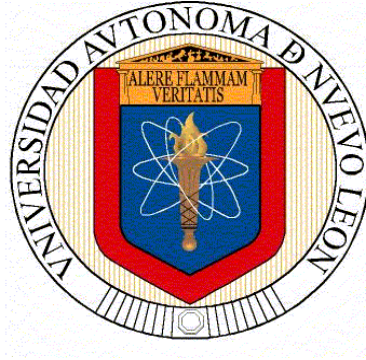


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**“ADAPTACIÓN DE INSTRUMENTOS DIAGNÓSTICOS
DE CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO PARA
PERSONAS CON SORDERA”**

Tesis que presenta:

LAURA ABIGAIL SILVEIRA GARCÍA

Como requisito parcial para obtener el grado de:

**MAESTRÍA EN CIENCIAS
CON ORIENTACION EN PSICOLOGIA DE LA SALUD**

MONTERREY, N. L., MÉXICO, NOVIEMBRE DE 2020

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO

**MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA
SALUD**



**ADAPTACIÓN DE INSTRUMENTOS DIAGNÓSTICOS DE CONDUCTAS
SEXUALES DE RIESGO PARA PERSONAS CON SORDERA**

**TESIS COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS**

PRESENTA:

LAURA ABIGAIL SILVEIRA GARCÍA

DIRECTOR DE TESIS:

FUENSANTA LÓPEZ ROSALES

MONTERREY, N. L., MÉXICO, DE NOVIEMBRE DE 2020



29 de Septiembre de 2020

COMITÉ DE MAESTRIA EN CIENCIAS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UANL
PRESENTES

Apreciables Miembros del comité de tesis:

Por este conducto confirmo a ustedes mi autorización para que la tesis

Adaptación de instrumentos diagnósticos de conductas sexuales de riesgo para personas con sordera

tesis como requisito parcial para obtener el grado de maestría en ciencias

Presentada por la Lic. Laura Abigail Silveira García de la Maestría en Ciencias con Orientación en Psicología de la Salud

Es considerada tesis concluida. Puede continuar con el proceso de trámite de actas para examen de grado y

Sin otro particular, quedo de ustedes

ATENTAMENTE

" Alere Flammam Veritatis"

Monterrey, N. L., a 29 de Septiembre del 2020

Dra. Fuensanta López Rosales
Facultad de Psicología
Universidad Autónoma de Nuevo León

29 de septiembre de 2020

COMITÉ DE MAESTRIA EN CIENCIAS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

UANL

PRESENTE

Apreciables Miembros del comité de tesis:

Por este conducto confirmo a ustedes mi autorización para que la tesis ADAPTACIÓN DE INSTRUMENTOS DIAGNÓSTICOS DE CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO PARA PERSONAS CON SORDERA, la cual funge como requisito parcial para obtener el grado de maestría en ciencias, presentada por la Lic. LAURA ABIGAIL SILVEIRA GARCIA, se considera tesis concluida. Puede continuar con el proceso de trámite de actas para examen de grado.

Sin otro particular, quedo de ustedes

A T E N T A M E N T E

" Alere Flammam Veritatis"

Monterrey, N. L., a 29 de septiembre del 2020


Cirilo F. Garcia Cadeña, PhD

Facultad de Psicología

Universidad Autónoma de Nuevo León

Ccp. Lic. Laura A. Silveira Garcia

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO

**MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA
SALUD**

La presente tesis titulada "Adaptación de instrumentos diagnósticos de conductas sexuales de riesgo para personas con sordera." presentada por Laura Abigail Silveira García ha sido aprobada por el comité de tesis.

Dra. Fuensanta López Rosales
Director de tesis

Dr. Cirilo H. García Cadena
Revisor de tesis

M.C. Enrique García García
Revisor de tesis

Monterrey, N. L., México, noviembre de 2020

DEDICATORIA

A mis padres Raúl y Adriana, por apoyarme durante todo el trayecto hasta conseguirlo.

A mi tío Félix, por transmitir su amor al conocimiento y por demostrar en vida que las barreras se pueden romper.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por la beca otorgada, sin la cual mis estudios no hubieran sido posibles. Así como al personal docente y administrativo del posgrado de la Facultad de Psicología.

A mi directora de tesis, la Dra. Fuensanta López Rosales, por sus enseñanzas, su guía en el camino de la investigación y su motivación para seguir preparándome. A mi comité de tesis, Dr. Cirilo García Cadena y Mtro. Enrique García García, por sus sugerencias para este trabajo.

Al Dr. José Luis Jasso Medrano por su disposición y paciencia para aclarar mis dudas, a la Dra. Raquel Alicia Benavides Torres por brindarme un espacio y por su entusiasmo a este proyecto. Al Dr. José Luis Fuertes de la Universidad Politécnica de Madrid, por su consejo durante la estancia de investigación.

Este proyecto no hubiera sido posible sin la colaboración del maestro Víctor Flores González, así como de los maestros e intérpretes de la Universidad Tecnológica Santa Catarina y Centro de Atención para Estudiantes con Discapacidad (CAED) gracias por su participación, por sus orientaciones y el enorme trabajo que realizan día con día. A todos, mi profundo reconocimiento.

Gracias a mis padres, Raúl y Adriana y a mis hermanos, Raúl y Alejandro, por su amor incondicional y su apoyo para continuar mis estudios. A toda mi familia presente o que se ha adelantado, por ser una luz en los tiempos difíciles.

A mi compañero y pareja, Juan Ramón Becerra por estar conmigo desde los primeros pasos de este trayecto, brindándome su apoyo en todos los aspectos. A los amigos que hice durante la maestría, Jorge, Gaby, Itze, Edith, Ana, Puri, Antonio, Claudio y Roberto ¡gracias por tantas aventuras!

A mis mejores amigos Sonia, Natalie Adrián, Víctor, Demian y Jony por su compañía durante esta etapa, aun en la distancia y por sus ánimos cuando más lo necesité.

RESUMEN

Se realizó la adaptación a Lengua de Señas Mexicana de los siguientes instrumentos: Escala Provisión Social para Sexo Seguro (apartado de amigos), Escala de Autoeficacia para la Prevención del SIDA, Escala de Conducta Sexual y el Cuestionario de Violencia Sufrida de Pareja (apartado de violencia sufrida), para conocer factores psicosociales de riesgo o protección de conductas sexuales en jóvenes con sordera, con el propósito de proporcionar herramientas que permitan conocer las necesidades y problemáticas de éste ámbito, ya que la documentación encontrada, indica altos niveles de vulnerabilidad a prácticas sexuales de riesgo y, por lo tanto, a que se presenten Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y sida y abuso sexual. Este estudio se llevó a cabo en tres fases. La primera consistente en acercamiento a la población objetivo, por medio de un diseño cualitativo con entrevistas semiestructuradas a tres intérpretes cercanos a la comunidad. La segunda fase, tuvo un diseño mixto, e implicó la interpretación, grabación y traducción inversa de los instrumentos y finalmente, la tercera fase un estudio con un diseño no experimental, exploratorio de tipo transversal, en el que los instrumentos adaptados, más la cédula de datos, se aplicaron a 25 jóvenes con sordera, escolarizados con un rango de edad entre 18 a 22 años. Los instrumentos reportaron una consistencia interna aceptable.

Palabras clave: sordera, sexualidad, prevención, lengua de señas mexicana.

ABSTRACT

The following instruments were adapted to Mexican Sign Language: Social Provision Scale for Safe Sex (friends section), Self-efficacy for AIDS Scale, Sexual Behavior Scale and Couple Violence Questionnaire (section on violence suffered), to explore psychosocial risk and protection factors for sexual behaviors in young people with deafness, of providing an adapted tool that aim to learn the needs and problems of this area, since the documentation available indicate higher levels of vulnerability to risky sexual behaviors, therefore a higher possibility to get a sexually transmitted infections, HIV, AIDS and to suffer sexual abuse. This study was carried out in three phases. The first one consists in approaching the population, through a qualitative design with semi-structured interviews to three LSM interpreters who are close to the deaf community to complement the information. The second phase, had a mixed design, and involved the interpretation, recording and back translation of the instruments and finally, the third phase, it's a non experimental design, exploratory cross type, in which the four instruments plus the sociodemographic form was applied to 25 young students with deafness in an age range of 18-22. The instruments reported acceptable internal consistency.

Key words: Deafness, sexuality, prevention, online, sign language

ÍNDICE

Agradecimientos.....	v
Resumen.....	vii
CAPÍTULO I.....	13
INTRODUCCIÓN	13
Definición del Problema	15
Justificación de la Investigación	15
Objetivo General	16
Objetivos específicos:	17
Limitaciones y Delimitaciones	17
CAPÍTULO II.....	18
MARCO TEÓRICO.....	18
Conducta sexual de riesgo	18
Incidencia de las conductas sexuales de riesgo	18
Vulnerabilidad de las personas sordas a las conductas sexuales de riesgo	19
Conductas sexuales de las personas sordas.....	21
Violencia de pareja y abuso sexual a personas sordas	22
Aspectos psicosociales y salud sexual en personas sordas	24
Sordera	27
Características de la comunidad Sorda	28
Aspectos psicológicos y salud mental de la persona sorda	30
Teorías de la identidad del sordo	31
Educación, Lenguas de Señas y lectoescritura	32
Modelos teóricos probados en personas sordas	33
Adaptación de instrumentos para personas con sordera	33
Modelo de Resiliencia Sexual	37
Factores de riesgo	38
Factores de protección	41
Accesibilidad web.....	44
Pautas de Accesibilidad Web	44
Aportes a la creación de webs para personas sordas	46

Estudios del uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) por los sordos.....	46
CAPÍTULO III	50
MÉTODO	50
Participantes	51
Paso 3 a la 6:	51
Instrumentos	52
Procedimiento	53
Fase 1	53
Primer paso:	53
Segundo paso:	54
Tercer paso	54
Fase 2	55
Cuarto paso	55
Quinto paso	57
Sexto paso.....	58
Fase 3	59
Séptimo paso.....	59
Octavo paso	60
Diseño utilizado:.....	61
Recolección de Datos:	61
Análisis de Datos:.....	62
CAPÍTULO IV	64
RESULTADOS	64
CAPÍTULO V	83
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	83
CONCLUSIONES.....	89
LIMITACIONES	90
REFERENCIAS	91
ANEXOS	100
ANEXO 1.....	101
Guía de entrevista semiestructurada	101
ANEXO 2.....	102
Cédula de datos	102
ANEXO 3.....	104
Escala Provisión Social para Sexo Seguro	104

ANEXO 4.....	106
Escala de Autoeficacia para la Prevención del SIDA (SEA-27).....	106
ANEXO 5.....	109
Escala de Conducta Sexual (Mujeres/Hombres)	109
ANEXO 6.....	113
Cuestionario de Violencia Sufrida	113
ANEXO 7.....	115
Traducciones inversas	115

Índice de Tablas y Figuras

Tablas

Tabla 1. Instrumentos de “Reconéctate” conservados y descartados.	55
Tabla 2. Ejemplo de la modificación de ítems de la escala SEA-27	58
Tabla 3. Características sociodemográficas de los participantes	74
Tabla 4. Pruebas de normalidad Shapiro-Wilk	75
Tabla 5. Consistencia interna de los instrumentos	75
Tabla 6. Correlaciones inter-item de Escala de Provisión Social para Sexo Seguro (apartado de amigos)	76
Tabla 7. Conductas de riesgo de la muestra	78
Tabla 8. Uso del condón durante los diferentes encuentros sexuales	78
Tabla 9. Respuestas en Escala de Provisión Social para Sexo Seguro (apartado de amigos)	79
Tabla 10. Correlaciones bivariadas del coeficiente Rho de Spearman	82

Figuras

Figura 1. Ejemplo del estilo de respuesta pictórico	36
Figura 2. Captura de la interpretación en video del primer ítem del SEA-27	58
Figura 3. Muestra del despliegue de opciones tras seleccionar una opción	60

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

En México, la dificultad auditiva representa la tercera discapacidad más frecuente en el país, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2010). Los datos ofrecidos por INEGI, cabe destacar, no distinguen diversas características referentes a la pérdida auditiva, como son: el nivel auditivo de los sujetos, desde cuándo tiene este nivel o cómo ocurrió, entre otras cuestiones (Estrada, 2008).

Las personas con sordera conforman un grupo muy diverso, como lo observan Díez Abella y León (2011), quienes señalan que la manera en que la sordera afecta la vida de la persona, estará matizada por el grado y tipo de pérdida auditiva, el momento de la aparición, los recursos para enfrentar las limitaciones y su entorno social, familiar o escolar.

Cabe señalar que las personas con sordera profunda desde el nacimiento o a temprana edad, comúnmente se autoperciben como una comunidad, la comunidad Sorda (con S mayúscula, a diferencia de la definición clínica), que se definen por sus sentimientos de identidad grupal y el uso de la Lengua de Señas Mexicana (LSM) como principal método de comunicación (Francisco Martínez, 2011).

Especialmente dentro de la comunidad sorda, se han investigado diversas problemáticas referentes a la salud, entre ellas, la sexual. Por ejemplo, aunque es desconocida la prevalencia del VIH, los estudios que existen, sugieren niveles de infección iguales o superiores a los del resto de la comunidad (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA], Organización Mundial de la Salud [OMS] & Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos [OACDH], 2008).

En 1998, Fitz-Gerald y Fitz-Gerald, en un recuento de estudios sobre la sexualidad de personas sordas, encontraron que sus niveles de conocimientos en esta temática y de transmisión del VIH/SIDA, muestran diferencias significativamente menores comparado con las personas oyentes. Estudios internacionales posteriores como los de Bat-Chava, Martin y Kosciw (2005), Bisol, Sperb, Brewer, Kato y Shor-Posner (2008), Groce, Yousafzai y Van der Maas (2007), Heutel y Rothstein (2001), Zodda (2015) continúan mostrando resultados similares.

También se han descubierto altos índices de abuso sexual (Groce & Trasi, 2004; Joseph, 2000; Roberts Francavillo, 2009).

Se ha analizado que uno de los obstáculos que enfrentan los Sordos tanto en la vida cotidiana, como en lo referente a la prevención de las conductas sexuales de riesgo y VIH/SIDA son las barreras en la comunicación, ya que la falta de audición impacta en la adquisición de la lectoescritura (Bat-Chava et al., 2005; Moinester, Gulley, & Watson, 2008; Suter, McCracken, & Calam, 2012; Téllez Trejo, 2005) y quienes lo consiguen, muestran bajos niveles en lectoescritura, ubicados usualmente entre el cuarto y sexto año de primaria (Traxler, 2000).

Además, se han investigado otras barreras del entorno, como que la información que se les brinda está en un lenguaje complicado y con poco apoyo visual (Swartz, 1992), las barreras socioeconómicas (Heiman, Haynes, & McKee, 2015) o en ocasiones, que en la comunidad a la que pertenecen exista poca confidencialidad (Eckhardt, 2005).

En población mexicana, solamente se localizaron dos estudios acerca de la sexualidad en personas Sordas, el primero de ellos, utilizando un diseño de estudio de casos múltiples, mostró que los jóvenes sordos tienen escasos o nulos conocimientos de sexualidad, además de ver esos temas con culpa (Druet Domínguez & Escalante Torres, 2000).

El segundo estudio, de corte cualitativo por Robles Montijo, Guevara Benítez, Pérez Bautista y Hermosillo García (2013) encontró que, en una muestra de 132 participantes sordos, la mayoría no utilizaba ningún método anticonceptivo a pesar de tener una vida sexual activa, en ocasiones con más de una pareja. Así mismo más de la mitad indicó que su primera relación fue forzada y que existe poca comunicación en temas de sexualidad con sus padres.

Los autores señalan la necesidad de que en México se desarrollen investigaciones con muestras más amplias y representativas de jóvenes sordos, que se continúen adaptando instrumentos que evalúen otras variables que pudieran tener un papel relevante en el desarrollo de comportamientos sexuales preventivos, y así llegar finalmente a la creación de programas de intervención (Robles Montijo et al., 2013).

Derivado de lo anterior, se concluye que la falta de instrumentos ha tenido como consecuencias la carencia de datos en un gran número de temáticas, que a su vez, ocasiona el desconocimiento de las mismas y la falta de intervenciones.

Es por lo que el propósito de esta investigación es adaptar instrumentos tomando

en cuenta el amplio grupo que conforman las personas con sordera en distintos niveles, poniendo énfasis en considerar las cuestiones lingüísticas.

Se decidió analizar, depurar y adaptar instrumentos utilizados para el programa en línea de prevención sexual “Reconéctate”, los cuales han sido manejados en jóvenes oyentes de Nuevo León, y que, tienen como sustento teórico el Modelo de Resiliencia Sexual (Castillo-Arcos & Benavides-Torres, 2012).

Definición del Problema

Persiste una brecha entre la información que reciben las personas con sordera en materia de sexualidad, así como falta de instrumentos adaptados hacia quienes se comunican principalmente en lengua de señas.

Dado a los bajos niveles de lectoescritura que suelen mostrar en muchos países, se considera de importancia evaluarles usando su propia lengua (Estrada, Delgado, & Beyebach, 2010).

Sumado a ello, los predictores psicosociales de la conducta sexual de riesgo entre los Sordos no han sido profundamente estudiados, y si bien es importante reforzar sus conocimientos, que ha sido la variable más ampliamente explorada, éstos no explican por sí mismos las conductas sexuales de riesgo (Donnelly-Wijting, 2013; Eckhardt, 2005; Joseph, 2000; Zodda, 2012).

De esta forma, surgen las siguientes preguntas: ¿Qué instrumentos de “Reconéctate” serán pertinentes adaptar para obtener datos de ésta población? ¿Qué técnicas existen para adaptar y aplicar instrumentos de investigación en personas Sordas? ¿Cuál es la más común y qué resultados han obtenido? ¿Qué conductas sexuales de riesgo presentarán los jóvenes Sordos nuevoleonenses? ¿se cuenta con factores de protección preventivos ante las conductas de riesgo? ¿se presentarán indicadores de violencia en parejas de jóvenes sordos?

Es así, surge la pregunta de investigación:

¿Qué instrumentos y qué técnica de adaptación serán los más adecuados para ajustarse a las características de la comunidad Sorda para realizar una exploración de conductas sexuales y de violencia en la pareja de jóvenes sordos?

Justificación de la Investigación

Las personas con sordera enfrentan constantes barreras de comunicación. En el caso de quienes nacieron con sordera profunda o la adquirieron a temprana edad,

el aprender a leer y a escribir, aunque no es imposible, es una tarea larga y difícil; se cree que esto es porque la sordera interfiere con que internalicen espontáneamente las reglas sintácticas del lenguaje hablado (Coulter & Goodluck, 2015),

Más allá de estas circunstancias, las personas con sordera suelen nacer y crecer en familias y comunidades que no saben, ni aprenden a usar la Lengua de Señas, lo cual dificulta la adquisición de información del entorno, pudiendo tener efectos negativos, por poner un ejemplo, en el cuidado de la salud y la prevención (Estrada, 2008; Hall, Smith, Sutter, DeWindt, & Dye, 2018; Hauser, O'Hearn, McKee, Steider, & Thew, 2010).

En el área de la sexualidad, se ha encontrado que la información disponible escrita suele estar en un lenguaje que no es sencillo para ellos y que tiene poco apoyo visual (Bat-Chava et al., 2005; Moinester et al., 2008; Suter et al., 2012; Swartz, 1992).

Este descuido ha generado en ellos desconocimiento, el cual los ha hecho propensos a efectuar más conductas sexuales de riesgo en comparación a personas oyentes, así como a ser con frecuencia víctimas de violencia y abusos (Bisol et al., 2008; CSTR A.C., 2011; LaBarre, 1998; Mall & Swartz, 2012; Téllez Trejo, 2005; Touko, Mboua, Tohmuntain, & Perrot, 2010).

A nivel local, en prensa escrita asociaciones de sordos han expresado su preocupación debido a los casos de VIH reportados entre la comunidad y la falta de atención o negación a los servicios de salud que viven (Ochoa, 2014).

A nivel nacional, solo se encontraron dos estudios de sexualidad en población sorda mexicana. En el más reciente, por Robles Montijo et al. (2013), menciona la importancia de generar más investigaciones y de tomar en cuenta otras variables que podrían relacionarse con la prevalencia de las conductas sexuales de riesgo, lo que coincide con otros autores que recientemente han analizado factores psicológicos como Donnelly-Wijting (2013) y Zodda (2012).

Por tales motivos, se pretende indagar ciertos factores psicosociales y comportamientos sexuales de esta población, considerando la importancia de evaluar al grupo de personas Sordas, usando su lengua (Estrada et al., 2010).

Objetivo General

Realizar la adaptación de las escalas de conducta sexual, apoyo social de los amigos, autoeficacia para prevenir el SIDA y violencia sufrida en la pareja de tipo

psicológica, social, física y sexual en jóvenes Sordos escolarizados, hacia una aproximación diagnóstica de estas conductas.

Objetivos específicos:

- Realizar un acercamiento a la cultura y lengua de la población Sorda
- Analizar los instrumentos de “Reconéctate” para depurar aquellos que serán adaptados.
- Seleccionar la metodología para realizar la adaptación a población Sorda.
- Realizar un acercamiento a la adaptación de la escala de conductas sexuales de riesgo para población Sorda.
- Realizar un acercamiento a la adaptación de la Escala de apoyo social para la conducta sexual segura (por parte de los amigos) para población Sorda.
- Realizar un acercamiento a la adaptación de la escala de autoeficacia para prevenir el VIH para población Sorda.
- Realizar un acercamiento a la adaptación del cuestionario de violencia sufrida en la pareja para población Sorda.
- Realizar una prueba piloto de instrumentos adaptados a la población Sorda escolarizada

Limitaciones y Delimitaciones

La muestra se conformó por personas con sordera, sin importar el grado de pérdida auditiva, ni su identificación con la cultura Sorda, siempre y cuando conocieran la Lengua de Señas Mexicana y el español en un nivel básico. Esto tiene la finalidad de poder recabar datos directamente de la muestra, con un método de comunicación en común. Dado a que no todas las personas Sordas conocen la LSM y ésta no es una lengua estandarizada, la generalización de los datos que se obtengan debe proceder con precaución.

Así mismo, diversos instrumentos que fueron utilizados en versiones anteriores de “Reconéctate” fueron descartadas debido a dificultades para la interpretación, al ser por ejemplo, poco específicos los ítems en español. Otras escalas fueron suprimidas o acortadas con fines de reducir la longitud final del instrumento, cuestión importante considerando las características de la población.

Finalmente, cabe señalar las limitaciones de tiempo y económicas, así como la falta de instituciones con dicha población e intérpretes, que permitieran ser más fieles a la metodología sugerida original y para obtener mayor muestra y análisis.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Conducta sexual de riesgo

Un fin común en la mayoría de investigaciones sobre conductas sexuales de riesgo es determinar sus causas para que se tomen medidas preventivas (Zodda, 2012). Antes de llegar a tal punto, es necesario definir qué son estas conductas.

La conducta sexual de riesgo está definida como la exposición del individuo a una situación que puede ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por enfermedades de transmisión sexual, o generar una situación de embarazo no deseado (García-Vega, Menendez Robledo, Fernandez García, & Cuesta Izquierdo, 2012).

Aunque existen muchas otras definiciones de qué son conductas sexuales de riesgo, casi todas incluyen componentes relacionados con el uso de métodos anticonceptivos de barrera (específicamente el condón) durante el sexo oral, vaginal o anal. Otro componente es la actividad sexual con diferentes y numerosas parejas sexuales y por último, la ocurrencia de actividad sexual bajo los efectos del alcohol o los estupefacientes (Rull Pulido et al., 2013).

Además de los ya mencionados, Uribe, Amador, Zacarías y Villarreal (2012) señalan que otros factores ligados a estas conductas están: la falta de competencias para el ejercicio de una sexualidad responsable, el inicio temprano de la actividad sexual, la baja percepción de riesgo, las presiones de grupo o la inadecuada información que se tiene respecto a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Incidencia de las conductas sexuales de riesgo

Según Rull Pulido et al. (2013) la conducta sexual de riesgo se estudia con frecuencia en alumnos del nivel medio al nivel universitario, debido a que los embarazos no deseados pueden frenar el proceso formativo y porque la incidencia de ITS en países como Estados Unidos es alta en estos niveles.

Aunque la mayoría de las personas inician su vida sexual en la adolescencia, el uso de anticonceptivos y preservativos es limitado entre los jóvenes. Cada año, el 11% de los alumbramientos en el mundo (unos 16 millones) corresponde a niñas de entre 15 a 19 años y el número de abortos en adolescentes supera los 2,5 millones (García Polanco, 2014).

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2012 aplicada a una muestra representativa de jóvenes mexicanos entre los 12 y 19 años, indicó que el 90% había escuchado acerca de métodos anticonceptivos; a pesar de que la mayoría de los hombres y mujeres utilizaba condón, su uso disminuía con el tiempo, prefiriendo la pastilla anticonceptiva. Por otro lado, 51.9% de las mujeres encuestadas dijeron haber estado al menos una vez embarazadas (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2012).

El estudio de Rull Pulido et al. (2013), con estudiantes de universidades privadas de la Ciudad de México, encontró que los sujetos reportaban mayor actividad sexual y actividades promiscuas, menor uso del condón y que un porcentaje importante de actividad sexual era bajo la influencia del alcohol o drogas.

El alto índice de la ejecución de conductas sexuales de riesgo también se puede ver reflejado en la cantidad de contagios de ITS, especialmente del VIH por medio de la vía sexual, que continúa siendo la principal (Secretaría De Salud, 2016)

Vulnerabilidad de las personas sordas a las conductas sexuales de riesgo

Diversas instituciones han señalado que los datos sobre la prevalencia del VIH entre las personas con discapacidad son escasos. Los pocos estudios que existen en poblaciones con dificultades auditivas sugieren niveles de infección iguales o superiores a los del resto de la comunidad. Los motivos de estos niveles suelen ser sus comportamientos de riesgo, la pertenencia a grupos socialmente marginados, la violencia sexual o abuso sexual y la falta de acceso a servicios de prevención y apoyo (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA et al., 2008).

La gran causa de la vulnerabilidad identificada está en las barreras lingüísticas. Mientras que los jóvenes oyentes pueden recibir información de otros medios como la televisión, radio o más recientemente el internet, en esta comunidad es difícil hacerlo (Moinester, Gulley, & Watson, 2008; Suter, McCracken, & Calam, 2012), tomando en cuenta que la información suele transmitirse escrita con niveles complejos y con poco apoyo visual, (Bat-Chava et al., 2005; Brick, 2006).

Otras barreras lingüísticas en el entorno, están por ejemplo, en que la mayoría de personas sordas provienen de familias oyentes, que no usan la lengua de señas (Gannon, 1998; Hauser et al., 2010; Mann, Peña, & Morgan, 2015) y muy pocas instituciones brindan capacitación para enseñar educación sexual a sus hijos (Gabriel & Getch, 2001).

Otra es la falta de profesionales de la salud que sepan lengua de señas o de intérpretes para obtener atención médica e información certera, motivo por el que los sordos suelen evitar estos servicios (Andrade Pereira & De Carvalho Fortes, 2010; Bat-Chava et al., 2005; Sheppard, 2014). Según Heiman et al. (2015) factores como el nivel socioeconómico y el educativo, pueden tener relación en cuanto a poder tener acceso a esos servicios.

Además de todo esto, Job (2004) ha señalado mitos que existen referentes a la sexualidad en personas con discapacidad, como el creer que son niños eternos o asexuales o que brindarles educación sexual puede incitar a comportamientos inapropiados, entre otras cuestiones que limitan la búsqueda por comprender cómo viven las personas sordas su sexualidad.

El miedo a la falta de confidencialidad, especialmente tratándose de enfermedades estigmatizadas como el VIH y sida, podría tener más peso en que decidan acudir o no, a los servicios de salud.

Eckhardt (2005) descubrió mediante entrevistas que algunos sordos no acudirían a monitorearse aunque tuvieran disponibles servicios de atención para el VIH en centros de salud, debido a que en la vid o “red” de sordos (en inglés Deaf Grapevine), en la cual se comparten información, no suele existir la confidencialidad e incluso es información que se transmite rápidamente.

Reportaron también, que en las clínicas que prestan dichos servicios, éstos suelen estar claramente separados y visibles, por lo que sentían que todos se enterarían si decidían acudir. El hecho de que los empleados o intérpretes de dichos servicios pudieran compartir su información con otros miembros de la comunidad Sorda, también los desalentaba (Eckhardt, 2005).

Las consecuencias de ello, se han detectado en diversos estudios que explican que la alta incidencia de conductas sexuales de riesgo en la población sorda se debe a que tienen una menor recepción o entendimiento de la información de salud sexual que los jóvenes oyentes (Bat-Chava et al., 2005; Bisol et al., 2008; De Andrade & Baloyi, 2010; Gaskins, 1999; Groce et al., 2007; Heuttel & Rothstein, 2001; Touko et al., 2010; Winningham, Gore-Felton, Galletly, Seal, & Thornton, 2008).

La fuente principal de información es a través de sus pares con la misma dificultad, sin embargo, en muchas ocasiones, la información transmitida suele ser errónea (Groce et al., 2007; Heuttel & Rothstein, 2001; Roberts Francavillo, 2009; Swartz, 1992).

Finalmente, Gilbert, Clark y Anderson (2012) encontraron que, mientras los oyentes tanto hombres y mujeres comparten sus expectativas sobre el placer sexual y sobre el consentimiento, especialmente de la mujer, a tener relaciones sexuales, en las personas Sordas esto está completamente ausente.

Todo ello conlleva a que las personas sordas presenten vulnerabilidad a efectuar conductas sexuales de riesgo, las cuales se han documentado hasta el momento y exponen a continuación.

Conductas sexuales de las personas sordas

Entre los estudios recientes que documentan las conductas sexuales en personas sordas, se encuentra el de Zodda (2012) donde el autor señaló que la prevalencia de la conducta sexual en sordos era poco conocida y la modesta información existente indicaba que los jóvenes sordos se involucraban en conductas sexuales de riesgo más significativamente que los jóvenes oyentes.

En su estudio, con una población de 120 sordos universitarios, el autor encontró que, en concordancia con estudios anteriores, sólo 39% de los jóvenes sordos usaban constantemente el condón durante el contacto sexual vaginal, mientras que el 31% nunca lo usaba durante éstas relaciones, lo que indicaba que estaban en mayor riesgo en comparación con los jóvenes oyentes.

El contacto sexual oral, que anteriormente nunca se había estudiado, mostró que ni jóvenes oyentes ni sordos suelen usar el condón durante éste tipo de relaciones, ya que sólo 10% de jóvenes sordos reportó que usan una barrera de látex durante el contacto oral, mientras que el 88% reporta jamás usar protección.

