia se puede definir como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se presenta entre los 10 y los 19 años, dicho periodo se divide en 3 fases; la primera es la adolescencia temprana, que acontece entre los 10 y 14 años, la segunda fase es la adolescencia media, que se presenta entre los 15 y 16 años y la tercera es la adolescencia tardía, que aparece entre los 17 y 19 años (Issler, 2001). Cada fase que comprende a la adolescencia, se considera muy importante en el desarrollo del ser humano debido a los cambios físicos y psicológicos que en ella se generan, tal como el desarrollo sexual y de maduración; en donde se definen aspectos cruciales en la vida de los adolescentes, como pueden ser el definir su identidad y orientación sexual (Sangowawa, Owoaje, Faseru, Ebong, & Adekunle; 2009), apropiarse de nuevos valores, tener vínculos amorosos, entre otras características que repercuten en su bienestar físico y emocional (Ramírez, Lizárraga, Félix, Campas, & Montaña, 1998; citados en Moreno et al., 2008). Asimismo, esta etapa constituye riesgos considerables, ya que los patrones de conducta que se establecen durante este proceso —como pueden ser las medidas de protección en relación con las

prácticas sexuales— pueden tener efectos positivos o negativos en la salud del adolescente y repercutir en su futuro (OMS, 2019a).

Por consiguiente, se puede decir que la salud sexual en la adolescencia cobra vital importancia ya que es en esta etapa en donde el ser humano define su sexualidad. De acuerdo con la OMS (2019b), la salud sexual se considera un estado de bienestar físico, mental y social que requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Por lo tanto, la sexualidad está presente a lo largo de la vida del individuo y abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer y la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. El presente trabajo se centra en una pequeña e importante parte de la sexualidad: las prácticas sexuales.

De acuerdo a lo antes expuesto, la educación sexual en la adolescencia debe promover el desarrollo integral del individuo, así como el de una personalidad saludable en donde se brinden las herramientas que permitan el cuidado del cuerpo, considerándolo como un espacio de experiencia, expresión de sentimientos y emociones que permitan entenderlo, analizarlo y cuidarlo; asimismo fomentar una sexualidad vinculada a la salud, al amor y a la equidad (Elliott, 2010). Según las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS (2018), los programas dirigidos a la promoción de la salud sexual deben enfocarse en la autonomía, bienestar, ejercicio, promoción y protección de los derechos humanos. Para ello, es menester promover la capacidad de las personas de tener relaciones sexuales seguras y satisfactorias, así como abordar la prevención y el tratamiento de las secuelas y complicaciones resultantes de problemas de salud sexual, además de fomentar el conocimiento sobre el uso de condón, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

En este sentido, de acuerdo con lo señalado por Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa (2011), la prevención se define como las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. En dicho ejercicio preventivo se clasifican tres niveles, como son la prevención primaria, la prevención secundaria¹ y prevención terciaria². Cada una con un propósito específico, siendo la prevención primaria en donde se coloca el mayor esfuerzo por parte de los profesionistas de la salud, ya que en este nivel se abarcan las medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes (OMS, 1998; Colimón, 1978, citados en Vignolo et al., 2011).

Expuesto lo anterior, se puede decir que la finalidad de la prevención primaria es disminuir la incidencia de la enfermedad, como puede ser el uso de condones para la prevención de ITS y VIH, así como el diseño de programas educativos para enseñar cómo se transmiten y cómo se previenen las ITS y VIH, además de incluir la prevención del embarazo adolescente, siendo estos temas los que más afectan la salud sexual de los adolescentes.

Igualmente, se deben considerar las conductas sexuales de riesgo que la literatura sugiere, como son el inicio de la vida sexual a edad temprana, el sexo casual, no usar condón, la actividad sexual sin protección/bajo el efecto del alcohol y/o drogas, tener múltiples parejas sexuales, entre otras (Forcada et al., 2013, citado en Espada, Morales, & Orgilés, 2014), debido a que puede incrementar el índice de VIH/SIDA, ITS y embarazos no deseados. Por lo tanto,

¹ Diagnóstico temprano, captación oportuna y tratamiento adecuado, los cuales son esenciales para el control de la enfermedad. Esto es particularmente importante cuando se trata de enfermedades crónicas y pretende reducir la prevalencia de la enfermedad (OMS, 1998; Colimón, 1978 en Vignolo et al., 2011).

² Acciones relativas a la recuperación ad integrum de la enfermedad clínicamente manifiesta, mediante un correcto diagnóstico y tratamiento y la rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas buscando reducir de este modo las mismas. (OMS, 1998; Colimón, 1978 en Vignolo et al., 2011).

dirigir la prevención primaria de los problemas de salud sexual en aquellos que aún no han iniciado su vida sexual, se vuelve fundamental para promover en ellos conocimientos y habilidades que los lleven a comportarse preventivamente cuando inicien su vida sexual (Robles et al., 2012).

1.1. Uso del condón

Se ha demostrado que el condón es, en la actualidad, uno de los métodos más efectivos para la prevención del Virus de Inmunodeficiencia Humana, las infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados, cuando se usa correctamente y en cada relación sexual. Los condones femeninos y masculinos son los únicos métodos que brindan doble protección (Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida [CENSIDA], 2016). De acuerdo con el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA, 2015), estos preservativos son los únicos dispositivos que reducen la transmisión del VIH, ITS y que previenen los embarazos no deseados. Si se utilizan de forma sistemática y correcta, también resultan ser muy eficaces para prevenir y reducir el riesgo de contraer verrugas genitales y el cáncer de cuello uterino (Centers for Disease Control and Prevention, 2013).

Sin embargo, a pesar de los beneficios que ofrece utilizar condón en las relaciones sexuales, se ha encontrado que los adolescentes y jóvenes no lo utilizan de forma sistemática en sus encuentros sexuales, lo que resulta ser un dato alarmante ya que un porcentaje significativo de la población está expuesta a diversos factores de riesgo. Al respecto, la Encuesta Nacional de Juventud (2012) reportó que en México habitan 36.2 millones de jóvenes entre 12 y 29 años, siendo la Ciudad de México (CDMX) la localidad que concentra el 7.2% de la población de jóvenes de nuestro país, lo que corresponde a 2,598.4³ de jóvenes. De dicha cifra, el 42.9% (1,118.3) del total de jóvenes en la CDMX, corresponde sólo al grupo de edad entre 12-19 años. Dichos datos permiten apreciar que es un

³ Cifra en miles

porcentaje significativo de adolescentes y jóvenes que habitan en el país, y cuántos de estos cuentan con conocimiento en el uso del preservativo y si lo han usado. Se reportó que el 97.5% de los jóvenes de 12 a 29 años, a nivel nacional, consideran oportuno el uso de condón, y el 98.5% de los jóvenes de la CDMX piensan lo mismo, lo que significa que el condón es el método de prevención de más alta visibilidad y conocimiento entre los jóvenes. En cuanto a su uso, la razón por la que no utilizaron métodos anticonceptivos en su primera relación sexual, el 46.5% a nivel nacional reportó que no esperaba tener relaciones sexuales mientras que, en la CDMX, fue el 51.1%. La segunda mención fue porque no tuvieron la intención de hacerlo, siendo las razones “Mi pareja no quiso” con el 11.0% a nivel nacional y 8.0% en la CDMX y “Yo no quería” con el 9.2% a nivel nacional y el 10.0% en la CDMX.

Lo anterior permite apreciar que, a pesar de que los jóvenes tengan conocimiento sobre el preservativo, su uso se ve determinado por la intención de alguno de los miembros de la pareja o de ambos. También se ha reportado en algunos estudios, como el realizado por Espada et al. (2014), que posponer el encuentro sexual, lo que denominan como debut sexual tardío, puede asociarse con un mayor uso del preservativo en la primera experiencia sexual y un mayor uso consistente del mismo en las posteriores relaciones sexuales ya que podría ser un factor protector para implicarse en comportamientos sexuales de riesgo, como son el sexo desprotegido y múltiples parejas sexuales. De acuerdo con los datos que obtuvieron, el debut sexual antes de los 15 años se relacionó con mayores encuentros sexuales, mayor número de parejas sexuales, menor uso del preservativo en la primera relación sexual, menor probabilidad de uso del preservativo y menor uso consistente del preservativo respecto a los que se inician más tarde. Por lo tanto, los jóvenes con un debut sexual a temprana edad se pueden ajustar más a un perfil comportamental de riesgo sexual respecto a los que se inician sexualmente más tarde, siendo la edad en la que se inicia o debuta sexualmente, la que se relaciona con el riesgo sexual durante la adolescencia.

Otro de los factores que se han asociado al inicio de la vida sexual a edades tempranas y la usencia del uso del condón es el consumo de drogas o alcohol, como reportan Castaño, Arango, Morales, Rodríguez y Montoya (2012) en su estudio con adolescentes de Medellín —en donde el alcohol, la marihuana, la cocaína y el Popper—tienen influencia sobre la conducta sexual con el fin de aumentar la excitación. Lo cual tiene relación con algunas consecuencias negativas en las prácticas sexuales sin protección bajo los efectos de sustancias psicoactivas. Aunado a esto, se ha encontrado que el riesgo no se limita únicamente a la decisión sobre su uso del condón, sino también al uso correcto antes, durante y después de la relación (Uribe, Riaño, et al., 2017). De igual forma, entre las variables sociodemográficas que se han vinculado con una menor frecuencia del uso del preservativo se encuentran: ser mujer, tener menos de 25 años, nivel socioeconómico bajo, nivel educativo bajo, tener pareja estable frente a pareja ocasional, ser poco religioso y la preferencia sexual (Bermúdez, Herencia-Leva, & Uribe, 2009).

Tales estudios muestran que existen diversos factores que pueden influir en el uso del preservativo, los cuales son un foco rojo que pone en alerta a los encargados de la salud y al gobierno del país, por el costo humano, económico y social que implica que los adolescentes y jóvenes no utilicen el preservativo ya que las consecuencias van más allá de lo expuesto anteriormente, ya que se pueden contraer ITS, VIH y/o tener un embarazo no deseado.

1.2. VIH/Sida e infecciones de trasmisión sexual (ITS)

El virus de Inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función, provocando el deterioro progresivo del sistema inmune. A medida que el virus destruye las células inmunitarias e impide el normal funcionamiento de la inmunidad, la persona infectada va cayendo gradualmente en una situación de inmunodeficiencia. La fase más avanzada de la infección por el VIH es el Síndrome de inmunodeficiencia

adquirida (Sida) que, en función de la persona, puede tardar de 2 a 15 años en manifestarse (OMS, 2019c).

El VIH se transmite a través del intercambio de determinados líquidos corporales de la persona infectada, como la sangre, la leche materna, el semen o las secreciones vaginales; por lo que los besos, abrazos, apretones de manos o compartir objetos personales, agua o alimentos, no implica un riesgo de contagio. Dentro de los factores de riesgo que probabilizan la adquisición del VIH son el tener relaciones sexuales anales o vaginales sin preservativo; padecer otra infección de transmisión sexual como sífilis, herpes, clamidiasis, gonorrea o vaginosis bacteriana; compartir agujas, jeringuillas, soluciones de droga u otro material infectivo contaminado para consumir drogas inyectables; recibir inyecciones, transfusiones sanguíneas o trasplantes de tejidos sin garantías de seguridad o ser objeto de procedimientos médicos que entrañen cortes o perforaciones con instrumental no esterilizado; pincharse accidentalmente con una aguja, lesión que afecta en particular al personal de salud (OMS, 2019c).

De acuerdo con la OMS en el 2016, un millón de personas habían fallecido a causa del VIH, siendo África la región con más casos nuevos en el mundo. En el 2015, el 44% de las nuevas infecciones afectaron a hombres que tienen con personas de su mismo sexo, consumidores de drogas inyectables, presos y personas recluidas en otros espacios, trabajadores sexuales y transexuales (OMS, 2019b).

En el reporte de Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México (CENSIDA, 2019), los casos nuevos diagnosticados de VIH y de Sida notificados en el 2018 fueron de 17,130; de los cuales 6,363 correspondieron a los casos de SIDA y 10,767 de VIH. Para el segundo trimestre del 2019, los casos nuevos diagnosticados de VIH y de Sida notificados fueron de 7,668, de los cuales 4,830 corresponden a los casos de VIH y 2,838 a los casos de Sida. Del total de los casos nuevos, los estados con la mayor tasa (por 100,000 habitantes) de casos nuevos diagnosticados de SIDA en el 2019 fueron: Campeche (9.7), Quintana

Roo (8.6), Yucatán (6.9), Morelos (5.2), Baja California Sur (5.0), y de casos nuevos diagnosticados de VIH fueron: Quintana Roo (19.4), Campeche (9.0) Yucatán (7.5), Veracruz (7.1) y Tabasco (6.8). Asimismo, la proporción de casos diagnosticados tan solo para hombres fue del 85.1% con SIDA y 83.8% con VIH.

Las vías de contagio colocan a la vía sexual con mayor prevalencia, siendo 2,703 los casos, lo que corresponde al 98.3%, sanguínea con 0 casos, UDI (Usuarios de Drogas Inyectadas) con 33 casos (1.2%) y perinatal con 14 casos (1.5%). En el grupo de edad entre 10 a 19 años se reportó 81 casos por vía sexual, 1 por UDI, 1 por vía perinatal y 2 no especificados, siendo un total de 85 casos nuevos notificados para el segundo trimestre del 2019 (CENSIDA, 2019). Tales cifras muestran que los jóvenes en este grupo de edad llevan a cabo prácticas sexuales de riesgo, ya que la vía sexual es en donde se ubica el mayor número de casos. Estos datos permiten ver que una proporción importante de adolescentes y jóvenes mexicanos realizan prácticas sexuales no protegidas y, por lo tanto, ponen en riesgo su salud sexual (Robles et al., 2012).

Además de los problemas previamente mencionados, existen otras ITS que son un problema vigente a nivel mundial, ya que se estima que anualmente 376 millones de personas contraen clamidiasis, gonorrea, sífilis o tricomoniasis; 500 millones de personas son portadoras del virus que provoca la infección genital por virus del herpes simple (VHS) y más de 290 millones de mujeres están infectadas por virus del papiloma humano (VPH). Algunas ITS, como el herpes genital (VHS tipo 2) y la sífilis, pueden aumentar el riesgo de infectarse por el VIH. Dichas ITS se propagan predominantemente por contacto sexual, incluidos el sexo vaginal, anal y oral; algunas se pueden transmitir también por otras vías, como la sangre y los hemoderivados. Muchas de estas infecciones —en particular, la sífilis, la hepatitis B, el VIH, la clamidiasis, la gonorrea, el herpes y el VPH—, pueden transmitirse también de madre a hijo durante el embarazo o el parto. Los síntomas más habituales de las ITS son: flujo vaginal, secreción o ardor uretral en los

hombres, úlceras genitales y dolor abdominal. Sin embargo, se puede estar infectado y no presentar síntomas (OMS, 2019c).

Desde la aparición del VIH, los esfuerzos preventivos por erradicar la expansión de la epidemia se han centrado en proporcionar a los jóvenes información básica sobre los comportamientos sexuales de riesgo y la necesidad de prevenir la transmisión del VIH (Ballester, Gil-Lario, Ruiz-Palomino, & Giménez, 2013). Múltiples factores biológicos, conductuales y socioeconómicos han sido identificados como factores de riesgo para la infección por el VIH en población adolescente. A nivel conductual, las variables más analizadas con relación al riesgo para la infección por el VIH han sido la consistencia y frecuencia del uso de preservativos (Futterman, 2004; Shrier, 2004; Kotchick, Shaffer, Forehand, & Miller, 2001; citados en Bermúdez et al., 2009).

En cuanto a la prevención, la OMS (2019c) sugiere que una persona puede reducir el riesgo de infección por el VIH manteniendo el uso correcto y sistemático del preservativo masculino o femenino en el curso de la penetración vaginal o anal, ya que puede proteger de la propagación de enfermedades de transmisión sexual, entre ellas la infección por el VIH. Los datos demuestran que los preservativos masculinos de látex tienen un efecto protector contra la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual que llega como mínimo a un 85%. Cuando se usan correcta y sistemáticamente, los preservativos son uno de los métodos de protección más eficaces contra las ITS, incluida la infección por el VIH. Los preservativos femeninos son eficaces y seguros, pero en los programas nacionales no se utilizan tan ampliamente como los masculinos. Es justo en la prevención primaria de ITS (incluida la infección por el VIH) en donde se utilizan intervenciones de asesoramiento, con la finalidad de fomentar un comportamiento sexual más seguro. Lamentablemente, los inadecuados conocimientos de la población, la falta de formación del personal sanitario y el arraigado estigma generalizado en torno a las ITS, siguen dificultando un uso mayor y más eficaz del condón.

Existen un sinnúmero de variables psicológicas asociadas al contagio del VIH/SIDA, entre ellas la escasa educación en torno a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA en la adolescencia eleva el riesgo de contagio, ya que es en esta etapa del desarrollo cuando los rasgos del comportamiento sexual y la percepción de riesgos están conformándose y se modelan (Del Castillo et al., 2012).

1.3. Embarazo en adolescentes

Abordar el tema del embarazo en la población adolescente cobra vital importancia ya que, en algunos casos, las ITS tienen consecuencias graves para la salud reproductiva más allá del impacto inmediato de la propia infección; por ejemplo, infertilidad o transmisión materno infantil (OMS, 2019d). En 2016, más de 988,000 mujeres embarazadas contrajeron sífilis, lo cual dio lugar a más de 200,000 muertes del feto o el recién nacido. Aproximadamente 16 millones de mujeres entre 15 a 19 años y 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte. Cada año, unos 3 millones se someten a abortos peligrosos. Los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años (OMS, 2018).

México ocupa el primer lugar en el tema, entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) con una tasa de fecundidad de 77 nacimientos por cada mil adolescentes de 15 a 19 años. Asimismo, en México, 23% de las y los adolescentes inician su vida sexual entre los 12 y los 19 años, de estos, 15% de los hombres y 33% de las mujeres no utilizaron ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual. Es así que, de acuerdo con estos datos, aproximadamente ocurren al año 340 mil nacimientos en mujeres menores de 19 años. Como resultado de lo anterior, las repercusiones físicas, psicológicas

y sociales son diversas en esta población ya que el embarazo en las y los adolescentes afecta negativamente su salud, su permanencia en la escuela, los ingresos presentes y futuros, el acceso a oportunidades recreativas, sociales y laborales especializadas y de calidad y el desarrollo humano (Instituto Nacional de las Mujeres, 2019).

