

Significados de salud sexual y reproductiva en personas sordas de Medellín

Meanings of sexual and reproductive health in deaf people from Medellín

Significados da saúde sexual e reprodutiva em pessoas surdas de Medellín

Daniela Avendaño-Mejía¹ , Paulina González-Sánchez¹ , Jaiberth Antonio Cardona-Arias^{1*} 

 *jaiberth.cardona@udea.edu.co

¹ Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Recibido: 04/03/2025. Aprobado: 4/09/2025

Resumen

Introducción: La salud sexual y reproductiva (SSR) es fundamental para el desarrollo humano. En población sorda la SSR se ve afectada por la brecha lingüística que impide el acceso a recursos educativos, preventivos y atención en salud de alta calidad. En Colombia son exiguos los estudios sobre SSR en este grupo. **Objetivo:** Describir los significados sobre SSR en personas sordas de una red de apoyo de Medellín, Colombia, 2024. **Metodología:** Estudio cualitativo con 15 personas con edad entre 18-52 años y escolaridad de bachiller o universitario, seleccionadas mediante saturación. Se realizaron entrevistas semiestructuradas, diarios de campo y observación. El acceso al campo y la recolección de la información fueron liderados por un intérprete de lenguaje de señas. Se realizó categorización abierta y axial. Se aplicaron los criterios de rigor metodológico de triangulación, reflexividad, transferibilidad y credibilidad. **Resultados:** Las categorías centrales fueron el concepto de SSR, los derechos sexuales, los métodos de planificación familiar, infecciones de transmisión sexual (ITS) y retos para la atención en salud. Las diferentes subcategorías con sus propiedades y dimensiones evidenciaron bajos niveles de conocimiento, múltiples barreras para acceder a acciones preventivas, exclusión de los sordos en programas de educación sexual en una sociedad diseñada para oyentes, vulnerabilidad y múltiples limitaciones para la atención en salud por ausencia de traductores y formación en habilidades básicas de lengua de señas. **Conclusión:** Se identificaron grandes vacíos en el conocimiento sobre SSR, brechas en educación sexual, riesgo de abusos sexuales, poco respeto y garantía del derecho a la salud. Es fundamental implementar programas inclusivos que aborden las necesidades específicas de la comunidad sorda y les proporcionen la información y atención necesaria para gestionar su SSR de manera responsable y autónoma.

Palabras clave: Salud Sexual; Personas Sordas; Derechos Sexuales y Reproductivos; Educación Sexual.

Forma de citar: Avendaño-Mejía D, González-Sánchez P, Cardona-Arias JA. Significados de salud sexual y reproductiva en personas sordas de Medellín. Salud UIS. 2025; 57: e25v57a24. doi: <https://doi.org/10.18273/saluduis.57.e:25v57a24>



Abstract

Introduction: Sexual and reproductive health (SRH) is essential for human development. In the deaf population, SRH is affected by the linguistic gap that prevents access to educational, preventive and health care with high-quality. In Colombia, there are few studies on SRH in this group. **Objective:** To describe the meanings of SRH in deaf people from a support network in Medellín, Colombia, 2024. **Methodology:** Qualitative study with 15 people selected through theoretical saturation. Semi-structured interviews, field diaries and participant observation were conducted. In the analysis, open and axial categorization was performed. The methodological rigor criteria of triangulation, reflexivity, transferability and credibility were applied. **Results:** The central categories were the concept of SRH, sexual rights, contraceptives methods, STIs and challenges for health care. The different subcategories with their properties and dimensions showed low levels of knowledge, multiple barriers to access preventive actions, exclusion of deaf people in sexual education programs in a society designed for hearing people, vulnerability and multiple limitations to health care due to the absence of translators and training in basic sign language skills. **Conclusion:** Gaps in knowledge about SRH and sexual education, risk of sexual abuse, scarce respect and guarantee of health right were identified. It is essential to implement inclusive programs that address the specific needs of the deaf community and provide them with the information and care necessary to manage their SSR in a responsible and autonomous manner.

Keywords: Sexual Health; Deaf People; Sexual and Reproductive Rights; Sexual Education.

Resumo

Introdução: A saúde sexual e reprodutiva (SSR) é essencial para o desenvolvimento humano. Na população surda, a SSR é afetada pela lacuna linguística que impede o acesso a recursos educacionais, preventivos e a cuidados de saúde de alta qualidade. Na Colômbia, existem poucos estudos sobre SSR neste grupo. **Objetivo:** Compreender os significados sobre SSR em pessoas surdas a partir de uma rede de apoio em Medellín, Colômbia, 2024. **Metodologia:** Estudo qualitativo com 15 pessoas selecionadas por saturação. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, diários de campo e observação. Foi realizada categorização aberta e axial. Foram aplicados os critérios de rigor metodológico de triangulação, reflexividade, transferibilidade e credibilidade. **Resultados:** As categorias centrais foram conceito de SSR, direitos sexuais, métodos de planejamento familiar, infecções sexualmente transmissíveis (IST) e desafios para a atenção à saúde. As diferentes subcategorias com suas propriedades e dimensões apresentaram baixos níveis de conhecimento, múltiplas barreiras de acesso a ações preventivas, exclusão de surdos em programas de educação sexual em uma sociedade pensada para ouvintes, vulnerabilidade e múltiplas limitações para cuidados de saúde devido à ausência de tradutores e treinamento em habilidades básicas de linguagem de sinais. **Conclusão:** Foram identificadas grandes lacunas no conhecimento sobre SSR, lacunas na educação sexual, risco de abuso sexual, pouco respeito e garantia do direito à saúde. É essencial implementar programas inclusivos que atendam às necessidades específicas da comunidade surda e que lhes proporcionem a informação e os cuidados necessários para gerir a sua SSR de forma responsável e autónoma.

Palavras-chave: Saúde Sexual; Pessoas Surdas; Direitos Sexuais e Reprodutivos; Educação Sexual.

Introducción

La salud sexual y reproductiva (SSR) es fundamental en el ser humano, desde perspectivas reduccionistas se ha entendido como un estado de bienestar emocional, físico y social con relación al sistema reproductivo y la sexualidad. La SSR debe llevarse con responsabilidad y respeto para alcanzar experiencias agradables, seguras y libres. Esto es un tópico de salud pública de gran prioridad en algunas poblaciones con necesidades diferenciales como los sordos^{1,2}.

La pérdida de audición limita algunas relaciones sociales, impide lazos comunicativos eficientes, retraza el desarrollo de lengua, impacta el rendimiento escolar y laboral, y afecta todas las dimensiones de la salud humana. Además, los problemas de comunicación impiden un correcto acceso y uso a diversos servicios sanitarios, genera sentimientos de exclusión y frustración, y desconocimiento de temas centrales de SSR^{2,3}.

En Colombia, un referente importante en SRR de personas sordas es el “Abecé sobre los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las personas con discapacidad en el marco del derecho a la salud”, el cual establece

que las personas con algún tipo de discapacidad, incluidos los sordos, tienen los mismos derechos sexuales y reproductivos que los demás, enfatizando el acceso a información sobre reproducción y planificación familiar con los apoyos y ajustes necesarios para facilitar la toma de decisiones; sin embargo, es un texto con baja difusión y aplicación en algunos territorios e instituciones de salud⁴.

A pesar de contar con normativas como la Ley 982 de 2005, que busca promover la inclusión social de las personas sordas, muchas veces estas disposiciones no se cumplen en la práctica. Aunque esta ley establece la obligatoriedad de proporcionar intérpretes de lengua de señas y señalización adecuada en aulas de clase, entidades públicas e instituciones de salud, persisten brechas en su implementación, lo que impide el acceso equitativo a servicios e información para esta población⁵.