El contacto sexual anal fue bajamente reportado, solamente siendo practicado por 8.4% de la muestra, de los cuales el 70% de los participantes usa condón la mayoría de las veces o siempre, mientras que 30% usa condón raramente o nunca.

El estudio de Donnelly-Wijting (2013) en el que participaron 45 sordos y 41 oyentes, se evaluó el riesgo referido al VIH de acuerdo con las respuestas de los sujetos. Aunque no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos como se había sugerido en la literatura, los sordos y oyentes reflejaron ciertos comportamientos de riesgo, que consistían en tener sexo anal sin condón, tener relaciones con alguien que tenía relaciones con otras personas y en el caso de los oyentes, haber tenido una pareja con alguna ITS.

Otro estudio por Heiman et al. (2015) en el cual se realizó una comparación de las conductas sexuales de 282 adultos sordos con 1890 adultos oyentes mostró que los sordos suelen tener más actividad sexual con múltiples parejas en comparación a los oyentes, lo cual los pone en un mayor riesgo de adquirir enfermedades transmisibles, sin embargo esto se puede mitigar un poco dado que se reportó que usaban más frecuentemente condón. El bajo nivel socioeconómico y educativo han implicado para ambos grupos, resultados más pobres en VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual.

En resumen, se puede decir que a pesar del tiempo transcurrido desde estudios como los de Fitz-Gerald y Fitz-Gerald (1998) las personas sordas siguen reportando mantener comportamientos sexuales de riesgo.

Violencia de pareja y abuso sexual a personas sordas

Además de las conductas de riesgo anteriormente citadas, se ha señalado que son propensos a sufrir abuso sexual (Brunnberg, Boström, & Berglund, 2012; LaBarre, 1998; Peinkofer, 1994; Touko et al., 2010), así como de violencia en la pareja (Anderson & Leigh, 2011; Crowe, 2013; Porter & Williams, 2011).

Peinkofer (1994) explica que la alta incidencia de problemas sociales como la violación, el incesto, la violencia doméstica y el abuso de sustancias dentro de la comunidad sorda, incrementa el riesgo de contraer VIH.

A la fecha no hay información consistente acerca de la prevalencia del abuso sexual entre sordos e hipoacúsicos. Estudios con niños y niñas sordas han revelado que las víctimas en esta población, suelen ser niñas, de estatus racial distinto al caucásico y que un alto porcentaje de niños y niñas (de hasta el 50%) lo han experimentado. Por otro lado, este suele ocurrir en donde pasan la mayor parte de su tiempo: escuelas residenciales para niños sordos y en sus propias casas (Sebald, 2008).

En una investigación por Joseph (2000) en la que participaron 180 personas adultas sordas e hipoacúsicas, se mostró un alarmante índice alto de abuso sexual durante su niñez, mismo que se encontró relacionado a la revictimización y al menor uso constante del condón en las participantes. Conjuntando las experiencias de ataque sexual y/o el abuso sexual infantil de la población sexualmente activa y no activa, el criterio de victimización sexual alcanzaba un porcentaje de casi 37% (Joseph, 2000).

Mall y Swartz (2012) indican que los Sordos son víctimas fáciles de abuso, ya que

sus atacantes suelen creer que serán incapaces de acusarlos debido a sus barreras para comunicarse.

Logan (2009) agrega que falta de materiales de educación acerca de la victimización sexual y protección al respecto también juegan un papel importante; por ejemplo, las mujeres víctimas de la violencia sexual, son propensas a pensar que su experiencia es única y es poco frecuente que busquen ayuda o sepan que existe ayuda disponible.

Esta falta de educación, también ocasiona que la persona sorda se vea limitada para poder identificar abuso, ofrecer apoyo a la víctima abusada y conocer las diferentes fuentes y servicios disponibles para su atención (Anderson & Leigh, 2011).

De hecho, estudios como el de Anderson y Kobek Pezzarossi (2011) señalan la dificultad de las mujeres sordas para reconocer y catalogar los abusos (físicos, psicológicos y sexuales) como tales, especialmente si no incluyen el uso de fuerza física.

Con la finalidad de obtener información de la incidencia y características de la violencia en la pareja entre los Sordos, Anderson y Leigh (2011) encontraron en una muestra de cien chicas Sordas universitarias que la violencia de pareja tenía el doble de probabilidad de ocurrir entre las chicas Sordas, que lo reportado en población oyente y que las experiencias de abuso físico, agresión psicológica y cohesión social tenían una frecuencia significativa.

Probabilidad similar se encontró en el estudio de Crowe (2013), quien además menciona entre los predictores significativos de la violencia en la pareja los siguientes: tensión en la relación, historial de violencia en relaciones pasadas, menor ingreso económico y que la pareja tuviera otra discapacidad además de la sordera.

Sobre esto último, se ha hipotetizado que las diferencias entre los status auditivos de la pareja tengan correlación con la prevalencia de la violencia en la pareja, sin embargo una investigación por Anderson y Pezzarossi (2014) encontró que los rangos de agresión psicológica, agresión física o daño, no fueron diferentes significativamente entre parejas donde ambos eran sordos o donde el hombre era oyente. Cabe mencionar, que las agresiones sexuales se cometían más menudo entre parejas donde ambos eran sordos o hipoacúsicos, a pesar de ser ellos quienes más altos niveles de negociación reportaban. Sin embargo, la violencia sexual severa se encontró en las parejas incompatibles, es decir, donde había diferencias en el estatus auditivo.

Roberts Francavillo (2009) realizó un estudio con 360 personas sordas e hipoacúsicas acerca de la educación sexual, la aceptación de los mitos de violación y ataques sexuales. Los resultados de su investigación rebelaron que, aunque en general los participantes estaban en desacuerdo con la mayoría de los mitos, un alarmante porcentaje estuvo de acuerdo con dos particulares: que una persona podría resistirse a una violación si quisiera, que cuando una persona viste ropa sexy o provocativa, están buscando problemas y que a veces las denuncias eran inventadas, más si era una pareja ya establecida.

En cuanto a las experiencias de asaltos sexuales y violación, la muestra reportó un rango que iba desde 13% al 48%; dependiendo de la actividad sexual no consensual, las mujeres fueron las más propensas a experimentar dichos ataques sexuales. Rangos considerablemente altos en comparación a otras investigaciones (Roberts Francavillo, 2009).

Porter y McQuiller Williams (2011) por el contrario, encontraron que, en la población de jóvenes sordos universitarios, las violaciones sexuales no eran mayores a las de estudiantes oyentes, sin embargo, tenían el doble de probabilidad de sufrir abuso físico y psicológico.

Con motivo de que en la literatura se ha reportado en mayor o menor medida la presencia de diversos tipos de violencia, incluyendo el abuso sexual en personas con discapacidad, así como ciertas conclusiones en el tema de la violencia en la pareja, esta será una problemática que buscará abordarse.

Aspectos psicosociales y salud sexual en personas sordas

En años recientes, estudios indicaron que la variable de conocimientos de salud sexual, que ha sido la más estudiada hasta el momento, no explicaba por si misma las conductas sexuales de riesgo. Se han comenzado a incluir variables psicosociales para explicar las conductas sexuales de riesgo, el abuso sexual, entre otros temas. Además, se han incluido modelos de salud como marcos de referencia para desarrollar dichas investigaciones.

Eckhardt (2005) realizó un estudio cualitativo exploratorio por medio de entrevistas a 16 personas sordas, basándose en el Modelo de Creencias de Salud. Referente a los conocimientos, los participantes expresaron preocupación de que la información que les estuviera llegando fuera correcta e indicaron como sus principales fuentes los medios de comunicación, la escuela, los talleres de la comunidad sorda, amigos y familia. Aunque tuvieron una alta percepción del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) como amenaza, la mayoría se percibía con bajo riesgo. Algunos participantes expresaron preocupación por la comunidad

Sorda, en la cual información incorrecta se esparce rápido; el principal motivante que llegaron a tener para el cambio de conducta fue conocer directamente a alguien con la enfermedad, el uso del condón tuvo respuestas muy variadas entre todos, inclinándose a que la mayoría si usa.

Otro hallazgo peculiar fue que, a pesar de las barreras para el cuidado médico y de conocimientos de VIH, la confidencialidad tiene tanto peso para ellos, que la mayoría respondió que no acudiría a un centro especializado para personas Sordas para obtener servicios médicos por el VIH, pues preferirían no arriesgar su anonimato con el servicio del intérprete o al ser vistos por otros sordos.

Con una muestra de 360 estudiantes, Roberts Francavillo (2009) exploró la educación sexual, la comunicación sexual, el mito de aceptación de la violación y el ataque sexual. Sus resultados mostraron que la educación sexual solía ser vista a partir de niveles de secundaria en adelante, contrariamente a lo recomendado, siendo sus pares quienes más influencia tenían en la información. La comunicación con la pareja suele centrarse en temas de cuidado natal y sólo un 21% no habla nunca de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). Como ya se describió anteriormente, se encontró en esta muestra un nivel alto de reportes de ataque sexual y la aceptación de algunos mitos de la violación.

Hubo algunos resultados inconsistentes: estudiantes que demostraron mayores niveles de educación sexual mostraron mayores niveles de aceptación del mito de violación. Esto se puede deber a que, el hecho que consideren que su educación sexual es completa, no significa que hayan aprendido de educación en ataques sexuales, tomando en cuenta que los programas en las escuelas no suelen centrarse en dichos temas.

Por otra parte, la educación sexual no fue variable predictora de la comunicación sexual. La comunicación sexual tampoco resultó predecir la aceptación del mito de violación y no se encontraron diferencia entre lo que aprendían de educación sexual en escuelas públicas y en escuelas especializadas para sordos.

Al considerarse que el inicio temprano en las relaciones sexuales, es un predictor para las conductas sexuales de riesgo, Klein (2011) indagó las relaciones familiares y su relación con las etapas temprana de inicio de la vida sexual. Se contó con 138 participantes adultos, sordos e hipoacúsicos. Entre los resultados destacables estuvieron una gran diferencia entre la edad de inicio de los sordos con niveles severos, quienes comenzaban antes, en comparación a quienes tenían sordera más leve. Los status auditivos de los padres también tuvieron correlación: las personas con sordera leve o moderada no solían tener padres con discapacidad auditiva.

Los resultados en general mostraron ser inconsistentes para la muestra de sordos e hipoacúsicos. El descubrimiento fue que la relación de adolescente-padre fue la que señalaba tener relación con edades más tardías para comenzar la vida sexual activa.

En 2012, Zodda probó el valor predictivo de la Teoría de la Conducta Problema (TCP) y de la Teoría de Acción Razonada (TAR) para las conductas sexuales de riesgo en 120 universitarios sordos, encontrando que la TCP no fue útil en la predicción de éstas conductas, mientras que la TAR predijo cerca de un 50% el contacto sexual riesgoso durante el coito vaginal y las variables de actitud y el control de la conducta percibidos fueron las de mayor peso en el modelo. En cuanto al contacto sexual oral, la teoría no fue capaz de predecir éstas conductas de riesgo, sin embargo el estatus auditivo de la pareja sexual y de los mejores amigos, fueron mayores predictores del uso del condón durante el contacto sexual oral. Dado que muy pocos estudiantes reportaron la práctica del sexo anal, no se examinaron factores predictores para ésta conducta.

Entre los resultados de su estudio también estuvieron que la información de salud sexual es pobre entre los sordos, sin embargo a diferencia de la literatura previa, no se encontraron relaciones significativas entre los conocimientos de salud sexual y el uso consistente del condón, lo cual también se observa en población oyente. Los escasos conocimientos entre los sordos indican que la información transmitida podría no resultar comprensible o que, a pesar de que reciben información, no se sienten seguros de sus conocimientos, tema que no se ha explorado en ninguna investigación.

A pesar de que la cultura Sorda parece ser un aspecto muy importante, con anterioridad no se había explorado el impacto que tenía en la vida sexual, hasta Willis (2012) quien investigó cómo se relacionaba ésta con la autoestima sexual. Los resultados, obtenidos de una muestra de 68 participantes, confirmaron que los individuos que se identificaban con la cultura bicultural fueron quienes reportaron sentirse mejor sexualmente, verse a sí mismos como seres sexuales y describirse confiados en su vida sexual.

Donnelly-Wijting (2013) exploró los factores psicológicos en la reducción del VIH, basándose en el Modelo de Reducción del Riesgo del Sida, que combina componentes de la teoría Social Cognitiva de Bandura y el Modelo de Creencias de Salud. Con 86 participantes sordos y oyentes, se reportaron que los conocimientos en VIH eran bajos, aun entre las personas con más ingresos y más nivel de educación, cabe mencionar que la escala que medía dicha variable, obtuvo una baja alfa.

Se mostró que los niveles de conocimientos y actitudes no determinan altos niveles de comportamientos sexuales de riesgo. En cuanto a actitudes se encontraron diferencias significativas entre sordos y oyentes: los sordos mostraron tener menos actitudes tolerantes hacia personas con VIH o sida.

Las conductas sexuales de riesgo entre personas sordas y oyentes no tuvieron diferencias significativas, sin embargo, en ambas se encontró la realización de conductas sexuales de riesgo. Tampoco hubo diferencia en la susceptibilidad percibida, eso sí, los hombres de ambos grupos revelaron tener una susceptibilidad mayor que la de las mujeres sordas y oyentes.

Referente a la autoeficacia, en la población sorda resultó estar correlacionada con todos los otros factores psicológicos, mas no se aplicó con la población oyente. En los oyentes los conocimientos y actitudes tuvieron correlación significativa

Joseph (2000) creó un modelo para predecir el uso del condón entre los sordos e hipoacúsicos, basado en las teorías del aprendizaje social y la autoeficacia, probándolo en 256 participantes sordos e hipoacúsicos e integrando la victimización y autoeficacia como parte integral del modelo. El resultado obtenido fue que el modelo falló en predecir y explicar el uso del condón de la manera hipotetizada.

La autoeficacia no resultó un fuerte predictor del uso del condón y no concordó con ningún criterio de mediación. Sin embargo, los datos sugieren una correlación entre bajos índices de uso consistente del condón y un alarmante índice alto de abuso sexual de niños, en esta muestra. El abuso sexual fue asociado también a una gran tendencia a revictimización y menor uso consistente del condón.

Sordera

En México, a nivel nacional, la dificultad más frecuente entre la población con discapacidad es la relacionada con la movilidad (58%), le siguen las dificultades o limitaciones para ver (con 27.2%), escuchar (12.1%), mental (8.5%), hablar o comunicarse (8.3%), atender el cuidado personal (5.5%) y finalmente, para poner atención o aprender (4.4%), de acuerdo al INEGI (2010). Es decir la discapacidad auditiva, que es donde se clasifican los sordos representa la tercera discapacidad más frecuente en el país.

INEGI (2004), retomando un estudio hecho en el año 2000 en Nuevo León, menciona que, en el estado, se contabilizaban 2.2 personas con discapacidad auditiva por cada 1000 habitantes. Cabe destacar que el consenso de INEGI no hace distinción entre características específicas de la discapacidad auditiva, de

manera que están incluidas todas las personas sin distinción del nivel de sordera ni cuándo o cómo la adquirió, por tal motivo es difícil conocer cuántos sordos existen en la entidad, así como sus características sociodemográficas.

En Nuevo León actualmente no se cuentan con estadísticas concretas referentes a la sordera, solamente se ha mencionado en prensa escrita, que según INEGI, citado por el periódico Hora Cero de Nuevo León, existen 14 mil 912 personas con limitación auditiva, sin distinguir entre niños, jóvenes y adultos (Hora Cero, 2012).

Características de la comunidad Sorda

A continuación se explican algunas características específicas de la población que se tiene como objetivo explorar.

De acuerdo a la OMS (2013) la pérdida de audición se refiere a la incapacidad de escuchar igual o superior a los 25 decibeles (dB) ya sea en uno o ambos oídos. Existen diversas clasificaciones para esto, por ejemplo Clark (1981) citado por Pettis (2014) desglosa la pérdida auditiva de la siguiente manera: entre 16 a 25 dB es poca, de 26 a 40 es leve, de 41 a 55 es moderada, de 56 a 70 como moderadamente grave, de 71 a 90 es grave y cualquiera arriba de los 91 dB es profunda.

En las personas hipocúsicas, la pérdida de audición es entre leve y grave, mientras que las personas 'sordas' suelen padecer una pérdida de audición profunda, lo que significa que oyen muy poco o nada (Organización Mundial de la Salud, 2013).

Las personas que viven con una pérdida auditiva conforman un grupo diverso, como observan Díez Abella y León (2011), pues la forma en que ésta afecta su vida, estará matizada por el grado y tipo de pérdida auditiva, el momento de la aparición de la sordera, de los recursos para enfrentar las limitaciones y el entorno social, familiar o escolar en que se desenvuelve el sujeto.

Cabe señalar que las anteriores definiciones tienen un enfoque clínico-terapéutico y aunque son correctas, están ligadas a la patología y al déficit biológico, que durante años impidió el desarrollo del sordo, debido a que, en el afán de lograr que el sordo hablara, se les prohibía el uso de la lengua de señas (Skliar, Massone, & Veinberg, 1995).

En la década de los 60 surge la perspectiva socio-antropológica de la sordera, la cual considera a las lenguas de señas como la mejor garantía para el desarrollo normal del sordo (Hardonk et al., 2012; Skliar et al., 1995).

Este movimiento, que venía de Europa y América del Norte, fue impulsado en la década de los ochenta por la OMS e implicaba una reforma en materia de discapacidad, ya que buscaba dejar de percibir a la discapacidad como un problema y por ello buscar la normalidad como el fin último, para verla en cambio en el contexto de sus derechos (Muñoz Baell, Álvarez-Dardet Díaz, Ruiz Cantero, Ferreiro Lago, & Aroca Fernández, 2011; Solvang & Haualand, 2014).

Al contrario de la visión del déficit, la celebración de las diferencias se introdujo con el nuevo modelo, se ve a la discapacidad como una forma distinta de vivir y no como una forma “desviada” (Solvang & Haualand, 2014).

Según Francisco Martínez (2011), la comunidad sorda se origina a raíz de la visión socio-antropológica, que se define por el uso de la lengua de señas, los sentimientos de identidad grupal, el autoreconocimiento e identificación como sordo y el reconocerse como diferentes. Por tales motivos presentan características semejantes a las de otros pueblos minoritarios, como por ejemplo, los pueblos indígenas (Paz C. & Salamanca Salucci, 2009).

A diferencia del diagnóstico de pérdida auditiva y de los sordos que se identifican más con la visión médico-clínica, los sordos que se identifican con la comunidad Sorda y utilizan la lengua de señas, se han nombrado a sí mismas como Sordos, con “S” mayúscula, para distinguirse del resto (Francisco Martínez, 2011; Pettis, 2014).

Esta situación también aplica al término en inglés con “d” y “D” para “deaf” y “Deaf”. Recientemente en inglés se incluye el término “DeaF” para personas que se identifican con características de ambas conceptualizaciones del sordo, que tienen cierta habilidad para hablar pero también usan lengua de señas y cuya identidad es flexible, según el contexto e interacciones (Kemmerly & Compton, 2014), en algunas teorías de identidad del Sordo, a estas personas se les conocería como Sordos bilingües. Sin embargo estudios en estas personas aún no son muy comunes.

Aunque a los hipoacúsicos se les tiene bastante relacionados con la cultura Sorda, hasta recientemente han comenzado a surgir investigaciones y teorías que se enfocan en su experiencia particular, sin embargo, es algo que recién comienza (Willis, 2012).

En cuanto al sordo, Sheppard (2014) menciona que mientras los proveedores de salud han definido históricamente a la sordera como una discapacidad, la mayoría de Sordos adultos se consideran a sí mismos como miembros de una cultura no discapacitada.

Incluso como menciona López-Ludeña et al. (2014) otra de las características de esta comunidad, es que está contra cualquier intervención médica o cirugía, que intente modificar lo que consideran “una característica natural y distintiva”. Incluso el uso de aparatos auditivos no suele estar bien vistos. Sparrow (2010) advierte que quienes defienden la cultura Sorda deben tomar medidas rápidas contra las nuevas tecnologías genéticas, como el diagnóstico genético preimplantacional, porque representan una amenaza para el futuro de la comunidad Sorda. Esta situación actualmente tiene opiniones muy divididas entre los especialistas.

Aspectos psicológicos y salud mental de la persona sorda

Las personas usuarias de lenguas de señas, pueden tener dificultades con la atención al ser marginados por su lenguaje, comunicación y barreras culturales (Barnett, McKee, Smith, & Pearson, 2011). Como se ha mencionado antes el 95% de personas con sordera suelen nacer en familias o comunidades que no tienen experiencia en cómo aprenden y viven las personas sordas (Hauser et al., 2010) de manera que suelen ser incomprensidos.

Estos problemas pueden afectar su propia salud, ya que esto puede originar lagunas en el conocimiento de gran variedad de temas de este rubro, como la salud sexual, cáncer, salud preventiva y problemas cardiovasculares (Heuttel & Rothstein, 2001; Margellos-Anast, Estarziou, & Kaufman, 2006; McKee, Barnett, Block, & Pearson, 2012; Peinkofer, 1994; Tamaskar et al., 2000).

Aunque se ha encontrado que cuando los proveedores de salud se comunican en lengua de señas, es más probable que se reciban servicios preventivos y tengan una mejor adherencia a las recomendaciones, existen pocos clínicos que la hablan fluidamente (Barnett et al., 2011; McKee et al., 2012).

En México no es muy diferente, por ejemplo en la salud mental, los profesionales desconocen la lengua de señas y sus variables socioculturales, lo que hace que el paciente sordo reciba un diagnóstico erróneo y un tratamiento ineficaz (Estrada, 2009). Los desafíos en la comunicación hacen que muchos sordos sean renuentes a buscar cuidados para la salud mental, a pesar de su deseo de recibirlos (Barnett et al., 2011).

El sordo le da una baja prioridad a los servicios preventivos o se retrasa la asistencia por varias razones, que incluyen las limitaciones de tiempo y la incapacidad para comunicar información médica compleja para compartir la toma de decisiones y el consentimiento informado (McKee et al., 2012).

La salud mental ha sido un aspecto recientemente explorado. Según estudios de Lu, Yu, Hong, Feng y Tian (2014) comparados con los adolescentes oyentes, los sordos tienen más dificultades para desarrollar habilidades de comunicación interpersonal y mantener relaciones sociales. De acuerdo con sus resultados, la unión entre pares y la extroversión son dos factores protectores importantes en la mejor de la salud mental en adolescentes.

Investigaciones previas sugieren que los niños y adolescentes sordos son más vulnerables a ver comprometido su bienestar psicológico en comparación de su contraparte oyente, en términos de salud mental y problemas psicológicos (Mance & Edwards, 2012).

Algunos autores señalan que los sordos son propensos a presentar sintomatología depresiva, por ello se necesitan desarrollar y probar estrategias culturalmente válidas y confiables para identificar en sordos adultos el riesgo de depresión, abuso y riesgo suicida. (Estrada, 2009; Estrada, Beyebach, Delgado Álvarez, & Freire Hernando, 2008; Sheppard, 2014).

Teorías de la identidad del sordo

Willis (2012) describe hasta el momento se han creado dos modelos de desarrollo de la identidad Sorda, siendo el primero el de Glickman (1993), que propuso cuatro tipos de identidad Sorda basados en el modelo de desarrollo de identidad cultural y racial. Estas identidades son (a) culturalmente oyente: individuos que se identifican con la cultura de las personas que escuchan y define la sordera desde la visión médica de patología y discapacidad, (b) culturalmente marginal: individuos que no se identifican con la cultura oyente ni la Sorda (c) inmersión: el individuo está inmerso en la cultura Sorda y ve negativamente la cultura oyente y (d) bicultural: el individuo se siente cómodo y se identifica con ambas culturas.

El modelo de Bat-Chava (2000), tal como indica Willis (2012) es similar al de Glickman: están las personas culturalmente Sordas, quienes valoran la lengua de señas, no valora el habla, es parte de la comunidad Sorda y tiene actitudes neutrales hacia los Sordos; la contraparte de esta identidad es la culturalmente oyente, que no valora lo anteriormente descrito y ve negativamente a las personas sordas. Las personas biculturales identifican que la lengua de señas y el habla son importantes y tienen una identificación normal a la comunidad Sorda y una visión positiva de las personas sordas y finalmente las personas con identidades negativas, son culturalmente marginales, no sienten que las lenguas de señas ni hablar sean importantes, tienen niveles bajos de identidad sorda y actitudes positivas acerca de las personas Sordas.

Se ha hipotetizado que la identificación con la cultura Sorda también puede guardar relación con el ver con mayor aceptación las temáticas sobre sexualidad, sin embargo, dado a que los datos obtenidos han sido por parte de personas Sordas con mayor educación, mientras que la mayoría de sordos no están escolarizados, estas conclusiones no son generalizables (Willis, 2012).

Educación, Lenguas de Señas y lectoescritura

Las lenguas de señas no son una versión visual del lenguaje hablado, sino un lenguaje independiente que se presenta naturalmente en las comunidades de sordos (Traxler, Corina, Morford, Hafer, & Hoversten, 2014). Es importante mencionarlas dado a que la mayoría de Sordos consideran a las lenguas de señas como las fundadoras de la cultura del sordo (Sheppard, 2014).

Las lenguas de señas no son globales, ni están basadas en la lengua local, por ejemplo la lengua de señas británica y la lengua de señas americana son distintas con muy poco en común con el idioma inglés y entre sí mismas (Barnett et al., 2011). Sin embargo Bavelier, Newport y Supalla (2003) citados por Mann, Peña y Morgan (2015) indican que existe similitud en cómo las lenguas de señas son procesadas por el cerebro de manera similar a los lenguajes hablados.

Las expresiones faciales en las lenguas de señas cargan una variedad de características comunicativas; mientras que la emoción puede ser modulada con el sonido a través de cambios en la entonación, duración e intensidad, en las lenguas de señas expresiones faciales específicas presentadas concurrentemente con un signo manual, desempeñan esta función. De hecho se ha estudiado con sordos de espectro autista, en comparación con sordos con desarrollo normal, el rol que juega el rostro en la comprensión de las emociones en la lengua de señas, confirmando su importancia, ya que el rostro sirve tanto para el reconocimiento de la emoción como información lingüística (Denmark, Atkinson, Campbell, & Swettenham, 2014).

También en el desarrollo las lenguas de señas tienen un importante papel, puesto que, como ha sido documentado, la habilidad de las personas sordas para leer está por debajo de sus contrapartes oyentes, situación que no ha cambiado mucho a través del tiempo (Coulter & Goodluck, 2015).

El aprender a leer y a escribir, no es imposible, sin embargo es una tarea costosa para el sordo, pues, para desarrollar el alfabetismo deben dominar el vocabulario, los principios gramaticales del nuevo lenguaje, el código ortográfico que traza los símbolos visuales y después, darle un significado. Los niños con sordera o hipoacúsicos que comienzan la escuela, empiezan a aprender a leer sin el mismo

conocimiento de la sintaxis que sus compañeros oyentes tienen previamente; se cree que esto es porque la sordera interfiere con que internalicen espontáneamente las reglas sintácticas del lenguaje hablado (Coulter & Goodluck, 2015).

A pesar de que los lectores sordos pueden acceder a palabras y su interpretación semántica, no necesariamente les permite comprender el significado absoluto del texto. Se ha encontrado que mientras los sujetos sordos pueden comprender una idea expresada en una frase sencilla, pueden no entender la misma idea expresada en una oración con estructura sintáctica más compleja (Coulter & Goodluck, 2015).

En este aspecto, en México no se sabe cuántos niños sordos integrados a la escuela regular aprenden a leer y a escribir, pero según investigaciones de Estrada Aranda (2009), los sordos adolescentes y adultos tienen un nivel de lectura muy bajo y es justamente el derecho de los niños a acceder a educación bilingüe y pública gratuita en México es el más vulnerado.

Modelos teóricos probados en personas sordas

La mayoría de estudios revisados en el apartado de aspectos psicosociales y salud sexual señalan que se ha usado como líneas teóricas el Modelo de Creencias de Salud, la Teoría de la Identidad Cultural de Glickman, la Teoría de Acción Razonada (TAR), la Teoría Social Cognitiva de Bandura, la Teoría del Aprendizaje Social y el Modelo de Reducción del Riesgo de VIH.

Los resultados de la aplicación de dichos modelos arrojan resultados muy diversos en cada una de las muestras, mostrando que solo ciertos factores se correlacionan con ciertas conductas sexuales. Entre los hallazgos que cabe destacar, están los del estudio de Zodda (2012) con la TAR, donde se encontró que esta teoría predijo el contacto riesgoso durante el coito vaginal (más no el oral) y que la actitud y el control de la conducta percibida, también conocida como autoeficacia, fueron las variables de mayor peso en el modelo.

Sin embargo, mayores investigaciones son necesarias para determinar el valor predictivo de esta y otras teorías o modelos de salud.

Adaptación de instrumentos para personas con sordera

Existe la necesidad de traducir y adaptar instrumentos preexistentes como alternativa a la de crear nuevos instrumentos, dado al proceso complejo que esto implica (Andrade et al., 2017).

Como mencionan estos autores, no hay una regla establecida para las traducciones en lengua de señas, sin embargo, la calidad de la traducción y validación es esencial para asegurar resultados confiables.

En su revisión, las traducciones más comunes encontradas fueron procesos individualizados, traducciones en grupo, traducciones con ajustes por grupos monolingües y bilingües y finalmente, traducciones mixtas. En estos procesos, se suele contar con la participación de personas bilingües, que forman parte en la traducción inversa para sacar varias versiones fieles de los ítems, hasta la final, que es grabada.

Los autores sugieren cinco etapas para el método de traducción, empezando por una traducción individualizada, de personas relacionadas a la comunidad de Sordos, realizar una síntesis de las traducciones, hacer una traducción inversa con un intérprete y un sordo, analizar el resultado y hacer ajustes por jueces expertos, para finalmente proceder a su aplicación piloto que lleve a la filmación de una versión final.

Antecedentes de adaptaciones en México

En 2009, Estrada Aranda, realizó una revisión de instrumentos de evaluación psicológica que han sido específicamente adaptados a esta población, además de las tres técnicas más comunes para esa finalidad.

El primer tipo de adaptación que encontró fue la adaptación lingüística, en la que se busca utilizar un lenguaje con palabras sencillas de comprender, la segunda es la adaptación lingüística con su posterior traducción grabada en video, utilizando lengua de señas de un instrumento existentes, y la última, son instrumentos, ya sea en español o en lengua de señas, diseñados y contruidos para un análisis psicológico de la población sorda, en aspectos como la identidad cultural, funciones adaptativas, entre otras.