De acuerdo con la OMS (2018), los embarazos en la adolescencia son más probables en comunidades pobres, poco instruidas y rurales por lo que las adolescentes no saben cómo evitar el embarazo. Algunas recurren a la práctica del aborto como alternativa para un embarazo no deseado y cada año se practican unos 3 millones de abortos peligrosos en adolescentes entre 15 a 19 años, lo que contribuye a la mortalidad materna y a problemas de salud prolongados. Sin embargo, los datos no son consistentes debido a que es complejo calcular la incidencia de la interrupción del embarazo dado que se desvían del control sanitario los abortos clandestinos y los espontáneos (Cunill, Gras, Planes, & Serdá, 2012).

En México la educación sexual carece de una visión integral ya que se privilegia 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, lo cual repercute en los indicadores de salud de los adolescentes (Campero, Atienzo, Suárez, Hernández, & Villalobos, 2013). Además, no sólo se trata de la inadecuada educación sexual, sino de la falta de acceso a dicha información, lo cual coloca a las personas en una situación de riesgo en el sentido de la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual como el VIH (Moreno et. al., 2008).

En conclusión, de acuerdo a la revisión bibliográfica, se puede decir que la promoción y prevención sobre temas de salud sexual se ha vuelto más necesaria debido a que se ha dado un aumento preocupante en el número de personas que

han contraído alguna ITS o VIH. Considerando las limitaciones en la educación sexual y las estadísticas en adolescentes que han contraído alguna ITS, así como embarazos no deseados o no planeados, resulta preocupante porque dicho porcentaje va en aumento a pesar de los esfuerzos por parte de los responsables del cuidado de la Salud. Dichos programas de promoción y prevención están más dirigidos a adolescentes y jóvenes porque los adolescentes viven en el aquí y ahora, dejando de lado lo que puede pasar en el futuro. Asimismo, en las instituciones educativas, también se abordan ciertos temas que brindan información sobre cómo prevenir una ITS o un embarazo, pero no hablan sobre cómo negociar el uso del preservativo o del qué hacer en caso de un embarazo no deseado; lo que conduce al adolescente a llevar a cabo prácticas sexuales de riesgo. Por último, ¿qué pasa con sectores de la población aún más vulnerable? Es decir, con las personas con algún tipo de discapacidad. En este trabajo se analizan las características de las personas con discapacidad auditiva, particularmente de los jóvenes y adolescentes pertenecientes a la Comunidad Sorda.

CAPÍTULO 2

SALUD SEXUAL EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

En este capítulo se presentan las definiciones de discapacidad, discapacidad auditiva y sordera, asimismo se habla sobre las características de la cultura Sorda y su forma de comunicación. Además, se muestra el porcentaje de personas que vive con discapacidad auditiva y cuáles son sus limitaciones en su entorno social, físico y psicológico. Posteriormente se aborda el tema de la sexualidad en esta población, los mitos que giran en torno a la misma y se exponen también, sus derechos sexuales. Se muestran los datos estadísticos sobre la prevalencia de ITS, VIH Sida y embarazos no deseados, y finalmente se presentan datos sobre algunos estudios que se han realizado en esta población, todos relacionados a la conducta sexual de riesgo.

2.1. Definición de discapacidad auditiva

De acuerdo con la OMS (2019e) la discapacidad es un término general que abarca las deficiencias que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad que son las dificultades para ejecutar acciones o tareas y las restricciones de la participación, que se refiere a los problemas para participar en situaciones vitales. Por lo tanto, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.

Aunado a lo anterior, la discapacidad auditiva se refiere a la dificultad que presentan algunas personas para participar en actividades cotidianas, que se manifiesta como consecuencia de la dificultad para percibir, a través de la audición, los sonidos del ambiente, y dependiendo del grado de pérdida auditiva, los sonidos del lenguaje oral. Así mismo las barreras presentes en el contexto en

el que se desenvuelve la persona tienen un papel importante en la percepción de los sonidos; como pueden ser la cercanía o distancia de las fuentes auditivas (si los sonidos son débiles o distantes se presentará dificultad para su discriminación). También la interferencia de sonidos de distinto tipo es una barrera porque cuando los lugares presentan mucho ruido ambiental se tendrán dificultades para captar los mensajes; otra barrera es la dificultad asociada al lenguaje oral o escrito, es decir; si una persona posee una pérdida auditiva severa o profunda y su forma de comunicarse es por medio del lenguaje oral y/o no se le mira al hablar al emisor, se verá afectada su comprensión generalizada de lo que ocurre en el contexto. Esta definición hace notar que el déficit auditivo no depende únicamente de las características físicas o biológicas del individuo, sino que es una condición que surge como producto de la interacción entre el sujeto y su contexto ambiental desfavorable (División de Educación General del Ministerio de Educación de Chile [MINEDUC], 2007).

De acuerdo con la OMS (2019f) 466 millones de personas padece pérdida de audición discapacitante, entre ellos 432 millones corresponde a adultos y 34 millones de niños. La pérdida de audición se clasifica en tres niveles; leve, moderada, grave o profunda y puede afectar a uno o ambos oídos. Dependiendo del nivel de pérdida auditiva, se tendrán ciertas dificultades para oír una conversación o sonidos fuertes, en este caso, las personas cuya pérdida de audición es entre leve y grave, por lo general se comunican mediante la palabra y pueden utilizar audífonos, implantes cocleares y otros dispositivos, así como los subtítulos. Para las personas con una pérdida de audición moderada pueden ser útiles los implantes cocleares, mientras que para las personas que suelen padecer una pérdida de audición profunda —lo que significa que oyen muy poco o nada— su modo de comunicarse puede variar dependiendo la edad que en la que perdieron la audición.

Las causas de pérdida de audición y sordera pueden ser congénitas o adquiridas; las causas congénitas pueden determinar la pérdida de audición en el momento

del nacimiento o poco después y puede deberse a factores hereditarios y no hereditarios, o a complicaciones durante el embarazo y el parto, entre ellas: rubéola materna, sífilis u otras infecciones durante el embarazo; bajo peso al nacer; asfixia del parto (falta de oxígeno en el momento del parto); uso inadecuado de ciertos medicamentos como aminoglucósidos, medicamentos citotóxicos, antipalúdicos y diuréticos; ictericia grave durante el período neonatal, que puede lesionar el nervio auditivo del recién nacido (OMS, 2019f).

Asimismo, las causas adquiridas pueden provocar la pérdida de audición a cualquier edad y puede deberse a algunas enfermedades infecciosas, como la meningitis, el sarampión y la parotiditis; la infección crónica del oído; la presencia de líquido en el oído (otitis media); el uso de algunos medicamentos, como los empleados para tratar las infecciones neonatales, el paludismo, la tuberculosis farmacorresistente y distintos tipos de cáncer; los traumatismos craneoencefálicos o de los oídos; la exposición al ruido excesivo, por ejemplo en entornos laborales en los que se trabaja con maquinaria ruidosa o se producen explosiones; la exposición a sonidos muy elevados durante actividades recreativas, como el uso de aparatos de audio personales a un volumen elevado durante períodos prolongados de tiempo, o en bares, discotecas, conciertos y acontecimientos deportivos; el envejecimiento, en concreto la degeneración de las células sensoriales; y la obstrucción del conducto auditivo producida por cerumen o cuerpos extraños; en los niños, la otitis media crónica es una causa común de pérdida de audición (OMS, 2019f).

En la Guía didáctica para la inclusión en educación inicial y básica se menciona que la audición implica oír y comprender lo que se dice, y resulta indispensable para la comunicación oral (Consejo Nacional de Fomento Educativo [CONAFE], 2010), además se explica el funcionamiento del órgano de la audición —el oído— que transforma las ondas sonoras del exterior, las amplifica y las convierte en energía bioeléctrica para que el cerebro las procese y entienda. El oído se integra por tres partes:

“Oído externo: Está formado por la oreja y el conducto auditivo externo, el cual funciona como un embudo que conduce el sonido hacia adentro. La oreja localiza el sonido y ayuda a identificar si un sonido proviene de arriba o de abajo, del lado derecho o del lado izquierdo. El límite entre el conducto auditivo externo y el oído medio es la membrana timpánica o tímpano; cuando las ondas sonoras llegan al tímpano lo hacen vibrar.

Oído medio: Es una pequeña cavidad, del tamaño de un chicharo o una goma de lápiz, con tres huesecillos: el martillo, el yunque y el estribo. La función de estos huesecillos es amplificar y transmitir las vibraciones mecánicas del tímpano al oído interno.

Oído interno: En él se encuentra la cóclea, que tiene forma de caracol, y contiene líquidos y unas pequeñas vellosidades. El sistema coclear transforma las ondas mecánicas en energía bioeléctrica que es conducida por el nervio auditivo hasta el cerebro, donde se reconoce el sonido” p.16 (CONAFE, 2010).

Por lo tanto, “la audición es un proceso complejo, en donde las vibraciones sonoras que se introducen por el conducto auditivo externo chocan con el tímpano y producen movimientos en la membrana timpánica, que las transfiere a los tres huesecillos del oído medio (el martillo, el yunque y el estribo). Cuando el estribo se mueve, los líquidos del oído interno también se mueven, y así comienza el proceso para estimular a las células sensoriales que transforman el sonido en electricidad. Luego el nervio auditivo transporta esa energía al cerebro permitiendo que escuchemos. Asimismo, los sonidos presentan dos características fundamentales: *intensidad o volumen*; que permiten definir qué tan fuerte o suave es un sonido y *frecuencia o tono*; que es la medida que se refiere al tono de un sonido, por ejemplo, sonidos fuertes y graves, bajos y graves o bajos y agudos” (CONAFE, 2010, p.17).

La pérdida auditiva es la incapacidad para recibir adecuadamente los estímulos auditivos del medio ambiente y desde el punto de vista médico-fisiológico, la pérdida auditiva consiste en la disminución de la capacidad de oír; la persona afectada no sólo escucha menos, sino que percibe el sonido de forma irregular y distorsionada, lo que limita sus posibilidades para procesar debidamente la información auditiva de acuerdo con el tipo y grado de pérdida auditiva (Romero & Nasielske, 2002; en CONAFE, 2010, p. 18). Esto repercute en el desarrollo de las habilidades del pensamiento, del habla y del lenguaje; también en la conducta, el desarrollo social y emocional, y el desempeño escolar y laboral. El grado de pérdida se especifica de acuerdo con el umbral de intensidad que una persona escucha; se mide en términos de qué tan fuerte debe ser el sonido para escucharlo, y la unidad de medida es el decibelio (dB). A continuación, se presenta la clasificación de grados de la pérdida auditiva, las posibles causas, qué sonidos se perciben de acuerdo con el grado de pérdida y las posibles consecuencias de dicha pérdida auditiva.

Tabla 1.

Clasificación de grados de la pérdida auditiva de acuerdo con su severidad.

Grado de pérdida	Clasificación	Causa posible	Cómo se escucha según el grado de pérdida	Posibles consecuencias de la pérdida (si no se recibe tratamiento)
0-15 dB	Normal		Todos los sonidos del lenguaje y ambientales	Ninguna
15-20 dB	Ligera	Pérdida auditiva de tipo conductivo y algunas neurosensoriales	Las vocales se escuchan con claridad, pero se pueden dejar de oír algunas consonantes en contextos ruidosos	Ligeros problemas en la adquisición del lenguaje.
25-30 dB	Media	Pérdida auditiva de tipo conductivo y neurosensorial.	Sólo algunos sonidos del habla emitidos en voz alta.	Ligero retardo del lenguaje, problemas para comprender lenguaje en ambientes

Grado de pérdida	Clasificación	Causa posible	Cómo se escucha según el grado de pérdida	Posibles consecuencias de la pérdida (si no se recibe tratamiento)
				ruidosos e inatención.
30-50 dB	Moderada	Pérdida auditiva de tipo conductivo con desórdenes crónicos en oído medio; pérdidas neurosensoriales.	Casi ningún sonido del habla a una intensidad de conversación normal.	Problemas del habla, retardo del lenguaje, problemas en el aprendizaje e inatención.
71-90 dB	Severa	Pérdidas neurosensoriales mixtas y combinación de disfunción de oído medio e interno.	Ningún sonido del habla a una intensidad de conversación normal.	Problemas severos del habla, retraso del lenguaje, y problemas en el aprendizaje y la atención.
91-119 dB	Profunda	Pérdidas neurosensoriales mixtas y combinación de disfunción de oído medio e interno.	No se oyen sonidos ambientales ni del habla.	Problemas severos del habla, serias dificultades para el desarrollo adecuado y natural del lenguaje oral, problemas en el aprendizaje e inatención.

Nota: Información tomada del Consejo Nacional de Fomento Educativo (2010) y de Bureau International d'Audiophonologie (BIAP, 1997).

2.2. Comunidad Sorda

Considerando las causas que dan como resultado una pérdida auditiva, una de las principales consecuencias de ésta es la limitación de la capacidad de la persona para comunicarse con los demás (OMS, 2019f) y dificulta su desarrollo educativo, profesional y humano, por lo que sus oportunidades de inclusión se ven afectadas, es por ello que las personas sordas han desarrollado su propia forma de comunicación —la Lengua de Señas Mexicana— y aunque permite que puedan comunicarse entre su comunidad, no es posible comunicarse fácilmente con personas oyentes que desconocen la lengua de señas (Consejo Nacional

para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad [CONADIS], 2016).

La Lengua de Señas Mexicana (LSM), es la lengua que utilizan las personas sordas en México y, como toda lengua, posee su propia sintaxis, gramática y léxico. Además, se compone de signos visuales con estructura lingüística propia y para quienes han nacido sordos o han quedado sordos desde la infancia o la juventud, ésta es la lengua en que articulan sus pensamientos y sus emociones (CONADIS, 2016). La LSM, consiste en una serie de señas visogestuales articulados con las manos y acompañados de expresiones faciales, mirada intencional y movimiento corporal, dotados de función lingüística, forma parte del patrimonio lingüístico de dicha comunidad y es tan rica y compleja en gramática y vocabulario como cualquier lengua oral. Además, existen algunas variaciones de acuerdo con las regiones geográficas del país y es diferente al español por el orden de las palabras y en el uso de los verbos (CONADIS, 2019).

La Federación Mundial de Sordos es enfática en indicar a este respecto, que la Lengua de Señas es un importante símbolo de identidad y al mismo tiempo patrimonio cultural; que evidencia una comunidad, con valores y costumbres propios, que conforman la cultura sorda. La Persona Sorda es quien se mueve visualmente en el mundo, que desarrolla como lengua natural la Lengua de Señas y que forma parte de una cultura (MINEDUC, 2007, p. 7). Existe el acuerdo general de que, en este caso, la palabra Sordo o Sorda se escribe con mayúscula para su identificación como miembro de una comunidad de sordos, quienes comparten características comunes y utilizan la lengua de señas como lengua materna (Secretaría de Educación Pública [SEP], 2012).

Siré (2017) menciona que existen mitos que giran en torno a las personas sordas, uno de ellos es que muchas personas consideran que las personas sordas son sordomudas, aunque dicho término es considerado despectivo y menospreciante para los sordos porque —el ser sordo— no implica que la persona tenga un

problema en el aparato fonador. Es por ello, por lo que se tiende a pensar erróneamente que las personas sordas son mudas, porque al no poder captar sonido para repetirlo, tienden a no hablar “correctamente” la lengua oral de la comunidad oyente. Por lo tanto, las personas sordas no son mudas, no tienen problemas en su aparato fonador y si hablan una lengua, la Lengua de Señas.

Aunado a lo anterior, se reconocen tres grupos de sordos: los sordos señantes, los hablantes y los semilingües; las personas Sordas señantes son todas aquellas cuya forma prioritaria de comunicación e identidad social se define en torno a la cultura de una comunidad de sordos y al uso de la lengua de señas como primera lengua. Las personas sordas hablantes son todas aquellas que asumen la lengua oral como su primera lengua, sin importar cómo o cuándo hayan quedado sordas y aunque no pueden sostener un diálogo en dicha lengua se esmeran por mantener su vida e identidad social cultural dentro de su comunidad originaria (la de los oyentes). Las personas sordas semilingües son todas aquellas que no han desarrollado a plenitud ninguna lengua, debido a que quedaron sordas antes de consolidar una primera lengua oral y a que no han tenido acceso al aprendizaje de una lengua de señas (Fridman, 2012; en SEP, 2012, p.27).

Es importante mencionar que cada país y comunidad lingüística tienen su propia lengua y no todas las personas sordas hablan la misma Lengua de Señas. Existe otro mito que sostiene que la lengua de señas es internacional y no es así, cada país y cada comunidad de sordos tiene su propia Lengua de Señas e inclusive en un mismo país pueden coexistir diferentes Lenguas de Señas. Empero, es importante aclarar que existe un Sistema de Signos Internacional (SSI) que, aunque no es una lengua, sino un sistema de comunicación, la utilizan personas que no comparten un mismo código lingüístico. Gracias a este sistema, las personas señantes pueden comunicarse y entenderse, independientemente de su procedencia. El SSI se usa particularmente en congresos de la Federación Mundial de Sordos y en mensajes destinados a las personas sordas de todo el mundo: tiene un léxico básico y limitado, es una especie de código simplificado

que permite una comunicación lingüística breve y que no presenta rodeos innecesarios, con estructuras simples y construidas mediante convenciones, entre los grupos que lo usan (Siré, 2017).

De acuerdo con Paz y Salamanca (2009) la mayoría de las personas que pertenecen a la comunidad Sorda desde la infancia, y la otra parte se incorpora en la edad adulta. Dicha comunidad tiene características propias que les permite relacionarse con los otros de una manera distinta a como lo hace la comunidad oyente; también tienen una serie de costumbres y valores surgidos de su condición visual, como la manera de saludarse, de despedirse, de felicitar y de aplaudir, entre otras. En su interacción social, tienen sus propias reglas; conformando clubes y asociaciones donde comparten sus intereses, gustos, necesidades y en los cuales se permiten ser y expresarse en toda su dimensión, además, no les gusta ser referidos por la sociedad por lo que no son; es decir; no les gusta ser referidos como impedidos auditivos o discapacitados.