En varios territorios persisten obstáculos para el acceso y atención en salud de la población sorda, y las pocas instituciones que intentan implementar acciones sanitarias para este grupo se enfocan en ITS (especialmente el Virus de la Inmunodeficiencia Humana -VIH-) y embarazos no deseados⁶. Sumado a esto, en Colombia son exigüas las investigaciones con población sorda, lo cual implica que los encargados de diseñar y evaluar programas de SSR en estos grupos, generalmente no disponen de evidencia actualizada. En Medellín (2015) se investigaron las percepciones sobre sexualidad en jóvenes sordos encontrando que la principal fuente de aprendizaje fue la pornografía, que sentían temor de las citas médicas y el uso de condón dependía de la confianza en su pareja³. En Bogotá (2012) una investigación halló que los jóvenes sordos construyen su concepto de SSR basados el goce sexual y la salud como opuesta a la enfermedad, con desinformación en la prevención de ITS⁷. En Ibagué (2023) un estudio con jóvenes sordos y sus padres evidenció dificultades en la comunicación desencadenando problemas en sus vínculos y su educación sexual⁸.

En el ámbito internacional también son pocos los estudios en este campo. En España (2019) un estudio con mujeres sordas reportó múltiples dificultades para acceder a servicios en salud⁹. En México (2020) se documentaron retos para educación en SSR de personas sordas, frente a lo cual se elaboró una aplicación educativa virtual para mejorar el acceso a datos sobre ITS, métodos anticonceptivos, uso de preservativo y otros temas que fueron bien valorados por fomentar la seguridad para la toma de decisiones en SSR¹⁰. En México (2005) se evidenció la falta de interés en promover la SSR en esa población⁶.

A pesar de estos antecedentes, la producción científica sobre SSR en población sorda es incipiente, no se dispone de un número importante de investigaciones cualitativas y las referenciadas previamente exponen categorías de poblaciones muy específicas, lo que dificulta su transferibilidad. Los estudios cualitativos en salud permiten comprender los problemas que enfrentan los pacientes, explorar las percepciones de los sujetos, identificar causas poco visibles de sus problemas de salud, interpretar necesidades no cubiertas y barreras socioculturales de la atención en salud, entre otros¹¹. En las categorías centrales de la investigación cualitativa se encuentran los significados, éstos corresponden a expresiones de un acto de comparación entre objetos, palabras o determinantes socioculturales, que permiten dar sentido y relacionar diferentes acontecimientos. Su construcción emerge en la historia y en la configuración de identidades, producto de la conjunción de aspectos familiares y sociales con las interpretaciones de los sujetos, abarcando una amplia gama de creencias, valores, actitudes y experiencias^{12,13}.

En jóvenes sordos es de suma importancia abordar los significados sobre SSR ya que al existir una barrera en la comunicación sus referentes pueden variar, llevándolos a acudir a fuentes no confiables de información, aumentando su vulnerabilidad frente a las ITS, embarazos no deseados, abusos, violencia de género, entre otros problemas de SSR⁶. Asimismo, la brecha lingüística con familiares y trabajadores de la salud impide un acceso inclusivo a una educación y atención en SSR de calidad^{6,14}.

Lo expuesto en los párrafos anteriores evidencia varios vacíos que justifican la novedad científica de esta investigación: *i)* las principales categorías sobre los significados de la SSR en este grupo giran en torno de las ITS (con énfasis en VIH) y la anticoncepción, desconociendo otras que pueden ampliar la comprensión de este constructo; *ii)* a pesar de disponer de normas que enfatizan la necesidad de abordar la SSR como derecho, en los antecedentes se constata la persistencia de abordajes biomédicos reduccionistas; *iii)* persisten barreas de acceso en la atención en salud como un problema generalizado en diferentes poblaciones, pero se desconoce las

especificadas y consecuencias de éstas en personas sordas; **iv)** dado el incipiente desarrollo de investigaciones en este grupo, no se dispone de evidencia local sobre categorías clave para orientar acciones educativas, diseñar y evaluar acciones sanitarias, o subsanar inequidades en salud; **v)** aunque parece evidente la exclusión de las personas sordas en los programas de salud, se debe aumentar la evidencia cualitativa sobre otras categorías y dimensiones del significado de la SSR que permiten identificar otras fuentes de vulnerabilidad o vulneración de derechos, así como variaciones por condiciones demográficas y socioeconómicas.

Por lo anterior, el objetivo de esta investigación fue describir los significados sobre SSR de personas sordas de una red de apoyo de Medellín-Colombia, 2024.

Metodología

Se aplicó la guía SRQR (*Standards for Reporting Qualitative Research*), la cual establece las directrices para mejorar la calidad y transparencia en la presentación de estudios cualitativos garantizando que sean claros, rigurosos y comprensibles. Contiene 21 ítems que orientan a los investigadores sobre qué aspectos deben incluirse en los informes¹⁵.

Contexto y tipo de estudio

En Medellín viven cerca de 2.500 personas sordas, la mayoría con problemas de articulación con las dinámicas socioeconómicas, culturales y educativas. Sus necesidades se intentan cubrir mediante planes y proyectos del presupuesto participativo de la ciudad, campañas específicas de la Secretaría de Juventud o acciones por medios virtuales que incorporan el servicio de interpretación de lengua de señas. En estas iniciativas el foco es la atención psicológica, sin acciones o programas específicos en SSR¹⁶.

Se realizó un estudio cualitativo con las recomendaciones metodológicas de la teoría fundamentada de Strauss y Corbin, particularmente las etapas de descripción y ordenamiento conceptual. La elección de este método y estos autores radica en las ventajas de su análisis iterativo constante; la secuencialidad de las fases analíticas de descripción (codificación abierta), sistematización o relaciones (codificación axial) y teorización (codificación selectiva); la articulación deductiva-inductiva de las diferentes codificaciones, entre otras^{17,18}.

Reflexividad y participantes

Los investigadores tienen experiencia en estudios sobre SSR e investigación cualitativa, uno de ellos (Daniela Avendaño) es traductor oficial de lengua de señas. El intérprete facilitó el acceso al campo, lideró la adaptación de los guiones utilizados para las entrevistas garantizando que todo fuese comprensible y pertinente para la comunidad y el equipo de investigación; también fortaleció la confianza de todos los participantes y promovió interacciones que garantizaron la credibilidad del material discursivo. Con el fin cumplir los criterios de rigor de este tipo de estudios, se incluyó un segundo intérprete (diferente al equipo investigador) que colaboró en la convalidación de los datos recolectados y la comprensión del contenido de las categorías del estudio.

El número de participantes se determinó por saturación teórica, ésta se definió cuando los participantes nuevos comenzaban a repetir la información que los primeros habían suministrado, sin aportar nuevos contenidos a las categorías ni subcategorías (no se genera nuevas variaciones en las categorías preestablecidas ni las emergentes); no se muestrea la población sino el significado o teoría a desarrollar en la investigación. Esta saturación implica que no es necesario agregar nuevas entrevistas dado que el material discursivo analizado agrupa la diversidad de experiencias y significados en los sujetos de estudio. Se logró con 15 personas sordas con edad entre 18-52 años y escolaridad de bachiller o universitario, con competencia en español oral y escrito en lengua de señas colombiana. Se contactaron los sujetos que asisten a una red informal de apoyo para sordos, esta no tiene una agenda educativa o social, sino que se centra en el acompañamiento de estas personas cuando requieren un traductor para diferentes situaciones de su cotidianidad.

A través del traductor se hizo la invitación inicial para participar del proyecto, implementando una estrategia de bola de nieve. Se incluyeron personas sordas de ambos sexos, mayores de edad, con sordera total o hipoacusia, que participen de manera voluntaria. Se excluyeron aquellos que presentaran algún síndrome que afecte sus facultades mentales o estaban bajo la influencia de medicamentos o sustancias que impidan desarrollar las entrevistas.

Recolección de datos

El guion de entrevista incluyó las siguientes preguntas: ¿Qué entiendes por SSR? ¿Qué factores (dimensiones) crees que se deben tener para tener una buena SSR? ¿Qué sabes sobre métodos anticonceptivos e ITS? ¿Qué haces cuando requieres atención en salud? Este guion se envió a dos traductores de lengua de señas quienes realizaron la traducción y adaptación del instrumento.

Las entrevistas se realizaron de manera individual en una sala para reuniones de una institución educativa, de esta forma se garantizó un ambiente tranquilo y privado permitiendo que se expresaran con libertad. Con los intérpretes se enfatizó la importancia de dejar fluir espontáneamente lo que el entrevistado quisiera compartir en su conversación. Además, se pidió permiso para grabar la entrevista con el fin de convalidar la transcripción con un segundo traductor.