De esta búsqueda, en la cual se seleccionaron instrumentos que hubieran sido estandarizados o diseñados específicamente para población Sorda, se contabilizaron 35 pruebas psicológicas, siendo únicamente 7 las estandarizadas y, siendo la sencillez en el lenguaje, la técnica, más socorrida.

Metodología para adaptación de instrumentos

Tras la revisión citada, se sugiere una metodología para la adaptación de instrumentos a población sorda, que a su vez, se basó en el procedimiento de traducción inversa, propuesto por Brauer (1993).

Este procedimiento, se ha realizado para la adaptación en Lengua de Señas Española y Lengua de Señas Mexicana (Estrada, 2012) con la Escala de Depresión de Beck.

Recomendaciones previas

Antes de empezar con el proceso, Estrada (2009) puntualiza algunas recomendaciones para la selección de instrumentos a interpretar en Lengua de Señas Mexicana (LSM).

Consiste en conocer a la población objetivo, sus características y la selección de una necesidad que haya sido realmente detectada, es primordial su participación. Así mismo, recomienda crear sensibilización en torno al tema que se abordará, por medio de talleres o charlas. Esta cuestión es muy importante, especialmente si será abordado un tema considerado un tabú, ya que puede incidir de forma considerable en el tamaño de la muestra final.

Otra cuestión, es evaluar, junto a personas que conozcan profundamente la Lengua de Señas, si el instrumento que se quiere adaptar, es traducible, y no pierde su sentido al ser interpretado. Además, de la búsqueda de un instrumento que no sea tan extenso, ya que puede ocasionar agotamiento y/o abandono del participante.

Finalmente, es contar con condiciones de trabajo óptimas, considerando, por ejemplo, tener acceso a expertos que conozcan la Lengua de Señas Mexicanas y que el lugar y los instrumentos con que se grabará, proporcionan nitidez, buena iluminación y un fondo en el que las señas sean distinguibles.

Proceso de adaptación

Después de ello, el autor procede a explicar cómo fueron las fases de adaptación de la Escala de Depresión de Beck. Cabe destacar, que dicha escala, tenía el precedente de haber sido adaptada lingüísticamente para la lectura de personas Sordas en su versión española, además de haberse probado en muestras con personas oyentes.

Las fases o los pasos seguidos por Estrada (2009) son, en resumen, los siguientes:

Inicia el proceso de traducción y adaptación con el instrumento que ya estaba lingüísticamente simplificado. Se procedió a grabar un video del instrumento en LSM, que contó con la participación de una persona Sorda y de un intérprete de LSM, quienes creyeron necesario agregar más explicación en ciertos ítems, que

en la simplificación lingüística previa. Esta versión se aplicó a personas Sordas para confirmar la claridad de las señas.

Después de esta prueba piloto, vino la traducción inversa, contando con la participación de tres intérpretes que no conocían el instrumento. Ellos realizaron una traducción del video con LSM al español escrito. Cada uno hizo su traducción individual y después se compararon. En ese apartado, se detectó que la primera persona que participó en la interpretación usó algunas señas que daban otro significado a la pregunta original.

Después de las tres traducciones se obtuvo una sola, para producir una mejor versión en español escrito. Se procedió a grabar una segunda versión en LSM. Se decidió que, el formato de respuesta se presentarían solo los recuadros para marcar cada respuesta, sin incluir las preguntas por escrito, ya que podrían ser un distractor del video y sin utilizar números como su escala original, ya que previamente, se encontró la tendencia de los Sordos a escoger las cantidades mayores, por percibir las como “mejores” o “correctas”. En vez de eso, se utiliza una escala pictórica, que en la figura podemos apreciar cómo se veía gráficamente.

¿?

1	
2	
3	
4	

Figura 1. Ejemplo del estilo de respuesta pictórico

Después, se realizó una comparación entre la versión en español escrito producida en el paso anterior y la versión española, previamente existente. El índice de validez mediante la correlación de Pearson fue de .76 y los coeficientes de alfa de Cronbach fueron de .81 para la versión escrita hecha en México y de .83 para la versión española.

Con estos resultados, se realizó el paso final, que consistió en una grabación del instrumento, la cual sería la final. Esto se realizó con ayuda de otra persona Sorda y otro intérprete, distintos a los de la fase inicial.

Estos pasos concuerdan así mismo con lo posteriormente sugerido Andrade et al. (2017). Sin embargo, Estrada pone también gran énfasis en el trabajo previo, en el conocimiento de la cultura Sorda. También pone atención a la forma en que son respondidos los instrumentos, pues en ello también puede haber cabida a confusión por parte de los participantes.

MODELO DE PARTIDA

En un futuro cercano se buscará que la intervención “Reconéctate” sea apta para implementarse en la población sorda que, de acuerdo con la literatura antes abordada, se encuentra en gran riesgo debido a las numerosas barreras de accesibilidad que enfrenta, especialmente referente al lenguaje.

A continuación, se describirá el modelo que sustenta las versiones de la intervención en línea que se tiene como objetivo adaptar en un futuro, llamadas “Conéctate” y “Reconéctate”. También se describirá brevemente en qué consistieron dichos programas y sus principales características.

De estas intervenciones fue el punto de partida, así mismo, en la selección de los instrumentos por adaptar.

Modelo de Resiliencia Sexual

El trabajo de “Conéctate” y “Reconéctate”, intervenciones de sexualidad previas, estuvieron sustentadas bajo el Modelo de Resiliencia Adolescente (MRA) dirigido a conductas sexuales de riesgo, como lo plantean Castillo-Arcos y Benavides-Torres (2012). Aunque por cuestiones lingüísticas y diferencias a la población de estudio, no se abordarán todas las variables de este modelo, se presentará la teoría completa.

El Modelo de Resiliencia Adolescente (MRA) propuesto por Haase (2004) es uno de los primeros modelos teóricos desarrollados para el estudio de la resiliencia en los adolescentes y se generó para dar respuesta a cómo los adolescentes con cáncer se adaptan a las situaciones difíciles. Posteriormente, el modelo fue aplicado en intervenciones psicoeducativas para la prevención de las conductas sexuales de riesgo.

El modelo parte del supuesto de que la adolescencia es una etapa de desarrollo donde se acentúan los cambios (físicos, psicológicos y sociales) y existen, por lo tanto, respuestas específicas a la salud y enfermedad. También menciona que el adolescente posee recursos y fortalezas para gestionar con flexibilidad los factores de estrés para obtener resultados positivos y que la familia y la sociedad son elementos importantes en la protección del adolescente (Castillo-Arcos & Benavides-Torres, 2012).

De acuerdo con esto, el modelo está integrado por conceptos que se clasifican como factores de riesgo, factores de protección y el factor resultado. A continuación se describen cada uno de estos factores.

En el Modelo de Resiliencia Adolescente (MRA) los factores de riesgo se dividen en:

- a) Riesgo relacionado con etapa de la adolescencia: factores que producen una influencia negativa en la resiliencia.
- b) Riesgo individual: son los problemas de salud y las estrategias de afrontamiento defensivo que son empleadas cuando las personas responden a los acontecimientos estresantes.

En el caso de los factores de protección, estos están conformados por:

- a) protección familiar: son componentes que se encuentran dentro y fuera de la familia, siendo una fuente importante de protección para el adolescente contra problemas psicosociales.
- b) protección social: hacen referencia al apoyo que recibe la persona por parte de sus amigos y proveedores salud.
- c) protección individual: son las estrategias que proporcionan mayor capacidad de recuperación y permiten modificar los resultados adversos.

Por último, como factor resultado se encuentra la resiliencia que ha sido considerada como un proceso de identificación y desarrollo de recursos para manejar los factores de riesgo a fin de obtener resultados positivos. Así, un adolescente posee factores de protección que lo ayudan a desarrollar capacidades resilientes, que le favorecen para tener conductas saludables.

Rew y Horner (2003) agregan que el contexto sociocultural influye en las conductas de riesgo para la salud, por lo que factores socioculturales como género, la edad, los roles de género y la historia previa de enfermedades pueden potencializar o aminorar el riesgo a la salud.

Factores de riesgo

Riesgo relacionado con la etapa de la adolescencia

En el modelo de Haase (2004) éste constructo se denominaba “riesgo relacionado con la enfermedad”, que hacía referencia a la incertidumbre e incapacidad de que los eventos relacionados a la enfermedad, en ese caso cáncer, tuviesen sentido.

En el modelo adaptado por Castillo-Arcos y Benavides-Torres (2012), el riesgo no está relacionado a una enfermedad, sino con los cambios físicos, psicológicos y sociales, propios de la etapa de la adolescencia que provocan incertidumbre al adolescente, debido al desconocimiento de lo que está ocurriendo y sintiendo.

La etapa de la adolescencia se caracteriza por cambios drásticos y rápidos en el desarrollo físico, mental, emocional y social, que provocan ambivalencias y contradicciones en el proceso de búsqueda del equilibrio consigo mismo y con la sociedad a la que el adolescente desea incorporarse (Rodrigo et al., 2004).

Estos cambios mencionados son vividos como una fuerte tensión, ya que socialmente implica ser más grandes, autónomos, responsables y, está presente la nostalgia por la permisividad de la niñez (Díaz Sánchez, 2006). Además de ésta tensión, de acuerdo a Zuckerman (1994) la búsqueda de sensaciones, la impulsividad y la búsqueda de sociabilidad son tres rasgos distintivos de los adolescentes.

Estas características pueden llevar al adolescente a tomar riesgos con el fin de experimentar nuevas sensaciones, formar una identidad, buscar independencia y aceptación de otros. Es común que el adolescente equipare la conducta de riesgo con una experiencia que propicia su maduración. Todo esto produce incertidumbre debido a que la mayoría de los acontecimientos que lo aquejan son desconocidos (Castillo-Arcos & Benavides-Torres, 2012).

Como menciona Haase (2004), la incertidumbre es mayor cuando la persona carece de información acerca de lo que les está ocurriendo, cuando no entienden la información que les brindan o cuando los eventos son extraños, poco familiares o inesperados. Esto influye negativamente en la esperanza, el apoyo social, el bienestar psicológico y la resiliencia.

El ajuste a los cambios biológicos es una tarea del desarrollo para la cual las y los adolescentes necesitan estar preparados. La habilidad de apreciar su cuerpo y aceptar los cambios como un proceso natural dependerá de la orientación y el apoyo que se les ofrezca con antelación (Torices Rodarte & Ávila Garcia, 2012).

De acuerdo con Peter y Valkenburg (2008) la incertidumbre sexual surge en la medida en que los adolescentes no tienen en claro sus creencias sexuales. De acuerdo a éste constructo cognitivo, ésta incertidumbre se refleja en la inestabilidad de sus creencias y valores sexuales. Castillo-Arcos y Benavides-Torres (2012) retoman ésta definición y agregan, que es la incertidumbre de cómo debe reaccionar ante las nuevas sensaciones que experimenta en cuanto a sexo se refiere.

Riesgo individual

Entre los factores que agravan las conductas sexuales de riesgo, se encuentran ciertas características del individuo. Estos son los cambios psicológicos

(invulnerabilidad) y mecanismos de afrontamiento defensivo (evasivo, fatalista y emotivo) comunes de esta etapa de desarrollo, mismos que influyen en la conducta sexual del adolescente (Castillo-Arcos & Benavides-Torres, 2012).

En el adolescente existe una sensación de omnipotencia e invulnerabilidad con el pensamiento mágico de que a ellos jamás les ocurrirá ningún percance, lo que facilita los comportamientos de riesgo, entre los que están las conductas sexuales de riesgo (Casas, Ceña, del Rosal, Jurado, & de la Serna, 2006; García-Vega et al., 2012; Torices Rodarte & Ávila Garcia, 2012).

Castillo-Arcos y Benavides-Torres (2012) definen la “invulnerabilidad al VIH” como la percepción que posee el adolescente de no tener riesgo de infectarse con el VIH.

Otro factor individual que influye es el afrontamiento defensivo, el cual según Haase (2004) está compuesto por las formas de afrontamiento evasivas, fatalistas y emotivas. La mayoría de estilos de afrontamiento defensivos son útiles cuando la persona se enfrenta con nuevas situaciones, ya que sirve para afrontar pensamientos estresantes y emociones como el miedo a la muerte. El problema surge cuando ésta estrategia se mantiene sin generar estrategias de afrontamiento positivas, ya que con el tiempo tiene un efecto negativo en la resiliencia y calidad de vida.

El estilo de afrontamiento evasivo se refiere a pensamientos y conductas destinadas a evitar el factor de estrés a nivel físico, cognitivo o emocional y según Gonçalves Câmara, Castellá Sarriera y Sandra Carlotto (2007) no es un estilo efectivo porque impide que el adolescente enfrente un problema o reflexione sobre él.

La estrategia emotiva hace referencia a expresar y liberar emociones (Waltz, Jenkins, Strickland, & Dilorio, 2003). Ésta estrategia suele tener como fin disminuir el grado de incomodidad o malestar emocional y no pretende modificar la situación problemática. Es una estrategia adaptativa en las situaciones en las que el factor generador de estrés no se pueden alterar (Coleman & Hendry, 2003).

Finalmente la estrategia fatalista hace referencia a esperar lo peor de las situaciones o enfrentar desesperanzadoramente un problema (Waltz et al., 2003).

Gonçalves Câmara et al. (2007) indican que los adolescentes buscan reducir el estrés emocional asociado a la situación sexual a través del uso de estrategias de afrontamiento defensivo, estas no permiten oponerse de manera asertiva a una relación sexual sin protección.

Castillo-Arcos y Benavides-Torres (2012) incluyen en el modelo estos tipos de afrontamiento defensivo al riesgo sexual, los cuales impiden al adolescente identificar el riesgo sexual y tomar decisiones seguras sobre su conducta.

Factores de protección

Protección familiar al riesgo sexual

Entre los factores de protección, primeramente está la protección familiar al riesgo sexual, que integra los componentes de protección familiar que se encuentran dentro y fuera de la familia y por el apoyo familiar (Haase, 2004).

La familia es un recurso potencialmente importante en la protección a los problemas psicosociales (Haase, 2004; Rodrigo et al., 2004; Torices Rodarte & Ávila Garcia, 2012).

El ambiente familiar adecuado genera capacidad de adaptación, cohesión, comunicación y apoyo percibido que es útil para dar respuesta al estrés situacional mientras se mantienen los lazos emocionales (McCubbin, Balling, Possin, Friedrich, & Bryne, 2002).

En el MRA se maneja la protección familiar al riesgo sexual, que se traduce en apoyo familiar para la conducta sexual segura. Prelow, Loukas y Jordan-Green (2007) explican que la protección familiar es una fuente importante para que el adolescente practique conductas sexuales seguras, ya que la familia, es culturalmente vista como apoyo.

El otro aspecto que conforma la protección familiar es el apoyo familiar. Éste para Haase (2004), se refiere a las cualidades y el alcance de la red familiar y sus recursos; la red familiar consiste en las personas que tienen relaciones importantes en una familia nuclear en particular y en un momento en particular. En situaciones de crisis los miembros de la familia dependen en gran medida de su red de apoyo familiar.

El monitoreo de padres, una relación positiva entre padres e hijos y la discusión de temas relacionados al sexo seguro funcionan como estímulo protector para las conductas sexuales de riesgo (Marsiglia, Nieri, & Stiffman, 2006).

Castillo-Arcos y Benavides-Torres (2012) mencionan que el apoyo familiar aumenta la resiliencia, la presencia de relaciones cálidas, protectoras y de apoyo en donde al menos uno de los padres actúa como protector. Según el MRA, se considerará como apoyo familiar para la conducta sexual segura las relaciones afectivas de protección y cuidado que brindan los miembros de la familia para

favorecer en el adolescente la práctica de conductas sexuales seguras.

Protección social al riesgo sexual

La protección social al riesgo sexual es la medida en que los individuos perciben que sus necesidades de apoyo, información y retroalimentación son cumplidas por los amigos y proveedor de salud en referencia a la conducta sexual segura (Castillo-Arcos & Benavides-Torres, 2012).

Según Musitu y Cava (2003) el apoyo social hace referencia al conjunto de aportaciones de tipo de emocional, material, informacional o de compañía que la persona percibe o recibe de distintos miembros de su red social.

Disponer de personas de confianza a las que poder expresar emociones, problemas o dificultades, escuchar su opinión, o simplemente tener la sensación de ser escuchados y aceptados como personas, ha demostrado tener un fuerte impacto tanto en la autoestima como en la capacidad de la persona para afrontar adecuadamente situaciones difíciles y estresantes (Cardozo & Alderete, 2009; Musitu & Cava, 2003).

Las personas significativas también pueden establecer límites con el adolescente, instruirlo para proceder de manera correcta o desenvolverse solo y le ayudan a enfrentar situaciones de peligro (Castillo-Arcos & Benavides-Torres, 2012). Según éste modelo, el apoyo social para la conducta sexual segura es el apoyo percibido por el adolescente de su pareja, amigos y proveedores de salud para practicar el sexo seguro.

Protección individual al riesgo sexual

La protección individual al riesgo sexual se refiere a los recursos del individuo, que varían dependiendo de la situación de riesgo. Estos factores permiten amortiguar las consecuencias de los riesgos e interrumpen la cadena causa y efecto, bloqueando los resultados negativos (Castillo-Arcos & Benavides-Torres, 2012).

Dentro de éste constructo de protección individual para el riesgo sexual también se encuentra el afrontamiento. Lindqvist, Carlsson y Sjödn (2004) mencionan cinco estilos de afrontamiento que son empleados por la persona para enfrentar al estrés: el optimista que se refiere a mantener de actitudes positivas acerca del problema; el confrontativo que es utilizar el enfrentamiento y la confrontación para solucionar los problemas; el de apoyo, que maneja los sistemas personales, profesionales o espirituales de enfrentamiento; el autosuficiente, que depende de la persona más que de otros para resolver el problema; y el paliativo, incluye realizar otras actividades para sentirse mejor.

Castillo-Arcos y Benavides-Torres (2012) indican que los adolescentes pueden utilizar estos estilos de afrontamiento positivo para contrarrestar los efectos negativos del riesgo sexual y poder manejar con seguridad el estrés producido por los cambios de la adolescencia, permitiéndole de esta manera tomar decisiones sobre sexo seguro, por lo que en el MRA, se consideran éstos estilos de afrontamiento positivo.

Las mismas autoras, citando a Taylor-Seehafer y Rew (2000) refieren que otros factores protectores que contribuyen a disminuir la conducta sexual de riesgo son: los conocimientos sobre sexualidad, la autoestima y la autoeficacia, los cuales también son considerados en éste constructo.

De acuerdo con diversos autores, disponer de información correcta es un elemento importante para la prevención de las conductas sexuales de riesgo (Antón Ruiz & Espada, 2009; Espada Sánchez, Quiles Sebastián, & Méndez Carrillo, 2003; Planes, 1994).

Los niveles moderados y altos de conocimiento que la persona posee sobre VIH/SIDA le permiten decidir la mejor forma de protegerse. En éste modelo el conocimiento sobre VIH/SIDA es la información que posee el adolescente sobre los métodos de transmisión, protección y detección del VIH/SIDA que le permite la toma de decisiones sobre conductas de sexo seguro (Castillo-Arcos & Benavides-Torres, 2012).

Otro factor protector es la autoestima que para Haase (2004) es el grado en el que el adolescente se percibe de manera positiva o negativa y es un componente esencial del bienestar psicológico y del ajuste social.

Becoña (2006) indica que un adolescente con autoestima alta establece sentimientos de valor propio y desarrolla seguridad para hacer frente a situaciones de riesgo exitosamente. Según el MRA la autoestima es la percepción positiva de valía personal que el adolescente posee, que le permite hacer frente a situaciones de riesgo sexual.

Otro factor protector es la autoeficacia. Ajzen (2005) que es el medio por el cual la persona sigue sus metas y controla lo que es capaz de hacer. Así que es predictor del cambio de conducta y se define como la creencia que tiene una persona sobre su capacidad y esfuerzo necesario para ejecutar con habilidad una tarea.

Para el MRA la autoeficacia para conducta sexual segura se refiere a la capacidad percibida por el adolescente sobre sus habilidades para negarse a practicar conductas sexuales de riesgo para VIH/SIDA.

Finalmente está la Resiliencia que según Haase (2004) es un proceso de identificación y desarrollo de recursos para manejar los factores estresantes a fin de obtener resultados positivos. Las autoras del MRA derivaron este concepto a resiliencia sexual en el adolescente.

La resiliencia suele ser definida como la capacidad de enfrentar exitosamente las adversidades; éstas adversidades son, justamente, un estimulante para el desarrollo de recursos internos y de la capacidad de afrontamiento de situaciones de riesgo o estrés (Becoña, 2006).

Castillo-Arcos y Benavides-Torres (2012) consideran que la resiliencia sexual en el adolescente favorece la práctica del sexo seguro a través de los factores de protección familiar, social e individual y contrarresta los factores de riesgo sexual y de riesgo relacionado con la etapa. El MRA considera que la resiliencia sexual en el adolescente es el proceso mediante el cual éste utiliza sus recursos disponibles y responde de manera favorable a las conductas sexuales de riesgo para prevenir el VIH/SIDA. Lo anterior se verá reflejado en conductas como la abstinencia sexual, el uso constante y correcto del condón, la monogamia, la búsqueda de orientación sobre ITS-VIH/SIDA y la realización de la prueba de VIH en quienes hayan tenido conductas riesgo.

Accesibilidad web

Tomando en cuenta que se proyecta realizar una intervención en línea y que los instrumentos sean aplicados desde una plataforma, se debe considerar la accesibilidad que dicha población requiere, por tal motivo. En adelante a ello, se presentan referencias a esta temática:

La Iniciativa a la Accesibilidad Web (WAI), dentro de la Organización W3C (consorcio internacional que desarrolla estándares de la web), se encarga de velar por el principio de “Accesibilidad para Todos” generando pautas de diseño Web enfocadas a mejorar el acceso a los contenidos Web de las personas con discapacidad. En este apartado, se explica un poco acerca de lo que guía a estas pautas y brevemente cómo están compuestas.

Pautas de Accesibilidad Web

Entre los documentos para impulsar la creación de sitios accesibles para todos, se desarrolló una Guía para la Accesibilidad al Contenido Web (WCAG), que expone las características que deben de cumplir los sitios de internet para que todas las personas, sin importar sus características, puedan usarlas.

La versión actual que es la 2.0 (Caldwell, Cooper, Guarino Reid, & Vanderheiden,

2008), se dividen cuatro principios de alto nivel y un total de 12 pautas, que a su vez se subdividen en criterios de conformidad, técnicas suficientes y recomendables.

Dentro de las pautas también existen los puntos de verificación, los cuales ayudan a detectar posibles errores y a cada punto de verificación se le es asignado uno de los tres niveles de prioridad. El nivel "A" se refiere a aquellos puntos que un desarrollador Web tiene que cumplir ya que, de otra manera, ciertos grupos de usuarios no podrían acceder a la información del sitio Web, el nivel "AA" hace referencia a puntos que, de no cumplirse por el desarrollador, hacen que sea aún difícil acceder a la información a ciertos grupos de usuarios y el nivel "AAA", indica que el usuario tendrá las menores dificultades para acceder al sitio.

Brevemente, se describirán los principios de alto nivel de los cuáles se desprenden las pautas que hacen accesible a una web, así como la forma en que estos son de utilidad para la persona sorda:

Perceptible: se refiere a que la información y componentes de la interfaz deben poder ser mostrados a los usuarios, no puede haber elementos que no puedan percibir. Un ejemplo de este principio aplicado para las personas sordas, es el uso de subtítulos en los videos, ya que con estos, se logra transmitir información expresada por medio del sonido, que es una manera en la que no lo podrían percibir.

Operable: la interfaz de usuario y navegación no pueden requerir interacción que el usuario no pueda realizar. Dentro de este apartado, podemos ver pautas dirigidas a que el usuario tenga, hasta cierto punto, el control del contenido, un ejemplo es proporcionar al usuario el tiempo suficiente para leer y usar la web, lo que para las personas sordas puede representar una ventaja, puesto que el lenguaje escrito es un segundo idioma para ellos y daría el tiempo de comprender la información. En circunstancias en que haya un intérprete de lengua de señas relatando contenido, el poder controlar los límites de tiempo es importante.

Comprensible: el usuario debe entender la información y el funcionamiento de la interfaz de usuario. Dentro de este principio, se indica que los contenidos textuales deben resultar legibles y comprensibles. En el caso de las personas sordas, esto es importante ya que como se ha mencionado antes, las lenguas de señas suele ser su primer idioma, de manera que los textos con mucha frecuencia no suelen ser entendidos.

Robusta: debe ser suficientemente robusta para que sea interpretada de forma

fiable por gran variedad de agentes de usuario, como tecnologías de asistencia. Aun cuando las tecnologías y aplicaciones de usuario evolucionen, el contenido debe seguir siendo accesible. Este principio está pensado especialmente para que los componentes de la interfaz de usuario sean compatibles con ayudas técnicas, como lectores y magnificadores de pantalla, programas de reconocimiento de voz, etc.

Aportes a la creación de webs para personas sordas

En una crítica a dichas pautas de accesibilidad, Parra Vargas (2013) señala que éstas no están sustentadas por algún soporte empírico ni están probadas por aquellos colectivos a las que van dirigidas, lo cual incluye a aquellas que se refieren al uso de Lenguas de Señas en la Web.

A pesar de que, las pautas de accesibilidad web priorizan el subtulado como herramienta fundamental para que las personas sordas puedan navegar en un sitio web, Namatame y Kitajima (2009) y Fajardo, Parra y Cañas (2010) apoyan la idea de incluir Lengua de Señas para ayudar en la navegación. De acuerdo a estos estudios, debido a los bajos niveles de lectura de comprensión y bajos conocimientos previos de los temas que aprenden por medio de los sitios, son factores para que se desorienten con facilidad mientras navegan.

Cabe destacar, que aún con el uso de la lengua de señas, el cómo se presenta la información tiene un impacto en la motivación para terminar de revisar toda la información. Miller, Kargin, & Guldenoglu (2013) encontraron que en sitios web de salud que tenían videos en lengua de señas, las personas sordas sugirieron que la información que se les presente sea breve y bien enfocada, de lo contrario, existe la inclinación por dejar de lado el video y buscar la información en otros lugares.

A continuación, se señalan los hallazgos, independientemente de las Pautas de Accesibilidad, que se han encontrado en la creación de páginas web o intervenciones para personas sordas.

Estudios del uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) por los sordos

Se exploró el uso de las nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación en sordos, así como intervenciones que se hayan hecho con anterioridad usando internet o programas computacionales.

Las personas con pérdida auditiva presentan dificultades de comunicación que son su principal limitación a la participación plena en la sociedad. El creciente uso

de Internet y dispositivos móviles de comunicación, ofrecen una mayor interacción en el vídeo, además de texto y audio, y por lo tanto puede contribuir a que la reducción o ausencia de audición no sea un factor que limita la participación (Capitão, Pisco Almeida, & Marques Vieira, 2011).

Tomando en cuenta las necesidades que las personas sordas tienen, desde hace tiempo se han diseñado estrategias de intervención utilizando nuevas tecnologías. Por ejemplo, la telepráctica, que es brindar servicios profesionales de forma remota utilizando tecnologías de comunicación, es cada vez más común en algunos países, como por ejemplo Estados Unidos, para atender niños en edades de preescolar y escolar y, especialmente, brindar apoyo a sus cuidadores (Miller, 2014; Stredler-Brown, 2012).

Diversos autores han identificado el potencial de Internet, incluyendo servicios Web, como facilitadores de la funcionalidad de las personas con sordera (Capitão et al., 2011). De hecho, los sordos tienen una gran actividad en internet y uso de tecnologías de la comunicación, entre las que se encuentran el uso de mensajes de texto, e-mail, videollamadas, de Facebook, Youtube, Second Life, salas de chat visuales, blogs o vlog, entre otros (Power & Power, 2009). Se han encontrado que también usan comunidades virtuales, donde suelen participar en asuntos relacionados con sus derechos, trabajo, aspectos técnicos de su discapacidad y actividades sociales, lo cual muestra que ésta representa una fuente de información y apoyo social (Shoham & Heber, 2012).

Según Capitão et al. (2011) la creciente disponibilidad de contenidos multimedia es un facilitador de una forma particular para los estudiantes sordos, que prefieren acceder a información a través de vídeo e imagen. Por tales motivos, se han trabajado intervenciones o programas basados en web.

Algunos ejemplos de lo anterior, especialmente en el área educativa, que es donde ha habido un mayor énfasis, están el proyecto SOAR-High (Science. Observing, and Reporting—High School) un programa de ciencias en la web para estudiantes sordos en Estados Unidos, en el que se deben realizar actividades en computadora y con el profesor y tanto de manera individual como haciendo equipo con estudiantes de otras escuelas participantes (Barman & Stockton, 2002) y otro proyecto en Eslovenia, por Debevct y Peljhan (2004) quienes desarrollaron una aplicación en web de video-lecturas para estudiantes de preparatoria, que incluían un intérprete de lenguaje de señas con voz y subtítulos.

A pesar de que en las investigaciones descritas anteriormente, fue demostrado un desarrollo en las habilidades que los programas implementados buscaban, las principales limitantes encontradas en general fueron respecto a los niveles de

lectura de los participantes, problemas referentes a fallos en el internet y, que los resultados no pueden generalizarse dada la cantidad de la muestra.

Por otra parte, el área de salud ha sido abordada en menor medida. Se han diseñado intervenciones a manera presencial con videos que usan la Lengua de Señas que buscan incrementar acceso a la información y con ello, también del conocimiento.

Ejemplos de esto, son los estudios de Folkins et al. (2005) en cáncer de próstata y testicular, en el cual 102 hombres sordos fueron encuestados antes, inmediatamente y dos meses después de ver un video de 52 minutos de cáncer de próstata y testicular, mostrando que los conocimientos acerca de dichas enfermedades incrementaron y se mantuvieron a pesar del tiempo transcurrido, sin embargo abarcar dos temas en un solo video, fue algo complicado para los participantes. En 2013 Jensen et al., realizaron una intervención similar sobre cáncer ovárico con 100 mujeres, (50 sordas y 50 oyentes), mostrando como resultados un incremento en los conocimientos de las mujeres sordas. Sin embargo, en comparación con las mujeres oyentes éste incremento fue menor, por lo que se consideró como opción que las mujeres con discapacidad tuviesen la oportunidad de ver más ocasiones el video para cerrar esta brecha y que se vieran beneficiadas por la información.