Por otra parte, la comunidad Sorda no es un grupo racial, la gran mayoría de ellos no están unidos por lazos sanguíneos, pero la relación que establecen entre ellos llega a ser tan fuerte que para muchos su comunidad se convierte en su segunda familia, por lo que participar y pertenecer a ella pasa a ser una necesidad y una prioridad (Paz & Salamanca, 2009). Aunado a lo anterior se puede decir, desde una visión antropológica, que los Sordos son un grupo étnico, ya que dicho grupo puede definirse como un grupo organizacional, por lo que estos grupos son entendibles como categorías de autoadscripción y de adscripción por otros, que organizan la interacción entre individuos y dentro de los cuales la cultura es más un resultado que una causa de la organización étnica (Barth, 1976; citado en Paz & Salamanca, 2009).

En su forma de socializar, dentro de la comunidad, se encuentran con sus pares y pueden tener una relación igualitaria y organizarse para vivir en sociedad de acuerdo con sus propias normas. Dentro de la identificación e incorporación a la

sociedad, es preciso mencionar que aproximadamente entre el 90% y 95% de los sordos tienen padres oyentes, por lo que gran parte de su niñez se ven obligados a vivir inmersos en una cultura ajena. Generalmente al llegar a la adolescencia es cuando comienzan a relacionarse con otros sordos, comienzan a identificarse con ellos y deciden incorporarse a la comunidad (Paz & Salamanca, 2009).

Aunado a lo anterior, pareciera que incorporarse a un grupo es algo sencillo, pero a veces no es así debido a que, en su mayoría, los Sordos son hijos de padres oyentes. Paz y Salamanca (2009) realizaron un estudio con el objetivo de conocer los elementos que conforman la Cultura Sorda en la Región Metropolitana de Chile desde un enfoque cualitativo/interpretativo, realizaron entrevistas a profundidad a 10 Sordos, cinco mujeres y cinco hombres, entre 18 y 65 años de edad pertenecientes a dos Asociaciones. Dentro de su análisis, encontraron que la Lengua de Señas debe permitirse desde el nacimiento, ya que, para aquellos Sordos de padres oyentes, el nivel de fluidez y competencia, sólo se logra cuando se integran a la de comunidad de Sordos. Asimismo, la LS debe ser aceptada por la familia y la comunidad en general, ya que aceptar y reconocer que la Lengua de Señas es la lengua natural de las personas Sordas no es fácil para sus padres y familiares, incluso algunos de ellos nunca llegan a aceptarla, prohibiéndola en sus hogares y no permitiendo el encuentro de su hijo o hija con un par Sordo, resultando un proceso largo, difícil y doloroso. A aquellos provenientes de familias oyentes, sus padres les prohibían usar las señas y los obligaban a usar la voz para comunicarse, esta exigencia llegaba incluso en algunas ocasiones al maltrato físico. Finalmente, concluyen que la mayoría de los Sordos son una comunidad con valores sociales y culturales propios, oprimida que comparte características que poseen todos aquellos pueblos oprimidos. Dentro de sus valores se pueden rescatar la identidad, ayuda mutua, decisión grupal, reciprocidad, informalidad, el contacto físico, la unidad de grupo, la endogamia y el tener un hijo Sordo. Otro valor importante lo constituye la comunicación, ésta debe ser clara y sin barreras, donde el mirarse a los ojos es fundamental.

Además, la escuela juega un rol fundamental como vehículo de transmisión cultural.

2.3. Educación sexual de jóvenes sordos

Tanto la familia como la escuela y los centros de salud juegan un papel fundamental en la educación sexual de las personas sordas. En algunos estudios realizados con jóvenes sin discapacidad se ha encontrado que la comunicación entre padres e hijos sobre sexualidad favorece positivamente el cuidado de su salud sexual (Bárcena, Guevara, & Álvarez, 2017; Robles & Díaz-Lovig, 2011). Sin embargo, en otros estudios se ha visto que los temas que se abordan entre padres e hijos se enfocan en el temor hacia los embarazos no deseados y a las ITS, pero poco se habla sobre las experiencias sexuales (Kajula, Sheon, De Vries, Kaaya, & Aaro, 2014). Jones (2010) refiere que la comunicación sobre temas de sexualidad se da principalmente con las madres de los adolescentes y se basa en un discurso de valores y reglas que transmite una orientación moral para la actividad sexual. Respecto a la comodidad para hablar de sexualidad con el padre o la madre se ha identificado que, desde la perspectiva de los adolescentes, en el caso de los padres se presentan mayores niveles de incomodidad que en el de las madres (Bárcena, Robles, & Díaz-Loving, 2013).

Bárcena et al. (2017) realizaron un estudio con el objetivo de conocer cómo intervienen las características sociodemográficas de padres e hijos con discapacidad en la forma en que se comunican y los temas de sexualidad que abordan. Participaron 172 padres, cuyos hijos eran jóvenes o adolescentes con alguna discapacidad (intelectual, auditiva, visual, motriz o múltiple), 81.3% de los participantes fueron mujeres y su edad promedio fue de 45 años. Se recabaron los datos por medio de un instrumento de autoinforme, que permitió obtener información sobre datos sociodemográficos de los padres y de sus hijos, así como de la forma en que se comunican y los temas de sexualidad que abordan. Los resultados indicaron que los padres conversan sobre un mayor número de temas

de sexualidad cuando se comunican de forma verbal o mediante LSM y cuando tienen solo un hijo. En cuanto a las características de los jóvenes que intervinieron sobre la comunicación fueron: nivel de estudios, habilidades conductuales desarrolladas, tipo de discapacidad y origen de esta. Los autores concluyen que es importante brindar una atención especializada a los jóvenes con discapacidad, sin tomar en cuenta su tipo y origen, para que puedan adquirir más habilidades que les permita ser independientes y autónomos. Del mismo modo los padres necesitan generar estrategias que los guíen para comprender el desarrollo sexual de sus hijos y llevar a cabo una comunicación sobre temas de sexualidad, además de abordar aquellas dirigidas a la prevención del abuso sexual, temas sobre la responsabilidad de su sexualidad, aunque resulte ser un tema difícil para los padres.

Lo anterior permite valorar el papel de los padres en la educación sexual de sus hijos con alguna discapacidad, en este sentido resulta imprescindible romper con los mitos que siguen presentes en la sociedad sobre la sexualidad en personas con algún tipo de discapacidad, ya que se piensa que estas personas no tienen deseos o necesidades sexuales, por lo que no requieren ejercer su sexualidad, así que la educación sobre estos temas es limitada (Bárcena et al., 2017). Además, en los servicios de salud, rara vez se les incluye en los programas de prevención y de difusión de información de salud sexual y reproductiva, porque a menudo no se proporcionan formatos que sean accesibles según el tipo de discapacidad (Wilson & Monaghan, 2006; citado en Mprah, 2013), tal como Braille, letra grande, lenguaje sencillo, cuadros y la lengua de señas, privando de este modo el acceso a aquellos con discapacidad visual, auditiva e intelectual. Así mismo, los bajos niveles de alfabetización entre las personas con discapacidad en los países en desarrollo han limitado la educación formal y el acceso a la educación sexual en las escuelas, por lo tanto, carecen de conocimientos adecuados sobre su salud (Groce, 2004, citado en Mprah, 2013).

Es por ello que la exclusión que se hace hacia las personas con alguna discapacidad es más común de lo que se piensa, y es que normalmente, los programas de intervención, campañas, y demás, están más dirigidos a individuos que no presentan ninguna dificultad, ya sea visual, auditiva, motora, intelectual, etc., en donde evidentemente, el modelo de comunicación cambia y con ello, su forma de recibir y evocar información sobre temas diversos (Angarita & Calzada, 2015). En este sentido, se han hecho esfuerzos por promover los derechos sexuales en las personas con discapacidad, ya que la situación que enfrentan — principalmente las mujeres — han sido discriminatorias y excluyentes de todo derecho en diversas ocasiones. La desigualdad de oportunidades que viven a diario los afecta de forma inimaginable — y a causa de la cultura de género— muchas de ellas han aprendido a que otras personas decidan sobre su cuerpo, lo que ha propiciado situaciones de violencia física, psicológica y sexual. Por este motivo, se han desarrollado acciones que fortalecen, sin excepción, una política donde todas las personas puedan gozar de forma libre sus derechos sexuales (Instituto Nacional de las Mujeres, 2017). De este modo, el Instituto Nacional de las Mujeres (2017), ha elaborado la Cartilla de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las Personas con Discapacidad, en la siguiente tabla se muestran dichos derechos:

Tabla 2.
Derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas con discapacidad

1	Derecho a una vida libre de discriminación
2	Derecho a la igualdad entre mujeres y hombres
3	Derecho a la autonomía, a la integridad y a una vida libre de violencia
4	Derecho a la libertad, autodeterminación y libre desarrollo de la personalidad
5	Derecho a manifestar la identidad sexual, la expresión e identidad de género, la orientación y preferencia sexual de forma libre y autónoma
6	Derecho a la educación integral de la sexualidad en lenguas, lenguajes y con recursos acordes a las necesidades de las personas con discapacidad y sus familias
7	Derecho a la información científica sobre sexualidad, en lenguas, sistemas, formato y tecnologías acordes a los requerimientos de las personas con discapacidad

8	Derecho al respeto de la intimidad y la privacidad sexual
9	Derecho al ejercicio libre, placentero e informado de la sexualidad.
10	Derecho a la atención de la salud sexual y salud reproductiva acorde a los requerimientos específicos de las personas con discapacidad.
11	Derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el ejercicio de la maternidad, la paternidad, la adopción y reproducción asistida
12	Derecho a establecer relaciones afectivas y sexuales, al noviazgo y a elegir su estado civil, así como la expresión pública y privada de los afectos
13	Derecho a la participación, consulta e incidencia en las políticas públicas sobre salud, sexualidad, reproducción y bienestar

Nota: Tomado de la “Cartilla de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las Personas con Discapacidad”, por INMUJERES, 2017.

Aunque diversos sectores del Gobierno, como el de Salud, se han dedicado a promover que las personas con discapacidad también tienen derecho a ejercer su sexualidad, la realidad es que las condiciones en las que viven —la desigualdad y la falta de oportunidades— han propiciado que no se respeten sus derechos humanos, y aún en la actualidad, siguen existiendo prejuicios y etiquetas que la sociedad utiliza para referirse a ellos, lo cual les impide vivir en igualdad de derechos (Instituto Nacional de las Mujeres, 2018).

Al respecto, Valdés (2015) menciona que con frecuencia las personas con discapacidad se ven afectadas por la discriminación social, especialmente en el caso de las mujeres con discapacidad, pues suelen no responder a roles y estereotipos de género, que a diferencia de las mujeres en general —sin discapacidad aparente— que se les presiona para formar una familia, tener hijos y responsabilizarse de ellos, a las mujeres con discapacidad se les niega este derecho. Cuando la discapacidad es más evidente o limitante, es más probable que se les niegue el derecho de reconocer su propia sexualidad, de formar una familia, casarse o unirse a una pareja para tener hijos o adoptarlos, al contrario de otras mujeres que no tienen discapacidad, adicionalmente se les suelen desanimar para no tener hijos, e incluso en algunos casos, se les practica una esterilización sin su consentimiento, ya que no se les considera aptas para cuidar hijos y además educarlos.

Por otra parte, existen mitos en torno a la sexualidad y conducta sexual de las personas con discapacidad, uno de ellos es que se les suelen considerar como seres asexuados (Valdés, 2015), otro sería que no se desarrollan sexualmente de manera normal y que no necesitan ejercer su sexualidad, por lo que no es necesaria la educación sexual para estas personas; por tal motivo, se evita hablar de sexualidad o no se les permite que reciban educación al respecto, pensando que si no saben sobre esos temas, no se van a dar cuenta de que existe.

Sin embargo, estas ideas a pesar de no estar fundamentadas perduran en los padres y en la sociedad y limitan el acceso de las personas con discapacidad a la educación sexual y a los servicios de salud, por ello, es imprescindible hacer a un lado los mitos y ponerse en el lugar de que, por ser todos seres humanos, se tienen deseos y necesidades, que en cuanto a la sexualidad resultan ser las mismas. En lo que respecta a la maduración del cuerpo, las personas con discapacidad desarrollan sus órganos sexuales acorde a la edad de maduración como las personas sin discapacidad, los cambios hormonales y emocionales también se dan de forma puntual en la adolescencia, por lo tanto, si tienen un desarrollo sexual. Asimismo, se trata de un tema que los padres en primera instancia deberían comprender, no obstante, la realidad resulta ser contraria, ya que algunos estudios han reportado que un alto nivel de riesgo se relaciona con las barreras familiares que limitan el desarrollo de las personas con discapacidad y con la escasa comunicación sobre sexualidad que se establece con los padres (Bárcena et al., 2017).

Las personas con discapacidad auditiva se enfrentan con diversas barreras de comunicación cuando acuden a solicitar atención en salud. Oyedunni, Musibau, Nathanael y Onyekwere (2013) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar las experiencias de las niñas con discapacidad auditiva en acceder a los servicios de salud reproductiva. Participaron 167 niñas con discapacidad auditiva que acudieron a un centro de salud. Encontraron que el 95% alguna vez visitó el

centro de salud por problemas de salud reproductiva, de estos casos, el 6.2% y el 4.6% fueron para el tratamiento de ITS y terminación del embarazo, respectivamente. El 36.7% reportó sentirse avergonzada por hacer preguntas en presencia de un intérprete, también un 85.6% dijo que usarían los servicios si estos fueran amigables considerando el deterioro de la audición. Con relación a los resultados, concluyen que es necesaria la disponibilidad de intérpretes certificados que garanticen la confidencialidad para que esta población acuda a recibir atención médica y que se incluya la capacitación del personal de salud implementando un trabajo multidisciplinario que permita brindar la atención que esperan las personas con discapacidad auditiva.

Como se ha expuesto anteriormente, existen barreras y limitaciones para que se brinde una adecuada educación sexual en adolescentes y jóvenes Sordos. Castillo (2010) señala que estas personas se enfrentan constantemente a un sinnúmero de barreras para poder expresar apropiadamente su sexualidad, y es necesario recibir consejos particulares, ya que cada caso tiene particularidades muy diferentes a los que usualmente se brindan a la población común.

2.4 Estudios sobre salud sexual de jóvenes sordos

La investigación que aborda la prevención de problemas que afectan la salud sexual de jóvenes sordos es muy escasa. Entre los pocos estudios se encuentra el reportado recientemente por Robles y Guevara (2017), quienes realizaron un estudio con el objetivo de realizar un análisis descriptivo de variables sociodemográficas, familiares y de prácticas de riesgo y de abuso sexual en una muestra de jóvenes con discapacidad auditiva o visual, examinando las diferencias en función del sexo y tipo de discapacidad. Los participantes fueron 174 jóvenes con discapacidad auditiva (DA) y 64 con discapacidad visual (DV) de 10 instituciones educativas y cuatro centros deportivos de la zona metropolitana de la Ciudad de México que atienden a personas con discapacidad. Se formaron dos grupos homogéneos tomando en cuenta el sexo y tipo de discapacidad; 64

jóvenes con DA que fuera semejante al grupo con DV en el número de hombres y mujeres y en la edad de los participantes, quedando una muestra conformada por 128 jóvenes (64 con DA y 64 con DV); la mayoría eran solteros y vivían con uno o ambos padres; el 30,4% eran estudiantes de secundaria, el 45,6% de preparatoria y el 10,4% de educación superior, mientras que el 1,6% se dedicaba a otras actividades u oficios, y el 4% carecía de estudios; el 34,2% trabajaba en el momento en que se aplicaron los instrumentos.

Los instrumentos aplicados evaluaron datos sociodemográficos, familiares y de abuso sexual que fueron contruidos y adaptados lingüísticamente para ser respondidos en papel por jóvenes con discapacidad auditiva o visual. Los resultados encontrados correspondientes a los datos familiares de los jóvenes, indicó que los padres tenían entre 41 y 60 años, con secundaria como nivel máximo de estudios y contaban con un trabajo remunerado. En el caso de las madres, tenían entre 41 y 50 años, un nivel de escolaridad de primaria y secundaria, y también contaban con un trabajo remunerado.

En cuanto al comportamiento sexual, los resultados muestran que más de la mitad de la muestra había tenido relaciones coitales, y tuvo su primer coito antes de los 18 años, la mayoría lo tuvo con su novio(a) o un amigo(a), aunque se reportaron siete casos en los que un familiar o una persona desconocida fue con quién se tuvo este primer encuentro, siendo el hotel el lugar más frecuente del primer coito. También más de la mitad de los jóvenes sexualmente activos no planificaron su primer encuentro sexual y el 41,9% no usó ningún método anticonceptivo. Entre quienes sí lo hicieron, el preservativo fue el método más utilizado.

En cuanto a la comparación por tipo de discapacidad, primer coito y su planificación, se encontró una mayor proporción de jóvenes con DV que ya habían tenido su primer coito (70,3%) y que no lo planificaron (69,8%), en comparación con los jóvenes con DA (53,1% y 26,7%, respectivamente). Se encontró, además,

que en el grupo de jóvenes con DV, que quienes sí lo planificaron también usaron condón, o bien que quienes no lo planificaron no lo utilizaron. Asimismo, una proporción mayor en los hombres (69,4%) que en las mujeres (42,9%) utilizó un método anticonceptivo, siendo el preservativo el método más utilizado por los hombres (63,9%), comparados con las mujeres (29,4%). Respecto al comportamiento posterior a la primera relación coital, se encontró que el 45,6% (n=31) sólo había tenido una pareja sexual, el 20,6% (n=14) dos parejas y el 33,8% (n=23) tres o más parejas.

En relación con la frecuencia de las relaciones coitales en toda la vida, se encontró que el 35,6% tuvo entre 2 y 7 y el 22% más de 20 relaciones coitales. El uso del preservativo en dichas relaciones fue menos frecuente, ya que el 12,9% no lo usó en ninguna de sus relaciones, el 16,1% lo usó sólo una vez, el 25,8% entre 2 y 4 veces, el 9,7% entre 5 y 7 veces, el 6,5% entre 8 y 10 veces, el 6,5% entre 11 y 15 veces y el 22,6% más de 16 veces. El 17,9% de los participantes tuvo relaciones coitales con personas de su mismo sexo, el 50,8% tuvo relaciones coitales con parejas ocasionales y el 59,7% nunca usó el preservativo en dichas relaciones. Sólo en esta última variable se encontraron diferencias significativas por tipo de discapacidad, ya que el 73,7% de los jóvenes con DA reportó nunca haber tenido relaciones coitales con parejas ocasionales, mientras que el 61,4% de los jóvenes con DV reportó haber tenido al menos una relación con este tipo de pareja.