Durante las entrevistas se realizó observación de las interacciones y lenguaje corporal del entrevistado (silencios, pausas, expresión facial) con el fin mejorar la comprensión del contexto y el sentido de algunas respuestas del participante, mediante el registro de gestos de aprobación, reprobación, sorpresa, comodidad, confusión, confianza u otros. Además, se diligenciaron diarios de campo con el siguiente tipo de notas: *i)* metodológicas para hacer ajustes en el trabajo de campo, acceso a la población o en la recolección de la información; *ii)* teóricas para relacionar los datos de las entrevistas con el marco teórico del proyecto, o construir algunas categorías; *iii)* reflexivas para documentar la experiencia de los investigadores, sus emociones y reflexiones sobre las vivencias del grupo de estudio, y *iv)* memos y contexto, derivados de la observación participantes y no participantes que se desarrolló en cada entrevista. El registro de las observaciones y del diario de campo se utilizó para interpretar y convalidar el contenido de las categorías y subcategorías que emanaron de las narrativas de los entrevistados.

Procesamiento, análisis de datos y criterios de rigor metodológico

Las entrevistas se transcribieron, la transcripción fue validada por el traductor de lengua de señas. Este material fue procesado por los investigadores con el fin de realizar la codificación, categorización y ordenamiento conceptual. Se aplicaron los siguientes criterios de rigor metodológico: transferibilidad (descripción rigurosa de la población, los métodos y las categorías, para que el lector pueda aplicarlos a otras situaciones y grupos), credibilidad (con contacto prolongado con entrevistados, triangulación teórica e investigativa, y revisión por los participantes), saturación (de categorías y subcategorías) y reflexividad^{18,19,20}.

Para el análisis, posterior a la codificación abierta del material discursivo transcrita (fragmentación de transcritos en unidades de sentido similar), se definieron las categorías analíticas y sus respectivas categorías descriptivas (agrupación de categorías y subcategorías o codificación axial); en cada categoría descriptiva se analizó el contenido conceptual enfatizando en sus propiedades (atributos de cada subcategoría) y dimensiones (variaciones en las propiedades). Finalmente, en la codificación selectiva se identificaron dos categorías centrales (derechos sexuales y barreras lingüísticas) y alrededor de ellas se relacionaron otras que permiten unificaron el significado de la SSR en el grupo de estudio¹⁸.

Resultados

Caracterización de la población

Se entrevistó a un grupo de 15 personas sordas, con edades comprendidas entre los 18 y 52 años, con escolaridad básica o universitaria (**Tabla 1**). **La tabla 2** resume las principales categorías y subcategorías halladas.

Tabla 1. Descripción de los participantes

Código	Sexo	Edad (años)	Escolaridad	Ocupación	Orientación sexual
E 01	Mujer	35	Universitaria	Estudiante	Heterosexual
E 02	Mujer	29	Bachillerato	Trabajadora	Heterosexual
E 03	Hombre	31	Bachillerato	Trabajador	Heterosexual
E 04	Hombre	29	Bachillerato	Estudiante	Heterosexual
E 05	Mujer	18	Universitaria	Estudiante	Bisexual
E 06	Mujer	52	Bachillerato	Trabajadora	Heterosexual
E 07	Hombre	33	Bachillerato	Trabajador	Homosexual
E 08	Mujer	39	Bachillerato	Trabajadora	Heterosexual
E 09	Hombre	28	Bachillerato	Trabajador	Heterosexual
E 10	Mujer	30	Bachillerato	Trabajadora	Heterosexual
E 11	Mujer	27	Universitaria	Estudiante	Bisexual
E 12	Mujer	23	Bachillerato	Trabajadora	Heterosexual
E 13	Hombre	30	Bachillerato	Trabajador	Heterosexual
E 14	Mujer	28	Bachillerato	Trabajadora	Heterosexual
E 15	Mujer	39	Universitaria	Estudiante	Bisexual

Tabla 2. Categorías de análisis.

Categoría	Subcategoría	Tipología
Salud sexual y reproductiva	Concepto general	Preestablecida
	Fuentes de información	Preestablecida
	Percepción personal de su propia sexualidad	Emergente
Derechos sexuales	Conocimientos generales	Preestablecida
	Importancia	Emergente
	Abusos	Emergente
Planificación	Conocimiento sobre métodos anticonceptivos	Preestablecida
	Uso de métodos anticonceptivos	Preestablecida
	Responsabilidad	Emergente
ITS	Conocimientos sobre ITS	Preestablecida
	Prevención de ITS	Preestablecida
Atención en salud	Comunicación con personal de la salud	Emergente
	Psicología	Emergente

ITS: Infecciones de Transmisión Sexual.

Salud sexual y reproductiva

Concepto general

Para algunos participantes los conceptos de salud y sexualidad no están vinculados, incluso uno de los entrevistados expresó que no había pensado que ambos conceptos se entrelazan, manifestaron que la sexualidad se relaciona únicamente con las relaciones sexuales - coitales, mientras que la salud se asocia con hábitos como una buena alimentación, tomar vitaminas, beber agua y hacer ejercicio. También se encontró una relación entre virginidad y salud, indicando que “*La virginidad me sirve para no tener enfermedades y así cuido mi salud*” (**E 05**).

Otros expresaron que la sexualidad está vinculada a los sentimientos, las sensaciones, el romanticismo y el amor; la sexualidad ayuda a disminuir los niveles de estrés y destacan la importancia de la comunicación, la privacidad y la confianza que debe existir en toda relación. Algunos comentaron lo siguiente:

“La comunicación es muy importante para tener una buena sexualidad, también los sentimientos, la confianza con mi pareja, tener seguridad y que me guste la persona” (E 08).

“Sexualidad es sexo, amor, emociones, muchas cosas. La sexualidad y la salud me ayudan a ser fuerte, a ser positiva” (E 09).

Si bien la mayoría de los participantes no relacionan ambos conceptos, hubo casos excepcionales con afirmaciones que sí logran entrelazarlos y formar un concepto que les ayuda a tener experiencias plenas y satisfactorias, lo que a su vez les ayuda a mantener una buena salud física y mental. Un participante manifestó lo siguiente:

“La sexualidad es muy importante, se relaciona con la salud por medio de las emociones que ayudan a mejorar la salud mental, el cerebro también siente, cada persona tiene características diferentes, en caso de sensaciones como estrés la sexualidad aporta cosas positivas y profundas” (E 03).

Fuentes de información

La mayoría de los participantes identificó a sus familiares, especialmente a sus padres, y a sus amigos como las principales fuentes de información sobre sexualidad, aunque mencionaron que estas conversaciones no suelen ser profundas ni efectivas ya que muy pocos miembros de sus familias dominan el idioma y la mayoría de entrevistador no sabe leer los labios. Solo unos pocos indicaron que buscan información en sitios web sobre SSR, anatomía femenina y masculina, métodos de planificación e ITS, para profundizar su conocimiento. Algunos participantes recurren a redes sociales con el fin de encontrar información sobre SSR. Algunos testimonios muestran estos elementos:

“Mi familia no sabe lengua de señas y por ende no me hablaron de salud sexual. Yo aprendí un poco en el colegio con compañeros y profesores que sabían de lengua de señas, cuando me gradué ya por fuera del colegio mis amigos me hablaron de anticonceptivos y como tocar mi cuerpo” (E 01).

“He hablado con mis papás, pero poco, con el que más habló sobre cuidados y sexualidad es con mi hermano, tenemos la confianza, también he hablado con amigos y he investigado por el computador” (E03).

“Mi mamá me habló sobre sexualidad y lo que implica tener novio, mi papá es doctor y me explicó muchas cosas sobre este tema, también en el colegio y con el psicólogo aprendí” (E 08).