Wilson y Wells (2009) probaron la efectividad de la videoconferencia o “telehealth” como método de psicoeducación en salud mental, en contraste a solamente brindar información por escrito. En éste caso la intervención se centró en el tema de la depresión y, contrario a lo esperado, los grupos mostraron un aumento de conocimientos tanto en videoconferencia, como a manera escrita.

Las intervenciones en salud en línea son, sin embargo, escasas. Según (Smith, Massey-Stokes, & Lieberth (2012) los sitios web con información para adolescentes que se comunican con lenguaje de señas es rara, por lo que es importante investigar los intereses de salud y de búsqueda de información en línea para, efectivamente, planear, implementar y evaluar sitios de salud que proporcionen contenidos que sean accesibles según sus necesidades.

En 2010 se creó y evaluó un sitio web como intervención para dejar de fumar, basado en la Teoría Cognitivo Social, el Modelo Transteórico de Cambios y principios del aprendizaje en línea, integrados a la cultura de la comunidad sorda, con el uso de la Lengua de Señas Americana y sus estrategias de enseñanza-aprendizaje favoritos. El sitio contó con videos informativos en lenguaje de señas sobre tres etapas para dejar de fumar, un espacio para preguntar a expertos y un grupo de apoyo por medio de cámara web. Durante las pruebas, los participantes

encontraron el sitio útil, con información clara y especialmente entusiastas con el uso de grupos de apoyo en línea y con las preguntas al experto. En la prueba final, los 5 participantes evaluaron positivamente el sitio y en uno de los casos, existió una reducción en los hábitos de consumo; como limitaciones fueron algunas dificultades en el tamaño de la muestra y, con el lenguaje, en algunos casos (Jones, Goldsmith, Effken, Button, & Crago, 2010).

CAPÍTULO III

MÉTODO

La finalidad de la presente investigación es adaptar instrumentos que ayuden a identificar las conductas sexuales, la autoeficacia, el apoyo social percibido de amigos y la violencia sufrida en la pareja de jóvenes estudiantes sordos e hipoacúsicos. Por tal motivo, el proyecto se realizó en tres fases, las cuales cuentan con una serie de pasos que utilizan métodos mixtos.

La primera fase consistió en conocer los instrumentos manejados en el programa base y, sobre todo, en el acercamiento a la población objetivo.

El primer paso de esta fue una revisión de sesiones del programa “Reconéctate” en conjunto del instrumento e ítems para medir los constructos que el programa maneja, esto proyectando a que se adapte a futuro dicho programa.

En el segundo paso, se buscó un acercamiento a la Lengua de Señas Mexicana y a la cultura Sorda, por medio de los cursos impartidos por parte del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Nuevo León (DIF), a la par, se fueron analizando los procedimientos comúnmente utilizados en diversas investigaciones para emplear la LSM en instrumentos.

Como tercer paso, realizó un método exploratorio cualitativo, en el cual se buscó tener un acercamiento a esta población por medio de entrevistas con intérpretes cercanos a esta comunidad.

La segunda fase, habiendo determinado de qué manera se podrían adaptar los instrumentos, fue el seguir dicha metodología con los recursos y participación que se tenía disponible.

El cuarto paso, consistió en la revisión y depuración de las escalas de “Reconéctate” por interpretar, lo que se realizó con la colaboración de un intérprete de LSM.

Durante el quinto paso, se hizo la interpretación y grabación de los instrumentos seleccionados a video.

En el sexto paso se hizo la traducción inversa, con la colaboración de dos intérpretes, también reconocidos por la comunidad de personas Sordas.

La tercera fase consistió la preparación de los instrumentos y su aplicación piloto a una muestra.

Es así que el séptimo paso consistió en la búsqueda de una plataforma de encuestas que permitiera seguir los pasos sugeridos en las fases anteriores y en la preparación de dicha plataforma para la aplicación.

El octavo paso consistió en un diseño no experimental, descriptivo y de tipo transversal, en la cual se aplicaron los instrumentos previamente adaptados, lo cual permitió realizar los análisis pertinentes para conocer la muestra.

Participantes

Paso 3 a la 6:

Se utilizó un muestreo por conveniencia en que participaron 3 sujetos, con un mínimo de 5 años trabajando en una institución enfocada a la atención de personas Sordas, certificados en el uso de la Lengua de Señas Mexicana y reconocidos por la comunidad.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Tener un conocimiento profundo de la Lengua de Señas Mexicana y sus características.
- Interpretar profesionalmente la Lengua de Señas Mexicana.
- Tener conocimiento de la cultura sorda.
- Haber participado o estar actualmente activo en alguna institución enfocada al trabajo con personas Sordas.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- No ser competente en el uso de Lengua de Señas Mexicana, ni conocer a profundidad la misma.
- Desconocer la cultura Sorda.
- No haber tenido contacto nunca o tener poco contacto con personas Sordas.

Paso 8:

Se utilizó un muestreo por conveniencia, en que participaron 25 sujetos sordos e hipoacúsicos con un grado de estudios mínimos, en un rango de edad entre los 18

a 22 años. A continuación, se describen los criterios de inclusión y exclusión que se utilizaron en la muestra.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Tener sordera de leve a profunda.
- Saber usar la Lengua de Señas Mexicana.
- Tener conocimientos básicos del español escrito.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Desconocer por completo la Lengua de Señas Mexicana
- Utilizar mímica como principal método de comunicación
- Desconocimiento completo del español escrito
- No contar con educación primaria

Instrumentos

A continuación, se describen los instrumentos utilizados para recolectar los datos:

Guía de entrevista:

Se diseñó una guía de entrevista semi-estructurada con 22 preguntas dirigidas a profesionales que han trabajado con personas sordas. Estas preguntas abarcan generalidades de la educación del sordo, las conductas de riesgo frecuentes, cómo se abordan estas temáticas en el ambiente familiar, de amigos y de servicios de salud, el uso de la tecnología por la comunidad y las recomendaciones generales para crear una intervención ([Anexo 1](#)).

La cédula de datos sociodemográficos.

Incluye 19 ítems, con datos como la edad en años cumplidos, sexo, características de su sordera, educación, forma predilecta de comunicación, familia y de la experiencia previa de información sobre sexualidad, ITS y VIH/SIDA ([Anexo 2](#)).

Apoyo social para la conducta sexual segura.

Para medir esta variable, se utilizará la Escala Provisión Social para Sexo Seguro de Darbes y Lewis (2005). La escala original mide la percepción de apoyo de la familia, pareja, amigos y proveedores de salud para la conducta de prevención de VIH. Por motivos relacionados a las características de la muestra, la sección de familia, pareja y proveedores de salud fue suprimida, con lo que cuenta con 16 ítems que corresponden a los amigos. A mayores puntuaciones, mayor percepción de apoyo familiar y social para la prevención del VIH. La escala original obtuvo un Alpha de Cronbach de .94 ([Anexo 3](#)).

Autoeficacia para conductas sexuales seguras

Escala de Autoeficacia para Prevenir el SIDA de López-Rosales y Moral de la Rubia (2001) adaptada para adolescentes mexicanos. Esta escala de 27 reactivos mide la autoeficacia sexual para prevenir el SIDA en cuatro aspectos: 1) capacidad para decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias, 2) capacidad para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo 3) capacidad percibida para adquirir y utilizar correctamente el condón y 4) capacidad percibida para tener relaciones sexuales hasta el matrimonio, monogamia y hablar de temas sexuales con los padres. Puntajes altos indican mayores niveles de autoeficacia. Este instrumento ha reportado anteriormente un Alpha de Cronbach .89 ([Anexo 4](#)).

Conductas Sexuales de Riesgo

Escala de Conducta Sexual de Villaseñor-Sierra, Caballero-Hoyos, Hidalgo-San Martín y Santos-Preciado (2003) que originalmente consta de 38 reactivos, mide la frecuencia del uso de condón, diferentes parejas y conducta en los pasados 3 meses. Las opciones de respuesta para las preguntas sobre conducta sexual son: 0 = yo nunca he tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses, 1 = si y 2 = no. Así mismo contiene algunas preguntas abiertas. Este instrumento originalmente ha reportado un Alpha de Cronbach de .67 a .72. Por características de la muestra, este instrumento fue acortado a 24 reactivos ([Anexo 5](#)).

Violencia y abuso sexual

Cuestionario de Violencia Sufrida y Ejercida de Pareja de Moral de la Rubia y Ramos Basurto (2015). La escala original consta de 4 escalas: dos escalas evalúan violencia sufrida en cuanto a frecuencia y daño, por medio de los mismos 27 ítems directos que tienen un formato de respuesta tipo Likert de 5 valores. Del apartado de violencia sufrida, que es la examinada en esta investigación, 8 ítems están orientados a evaluar violencia psicológica y social, 7 ítems a evaluar violencia física, intimidación y agresión, 7 ítems a evaluar violencia sexual y 5 ítems a evaluar violencia económica. En esta investigación, no se tomó en cuenta la violencia ejercida, ni la violencia económica y del apartado de violencia psicológica y social, se suprimieron los ítems 18 y 19, que tenían relación al cuidado de los hijos, terminando finalmente con 19 ítems ([Anexo 6](#)).

Procedimiento

A continuación, se desglosarán los detalles de cada una de las fases.

Fase 1

Primer paso:

Debido a que el objetivo futuro de este proyecto se enfoca en adaptar el programa

“Reconéctate” para la población Sorda, el primer paso consistió en analizar este programa, verificando los constructos manejados y los instrumentos que fueron utilizados para medirlos.

Así mismo, con la literatura disponible, acerca de esta lengua, se cuestionó si los instrumentos serían adecuados.

Segundo paso:

Se realizó un acercamiento a la Lengua de Señas Mexicana, así como a la cultura Sorda, por medio de los cursos ofrecidos en el Centro Estatal de Rehabilitación y Educación Especial (DIF CREE).

Durante este curso, se aprendieron señas comunes, las características de la LSM, cómo se suelen estructurar sus oraciones y reglas para la interpretación. Esto fue de suma importancia, puesto que se comenzó a dimensionar las posibles implicaciones de adaptar instrumentos en esta lengua.

Otro punto relevante, que no se había considerado con anterioridad, fue el conocer la cultura Sorda, es decir, las características que suele poseer la población objetivo. Esto también ayudó a comprender cómo se autoperciben y algunas de las principales barreras que se presentan en la comunidad de personas Sordas, que impiden que llegue información de temáticas de salud en general.

Así mismo, se comenzaron a explorar los métodos o técnicas más usuales para adaptar instrumentos, encontrándose el precedente en la población mexicana con la metodología propuesta por Estrada (2009).

Tercer paso

El objetivo de este paso, consistió en continuar con el acercamiento y conocimiento de la población objetivo, por medio de entrevistas semiestructuradas. Para lo que se contó con la participación de tres intérpretes quienes trabajan o han trabajado en instituciones en el área de inclusión laboral, en escuelas de diferentes niveles educativos y en instituciones como el ministerio público, ya sea como intérpretes o como profesores.

En este punto, se comprendió aún más a profundidad cómo es la educación que lleva el Sordo y las principales barreras en las que se ve afectado, tanto familiares como educativas.

También fue explorado si existían efectivamente problemáticas relacionadas a

conductas sexuales de riesgo y qué tipo de intervenciones se habían realizado en esta localidad al respecto.

Fase 2

Cuarto paso

Se inicia el procedimiento para la adaptación de los instrumentos, tomando en cuenta las consideraciones y pasos sugeridos por Estrada Aranda (2009), y con los recursos de tiempo, económicos y de participación disponibles.

En esta fase, de la adaptación de instrumentos a Lengua de Señas Mexicana, se contó con la participación de un intérprete con vasta experiencia y cercanía a la comunidad Sorda. Éste profesional se encargó de revisar los instrumentos planeados para la aplicación y planteó las dificultades que podría presentarse en cada uno, especialmente en cuanto a comprensión, longitud y tipo de respuesta. Recalcó que, aunque fueran traducidos los instrumentos, sería muy probable que durante la aplicación sería necesario contar con la ayuda de otros intérpretes, pues suelen existir dudas a pesar de lo claro que puedan ser las indicaciones.

Tras una revisión de los cambios sugeridos, se determinó conservar la Escala de Autoeficacia para conductas sexuales seguras, Escala de conducta sexual, Escala de apoyo social para la conducta sexual segura y Escala de violencia sufrida, además de una cédula de datos.

En el caso de algunas de las escalas que se determinó conservar, se eliminaron diversos ítems por cuestiones de dificultades en la interpretación o por la búsqueda de acortar el instrumento, intentando no ser tan repetitivos. En la siguiente tabla se pueden observar las escalas conservadas y descartadas.

Tabla 1. Instrumentos de “Reconéctate” conservados y descartados.

Constructo	Instrumento	Modificaciones
Conocimiento sobre los medios de trasmisión, prevención y detección de ITS- VIH/SIDA: es la información que posee el adolescente y que le permite la toma de decisiones sobre conducta.	Cuestionario de Conocimiento sobre Embarazo, SIDA e ITS de Jemmott, Jemmott, & Fong (1992).	Se suprime este instrumento con la finalidad de reducir la longitud de escalas. Se apoyó la decisión además en que, de acuerdo con la literatura encontrada, hay un desconocimiento general en estas temáticas.
Conducta Sexual de Riesgo:	Escala de	Se acorta el instrumento dada

<p>exposición del individuo a una situación que puede ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por enfermedades de transmisión sexual, o generar una situación de embarazo no deseado (García-Vega, Menendez Robledo, Fernandez García, & Cuesta Izquierdo, 2012).</p>	<p>Conducta Sexual de Villaseñor-Sierra, Caballero-Hoyos, Hidalgo-San Martín y Santos-Preciado (2003)</p>	<p>su longitud y preguntas repetitivas. Modificación en la redacción de una pregunta referente a las relaciones forzadas, de manera en que fuera lo suficientemente específica. Se descartaron preguntas que resultaban repetitivas con el fin de reducir la longitud final del instrumento. Se conservó el estilo de pregunta y de respuesta dada a su claridad.</p>
<p>Susceptibilidad percibida: Percepción que posee el adolescente de no tener riesgo de infectarse con el VIH.</p>	<p>Susceptibilidad Percibida de Lux & Petosa (1994)</p>	<p>Se suprime este instrumento con la finalidad de reducir la longitud.</p>
<p>Riesgo relacionado con la etapa de la adolescencia: Es el riesgo relacionado con los cambios físicos, psicológicos y sociales, propios de la etapa de la adolescencia que provocan incertidumbre.</p>	<p>Escala de Incertidumbre Sexual adaptada por Peter & Valkenburg (2008)</p>	<p>Escala suprimida, debido al vocabulario y la falta de especificidad, que ocasionaba dificultad para su interpretación.</p>
<p>Autoeficacia sexual: Es la capacidad percibida por el adolescente sobre sus habilidades para negarse a practicar conductas sexuales de riesgo para VIH/SIDA.</p>	<p>Escala de Autoeficacia para Prevenir el SIDA de López-Rosales & Moral de la Rubia (2001)</p>	<p>Se conservó esta escala con todos los ítems, pero se realizó un cambio en el estilo de pregunta para evitar los dobles negativos y ajustar las preguntas al orden en la oración que ellos utilizan.</p>
<p>Protección social al riesgo sexual: Es el apoyo percibido por el adolescente de su pareja, amigos y proveedores de salud para practicar el sexo seguro</p>	<p>Escala Provisión Social para Sexo Seguro de Darbes & Lewis (2005)</p>	<p>Se eliminaron los apartados de protección familiar y de proveedores de salud, debido a que la literatura evidencia su poca comunicación. El apartado de pareja, se eliminó dada a su similitud con el instrumento de "Autoeficacia". Se hizo adaptación en el estilo</p>

		de respuesta, que pasó a ser dicotómica, por las dificultades al responder las escalas Likert.
Autoestima: Es la percepción positiva de valía personal que el adolescente posee, que le permite hacer frente a situaciones de riesgo sexual	Escala de Autoestima de Rosenberg (1965).	Escala suprimida, debido al vocabulario y la falta de especificidad, que ocasionaba dificultad para su interpretación.
Protección individual: son las estrategias de afrontamiento que proporcionan mayor capacidad de recuperación y permiten modificar los resultados adversos.	Escala de Afrontamiento Jalowiec de Jalowiec (2003)	Escala suprimida, debido al vocabulario y la falta de especificidad, que ocasionaba dificultad para su interpretación, además de longitud y estilo de respuesta complicado.
Resiliencia para sexo seguro: Es el proceso para utiliza los recursos disponibles y responder de manera favorable a las conductas sexuales de riesgo.	Escala de Resiliencia para Sexo Seguro de Wagnild & Young (1993)	Escala suprimida, debido al vocabulario y la falta de especificidad, que ocasionaba dificultad para su interpretación.

En cuanto al Cuestionario de Violencia Sufrida y Ejercida, para examinar la incidencia de abuso en la pareja, solo se consideró el apartado de violencia sufrida. Los ítems relacionados al control económico o al cuidado de los hijos fueron suprimidos debido a características de la edad de la población y con el fin de acortar el instrumento.

El estilo de esta escala, se cambió a de escala Likert a dicotómica, como se menciona arriba, para facilitar el que pudiesen poner su respuesta.

Quinto paso

Después de esta depuración, se fijó una cita con el profesional para grabar en video la interpretación de los instrumentos, sin presentarse dificultad.

Se buscó que el video fuese grabado en un área bien iluminada, con un contraste entre el fondo y el intérprete, además de un buen margen de espacio para que ninguna seña se saliera de cuadro.



Figura 2. Captura de la interpretación en video del primer ítem del SEA-27

Sexto paso

Se consiguió la participación de dos intérpretes expertos en lengua de señas para realizar la traducción inversa. Se les mostraron por separado, los instrumentos grabados y cada uno expresó qué significado encontraban en ellos. Después de su reinterpretación, el equipo de investigación, procedió a hacer una comparación entre el ítem original y el brindado por los intérpretes en la traducción inversa, no encontrándose diferencias significativas entre ambos (Anexo 7).

Se volvió a fijar una cita con dichos intérpretes para que, conociendo el ítem original, realizaran retroalimentación sobre cómo fue signado y el estilo de respuesta planeado. Ambos profesionales confirmaron la claridad de las señas, haciendo sólo algunas sugerencias de otra forma en que se podría brindar un par de ítems. Recalaron, sin embargo, que el instrumento era muy largo y probablemente tomaría una buena parte de tiempo responderlo. Concordaron con el primer profesional en evitar las escalas Likert y sugirieron graduar las respuestas.

Para probar el resultado, se tomó la sugerencia para la Escala de Autoeficacia. Para esta población, el ítem original podría resultar largo y confuso. En la Tabla 2. Podemos ver un ejemplo que cómo fueron reestructuradas un par de preguntas de la escala.

Tabla 2: Ejemplo de la modificación de ítems de la escala SEA-27

<u>Ítem Original</u>	<u>Reestructuración del enunciado para interpretar</u>	<u>Interpretación del ítem en el video</u>
<u>¿Qué tan seguro estas de ser capaz de decir “No” cuando te proponen</u>	<u>De decir “no”, cuando te propone tener relaciones sexuales alguien conocido</u>	<u>Una persona que un mes antes conoces, te invita a tener sexo ¿tú le puedes</u>

<u>tener relaciones sexuales</u>	<u>hace 30 días o menos</u>	<u>¿te</u>	<u>decir que no?</u>
<u>alguien conocido hace 30</u>	<u>días o menos?</u>	<u>sientes capaz?</u>	
<u>¿Qué tan seguro estas</u>	<u>De decir “no” cuando te</u>	<u>Una persona que tú no</u>	
<u>de ser capaz de decir</u>	<u>pide tener relaciones</u>	<u>sabes si ha tenido o no</u>	
<u>“No”, cuando te proponen</u>	<u>sexuales alguien que no</u>	<u>sexo antes, viene a ti y</u>	
<u>tener relaciones sexuales</u>	<u>conoces su historia sexual</u>	<u>dice que quiere tener</u>	
<u>alguien cuya historia</u>	<u>¿te sientes capaz?</u>	<u>sexo contigo ¿puedes</u>	
<u>sexual es desconocida</u>		<u>decirle que no?</u>	
<u>para ti?</u>			

La sugerencia de los intérpretes de la traducción inversa fue que, referente a la respuesta, primero respondieran con un “Si” o un “No” a este cuestionamiento y después se desprendieran opciones, según la escala Likert. De responder “Si”, se desplegasen, “Seguro 100%”, “Seguro” y “A veces”. En el caso de “No”, se desprenderían opciones “A veces”, “algo seguro” y “nada seguro”. Esto fue permitido gracias a la plataforma Limesurvey, que es donde fueron subidos los instrumentos.

La cédula de datos, que no había sido mostrada o probada antes en ninguna población, fue mostrada a dos estudiantes Sordas que hicieron algunas sugerencias sobre la misma, en cuanto a desglose de respuestas. Las observaciones realizadas en este paso se pueden observar en el [Anexo 7](#)

Fase 3

Séptimo paso

Fueron preparados los instrumentos en línea, tras una búsqueda de plataformas de encuesta, se decidió que fuese por medio de LimeSurvey, la cual permite soportar videos y hacer preguntas con saltos lógicos.

Debajo de cada video se añadió la misma pregunta, pero con la estructura que llevan las oraciones en LSM, de forma que fuera de ayuda para quienes utilizan también el español.

Como se mencionó antes, las opciones elegidas permitían hacer saltos lógicos, es decir, que de acuerdo con lo que el sujeto respondía, se podía saltar a otras preguntas de seguimiento al mismo tema o, por el contrario, a otras secciones. De esta forma también fue posible utilizar la sugerencia realizada por los intérpretes para el instrumento de Autoeficacia, ya que dependiendo de si el sujeto escogía la opción de “Si” o “No”, se desplegaban otras preguntas, que permitían graduar sus respuestas como si fuera una escala Likert.

ESPAÑOL:

1 mes antes persona conocer, esa persona pedir sexo tener
¿Tu puedes decir no?

📌 Seleccione una de las siguientes opciones

Sí, poder decir "NO"

No poder decir "NO"

📌 Seleccione una de las siguientes opciones

¿Qué tan seguro estás?

Seguro 100%

Seguro

A veces seguro

Figura 3. Muestra del despliegue de opciones tras seleccionar una opción

Octavo paso

Primera aplicación:

Se dio cita a la Universidad Tecnológica Santa Catarina, para mostrar el resultado final de los instrumentos, no encontrándose inconveniente y se fijó una fecha para la aplicación.

Durante esta primera aplicación, participaron 30 jóvenes sordos e hipoacúsicos mayores de edad cursando el bachillerato. Se realizó la aplicación con todos los participantes al mismo tiempo y se contó con ayuda de dos profesoras intérpretes y coordinadoras de diversos grupos de alumnos; se contó así mismo, con equipo de computación con buena conexión a internet.

A pesar de las buenas condiciones en infraestructura, se reportaron numerosas dificultades, debido a la cantidad de dudas existentes en especial en cuestión de temporalidad de varios ítems, que rebasaban la ayuda que las intérpretes y el equipo de investigación podían proporcionar.

Con el tiempo límite de una hora, sólo dos de estos jóvenes pudieron terminar la aplicación completa. Las profesoras ofrecieron como retroalimentación, considerar la longitud de los instrumentos, pues consideraban que eran muchas preguntas a las que comúnmente están acostumbrados a responder.

Esto confirmó así mismo la consideración que se nos había hecho previamente, acerca de que, aun y que se utilizara LSM en las preguntas y que éstos videos fueran claros, siempre iba a haber necesidad del apoyo de intérpretes debido a que usualmente aun así existen dudas, que necesitan mayor precisión o

ejemplificaciones para que puedan comprender las preguntas.

Segunda aplicación:

Se solicitó oportunidad de realizar otra aplicación, en la cual se invitó a todos los sordos e hipoacúsicos de carreras universitarias que quisieran participar, siendo 23 estudiantes los que aceptaron.

En esta aplicación realizada en el lapso de dos días, se dividió a los estudiantes en pequeños grupos de entre 3 a 8 personas, con la participación de mínimo un intérprete por grupo, además, se dio la oportunidad de responder en el lapso de dos horas cada uno de estos días.

Se reportaron dudas, especialmente para las preguntas que contenían doble negación, sin embargo, pudieron ser respondidas por sus profesores intérpretes, que a la vez confirmaban con el equipo de investigación, el sentido de la pregunta. La mayoría de estudiantes terminó en el lapso entre una hora y hora y media.

Diseño utilizado:

Fase 1: Se empleó un diseño de tipo cualitativo con los intérpretes a los que se entrevistó, en el cual fueron utilizadas las entrevistas semiestructuradas.

Fase 2: Para la adaptación de los instrumentos se realizaron métodos de tipo cualitativo con el apoyo de diversos intérpretes.

Fase 3: Para la recolección de los datos en la prueba piloto, se utilizó un diseño no experimental, exploratorio de tipo transversal con una muestra final de 25 participantes con sordera.

Recolección de Datos:

Datos recolectados de fase 1: Las entrevistas se llevaron a cabo en el Centro de Atención para Personas con Discapacidad (CAED), institución a la cual se pidió autorización para realizar las entrevistas con los profesionales que quisieran participar.

Se realizó una guía semi-estructurada para la conducción de la entrevista (Anexo 1) con 22 preguntas, las cuales estaban enfocadas a las variables del Modelo de Resiliencia Sexual y cuestiones referentes al contexto de las personas con sordera. Las entrevistas tuvieron una duración de entre los 40 y 60 minutos y fueron recolectadas por una grabadora. La entrevista estuvo a cargo de la investigadora principal.

Datos recolectados de fase 2: La traducción inversa, también se realizó en el CAED. A los intérpretes que quisieron participar, se les mostró el video con la interpretación y se les indicó que describieran oralmente su interpretación del video, lo cual fue anotado por la investigadora principal. Después, se realizó un formato para comparar dicha interpretación. Este ejercicio se llevó a cabo durante dos días, durando aproximadamente 40 minutos cada sesión. Se invitó a un pequeño grupo de estudiantes que contaban con mayor comprensión de la LSM, aceptando participar 2 alumnas (una Sorda y otra con hipoacusia), que hicieron algunas observaciones.

Datos recolectados en fase 3: En cuanto a la parte cuantitativa, se procedió a hacer una invitación a los estudiantes sordos de la Universidad Tecnológica Santa Catarina y CECyTE a responder el instrumento, que fue aplicado vía videograbación. La invitación estuvo a cargo de la coordinadora del área de Inclusión de la misma universidad y profesores de asesoría.

A los estudiantes, intérpretes y profesores que así desearon participar, se les explicaron los objetivos e importancia de la investigación y se pidió su consentimiento.

A quienes decidieron participar, se les presentó el consentimiento informado en la plataforma, el cual signado por cada intérprete encargado del grupo, asegurándose que no existían dudas.

Se aplicaron los instrumentos en los horarios previamente acordados con las instituciones educativas, en áreas audiovisuales que contaban con computadoras e internet. En la primera aplicación participó un grupo de 30 personas, de las cuales solo dos acabaron de contestar los instrumentos, mientras que en la segunda aplicación participaron 23 estudiantes en total, divididos en grupos pequeños, de máximo 8 personas.

Durante la segunda aplicación se evitaron considerablemente los distractores, falta de control y dudas no satisfechas. La primera aplicación tuvo la duración límite de una hora, mientras que en la segunda hubo una duración máxima de dos horas, sin embargo, los estudiantes terminaron antes de ese tiempo.

Análisis de Datos:

Respecto a la parte cualitativa de esta investigación, después de las entrevistas, para el procesamiento de datos se hizo la transcripción de la grabación para los análisis descriptivos que puedan indicar los patrones de comportamiento de dicha

muestra.

Dado a las experiencias previas de aplicación de instrumentos con personas sordas, los datos cualitativos obtenidos por medio de entrevistas servirán para corroborar los datos obtenidos por medio de la documentación.

En la parte cuantitativa, la prueba piloto fue analizada con ayuda del programa SPSS, para identificar la frecuencia de diversas conductas de riesgo, así como conocer las características psicométricas de las adaptaciones realizadas.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

En este apartado, se desarrollarán dos de los objetivos planteados anteriormente:

- Realizar un acercamiento a la cultura y lengua de la población Sorda
- Realizar una prueba piloto de instrumentos adaptados a la población Sorda escolarizada

En cuanto a los otros objetivos, consistentes en seleccionar instrumentos, seleccionar metodología de la adaptación y realizar un acercamiento en la adaptación de escalas, éstas están desarrolladas con anterioridad en el apartado de procedimiento.

Análisis cualitativo

De acuerdo con la literatura existente abordada con anterioridad, tenemos entre las características generales de las personas con sordera que:

- a) El grupo de personas con sordera tiene características muy diversas, influyendo el grado de pérdida auditiva, cuándo ocurrió esta, el nivel de educación con el que cuenten, entre otras cuestiones.
- b) La mayoría de personas Sordas e hipoacúsicas vienen de padres oyentes. Así mismo, la mayoría de los padres no dominan LSM, por lo cual no existe comunicación entre ellos, en caso de que sea su método más utilizado de comunicación.
- c) En el caso, usualmente de personas Sordas, debido a la falta de exposición al español hablado y escrito en la familia y en la escuela, la mayoría no saben leer ni escribir, al menos de forma más compleja.
- d) Esta falta de habilidades en la lectoescritura ocasiona que no puedan recibir información de fuentes como talleres, televisión, libros e internet, a menos que la información esté ajustada a sus necesidades, lo cual es raro.
- e) La sexualidad suele ser uno de los temas del que más atención se carece en la comunidad. Los sordos suelen aprender de esta temática principalmente por los amigos sordos y en segundo lugar por pláticas en las escuelas especiales para sordos.

Como medio para cumplir el primer objetivo de realizar un acercamiento a las características de esta población, se realizaron entrevistas a profesionales, no solo de temas de sexualidad, sino de características y barreras en el acceso. A continuación, se describen los resultados.

Resultados de las entrevistas

Experiencia en el trabajo con personas sordas. Los tres entrevistados hablan del tiempo de experiencia y los estudios con los que cuentan y la experiencia con la que han accedido al trabajo con personas con sordera.

“Soy maestra de educación especial, tengo 26 años de servicio...”.

“...De forma profesional, 8 años pasadito, al menos en lo que se refiere a instituciones de gobierno o universidades”.

“Soy maestro de educación especial desde hace 7 años”.

Educación de la persona con Sordera. Explican cómo suelen enseñarle a las personas sordas actualmente en México y sus niveles de lectoescritura. Concuerdan en que existen servicios de educación especial, sin embargo, por la forma en que se manejan, estos no le han aportado, en su perspectiva, beneficio a su educación, ya que no existen los maestros suficientemente preparados para dicho trabajo.

También explican cómo se les suele enseñar los contenidos para que los alumnos puedan entenderlos, lo cual consiste en que sea de forma visual, clara y simplificada.