En cuanto al abuso sexual, una cantidad considerable de participantes tuvieron su primera relación coital forzada y, aunque en menor proporción, también tuvieron al menos una relación forzada después de su primer coito. A un número importante de los participantes los han obligado a tocar sus genitales y los de otra persona, y los han obligado a quitarse la ropa para verlos desnudos, en todos los casos las frecuencias fueron mayores en las mujeres que en los varones. Por otra parte, se encontró que el 27,5% (n=19) de los jóvenes sexualmente activos reportó haber tenido un embarazo, el 14,1% (n=9) un aborto y el 5,6% (n=7) alguna ITS, aunque

el 75,6% señaló que nunca se había realizado una prueba para identificar la presencia de alguna ITS.

En factores familiares asociados con comportamiento sexual, abuso sexual y reporte de VIH, ITS, embarazo y aborto se encontró que el uso de algún método anticonceptivo (MA) en el primer coito se asoció con la variable “vive tu papá” y con el tipo de discapacidad del padre y de la madre. Las frecuencias fueron más altas en quienes sí tienen padre (63,8%) y en quienes el padre (71,1%) o la madre (65%) no tiene discapacidad, comparados con los jóvenes que no tienen padre (36,2%) y en quienes el padre (55,6%) o la madre (40%) tiene alguna discapacidad. El tipo de MA utilizado en el primer coito se asoció con el tipo de discapacidad del padre. La frecuencia del preservativo como MA utilizado fue más alta en los jóvenes cuyos padres no tienen discapacidad (59,1%), que en aquellos cuyos padres tienen discapacidad visual (55,6%). Respecto a los indicadores de abuso sexual se encontró que la variable “vive tu papá” se asoció significativamente con “alguien ha tocado tus genitales sin que tú quieras” y con “alguien te ha obligado a tocar sus genitales”, con frecuencias más altas observadas en quienes no tienen padre (30% y 20%, respectivamente), comparados con quienes sí lo tienen (12,4% y 4,7%, respectivamente). En el mismo sentido, se encontraron frecuencias significativamente más altas de embarazo en jóvenes que no tienen padre (52,9%), comparados con quienes sí lo tienen (19,2%).

Finalmente, el nivel de estudios de la madre y la situación laboral del padre se asociaron con el reporte de ITS, con frecuencias más altas en los jóvenes cuyas madres tienen estudios de preparatoria (23,5%) que en madres con estudios universitarios (15,4%). Los autores concluyen que los jóvenes con discapacidad auditiva o visual mantienen una vida sexual activa con un perfil de comportamiento sexual de riesgo que se distingue por el inicio temprano de relaciones coitales, falta de planificación de su primer coito, no usar el preservativo en sus relaciones coitales y haber sufrido algún tipo de abuso sexual.

También destacan que el porcentaje de jóvenes que han iniciado su vida sexual es de alrededor del 23%, con mayor número de hombres que de mujeres y en ambas poblaciones, las mujeres se protegen menos que los hombres.

Los autores comentan al respecto que, es muy probable que este perfil de riesgo (embarazos) que caracterizó a los jóvenes con DA y DV de su estudio se deba a las serias dificultades que tienen estos jóvenes para comunicarse con la población general y para acceder a la información que podría proveerles de educación sexual. Por lo que puede decirse que los jóvenes con DV están en mayor riesgo que los que tienen DA porque en los primeros es mayor la frecuencia de quienes ya tienen experiencia coital, menor la frecuencia de quienes no planificaron su primer coito y mayor la frecuencia de relaciones coitales con parejas ocasionales sin usar el preservativo. Este patrón de riesgo de los jóvenes con DV se acompañó de ciertas características sociodemográficas de sus padres, tales como la edad (que rebasa los 50 años) y un menor nivel educativo de sus madres. Cabe señalar que, independientemente del sexo y tipo de discapacidad de los participantes, los factores familiares que se asociaron con conductas de riesgo fueron la ausencia del padre (no vive), su situación laboral, la presencia de discapacidad en ambos progenitores y el nivel de estudios de la madre, las personas con DA presentaron un perfil de riesgo alto atribuido a sus problemas de comunicación. Estos hallazgos evidencian la importancia que tienen los padres en el diseño de programas de intervención encaminados a prevenir problemas que afectan a la salud sexual de jóvenes con discapacidad auditiva o visual.

Por otro lado, es importante señalar que la conducta sexual de riesgo, como lo es no usar el condón en las relaciones sexuales, puede incrementar el riesgo de infección por el VIH/SIDA. Por ello, es imprescindible que el joven reciba educación sexual que le ayude a contrarrestar la influencia negativa del entorno y evitar las situaciones de riesgo (Osorio, Álvarez, Hernández, Sánchez, & Muñoz, 2017). De hecho, el VIH/SIDA es algo que afecta a toda la sociedad ya que, el ambiente en donde se encuentra dicha sociedad juega un papel importante para

la concepción de la persona Sorda y de sus limitaciones sobre información y educación sexual (Moinester, Gulley, & Watson, 2008).

En el caso de personas Sordas, México no cuenta con estudios que registren el número de personas infectadas con alguna ITS o VIH/Sida. Sin duda, se estima la cantidad de personas infectadas, pero no se desglosan las características de las personas que lo contraen, es decir, en el caso de las personas con discapacidad, qué porcentaje o qué cantidad de adolescentes y jóvenes con pérdida auditiva, se contagian. Sin embargo, en otros países como Estados Unidos sí se reportan estos datos. Moinester et al. (2008), por ejemplo, señalan que en dicho país existen entre veinte y veintidós millones de sordos e hipoacúsicos, y que de ellos aproximadamente un millón viven con VIH/ Sida, no obstante, desde el año 2005 el Centro para el Control de Enfermedades (CDC) de dicho país, no había publicado otras estimaciones epidemiológicas estadísticamente confiables sobre el alcance de la infección en las comunidades sordas e hipoacúsicas.

Moinester et al. (2008) analizaron algunos estudios en donde encontraron que estudiantes universitarios sordos eran sexualmente activos y a pesar de haber usado condón durante su encuentro sexual más reciente, la mayoría de ellos reportó tener la creencia de que tener una pareja sexual regular elimina la necesidad de usar anticonceptivos. Conjuntamente, se evaluó el conocimiento sobre temas sexuales y sólo respondieron correctamente a la mitad de las preguntas sobre la ovulación, el VIH, reproducción y efectividad de los diferentes métodos anticonceptivos. Dicha falta de conocimiento sobre temas de sexualidad demuestra que los jóvenes sordos con frecuencia desconocen o están mal informados sobre el VIH/ SIDA y cómo se transmite y previene. Adicionalmente, encontraron en otro estudio que los estudiantes de secundaria que son sordos también tienen un conocimiento básico extremadamente limitado sobre el VIH/SIDA y, tienden a desconocer qué comportamientos los ponen en riesgo de infección y tienen un conocimiento limitado de la prevención de la transmisión (Baker-Duncan et al., 1997; Job, 2004; citados en Moinester et al., 2008). Por

consiguiente, estos autores argumentan que la comunidad sorda no es un "grupo de riesgo ante el SIDA", sino que son una minoría que se ve afectada por muchos factores y barreras, que son el resultado de un entorno social, de actitudes y políticas discriminatorias que a pesar de tener la iniciativa de promover la prevención, sugieren la separación entre la comunidad Sorda y oyente, y de ese modo se sigue manteniendo la diferenciación entre comunidades que, sin el compromiso mutuo —tanto del sector de la salud pública como de la propia comunidad sorda— la infección por VIH entre las personas sordas e hipoacúsicas puede permanecer (Moinister et al., 2008). También debe considerarse que las personas con pérdida auditiva son más propensas a tener un nivel educativo y económico bajo (Houston, Lammers, & Svorny, 2010; citados en Anderson & Kobek, 2013).

Como ya se expuso en el capítulo anterior, los adolescentes oyentes son vulnerables al llevar a cabo conductas sexuales de riesgo, por consiguiente, las personas con alguna discapacidad serían más vulnerables y se podría decir que las prácticas sexuales sin protección, embarazos no deseados y abuso sexual son mayores en esta población (Bárcena et al., 2017). Teniendo en cuenta el tipo de discapacidad auditiva, los encargados de la Salud y educadores podrían brindar una atención especializada sobre temas de Salud Sexual, sin embargo, como mencionan Oyedunni et al. (2013), el proceso de comunicación se obstaculiza porque en el caso de los médicos, en sus citas recurren al reporte escrito, sin tomar en cuenta que la escritura en una persona con discapacidad auditiva es limitada en vocabulario, además la terminología médica utilizada en el ámbito de la atención sanitaria hace más difícil que se entienda el mensaje por ambas partes. Por lo que los proveedores de salud deben considerar el uso de apoyos visuales, así como la duración de la cita; la cual debe ampliarse para explicar a sus pacientes y de ser necesario recurrir a un intérprete de lengua de señas.

Considerando que la educación es deficiente en esta población, se vuelve aún más insuficiente en personas con alguna discapacidad, esto se debe a que se

piensa que estas personas no tienen necesidades sexuales, sin embargo, sí tienen deseos sexuales y tienen derecho a vivirlos plenamente, por lo tanto, también tienen derecho a recibir información que les permita cuidar su salud sexual. Además, se debe considerar que el conocimiento que pueden tener sobre temas de sexualidad es limitado, debido a que la información que reciben es casi nula o incorrecta y aunque ya hay programas televisivos con intérpretes en LSM, siguen siendo escasos y abordan información muy general y no específica de la población, en este sentido temas sobre sexualidad. Por tal motivo las personas Sordas reciben información de fuentes más cercanas, como familiares y amigos.

CAPÍTULO 3

VARIABLES ASOCIADAS AL USO DEL CONDÓN

En este capítulo se presenta la definición de las variables que se analizaron en este reporte de investigación, como son la Autoeficacia percibida para usar correctamente el condón e Intención de tener sexo y usar condón, del mismo modo se explica brevemente el modelo en el cual se basa dicho trabajo. También se muestran los resultados y conclusiones de algunos estudios que se han hecho en este ámbito en jóvenes oyentes, ya que el análisis de estas variables en personas con discapacidad auditiva aún es escaso.

De acuerdo con Bermúdez et al., (2009), algunas investigaciones que se han enfocado en el estudio de factores psicosociales asociados a conductas de riesgo para el VIH, no se basan en un modelo teórico, por lo que no argumentan las variables a investigar desde una postura teórica. Aunado a esto, dichos autores mencionan que es importante recurrir a un marco teórico cuando se trate de planificar este tipo de estudios. Dentro de los modelos existentes para llevar a cabo el análisis de conductas sexuales de riesgo, se encuentran; el modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales (IMB por sus siglas en inglés) de Fisher y Fisher (1992), la Teoría Cognitiva del Aprendizaje Social (Bandura, 1977) y la Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 1991). En tales modelos se han evaluado las variables de autoeficacia e intención, entre otras que se relacionan con el uso del condón.

A partir del modelo IMB (Fisher & Fisher, 1992), los autores mencionan que para que una conducta sea preventiva, se necesitan tres elementos; información, motivación y habilidades conductuales, de allí el nombre del modelo. En el primer elemento, la persona debe estar informada acerca de la conducta preventiva; en el segundo, se relaciona el hecho de que si la persona tiene información sobre la conducta que quiere prevenir, influirá en que esté motivada para realizar la

conducta; y en el tercer elemento, es necesario que la persona tenga habilidades conductuales para realizar dicha conducta.

Aunado a lo anterior, los autores refieren que, para predecir el uso del preservativo, el componente de información se relaciona con el grado de conocimiento que la persona tiene sobre prevención y transmisión del VIH; la motivación para asumir dicha conducta depende de las actitudes que tenga la persona hacia el VIH, el uso del preservativo y de su susceptibilidad percibida (Fisher et al., 1994; Fisher et al., 2002 en Bermúdez et al; 2009). A continuación, se definen las variables analizadas en este trabajo de acuerdo con su modelo y autor.

3.1. Autoeficacia percibida para el uso del condón

Desde la Teoría Cognitiva del Aprendizaje Social (Bandura, 1977), la autoeficacia se define como la creencia que tiene un ser humano de sí mismo de tener la capacidad de realizar una acción con el fin de alcanzar un logro o una meta, por lo que es un mediador importante de la conducta a realizar. Del mismo modo, este autor propone el Modelo de Autoeficacia para dar una explicación a la presencia de conductas preventivas. En dicho modelo se plantea que la conducta está mediada por un proceso de evaluación cognitiva, donde las personas integran conocimientos, expectativas de resultados, estados emocionales, influencias sociales y experiencias pasadas, de tal modo que idean una valoración de sus propias habilidades para afrontar una determinada situación. De tal forma que, el hecho de que una persona utilice el preservativo no sólo dependerá de los recursos que disponga para utilizarlo, sino también de la percepción que tenga de sí misma de ser capaz de controlar su propio comportamiento (Ballester et al., 2013).

En cuanto a la autoeficacia para la prevención de VIH, López-Rosales y Moral de la Rubia (2001) mencionan que se refiere a la percepción por parte del

adolescente para desarrollar una conducta sexual eficaz para prevenir el VIH/SIDA. Asimismo, estos autores señalan la existencia de cuatro factores que pueden incrementar la autoeficacia para que el adolescente desarrolle una conducta sexual eficaz para prevenir el VIH, como son las experiencias de éxito; en donde los éxitos incrementan las creencias de eficacia; el éxito vicario, en donde alguien más modela los logros; la persuasión social, en donde se da una retroalimentación específica del desempeño; y la reducción de la ansiedad, siendo un requisito la atribución interna del control y éxito de la conducta.

Aunado a lo anterior, algunos autores han realizado estudios para analizar influencia de la autoeficacia en las conductas preventivas. Por ejemplo, Del Castillo et al. (2012) realizaron un estudio con el fin de determinar el nivel de autoeficacia en la prevención de VIH/SIDA en estudiantes de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH). Participaron 144 estudiantes entre 17 y 29 años. Encontraron que, en general los alumnos muestran índices de moderados a altos de autoeficacia para prevenir el VIH/SIDA. El nivel de autoeficacia es mayor en las subescalas de uso del condón y en la prevención de conductas de riesgo. También se obtuvieron niveles menores de autoeficacia en cuanto a hablar sobre matrimonio y/o fidelidad, donde se preguntó a los estudiantes que tan capaces se perciben de platicar con sus padres sobre temas sexuales. Los autores concluyen que, si bien no es del todo posible establecer una causalidad directa entre cada variable y el nivel de autoeficacia percibida, los cambios que puedan lograrse en cada una de ellas podrían incidir en que los jóvenes tengan una actitud positiva y un nivel de autoeficacia significativo para hacer uso del condón y prevenir el VIH/SIDA.

También Villegas et al. (2011) realizaron un estudio con el objetivo de analizar la relación existente entre nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA y la autoeficacia en mujeres chilenas en desventaja social. Se utilizó una metodología mixta (cualitativa y cuantitativa utilizando un diseño cuasi-experimental) para adaptar, implementar y probar la eficacia de una intervención en prevención de VIH para

mujeres chilenas. La muestra se conformó de 496 mujeres entre 18 y 49 años, residentes de una de las dos comunas del área sur oriente en Santiago, Chile, sexualmente activas en los seis meses previos al ingreso del estudio. Para la recolección de los datos se aplicó la escala de Conocimientos sobre VIH y la Escala de Autoeficacia, Self Efficacy Form (SEF).

Los resultados en cuanto al nivel de conocimientos sobre VIH mostraron que el promedio de respuestas correctas fue de 8.9 (\pm 2.5) puntos (rango de 1 a 15 puntos), el cual refleja un nivel medio de conocimientos sobre el VIH. Seis de las 15 preguntas de conocimiento tuvieron el porcentaje más bajo de respuestas correctas; estas preguntas y el porcentaje exacto de respuestas correctas a cada una de estas preguntas se presentan a continuación: la identificación de que la mayoría de las personas infectadas con el SIDA se ven y se sienten saludables (47.7%), la utilización del preservativo en cuanto a que se debe dejar un espacio en la punta del condón al utilizarlo (47.7%), la identificación errónea de la loción de manos como lubricante para condones (37.9%), o vaselina y otros aceites (29.2%), la eficacia del preservativo de látex para la prevención del VIH (27.7%) y la creencia de que los condones causan dolor o menos placer a los hombres (24.4%).

En relación con la autoeficacia asociada a VIH, la escala “normas de los pares en cuanto a relaciones sexuales seguras” obtuvo un promedio de 9.8(\pm 3.6) puntos (rango entre 4 y 16 puntos). La escala “intención de reducir conductas sexuales de riesgo” tuvo un promedio de 12.2 (\pm 3.6) puntos (rango entre 4 y 16 puntos) y la escala SEF, tuvo un promedio de 20.2 (\pm 4.7) puntos (rango entre 7 y 28 puntos). Los puntajes obtenidos en las escalas de autoeficacia reflejan un alto grado de acuerdo sobre las normas de los pares en cuanto a relaciones seguras, a la intención de reducir conductas de riesgo y al manejo de relaciones sexuales de riesgo para adquirir VIH (escala SEF). Dichos datos significan que, en relación con los conocimientos sobre conductas de riesgo para VIH, las mujeres del estudio mostraron una amplia diversidad en el porcentaje de respuestas

correctas, en cuanto a la autoeficacia, los puntajes obtenidos permiten señalar que está asociada a la prevención de la infección por el VIH, y muestran que está presente en un alto grado en las participantes. Del mismo modo, los datos obtenidos señalan que existe relación entre conocimientos de conductas de riesgo y autoeficacia asociados al VIH/SIDA en algunos de sus componentes (la autoeficacia para la intención de reducir conductas de riesgo y la autoeficacia para el manejo de relaciones sexuales de riesgo para adquirir el VIH). En conclusión, los autores mencionan que las mujeres del estudio mostraron una amplia diversidad en el porcentaje de autoeficacia, sin embargo, este grupo de mujeres pueden existir factores culturales que influyan, como el machismo y el marianismo, el tabú al hablar de temas como el SIDA, el manejo de las emociones en la negociación sexual y el rechazo de la pareja a la petición de protegerse, o creencias normativas de lo que socialmente es sugerido en los encuentros sexuales. El único componente de autoeficacia que en este estudio no se correlacionó significativamente con los conocimientos fue el de las normas de los pares en cuanto a relaciones sexuales; en donde no ha sido clara la influencia de la persuasión social y las estructuras sociales involucradas en el cambio conductual hacia la prevención. Asimismo, las respuestas en algunas ocasiones podrían estar influenciadas por lo que socialmente es aceptado, particularmente en tópicos sensitivos.