Algunos participantes expresaron que no tienen cómo resolver las dudas que les surgen, ya que sus familiares no saben lengua de señas, lo que dificulta la comunicación efectiva. A esto se suma la complejidad de discutir temas privados con su círculo familiar, prefiriendo hablar con un profesional de la salud; sin embargo, la falta de intérpretes les impide aclarar sus inquietudes. Por otro lado, se encontró el caso de un entrevistado que no se interesa en buscar información porque no lo considera importante; este mismo participante comentó que nadie le ha enseñado sobre SSR y que aprendió “viendo un DVD de porno” (E 07).

Percepción personal de su propia sexualidad

La mayoría de los entrevistados considera que disfrutan de una buena SSR con base en las dimensiones que predominan en su conceptualización, es decir, gozan de buenas relaciones sexuales, alimentación, deporte, sentimientos y los demás contenidos descritos previamente. Ocho participantes coincidieron en la importancia de los sentimientos en sus relaciones, con algunos enfatizando en las sensaciones físicas. Dos de las entrevistadas destacaron la relevancia de que sus parejas sean atentas, una de ellas expresó “que no sólo lo quieran a uno para sexo, eso es muy maluco” (E 06). Así mismo, uno de los entrevistados subrayó la importancia de la comunicación o del diálogo abierto y sincero, en tanto otro mencionó que para él es fundamental la limpieza para sentirse cómodo en sus relaciones.

De igual manera, algunos participantes reconocieron que les gustaría vivir nuevas experiencias o mejorar algunas y una de ellas reconoció que necesita informarse más para tener claridad sobre algunos temas relacionados con su propia SSR.

Derechos sexuales

Conocimientos generales

Solo una de las entrevistadas afirmó conocer plenamente sus derechos sexuales. Los demás participantes señalaron no tener suficiente conocimiento sobre éstos, aun así, todos coincidieron en que nadie tiene derecho a vulnerar su decisión de rechazar o aceptar las propuestas de índole sexual de personas conocidas o desconocidas.

A pesar de las falencias mencionadas, los participantes señalaron que, en caso de enfrentarse a una situación de riesgo, saben que pueden optar por correr, gritar, defenderse de su agresor y buscar apoyo de su familia o de las autoridades competentes con el fin de presentar una denuncia.

Subrayaron también que, aunque no han recibido una educación formal o completa sobre derechos sexuales, han desarrollado una conciencia clara sobre la importancia del respeto hacia sí mismos y hacia los demás. Reconocen que el conocimiento limitado sobre sus derechos sexuales puede generar incertidumbre en la toma de decisiones informadas y responsables. Así mismo, valoran la integridad personal y la empatía como principios esenciales para interactuar en el ámbito de la sexualidad. Es de interés señalar que uno de los entrevistados hizo una observación sobre la importancia de “*no meterse con menores de edad*” (**E10**).

Por otro lado, algunos admitieron no saber nada sobre derechos en SSR y dos de ellas coinciden en que “*hace falta educar sobre derechos sexuales en los colegios, son pocos los que enseñan sobre este tema*” (**E 06**). En Colombia, aunque se promueve la educación en SSR en el sistema educativo, su implementación es irregular y varía según la región, el tipo de institución y la disposición de los docentes. Además, para personas sordas, la situación es aún más complicada debido a la barrera del idioma, ya que muchas veces los programas educativos no están adaptados para ser accesibles a estudiantes con discapacidad auditiva. La falta de intérpretes de lengua de señas o de materiales accesibles limita aún más el acceso a una educación integral en salud sexual y reproductiva.

Importancia

Aunque los participantes sienten que no les han hablado a profundidad sobre los derechos sexuales, consideran que estos tienen gran importancia en sus vidas. Señalan que los derechos sexuales les ayudan a elevar su autoestima, tomar decisiones, evitar abusos, cuidar su salud, respetar a los demás y potenciar emociones como la felicidad y el amor, en lugar de minimizarlas. También valoran la libertad de expresión que estos derechos les otorgan, entre otros beneficios. Algunos testimonios dan contenido a esta categoría:

“*Los derechos son muy importantes, es disminuido el porcentaje que nos hablan de derechos humanos, es importante que desde pequeños los padres enseñen sobre esto para que disfruten su sexualidad a conciencia, evitar embarazos, muchos abortan bebés, se debe crear una conciencia en las instituciones y familias, para así poder tener una familia bonita.*” (**E 01**).
“*Algunos son muy aprovechados y abusivos con las personas sordas, piensan que por ser sordos somos bobos y no, yo decido si me tocan o me llaman. Incluso ayudo a otros sordos que me cuentan cosas para que se valoren y no permitan abusos*” (**E 06**).

A pesar de lo mencionado anteriormente, una de las participantes confesó que no sólo desconocía el tema de los derechos sexuales, sino que tampoco sentía la necesidad de informarse al respecto. Aunque es consciente de la libertad que tiene para tomar decisiones sobre su sexualidad, no posee información detallada. Esto podría deberse a que, cuando se le habla de estos derechos, no se le explica a profundidad qué implican, ni las consecuencias que pueden tener. Quienes le mencionan el tema lo hacen de forma muy general y se limitan a decirle cuál es la forma correcta de actuar. Como resultado, estos derechos no juegan un papel relevante en su vida cotidiana ni en sus preocupaciones, lo que refleja una falta de interés y de necesidad para aprender más sobre ellos.

Abusos

Algunos participantes con una sorprendente naturalidad decidieron compartir experiencias de abusos personales o de conocidos, con el objetivo de visibilizar lo poco escuchados e incluidos que se sienten en los temas relacionados con la sexualidad dentro de una sociedad mayoritariamente oyente, y las consecuencias que esto puede tener en sus vidas, a menudo sin que lleguen a comprenderlas plenamente.

"Tengo una amiga sorda que cuando tenía aproximadamente 14 años una tía la llevó al médico diciéndole que le iban a hacer algo por su bien, con el tiempo cuando era adulta, decidió casarse y quería tener hijos, pero por más que lo intentaba no podía, fue al médico y allá le dijeron que le habían ligado las trompas, mi amiga dice que fue una completa falta de respeto porque debieron haberla dejado decidir sobre su propio cuerpo, si quería tener o no hijos" (E 01).

"Cuando yo era pequeña un tío me violó, yo no sabía qué era eso y pensaba que era normal. Un día en el colegio, cuando tenía 12 años, una amiga estaba llorando por que un señor la había violado, yo no entendía por qué lloraba, así que ella me explicó que eso estaba mal, que nadie me puede tocar en contra de mi voluntad, ahí entendí qué era lo que me habían hecho" (E 10).

Los entrevistados consideran que las personas sordas tienen una tendencia a ser más vulnerables a diferentes formas de abuso (resaltando el sexual) debido a varios factores como la falta de comunicación fluida, escaso conocimiento sobre derechos sexuales, naturalización de algunas conductas que impiden reconocer comportamiento violentos o abusivos, y menores recursos para reaccionar y denunciar diferentes tipos de abuso. En contextos de abuso sexual, los agresores aprovechan el desconocimiento de las víctimas para perpetuar el abuso sin temor a ser denunciados. Esto denota la necesidad de desarrollar mecanismos de protección inclusivos y fortalecer la educación sexual desde temprana edad, de manera que las personas sordas puedan defenderse y ejercer sus derechos plenamente.

Planificación familiar

Conocimientos y uso de métodos anticonceptivos

En esta población, los métodos anticonceptivos más conocidos son las pastillas, el condón, la T de cobre y las inyecciones; pero pocos saben usarlos de manera correcta y sistemática. Su conocimiento se debe principalmente a la búsqueda de información en internet, a la poca educación sobre SSR que recibieron en sus instituciones educativas y a las conversaciones con amigos o familiares. A pesar de estar al tanto de la existencia de estos métodos anticonceptivos, la mayoría de los participantes expresa que no comprenden bien cómo funcionan debido a la falta de explicaciones detalladas y adecuadas a causa de las dificultades en la comunicación. Por esta razón, algunos no utilizan varios de los métodos anticonceptivos disponibles.