“...antes se trabajaba con la oralización, adiestramiento auditivo, apoyo, se veía el avance... pero ahorita lo quitaron, porque empiezan a hablar sobre la integración, en 1992, por ahí, más o menos. Entonces a todas las personas con discapacidad, las meten a escuela regular, pero hay muchos problemas, porque muchos no saben leer y escribir. Entonces están diciendo que no vayan a una escuela especial, solamente a una regular, que con eso lo van a ayudar, pero yo no lo veo”. “Yo no estoy en contra de la inclusión, sino que por falta de maestros que no saben cómo trabajarlos...”

“En la escuela especial nos basamos mucho con muchas imágenes, porque si nada más estamos hablando, captan otra cosa, entienden otra cosa. Las mamás se quedan ahí, ellas también aprenden lengua de señas, para poder trabajar con sus hijos en la casa, con la tarea y muchos que están en la escuela regular no.”

“Entonces históricamente para el caso de los sordos, ha habido dos atenciones, que es en un Centro de Atención Múltiple (CAM) y en una Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER). El único CAM que existe aquí en el estado de sordos, es el CAM Sertoma y los muchachitos ahí tienen maestros que todos obviamente tienen que saber lengua de señas. Es el único CAM que todavía

se especializa en personas con algún tipo discapacidad”... “En el caso de la gran mayoría de los alumnos que vienen del USAER, no saben ni siquiera señas. No hay un canal de comunicación establecido...”, “El trabajo en las escuelas regulares, se fundamenta en una propuesta educativa específica”... “El maestro puede hacer una adecuación en la metodología que tiene el maestro, puede hacer una adecuación a las competencias que espera desarrollar, puede eliminar algunas cosas, puede introducir algunas cosas. Ahí se fundamenta darle respuesta a lo que alumno necesita”... “Entonces (eliges) una temática parecida, bajas poquito el nivel de complejidad”... “En el mejor de los casos si el alumno va avanzando intelectualmente acorde a sus compañeros, la única adecuación que tienen que hacer es la de interpretación, lo que está diciendo el maestro, interpretárselo”.

Comunicación y Lengua de Señas Mexicana. Se hace hincapié en cómo suelen comunicarse las personas sordas y en la importancia de la Lengua de Señas Mexicana en dicha comunidad, la cual puede incluso aportar mayor credibilidad y confianza en la relación con personas que pertenecen a esta comunidad. Así mismo se habla de algunas de las características de esta lengua.

Por las características de su discapacidad y con la problemática antes descrita, sobre la forma en la que se les educa actualmente, conlleva a que existan dificultades en la lectoescritura del español e incluso impacta en su aprendizaje de la Lengua de señas.

“(Sobre su nivel de lectoescritura en español) Entienden si es que acaso, en porcentajes, menos del 30%, se dice que los sordos conocen algunas palabras del español pero al momento de juntarlas en una oración, carecen de sentido para ellos.” “No, no es tan común (que todos los Sordos usen LSM). La mayoría como son de familia de oyentes... más del 90% son de papás oyentes, entonces los sordos no tienen al alcance la lengua de señas, sino hasta la adolescencia, si no es que ya de adultos”. “Generalmente, si van a una escuela especial, en la escuela especial (aprenden LSM)”...”si van a una escuela regular, lo aprenden hasta que después ya de grandes conocen a otro sordos”... “si no lo aprendes en la edad que debes aprenderlo, hay repercusiones a cuestiones del dominio del idioma”. “Hay estudios que indican que ya puede decir señas con sentido desde los 6 meses de edad”.

“Un 80% (de la LSM en México) es igual, y un 20% es diferente”... “No (existen señas para todas las palabras) la razón es porque las señas se van creando o inventando de acuerdo a las necesidad que hay de comunicación. Y si el sordo platica de ciertos temas, crea señas para esos temas”...

“Hay algunos videos, unos documentales incluso de niños, de bebés. Antes de que puedan desarrollar el lenguaje oral, pueden desarrollar el lenguaje de señas y no tienen una discapacidad”, “(leer y escribir en español) Eso es lo que más se dificulta, la generalidad es que no... porque la lectoescritura, está asociada a una relación sonoro-gráfica, al no existir la relación sonoro gráfica, se dificulta”... “si ubican palabras aisladas, sin conectores, sin nexos, porque así se usa en LSM, pero propiamente, la lectoescritura... las personas con hipoacusia son las que lo puedan desarrollar aún mejor, que tienen restos auditivos, que les ayudan a entender el significado”.

“No, no existen señas para todas las palabras. Por ejemplo, les tienes que explicar. En la cuestión del esquema corporal, se señalan muchas cosas. En cuestión de enfermedades, hay una seña que es infección, pero la usan para todo, para virus, para una infección, para una bacteria. No hay un lenguaje especializado. Aquí en México, hay un gran problema en lengua de señas, que no está unificado. Aquí en NL tenemos algunas señas, particular, en este grupo de sordos las manejan así, en este otro grupo, las manejan así. Pero te vas al D.F. y hay muchas que son parecidas, pero ellos le hacen así”...”¿Por qué? porque no hay algo unificado. Y en este ambiente, hay que respetar lo que diga el sordo. Tu puedes hacer un trabajo muy bonito y todo, pero quizá nada más te va a servir para esta comunidad (en la prepa)... Pero para mandarlo a todo México, está difícil. Esa es una gran barrera. Tienes una barrera de lenguaje muy grande”.

Sexualidad de las personas con sordera. En este apartado se concuerda que los conocimientos de las personas sordas son usualmente pocos, lo cual los hace propensos a caer en conductas sexuales de riesgo. La información con la que suelen contar, es la que escuchan de fuente de otras personas.

“Depende porque hay unos que muy temprano (a tener relaciones sexuales)...”, “Pero no lo dicen abiertamente porque ya saben que los pueden castigar o regañar en la escuela o los papás los pueden regañar. Entonces si, 14, 15, 16 (edades a las que inician a tener relaciones)”.

“Mitos de la sexualidad... yo no he visto eso. Bueno, algunos así lo creen, por ejemplo, lo que hace poco te comenté o “¿es verdad que si muevo muebles ya no me voy a poder embarazar?” o sobre la menstruación ellos dicen “estoy enferma”, “Pero así, a lo mejor están conscientes que lo usan para no embarazarse (el condón)... tal vez estén conscientes, pero ellos no saben si en ese momento se rompen o pueden embarazar a una persona o puede tener una infección o tener una enfermedad, eso no...”, “si hace falta que se les explique qué puede suceder, porque se agarran con otro, otro, otro y no”.

“Sí, si son muy propensos (a realizar conductas de riesgo), lamentablemente se presenta mucho esa situación, no solamente del estado, sino del país, y hasta me atrevería a decir que en muchas partes del mundo prevalece esa situación”.

“Realizan todas las conductas que se deben a falta de información, por ejemplo el no uso de preservativos, la cantidad de parejas que se tiene..., sí, sobre todo gira sobre eso”.

“Sí existen varios (mitos de sexualidad), por ejemplo uno, es que las infecciones transmisión sexual se transmiten por la cantidad de parejas que se tienen. Otro mito que también dicen es que algunas prácticas sexuales, siempre y cuando no haya una eyaculación de parte del hombre, no hay ningún riesgo ni de enfermedades ni de embarazos”.

“Y a veces podemos tener la información, pero se presenta la situación y no sabes que hacer. En el caso de las personas con sordera, claro. Está arraigada esa forma de transmitir la información. Y si no hay una manera clara en que el Sordo pueda acceder a la información, mi única fuente es lo que me dice la otra persona”.

“De sexualidad no, desconozco muchos (mitos de sexualidad). No sé si el del beso y el embarazo siga existiendo mucho. No conozco un mito en específico...”

“Si no las conocen, o en el caso de las ITS sexual, no creo que estén conscientes de la gravedad de las cosas. Y en la cuestión del embarazo y esas cosas, también, no creo que alcancen a dimensionar muy bien todo, porque no es un tema que se aborda mucho”.

Apoyo sexual percibido. Se confirma la falta de comunicación que usualmente ocurre dentro de las familias, según lo revisado en la literatura, además de explicar la mecánica de la transmisión de información por medio de otros miembros de la comunidad.

“¿Cómo (les dan información de sexualidad) si el papá no sabe lengua de señas? Ahorita muy pocos sí, por ejemplo las mamás indican cuidarse, pero son las mamás porque ya saben”, “Por ejemplo en Sertoma las mamás están preparadas, a las mamás les dan la plática sobre sexualidad, sobre que tengan mucho cuidado con mensajes en Facebook, las fotos “cuiden a sus hijos, vigilen a sus hijos”, pero hay mamás que no, según el ambiente”.

“(Con amigos) nada más platican de tener relaciones, eso es todo, así. “Yo mujer yo ya lo hice, yo mejor que tu” pero nada más así, así lo usan. Y las mujeres, a veces, porque las convencen y a veces salen embarazadas”. “(sobre la presión a tener relaciones) eso es en privado, si viene otra persona se callan”.

“Alguien podría explicarle en la sexualidad, pero si esa persona es oyente, y luego viene un sordo y le dice algo diferente, le va a creer más al sordo, generalmente

eso es lo que prevalece...”, “porque son parte de su comunidad, manejan la Lengua de Señas y son conocidos o son personas de confianza, entonces le creen más a alguien así, que a una persona oyente y que no es parte de su comunidad. O pueden creerle en un inicio, pero si llega otro sordo que no esté de acuerdo con lo que le hayan dicho, entonces se suele dejar influenciar”.

“Sí, generalmente la familia y cualquier persona que tiene contacto con sordos...”, “la parte de la comunicación no está presente o no está muy bien presente, eso repercute en la calidad de la información que le transmite. Entonces por ejemplo los padres generalmente les dicen las partes del cuerpo, pero ni siquiera les dicen cómo se llaman algunas partes (ya refiriéndonos a la parte sexual), al área genital...Ni si quiera les dicen a veces cómo se llama, y generalmente la educación que tienen, sexual, es “SI” y “NO”: SI se puede hacer esto y no se puede hacer esto, pero no hay una razón, no hay una explicación del por qué o las razones que hay detrás de todo eso”. “Cuando son pequeños, generalmente no hay tanto problema. El problema se presenta ya en la adolescencia, porque los valores que traen, no les ayuda mucho en la parte de su vida sexual”.

“La parte de la lengua de señas, generalmente en las familias no se aprende, no la aprenden los familiares, esto provoca una falta de comunicación. Entonces si no hay un idioma en común, no se van a comunicar. Es un factor importante”. “Usualmente se comunican mediante mímica. Y la parte de la mímica, junto con la lectura de labios, es una parte muy mínima y la información que se transmite por esos medios es muy poca o escasa”.

“En todo, en todos los servicios de salud, en todos los servicios que puede prestar el gobierno, siempre va a haber esta problemática de la comunicación.”, “En ningún centro de salud hay intérpretes”.

“En la escuela regular, no existen maestros que sepan lengua de señas, de forma general. Y en cuanto a la educación especial, generalmente cuando hay maestro de educación especial, este si conoce algo de señas, pero su conocimiento ni siquiera llega a lo básico, es decir que sabrá algunos temas, sabrá algunas señas pero solamente eso, no para comunicarse con una persona sorda”.

“La mayoría de las familias no lo dominan (la LSM), pero si utilizan muchas señas naturales, para trabajar muchas cosas, pero no dominan algo tan especializado, como para poder explicarle un tema tan profundo (de sexualidad). Yo creo que también a veces eso pone la barrera. De la familia siempre hay uno o dos que son los que saben bien señas y ya, no hay más que se involucren a dominar mucho la lengua de señas. Por eso se salen a hablar con su comunidad de sordos, porque ahí si los entienden, si pueden expresarse y ahí es donde hay más contacto...”, “Va a depender mucho de las características de la familia y de su círculo social, cómo es que interiorizan la sexualidad, aunque la educación básica, damos la pauta de marcar: se deben conocer las partes del cuerpo, debe conocer las

enfermedades venéreas para prevenir, etc. al interior cada familia lo maneja diferente". "He conocido de todo. De quien no les prestan ni atención, ya menos educarlos en sexualidad...", "hasta familias que si están preocupadas, que los apoyan, los orientan y a su manera les intentan decir. Pero no tengo un criterio generalizado de decir "todos son así", ahí si te voy a decir, que hay de todo, desde que si los orienta, desde quien no"...

"¿Cómo funcionan los sordos? Como se confía mucho, en lo que me dice la otra persona...", "si alguien de su comunidad, les dice "hay que ponerse la vacuna del VPH", van y lo hacen. Así se maneja la comunidad. No te estoy diciendo que son dependientes al cien (de lo que dicen los demás), pero poder tomar la decisión propia, no es tan sencillo, se manejan mucho de "¿quién lo dijo?. Y suelen ser personas sordas que han tenido un nivel de desarrollo. El problema es cuando la persona que les transmite la información pudiera tener un tabú a ciertos temas, y eso es lo que les va a transmitir a los demás".

"No (acuden a servicios de salud) ¿quién se las da adecuado? No les interesa, para ellos está aburrido, ellos lo ven como que están hablando solamente y se les hace aburrido, "no ponen imágenes, ponen puras letras, es aburrido", además no hay intérpretes en estos servicios".

Violencia sexual. No existió un consenso entre profesionales acerca de ello. A pesar de que han conocido casos, no lo detectan como una problemática tan común.

"Para empezar no se denuncia mucho".... "aunque a lo mejor no hay canal de comunicación, se dan a entender y se mueven, al contrario de lo que pasa en otras discapacidades en que abusan sexualmente de la persona y ni cuenta se dieron".

"Si hay pero no sé cuántos. Si ha habido casos, pero cantidad no sé...", "Pero si hay, hay quienes se creen muy machos, que manda, que golpea... no es correcto, pero porque lo ve por su familia o ve al papá, como que lo copian."

Programas de sexualidad. Se han llevado intentos en el estado de Nuevo León para abordar la educación sexual, sin embargo, no existe algún programa permanente al respecto y la forma en cómo se han dado, generalmente no aborda cuestiones contextuales para tener un impacto mayor en la salud sexual.

"Mira había una persona, que si buscaba así a los sordos, porque en el libro si venían las señas de las partes del cuerpo, pero hasta ahí, pero solo les enseñaban las señas, pero que fuera así explicación, explicación"... "Esto fue hace mucho, fue en el 2004, ya no ha vuelto a ocurrir nada. Es que no hay mucho, yo me acuerdo que cuando era el día de la mujer, algunas sordas si iban, a la

mujer le explicaban casi todo pero como que no les entendían mucho. Como que las personas que si saben español, tienen más interés, porque si saben leen poquito... tienen más interés, los demás están de “para qué, ya me aburríeron”, porque no le están entendiendo, no les enseñaron a leer, comprender”...

“Todos los esfuerzos que se han hecho tal vez de forma privada o particular, han sido muy mínimos...”, “generalmente no tiene resultados positivos, porque hay más detrás de todo eso, entonces hay que conocerlo más allá que simplemente su educación o su edad, hay que darle un contexto aun mayor y eso es lo que provoca que la capacitación no sea la indicada”.

“Algo aparte, especializado, no conozco. Lo único que conozco, es desde lo que maneja la educación básica, que es donde trabajamos, el currículo, de ahí se los aterriza, pero algo particular, especializado, no”.

Uso de internet. Se mencionan las actividades principales que realizan los Sordos en internet, así como su estilo de navegación. Esta pregunta se hizo con el fin de verificar la viabilidad de hacer intervenciones en línea de dicha temática.

“No, ver más son videos o muestran en el celular fotos, más fácil. Fotos, videos nada de leer”.

“Si lo ocupan pero solo con fines de comunicación, como platicar con alguien más, con otro sordo comúnmente. La computadora por ejemplo para cuestiones de Facebook, Twitter, Skype también. Solamente cuando tienen que ver con cuestiones de comunicación, de platicar, la cuestión social”. “Con el español limitado que tienen, tratan de comunicarse y por ejemplo cuando la herramienta en cuestión tiene el sistema de videollamada, la usan también para comunicarse”.

“En el mejor de los casos va a poder poner algunas palabras, va a poder reconocer y entender, como el cincuenta o 40% de textos, en el mejor de los casos. En el que no, me quedo con lo que me dijo mi amigo, mi vecino, mi mamá, etc”. “Sí, ellos usan por ejemplo el Facebook, bastante. Todas las cuestiones que son si visuales, como videos, a todo lo entienden bien padre, aunque no esté especializado para ellos, se meten y le pican. Cosas de lectura no... para navegar te identifican palabras clave en sí”.

Sugerencias para programas de sexualidad. Los profesionales compartieron su opinión sobre qué contenidos y de qué forma ofrecer información de sexualidad en programas dirigidos a ellos, de acuerdo con su experiencia tras enseñar a personas con sordera o trabajar en instituciones.

“No, no tiene que aprender de todo, no solo que tema, se necesita toda la información completa, si tu te preparas con imágenes y todos y yo les aviso, muchos si van. Si van a ver “ah no sabía” otros van “que vergüenza, no sé por qué lo ponen”, pero es algo normal. Pero si es mejor que sepa de todo, casi siempre es de “no sabía”, “nunca me dijeron”... y luego de repente salen de “estoy bien gordita”, “¿un bebé? ¿Cómo?”, porque no se los han explicado”.

.

“Se cree que tiene los conocimientos propios de esos niveles (primaria, secundaria y preparatoria), pero usualmente él no los tiene, entonces hay mucha información de la cual carece. Hay que tomar eso en cuenta porque eso nos da una idea de que tanta información está careciendo, y empezar no solamente de acorde a su edad y nivel educativo, sino las necesidades particulares que tiene”.

“Si son jovencitos, pequeños, las cuestiones que tienen que ser respeto a su cuerpo de parte de ellos mismos y de parte de las demás personas, para que no vayan a caer en situaciones de tocamientos y de abusos en cuanto a lo sexual. Si ya son adolescentes o si van a entrar en la adolescencia, ya son pláticas más profundas, no solamente el uso de preservativos, sino las enfermedades de transmisión sexual, cómo se contagian, cómo prevenirlas y la importancia de tomar una buena decisión, porque generalmente un jovencito no tiene los valores que tiene bien afianzado, como los tiene otro jovencito de su misma edad, por la falta de información que tiene, toda su vida, entonces la decisiones que suele tomar suelen ser muy equivocadas, o muy apresuradas, entonces se presentan situaciones complejas en eso, porque se les da la información acorde a su edad, pero no debe ser de acorde a su edad, sino acorde a la problemática que traen, a esas necesidades particulares que tienen”.

“Mi primera recomendación, es que primero te conozcan, no tu guiando la sesión, para integrarte poco a poco... y ya después puedas trabajar algo específico, porque si no va a haber mucho rechazo. Si ocupas varias sesiones, palabras clave, que trabajes, las enfatices... pero lo menos. Una explicación no la puedes poner con palabras. La vas a poner y te va a servir de nada. Un dibujito, un gif animado, te da más información de qué. Algo que explique cómo suceden las cosas. Eso es lo que batalla un adulto cuando le quiere explicar a un niño de sexualidad, porque no conoce tantas palabras, tantos conceptos y terminamos usando analogías de tipo “es que una abejita”, en el caso de ellos no vas a usar analogías que confundan, pero si palabras sencillas, por eso se usan muchos sinónimos, que es una palabra más fácil”.

Análisis cuantitativo

Características sociodemográficas de la muestra

Dentro de las características de los jóvenes sordos evaluados, se observa que los participantes (n=25) se encuentra entre los 18 y 22 años, con un promedio de 20.64 años y una desviación típica de 1.41. Dentro de la muestra diecinueve (76%) son hombres y seis (24%) son mujeres.

En la tabla 3, se muestran las características sociodemográficas de los participantes del estudio. La mayoría reportó ser soltero (72%), haber estudiado en escuelas regulares durante la primaria (84%), secundaria (56%) y la preparatoria en escuela regular y en escuela especializada para personas sordas (40%).

Sobre las características familiares, la configuración familiar más común es la familia nuclear (44%), ellos suelen ser los únicos miembros en su familia que tienen algún nivel de sordera (80%). El nivel de comunicación que reportan con sus madres es en general clasificado como bueno (80%), y el medio que fue mayormente reportado es el Español hablado (56%), mientras que la comunicación con el padre, la clasificación en su mayoría fue buena (56%) e igualmente, el medio que se reportó en su mayoría fue por el español hablado (80%).

Como se señalaba anteriormente, el grupo de personas con discapacidad auditiva es diverso, en esta muestra, los grados de pérdida auditiva fueron desde profunda, reportada por doce participantes (48%), moderada por seis (24%), leve por cuatro participantes (16%) y 3 con grave (12%). En cuanto a la edad a que fue detectada esta pérdida, el 76% reportó que fue entre el nacimiento y los 3 años, mientras que el 24% restante, lo reportó entre los 4 hasta los 9 años.

Por parte de la identidad, trece personas se identificaban como Sordas o sordas (52%), diez como hipoacúsicas (40%) y dos como oyentes (8%). En cuanto a la forma favorita de comunicación, doce participantes reportaron LSM (48%), seis el español señado (24%), cuatro el LSM en conjunto con otras, como el español señado o lectura de labios (16%), uno la lectura de labios (4%) y dos participantes, todas las anteriores (8%).

Dividiendo estos resultados entre las diferentes identidades, en el caso de las personas sordas, el 76%, correspondiente, señalan el LSM como su principal medio de comunicación, seguido por el Español señado con 15.4% y finalmente, métodos combinados, con 7.7%.

Entre los hipoacúsicos, las respuestas fueron muy variadas, siendo el español

señado (30%) y la LSM en combinación del español señado o la lectura de labios (30%) como los más comunes.

Tabla 3. Características sociodemográficas de los participantes

Variable	F	%
Estado civil		
Soltero	18	72
En una relación de noviazgo	6	24
Casado	1	4
Separado	0	0
Divorciado	0	0
Configuración familiar		
Nuclear	11	44
Monoparental	7	28
Abuelos	3	12
Solo	2	8
Pareja	1	4
Hermanos	1	4
	F	%
Familiares con sordera		
Solo yo	20	80
Familia extensa	3	12
Papá	1	4
Hermano/a	1	4
Nivel de comunicación con la madre		
Buena	20	80
Suficiente	3	12
Poca	2	8
Nivel de comunicación con el padre		
Buena	14	56
Poca	7	28
Suficiente	4	16

Nota: n = 25, f = Frecuencia, % = Porcentaje

Respecto a temáticas de sexualidad, siete participantes (28%) no han recibido información al respecto, mientras que dieciocho participantes (72%), indicaron que si han recibido algún tipo de información anteriormente. Únicamente dos personas (8%) recibieron esta información entre los 12 y los 15 años; por otra parte, once participantes (44%) obtuvo esta información entre los 16 a los 18 años y finalmente cinco personas (20%) entre los 19 y 20 años.

Entre los temas más comunes abordados, están las relaciones sexuales, las partes del cuerpo y su función e Infecciones de Transmisión sexual, registrándose que, de cada una de estas temáticas al menos diez participantes (40%) indicó haber tenido información, seguido por los demás de higiene de partes íntimas, vista por nueve participantes (36%), anticonceptivos por ocho participantes (32%), VIH y sida por siete (28%), reproducción por cuatro (16%) y masturbación por dos participantes (8%).

Estadísticos descriptivos y consistencia interna

En general, los instrumentos y todos los ítems han resultado conservar su significado original de lo que el instrumento en español busca analizar.

En la tabla 2 se presentan los datos de la estadística descriptiva y los resultados de la prueba de normalidad Shapiro-Wilk para las variables de interés. Los resultados muestran que la mayoría de las variables no presentaron distribución normal.

Tabla 4. Pruebas de normalidad Shapiro-Wilk

<i>Variable</i>	<i>Media</i>	<i>DE</i>	<i>D^a</i>
Apoyo social para la conducta sexual segura	8.0	1.5	.034
Autoeficacia para la conducta sexual segura	86.0	29.6	.142
Comportamientos sexuales de riesgo	16.32	9.6	.538
Violencia sufrida	5.60	6.9	.000

Nota: Media=Promedio aritmético, DE =Desviación estándar, n = 25, Da = Prueba de normalidad con corrección Lilliefors

Por medio del Coeficiente Alpha de Cronbach se analizó la confiabilidad interna de los instrumentos, mostrando valores aceptables para cada uno.

Tabla 5. Consistencia interna de los instrumentos

<i>Instrumentos</i>	<i>Sub escala</i>	<i>No. de ítems</i>	<i>α</i>
Escala Provisión Social para Sexo Seguro (apartado de amigos)		1 al 5	.68
Autoeficacia para la conducta sexual segura		1 al 27	.95
	Componente 1	1 al 11	.96
	Componente 2	12 al 15	.87
	Componente 3	16 al 23	.94
	Componente 4	24 al 27	.35

Comportamientos sexuales de riesgo		1 al 24	.89
Violencia sufrida (Frecuencia y daño)		1 al 19	.93
	Violencia psicológica y social	6, 9, 14, 16, 18	.63
	Violencia física, intimidación y agresión	2, 3, 10, 11, 12, 15, 20	.88
	Violencia sexual	1, 4, 5, 7, 8, 13, 21	.84

Nota: n = 25

Ante la puntuación baja en la Escala de Provisión Social para Sexo Seguro (apartado de amigos), se agregó otra prueba de consistencia interna, que es la correlación promedio inter-ítem.

Tabla 6. Correlaciones inter-ítem de Escala de Provisión Social para Sexo Seguro (apartado de amigos)

	<i>Ítem 1</i>	<i>Ítem 2</i>	<i>Ítem 3</i>	<i>Ítem 4</i>	<i>Ítem 5</i>
Ítem 1	1				
Ítem 2	.32	1			
Ítem 3	.44	.42	1		
Ítem 4	.28	.34	.21	1	
Ítem 5	.10	.27	.08	.45	1

Nota: n = 25

Correlaciones promedio entre elemento= .296

De acuerdo con Clark & Watson (1995) es deseable que el promedio de correlación inter-items se encuentre entre .15 a .50. En ese sentido, el resultado promedio obtenido se encuentra entre lo deseable. En cuanto a la correlación inter ítems, Floyd & Widaman (1995) indican que para asegurar que los ítems miden un constructo común, deben correlacionarse moderadamente entre ellos ($r = .20$ o mayor).

En este caso el ítem número 5 es el que menor correlación reporta con algunos de los ítems, sin embargo, al realizar los estadísticos totales de elementos, se decidió mantenerlo, ya que, de suprimirlo, bajaría más el Alpha reportada.

A continuación, se desglosan los resultados por objetivos de investigación

CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO PRESENTES

Para responder a este objetivo, indagaron las conductas sexuales de riesgo por medio de la Escala de Conducta Sexual de Villaseñor-Sierra, Caballero-Hoyos, Hidalgo-San Martín y Santos-Preciado (2003), adaptada.

Primera relación sexual: Entre los participantes, catorce (56%) reportaron no haber tenido aún relaciones sexuales vaginales, mientras once (44%) si. De las personas que ya han tenido este tipo de relación, el 36% tuvieron su primera relación entre los 13 y los 17 años, mientras que el 64% restante, tuvo esta experiencia entre los 18 y 20 años. Esta relación sexual fue consensuada entre diez de los participantes (90%), presentándose únicamente un caso (10%) en que no fue así. Sobre el uso del condón, ocho participantes (73%) reportó haberlo utilizado, en contraposición a tres de ellos (27%).

Última relación sexual: siete participantes (64%) reportó haber utilizado condón durante su última relación sexual y seis de ellos (55%) informaron que se utilizó alcohol o alguna droga antes de tener relaciones sexuales.

Últimos tres meses: en los últimos 3 meses, ocho sujetos indicaron haber tenido relaciones sexuales, la frecuencia con la que utilizaron condones durante estos meses fue en su mayoría entre “Siempre” (37.5%) y “Casi siempre” (37.5%). Indicaron haber tenido relaciones sexuales entre 2 y 3 veces (62.5%), de las cuales el 37.5% de participantes, siempre utilizó condón, mientras que el 62.5% al menos 1 ocasión no utilizaron condón. En su mayoría, las relaciones sexuales fueron con dos personas distintas (50%), seguida por una persona (25%), tres personas (12.5%) y cinco personas (12.5%).

Otras conductas sexuales: Del total de los participantes, la mayoría no ha tenido nunca sexo anal (76%), entre los seis sujetos que lo han practicado, se encontró que en el total de los casos, su primera relación sexual anal ha sido consensuada y el uso del condón varía entre “Nunca” (33.4%) “Casi nunca ser usado” (16.6%).

En cuanto al sexo oral, 72% del total de los participantes no lo ha practicado, entre los siete sujetos que indican haberlo hecho, la mayoría de estas relaciones ha sido consensuada (85.7%), existiendo un participante que indicó que no fue así. Sobre la frecuencia del uso del condón en este tipo de relaciones, la mayoría señaló utilizarlo “Casi siempre” (28.5%), “Casi nunca” (28.5%) y “Nunca” (28.5%).

Sobre orientación sexual, nueve sujetos (64.2%) mantiene relaciones heterosexuales, tres sujetos (21.4%) indicaron mantener relaciones con hombres y mujeres y dos (14.2%) sujetos, relaciones homosexuales. Sobre las ITS, de los

catorce participantes que han tenido alguno de los tipos de relaciones sexuales, nueve (64.2%) indicó no haber padecido nunca alguna infección, mientras que los cinco (35,7%) sujetos que si, señalan no saber o no recordar cuál de éstas ITS fue.

Embarazo: entre las mujeres de esta muestra, el total nunca ha estado embarazada, mientras que entre los hombres, un sujeto indicó haber dejado a una mujer embarazada (4.1) una sola vez y tiene solamente un hijo vivo.

Referente al deseo de embarazarse, la totalidad de participantes indicaron no haber tenido intenciones de embarazarse en los tres meses previos y la mayoría (95.8%) no tiene deseos por embarazarse en los próximos 3 meses.

Tabla 7. Conductas de riesgo de la muestra

	<i>De los 11 a los 13 años</i>		<i>De los 14 a los 16 años</i>		<i>De los 17 a los 19 años</i>		<i>De los 20 a los 22 años</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Edad de la primera relación sexual	1	9	1	9	6	54.5	3	27.2	
Total de relaciones sexuales en los últimos 3 meses	<i>Ninguna ocasión</i>		<i>De 1 a 2 veces</i>		<i>Entre 3 a 4 veces</i>		<i>5 veces</i>		
	3	27.7	1	9.0	5	45.5	2	18.1	
Total de ocasiones en las que no se utilizó condón	<i>No tuvieron relaciones</i>		<i>Ninguna vez</i>		<i>Una vez</i>		<i>2 veces</i>		<i>3 veces</i>
	3	27.2	3	27.2	2	18.1	2	18.1	1

Tabla 8. Uso del condón durante los diferentes encuentros sexuales

Frecuencia de uso	Sexo vaginal		Sexo anal		Sexo oral	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Nunca	0	0	2	33.3	2	28.5
Casi Nunca	0	0	1	16.6	2	28.5
Algunas veces	2	25	1	16.6	1	14.2
Casi siempre	3	37.5	1	16.6	2	28.5
Siempre	3	37.5	1	16.6	0	0

FACTORES PROTECTORES PARA LAS CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN JÓVENES SORDOS.