Referente a los factores culturales, de igual forma, Ballester et al. (2013) elaboraron un estudio con el objetivo de evaluar el nivel de autoeficacia en el uso del preservativo en diferentes momentos de la relación sexual, así como averiguar si existen diferencias de género e indagar la relación existente entre autoeficacia en el uso del preservativo en diferentes aspectos relacionados con la prevención de la transmisión del VIH. La muestra se conformó de 3530 estudiantes, en donde 1798 eran mujeres (50.9%) y 1732 hombres (49.1%) con un rango de edad entre 17 y 26 años, todos pertenecientes de las distintas facultades de la Universitat Jaume I de Castellón, que acudieron a mesas divulgativas organizadas por la Unidad de Investigación sobre Sexualidad y Sida (UNISEXSIDA) con motivo del

Día del Sida. El 82.1% afirmó haber tenido relaciones sexuales al momento de realizar la prueba. Se utilizó el Cuestionario de Prevención del Sida (CPS) de Ballester et al. (2013) y para el componente de autoeficacia, se agregaron 7 enunciados que describen diferentes habilidades relacionadas con el uso del preservativo en distintos momentos de una relación sexual. Se encontró que el 67.9% de la muestra, presenta niveles medio-altos en la puntuación de autoeficacia en el uso del preservativo. También se encontró que a las mujeres les resulta más cómodo hablar de la utilización del preservativo que ponérselos en la relación sexual o comprarlos. Por último, los hombres parecen mostrar menor autoeficacia en lo que respecta a la seguridad de poder parar en el momento de mayor excitación. En cuanto a las diferencias de género en la autoeficacia en el uso del preservativo, se encontró que las mujeres obtuvieron una puntuación superior respecto a los hombres. No obstante, en las diferencias existentes en cuanto a las expectativas que tienen ambos sexos para poner en práctica las habilidades necesarias a la hora de utilizar el preservativo en distintos momentos de la relación sexual, en general, las mujeres presentan mayores puntuaciones medias que los hombres, excepto en la comodidad o seguridad a la hora de comprar el preservativo, en donde los hombres obtienen una media superior a las mujeres.

En el ámbito privado de una relación, las mujeres sienten mayor comodidad tanto en el momento de poner el preservativo como a la hora de hablar de su utilización antes de comenzar una relación sexual. En ambos grupos, las situaciones ante las que se perciben más autoeficaces, son aquellas que se refieren a una posible evaluación negativa o rechazo por parte de la pareja cuando se sugiere o propone el uso del preservativo. Sin embargo, la menor autoeficacia se presenta en ambos sexos para detenerse en el momento de máxima excitación para ponerse el preservativo o ponérselo a la pareja, siendo los hombres los que se perciben mucho menos autoeficaces. En cuanto a la autoeficacia de usar preservativo en el coito vaginal, se encontró una correlación significativa. En conclusión, los autores mencionan que los jóvenes consideran que poseen las habilidades necesarias

para afrontar situaciones que se dan antes de que se inicie la relación sexual, aunque conlleven el componente emocional del miedo o temor a una evaluación social negativa frente a la sugerencia del uso del preservativo. Y carecen de las habilidades de autocontrol emocional y conductual en el momento preciso de la interacción sexual, sobre todo en el caso de los hombres. Por otra parte, la única situación en la que éstos puntúan más alto que las mujeres se refiere a la comodidad a la hora de comprar preservativos.

Expuestos los estudios realizados en la población oyente sobre la autoeficacia para hablar sobre el uso del condón con la pareja, la autoeficacia para la intención de reducir conductas de riesgo y la autoeficacia para el manejo de relaciones sexuales de riesgo para adquirir el VIH/ Sida, comprarlos y colocarlos en el momento de máxima excitación, resultan ser relevantes para analizar el comportamiento de hombres y mujeres, sin embargo, ninguno de los instrumentos o reactivos aborda la autoeficacia para usar correctamente el condón— antes, durante y después de la practica sexual— en personas con alguna discapacidad, particularmente en personas Sordas e hipoacúsicas.

3.2. Intención de uso del condón

A partir de la Teoría de la Conducta Planeada planteada por Ajzen (1991), derivada de la Teoría de la Acción Razonada de Ajzen y Fishbein (1975 en Cunill et al., 2012), la intención de realizar una conducta es el determinante inmediato de la misma si no se presentan acontecimientos imprevistos. Esta teoría sostiene que un individuo tendrá la intención de realizar una conducta dada cuando posee una actitud positiva hacia su propio desempeño en la misma y cuando cree que sus referentes sociales significativos piensan que debería llevarla a cabo. Del mismo modo, la intención está integrada por tres componentes: el primero es la actitud, la cual representa el sentimiento favorable o desfavorable de una persona hacia un objeto o estímulo o la conducta en cuestión; el segundo componente es la norma subjetiva, la indica la percepción de la presión social que se ejerce sobre

la persona para que ejecute, o no, una determinada conducta. La norma subjetiva de una persona presionará para que éste ejecute una conducta dada, cuando dicho individuo cree que la mayoría de las personas o grupos significativos con los que está motivado para cumplir, piensan que el debería desempeñar la conducta en cuestión y viceversa (Ajzen & Fishbein, 1975; citado en Cunill et al., 2012). El tercer componente es propuesto por Ajzen (1991) el cual es el control conductual percibido, esto es, la percepción del individuo de sí mismo como capaz de realizar una conducta y/o de enfrentar la presión social para hacerlo, dicho constructo es semejante al concepto de autoeficacia de Bandura (1977).

Con base en lo anterior, Cunill et al. (2012), realizaron un estudio con el fin de identificar variables predictivas de la intención de utilizar el preservativo, así como analizar las diferencias en función del género, el tipo de pareja y el uso previo. Trabajando con una muestra de 484 adolescentes estudiantes de secundaria, encontraron que el 19,7% de los adolescentes de la muestra (20% mujeres, 18,4% hombres) han tenido relaciones sexuales en los últimos 30 días. De estos, el 37,2% no han utilizado el preservativo en la última relación sexual, sin diferencias significativas por sexo. En cuanto a la intención de uso del preservativo, es superior cuando se trata de una pareja ocasional que cuando la pareja es estable. Por otra parte, las chicas están más seguras que los chicos de que cuando tengan relaciones sexuales utilizarán el preservativo, ya sea con una pareja estable o con una pareja ocasional. En el caso de la pareja estable, las expectativas de autoeficacia predicen un 31% de la variabilidad de la intención de uso.

Estos autores concluyen que la vulnerabilidad propia o vicaria a infectarse con el VIH no predice la intención de uso del preservativo, en cambio sí lo son la vulnerabilidad propia y vicaria a un embarazo no deseado, pero en sentido contrario: los adolescentes que tienen más intención de usar el preservativo con una pareja estable tienden a percibirse menos vulnerables a tener un embarazo no deseado (o a dejar embarazada a su pareja), y en cambio creen que otros

jóvenes de su misma edad, género y curso tienen mayor probabilidad de encontrarse en esa situación. Asimismo, en su análisis de las expectativas de resultado, encontraron que los adolescentes que consideran que el preservativo es una medida efectiva para evitar el contagio del virus del Sida, tienen más intención de usarlo en sus relaciones sexuales con una pareja estable y tienden a creer que la mayoría de sus amigos y amigas utilizan el preservativo siempre.

En relación con las expectativas de autoeficacia, sentirse capaz de utilizar el preservativo siempre con una pareja estable es relevante en la predicción de la intención de uso de esta medida preventiva: aquellos adolescentes que se perciben más autoeficaces tienen más intención de usarlo. En cuanto a las actitudes, la variable que mejor predice la intención de uso del preservativo es el hecho de considerar que usarlo será práctico. Por lo que se refiere a las diferencias de género en la intención de uso del preservativo, las mujeres están más seguras que los hombres de que cuando tengan relaciones sexuales utilizarán el preservativo. Por último, agregan que la vulnerabilidad percibida a infectarse con el virus del Sida no se relaciona con la intención de conducta del preservativo, ni con una pareja estable, ni con una ocasional en este estudio, por lo que sugieren realizar más estudios para obtener datos más concluyentes.

PARTE II. INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

CAPÍTULO 4

REPORTE DE LA INVESTIGACIÓN

En este capítulo se exponen los antecedentes del proyecto general en el que se inserta este reporte de investigación, así como el objetivo general y objetivos específicos de dicho proyecto. También se muestra el planteamiento del problema y la justificación del presente reporte de investigación, así como los objetivos, hipótesis y número de participantes; asimismo se describen los instrumentos utilizados para la obtención de los datos para finalmente mostrar los resultados obtenidos y sus respectivas tablas y/o figuras.

4.1. Antecedentes

En el caso de personas con discapacidad auditiva, México no cuenta con estudios que registren el número de personas infectadas con alguna ITS; sin embargo, en otros países como Estados Unidos sí los hay (Moinester et al., 2008). Es por ello por lo que, surge la necesidad de estudiar los factores de riesgo de la salud sexual en esta comunidad. En este sentido, el proyecto general donde se inserta este reporte de investigación se ha analizado la relación entre ciertas variables con la conducta sexual de riesgo de los jóvenes sordos, como son: antecedentes de la discapacidad, conducta sexual, comunicación con padres y madres, conocimientos sobre ITS, VIH/ Sida, embarazos y uso del condón y fallas que se cometen al usar el condón. Para poder recabar los datos fue necesario llevar a cabo la adaptación y validación de los instrumentos que miden estas variables para ser respondidos en primera instancia en papel, por jóvenes con discapacidad auditiva (Robles, Guevara, Pérez, & Hermosillo, 2013).

Los estudios realizados en esta comunidad han permitido dar cuenta de la existencia de limitaciones y barreras sociales que afectan el desarrollo sexual de los jóvenes con discapacidad auditiva, por lo que seguir analizando la influencia de estas variables es menester para contribuir en la investigación, promoción e

inclusión. Asimismo, surgió la idea de recolectar los datos con base en un software en línea que facilita la aplicación de los instrumentos y la obtención de los datos (Robles et al., 2015). Con esto se ha logrado ahorrar tiempo y costos. Los resultados generales que se han obtenido en los estudios que se han realizado, son en primera instancia, que la población de jóvenes con discapacidad auditiva son sexualmente activos y que están expuestos a diversos factores de riesgo que afectan su salud sexual, también son escasos aquellos jóvenes que no usan preservativo en la primera y subsecuentes relaciones sexuales, igualmente los conocimientos referentes a las ITS y VIH/Sida así como en embarazos no deseados son escasos y la baja comunicación con sus padres o tutores sobre ciertos temas de salud sexual.

En segunda instancia, se han aumentado variables y reactivos para analizar la intención del uso del condón y de tener relaciones sexuales, la autoeficacia para el uso correcto del condón y la modalidad de comunicación, con la finalidad de aportar mayor información en esta comunidad ya que dichas variables están presentes en la población oyente y representan una preocupación social importante, y así implementar programas que involucren a padres de hijos con discapacidad auditiva y a los jóvenes para cuidar su salud sexual, implementar talleres para el entrenamiento de habilidades conductuales, contribuir para mejorar los servicios de salud, entre otros (Robles & Díaz-Loving, 2011; Robles et al., 2013; Robles et al., 2014; Robles & Guevara, 2017). Por último, no se ha documentado hasta el momento la influencia de la intención y de la Autoeficacia en el uso del condón en esta comunidad, por tal motivo, en este reporte de investigación se analizan dichas variables.

4.2. Planteamiento del problema

Los adolescentes y jóvenes son una población vulnerable frente a factores de riesgo que afectan su salud sexual y reproductiva, así como su salud física y psicosocial; dichos factores de riesgo pueden ser el inicio de la vida sexual a edad temprana, el sexo casual, no usar condón, la actividad sexual sin protección/bajo

el efecto del alcohol y/o drogas, tener múltiples parejas sexuales, entre otras (Moreno et al., 2008; Forcada, et al., 2013 citado en Espada et al., 2014; Robles, et al., 2014). Además, sí se considera que existen grupos aún más vulnerables dentro de los adolescentes y jóvenes en general —como el caso de las personas con discapacidad— la situación se vuelve más preocupante debido a la existencia de mitos que giran en torno a la sexualidad y conducta sexual de estas minorías, por ejemplo, que no se desarrollan sexualmente de manera normal y que no necesitan ejercer su sexualidad, entre otros (Bárcena et al., 2017). Sin embargo, se ha documentado que las personas con discapacidad mantienen una vida sexual activa, y que su exposición a los factores de riesgo asociados con ITS, VIH/ Sida y embarazos no deseados/planeados, es igual o superior a la de la población en general; debido a que también pueden tener varias parejas sexuales —incluso del mismo sexo— al igual que el resto de la población, pero carecen de la información y los recursos necesarios para optar por prácticas sexuales seguras (Bárcena et al., 2017; Robles et al., 2013).

Con relación a los adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva, son pocos los estudios que se han realizado en esta población, ya que la mayoría de los estudios se centran en las personas oyentes, sin embargo, aunque sean escasos, muestran que existen casos de esta población que tienen o han tenido alguna ITS, VIH/Sida, y/o algún embarazo no deseado. Lo que permite decir que esta población también está expuesta a factores de riesgo ya que las estadísticas van en aumento cada año en casos reportados de ITS, VIH/Sida, embarazos no deseados y abortos. Esto hace comprender la existencia de factores de riesgo y de protección frente al uso del condón en la comunidad Sorda, por lo que sería pertinente llevar a cabo un análisis que abarque la edad del debut sexual, las prácticas sexuales, la autoeficacia en el uso del condón y la intención de uso del condón, así como otros factores que influyen y explican conductas sexuales de riesgo y de protección (Uribe, Riaño, et al., 2017).

Asimismo, se ha reportado en diversos estudios (Ballester et al., 2013; Cunill, et al., 2012; Del Castillo, et al., 2012; Osorio et al., 2017; Sánchez & Correa, 2017; Uribe, Riaño, et al., 2017; Villegas et al., 2011) que la intención y la autoeficacia son predictores del uso del condón en adolescentes y jóvenes oyentes, sin embargo, se han realizado estudios que ponen en evidencia la existencia de un alto porcentaje de adolescentes que no utiliza el condón a pesar de tener la intención y sentirse capaces de usarlo. Considerando que dicha población es más vulnerable de contraer alguna ITS, así como embarazos no deseados, el panorama se vuelve más alarmante cuando se trata de adolescentes con alguna discapacidad, tal es el caso de los adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva, por lo que analizar la asociación entre la intención y la autoeficacia, y la influencia de ambas en el uso del preservativo en esta población, permitirá exponer y diferenciar cómo se relacionan dichas variables en adolescentes que tienen experiencia sexual y en aquellos que no han tenido relaciones sexuales. Aunado a lo expuesto anteriormente, el propósito de este estudio es analizar cómo la intención y/o autoeficacia se asocian con el uso del condón en jóvenes con discapacidad auditiva con experiencia sexual y cómo la autoeficacia se asocia con la intención de usarlo en jóvenes sin experiencia sexual.

4.3. OBJETIVOS

4.3.1. Objetivo general

Analizar en qué medida la intención y/o autoeficacia se asocian con el uso del condón en jóvenes con discapacidad auditiva con experiencia sexual, y cómo la autoeficacia se asocia con la intención de utilizarlo en jóvenes sin experiencia sexual.

4.3.2. Objetivos específicos

- 1) Conocer la proporción de jóvenes que han y no han tenido relaciones sexuales, así como las características de la primera relación sexual.
- 2) Conocer los niveles de autoeficacia percibida e intención de uso del condón en jóvenes que han y no han tenido relaciones sexuales, identificando las diferencias por sexo.
- 3) Analizar sí el uso del condón en la primera relación sexual influye en la intención de usarlo en la próxima vez que se tenga relaciones sexuales.
- 4) Describir y analizar si la autoeficacia percibida influye en la intención de uso del condón, identificando las diferencias entre los que han y no han tenido relaciones sexuales.
- 5) Analizar si la autoeficacia percibida influye en la intención de tener sexo identificando las diferencias por sexo y experiencia sexual.
- 6) Conocer y analizar las diferencias por sexo en el perfil de la primera relación sexual y su asociación con el nivel de autoeficacia percibida e intención de uso del condón.

4.4. Hipótesis

- Será una proporción mayor de hombres quienes hayan tenido su debut sexual a menor edad que las mujeres.
- Será una proporción mayor de hombres quienes hayan usado condón en su primera y subsecuentes relaciones sexuales.
- Habrá diferencias significativas en los niveles de autoeficacia entre los jóvenes con experiencia sexual y los que no han tenido relaciones sexuales.
- Habrá diferencias significativas en la intención de uso del condón entre hombres y mujeres.
- Serán las mujeres quienes tendrán mayor nivel de autoeficacia en comparación con los hombres.

- Serán los hombres quienes tendrán mayor intención de uso del condón en comparación con las mujeres.

4.5. Método

4.5.1. Tipo de estudio

El presente 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.

4.5.2. Participantes

El estudio se llevó a cabo con una muestra de 254 jóvenes con discapacidad auditiva (198 sordos y 52 hipoacúsicos), elegidos a través de un procedimiento accidental, de 12 instituciones educativas ubicadas en los estados de México, Jalisco, Guanajuato, Querétaro, Veracruz, Nuevo León y en la Ciudad de México, las cuales atienden a personas con discapacidad. La edad promedio de los participantes fue de 21.18 años ($DE=4.770$; $Mo=18$; rango: 12-37); 55.1% fueron varones y 44.9% fueron mujeres, 74.2% reportaron ser solteros, 79.2% cuenta con secundaria o preparatoria como nivel máximo de estudios, y 38.6% tiene un trabajo remunerado; 68.3% reportó vivir con uno o ambos padres, 25.5% en casa de otro familiar, y 6.2% en su propia casa (Tabla 3).

Tabla 3.
Datos generales de los participantes

	n	%
Sexo		
Hombre	140	55.1
Mujer	114	44.9
Tipo de discapacidad		
Hipoacúsico	52	20.8
Sordo	198	79.2

	n	%
Estado Civil		
Soltero	187	74.2
Casado	17	6.7
Unión libre	29	11.5
Otro	19	7.5
Nivel de estudios		
Sin estudios	15	5.9
Oficios	4	1.6
Primaria	16	6.3
Secundaria o carrera técnica	48	18.8
Preparatoria	154	60.4
Universidad	18	7.1
Donde vive el participante		
Casa del papá y mamá	115	45.1
Casa de mamá	43	16.9
Casa de papá	16	6.3
En casa de otro familiar	65	25.5
En casa propia	16	6.3
Trabaja el participante		
Si	98	38.6
No	156	61.4

4.5.3. Instrumentos

Cuestionario en línea sobre salud sexual para jóvenes mexicanos con discapacidad auditiva. El cuestionario consta de 4 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. 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 y otros*), con quién viven (*casa paterna/materna, de otro familiar, internado o propia casa*), nivel de escolaridad (*desde primaria hasta universidad, incluyendo oficios*), y si trabaja o no.