En relación con lo anteriormente mencionado una de las participantes dejó en evidencia la brecha que existe entre la educación que reciben en los colegios las personas sordas y los oyentes, manifestando su preocupación por el aumento de embarazos en adolescentes sordos por falta de educación en SSR, expresando lo siguiente:

"Hay un poco porcentaje de personas sordas que aprenden sobre sexualidad... es diferente la enseñanza entre sordos y oyentes, estos últimos conocen más sobre pastillas anticonceptivas, como evitar embarazos, el sistema reproductor, en los colegios no se enseña mucho sobre sexualidad a las personas sordas y por estas razones hay tantos embarazos" (E01).

De la totalidad de los participantes, cuatro mujeres utilizan métodos anticonceptivos: una emplea la T de cobre, otra utiliza condón y las dos últimas toman pastillas. Estos métodos los adquieren comparándolos directamente o con la ayuda de un familiar que los obtiene a través de la EPS. Una de las participantes, que usa pastillas anticonceptivas, mencionó que su madre es quien se las proporciona diariamente, la otra participante indicó que utiliza las pastillas recetadas por su médico quien le explicó cómo debe tomarlas. Adicionalmente, una de las participantes afirmó utilizar el método de coito interrumpido para evitar embarazos.

Entre los hombres, sólo dos utilizan condón que compran en farmacias o reciben en centros de salud. Finalmente, dos de los participantes restantes no usan ningún método anticonceptivo y otros dos aún no han iniciado una vida sexual, por lo que no tienen necesidad de emplearlos.

Las opiniones sobre la responsabilidad en el uso de métodos anticonceptivos estuvieron muy divididas. Algunos participantes consideran que la responsabilidad recae únicamente en la mujer, ya que ella es quien puede quedar embarazada. Por otro lado, algunos opinan que la responsabilidad debe ser compartida dado que el hombre también está involucrado y que la comunicación entre ambos es esencial para acordar el método de planificación a utilizar. Esto se refleja en las declaraciones de algunos entrevistados quienes expresaron lo siguiente:

“La responsabilidad es de ambos, pero el hombre es el más responsable por despertar los deseos más fáciles, debe haber una buena comunicación para saber si la mujer planifica o no y poder utilizar el condón” (E 03).

“Los dos son responsables pero la mujer es más responsable de evitar un embarazo, se debe llegar a un acuerdo en pareja sobre qué método usar, si es el condón el hombre debe hacerse responsable si es otro método la mujer debe estar atenta a aplicarse la inyección o tomar las pastillas” (E05).

Conocimientos sobre Infecciones de Transmisión Sexual y su prevención

Casi todos los participantes coincidieron en conocer el SIDA, describiendo esta enfermedad como algo que, según ellos, afecta principalmente a personas promiscuas, aunque reconocen que también existe riesgo en relaciones monógamas si existe infidelidad en ellas. Solo unos pocos están al tanto de otras enfermedades como la sífilis y el herpes y solo una persona mencionó conocer la gonorrea y la diferencia entre VIH y SIDA. Los participantes saben que algunas enfermedades pueden causar síntomas como picazón, ardor y puntos rojos en los genitales, así como problemas en el cuello uterino y que éstas se transmiten por la falta de uso del condón.

Sin embargo, los participantes demostraron no tener un conocimiento profundo sobre ninguna de estas enfermedades, evidencia de esto es que algunos de los participantes en el momento de preguntarles si conocían las ITS dirigieron sus primeras respuestas a infecciones de tipo urinarias o del aparato genital que causan mal olor, ardor y cambio de color en los fluidos, incluso uno de ellos mencionó que por la menstruación también se pueden generar y que por esta razón las mujeres son más propensas a padecerlas. Por último, uno de los entrevistados afirmó no conocer sobre ninguna ITS.

Todos reconocen la importancia del uso del condón como medida preventiva. La mayoría también entiende la necesidad de realizarse exámenes de rutina para detectar ITS y algunas participantes incluso acuden regularmente al ginecólogo de manera preventiva. Sin embargo, resulta preocupante que cuatro de los entrevistados nunca se hayan sometido a un examen para detectar ITS, lo que sugiere una brecha en su compromiso con la prevención y detección temprana de estas infecciones.

La mayoría de los participantes expresaron que prefieren iniciar una relación sentimental, mientras que otros utilizaban el término “amigos con derechos”. En general se inclinaban por evitar encuentros casuales, una de las participantes comentó *“primero hay que conocer a la persona y ver si tiene valores” (E 06)*. Otra más señaló *“primero necesito que nos dediquemos tiempo, luego iniciar un noviazgo y finalmente habría sexo, es el orden de lo que necesito para llegar a la intimidad” (E 09)*. Lo anteriormente mencionado influye mucho en la SSR, ya que el evitar encuentros casuales con desconocidos proporciona una mayor protección con respecto a las ITS.

Comunicación en la atención en salud

Durante las entrevistas, todos los participantes mencionaron las dificultades que enfrentan al asistir a citas médicas. Cuatro de ellos indicaron que saben leer los labios y se comunican escribiendo o vocalizando lo mejor que pueden. Sin embargo, a pesar de utilizar estos métodos, siguen teniendo problemas para entender algunas directrices proporcionadas por los médicos.

Los demás participantes se ven obligados a acudir a las citas acompañados de familiares que les ayudan con la comunicación, ya que los centros de salud no disponen de personal capacitado en lengua de señas ni de intérpretes, una de las participantes expresó: *“Como no hay intérprete me tocaría pagar por uno, por esto me acompaña mi mamá, no hay privacidad, y aunque yo le explico a mi mamá lo que tengo a veces es difícil porque ella no es experta en señas” (E 02)*.

Adicionalmente, la mayoría de entrevistados expresaron la importancia de que exista más personal de la salud que hable lengua de señas para que se facilite la comunicación, se sientan incluidos y puedan aprender sobre SSR de forma adecuada, una de las participantes mencionó *“En Colombia deberían obligar al personal de salud a aprender lengua de señas, esto con el fin de facilitar la comunicación y poder ser atendidos de una mejor forma, y así recibir las enseñanzas sobre cómo planificar y cuidarse” (E 01)*.

Muchos participantes reconocen la importancia de la salud mental y expresaron su deseo de tener una consulta con un psicólogo ya que creen que podrían aclarar muchas de sus dudas y brindarles apoyo en momentos de depresión. Sin embargo, solo tres de los entrevistados han tenido la oportunidad de hacerlo. Una de ellas afirma que “es difícil ir al psicólogo por la comunicación, pero si he ido, es importante no reprimirse porque puede generar depresión, es importante hablar, los psicólogos ayudan, en el colegio tenía, pero en la universidad ha sido difícil” (**E05**).

Los participantes reconocen la importancia de que los psicólogos aprendan lengua de señas ya que sería más fácil la comunicación y así no tendrían que ir acompañados lo cual les impide hablar abiertamente de temas privados.

En la **figura 1** se presentan la matriz de significados, en la cual se explicitan diversas interacciones entre las categorías y subcategorías del estudio, al tiempo que se indica el holismo y los desafíos que enfrenta la población para abordar su SSR y disfrutar del derecho a la salud. Estas relaciones semánticas no variaron en función del sexo, la edad, la escolaridad ni la orientación sexual.

La parte externa, que representaría la superficie, incluye las tres categorías más comunes sobre SSR en este grupo, las cuales son comúnmente reportadas en otros estudios con personas sordas, en estudios con adolescentes y otras iniciativas de SSR. En el caso específico del grupo de estudio, las subcategorías que dan sentido a estos significados, se caracterizan principalmente por el bajo nivel de conocimiento, fuentes poco confiables de información en SSR y persistencia de roles machistas en la anticoncepción (**Figura 1**).