Entre los factores protectores que se analizaron están el apoyo social para la conducta sexual segura, medido por el apartado de amigos de la Escala Provisión Social para Sexo Seguro de Darbes y Lewis (2005) y la autoeficacia para conductas sexuales seguras, que se medirá con la Escala de Autoeficacia para Prevenir el SIDA de López-Rosales y Moral de la Rubia (2001).

La **Escala de Provisión Social para el Sexo Seguro (apartado de amigos) adaptada**, consta de 5 ítems, tiene una puntuación de 5 a 10 puntos. Entre mayor es la puntuación, más apoyo social de los amigos siente el sujeto para hacer frente al riesgo que representa el VIH. La puntuación media obtenida por la muestra fue de 8.0, indicando que los participantes contestaron afirmativamente en la mayoría de ITEMS.

Tabla 9. Respuestas en Escala de Provisión Social para Sexo Seguro (apartado de amigos)

Preguntas	Si		No	
	N	%	N	%
Mis amigos y yo compartimos las mismas actitudes y creencias sobre la práctica de sexo seguro.	9	36	16	64
La relación con mis amigos me hace sentir seguro de que tengo pocas posibilidades de infectarme de VIH	14	56	11	44
Puedo hablar con mis amigos sobre sexo seguro, si lo necesito	15	60	10	40
Mis amigos confían en mí para aconsejarlos sobre el sexo seguro.	18	72	7	28
Mis amigos respetan mi decisión de practicar el sexo seguro.	21	84	4	16

Existió solo un ítem respondido por la mayoría de la muestra negativamente (64%), el cual fue “Mis amigos y yo compartimos las mismas actitudes y creencias sobre la práctica de sexo seguro”. Entre las demás preguntas, el 56% de los participantes, opina que la relación con sus amigos los hace sentir con pocas posibilidades de infectarse de VIH, el 60% tiene la confianza de hablar con sus amigos sobre sexo seguro, así mismo reportan que sus amigos confían en ellos para aconsejarles del sexo seguro (72%) y sus amigos respetan su decisión de practicar sexo seguro (84%).

La **Escala de Autoeficacia para Prevenir el SIDA** aplicada consta de 27 ítems, con una puntuación del 27 al 135. Entre mayor es la puntuación, mayor es el nivel de autoeficacia que tiene la persona para enfrentar situaciones que ponen en riesgo de contraer VIH y sida. La puntuación media obtenida por la muestra fue de 87.20, indicando que los niveles de autoeficacia tienden a ser altos.

El primer componente examina la capacidad que siente la persona para rechazar relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias, en este caso siendo once situaciones propuestas.

Entre las situaciones que indican los participantes que les costaría rechazar las relaciones sexuales, están cuando se las propone: alguien cuyo historial sexual es desconocido para ti (44%), alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti (48%), alguien a con quien ya se ha tenido relaciones sexuales (44%), alguien con quien has utilizado alguna droga (52%).

En el segundo componente, el general de participantes se sintió capaz de preguntar a la pareja sobre el historial pasado de conductas de riesgo. La únicamente pregunta en que casi la mitad de participantes (44%) respondió entre nada o poco seguro fue en “preguntarle a su pareja si ha tenido una relación homosexual en el pasado”.

En el componente 3, sobre la obtención y uso de condones, en general se respondieron afirmativamente estas cuestiones. Las situaciones en que reportaron sentirse nada o poco seguros de poder sentirse capaces fueron: usar un condón después de haber ingerido bebidas alcohólicas (44%), usar condón después de haber estado ingiriendo alguna droga (52%) y acudir a la tienda a comprar condones (44%).

El componente 4 en su mayoría los participantes se consideran capaces de no tener relaciones sexuales hasta el matrimonio (76%), para tener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida (68%) y platicar con su mamá de temas sexuales (48%) por el contrario, se sienten poco o nada seguros para platicar con papá de temas sexuales con papá (48%).

VIOLENCIA SUFRIDA EN LA PAREJA (PSICOLOGICA Y SOCIAL, FÍSICA, INTIMIDACIÓN Y AGRESIÓN Y VIOLENCIA SEXUAL) EN LOS JÓVENES SORDOS.

Para conocer este ámbito de la comunidad sorda, se utilizó el **Cuestionario de Violencia Sufrida** de Moral de la Rubia y Ramos Basurto (2015), que tiene 19

ítems, siendo la puntuación máxima de 19 para la frecuencia y daño. Entre más afirmativamente se responda ambas cuestiones, mayor frecuencia de violencia y daño sufrido tendrá la persona.

En esta escala, se contó con la participación de 20 de los participantes, debido a que cinco de ellos indicaron no haber estado antes en una relación sentimental, condición fundamental para esta escala.

La puntuación media total obtenida por la muestra es de 5.6, mientras que las de frecuencia y daño fueron de 2.8 indicando que la mayoría respondió negativamente a las situaciones de violencia.

Sobre la violencia psicológica y social, examina situaciones como sentirse vigilado por la pareja, prohibición de juntarse con las amistades, molestia de la pareja por juntarse con amistades, disgusto de la pareja por trabajar y estudiar, siendo estas preguntas respondidas negativamente por la mayoría de participantes.

La única cuestión respondida afirmativamente por casi la mitad de los participantes fue “mi pareja se pone celoso o sospecha de mis amistades”, en la cual el 45%, confirmó haber pasado por esa situación y sentirse dañado al respecto.

En el apartado de violencia física, intimidación y agresión, los cuestionamientos relacionados a la violencia física fueron contestados negativamente por la mayoría de los participantes. En cuestiones referidas a insultos y amenazas, usualmente dos participantes (10%) confirmaban haber pasado por tal situación.

Finalmente, en cuanto a la violencia sexual, la situación “mi pareja ha criticado mi arreglo personal” el 30% reporta haber pasado por dicha situación, sin embargo solo el 15% se sintió dañado por la misma.

Situaciones como ser criticado como amante, ser rechazado cuando quieren tener relaciones sexuales, que la pareja les haya dicho que son feos o poco atractivos, el que no tomen en cuenta sus necesidades sexuales, haber sido forzados por la pareja a tener relaciones sexuales cuando el participante se sentía enfermo y el que la pareja haya criticado sus cuerpos, fueron situaciones bajamente reportadas, aproximadamente dos participantes (10%), solían confirmar y sentirse dañado por eso.

CORRELACIONES

Aunque no está entre los fines principales, se decidió utilizar la prueba de

correlación no paramétrica Rho de Spearman para analizar esta prueba piloto y conocer si algunas variables estaban relacionadas.

Tabla 10. Correlaciones bivariadas del coeficiente Rho de Spearman

	1	2	3	4
1-Autoeficacia	1			
2-Conducta sexual	-.015	1	.	
3-Violencia sufrida	-.152	.201	1	
4-Apoyo social (amigos)	.371	-.196	.045	1

Nivel de significancia

** p < .01

* p < .05

No se encontraron correlaciones significativas entre las escalas, esto podría deberse a que el tamaño de la muestra no es lo suficientemente grande para detectar estas relaciones. Sin embargo se destacan una correlación un poco más alta que las demás, entre la autoeficacia y el apoyo social percibido por los amigos.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el presente estudio contó con ocho objetivos. El primero fue hacer un acercamiento a la cultura y lengua de la población sorda, el cual se realizó por medio de investigación de archivos, tres entrevistas y asistencia al curso de Lengua de Señas Mexicana impartido por parte del DIF CREE.

Al contrastar las entrevistas de intérpretes cercanos a la comunidad, con la información obtenida en artículos, se concordó en la mayoría de puntos. Es decir, la comunidad de personas con sordera de Nuevo León, tiene características muy similares, con personas con la misma condición, incluso de otros países.

Entre los puntos comunes, estuvieron los efectos que tiene la falta de acceso a la información en su vida diaria, impactando también en su cuidado en el área sexual, las características de la Lengua de Señas Mexicana y su importancia para la comunidad de personas con sordera, el desenvolvimiento y la falta de comunicación que se suele dar en la familia y en la escuela.

Con respecto a ello, a pesar de que se han identificado factores de riesgo en cuanto a la salud sexual que, de acuerdo con la evidencia, no ha cambiado demasiado en años, los especialistas señalan la escasez de divulgación de información y de programas dedicados a ello.

Las intervenciones que se han dado en Nuevo León, parecen ocurrir de forma aislada entre comunidades, muy esporádicas y enfocadas en aprender vocabulario. El que existan escasas intervenciones probablemente se deben a que se trata de temas considerados tabú, de los cuales, entre los mismos miembros les cuesta expresarse sin avergonzarse.

Sin embargo otro punto que cabe recalcar es, la mecánica con la que se han llegado a ofrecer las mismas, de las cuales, parecen estar brindadas desde el desconocimiento de su contexto, considerando que se suelen enfocar ya sea, en la adquisición del vocabulario con señas sobre sexualidad, pero sin brindar información de mayor complejidad o que incluya aspectos sociales y de valores, o intervenciones en las que ofrecen explicaciones de lleno, sin tomar en cuenta que, en varios casos, no reconocen temas que se podrían considerar base, pero por la deficiencia educativa no las han adquirido.

Como más adelante veremos, la prueba piloto confirmó este último aspecto mencionado, reflejado en la falta de información desde edades tempranas y con

temas muy dispares y contrarios a lo que marca el currículo de educación básica. Existieron algunos puntos que resultaron interesantes y que no se habían encontrado en la literatura. Aunque se menciona que la mayoría de la LSM es similar en todo el país y un porcentaje cambia de región a región, uno de los expertos identifica la falta de estandarización como una barrera indirecta para que se puedan transmitir conceptos más abstractos en el tema de la salud.

Esto podría ser una de las explicaciones del por qué, aunque han llegado a existir intervenciones que reportan ser exitosas en otros estados, como las impartidas por Compartiendo Saberes y Transformando Realidades A.C. (2011), se vea cierta dificultad para trasladarlas a escala nacional, debido a las variaciones en cuanto a señas.

Otro de los puntos que podría estar aunado al anterior, es la fuerte confianza a la información que reciben de miembros reconocidos de la comunidad. Si las intervenciones que se han realizado, no han considerado este factor, es posible que no hayan tenido un impacto mayor que en donde fueron aplicados.

Otro factor que no se había considerado en la literatura, es la mención de la posible relación entre la dificultad dentro de la comunidad a responder cuestionamientos con puntos medios, como las escalas Likert y la educación que suelen recibir de “si hazlo” o “no lo hagas”, pues la costumbre constante de que se les diga qué hacer, sin brindar razones de trasfondo, se presta a que busquen la aceptación por parte del otro, en vez de ejercer su autonomía. Con ello se podría reafirmar el esfuerzo para que en el entorno familiar y educativo, se aprenda a profundidad la Lengua de Señas.

En cuanto a los diferentes tipos de violencia, no existió un consenso claro. Aunque se tiene la consciencia de que ha ocurrido, no existen cifras específicas en el estado, ni entre los entrevistados, de la frecuencia en que se dan este tipo de abusos. Esto nos puede dar un indicador de que es un tema que aún requiere de mayor difusión e investigación.

El uso del internet para fines comunicativos, es una herramienta confirmaron, es ampliamente utilizada, por lo que se debería tomar en cuenta para la realización de diversos tipos de intervención, tanto como un medio de difusión, como tema para abordar dentro de la misma.

Sobre el proceso de depuración de instrumentos del programa Reconéctate, resultó de suma importancia contar con la participación de personas con conocimientos profundos de esta lengua y cercanos a la comunidad, así como haber realizado exploración previa. Esto permitió reconocer posibles dificultades

en la adaptación del instrumento, que posteriormente fueron reafirmadas al seleccionar la metodología de adaptación.

Al adaptar un instrumento, consideraciones como el que no existen señas para todas las palabras, el ser sumamente claro al hacer una pregunta, evitar uso de doble negación, ofrecer ejemplos de situaciones relacionadas a los ítems, especificar la temporalidad de las situaciones, facilitar la mecánica del estilo en que responderán y la longitud del instrumento final, fueron de suma importancia durante la selección de instrumentos y su preparación para la aplicación.

A pesar de que los instrumentos fueron reconocidos por su claridad durante la traducción inversa y de que, se utilizaron medios visuales con el cual las personas con sordera estaban familiarizados, el apoyo de profesores intérpretes dentro de cada grupo en el que se hizo la aplicación fue de suma importancia, debido a que pudieron esclarecer las dudas que surgieron, lo cual era una de las posibles situaciones que los profesionales intérpretes habían mencionado.

Sin embargo, es importante realizar mayores pruebas de dicha adaptación, para seguir comprobando su claridad y que existan las menores dudas posibles al ser respondido, ya que, como mencionan Andrade et al. (2017) el que haya otras personas involucradas como mediadoras para responder, puede comprometer la confidencialidad y por ende, la veracidad de las respuestas que se brindan.

Finalmente, se desglosan los resultados de la prueba piloto, entre los que se encontraron resultados que confirmaron lo encontrado en la documentación y entrevistas en lo referente a conductas sexuales y discrepancia en cuanto a factores protectores.

Casi la mitad de la muestra estuvo conformada por personas identificadas como Sordas, sordas (no se hizo distinción) y por otro lado, personas hipoacúsicas. Los niveles de pérdida auditiva fueron muy variados, desde leve hasta profunda. Aquí cabe destacar que dos participantes se consideraban a sí mismos como oyentes, lo cual probablemente se deba a que su pérdida auditiva es leve y posterior a la adquisición del lenguaje.

Estas cuestiones eran esperadas, ya que como observan Díez Abella y León (2011), éste es un grupo con mucha diversidad.

En el contexto familiar, tal como la literatura lo señala, suelen ser los únicos miembros con algún grado de discapacidad auditiva. Un hallazgo interesante es que, aparentemente resulte contradictorio que se reporten niveles buenos de comunicación con los padres, a pesar de que utilizan el español hablado como

medio de comunicación, siendo que existe una preferencia marcada por la Lengua de Señas Mexicana.

Sin embargo, al dividir la muestra entre sordos e hipoacúsicos, de entre los trece participantes que se identifican como sordos, 46% indicaron que sus madres utilizan el LSM para comunicarse con ellos, lo cual contrasta con el 7.7% de los padres, con quienes señalaron que la comunicación se inclina a ser suficiente o poca. En cuanto a las personas hipoacúsicas, el 90% tanto padre como madre, se comunican hablando en español y en ambos casos, la comunicación es reportada como buena.

La percepción de tener un buen nivel de comunicación, acorde al método favorito que usan, no es una sorpresa. De hecho, a diferencia a lo reflejado en esta muestra, en general las personas con sordera, suelen mencionar constantemente la falta de comunicación con su familia (Hauser et al., 2010). Anderson, Wolf Craig, Hall, y Ziedonis (2016) encontraron que entre personas sordas, esta falta de comunicación estaba entre las vivencias traumáticas comunes y que ésta afectaba el apego hacia ellos.

Debido a las barreras en la comunicación, la adquisición de información de sexualidad, no era esperada, sin embargo la mayoría de los participantes indicaron haberla recibido, lo cual podría deberse a su escolarización y a la comunicación que reportaron con sus familias.

Sin embargo, resalta que no se les suele brindar esto desde el inicio de la adolescencia, sino de los 16 años en adelante. Además es llamativa la disparidad de los temas de los que reportan haber obtenido información. Temas que se podrían considerar como básicos, por tratarse también el área de autocuidado, como las partes del cuerpo y su función, e higiene de partes íntimas, no fueron conocidos por la totalidad de quienes reportaron haber recibido información.

Este resultado concuerda con lo encontrado por Roberts Francavillo (2009), quien entre sus resultados mostraron que la educación sexual solía ser vista a partir de niveles de secundaria en adelante, contrariamente a lo recomendado.

Esto es alarmante ya que la educación sexual tiene antecedentes en formar parte de la educación básica del país desde 1999, pasando a estar en el currículo nacional desde la Reforma Integral en Educación Básica en 2006 a nivel secundaria y en el Plan de Estudios de Educación Básica vigente 2011 en todos los niveles (Secretaría de Educación Pública, 2016).

Si bien cabría realizar una investigación para conocer la calidad de información

que tienen y de dónde fue obtenida, por el área educativa, se puede deducir que están recibiendo la información en un momento tardío y que no abarca toda la extensión de subtemas del área de salud sexual.

Pasando al área de conductas sexuales reportadas por los participantes, éstas fueron inesperadas en algunos casos. Entre lo que definimos como conductas de riesgo, están la falta de uso de métodos anticonceptivos de barrera (específicamente el condón) durante el sexo oral, vaginal o anal, la actividad sexual con diferentes y numerosas parejas sexuales, la ocurrencia de actividad sexual bajo los efectos del alcohol o los estupefacientes (Rull Pulido et al., 2013) la falta de competencias para el ejercicio de una sexualidad responsable, el inicio temprano de la actividad sexual, la baja percepción de riesgo, las presiones de grupo o la inadecuada información que se tiene respecto a las ITS (Uribe et al., 2012).

En esta población, la falta consistente en el uso del condón ha sido el mayor factor de riesgo detectado. A pesar de que, en el caso de la primera relación sexual, la mayoría reportó haberla tenido en etapas finales de la adolescencia, de forma consensuada y utilizando condón, los cuales quitan cierto peso al riesgo, a largo plazo, decae su uso.

Únicamente tres de estos sujetos (37.5%) reportaron utilizar condón en todas sus relaciones en los últimos tres meses, mientras los restantes cinco participantes (62.5%) al menos una ocasión no utilizaron condón. Si tomamos en cuenta que, seis participantes (75%) tuvo relaciones con dos personas o más, el riesgo a verse expuesto a una ITS o a un embarazo no deseado, aumentan.

Este resultado guarda cierta similitud con el estudio de Heiman et al. (2015), en el cual, a pesar de haber reportado un mayor uso de condones durante la última relación sexual, contrario a lo que la mayoría de estudios reporta, aún existía un riesgo latente dado a que los participantes solían mantener relaciones con diversas parejas, sin importar el estatus marital.

Esta circunstancia no mejora en las relaciones sexuales de tipo oral y anal. A pesar de que pocos participantes reportaron haber mantenido este tipo de relaciones en los últimos tres meses, el condón o de métodos de barrera es bajo, siendo aproximadamente la mitad de los participantes quienes casi nunca o nunca los utilizan. Estos resultados concuerdan con los de Zodda (2012) quien encontró un uso inconsistente en el condón durante los diversos tipos de relaciones sexuales.

Esta falta de cuidado, posiblemente ya se vio reflejada en la salud de algunos, pues de los catorce que han tenido alguno de los tipos de relaciones sexuales, cinco (35,7%) sujetos señalan haber tenido una ITS, más no saber o no recordar cuál fue, lo cual también es alarmante dado a que el reconocer qué tipo de ITS se ha tenido, también se relaciona al cuidado que se debe mantener.

El riesgo de embarazo o los embarazos no deseados, no parecen ser una cuestión común dentro de esta muestra, ya que en la mayoría de participantes no se reportan embarazos previos, ni intenciones cercanas de embarazo.

Pasando a los factores psicosociales analizado en este caso fueron la Provisión social para el sexo seguro (de amigos) y la autoeficacia para prevenir el SIDA.

En el caso de los amigos, según la puntuación media obtenida, los sordos indican percibir apoyo por parte de sus amigos para cuidarse de las conductas de riesgo. Sus respuestas reflejan tener gran confianza en su grupo de amigos tanto para hablar de sus inquietudes, como para ellos aconsejar acerca del sexo seguro.

En este aspecto, faltaría realizar un análisis muy específico acerca de cuáles son las actitudes y creencias sobre el sexo seguro, para profundizar sobre qué tipo de información transmiten a sus pares, esto especialmente debido a que indican que no suelen compartir las mismas ideas sobre sexo seguro con sus amigos. Así como también es importante saber si se dimensiona adecuadamente las ITS, y saber cómo consideran que apoyan a sus amigos para evitar su transmisión.

En el aspecto de la autoeficacia, se reporta que tienen a sentirse capaces de prevenir el sida, evitando situaciones de riesgo. En esta escala se reveló la vulnerabilidad que al parecer sienten al tener relaciones sexuales después de haber ingerido bebidas alcohólicas o alguna droga, pues se sienten poco capaces negarse a tener relaciones sexuales bajo estos efectos y de utilizar condón correctamente.

Estas circunstancias no se habían tomado en cuenta, sin embargo es un riesgo al que se le debe prestar atención, ya que incluso en esta muestra, de once participantes, seis de ellos reportaron que durante la última relación sexual utilizaron alcohol o alguna otra droga antes de tener relaciones. Esto nos puede dar un indicio de cómo las sustancias pueden mediar las relaciones sexuales riesgosas.

Finalmente, en cuanto a violencia sufrida en la pareja, la mayoría respondió negativamente a las situaciones de violencia, siendo únicamente situaciones de celos, las que fueron un poco más comunes.

En el apartado de violencia sexual la situación “mi pareja ha criticado mi arreglo personal” el 30% reporta haber pasado por dicha situación, sin embargo solo el 15% se sintió dañado por la misma. Esta inconsistencia podría deberse a que como Anderson y Kobek Pezzarossi (2011) identificaron, existen cierta dificultad de las mujeres sordas para reconocer y catalogar los abusos (físicos, psicológicos y sexuales) como tales, especialmente si no incluyen el uso de fuerza física.

Si bien las relaciones sexuales forzadas fueron bajamente reportadas en esta muestra en el apartado sociodemográficos, por dos sujetos (8% del total), nos muestra que el tipo de relaciones sexuales sin consenso existen y se requieren mayores estudios específicamente enfocados en este tema, no únicamente abordando estos abusos dentro de la pareja, sino fuera de la misma.

CONCLUSIONES

En resumen, este estudio nos ofrece pautas o consideraciones a tomar en cuenta en la adaptación de instrumentos para personas sordas. Al igual que lo recopilado por Andrade et al. (2017) y autores que han realizado este tipo de adaptaciones, para seleccionar el método con el cual se hará una adaptación a lengua de señas, factores como los objetivos del estudio, la disponibilidad de traductores, jueces y sujetos, además del presupuesto y el tiempo, deben tomarse en cuenta.

El realizar una adaptación es un trabajo laborioso que conlleva a la revisión constante de que el significado se mantenga de forma fidedigna y además, se tome en cuenta las características de la cultura.

Tomando en cuenta que no es una lengua estandarizada, este trabajo implica ciertos retos, entre ellos, uno de los mayores encontrados fue la disponibilidad de participantes durante el proceso y el estudio piloto, probablemente dado por la naturaleza del tema.

Sin embargo es importante que se continúen probando diferentes medios de adaptación para poder realizar este tipo de estudios, que refleje la situación actual de los problemas de salud a los que se pueden ver enfrentados.

Se recomienda también que, de abordarse temas considerados sensibles para la población y si se cuenta con los medios necesarios, seguir la recomendación de Estrada (2009), sobre crear sensibilización acerca del tema y de su importancia para asegurar una mayor consciencia y por lo tanto, participación.

En este caso, únicamente se examinaron ciertos factores considerados como protectores para conductas de riesgo, sin embargo es posible que existan muchas

más variables que sean mediadoras en la realización de conductas sexuales de riesgo como los conocimientos, el riesgo percibido o la autoestima.

También es altamente recomendable tomar en cuenta esta vulnerabilidad detectada desde hace tiempo, para diseñar e implementar programas enfocados a la salud sexual desde etapas tempranas y considerando la lengua de señas mexicana como parte de las mismas, de forma que lleguen a una mayor población.

LIMITACIONES

Las limitaciones de este estudio fueron diversas. Primeramente, debido a factores de tiempo, económicos y de disponibilidad de profesionales y personas sordas con profundo conocimiento de la Lengua de Señas Mexicana, no se pudieron realizar más pruebas de instrumentos grabados o de traducciones inversas, como la literatura recomienda.

La participación de las personas sordas así mismo fue considerada baja, probablemente dada a la naturaleza del estudio, como tema tabú. Cabe destacar que, en este caso se trató de población universitaria por lo que no se puede generalizar los datos, dado a que no todos los sordos e hipoacúsicos continúan hasta este nivel educativo o no tienen un medio de comunicación común establecido.

REFERENCIAS

- Ajzen, I. (2005). *Attitudes, Personality and Behaviour* (2nd ed.; T. Manstead, Ed.). New York: Open University Press.
- Anderson, M. L., & Kobek Pezzarossi, C. M. (2011). Is It Abuse? Deaf Female Undergraduates Labeling of Partner Violence. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 17*(2), 273–286. <https://doi.org/10.1093/deafed/enr048>
- Anderson, M. L., & Leigh, I. W. (2011). Intimate Partner Violence Against Deaf Female College Students. *Violence against Women, 17*(7), 822–834. <https://doi.org/10.1177/1077801211412544>
- Anderson, M. L., & Pezzarossi, C. M. K. (2014). Violence Against Deaf Women: Effect of Partner Hearing Status. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 19*(3), 411–421. <https://doi.org/10.1093/deafed/ent053>
- Anderson, M. L., Wolf Craig, K. S., Hall, W. C., & Ziedonis, D. M. (2016). A Pilot Study of Deaf Trauma Survivors' Experiences: Early Traumas Unique to Being Deaf in a Hearing World. *Journal of Child and Adolescent Trauma, 9*(4), 353–358. <https://doi.org/10.1007/s40653-016-0111-2>
- Andrade, L. F., Borges, K. A., Ferreira, M. B. G., Felix, M. M. S., de Castro, S. S., & Barbosa, M. H. (2017). Translation methods of instruments to sign language: An evidence-based proposal. *Texto e Contexto Enfermagem, 26*(4), 1–13. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002210017>
- Andrade Pereira, P. C., & De Carvalho Fortes, P. A. (2010). Communication and information barriers to health assistance for deaf patients. *American Annals of the Deaf, 155*(1), 31–37. <https://doi.org/10.1353/aad.0.0128>
- Antón Ruiz, F. a., & Espada, J. P. (2009). Consumo de sustancias y conductas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH en una muestra de estudiantes universitarios. *Anales de Psicología, 25*(2), 344–350.
- Barman, C., & Stockton, J. (2002). An evaluation of the Soar-High project: a web-based science program for deaf students. *American Annals of the Deaf., 147*(3), 5–10.
- Barnett, S., McKee, M., Smith, S. R., & Pearson, T. a. (2011). Deaf sign language users, health inequities, and public health: opportunity for social justice. *Preventing Chronic Disease, 8*(2), A45.
- Bat-Chava, Y., Martin, D., & Kosciw, J. G. (2005). Barriers to HIV/AIDS knowledge and prevention among deaf and hard of hearing people. *AIDS Care, 17*(5), 623–634.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 11*(3), 125–146.
- Bisol, C. A., Sperb, T. M., Brewer, T. H., Kato, S. K., & Shor-Posner, G. (2008). HIV/AIDS Knowledge and Health-Related Attitudes and Behaviors among Deaf and Hearing Adolescents in Southern Brazil. *American Annals of the Deaf, 153*(4), 349–356.
- Brauer, B. A. (1993). Adequacy of a translation of the MMPI into American Sign Language for use with deaf individuals: Linguistic equivalency issues. *Rehabilitation Psychology, 38*(4), 247–260.
- Brick, G. M. (2006). *The deaf and hard-of-hearing: a population at risk for HIV/AIDS (Tesis doctoral)* (Univeristy of Hartford). <https://doi.org/10.3102/00346543067001043>
- Brunnberg, E., Boström, M. L., & Berglund, M. (2012). Sexual force at sexual debut. Swedish adolescents with disabilities at higher risk than adolescents without disabilities. *Child Abuse & Neglect, 36*(4), 285–295. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.01.002>
- Caldwell, B., Cooper, M., Guarino Reid, L., & Vanderheiden, G. (2008). Web Content Accessibility Guidelines 2.0. Retrieved June 25, 2016, from W3C Recommendation website: <http://www.w3.org/TR/WCAG20/>

- Capitão, S., Pisco Almeida, A., & Marques Vieira, R. (2011). Comunidades en línea para la inclusión digital de alumnos con sordera. *REDMARKA. Revista Digital de Marketing Aplicado*, 4(7), 155–172.
- Cardozo, G., & Alderete, A. M. (2009). Adolescentes en riesgo psicosocial y resiliencia. *Psicología Desde El Caribe*, (23), 148–182.
- Casas, J., Ceña, M., del Rosal, T., Jurado, J., & de la Serna, O. (2006). Conceptos esenciales de la adolescencia. Criterios cronológicos, físico- funcionales, psicológicos y sociales. *Medicina*, 9(61), 3931–3937.
- Castillo-Arcos, L., & Benavides-Torres, R. (2012). Modelo de resiliencia sexual en el adolescente: Teoría de rango medio. *Aquichan*, 12(2), 169–182.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1995). Constructing Validity: Basic Issues in Objective Scale Development. *American Psychological Association*, 7(3), 309–319. Retrieved from https://search.proquest.com/docview/1756276764?accountid=9630%0Ahttp://pmt-eu.hosted.exlibrisgroup.com/openurl/44LSE/44LSE_services_page?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&genre=unknown&sid=ProQ:ProQ%3Abusinesspremium&atitle=Stat
- Coleman, J., & Hendry, L. (2003). *Psicología de la adolescencia* (4ta ed.). Madrid: Morata.
- Compartiendo Saberes y Transformando Realidades A.C. (2011). *enSEÑA Sexualidad*. Retrieved from United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) website: http://www.unicef.org/mexico/spanish/mx_enSENA_SexualidadMH2.pdf
- Coulter, L., & Goodluck, H. (2015). The Processing of Simple Structures and Temporarily Ambiguous Syntax by Deaf Readers. *The Volta Review*, 115(1), 67–97.
- Crowe, T. V. (2013). Intimate Partner Violence in the Deaf Community. *Journal of the American Deafness & Rehabilitation Association*, 46(2), 71–85.
- Darbes, L. A., & Lewis, M. A. (2005). HIV-Specific Social Support Predicts Less Sexual Risk Behavior in Gay Male Couples. *Health Psychology*, 24(6), 617–622. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.6.617>
- De Andrade, V., & Baloyi, B. (2010). HIV/AIDS knowledge among adolescent sign-language users in South Africa. *African Journal of AIDS Research*, 9(3), 307–313. <https://doi.org/10.2989/16085906.2010.530189>
- Debevct, M., & Peljhan, Ž. (2004). The role of video technology in on-line lectures for the deaf. *DISABILITY AND REHABILITATION*, 26(17), 1048–1059.
- Denmark, T., Atkinson, J., Campbell, R., & Swettenham, J. (2014). How do Typically Developing Deaf Children and Deaf Children with Autism Spectrum Disorder Use the Face When Comprehending Emotional Facial Expressions in British Sign Language? *J Autism Dev Disord*, 44, 2584–2592. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2130-x>
- Díaz Sánchez, J. (2006). Identidad, adolescencia y cultura. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 11(29), 431–457.
- Díez Abella, M. A., & León, D. (2011). Situación y necesidades de los estudiantes sordos y con una discapacidad auditiva. In UNED (Ed.), *Jornadas: Inclusión de los estudiantes con discapacidad en la Universidad. Necesidades y demandas* (pp. 115–130). Retrieved from http://portal.uned.es/portal/page?_pageid=93,25478103&_dad=portal&_schema=PORTAL
- Donnelly-Wijting, K. (2013). *HIV/AIDS and Deaf people: The roles of psychological factors and HIV risk reduction (Disertación doctoral)*. Retrieved from ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. 3581847)