Escala de Autoeficacia percibida para el uso correcto del condón. Esta escala fue diseñada por Pérez y Robles (2017) a partir de la escala de fallas en el uso del condón validada por Robles, Rodríguez, Frías, & Moreno (2014), y se validó con jóvenes universitarios por Pérez, Robles, Guevara y Díaz-Loving (2019). 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.

Intención de tener sexo e intención de usar el condón. Instrumento diseñado por Robles y Díaz-Loving (2011), el cual consta de tres reactivos que miden la probabilidad de usar condón la próxima vez que se tengan relaciones sexuales con la pareja estable, la probabilidad de tener relaciones sexuales en los próximos

seis meses y la probabilidad de usar el preservativo en el mismo periodo. Los tres reactivos tienen un formato de respuesta en escala tipo Likert de siete puntos, que va de nada probable (1) a totalmente probable (7), donde valores cercanos a siete indican mayor intención de tener relaciones sexuales o usar preservativo.

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*). Para las preguntas con opciones de respuesta nominales se estimó la proporción de participantes que respondieron a cada opción; para el número de relaciones sexuales, del uso del condón y de parejas sexuales, se calcularon medidas de tendencia central (media, moda y desviación estándar).

4.5.4. Procedimiento

Con la anuencia de las autoridades de las instituciones participantes, dos instructores previamente capacitados en el manejo y aplicación del programa en línea acudieron a las distintas instituciones. Las instrucciones generales se dieron en español con la interpretación simultánea en LSM por un intérprete certificado. A los participantes se les enfatizó la necesidad de su participación voluntaria, asegurándoles el tratamiento confidencial y anónimo de la información recabada.

El cuestionario se aplicó en una sala con equipos de cómputo conectados a internet, y los participantes lo respondieron de manera individual. La aplicación tuvo una duración aproximada de 40 minutos por participante.

4.5.5. Condiciones éticas del estudio

El presente estudio fue revisado y avalado por el Comité de Bioética de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, y contó con el consentimiento informado de los jóvenes y sus padres. El cuestionario computarizado inicia con instrucciones generales por escrito y en videos con la LSM, donde se señala expresamente a los participantes que no se les solicita su nombre, y que, si se sienten incómodos con las preguntas, pueden dejar de responder en cualquier momento.

4.5.6. Análisis de datos

Para aquellas variables medidas en una escala nominal se realizó un análisis de frecuencias, mientras que para las medidas en una escala numérica se reportaron medidas de tendencia central (media, moda, desviación estándar y rango). Para analizar las diferencias en función del sexo y experiencia de los participantes, se realizó una comparación de medias a través de la t de Student para muestras independientes. Por último, para conocer la relación entre el nivel de autoeficacia percibida y la intención de uso del condón, se utilizó el índice de correlación r de Pearson.

4.5.7. Resultados

Los resultados se presentan en tres apartados, el primero corresponde al análisis descriptivo de cada variable; en el segundo apartado se presentan las comparaciones por sexo y experiencia sexual; y en el tercer apartado se muestran los resultados obtenidos de las correlaciones entre las variables.

Análisis descriptivo

Los datos obtenidos en relación con el debut sexual de los participantes se presentan en la Tabla 4, en donde el 51.4% de la muestra ha tenido relaciones sexuales, de dicho porcentaje, la mayoría de los jóvenes planeó su primera relación sexual (73.1%) y la mitad de la muestra reportó haber utilizado algún método anticonceptivo. Asimismo, la mayoría tuvo su primer encuentro sexual con su novio, siendo el hotel el lugar más concurrido, seguido de la casa del novio(a) y, por último, el método anticonceptivo más usado fue el condón masculino. En promedio los jóvenes tuvieron su primera relación sexual a los 16.39 años ($DE=3.70$).

Tabla 4.
Características de la primera relación sexual.

Características	n	%
Han tenido relaciones sexuales		
Si	130	51.4
No	123	48.6
Planeación de la primera relación sexual		
Si	95	73.1
No	35	29.6
Uso de algún método anticonceptivo		
Si	65	50
No	65	50
Tipo de pareja		
Novio(a)	91	71.1
Amigo(a)	28	21.9
Familiar	3	2.3
Desconocido	6	4.7
Lugar		
Mi casa	31	23.8
Casa de un amigo(a)	17	13.1
Casa de novio(a)	45	34.5
Hotel	35	26.9
Casa de algún familiar	2	1.5
Método anticonceptivo usado		
Condón masculino	44	67.7
Pastillas anticonceptivas	7	10.8
Sexo anal	4	6.2
Otro	5	7.7
Ninguno	5	7.7

En la Tabla 5 se muestra la estadística descriptiva de las variables medidas en escala numérica correspondientes a las relaciones sexuales subsecuentes. Se observa que en promedio los jóvenes han tenido 15 relaciones sexuales en toda la vida ($M=15.61$, $DE=24.20$), y sólo han usado el condón en casi la mitad de estos encuentros ($M=7.75$, $DE=12.76$); asimismo, han sido 6 el número de relaciones sexuales en los últimos tres meses ($M=6.85$, $DE=12.54$) y se ha usado condón en la mitad de ellas ($M=3.23$, $DE=6.18$). En cuanto al número de parejas sexuales en toda la vida, los jóvenes reportaron haber tenido 4 parejas ($M=4.76$, $DE=6.98$), siendo 4 las relaciones sexuales con parejas ocasionales ($M=4.12$, $DE=9.88$), y se ha usado el condón sólo en la mitad de las relaciones sexuales con parejas ocasionales ($M=2.72$, $DE=6.98$). Tomando en cuenta que los valores de la moda son muy bajos, se puede decir que la mayoría de los participantes han tenido dos relaciones sexuales en toda su vida, en las cuales no han usado condón, asimismo han tenido una relación en los últimos tres meses en la cual tampoco han usado condón y sólo han tenido una pareja sexual en toda su vida.

Tabla 5.
Relaciones sexuales subsecuentes.

	Conducta sexual	n	Media	DE	Moda	Rango
1	Número de relaciones sexuales en toda la vida	128	15.61	24.20	2	1-99
2	Número de veces que se ha usado el condón en toda la vida	128	7.75	12.76	0	0-90
3	Número de relaciones sexuales en los últimos 3 meses	130	6.85	12.54	1	0-99
4	Número de veces que se ha usado condón en los últimos 3 meses	130	3.23	6.18	0	0-50
5	Número de parejas sexuales en toda la vida	130	4.76	6.98	1	0-50
6	Número de relaciones sexuales con parejas ocasionales	130	4.12	9.88	0	0-58
7	Número de veces que ha usado condón con parejas ocasionales	128	2.72	6.98	0	0-55

Nota: n =número de participantes; DE = desviación estándar.

Los resultados correspondientes a la escala de Autoeficacia percibida para el uso correcto del condón mostraron que en promedio los jóvenes obtuvieron una

puntuación de 1.96 ($DE=.787$). Las medias obtenidas en cada reactivo de la escala se muestran en la Tabla 6; los valores más altos se observan en los reactivos que hacen referencia a la colocación del condón del lado correcto, revisión de la fecha de caducidad del condón, abrir el paquete sin dañar el condón, colocarlo cuando el pene está erecto y bajarlo hasta la base del pene. Las medias más bajas se obtuvieron en los reactivos relacionados con el daño del condón, el uso de lubricantes y el uso del condón sin que se rompa.

Tabla 6.

Media y desviación estándar de los reactivos de la escala de Autoeficacia percibida para el uso correcto del condón.

	Reactivo	Media	DE
1	Capacidad percibida para colocar el condón del lado correcto	2.08	1.08
2	Capacidad percibida para colocar el condón sin dejar una burbuja de aire en la punta	1.94	1.05
3	Capacidad percibida para colocar el condón sin riesgo de que se deslice	1.86	1.05
4	Capacidad percibida para identificar el lubricante que puede usarse con un condón de látex	1.76	1.05
5	Capacidad percibida para revisar la fecha de caducidad del condón antes de usarlo	2.40	1.16
6	Capacidad percibida para bajar el condón hasta que llegue a la base del pene	2.02	1.07
7	Capacidad percibida para abrir el paquete sin dañar o romper el condón (sin usar uñas, dientes o tijeras)	2.02	1.14
8	Capacidad percibida para colocar el condón cuando el pene está erecto	2.07	1.15
9	Capacidad percibida para retirar el condón cuando el pene está erecto	1.94	1.09
10	Capacidad percibida para traer un condón sin que se dañe	1.68	1.02
11	Capacidad percibida para colocar el condón antes de iniciar la penetración	1.93	1.06
12	Capacidad percibida para colocar el condón sin que se rompa	1.76	1.01

Nota: DE =desviación estándar.

El porcentaje de participantes que respondieron a cada opción de los reactivos de la escala de Autoeficacia percibida para el uso correcto del condón se muestran en la Figura 1. Se observa que alrededor del 50% de los jóvenes no se sienten capaces de realizar las conductas que implican el uso correcto del condón, siendo el revisar la fecha de caducidad del condón antes de usarlo y colocar el condón del lado correcto, los pasos en los que se perciben menos capaces de llevarlos a

cabo. Destaca que al menos el 10.4% de los participantes se perciben totalmente capaces de realizar los 12 pasos conductuales.

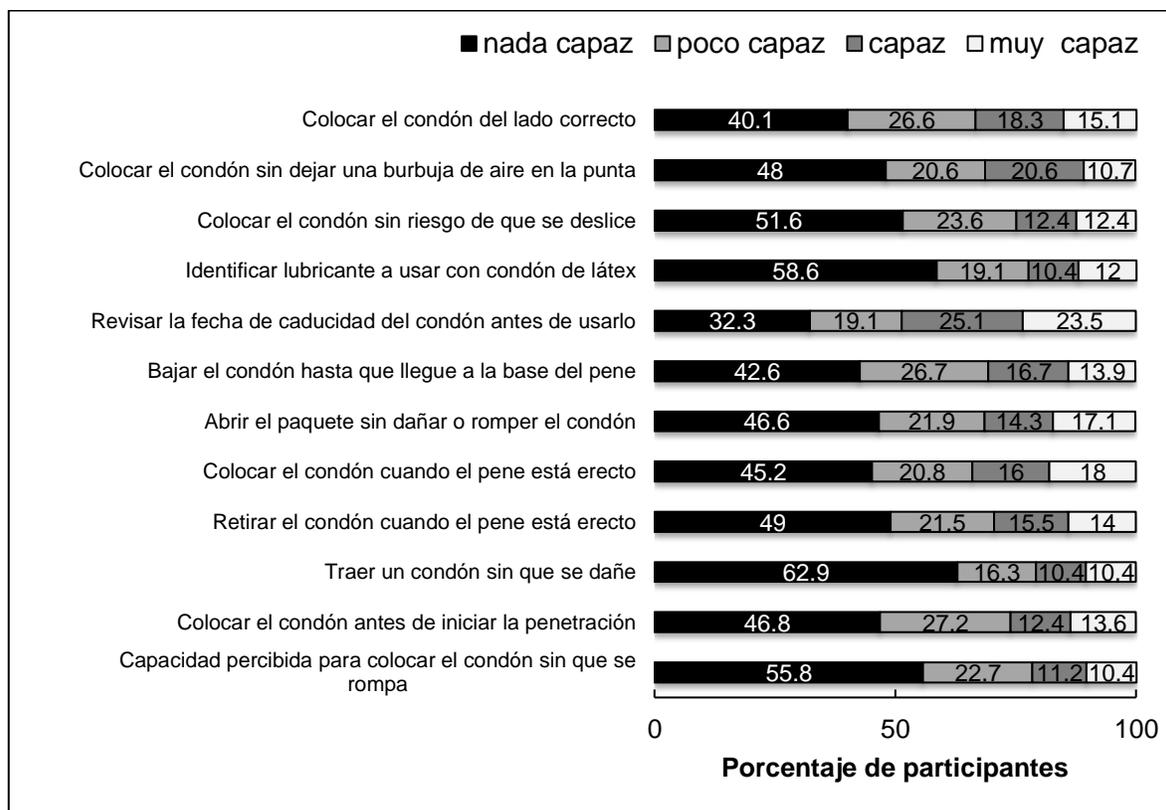


Figura 1. Porcentaje de participantes que respondieron al agrado de acuerdo de cada reactivo de la Escala de Autoeficacia percibida para el uso correcto del condón.

En la Figura 2 se muestra el porcentaje de participantes que reportaron tener la intención de tener relaciones sexuales y de usar condón. Los resultados muestran que, alrededor del 40% de los jóvenes, no tienen la intención de tener sexo ni de usar condón en los próximos seis meses, y un porcentaje ligeramente menor tampoco tiene la intención de usar condón en su próxima relación sexual. En contraste, sólo entre el 14% y el 17%, reportaron que sería totalmente probable que tuvieran relaciones sexuales y usaran condón.

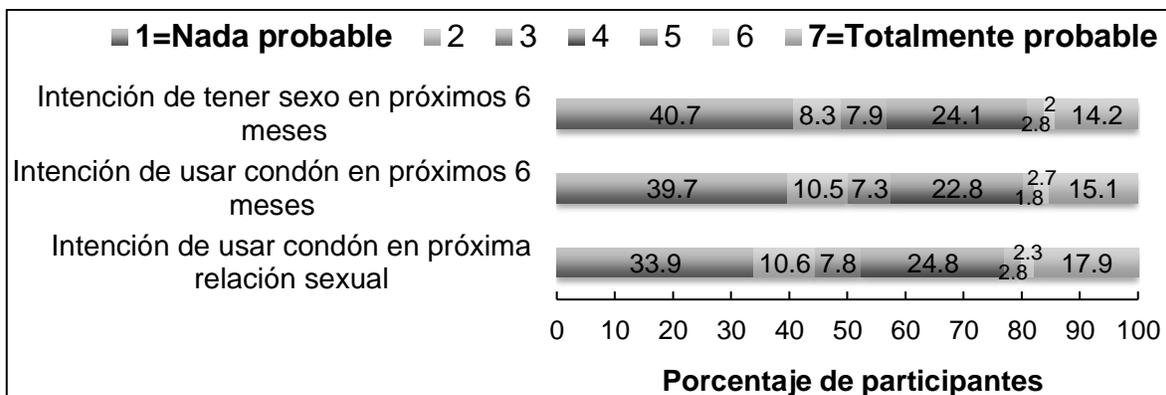


Figura 2. Porcentaje de participantes que respondieron a los reactivos correspondientes a la intención de tener relaciones sexuales y de usar condón.

Comparaciones por sexo y experiencia sexual

Del total de jóvenes que participaron en el estudio 51.6% (n=130) han tenido relaciones sexuales, de estos 75 fueron hombres y 55 mujeres. De los jóvenes que nunca han tenido relaciones sexuales (n=122), 64 fueron hombres y 58 mujeres. La prueba Ji Cuadrada indicó que el sexo de los participantes no se asoció con la experiencia sexual ($X^2=.697$, $gl=1$, $p=.404$).

En las tablas 7, 8, 9 y 10, se presentan los resultados de la comparación de medias de la autoeficacia y de las intenciones, en función del sexo y de la experiencia sexual de los participantes. En la Tabla 7 se observa que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en ninguno de los reactivos que componen la escala de autoeficacia ($p>.05$). Lo que quiere decir que las mujeres no son más autoeficaces que los hombres, o viceversa, en alguno de los 12 pasos conductuales para colocar correctamente el condón.

Tabla 7.

Comparación de medias de la Escala de Autoeficacia percibida para el uso correcto del condón, en función del sexo de los participantes.

Capacidad percibida para:	Hombres (n=140)	Mujeres (n=114)	t	gl	p
1 Colocar el condón del lado correcto	2.12	2.03	.649	249	.517

	Capacidad percibida para:	Hombres (n=140)	Mujeres (n=114)	t	gl	p
2	Colocar el condón sin dejar una burbuja de aire en la punta	1.97	1.89	.575	249	.566
3	Colocar el condón sin riesgo de que se deslice	1.86	1.83	.231	247	.818
4	Identificar el lubricante que puede usarse con un condón de látex	1.83	1.68	1.099	248	.273
5	Revisar la fecha de caducidad del condón antes de usarlo	2.33	2.46	-.884	248	.378
6	Bajar el condón hasta que llegue a la base del pene	2.04	1.99	.330	248	.742
7	Abrir el paquete sin dañar o romper el condón (sin usar uñas, dientes o tijeras)	1.94	2.10	-1.082	248	.280
8	Colocar el condón cuando el pene está erecto	2.17	1.92	1.746	247	.082
9	Retirar el condón cuando el pene está erecto	2.03	1.82	1.498	248	.135
10	Traer un condón sin que se dañe	1.66	1.69	-.217	248	.828
11	Colocar el condón antes de iniciar la penetración	1.92	1.95	-.188	247	.851
12	Colocar el condón sin que se rompa	1.79	1.71	.585	248	.559

En la Tabla 8 se observa que tampoco se encontraron diferencias entre hombres y mujeres en los tres reactivos que evalúan intenciones ($p > 0.05$), es decir, el sexo de los participantes no se asoció con las intenciones de tener relaciones sexuales y de usar condón.

Tabla 8.

Comparación de medias de las variables que miden intenciones, en función del sexo de los participantes.

	Intención de:	Hombres (n=140)	Mujeres (n=114)	t	gl	p
1	Usar condón en la próxima relación sexual	3.24	3.35	-.344	215	.731
2	Usar condón en los próximos 6 meses	2.90	3.19	-1.001	216	.318
3	Tener relaciones sexuales en los próximos 6 meses	3.03	2.99	.140	250	.889

En la Tabla 9 se muestran comparaciones de la autoeficacia percibida para usar correctamente el condón en los adolescentes con y sin experiencia sexual. Se encontró que en todos los reactivos de la escala los adolescentes con experiencia sexual se perciben más autoeficaces para llevar a cabo cada paso conductual, en comparación con aquellos que no han tenido relaciones sexuales.

Tabla 9.

Comparación de medias de la Escala de Autoeficacia percibida para el uso correcto del condón, en función de la experiencia sexual de los participantes.