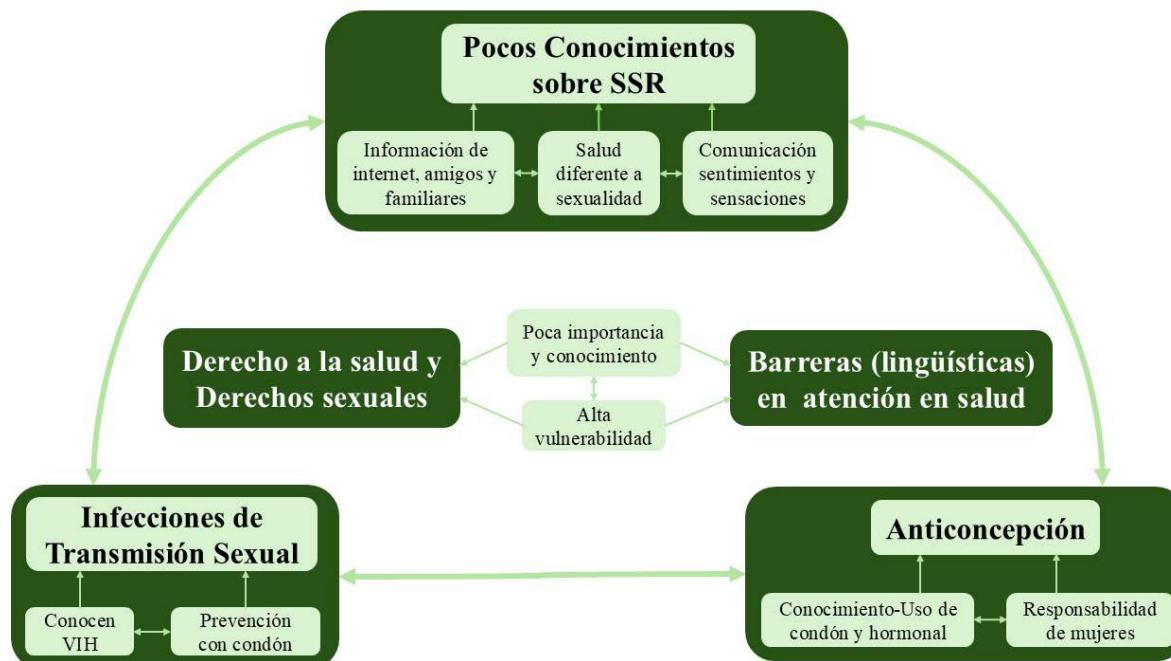


Figura 1. Relaciones semánticas de la matriz categorial.

SSR: Salud Sexual y Reproductiva. VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

A pesar de lo anterior, el núcleo o centro de los significados de la SSR en el grupo, y por tanto las opciones de cambio de algunas vivencias de riesgo y alta vulnerabilidad, giran en torno de subsanar de manera urgente las barreras lingüísticas en la atención en salud, dado que implican la mayor vulnerabilidad y vulneración de derechos en las vivencias de los entrevistados. La segunda categoría nuclear de los significados descritos por esta población implica abordar la SSR desde el enfoque de la salud como derecho, es decir, garantizar el mayor disfrute posible de salud física, psicológica, social y ambiental, como parte de los derechos humanos, lo cual permitiría superar el biologismo, el reduccionismo de algunos factores de riesgo y otras limitaciones del enfoque biomédico (**Figura 1**).

Discusión

Este estudio visibiliza los desafíos que enfrenta la comunidad sorda con respecto a sus conocimientos sobre SSR, destacando tanto sus carencias informativas como las barreras de acceso a servicios de salud adecuados. Así mismo refiere cinco categorías principales que permiten comprender diversos desafíos educativos y sanitarios que viven estas personas, y que muestran las inequidades que experimentan.

Un elemento transversal en las problemáticas de salud del grupo de estudio fue el hecho de que muchos familiares no dominan la lengua de señas, siendo esta la primera barrera que enfrentan las personas sordas desde su infancia y durante la construcción de su identidad sexual; estas dificultades generan una distancia entre ellos y sus padres, quienes son los primeros responsables de guiar sus aprendizajes sobre SSR. Este hallazgo coincide con lo mencionado en el estudio de Téllez donde se demuestra que al existir esta barrera lingüística los jóvenes optan por buscar información en fuentes no confiables como en la pornografía, generando así dificultades y confusiones durante su desarrollo sexual⁶. También coincide con los hallazgos de la revisión realizada por García donde destacó que el consumo de pornografía es común entre los jóvenes, especialmente entre los hombres, pese a que otros autores que han abordado esta temática con adolescentes oyentes indican que un porcentaje alto reciben sus principales o iniciales conocimientos sobre SSR de sus padres^{21,22}. En general, la evidencia de este y otros estudios muestra la necesidad de capacitar a las familias para derribar esta barrera lingüística como paso clave para mejorar la inclusión de esta población en agendas educativas y sanitarias.

En cuanto a la categoría conocimientos sobre SSR en el grupo de estudio se reveló que son escasos y va ligada directamente a fuentes informales como internet, amigos o familiares, demostrando cómo la ausencia de estrategias institucionales accesibles lleva a esta población a desarrollar comprensiones incorrectas que escinden la salud y la sexualidad, lo cual coincide con el estudio cualitativo de López en el que se entrevistó a un grupo de jóvenes y aproximadamente el 70% mostró un conocimiento deficiente sobre el tema, resaltando el internet como la principal fuente de información²³. Este desconocimiento de temas centrales de SSR, en conjunción con el consumo de pornografía hallado en este y otros grupos de sordos, evidencia la necesidad de mejorar las acciones de educación en salud dados los efectos negativos de esta situación, como la afectación de la calidad de las relaciones de pareja, la salud mental y el desempeño sexual de los adolescentes, el desarrollo psicosocial durante la infancia y la adolescencia, entre otros²¹.

En cuanto a los derechos sexuales se encontró una baja comprensión de éstos, lo que genera una notable discrepancia entre lo que la Ley 982 de 2005 estipula para la comunidad sorda y lo que realmente se implementa⁵. Esta población se ve en una situación de desventaja y vulnerabilidad al no recibir la información necesaria para ejercer sus derechos de manera plena, responsable y segura, lo que los expone a situaciones de abuso²⁴. Con relación a esto, el estudio de Losada en personas con discapacidad intelectual deja en evidencia que esta población carece de una educación sexual adecuada, lo que dificulta que puedan distinguir entre muestras de afecto apropiadas e inapropiadas, lo que aumenta su vulnerabilidad a múltiples tipos de abuso que incluso son difíciles de identificar o nombrar como tal por los afectados²⁵. Si bien, la comunidad sorda no presenta discapacidad intelectual, comparten desafíos relacionados con la comunicación, lo que genera una vulnerabilidad similar, como se reportó en la población de este estudio. Estas situaciones corroboran el incumplimiento de varias normativas actuales, lo cual es grave dado que en términos políticos se puede pensar que Colombia ha avanzado en la atención de esta población, pero los esfuerzos políticos y jurídicos derivar en una retórica carente de sentido cuando las instituciones de salud no implementan acciones concretas para disminuir las brechas en salud de este grupo.

Al ser personas que en diversas situaciones dependen de terceros para recibir atención en salud, se limita el derecho a la privacidad. Como señala Contreras, aunque la historia clínica es un documento personal, este derecho se vulnera en el caso de los sujetos sordos, ya que deben contar con la presencia de otra persona durante las citas médicas para facilitar la comunicación, esto expone información sensible que, en circunstancias ideales, debería mantenerse confidencial²⁶. Para abordar esta situación, es crucial que el sistema de salud promueva mecanismos de comunicación directa entre el paciente sordo y el trabajador de la salud, eliminando la necesidad de intermediarios, mejorando así la calidad de la atención y garantizando el ejercicio pleno de sus derechos.

Los hallazgos en torno a la anticoncepción revelan una situación preocupante, aunque la mayoría indica conocer diversos métodos anticonceptivos, no los usan o no saben cómo usarlos. Esta situación incrementa el riesgo de embarazos no planificados y la transmisión de ITS, lo cual representa un problema de salud pública significativo. Estos resultados son consistentes con otras investigaciones que han reportado que los jóvenes carecen de conocimientos adecuados sobre los métodos anticonceptivos, la importancia de su uso y las formas de prevenir ITS. La evidencia sugiere que la falta de información clara y accesible sobre el uso correcto de estos métodos contribuye a una exposición constante a situaciones de riesgo^{27,28}.