- Druet Domínguez, N., & Escalante Torres, R. (2000). Conocimientos y actitudes hacia la sexualidad de jóvenes con discapacidad auditiva. *Revista Educación y Ciencia*, 7(21), 57–69.
- Eckhardt, E. A. (2005). *An exploration of VIH/AIDS perceptions, knowledge and beliefs among individuals who are deaf (tesis doctoral)*. New York University of Social Work.
- Espada Sánchez, J., Quiles Sebastián, M., & Méndez Carrillo, F. (2003). Conductas sexuales de riesgo y prevención del SIDA en la adolescencia. Retrieved from <http://www.papelesdel psicologo.es/vernumero.asp?id=1076>
- Estrada, B. (2008). Vulneración de los derechos humanos de las personas sordas en México. *Revista Del Centro Nacional de Derechos Humanos*, 8(3), 105–127.
- Estrada, B. (2009). Metodología para la adaptación de instrumentos de evaluación psicológica en personas Sordas a través de la lengua de señas mexicana. In *Investigaciones en psicología social, personalidad y salud* (pp. 197–207).
- Estrada, B. (2012). *Beck Depression Inventory-II in Mexican Sign*. 2(1), 4–12.
- Estrada, B., Beyebach, M., Delgado Álvarez, C., & Freire Hernando, R. (2008). Evaluación y tratamiento de la sintomatología depresiva en personas sordas 1. *Depression*, 18, 99–106.
- Estrada, B., Delgado, C., & Beyebach, M. (2010). Beck depression inventory-II in Spanish Sign Language. *International Journal of Hispanic Psychology*, 3(1), 1–21.
- Fajardo, I., Parra, E., & Cañas, J. J. (2010). Do sign language videos improve web navigation for deaf signer users? *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 15(3), 242–262. <https://doi.org/10.1093/deafed/enq005>
- Fitz-Gerald, D. R., & Fitz-Gerald, M. (1998). A Historical Review of Sexuality Education and Deafness: Where Have We Been This Century? *Sexuality and Disability*, 16(4), 249–268.
- Floyd, F. J., & Widaman, K. F. (1995). Factor Analysis in the Development and Refinement of Clinical Assessment Instruments. *American Psychological Association*, 7(3), 286–299. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.3.286>
- Folkins, A., Robins Sadler, G., Ko, C., Branz, P., Marsh, S., & Bovee, M. (2005). Improving the Deaf community's access to prostate and testicular cancer information: a survey study. *BMC Public Health*, 5(63), 63–69.
- Francisco Martínez, M. I. (2011). *La construcción de la identidad del adolescente Sordo a partir de sus interacciones sociales dentro de una escuela bilingüe (tesis de maestría)* (UNAM). Retrieved from <http://www.cultura-sorda.eu/resources/Tesis-FranciscoM-2011.pdf>
- Gabriel, K., & Getch, Y. Q. (2001). Parental training and involvement in sexuality education for students who are deaf. *American Annals Of The Deaf*, 146(3), 287–293.
- Gannon, C. L. (1998). The Deaf Community and Sexuality Education. *Sexuality and Disability*, 16(4), 283–293.
- García-Vega, E., Menendez Robledo, E., Fernandez García, P., & Cuesta Izquierdo, M. (2012). Sexualidad , Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 79–87.
- García Polanco, M. (2014). Las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes españoles. *RqR Enfermería Comunitaria*, 2(2), 38–61.
- Gaskins, S. (1999). Special Population: HIV/AIDS Among the Deaf and Hard of Hearing. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 10(2), 75–78. [https://doi.org/10.1016/S1055-3290\(06\)60301-4](https://doi.org/10.1016/S1055-3290(06)60301-4)
- Gilbert, G. L., Clark, M. D., & Anderson, M. L. (2012). Do Deaf Individuals ' Dating

- Scripts Follow the Traditional Sexual Script? *Sexuality and Culture*, 16, 90–99. <https://doi.org/10.1007/s12119-011-9111-4>
- Gonçalves Câmara, S., Castellá Sarriera, J., & Sandra Carlotto, M. (2007). Predictores de conductas sexuales de riesgo entre adolescentes. *Interamerican Journal of Psychology*, 41(2), 161–166.
- Groce, N. E., & Trasi, R. (2004). Rape of individuals with disability: AIDS and the folk belief of virgin cleansing. *The Lancet*, 363, 2003.
- Groce, N. E., Yousafzai, A., & Van der Maas, F. (2007). HIV/AIDS and disability: Differences in HIV/AIDS knowledge between deaf and hearing people in Nigeria. *Disability and Rehabilitation*, 29(5), 367–371.
- Haase, J. E. (2004). The adolescent resilience model as a guide to interventions. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 21(5), 289–304. <https://doi.org/10.1177/1043454204267922>
- Hall, W. C., Smith, S. R., Sutter, E. J., DeWindt, L. A., & Dye, T. D. V. (2018). Considering parental hearing status as a social determinant of deaf population health: Insights from experiences of the “dinner table syndrome.” *PLoS ONE*, 13(9), 1–8. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202169>
- Hardonk, S., Desnerck, G., Matthijs, L., Loots, G., Van Hove, G., Van Kerschaver, E., ... Louckx, F. (2012). Analysing care-related decisions in parents of congenitally deaf children: introduction of an explanatory model. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 15(3), 264–281. <https://doi.org/10.1080/15017419.2012.703966>
- Hauser, P. C., O’Hearn, A., McKee, M., Steider, A., & Thew, D. (2010). Deaf epistemology: Deafhood and Deafness. *American Annals of the Deaf*, 154(5), 486–492; discussion 493-496. <https://doi.org/10.1353/aad.0.0120>
- Heiman, E., Haynes, S., & McKee, M. (2015). Sexual health behaviors of Deaf American Sign Language (ASL) users. *Disability and Health Journal*, 8(4), 579–585. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2015.06.005>
- Heuttel, K. L., & Rothstein, W. G. (2001). HIV/AIDS knowledge and information sources among deaf and hearing college students. *American Annals Of The Deaf*, 146(3), 280–286.
- Hora Cero. (2012). *Hay 15 mil sordos en NL, pero sin una escuela propia*. Retrieved from <http://www.horaceronl.com/local/hay-15-mil-sordos-en-nl-pero-sin-una-escuela-propia/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2004). *Las personas con discapacidad en México: una visión censal*. Retrieved from http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2000/discapacidad/discapacidad2004.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2010a). *Censo de Población y Vivienda 2010*. Retrieved from Instituto Nacional de Estadística y Geografía website: http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/princi_result/cpv2010_principales_resultadosVI.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2010b). *Las personas con discapacidad en México, una visión al 2010*. Retrieved from Instituto Nacional de Estadística y Geografía website: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/discapacidad/702825051785.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, resultados nacionales*.
- Jensen, L., Nakaji, M., Harry, K., Gallegos, N., Malcarne, V., & Robins Sadler, G. (2013). Ovarian Cancer: Deaf and Hearing Women’s Knowledge Before and After an Educational Video. *Journal of Cancer Education*, 28(4), 647–655.
- 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. Retrieved from <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=442aece-ef6f-4223-b256-ac79225372ef%40sessionmgr198&vid=0&hid=107>
- Jones, E. G., Goldsmith, M., Effken, J., Button, K., & Crago, M. (2010). Creating and testing a deaf-friendly, stop-smoking web site intervention. *American Annals of the Deaf*, 155(1), 96–102. <https://doi.org/10.1353/aad.0.0133>
- Joseph, J. M. (2000). *Condom use among deaf and hard of hearing college students: the usefulness of a model incorporating sexual victimization, control over the sexual encounter, and self-efficacy (Tesis doctoral)* (University of Maryland). <https://doi.org/10.16953/deusbed.74839>
- Kemmerly, M., & Compton, M. (2014). Are you Deaf or Hard of Hearing? Which Do you Go by Perceptions of Identity in Families of Students with Hearing Loss. *The Volta Review*, 114(2), 157–192.
- Klein, L. S. (2011). *Family relationships and sexual initiation: an investigation of deaf college students (tesis doctoral)* (Gallaudé University). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- LaBarre, A. (1998). Treatment of Sexually Abused Children Who Are Deaf. *Sexuality and Disability*, 16(4), 321–324.
- Lindqvist, R., Carlsson, M., & Sjöden, P. (2004). Coping strategies of people with kidney transplants. *Journal of Advanced Nursing*, 45(1), 47–52.
- Logan, S. A. (2009). *The relationship of coping strategies to psychological health among sexually victimized deaf woman (tesis doctoral)*. University of Missouri.
- López-Ludeña, V., González-Morcillo, C., López, J. C., Ferreiro, E., Ferreiros, J., & San-Segundo, R. (2014). Methodology for developing an advanced communications system for the Deaf in a new domain. *Knowledge-Based Systems*, 56, 240–252. <https://doi.org/10.1016/j.knosys.2013.11.017>
- 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(5), 421–432.
- Lu, A., Yu, Y., Hong, X., Feng, Y., & Tian, H. (2014). Peer attachment and loneliness among adolescents who are deaf: The moderating effect of personality. *Social Behavior and Personality*, 42(4), 551–560. Retrieved from <http://www.ingentaconnect.com/content/sbp/sbp/2014/00000042/00000004/art00003>
- Mall, S., & Swartz, L. (2012). Perceptions of educators of Deaf and hard-of-hearing adolescents of HIV-risk factors for these youths. *African Journal of AIDS Research (AJAR)*, 11(4), 343–348.
- Mance, J., & Edwards, L. (2012). Deafness-related self-perceptions and psychological well-being in deaf adolescents with cochlear implants. *Cochlear Implants International*, 13(2), 93–104. <https://doi.org/10.1179/1754762811y.0000000017>
- Mann, W., Peña, E., & Morgan, G. (2015). Child Modifiability as a Predictor of Language Abilities in Deaf Children Who Use American Sign Language. *American Journal of Audiology*, 24(2), 79. <https://doi.org/10.1044/2015>
- Margellos-Anast, H., Estarziou, M., & Kaufman, G. (2006). Cardiovascular disease knowledge among culturally Deaf patients in Chicago. *Preventive Medicine*, 42, 235–239. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2005.12.012>
- Marsiglia, F. F., Nieri, T., & Stiffman, A. R. (2006). HIV/AIDS protective factors among urban American Indian youths. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 17(4), 745–758. <https://doi.org/10.1353/hpu.2006.0128>
- McCubbin, M., Balling, K., Possin, P., Frierdich, S., & Bryne, B. (2002). Family resiliency in childhood cancer. *Family Relations*, 51(2), 103–111. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2002.00103.x>

- McKee, M., Barnett, S., Block, R. C., & Pearson, T. A. (2012). Impact of Communication on Preventive Services Among Deaf American Sign Language Users. *Am J Prev Med*, 41(1), 75–79. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2011.03.004>. Impact
- Miller, K. (2014). Trends Impacting One Public School Program for Students Who Are Deaf or Hard-of-Hearing. *Communication Disorders Quarterly*, 36(2), 35–43.
- Miller, P., Kargin, T., & Guldenoglu, B. (2013). The Reading Comprehension Failure of Turkish Prelingually Deaf Readers: Evidence from Semantic and Syntactic Processing. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 25(2), 221–239. <https://doi.org/10.1007/s10882-012-9299-8>
- Moinester, M., Gulley, S., & Watson, S. (2008). The Nature of Risk: HIV/AIDS and the Deaf Community in the United States. *Disability Studies Quarterly*, 28(4). Retrieved from <http://dsq-sds.org/article/view/144/144>
- Moral de la Rubia, J., & Ramos Basurto, S. (2015). *Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Violencia Sufrida y Ejercida de Pareja Psychometric Properties of the Suffered and Exerted Couple Violence Questionnaire*. 10(2), 109–128.
- Muñoz Baell, I., Álvarez-Dardet Díaz, C., Ruiz Cantero, M., Ferreiro Lago, E., & Aroca Fernández, E. (2011). Educación bilingüe del alumnado sordo: pilares para un cambio estratégico. *Revista de Educación*, 361, 403–428. <https://doi.org/10.4438/1988-592X-RE-2011-361-150>
- Musitu, G., & Cava, M. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste del los adolescentes. *Intervención Psicosocial*, 12(2), 179–192.
- Namatame, M., & Kitajima, M. (2009). Comparison of Alternative Representational Formats for Hyperlinks : *The Ergonomics Open Journal*, 2(July 2016), 72–79. <https://doi.org/10.2174/1875934300902020072>
- Ochoa, R. (2014, September 10). Congreso atenderá problemática de sordomudos. *Milenio*. Retrieved from http://www.milenio.com/region/Congreso_problematika_sordomudos-sordomudos_Nuevo_Leon_0_370163312.html
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Sordera y pérdida de la audición. Retrieved March 19, 2015, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/es/>
- Parra Vargas, E. (2013). *Influencia del uso de la lengua de signos y la organización del conocimiento categórico en la búsqueda de información web por personas sordas (tesis doctoral)* (Universidad de Granada; Vol. 53). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Paz C., M. V. de la, & Salamanca Salucci, M. (2009). Elementos de la cultura sorda: una base para el currículum intercultural. *REXE. Revista de Estudios y Experiencias En Educación*, 8(15), 31–49. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243116377002>
- Peinkofer, J. R. (1994). HIV education for the deaf, a vulnerable minority. *Public Health Reports*, 109(3), 390–396.
- Peter, J., & Valkenburg, P. (2008). Adolescents' Exposure to Sexually Explicit Internet Material, Sexual Uncertainty, and Attitudes toward Uncommitted Sexual Exploration – Is There a Link? *Communication Research*, 35, 569–601.
- Pettis, C. L. (2014). Individuals with Hearing Loss in Arkansas and Mental Health Service: Evaluating Accessibility. *International Social Science Review*, 88(3), 5. Retrieved from <http://digitalcommons.northgeorgia.edu/issr>
- Planes, M. (1994). Prevención de los comportamientos sexuales de riesgo en los adolescentes: SIDA, otras enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados. *Infancia y Aprendizaje*, (67–68), 245–260.
- Porter, J., & Williams, L. M. (2011). Intimate violence among underrepresented

- groups on a college campus. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(16), 3210–3224. <https://doi.org/10.1177/0886260510393011>
- Power, D., & Power, M. R. (2009). Communication and culture: Signing Deaf people online in Europe. *Technology and Disability*, 21(4), 127–134. <https://doi.org/10.3233/TAD-2009-0287>
- Prelow, H. M., Loukas, A., & Jordan-Green, L. (2007). Socioenvironmental risk and adjustment in latino youth: The mediating effects of family processes and social competence. *Journal of Youth and Adolescence*, 36(4), 465–476. <https://doi.org/10.1007/s10964-006-9106-x>
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Organización Mundial de la Salud, & Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2008). *Informe de política la discapacidad y el VIH* (Vol. 9). Retrieved from [http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/jc1632_policybrief_disability_es\[1\].pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/jc1632_policybrief_disability_es[1].pdf)
- Rew, L., & Horner, S. D. (2003). Youth resilience framework for reducing health-risk behaviors in adolescents. *Journal of Pediatric Nursing*, 18(6), 379–388. [https://doi.org/10.1016/S0882-5963\(03\)00162-3](https://doi.org/10.1016/S0882-5963(03)00162-3)
- Roberts Francavillo, G. S. (2009). *Sexuality education, sexual communication, rape myth acceptance, and sexual assault experience among deaf and hard of hearing college students (tesis doctoral)* (University of Maryland). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Robles Montijo, S. S., Guevara Benítez, Y., Pérez Bautista, Y. Y., & Hermsillo García, A. (2013). Comunicación con padres y conducta sexual en jóvenes mexicanos con discapacidad auditiva. *Psicología y Salud*, 23(2), 227–239.
- Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., García, M., Mendoza, R., Rubio, A., Martínez, A., & Martín, C. (2004). Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema*, 16(2), 203–210.
- Rull Pulido, A., Ávalos Tinoco, C., Fernández Mondragón, J., García Flores, L., Hernández Muñoz, L., & Ruiz Campos, A. (2013). Conducta sexual de riesgo en tres universidades privadas de la Ciudad de México. *Psicología y Salud*, 23(1), 25–32.
- Sebald, A. M. (2008). Child Abuse and Deafness: an Overview T. *American Annals of the Deaf*, 153(4), 376–384.
- Secretaría de Educación Pública. (2016). *Agenda Sectorial para la Educación Integral en Sexualidad con énfasis en la prevención del embarazo en adolescentes: avances líneas de acción de la ENAPEA*.
- Secretaria De Salud. (2016). *Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA Actualización al 2do Trimestre de 2016*. Retrieved from http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_2do_trim_2016.pdf
- Sheppard, K. (2014). Deaf adults and health care: Giving voice to their stories. *American Association of Nurse Practitioners*, 26, 504–510. <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12087>
- Shoham, S., & Heber, M. (2012). Characteristics of a Virtual Community for Individuals Who Are d/Deaf and Hard of Hearing. *American Annals of the Deaf*, 157(3), 251–263. <https://doi.org/10.1353/aad.2012.1625>
- Skliar, C., Massone, M. I., & Veinberg, S. (1995). El acceso de los niños sordos al bilingüismo y al biculturalismo. *Infancia y Aprendizaje*, 18(1), 85–100. <https://doi.org/10.1174/021037095321263097>
- Smith, C. E., Massey-Stokes, M., & Lieberth, A. (2012). Health information needs of d/Deaf adolescent females: A call to action. *American Annals Of The Deaf*, 157(1), 41–47.

- Solvang, K., & Haualand, H. (2014). Accessibility and diversity: Deaf space in action. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 16(1), 1–13. <https://doi.org/10.1080/15017419.2012.761158>
- Sparrow, R. (2010). Implants and ethnocide: Learning from the cochlear implant controversy. *Disability and Society*, 25(4), 455–466.
- Stredler-Brown, A. (2012). The Future of Telepractice for Children who are Deaf and Hard of Hearing. *The Volta Review*, 112(3), 435–442.
- Suter, S., McCracken, W., & Calam, R. (2012). The views, verdict and recommendations for school and home sex and relationships education by young deaf and hearing people. *Sex Education*, 12(2), 147–163.
- Swartz, D. B. (1992). *A Comparative Study of Sex Knowledge among Hearing and Deaf College Freshmen (Tesis de maestría)* (Loyola College). Retrieved from ERIC Educational Resources Information Center (No. ED 354658)
- Tamaskar, P., Malia, T., Stern, C., Gorenflo, D., Meador, H., & Zazove, P. (2000). Preventive Attitudes and Beliefs of Deaf and Hard-of-Hearing Individuals. *Arch Fam Med*, 9, 518–525. Retrieved from <http://triggered.edina.clockss.org/ServeContent?issn=1063-3987&volume=9&issue=6&spage=518>
- Taylor-Seehafer, M., & Rew, L. (2000). Risky Sexual Behavior Among Adolescent Women. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 5(1), 15–25.
- Téllez Trejo, M. (2005). La construcción de la sexualidad en adolescentes sordos y sordas. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología.*, 11(2), 203–218.
- Torices Rodarte, I., & Ávila Garcia, G. (2012). *Por mi salud y tu tranquilidad, hablemos de sexualidad.* Retrieved from http://www2.sepdef.gob.mx/info_dgsei/archivos/DGSEI_Por_mi_salud_y_tu_tranquilidad_hablemos_de_sexualidad.pdf
- Touko, A., Mboua, C. P., Tohmuntain, P. M., & Perrot, A. B. (2010). Sexual vulnerability and HIV seroprevalence among the deaf and hearing impaired in Cameroon. *Journal of the International AIDS Society*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1758-2652-13-5>
- Traxler, C. (2000). The Stanford Achievement Test, 9th Edition: National Norming and Performance Standards for Deaf and Hard-of-Hearing Students. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 5(4), 337–348. <https://doi.org/10.1093/deafed/5.4.337>
- Traxler, M., Corina, D., Morford, J., Hafer, S., & Hoversten, L. (2014). Deaf readers' response to syntactic complexity: Evidence from self-paced reading. *Mem Cogn*, 42, 97–111. <https://doi.org/10.3758/s13421-013-0346-1>
- Uribe, J. I., Amador, G., Zacarías, X., & Villarreal, L. (2012). Percepciones sobre el uso del condón y la sexualidad entre jóvenes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10(1), 481–494.
- Villaseñor-Sierra, A., Caballero-Hoyos, R., Hidalgo-San Martín, A., & Santos-Preciado, J. I. (2003). Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso de condón en adolescentes. *Salud Pública de Mexico*, 45(1), 73–80. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342003000700010>
- Waltz, C., Jenkins, L., Strickland, O., & Dilorio, C. (2003). *Measurement of Nursing Outcomes*. (2nd ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Willis, A. (2012). *Deaf group identification and sexual steem (tesis doctoral)* (Wright State University). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Wilson, J., & Wells, M. (2009). Telehealth and the deaf: A comparison study. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 14(3), 386–402. <https://doi.org/10.1093/deafed/enp008>
- Winningham, A., Gore-Felton, C., Galletly, C., Seal, D., & Thornton, M. (2008). Lessons learned from more than two decades of HIV/AIDS prevention efforts: implications for people who are deaf or hard of hearing. *American Annals of*

the Deaf, 153(1), 48–54. <https://doi.org/10.1353/aad.0.0002>

- Zodda, J. (2012). *Prevalence and predictors of risky sexual behavior in young adults who are deaf: an application of competing theories (Disertación doctoral)*. Retrieved from ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. 3532188)
- Zodda, J. (2015). Condom Use Among Deaf College Students. *Journal of the American Deafness & Rehabilitation Association (JADARA)*., 49(2), 86–101.
- Zuckerman, M. (1994). *Behavioral Expressions and Biosocial Bases of Sensation Seeking*. Cambridge: Cambridge University Press.

ANEXOS

ANEXO 1

Guía de entrevista semiestructurada

Variables	Preguntas
Identificación del entrevistado: Experiencia en el trabajo con personas con sordera	1. ¿Cuál es tu nombre? 2. ¿A qué te dedicas? 3. ¿Cuánto tiempo llevas trabajando con personas sordas? 4. ¿Has llevado una preparación para trabajar con personas sordas?
Personas sordas: Educación en México Comunicación Lengua de Señas	5. ¿En México cómo suele ser la educación de la persona sorda? En cuestión de niveles o grados educativos y temáticas que se abordan. 6. ¿Cómo suelen enseñar a las personas sordas? 7. ¿Cómo son los niveles de lectoescritura de las personas sordas? 8. ¿Cómo es la Lengua de Señas Mexicana y cuál es su importancia?
Sexualidad en las personas con sordera: Conocimientos de sexualidad y prevención Conductas Sexuales	9. ¿Cómo considera que son los conocimientos de las personas sordas referentes a sexualidad, tal como las ITS, el VIH/SIDA y el embarazo? 10. ¿Se hace algo para informar a esta comunidad? ¿En qué consiste esta información? 11. ¿En su experiencia trabajando con personas sordas considera que son propensos a realizar conductas sexuales de riesgo? ¿De ser así, cuáles? 12. ¿Existen mitos comunes en personas sordas respecto a sexualidad? ¿cuáles son? 13. ¿Las personas sordas suelen estar conscientes de la gravedad de las Infecciones de transmisión sexual y del embarazo no deseado?
Apoyo social: Familia Amigos Proveedores de salud	14. ¿Considera que las personas sordas suelen tener apoyo de su familia para platicar de temáticas de sexualidad? 15. ¿Las personas sordas suelen tener apoyo de sus amigos para platicar de temas de sexualidad? 16. ¿Las personas sordas suelen acudir y recibir apoyo de los servicios de salud? ¿cómo suele ser ésta?
Violencia Sexual	17. ¿Cómo considera que es la incidencia de violencia sexual entre las personas sordas? ¿Por qué crees que es así?
Tecnología	18. ¿Los sordos suelen utilizar redes sociales o medios electrónicos? 19. ¿Cuáles son sus preferencias en este aspecto? 20. ¿Presentan alguna barrera en cuestiones de navegación?
Recomendaciones	21. Si se creara un programa que considerara las necesidades de las personas sordas en cuanto a educación sexual ¿Qué recomendaciones harías para dicho programa en cuestión de temáticas? 22. ¿Qué recomendación harías sobre la presentación de la información?

11. ¿Quiénes viven contigo en tu casa? (Se pueden marcar varias)

- Papá Hermano (s) Otros _____
 Mamá Hermana (s)

12. ¿Alguien más en tu familia es sordo o hipoacúsico? (se pueden marcar varias)

- Mamá Hermano (s) Otros _____
 Papá Hermana (s)

13. La comunicación con tus mamá es:

- Buena Suficiente Poca

14. La comunicación con tus papá es:

- Buena Suficiente Poca

15. ¿Cómo se comunican tus papás contigo?

- Lengua de Señas Mexicana Español hablado Otro _____

16. Cómo se comunica tu mamá contigo:

- Lengua de Señas Mexicana Español hablado Otro _____

17. ¿Has recibido información sobre sexualidad o educación sexual?

- No Si

18. Si tu respuesta fue SÍ ¿A qué edad te enseñaron de educación sexual?

19. Si tu respuesta fue SÍ, marca los temas de los que aprendiste (SE PUEDEN MARCAR VARIOS):

- Anticonceptivos
- Masturbación
- Higiene de partes íntimas
- Partes del cuerpo y su función
- VIH/Sida
- Infecciones de Transmisión Sexual
- Reproducción
- Relaciones sexuales

ANEXO 3

Escala Provisión Social para Sexo Seguro

Instrucciones: Al contestar las siguientes afirmaciones, por favor, ten en cuenta que “Sexo Seguro” puede significar esperar para tener relaciones sexuales hasta ser mayor o tener un esposo o esposa, también puede ser tener relaciones con una persona solamente de forma duradera o usar el condón masculino o femenino en cualquier tipo de relación sexual.

Considera todas las maneras que puedes practicar sexo seguro al responder estas afirmaciones. Por favor, indica con una X si te identificas con estas afirmaciones. Apoyo social de los amigos

	Si	No
1. Puedo confiar en mis amigos/as para que me ayuden a practicar el sexo seguro.		
2. Mis amigos/as no apoyan el sexo seguro.		
3. No puedo recurrir a mis amigos/as para orientación sobre el sexo seguro.		
4. Mis amigos/as saben que puedo hacer lo que sea necesario para protegerme contra el VIH.		
5. Mis amigos/as y yo compartimos las mismas actitudes y creencias sobre la práctica de sexo seguro.		
6. No creo que mis amigos/as valoren lo que he hecho para protegerme del VIH		
7. Mis amigos/as no estarían allí para apoyarme, si me infectara con el VIH.		
8. La relación con mis amigos/as me hace sentir seguro/a de que tengo pocas posibilidades de infectarme de VIH		
9. La relación con mis amigos/as me hace sentir seguro/a de que tengo pocas posibilidades de infectarme de VIH		
10. Mis creencias sobre la importancia del sexo seguro son respetadas por mis amigos/as.		
11. Mis amigos/as comparten mis preocupaciones sobre el sexo		

seguro.		
12. Mis amigos/as confían en mí para aconsejarlos sobre sexo seguro.		
13. Puedo confiar en mis amigos/as para aconsejarme si tuviera un problema relacionado con el sexo seguro.		
14. No puede contar con mis amigos/a para ayuda cuando se trata de practicar el sexo seguro.		
15. No me siento cómodo/a hablando con mis amigos/as sobre el sexo seguro.		
16. Mis amigos/as respetan mi decisión de practicar el sexo seguro.		
17. Si yo pensara que me he expuesto al VIH podría contar con mis amigos/as para que me ayuden a manejar la situación		

ANEXO 4

Escala de Autoeficacia para la Prevención del SIDA (SEA-27)

En la parte de abajo vas a ver las siguientes preguntas y vas a marcar con una cruz la opción que tú creas que es igual a lo que tú piensas.

En esta aplicación, después de responder SI o No, se desprendían los niveles de la escala Likert. En el caso de "SI" se desprendía la pregunta "¿qué tan seguro estás?" y las respuestas a elegir eran "seguro 100%", "seguro" y "a veces seguro". Al responder "NO", se desprendía "¿Qué tan inseguro estás de decir "no"?" y las respuestas eran "nada seguro", "poco seguro" y "a veces seguro".