	Capacidad percibida para:	Experiencia sexual		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
		Sí <i>M(n)</i>	No <i>M(n)</i>			
1	Colocar el condón del lado correcto	2.38 (130)	1.76 (122)	4.726	250	0.00
2	Colocar el condón sin dejar una burbuja de aire en la punta	2.17 (130)	1.70 (122)	3.634	250	0.00
3	Colocar el condón sin riesgo de que se deslice	2.16 (128)	1.53 (122)	4.931	248	0.00
4	Identificar el lubricante que puede usarse con un condón de látex	2.02 (130)	1.48 (121)	4.151	249	0.00
5	Revisar la fecha de caducidad del condón antes de usarlo	2.55 (130)	2.24 (121)	2.094	249	0.04
6	Bajar el condón hasta que llegue a la base del pene	2.25 (130)	1.78 (121)	3.535	249	0.00
7	Abrir el paquete sin dañar o romper el condón (sin usar unas, dientes o tijeras)	2.25 (130)	1.77 (121)	3.442	249	0.00
8	Colocar el condón cuando el pene está erecto	2.41 (130)	1.70 (120)	5.078	248	0.00
9	Retirar el condón cuando el pene está erecto	2.36 (130)	1.50 (121)	6.782	249	0.00
10	Traer un condón sin que se dañe	1.84 (130)	1.51 (121)	2.547	249	0.01
11	Colocar el condón antes de iniciar la penetración	2.22 (130)	1.62 (120)	4.616	248	0.00
12	Colocar el condón sin que se rompa	1.93 (130)	1.58 (121)	2.784	249	0.01

En la Tabla 10 se muestra la comparación, entre jóvenes con y sin experiencia sexual, de la media obtenida en las variables que miden intenciones, y observa que los adolescentes con experiencia sexual tienen mayor intención de usar

condón en su próxima relación sexual, así como mayor intención de tener sexo y de usar condón en los próximos seis meses.

Tabla 10.

Comparación por experiencia sexual en Intenciones.

Intención de:	Experiencia sexual		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
	Sí	No			
	<i>M(n)</i>	<i>M(n)</i>			
Usar condón en la próxima relación sexual	3.57(130)	2.91(88)	2.197	216	0.029
Usar condón en los próximos 6 meses	3.39(130)	2.55(89)	2.878	217	0.004
Tener relaciones sexuales en los próximos 6 meses	3.69(130)	2.33(123)	5.379	251	0.000

Correlaciones entre las variables, por sexo y experiencia sexual

Para conocer en qué medida la puntuación promedio obtenida en la escala de Autoeficacia percibida para el uso correcto del condón se relaciona con las intenciones de tener sexo y de usar condón, se estimó el índice de correlación *r* de Pearson para toda la muestra (Tabla 11), y por separado para los jóvenes con (Tabla 12) y sin experiencia sexual (Tabla 13), así como para la muestra de hombres (Tabla 14) y de mujeres (Tabla 15).

En todos los casos se encontró que percibirse capaz de utilizar correctamente el condón se relacionó positivamente con la intención de usarlo en el próximo encuentro sexual, así como con la intención de tener relaciones sexuales en los próximos seis meses y con la intención de usar condón en ese mismo periodo. Las correlaciones más altas entre estas variables se encontraron entre las intenciones de tener sexo e intenciones de usar condón, y la intención de usar condón en el próximo encuentro sexual con la intención de usarlo en los próximos seis meses.

Tabla 11.

*Índice de correlación r de Pearson obtenido en **toda la muestra**, entre la Autoeficacia percibida para el uso correcto del condón y las intenciones de tener sexo y usar condón.*

	Intención de usar condón en la próxima relación sexual	Intención de usar condón en los próximos 6 meses	Intención de tener relaciones sexuales en los próximos 6 meses
Autoeficacia percibida para el uso correcto del condón	.373**	.485**	.498**
Intención de usar condón en la próxima relación sexual		.611**	.490**
Intención de usar condón en los próximos 6 meses			.649**

Nota: ** La correlación es significativa a nivel de $p < 0,01$.

Al comparar los valores de las correlaciones obtenidas en jóvenes con y sin experiencia sexual, se puede observar que en los jóvenes que no han tenido relaciones sexuales (Tabla 13), las correlaciones entre la intención de tener sexo y la intención de usar condón en los próximos seis meses fueron más altas que la obtenida en los jóvenes que ya han tenido experiencia sexual (Tabla 12).

Tabla 12.

*Índice de correlación r de Pearson obtenido en la muestra de jóvenes **con experiencia sexual**, entre la Autoeficacia percibida para el uso correcto del condón y las intenciones de tener sexo y usar condón.*

	Intención de usar condón en la próxima relación sexual	Intención de usar condón en los próximos 6 meses	Intención de tener relaciones sexuales en los próximos 6 meses
Autoeficacia percibida para el uso correcto del condón	.345**	.401**	.453**
Intención de usar condón en la próxima relación sexual		.592**	.438**
Intención de usar condón en los próximos 6 meses			.565**

Nota: ** La correlación es significativa a nivel de $p < 0,01$.

Tabla 13.

*Índice de correlación r de Pearson obtenido en la muestra de jóvenes **sin experiencia sexual**, entre la Autoeficacia percibida para el uso correcto del condón y las intenciones de tener sexo y usar condón.*

	Intención de usar condón en la próxima relación sexual	Intención de usar condón en los próximos 6 meses	Intención de tener relaciones sexuales en los próximos 6 meses
Autoeficacia percibida para el uso correcto del condón	.340**	.534**	.400**
Intención de usar condón en la próxima relación sexual		.616**	.525**
Intención de usar condón en los próximos 6 meses			.745**

Nota: **La correlación es significativa a nivel de $p < 0,01$.

En el caso de los hombres, las correlaciones entre estas variables fueron más altas que las obtenidas con las mujeres, y solamente en ellos se encontró la correlación más alta entre la autoeficacia percibida para el uso correcto del condón y la intención de usarlo en la próxima relación sexual.

Tabla 14.

*Índice de correlación r de Pearson obtenido en la muestra de **hombres**, entre la Autoeficacia percibida para el uso correcto del condón y las intenciones de tener sexo y usar condón.*

	Intención de usar condón en la próxima relación sexual	Intención de usar condón en los próximos 6 meses	Intención de tener relaciones sexuales en los próximos 6 meses
Autoeficacia percibida para el uso correcto del condón	.413**	.487**	.486**
Intención de usar condón en la próxima relación sexual		.623**	.488**
Intención de usar condón en los próximos 6 meses			.664**

Nota: **La correlación es significativa a nivel de $p < 0,01$.

Tabla 15.

*Índice de correlación r de Pearson obtenido en la muestra de **mujeres**, entre la Autoeficacia percibida para el uso correcto del condón y las intenciones de tener sexo y usar condón.*

	Intención de usar condón en la próxima relación sexual	Intención de usar condón en los próximos 6 meses	Intención de tener relaciones sexuales en los próximos 6 meses
Autoeficacia percibida para el uso correcto del condón	.309**	.473**	.501**
Intención de usar condón en la próxima relación sexual		.592**	.481**
Intención de usar condón en los próximos 6 meses			.625**

Nota: ** La correlación es significativa a nivel de $p < 0,01$.

Por último, para conocer en qué medida la autoeficacia y las intenciones se relacionan con la frecuencia del uso del condón en toda la vida y en los últimos 3 meses, se estimó el índice de correlación r de Pearson considerando a todos los jóvenes con experiencia sexual, y por separado a hombres y mujeres, también con experiencia sexual. En el primer caso se encontró que la autoeficacia percibida para el uso correcto del condón se correlacionó significativamente únicamente con la frecuencia del uso del condón en toda la vida ($r=.216$, $p=.01$, $n=126$). En el mismo sentido, la intención de usar condón en la próxima relación sexual se correlacionó significativamente sólo con la frecuencia del uso del condón en toda la vida ($r=.192$, $p=.03$, $n=128$). La intención de usar condón en los próximos seis meses no se correlacionó con el uso del condón.

En la muestra de hombres con experiencia sexual, la autoeficacia percibida para el uso correcto del condón no se correlacionó significativamente con el uso del condón en toda la vida ni en los últimos tres meses. Sin embargo, la intención de usar condón en la próxima relación sexual se correlacionó significativamente con el uso del condón en toda la vida ($r=.283$, $p<.01$, $n=73$) y en los últimos tres meses ($r=.259$, $p<.02$, $n=75$).

Finalmente, en la muestra de mujeres con experiencia sexual, la autoeficacia percibida para el uso correcto del condón se correlacionó significativamente con el uso del condón en toda la vida ($r=.302$, $p<.02$, $n=55$) y en los últimos tres meses ($r=.280$, $p<.03$, $n=55$), pero la intención de usar condón en la próxima relación sexual y la intención de usarlo en los próximos seis meses no se correlacionaron con el uso del condón.

En síntesis, la autoeficacia percibida para usar correctamente el condón tuvo un impacto en la intención de usar condón, tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, sólo en las mujeres la autoeficacia influyó en el uso del condón en toda la vida y en los últimos tres meses; en los hombres fue la intención de uso del condón la que tuvo influencia en el uso del condón en toda la vida.

CAPÍTULO 5

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La presente investigación tuvo como objetivo evaluar en qué medida la intención y/o autoeficacia se asocian con el uso del condón en hombres y mujeres con discapacidad auditiva y experiencia sexual, y cómo la autoeficacia se asocia con la intención de utilizarlo en jóvenes sin experiencia sexual.

Para lograr este propósito, primero se analizó la experiencia sexual de los participantes, hallando que, de los 254 jóvenes que conformaron la muestra, poco más de la mitad había iniciado su vida sexual alrededor de los 16 años, y aunque tres cuartas partes planearon su primer encuentro, sólo la mitad utilizó un método anticonceptivo y una tercera parte optó por elegir el condón. Lo que podría sugerir que, uno de cada dos jóvenes sordos se encuentra en mayor riesgo de tener un embarazo no planeado y dos de cada tres de adquirir una ITS en su primer encuentro, y por lo tanto, esta población inicia su vida sexual llevando a cabo prácticas que pueden poner en riesgo su salud sexual, tal y como lo señalan Moinester et al. (2008) y Robles et al. (2013).

Asimismo, estos resultados corresponden a lo reportado por Robles et al. (2013) quienes realizaron un estudio con jóvenes sordos mexicanos, donde se reportó que la edad de debut sexual de esa muestra fue cerca de los 17 años, con un alto porcentaje de personas que planearon el primer encuentro (67.2%), pero donde la mayoría no empleó algún método de anticoncepción (71.9%).

Con relación a esta evidencia, autores como Gomez (2011) han señalado que las personas sordas inician su vida sexual a edades más tempranas que la población oyente, sin embargo, al comparar los datos recabados a partir de investigación en jóvenes mexicanos oyentes, es posible encontrar promedios que van de los 14 (Moreno et al., 2008) a los 17 años (Hurtado & Olvera, 2017), edades que no se encuentran por encima de la media aquí reportada.

No obstante, de acuerdo con Gayet y Gutiérrez (2014) iniciar la vida sexual antes de los 17 años podría ser considerado un inicio temprano de ésta, pues en México los 16 y 17 años son las edades que marcan el corte del primer cuartil en la distribución de edad del primer encuentro sexual. Ello resulta un hallazgo importante para este trabajo, pues a pesar de ser una población considerada como asexual (Job, 2004) inicia su vida sexual a una edad temprana, factor que llega a estar asociado con un mayor número de parejas sexuales y menor número de encuentros protegidos (Gayet & Gutiérrez, 2014; Espada et al., 2013).

Estos comportamientos que pueden llegar a poner en riesgo la salud se ven reflejados en el auto-reporte de conducta sexual de los participantes de esta investigación, donde se observó que sólo se han protegido en la mitad de sus encuentros sexuales (en promedio) pese a haber tenido más de una pareja sexual ($M=4.76$, $DE=6.98$) y parejas ocasionales, lo que aumenta su probabilidad de contraer ITS y tener embarazos no deseados (Robles & Guevara, 2017).

Para conocer las variables asociadas a las conductas previamente descritas en este trabajo se propuso analizar la autoeficacia percibida para el uso correcto del condón y las intenciones.

Respecto a la primera variable se encontró que, los jóvenes Sordos se percibieron con un bajo nivel de autoeficacia, dado que, en siete de los doce ítems que conforman dicho instrumento, las medias se encontraron por debajo de la media teórica y el resto apenas la superan. Asimismo, en el análisis de frecuencias es posible observar que cerca del 50% de los participantes se evaluaron con nula o escasa capacidad para colocar y retirar un condón de manera correcta.

Estos resultados contrastan con datos publicados por Pérez et al. (2019) en población oyente, donde se identificó que los promedios de estos mismos ítems fueron superiores a la media teórica, aún en aquellos pasos en los que reportaron

percibirse menos capaces como, identificar el lubricante que puede usarse con un condón de látex ($M=2.50$, $DE=1.014$), colocar el condón sin riesgo de que se deslice ($M= 3.04$, $DE= 0.868$), y portar un condón si riesgo de que éste se dañe ($M= 3.11$, $DE= 0. 0.923$); pasos que, en el caso de los participantes de esta investigación, también tuvieron los promedios más bajos pero que van de, $M=1.76$ ($DE=1.05$), $M=1.86$ ($DE=1.05$), y $M=1.68$ ($DE=1.02$) respectivamente y, que a diferencia de la población oyente presentan una desviación estándar que se separa un punto de la media, lo que podría estar teniendo un impacto sobre la consistencia en el uso del condón y su uso correcto, pues de acuerdo con Bandura (1977) la autoevaluación que se hace sobre las capacidades propias tiene un impacto importante sobre el desempeño.

Con relación a las intenciones, una primera lectura de los datos dio cuenta de que, una proporción importante de jóvenes consideró que sus posibilidades de tener relaciones sexuales en los próximos seis meses eran nulas (40.7%), porcentaje que debe de leerse bajo el contexto de que, cerca de la mitad de los jóvenes no había debutado sexualmente por lo que es probable que su evaluación esté en función de si han tenido o no prácticas sexuales y/o encuentros sexuales seguros, que determinen si están considerando tener relaciones sexuales con penetración en los próximos seis meses.

Bajo este contexto es importante resaltar que del 59.3% de personas que sí consideraron que podrían tener relaciones sexuales, más de una tercera parte no cree usar el preservativo, ya sea en el próximo encuentro o en los siguientes seis meses. Resultados que contrastan con estudios realizados en población oyente, donde se ha identificado que la mayoría de las personas sexualmente activas tienen intenciones de usar el preservativo en los próximos encuentros, sobre todo cuando tienen pajas ocasionales (Cunill et al., 2012; Jiménez, 2010; Sánchez & Correa, 2017), aunque este último aspecto no fue evaluado en la presente investigación podría ser considerado en próximos estudios, tomando en cuenta

que, de acuerdo a los datos reportados por los participantes de esta investigación llegan a tener hasta cuatro parejas ocasionales en promedio.

En atención a los objetivos se procedió a realizar el análisis de diferencias de grupos y de correlación tomando en consideración el sexo y la experiencia sexual de los participantes.

De acuerdo con los hallazgos que se reportan en la literatura de investigación con población oyente, en las que se señala de manera consistente las diferencias entre hombres y mujeres con relación al nivel de autoeficacia (Ballester et al., 2013; López-Rosales & Moral de la Rubia, 2001; Pérez et al., 2019; Uribe, Bahamon, Reyes, Trejos, & Alarcon, 2017) y las intenciones sobre el uso del condón (Cunill et al., 2012; Cassamo, Planes, & Gras, 2008), en contraste a lo reportado, en el presente trabajo no se observaron dichas diferencias, sin embargo esta discrepancia debe ser interpretada en función de las características de la población que participó en este estudio, considerando su condición bilingüe y bicultural (García, 2010) que podrían estar impactando los roles de género que se tienen durante el encuentro sexual, como los que menciona Ballester et al. (2013) donde los hombres se sienten más capaces de utilizar el condón debido a sus características biológicas.

A diferencia del sexo de los participantes, la experiencia sexual sí mostró estar asociada al nivel de autoeficacia y a las intenciones de tener relaciones sexuales y de usar el condón, encontrando que aquellas personas que no han tenido relaciones sexuales se perciben menos capaces de llevar a cabo cada uno de los pasos conductuales para colocar y retirar un condón de manera correcta y, también tienen menos intenciones tener relaciones sexuales y de usar condón. Ello podría sugerir que, los jóvenes sordos inician su vida sexual con escasas herramientas para tomar decisiones informadas y llevar a cabo comportamientos proventivos, de modo que aprenden sobre la marcha con base a su experiencia (Robles et al., 2013).

Una de las hipótesis que se cumplió en este estudio, fue la relación entre la autoeficacia y las intenciones de tener relaciones sexuales y usar condón, lo que muestra lo ya reportado por Fisher y Fisher (1992) que incluyeron estas dos variables en el modelo IMB, asociadas a la conducta de prevención.

Ello puede apreciarse en el análisis de correlación que se llevó a cabo con toda la muestra, donde se demostró que la autoeficacia está relacionada con las intenciones de tener relaciones sexuales y, de usar condón en el próximo encuentro y en los próximos seis meses; también se observa que la magnitud de la r aumenta cuando las intenciones en el uso del condón se evalúan a largo plazo, lo que explica el 42.1% de la varianza entre las intenciones de tener relaciones sexuales y protegerse en los siguientes seis meses. Es decir, para promover encuentros sexuales protegidos es necesario considerar los futuros encuentros sexuales para que éstos se planifiquen e incrementen las intenciones de usar el condón (Moreno et al., 2008).

Asimismo, en la presente tesis se muestra que las magnitudes de dichas correlaciones aumentan en medida de la temporalidad (próximo encuentro sexual o próximos seis meses), el sexo de los participantes y la experiencia sexual, los cuales dan luz sobre aspectos que deben ser considerados en futuros trabajos con población sorda.

En este mismo sentido, es importante señalar que en el análisis de correlación demostró que, a pesar de no haber encontrado diferencias por sexo, en las correlaciones de autoeficacia e intenciones de usar condón en el próximo encuentro y en los siguientes seis meses, los hombres, en comparación con las mujeres, presentaron correlaciones más altas entre la autoeficacia y las intenciones de tener relaciones sexuales en los próximos seis meses.