En ITS se constató un conocimiento limitado sobre su número, agentes causales, formas de transmisión y métodos de prevención. Este hallazgo es consistente con investigaciones previas que reportan una confusión generalizada o desinformación sobre ITS en la población sorda y jóvenes^{7,29}. Estos hallazgos destacan la necesidad de implementar programas educativos inclusivos en instituciones formativas y centros de salud, que permitan a la comunidad sorda participar sin limitaciones y recibir información adecuada, veraz y confiable; máxime al tener presente evidencia previa que demuestra cómo las campañas educativas son fundamentales para asegurar un aprendizaje adecuado en SSR, particularmente cuando proporcionan información amplia, libre de tabúes, con buen soporte bibliográfico y opciones para la profundización en temas de interés²⁹.

En la atención en salud se demuestra la dificultad que presentan las personas sordas para recibir orientación y asesoría adecuadas, lo cual está estrechamente relacionado con la barrera lingüística³⁰. Este obstáculo limita la comunicación efectiva con el personal de la salud, lo que puede llevar a una comprensión deficiente de las recomendaciones, incapacidad para resolver dudas, el uso inadecuado de tratamientos o métodos anticonceptivos y una menor adherencia a las indicaciones médicas. Según el texto de Abarza, el diagnóstico y el tratamiento de las personas sordas se ven afectados por la falta de comprensión durante las citas médicas, las brechas comunicativas generan predisposición negativa hacia la consulta, y por ello tienden a consultar menos los servicios de salud, exponiéndose a experimentar mayor carga de morbilidad y mortalidad por consultar en estados avanzados, ampliando las inequidades en salud en comparación con los pacientes sin discapacidad auditiva³¹.

Además, esta barrera lingüística perpetúa la desigualdad en la calidad de la atención recibida, la falta de intérpretes y la escasez de material informativo en lengua de señas hacen que la consulta médica sea una experiencia menos inclusiva y más propensa a errores o malentendidos. Como resultado, las personas sordas están en mayor riesgo de sufrir problemas de salud que podrían haberse prevenido con una mejor comunicación y asesoramiento oportuno³¹. En el ámbito internacional hay estudios que revelan la problemática de la comunidad sorda para acceder a servicios de salud, demostrando así que no es sólo a nivel nacional que se requiere intervención y atención hacia la comunidad sorda⁹.

Lo expuesto en los párrafos anteriores muestra que las personas sordas no tienen una autonomía real y plena para gozar de su SSR, lo que contraviene lo indicado por la OMS cuando la define como una amplia gama de servicios incluyendo la prevención de la violencia sexual, la educación en relaciones saludables y satisfactorias, garantizando una cotidianidad con “bienestar físico, mental y social completo en todo lo relacionado con su sistema reproductivo y sus funciones”. Esto implica hacer esfuerzos por mejorar la autonomía en salud, entendida como la capacidad de tomar decisiones libres, voluntarias e informadas, en el marco del derecho a la salud, o asumiendo la SSR como un derecho humano que puede mejorar los desenlaces en salud, el desarrollo humano y la equidad; dado que como lo indica la OMS, “cuando las personas tienen control sobre su sexualidad y reproducción, pueden participar plenamente en las esferas social, económica y política”³².

Los hallazgos de este estudio se alinean con varias iniciativas internacionales que permiten hacer las siguientes recomendaciones: los programas de SSR deben contar la participación activa de personas sordas y contar con alianzas con organizaciones sociales, debe desarrollar un trabajo constante de concienciación sobre las necesidades de personas con discapacidad, evitar más exclusión y estigma separando a las personas con discapacidad de los programas establecidos (se requieren ajustes, como educar al personal de la salud en lenguaje de señas, pero no programas paralelos), aumentar los esfuerzos por mejorar y ejecutar legislaciones que garanticen el acceso a programas de salud para personas con discapacidad, y se deben promover más investigaciones con estas poblaciones^{33,34}.

Finalmente, diferentes organismos multilaterales han demostrado que la discapacidad está presente en todas las comunidades, afecta un porcentaje alto de la población y por tanto debe ser incluida en todas las agendas de salud, principalmente en las de SSR en las cuales se han evidenciado múltiples brechas y carencias. Esto toma mayor relevancia en el presente, cuando se dispone de evidencia consistente y robusta sobre la realimentación positiva entre educación de calidad, buena salud y derechos humanos³⁴.

Entre las principales limitaciones del estudio se encuentra el hecho de circunscribir la selección a una única población debido a que otras instituciones que atienden a este tipo de personas no aceptó su participación en la investigación; esto redujo la diversidad sociocultural de los participantes y limita la transferibilidad de los resultados. Sin embargo, con base en los estudios previos, el fundamento teórico de esta investigación y testimonios de los entrevistados, las categorías desarrolladas en este estudio muestran la persistencia del reduccionismo biomédico en el abordaje de la SSR de diversos tipos de poblaciones (focalizada en anticoncepción e ITS), la necesidad de abordar la SSR en el marco del derecho a la salud, y la urgencia de disminuir las brechas lingüísticas implementando enfoques diferenciales o interseccionales de la salud.

Conclusión

Se identificaron grandes vacíos en el conocimiento sobre SSR, brechas en educación sexual, riesgo de abusos, poco respeto y garantía de derechos sexuales, generados por la falta de comunicación efectiva con los padres y el personal médico. La barrera lingüística limita la privacidad en las consultas médicas, restringe el acceso a información adecuada, repercute negativamente en la salud y aumenta el uso de fuentes no confiables de información en salud que agudizan la problemática.

Es fundamental implementar programas inclusivos que aborden las necesidades específicas de la comunidad sorda y les proporcionen la información y atención necesaria para gestionar su SSR de manera responsable y autónoma, promoviendo el acceso equitativo a servicios y el goce pleno del derecho a la salud con énfasis en la prevención y atención de abusos. Es fundamental capacitar a las familias y al personal de salud, así como garantizar la disponibilidad de intérpretes y materiales adaptados en lengua de señas. Finalmente, es determinante la capacitación a profesionales en lenguaje de señas, adaptar la atención en SSR para este grupo y fortalecer el marco legal para obligar al cumplimiento efectivo de las políticas y normas existentes.

Contribución de autores

DAM, PGS y JACA participaron en los procesos de conceptualización, recolección de datos, análisis formal, adquisición de fondos, ejecución de la investigación, desarrollo de la metodología, administración del proyecto, supervisión, validación, visualización y redacción

Consideraciones éticas

Se aplicaron las directrices y principios de la Declaración de Helsinki. Se acoge el contenido de la Resolución 8430 del Ministerio de Salud de Colombia, según esta normativa este estudio fue de riesgo mínimo. Antes de realizar las entrevistas se explicó detalladamente a los participantes el propósito del estudio y los temas a tratar utilizando un lenguaje claro. Asimismo, se les envió el formato de consentimiento informado, el cual podían revisar con calma y firmar en caso de estar de acuerdo en participar. Solo una vez firmado el consentimiento se procedía a coordinar la fecha y hora de la entrevista con cada persona. Durante toda la investigación se veló por el cumplimiento y respeto de la autonomía de los participantes, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. Se realizó devolución de resultados a los participantes. El proyecto fue avalado por el comité de Bioética de la Sede de Investigación Universitaria.

Conflictos de interés

Ninguno de los autores declara la existencia de conflicto de intereses durante planificación, implementación, escritura, revisión por pares, edición y publicación del envío.

Financiación:

Universidad de Antioquia.