A) ¿Te sientes capaz de no aceptar cuando te propone tener relaciones sexuales...	SI	NO
1. ¿De no aceptar cuando te propone tener relaciones sexuales alguien conocido hace 30 días o menos, te sientes capaz?		
2. ¿De no aceptar cuando te propone tener relaciones sexuales alguien cuya historia sexual es desconocida para ti, te sientes capaz?		
3. ¿De no aceptar cuando te propone tener relaciones sexuales alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti, te sientes capaz?		
4. ¿De no aceptar cuando te propone tener relaciones sexuales alguien a quien has tratado con anterioridad, te sientes capaz?		
5. ¿De no aceptar cuando te propone tener relaciones sexuales alguien a quien deseas tratar de nuevo, te sientes capaz?		
6. ¿De no aceptar cuando te propone tener relaciones sexuales alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales, te sientes capaz?		
7. ¿De no aceptar cuando te propone tener relaciones		

sexuales alguien a quien necesitas que se enamore de ti, te sientes capaz?		
8. ¿De no aceptar cuando te propone tener relaciones sexuales alguien que te presiona a tener relaciones sexuales, te sientes capaz?		
9. ¿De no aceptar cuando te propone tener relaciones sexuales alguien con quien has estado bebiendo alcohol, te sientes capaz?		
10. ¿De no aceptar te propone tener relaciones sexuales alguien con quien has estado utilizando drogas, te sientes capaz?		
11. ¿De no aceptar cuando te propone tener relaciones sexuales alguien con quien tu nivel de excitación sexual es muy alto, te sientes capaz?		
B) ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de...		
12. ¿A novio/a sobre si se ha inyectado alguna droga, tú le puedes preguntar?		
13. ¿Con tu novio/a, sobre la prevención del SIDA, puedes platicar?		
14. ¿A tu novio/a sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado, puedes preguntar?		
15. ¿A tu novio/a si ha tenido alguna experiencia homosexual, puedes preguntar?		
C) ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de...		
16. ¿Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales, puedes?		
17. ¿Usar correctamente el condón, puedes?		
18. ¿Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol, puedes?		
19. ¿Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizando alguna droga, puedes?		
20. ¿Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu novio/a prefiere no usarlo, puedes?		
21. ¿Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no		

acepta usar el condón, puedes?		
22. ¿Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones, puedes?		
23. ¿Acudir a la tienda a comprar condones, puedes?		
24. ¿No tener relaciones sexuales hasta contraer matrimonio, puedes?		
25. ¿Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida, puedes?		
26. ¿Con tu papá sobre temas sexuales, puedes platicar?		
27. ¿Con tu mamá sobre temas sexuales, puedes platicar?		

ANEXO 5

Escala de Conducta Sexual (Mujeres/Hombres)

Las siguientes preguntas tratan comportamientos sexuales que puedes o no haber tenido. Si nunca has tenido relaciones sexuales, por favor, ENCIERRA EN UN CÍRCULO el "No". Si has tenido la conducta sexual que se menciona, encierra en un círculo el Sí.

Las únicas preguntas que aparecen en esta encuesta son la 1, la 12, 15 y 21. Si el usuario respondía afirmativamente que había realizado dichos comportamientos, se desprendían otras preguntas referentes a los mismos.

1. ¿Has tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida? (el pene dentro de la vagina)

0. No 1. Si

2. ¿Qué edad tenías cuando tuviste relaciones sexuales por primera vez?
_____ años

3. ¿La primera vez que tuviste relaciones sexuales, te forzó tu pareja en contra de tu voluntad? (es decir, te insistió, te amenazó, te agredió o te golpeó para tener relaciones sexuales aunque tú no querías)

1. No 2. Sí

4. ¿La primera vez que tuviste relaciones sexuales, usaste un condón?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales. 1. No 2. Sí

Las siguientes preguntas son **acerca la última vez** que tuviste relaciones sexuales.

5. ¿La última vez que tuvieron relaciones sexuales, usaron tú y tu pareja un condón?

1. Sí 2. No

4. Casi nunca he usado condón durante sexo anal

5. Nunca he usado condón durante sexo anal

15. ¿Alguna vez en la vida has tenido sexo oral (boca en contacto con pene o vagina)

1. No

2. Sí

16. ¿La primera vez que tuviste sexo oral, te forzó alguien a que lo hicieras?

1. No

2. Sí

17. Cuando has tenido sexo oral ¿con qué frecuencia usaron condón o alguna barrera de látex?

1. Siempre he usado condón durante sexo oral

2. Casi Siempre he usado condón durante sexo oral

3. Algunas veces he usado condón durante sexo oral

4. Casi nunca he usado condón durante sexo oral

5. Nunca he usado condón durante sexo oral

18. ¿Con quién has tenido relaciones sexuales (anal, oral o vaginal)?

1. Con muchachas solamente

2. Con muchachos solamente

3. Con ambos, muchachas y muchachos

19. ¿Has tenido alguna vez en la vida una Infección de Transmisión Sexual (ITS)?

1. No

2. Sí

20. Si encerraste el Sí, ¿cuál fue la ITS que tuviste?

1. Candidiasis

3. Clamidia

5. No sé o no recuerdo

2. Herpes

4. Verrugas genitales

21. Si eres mujer ¿Cuántas veces has estado embarazada? Si eres hombre: ¿cuántas veces has dejado a una muchacha embarazada?

1. Nunca he estado

2. 1

4. 3

embarazada.

3. 2

5. 4 o más

22. ¿Cuántos hijos vivos tienes? Tengo_____hijos

23. Si eres mujer ¿Has tratado embarazarte en los últimos 3 meses? Si eres hombre ¿Has tratado de dejar a alguien embarazada en los últimos 3 meses?

1. No

2. Sí

24. Si eres mujer ¿Tienes planes de embarazarte en los próximos 3 meses?, Si eres hombre ¿tienes planes de dejar embarazada a alguien en los próximos 3 meses?

1. No lo sé

2. No

3. Sí

ANEXO 6

Cuestionario de Violencia Sufrida

	¿Te ha pasado esto?		¿Te has sentido dañado o agredido por esa situación?	
	Sí	No	Sí	No
1. Mi pareja me ha dicho que mi arreglo personal es desagradable.				
2. Mi pareja me ha empujado con fuerza.				
3. Mi pareja se enoja conmigo si no hago lo que él/ella quiere.				
4. Mi pareja me critica como amante.				
5. Mi pareja me rechaza cuando quiero tener relaciones sexuales con él/ella.				
6. Mi pareja vigila todo lo que yo hago.				
7. Mi pareja ha dicho que soy feo/a o poco atractivo/a.				
8. Mi pareja no toma en cuenta mis necesidades sexuales.				
9. Mi pareja me prohíbe que me junte o reúna con amistades.				
10. Mi pareja ha golpeado o pateado la pared, la puerta o algún mueble para asustarme.				
11. Mi pareja me ha amenazado con dejarme.				
12. He tenido miedo de mi pareja.				
13. Mi pareja me ha forzado a tener relaciones sexuales cuando estoy enfermo/a o está en riesgo mi salud o me siento mal.				
14. Mi pareja se molesta con mis éxitos y mis logros.				
15. Mi pareja me ha golpeado.				
16. Mi pareja me prohíbe trabajar o seguir				

estudiando.				
17.Mi pareja se enoja cuando le digo que no me alcanza el dinero que me da o gano.				
18.Mi pareja se pone celoso/a y sospecha de mis amistades				
19.Mi pareja administra el dinero sin tomarme en cuenta.				
20.Mi pareja ha llegado a insultarme.				
21.Mi pareja se ha burlado de alguna parte de mi cuerpo.				

ANEXO 7

Traducciones inversas

A continuación se presenta un resumen de la comparación de las traducciones inversas.

** = notas del intérprete de los videos

* = comentarios de las chicas sordas a las que se aplicó la cédula de datos

No se realizaron observaciones de la cedula de datos en la traducción inversa.

Cédula de datos

Ítem original y respuesta	Interpretación del ítem y opciones de respuesta
¿Cuántos años tienes? (espacio para responder)	Tú años ¿cuántos? Escribe
Señala tu sexo: Masculino, Femenino	Tú ¿hombre, mujer? Marca la respuesta **El intérprete de los videos, menciona que el Sordo promedio no comprende qué es “masculino” o “femenino” por eso se cambió a H o M
Actualmente estás: Soltero, En una relación de noviazgo, Divorciado, Separado	De estas opciones tú estás (1) soltero, (2) tienes novio, (2) divorciado, (4) separado
¿Te considero a ti mismo? Sordo, sordo, Hipoacúsico, Oyente, Otro	Tú eres/te identificas de las siguientes opciones: (1) Sordo (2) sordo (3) Hipoacúsico (4) Oyente (5) Otro **En el estilo de respuesta, no se hizo distinción entre sordo y Sordo para abarcar a ambos, siempre que conocieran LSM.
Tu método preferido de comunicación es: LSM, Español señado, Español hablado y lectura de labios, Otro	A ti te gusta comunicarte ¿cómo? Opciones: (1) LSM) (2) Español señado (3) Español hablado y lectura de labios (4) otro, escríbelo
Tu pérdida auditiva es: Leve, Moderada, Grave, Profunda	Tú sordo, discapacidad, nivel ¿cuál? **El intérprete menciona que no existe seña para los niveles de pérdida auditiva, estos se hacen por deletreo.
¿A qué edad ocurrió tu pérdida auditiva? (escribe)	Tú antes, sordo empezar ¿cuándo? escríbelo
Las escuelas a las que he ido han sido: Escuela regular, Escuela para sordos, Ambas	Tú antes escuela ir ¿cuál? (1) escuela normal, (2) escuela de sordos (3) las dos *Al ser probado este instrumento con chicas sordas,

	éstas preguntaron “¿en qué grados? ¿primaria, secundaria?” de forma que se añadió en el estilo de respuesta estas opciones
¿Quiénes viven contigo en tu casa? Opciones: Papá, Mamá, Hermano, Hermana, Otros	Tu casa, vivir juntos márcalos (1) Papá (2) Mamá (3) Hermano (4) Hermana (5) Otros
¿Alguien más en tu familia es sordo o hipoacúsico? Papá, Mamá, Hermano, Hermana, Otros Papá, Mamá, Hermano, Hermana, Otros	Tú sordo, en tu familia otro sordo o hipoacúsico ¿quiénes? Marca (1) Papá (2) Mamá (3) Hermano (4) Hermana (5) Otros
La comunicación con tus papás es: Buena, suficiente, poca	Papá, mamá comunicación ¿cómo? (1) muy buena, excelente (2) normal (3) poca comunicación *En las opciones de respuesta se hizo necesario diferenciar papá de mamá, ya que las participantes indicaban tener mayor comunicación con uno o con otro
Tus papás se suelen comunicar contigo usando: Lengua de señas mexicana, español hablado, otro.	Papá, mamá comunicación ¿cómo? (1) Lengua de señas mexicana (2) español hablado (3) otro, escríbelo
¿Has recibido información sobre sexualidad o educación sexual? Si o No	A ti, información darte tema “sexo” (1) si (2) no
Si tu respuesta fue Sí ¿A qué edad te enseñaron de educación sexual?	Información darte de tema sexo, sí ¿cuántos años recibir? escribe
Si tu respuesta fue Sí, marca los temas de los que aprendiste: Anticonceptivos, masturbación, higiene de partes íntimas, partes del cuerpo y su función, VIH/sida, ITS, reproducción, relaciones sexuales	Información sexo si recibir, temas si aprender temas ¿cuáles? Marca con una tacha (1) embarazo no puedo, pastillas, condón (2) masturbación (3) pene vagina, limpiar (4) cuerpo funciona (5) VIH o sida (6) enfermedad sexo contagiar (7) panza mujer, hombre esperma (mímica) entra a ovulo forma/crece bebé (7) sexo

Escala Provisión Social para Sexo Seguro	
Apoyo social de los amigos	
Ítem original	Síntesis de inversa del video
<p>Instrucciones: Al contestar las siguientes afirmaciones, por favor, ten en cuenta que “Sexo Seguro” puede significar esperar para tener relaciones sexuales hasta ser mayor o tener un esposo o esposa, también puede ser tener relaciones con una persona solamente de forma duradera o usar el condón masculino o femenino en cualquier tipo de relaciones sexuales.</p> <p>Considera todas las maneras que puedes practicar sexo seguro al responder estas afirmaciones. Por favor, indica con una X si te identificas con estas afirmaciones.</p>	<p>Te voy a hacer unas preguntas del tema de sexo seguro. Sexo seguro es hasta que seas adulto, estés casado, también tener relaciones con la misma persona pero que siempre uses condón. Responde con una equis a estas preguntas.</p> <p>Variaciones: ¿Tu qué piensas? Responde con una equis en cada respuesta.</p>
Puedo confiar en mis amigos/as para que me ayuden a practicar el sexo seguro.	Del tema de sexualidad y cuidado, tus amigos pueden aconsejarte y crees lo que dicen.
Mis amigos/as no apoyan el sexo seguro.	Del tema de sexualidad y cuidado seguro, a tus amigos no les gusta el sexo seguro.
No puedo recurrir a mis amigos/as para orientación sobre el sexo seguro.	Del tema sexo seguro, mis amigos no me aconsejan y ayudan.
Mis amigos/as saben que puedo hacer lo que sea necesario para protegerme contra el VIH.	Mis amigos saben que yo me esfuerzo por tener un cuidado para evitar una enfermedad como VIH, me protejo.
Mis amigos/as y yo compartimos las mismas actitudes y creencias sobre la práctica de sexo seguro.	Del tema sexo seguro, mis amigos y yo pensamos igual y entendemos el significado de sexo seguro.
No creo que mis amigos/as valoren lo que he hecho para protegerme del VIH	Yo me protejo del VIH, pero a ellos no les importa
Mis amigos/as no estarían allí para apoyarme, si me infectara con el VIH.	Si mis amigos supieran que yo me contagie de VIH ¿mis amigos me apoyarían? No creo.
La relación con mis amigos/as me hace sentir seguro/a de que tengo pocas posibilidades de infectarme de VIH	Si yo y mis amigos tenemos comunicación muy buena, que yo me enferme de VIH no creo. Yo no creo que me vaya a contagiar en un futuro.

Escala Provisión Social para Sexo Seguro Apoyo social de los amigos	
Puedo hablar con mis amigos/as sobre sexo seguro, si lo necesito.	Del tema sexo seguro, si tengo dudas, creo poder preguntar a mis amigos.
Mis creencias sobre la importancia del sexo seguro son respetadas por mis amigos/as.	Del tema sexo seguro y cuidado, lo que yo creo, es respetado por amigos
Mis amigos/as comparten mis preocupaciones sobre el sexo seguro.	Mis amigos piensan lo mismo que yo sobre los temas de seguridad y cuidado en sexualidad.
Mis amigos/as confían en mí para aconsejarlos sobre sexo seguro.	Del tema sexo seguro y cuidado, puedo responder las dudas de mis amigos
Puedo confiar en mis amigos/as para aconsejarme si tuviera un problema relacionado con el sexo seguro.	Del tema sexualidad y protección. Cuando tienes dudas sobre el tema, estás seguro de que tus amigos te pueden ayudar.
No puede contar con mis amigos/a para ayuda cuando se trata de practicar el sexo seguro.	En temas de sexualidad tus amigos no saben nada, no te aconsejan, no te quieren ayudar.
No me siento cómodo/a hablando con mis amigos/as sobre el sexo seguro.	Te da pena platicar con tus amigos de temas de sexualidad y protección, te da pena compartirlas con ellos.
Mis amigos/as respetan mi decisión de practicar el sexo seguro.	Cuando tú quieres tener relaciones sexuales con protección, tus amigos respetan que tú quieras cuidarte.
Si yo pensara que me he expuesto al VIH podría contar con mis amigos/as para que me ayuden a manejar la situación.	Creer que tus amigos te pudieran ayudar si te infectaras de VIH

Escala de Autoeficacia para Prevención del SIDA.

Ítem original	Ítem redactado segunda vez	Síntesis de traducción inversa
A continuación, se presentan una serie de preguntas de las cuales vas a seleccionar (X) que tanto te sientes identificado:		En la parte de abajo vas a ver las siguientes preguntas y vas a marcar con una cruz la opción que tu creas que es igual a lo que tu piensas.
A) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de decir No, cuando te proponen tener relaciones sexuales... alguien conocido hace 30 días o menos?	¿Qué tan capaz te sientes de rechazar/de no aceptar cuando te propone tener relaciones sexuales alguien conocido hace 30 días o menos?	Si una persona te invita a tener relaciones sexuales ¿tú le puedes decir que no?
¿Qué tan seguro estás de ser capaz de decir No, cuando te proponen tener relaciones sexuales alguien cuya historia sexual es desconocida para ti?	¿Qué tan capaz te sientes de rechazar/de no aceptar cuando te propone tener relaciones sexuales alguien cuya historia sexual es desconocida para ti?	Hay una persona que tú no sabes si ha tenido relaciones sexuales antes y quiere tener sexo contigo ¿puedes decirle que no?
¿Qué tan seguro estás de ser capaz de decir No, cuando te proponen tener relaciones sexuales alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti?	¿Qué tan capaz te sientes de rechazar/de no aceptar cuando te propone tener relaciones sexuales alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti?	Una persona que no sabes si se droga te invita a tener relaciones sexuales antes y quiere tener relaciones contigo, ¿puedes decir que no?
¿Qué tan seguro estás de ser capaz de decir No, cuando te proponen tener relaciones sexuales alguien a quien has tratado con anterioridad?	¿Qué tan capaz te sientes de rechazar/de no aceptar cuando te propone tener relaciones sexuales alguien a quien has tratado con anterioridad?	Si un conocido te invita a tener relaciones, tú podrías decir que no.
¿Qué tan seguro estás de ser capaz de decir No, cuando te proponen tener relaciones sexuales alguien a quien deseas tratar de nuevo?	¿Qué tan capaz te sientes de rechazar/de no aceptar cuando te propone tener relaciones sexuales alguien a quien deseas tratar de nuevo?	A un amigo que hace mucho que no veías te lo encuentras, te incita a tener relaciones sexuales ¿tú podrías decirle que no?

¿Qué tan seguro estás de ser capaz de decir No, cuando te proponen tener relaciones sexuales alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales?	¿Qué tan capaz te sientes de rechazar/de no aceptar cuando te propone tener relaciones sexuales alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales?	Una persona con la que ya habías tenido relaciones sexuales, después te vuelve a decir otra vez que si quieres tener relaciones ¿tú podrías decir que no?
¿Qué tan seguro estás de ser capaz de decir No, cuando te proponen tener relaciones sexuales alguien a quien necesitas que se enamore de ti?	¿Qué tan capaz te sientes de rechazar/de no aceptar cuando te propone tener relaciones sexuales alguien a quien necesitas que se enamore de ti?	Hay una persona que tú quieres que se enamore de ti y te invita a tener relaciones, tú podrías decir que no.
¿Qué tan seguro estás de ser capaz de decir No, cuando te proponen tener relaciones sexuales alguien que te presiona a tener relaciones sexuales?	¿Qué tan capaz te sientes de rechazar/de no aceptar cuando te propone tener relaciones sexuales alguien que te presiona a tener relaciones sexuales?	Si hay una persona que te insiste mucho a tener relaciones, tú podrías decir que no.
¿Qué tan seguro estás de ser capaz de decir No, cuando te proponen tener relaciones sexuales alguien con quien has estado bebiendo alcohol?	¿Qué tan capaz te sientes de rechazar/de no aceptar cuando te propone tener relaciones sexuales alguien con quien has estado bebiendo alcohol?	Si hay una persona con la que estás consumiendo bebidas alcohólicas y te invita a tener relaciones sexuales, tú podrías decir que no.
¿Qué tan seguro estás de ser capaz de decir No, cuando te proponen tener relaciones sexuales alguien con quien has estado utilizando drogas?	¿Qué tan capaz te sientes de rechazar/de no aceptar cuando te propone tener relaciones sexuales alguien con quien has estado bebiendo alcohol?	Una persona con la que has consumido drogas te incita a tener sexo ¿tú podrías decir que no?
¿Qué tan seguro estás de ser capaz de decir No, cuando te proponen tener relaciones sexuales alguien con quien tu nivel de excitación sexual es muy alto?	¿Qué tan capaz te sientes de rechazar/de no aceptar cuando te propone tener relaciones sexuales alguien con quien tu nivel de excitación sexual es muy alto?	Te encuentras a la persona y platicando sentiste un deseo sexual muy fuerte, el aprovecha la oportunidad para invitarte a tener relaciones sexuales ¿podrías decir que no?
B) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de preguntar a tu novio/a si se ha inyectado alguna droga?	¿Qué tan seguro estás de ser capaz de preguntar a tu novio/a si se ha inyectado alguna droga?	Tú le has podido preguntar a tu pareja si ha inyectado o consumido, drogas.

¿Qué tan seguro estás de ser capaz de discutir sobre la prevención del SIDA con tu novio/a?	¿Qué tan seguro estás de ser capaz de discutir sobre la prevención del SIDA con tu novio/a?	Has platicado con tu pareja de la enfermedad del SIDA
¿Qué tan seguro estás de ser capaz preguntar a tu novio/a sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado?	¿Qué tan seguro estás de ser capaz de preguntar a tu novio/a sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado?	Le has preguntado a tu pareja si ha tenido relaciones sexuales con otras personas
¿Qué tan seguro estás de ser capaz preguntar a tu novio/a si ha tenido alguna experiencia homosexual?	¿Qué tan seguro estás de ser capaz de preguntar a tu novio/a si ha tenido alguna experiencia homosexual?	Le has preguntado a tu pareja si ha tenido una relación sexual homosexual
C) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales?	¿Qué tan seguro estás de ser capaz de usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales?	Cuando quieres tener relaciones sexuales, tú siempre usas condón.
C) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de usar correctamente el condón?	¿Qué tan seguro estás de ser capaz de usar correctamente el condón?	Cuando tienes o vas a tener relaciones sexuales tú sabes ponerte correctamente un condón
C) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol?	¿Qué tan seguro estás de ser capaz de usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol?	Tú siempre que tienes relaciones sexuales usas condón, cuando tomas también seguro si puedes.
C) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizando alguna droga? (mariguana, Resistol, tiner)	¿Qué tan seguro estás de ser capaz de usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizando alguna droga? (mariguana, Resistol, tiner)	Después de consumir alguna droga y tienes relaciones, tú usas condón.
C) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu novio/a prefiere no usarlo?	¿Qué tan seguro estás de ser capaz de insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu novio/a prefiere no usarlo?	Tú le exigirías a una persona que se pusiera condón cuando tenga relaciones contigo, aunque no quiera.

C) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón?	¿Qué tan seguro estás de ser capaz de negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón?	Si tú estás en un momento íntimo con una persona y quiere tener relaciones sexuales sin condón, tú podrías decir que no.
C) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones?	¿Qué tan seguro estás de ser capaz de contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones?	Tú antes de tener relaciones sexuales tienes dinero para comprar condones.
C) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de acudir a la tienda a comprar condones?	¿Qué tan seguro estás de ser capaz de acudir a la tienda a comprar condones?	Tú siempre vas a comprar condones.
C) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de no tener relaciones sexuales hasta contraer matrimonio?	¿Qué tan seguro estás de ser capaz de no tener relaciones sexuales hasta contraer matrimonio?	Tú esperarías a tener relaciones sexuales hasta que te cases.
C) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida?	¿Qué tan seguro estás de ser capaz de mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida?	Tú tendrías relaciones sexuales únicamente con una persona en tu vida.
C) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de platicar con tu papá sobre temas sexuales?	¿Qué tan seguro estás de ser capaz de platicar con tu papá sobre temas sexuales?	Tú puedes platicar con tus papás sobre el tema de sexo.
C) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de platicar con tu mamá sobre temas sexuales?	¿Qué tan seguro estás de ser capaz de platicar con tu mamá sobre temas sexuales?	Tú puedes platicar con tu mamá sobre el tema de sexo.

Escala de Conducta Sexual
(Mujeres/Hombres)

Ítem original	Síntesis de traducción inversa
Las siguientes preguntas tratan de diferentes comportamientos sexuales que puedes o no haber tenido. Si nunca has tenido relaciones sexuales, por favor, ENCIERRA EN UN CÍRCULO el "No". Si has tenido la conducta sexual que se menciona, encierra en un círculo el Sí.	Vamos a hacerte unas preguntas, vamos a ver qué significa, que sabes de antecedentes de las relaciones sexuales, si estas teniendo sexo o no.
1. ¿Has tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida? (el pene dentro de la vagina)	¿Has tenido sexo? Qué significa, que el hombre introduzca el pene en la vagina.
2. ¿Qué edad tenías cuando tuviste relaciones sexuales por primera vez?	¿Cuándo perdiste tu virginidad? Escribe la edad
3. ¿La primera vez que tuviste relaciones sexuales, te forzó tu pareja en contra de tu voluntad? (es decir, te insistió, te amenazó, te agredió o te golpeó para tener relaciones sexuales, aunque tu no querías)	¿Alguna vez te han obligado a tener relaciones sexuales? Te han obligado contra tu voluntad o te han agredido físicamente para tener relaciones sexuales.
4. ¿La primera vez que tuviste relaciones sexuales, usaste un condón?	¿Cuándo tuviste relaciones sexuales por primera vez utilizaste condón?
Las siguientes preguntas son acerca la última vez que tuviste relaciones sexuales.	¿Cuándo fue la última vez que tuviste relaciones sexuales?
5. ¿La última vez que tuvieron relaciones sexuales, usaron tú y tu pareja un condón?	
6. ¿La última vez que tuviste relaciones sexuales, tomaste unos tragos y/o usaste drogas antes de tener relaciones sexuales?	¿Has tenido relaciones sexuales estando borracho o en estado de ebriedad?
7. ¿En los últimos 3 meses, has tenido relaciones sexuales?	¿En los últimos 3 meses has tenido relaciones sexuales?
8. ¿En los últimos 3 meses, con cuánta frecuencia usaste condones cuando tuviste relaciones sexuales?	En los últimos tres meses que has tenido relaciones sexuales ¿siempre, siempre has utilizado condón?
9. ¿En los últimos 3 meses, cuántas veces tuviste relaciones sexuales?	¿Cuántas veces has tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses?
10. ¿En los últimos 3 meses, con cuántas personas diferentes tuviste relaciones sexuales?	¿En los últimos tres meses, con cuantas personas has tenido relaciones sexuales? Escríbelo
11. ¿En los últimos 3 meses, en cuántas veces tuviste relaciones sexuales SIN usar condón?	En los últimos tres meses ¿Cuántas veces has tenido relaciones sexuales sin condón?

12. ¿Alguna vez en la vida has tenido sexo anal (pene dentro del ano)?	¿Alguna vez has tenido sexo anal?
13. ¿La primera vez que tuviste sexo anal, te forzaron para que lo hicieras?	¿Alguna vez te han obligado a tener sexo anal?
14. Cuando has tenido sexo anal ¿con qué frecuencia usaste condón?	Cuando has tenido sexo anal ¿has usado condón?
15. ¿Alguna vez en la vida has tenido sexo oral (boca en contacto con pene o vagina)	¿Has tenido sexo oral?
16. ¿La primera vez que tuviste sexo oral, te forzó alguien a que lo hicieras?	¿Te han forzado a tener sexo oral?
17. Cuando has tenido sexo oral ¿con qué frecuencia usaron condón o alguna barrera de látex?	¿Utilizas algo para tener sexo oral? Ya sea condón o algo de intermedio para cuidarte
18. ¿Con quién has tenido relaciones sexuales (anal, oral o vaginal)?	¿Has practicado sexo oral o anal con otras personas?
19. ¿Has tenido alguna vez en la vida una Infección de Transmisión Sexual (ITS)?	¿Has tenido alguna enfermedad o infección de transmisión sexual?
20. Si encerraste el Sí, ¿cuál fue la ITS que tuviste?	Si has tenido alguna enfermedad o infección de transmisión sexual, escribe cuál es.
Por favor, contesta las siguientes preguntas sobre el embarazo: 21. Si eres mujer ¿Cuántas veces has estado embarazada? Si eres hombre: ¿cuántas veces has dejado a una muchacha embarazada?	Ahora vamos a pasar al tema de embarazo. Si eres mujer ¿has estado embarazada? Y si eres hombre ¿tú cuántas veces has embarazado a una mujer? Anótalo.
22. ¿Cuántos hijos vivos tienes?	¿Cuántos hijos tienes?
23. Si eres mujer ¿Has tratado embarazarte en los últimos 3 meses? Si eres hombre ¿Has tratado de dejar a alguien embarazada en los últimos 3 meses?	Si eres mujer ¿has querido embarazarte en los últimos tres meses? Si eres hombre ¿tú has buscado tener relaciones sexuales para embarazarla?

Violencia sufrida	
Ítem original	Síntesis de traducción inversa
Ponga en el cuadro que tantas veces ocurre la situación que se menciona (entre más oscuro el color, más frecuente ocurre). Además, señale si se siente dañado o agredido por estas situaciones.	Si tú estás de acuerdo SI o No en la columna y en la otra columna, si te sientes mal. **Los intérpretes recomendaron omitir o modificar estas instrucciones ya que eran confusas. Estaban diseñadas a ser respondidas por columnas, formato que no se conservaría en línea.
1. Mi pareja me ha dicho que mi arreglo personal es desagradable.	Mi novio o esposo me dijo: bañarme eso está mal, no me gusta. Mi cuerpo está mal. **Se aconsejó que "arreglo personal" se hiciera con señas que implicaran más detalles, por ejemplo, si es mujer, que se maquillase o si es hombre que se baña, etc.
2. Mi pareja me ha empujado con fuerza.	Tu pareja te ha empujado
3. Mi pareja se enoja conmigo si no hago lo que él/ella quiere.	Tu pareja se ha enojado contigo porque tú le dices que no quieres hacer lo que dice.
4. Mi pareja me critica como amante.	Alguna vez tu pareja te ha dicho que no sirves para el sexo.
5. Mi pareja me rechaza cuando quiero tener relaciones sexuales con él/ella.	Cuando quieres tener un encuentro sexual con tu pareja, te rechaza.
6. Mi pareja vigila todo lo que yo hago.	Tu pareja te vigila
7. Mi pareja ha dicho que soy feo/a o poco atractivo/a.	Tu pareja te ha dicho que estás feo (guapo nada)
8. Mi pareja no toma en cuenta mis necesidades sexuales.	Tu pareja no presta atención a tus necesidades
9. Mi pareja me prohíbe que me junte o reúna con amistades.	Tu pareja no te deja tener amigos
10. Mi pareja ha golpeado o pateado la pared, la puerta o algún mueble para asustarme.	Alguna vez tu pareja ha azotado la puerta o golpeado la pared para que tú te asustes.
11. Mi pareja me ha amenazado con dejarme.	Si tu pareja te ha dicho que te va a dejar, que te va a abandonar.
12. He tenido miedo de mi pareja.	Has tenido miedo de encontrarte con tu pareja.
13. Mi pareja me ha forzado a tener relaciones sexuales cuando estoy enfermo/a o está en riesgo mi salud o me siento mal.	Tu pareja te ha obligado a tener relaciones sexuales porque te sientes enfermo, o te sientes mal.
14. Mi pareja se molesta con mis éxitos y mis logros.	Cuando tú has logrado tus objetivos, tu pareja te envidia o se enoja.
15. Mi pareja me ha golpeado.	Alguna vez te ha golpeado tu pareja
16. Mi pareja me prohíbe trabajar o seguir estudiando.	Si alguna vez tu pareja te ha obligado a no trabajar o no estudiar
17. Mi pareja se pone celoso/a y sospecha de mis amistades	Tu pareja se pone celoso porque tienes amigos
18. Mi pareja ha llegado a insultarme.	Tu pareja te discute o te ha atacado
19. Mi pareja se ha burlado de alguna parte de mi cuerpo.	Tu pareja te critica tu cuerpo