También se observó que la experiencia sexual incrementa la magnitud de la relación entre autoeficacia e intenciones de usar el condón en el próximo encuentro y tener relaciones sexuales, en comparación con los jóvenes sin experiencia, en tanto que éste último grupo mostro mejorar la magnitud de la relación cuando se hacen proyecciones a largo plazo, es decir entre autoeficacia e intención del uso del condón en los siguientes seis meses. Estos datos sugieren que los jóvenes sin experiencia podrían estar evaluando las conductas de autoeficacia y de uso del condón como sencillas, en medida que pueden aplazar el encuentro sexual, mientras que al corto plazo no lo perciben así, caso contrario a los jóvenes con experiencia sexual quienes podrían considerar que al corto plazo pueden llevar a cabo estas conductas, pero no en un periodo más prolongado.

Finalmente, al analizar la autoeficacia percibida para usar correctamente el condón y las intenciones de su uso sobre la conducta se encontró que, en las mujeres la autoeficacia influyó en el uso del condón en toda la vida y en los últimos tres meses; mientras que en los hombres fue la intención de uso del condón la que tuvo influencia sobre su uso a lo largo de toda la vida. Ello muestra la importancia de ambas variables en la conducta de prevención, sin embargo, los bajos puntajes en autoeficacia e intenciones en el uso del condón hace evidente la falta de oportunidades para esta población, sobre todo si se compara con su contraparte oyente.

Con base en los resultados obtenidos, se hace visible la necesidad de implementar programas de intervención que vayan dirigidos a los jóvenes sordos que aún no han iniciado su vida sexual con el fin de que cuando la inicien, posean conocimientos y habilidades que los lleve a tener comportamientos preventivos (Robles et al., 2013) y no se aprendan estas prácticas saludables durante la marcha, tal y como lo sugieren los resultados encontrados en esta investigación. Sobre todo, si se tiene presente que en México la educación sexual es deficiente y deja de lado a los grupos más vulnerables. Además de que se centra,

mayormente 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 (Campero et al., 2013; Moreno et. al., 2008), sin considerar las características comunicativas de las personas sordas, lo que afecta su acceso a dicha educación (García, 2010)

A menudo, en las instituciones sanitarias, no se proporcionan alternativas para que los formatos de sus programas de prevención y de difusión de información de salud sexual y reproductiva, sean accesibles para sectores vulnerables. Sin embargo, los materiales accesibles para personas con algún tipo de discapacidad son limitados, como lo son textos en Braille, con letra grande, con lenguaje sencillo, cuadros, y/o en lengua de señas. Asimismo, los bajos niveles de alfabetización entre las personas con discapacidad en los países en desarrollo han limitado la educación formal y el acceso a la educación sexual en las escuelas, por lo que carecen de conocimientos adecuados sobre su salud (Wilson & Monaghan, 2006; Groce, 2004 en Mprah, 2013).

Aunado a lo anterior, se puede decir que la existencia de barreras y limitaciones sociales, así como la de mitos en torno a la educación sexual de los jóvenes Sordos, les dificulta el poder expresar apropiadamente su sexualidad, por tal motivo, es necesaria la disponibilidad de intérpretes certificados que garanticen la confidencialidad para que esta población acuda a recibir atención médica e incluir la capacitación del personal de salud implementando un trabajo multidisciplinario que permita brindarles una atención oportuna (Castillo, 2010; Bárcena et al., 2017; Oyedunni et al., 2013)

En conclusión, se puede decir que los jóvenes Sordos necesitan recibir información verídica respecto a los problemas de salud sexual y entrenamiento en habilidades conductuales que han demostrado favorecer la autoeficacia y las

intenciones de llevar a cabo conductas de prevención que a su vez anteceden a la ejecución de dicho comportamiento (Fisher & Fisher, 1992).

Una de las limitaciones del estudio podría asociarse al tamaño de la muestra, no obstante, debe considerarse que esta población pertenece a un sector de difícil acceso que en referencia a otros estudios (Gomez, 2011; Robles et al., 2013; Sangowawa et al., 2009) es un tamaño de muestra suficiente para obtener información relevante sobre un sector poco estudiado en este terreno y las variables asociadas al mantenimiento de la salud sexual de estas personas, asimismo, debe ponerse a consideración que el instrumento utilizado y su construcción puede garantizar la validez y la confiabilidad de los datos recabados, así como el anonimato de los participantes.

REFERENCIAS

- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. <https://doi.org/10.1080/08870446.2011.613995>
- Anderson, M., & Kobek, C. (2013). Violence Against Deaf Women: Effect of Partner Hearing Status. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education* 19(3), 411-421. <https://doi.org/10.1093/deafed/ent053>
- Angarita, E., & Calzada, D. (2015). Concepción de sexualidad en la población en condición de discapacidad auditiva perteneciente a la asociación de sordos de Barrancabermeja. *Revista Nacional e Internacional de Educación Inclusiva*, 8(3), 107-120. Recuperado de <https://revistaeducacioninclusiva.es/index.php/REI/article/view/93/90>
- Ballester, R., Gil-Lario, 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. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.1.124601>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2), 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bárcena, S., Guevara, Y., & Álvarez, E. (2017). Características de padre 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., Robles, S., & Díaz-Loving. (2013). El papel de los padres en la salud sexual de sus hijos. *Acta de Investigación Psicológica*, 3(1), 956-968. [https://doi.org/10.1016/S2007-4719\(13\)70945-1](https://doi.org/10.1016/S2007-4719(13)70945-1)
- Bermúdez, M., Herencia-Leva, A., & Uribe-Rodríguez, A. F. (2009). Versiones fuerte y débil del modelo de información-motivación-habilidades conductuales en la predicción del uso del preservativo. *Revista*

- Latinoamericana de Psicología*, 41(3), 587-598. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v41n3/v41n3a13.pdf>
- Bureau International d'Audiophonologie (1997). *Recomendaciones*. Lisboa: Bureau International D'Audiophonologie. Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/libro_biap_audiologia.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(3), 299-307. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2013/gm133i.pdf>
- Cassamo, H., Planes, M., & Gras, M. E. (2008). Uso del preservativo en estudiantes de secundaria de Mozambique. Diferencias en razón del género y del tipo de pareja. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y psiquiatría de enlace*, 86(87), 60-66. Recuperado de <https://dugidoc.udg.edu/handle/10256/1512>
- Castaño, P., Arango, T., Morales, M., Rodríguez, B., & Montoya, M. (2012). Consumo de drogas y prácticas sexuales de los adolescentes de la ciudad de Medellín (Colombia). *Revista Adicciones*, 24(1), 347-363. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2891/289124639009.pdf>
- Castillo, J. (2010). La sexualidad en personas con discapacidad. ¿Ficción o realidad?. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*, 2(1), 51-58. Recuperado de <http://revrehabilitacion.sld.cu/index.php/reh/article/view/50/17>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2013). *Condom fact sheet in brief*. Recuperado de <https://www.cdc.gov/condomeffectiveness/docs/condomfactsheetinbrief.pdf>
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida. (2016). *El Condón (Preservativo). No te dejes engañar... el Condón Sí funciona*. Recuperado de <https://www.gob.mx/censida/es/articulos/el-condon-preservativo?idiom=es>

- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida. (2019). *Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización al cierre de 2019*. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/533424/RN_4o_Trim_2019.pdf
- Consejo Nacional de Fomento Educativo. (2010). *Discapacidad auditiva. Guía didáctica para la inclusión en educación inicial y básica*. Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/106806/discapacidad-auditiva.pdf>
- Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad. (2016). *Lengua de Señas Mexicana (LSM)*. Recuperado de <https://www.gob.mx/conadis/articulos/lengua-de-senas-mexicana-lsm>
- Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad. (2019). *Día mundial de la Lengua de Señas Mexicana (LSM)*. Recuperado de <https://www.gob.mx/conadis/articulos/dia-nacional-de-la-lengua-de-senas-mexicana-lsm-203888>
- Cunill, M., Gras, M., Planes, M., & Serdá, B. (2012). Predictores de la intención de uso del preservativo entre adolescentes. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 104, 9-18. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4394085>
- Del Castillo, A., Mayorga, L., Guzmán, R., Escorza, F., Gutiérrez, G., Hernández, M., & Juárez, E. (2012). Actitud hacia el uso del condón y autoeficacia en la prevención del VIH_SIDA en estudiantes de psicología de la UAEH. *Revista científica electrónica de psicología*, 13, 28-55. Recuperado de https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/5267/delcastillo_articulo-1.pdf
- División de Educación General del Ministerio de Educación de Chile. (2007). *Guía de apoyo técnico-pedagógico: Necesidades educativas especiales en el nivel de educación parvularia*. Recuperado de <http://especial.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/31/2016/08/GuiaAuditiva.pdf>

- Elliott, S. (2010). Parents Constructions of Teen Sexuality: Sex Panics, Contradictory Discourses, and Social Inequality. *Symbolic interaction*, 33(2), 191-212. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1525/si.2010.33.2.191>
- Encuesta Nacional de Juventud. (2012). *Encuesta nacional de juventud 2010, resultados generales*. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/82121/enej_2012_DF.pdf
- Espada, J. Morales, A., & Orgilés, M. (2014). Riesgo sexual en adolescentes según la edad de debut sexual. *Acta Colombiana de Psicología*, 17(1), 53-60. <https://doi.org/10.14718/ACP.2014.17.1.6>
- Fisher, J., & Fisher, W. (1992). Changing AIDS risk behavior. *Psychological Bulletin*, 111(3), 455-474. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.111.3.455>
- 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. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/268093374.pdf>
- Gayet, C., & Gutiérrez, J. P. (2014). Calendario de inicio sexual en México. Comparación entre encuestas nacionales y tendencias en el tiempo. *Salud Pública de México*, 56(6), 638-647. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=55250>
- 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>
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2017). *Derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad*. Recuperado de <https://www.gob.mx/inmujeres/articulos/derechos-sexuales-y-reproductivos-de-las-personas-con-discapacidad?idiom=es>
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2018). *Cartilla de derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas con discapacidad*. Recuperado de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/cartilla_dsdrpd_follet

- o.pdf?fbclid=IwAR0ceCVw0ybuMtW6-
iXDFRSQ2zUa3P4fhMaOITqKLZJOkw2P83tb2YH-pGk
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2019). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*. Recuperado de <https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-33454>
- Issler, J. (2001). Embarazo en la adolescencia. *Revista de posgrado de la VI cátedra de Medicina*, 107, 11- 23. Recuperado de <https://www.uv.es/~reguera/nuevosmedios/videoconferencia/informe%5B1%5D.htm>
- 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. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/292/29213133008.pdf>
- Job, J. (2004). Factors involved in the ineffective dissemination of sexuality information to individuals who are deaf or hard of hearing. *American Annals of the Deaf*, 149(3), 264-273. Recuperado de <https://www.jstor.org/stable/26234671>
- Jones, D. (2010). Diálogo entre padres y adolescentes sobre sexualidad: Discursos morales y médicos en la reproducción de la desigualdad de género. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 14, 171-182. Recuperado de <https://www.scielo.org/pdf/icse/2010.v14n32/171-182/es>
- Kajula, L., Sheon, N., De Vries, H., Kaaya, S., & Aaro, L. (2014). Dynamics of Parent- Adolescent Communication on Sexual Health and HIV/AIDS in Tanzania. *AIDS & Behavior*, 18(1), 69-74. <https://doi.org/10.1007/s10461-013-0634-6>
- López-Rosales, F., & Moral de la Rubia, J. (2001). Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del SIDA en adolescentes. *Salud pública de México*, 43, 421-432. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v43n5/6721.pdf>

- Méndez, I., Namihira, D., Moreno, L., & Sosa, C. (2001). *El protocolo de investigación. Lineamientos para su elaboración y análisis*. México: Trillas.
- Moinester, M., Gulley, S., & Watson, S. (2008). The nature of risk: HIV/AIDS and the deaf community in the United States. *Disability Studies Quarterly Fall*, 28(4). <http://dx.doi.org/10.18061/dsq.v28i4.144>
- Moreno, D., Rivera, B., Robles, S. Barroso, R., Frías, B., & Rodríguez, M. (2008). Características del debut sexual de los adolescentes y determinantes del uso consistente del condón desde el análisis contingencial. *Psicología y salud*, 18(2), 207-225. Recuperado de <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/663>
- Mprah, W. (2013). Perceptions about Barriers to Sexual and Reproductive Health Information and Services among Deaf People in Ghan. *Disability, CBR y Inclusive Development Journal*, 24(3), 21-36. <https://doi.org/10.5463/dcid.v24i3.234>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *El embarazo en la adolescencia*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Organización Mundial de la Salud. (2019a). *Desarrollo en la adolescencia*. Recuperado de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2019b). *Salud sexual*. Recuperado de https://www.who.int/topics/sexual_health/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2019c). *VIH/SIDA datos y cifras*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- Organización Mundial de la Salud. (2019d). *Infecciones de Transmisión Sexual*. Recuperado de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- Organización Mundial de la Salud. (2019e). *Discapacidades*. Recuperado de <https://www.who.int/topics/disabilities/es/>

- Organización Mundial de la Salud. (2019f). *Sordera y pérdida de la audición*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (2018). *Comunicaciones breves relacionadas con la sexualidad. Recomendaciones para un enfoque de salud pública*. Recuperado de http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49504/9789275320174_spa.pdf?ua=1
- Osorio, A., Álvarez, A., Hernández, V., Sánchez, M., & Muñoz, L. (2017). Relación entre asertividad sexual y autoeficacia para prevenir el VIH/SIDA en jóvenes universitarios del área de la salud. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 7(14). <http://dx.doi.org/10.23913/ride.v7i14.264>
- Oyedunni, A., Musibau, T., Nathanael, A., Oyediran, O., & Onyekwere, N. (2013) Experiences of Girls with Hearing Impairment in Accessing Reproductive Health Care Services in Ibadan, Nigeria. *African Journal of Reproductive Health*, 17(1), 85-93. Recuperado de <https://www.ajol.info/index.php/ajrh/article/view/86434>
- Paz, M., & Salamanca, M. (2009). Elementos de la cultura sorda: una base para el currículum intercultural. *Revista de Estudios y Experiencias en Educación*, 8(15), 31-49. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243116377002>
- Pérez, Y., & Robles, S. (agosto 2017). Propiedades psicométricas de un instrumento que mide autoeficacia percibida para usar el correctamente el condón, en una muestra de jóvenes universitarios. En J. Mancilla (Presidencia). *XXXVI Coloquio de Investigación FES Iztacala*. Coloquio llevado a cabo en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Tlalnepantla.
- Pérez, Y., Robles, S., Guevara, Y., & Díaz-Loving, R. 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>

- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. (2015). *UNFPA, OMS y ONUSIDA: Declaración sobre los preservativos y la prevención del VIH, otras infecciones de transmisión sexual y el embarazo no deseado*. Recuperado de http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2015/july/20150702_condoms_prevention
- Robles, S. y Díaz-Loving, R. (2011). *Validación de la Encuesta Estudiantil sobre Salud Sexual (EESS)*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Robles, S., & Guevara, Y. (2017). Comportamientos de riesgo y abuso sexual en varones y mujeres con discapacidad visual o auditiva. *Revista Española de Discapacidad*, 5 (1), 133-151. <https://doi.org/10.5569/2340-5104.05.01.08>
- Robles, S., 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. Recuperado de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=340bbc6f-b8ae-4b54-8fb8-32077811e494%40sessionmgr4008>
- Robles, S., Guevara, Y., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M., & Bárcena, S. (2015). Factores relacionados con embarazo no deseado y abuso sexual en jóvenes mexicanos con discapacidad auditiva: evaluación e intervención. Informe técnico núm. 1, PAPIIT/DGAPA/UNAM. Número de páginas 41. Fecha: 13/diciembre/2015.
- Robles, S., Rodríguez, M., Frías, B. y Moreno, D. (2014). Indicadores del uso eficaz del preservativo. *Revista puertorriqueña de psicología*, 25(2), 244-258. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2332/233245622006.pdf>
- 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. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/33648/30716>

- Sánchez, E., & Correa, F. (2017). Intención hacia el uso del condón. *Jóvenes en la ciencia*, 3(1), 433-437. Recuperado de <http://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/869/pdf1>
- Sangowawa, O., Owoaje, E., Faseru, B., Ebong, I., & Adekunle, B. (2009). Sexual practices of deaf and hearing secondary school students in Ibadan, Nigeria. *Annals of Ibadan Postgraduate Medicine*, 7(1), 26-30. <https://doi.org/10.4314/aipm.v7i1.64060>
- Secretaría de Educación Pública. (2012). *Educación pertinente e inclusiva. La discapacidad en educación indígena. Guía-Cuaderno 2: Atención educativa de alumnos y alumnas con discapacidad auditiva*. Recuperado de <https://educacionbasica.sep.gob.mx/multimedia/RSC/BASICA/Documento/201611/201611-3-RSC-4mQsFMjla7-guia-cuaderno2-auditiva.pdf>
- Siré, S. (2017). *Sordera: construyendo verdades y derribando pensares sociales. Montevideo, Uruguay*. Recuperado de <https://cultura-sorda.org/sordera-construyendo-verdades-y-derribando-pensares-sociales/>
- Uribe, J., Bahamon, M., Reyes, L., Trejos, A., & Alarcon, Y. (2017). Percepción de autoeficacia, asertividad sexual y uso del condón en jóvenes colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*, Vol. 20, no. 1 (ene.-jun. 2017); p. 203-211. <http://www.dx.doi.org/10.14718/ACP.2017.20.1.10>
- Uribe, J., Riaño, M., Bonilla, N., Carrillo, S., Hernández, Y., & Bahamón, M. (2017). Percepción de autoeficacia vs. rechazo del uso del condón en las prácticas sexuales de mujeres y hombres jóvenes. *Psicogente*, 20(37), 25-35. <http://doi.org/10.17081/psico.20.37.2416>
- Valdés, M. (2015). *Nivel de educación sexual en personas con discapacidad auditiva y su relación con la prevención de abuso sexual*. (Tesis de maestría). Recuperado de <http://eprints.uanl.mx/9667/1/1080215030.pdf>
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina interna*, 33(1), 7-11. Recuperado de <https://biblat.unam.mx/hevila/Archivosde medicinainterna/2011/vol33/no1/3.pdf>

Villegas, N., Ferrer, L., Cianelli, R. Miner, S. Lara. L., & Peragallo, N. (2011). Conocimientos y autoeficacia asociados a la prevención del VIH y SIDA en mujeres chilenas. *investigación y educación en enfermería*, 29(2), 222–229. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4183347/pdf/nihms412908.pdf>