Apoyo tecnológico de IA

Los autores declaran que no han utilizado inteligencia artificial, modelos de lenguaje, machine learning, o alguna tecnología similar, como ayuda en la creación de este artículo

Referencias

1. Organización Panamericana de Salud. Salud Sexual y Reproductiva. [Internet] [Consultado 14 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-sexual-reproductiva>
2. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Abecé Salud Auditiva y Comunicativa “Somos todos oídos”. [Internet] [Consultado 10 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/abece-salud-auditiva-2017.pdf>
3. Gil PA, Navarro AM, Serna C, Pinzón M. Sexualidad: las voces de un grupo de sordos de Medellín (Colombia). Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2019; 37(2): 107–115. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/328571/20793737>
4. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Sobre los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las personas con discapacidad en el marco del derecho a la salud [Internet]. [Consultado 22 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/abece-derechos-sexuales-reproductivos.pdf>
5. Congreso de la República de Colombia. Ley 982 de 2005. “Por la cual se establecen normas tendientes a la equiparación de oportunidades para las personas sordas y sordociegas y se dictan otras disposiciones”. Bogotá D.C, Colombia: Diario Oficial No. 45.995. [Internet]. [Consultado 22 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=17283>
6. Téllez M. La construcción de la sexualidad en adolescentes sordos y sordas. Revista Archivos Hispanoamericanos de Sexología. 2005; 11(2): 203-218. https://www.cultura-sorda.org/wp-content/uploads/2015/03/Tellez_Construcion_Sexualidad_adolescentes_sordos_2005.pdf
7. Collazos J. Representaciones sociales de la salud sexual de adolescentes sordos y oyentes en la ciudad de Bogotá. Revista Pensamiento Psicológico. 2012; 10(2): 35-47. <https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/484/418>
8. Castellanos GE, Arenas A, Mayorga AI, Méndez CA. Familia oyente, hijos silencios: aproximaciones a la sexualidad en adolescentes sordos. Revista de psicología. 2023; 22(1): 44-64. doi: <https://doi.org/10.24215/2422572Xe159>
9. Luengo-Rubalcaba S, Abad-García R, Tíschar-González V. Accesibilidad de las mujeres sordas al sistema público sanitario del País Vasco. Revista Gaceta sanitaria. 2020; 34(6): 608–614. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.03.004>
10. Pérez-Bautista Y, Robles-Montijo S, Tiburcio-Sainz M, Guevara-Benítez C. ProTGTism: Diseño y evaluación de una aplicación para la educación sexual de jóvenes sordos mexicanos. Revista de Estudios e Investigación en Psicología y educación. 2020; 7(2): 136-148. doi: <https://doi.org/10.17979/reipe.2020.7.2.6905>
11. Bedregal P, Besoain C, Reinoso A, Zubarew T. La investigación cualitativa: un aporte para mejorar los servicios de salud. Revista médica de Chile. 2017; 145(3): 373–379. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000300012>

12. de Valderrama BP. El concepto de significado en el análisis del comportamiento y otras perspectivas. *Revista Univ. Psychol.* 2005; 4(2): 231-244. doi: <https://psycnet.apa.org/record/2006-01018-009>
13. Pacheco CI. Significados de la sexualidad y salud reproductiva: el caso de las y los adolescentes de Colombia. [Tesis doctoral]. Barcelona. Universidad Autónoma de Barcelona; 2015. 238p. [Internet] [Consultado 13 de mayo de 2024]. Disponible en: https://deposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/100717/1/CIPS_TESIS.pdf
14. Suárez LF, Rivas NM, Caballero EF. Comunidad sorda: Aproximación a su cultura en el área metropolitana. *Revista inclusión y desarrollo.* 2021; 8(2): 54-64. doi: <https://doi.org/10.26620/uniminuto.inclusion.8.2.2021.54-64>
15. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Academic Medicine.* 2014; 89(9): 1245-5. doi: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>
16. Secretaría de Inclusión Social Familiar y Derechos Humanos, Secretaría de la Juventud, Alcaldía de Medellín. Medellín izó la bandera de la comunidad sorda en el Día Internacional de las Lenguas de Señas. [Internet] [Consultado 13 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.medellin.gov.co/es/sala-de-prensa/noticias/medellin-izo-la-bandera-de-la-comunidad-sorda-en-el-dia-internacional-de-las-lenguas-de-señas/#:~:text=%3A%20En%20la%20capital%20antioque%C3%B1a%20hay,corte%20a%20junio%20de%202020>
17. Palacios OA. Teoría fundamentada: origen, supuestos y perspectivas. *Intersticios Sociales.* 2021; 22: 47-70. <https://www.intersticiossociales.com/index.php/is/article/view/332/629>
18. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundada (1. ed.). Medellín: Editorial Universidad de Antioquia. 2002. Disponible en: https://books.google.com.co/books?id=TmgvTb4tiR8C&pg=PA63&hl=es&source=gbs_toc_r&cad=2#v=onepage&q&f=false
19. Álvarez-Gayou JL, Camacho SM, Maldonado G, Trejo CA, Olguín A, Pérez M. La investigación cualitativa. *Xikua Boletín científico de la Escuela Superior de Tlahuelilpan.* 2014; 2(3). doi: <https://doi.org/10.29057/xikua.v2i3.1224>
20. Martínez M. Validez y confiabilidad en la metodología cualitativa. *Revista Paradigma.* 2006; 27(2): 7-33. Disponible en: <https://revistaparadigma.com.br/index.php/paradigma/article/view/360>
21. Román-García Ó, Bacigalupe A, Vaamonde-García C. Relación de la pornografía mainstream con la salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes. Una revisión de alcance. *Revista Española Salud Pública.* 2021; 95: 1-18. <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/645>
22. Rengifo-Reina HA, Córdoba-Espinal A, Serrano-Rodriguez M. Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. *Revista Salud Pública.* 2012; 14(4): 558-69. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642012000400002
23. López-Villacís NK, Aveiga-Flores ME, Castro-Acosta NC. Conocimiento sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes. *Revista Dominio de las ciencias.* 2020; 6(4): 35-49. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8385941>
24. Marques LR, da Silva MA, Payão LM, da Silva JR, Alves JG. Physical and Psychological Maltreatment of Deaf and Hard of Hearing Children: Frequency and Associated Factors in a Low Socioeconomic Setting. *American Annals of the Deaf.* 2022; 167(4), 503-514. doi: <https://doi.org/10.1353/aad.2022.0046>
25. Losada AV, Muñiz AM. Sexualidad en sujetos con discapacidad intelectual. Mitos y prejuicios como factores de riesgo y vulnerabilidad al abuso sexual. *Revista digital prospectivas en psicología.* 2019; 3(2): 4-15. Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/12792/1/sexualidad-sujetos-discapacidad.pdf>

26. Contreras AF. Marco normativo de la historia clínica electrónica y su incidencia en el ámbito de la protección de datos personales en Colombia. *Revista la propiedad inmaterial*. 2020; 29: 95-116. doi: <https://doi.org/10.18601/16571959.n29.04>
27. Pérez-Blanco A, Sánchez-Valdivieso E. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y Salud Reproductiva en adolescentes mexicanos de medio rural. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2020; 85(5): 505-515. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000500508>
28. Cubillos-Huertas L, Espinosa-Acevedo N y Velasco-Garzón C. Promoviendo la salud sexual y la prevención de ITS VIH/ SIDA en estudiantes de la Universidad Católica de Colombia. [Tesis de pregrado]. Universidad Católica de Colombia. 2021. 197p. [Internet] [Consultado 23 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://repository.ucatolica.edu.co/server/api/core/bitstreams/cc3039ea-969a-4365-817c-c4edfaf1c5a7/content>
29. Martínez-Gómez ML, Gallo-Restrepo NE, Puerta E. Satisfacción en los servicios de salud sexual y reproductiva: perspectiva de jóvenes. Medellín-Colombia. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*. 2021; 26(2): 161–74. doi: <http://dx.doi.org/10.17151/hpsal.2021.26.2.12>
30. Kuenburg A, Fellinger P, Fellinger J. Health Care Access Among Deaf People. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. 2016; 21(1): 1–10. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/deafed/env042>
31. Barrios C, Bisso C, Ciuffardi J, Daners P, Sepúlveda T. Experiencia de las Personas Sordas en la Atención de Salud. *Revista Confluencia*. 2021; 4(2): 116-121. doi: <https://doi.org/10.52611/confluencia.num2.2021.688>
32. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud y derechos sexuales y reproductivos [Internet] [Consultado 8 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/sexual-and-reproductive-health-and-rights#tab=tab_1
33. WHO/UNFPA. Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities: WHO/UNFPA guidance note [Internet] [Consultado 8 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/srh_for_disabilities.pdf
34. UNESCO, ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, ONU Mujeres, OMS. Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad [Internet] [Consultado 8 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000265335>