

**Conocimientos sobre Salud Sexual y Reproductiva en Población con Discapacidad Auditiva: Caso Barranquilla-estudio piloto 2021.**

**Autores**

**Nidia Yaneth Martínez Herrera.**

**Juliana Paola Martínez Rivera.**

**Carolyn Tatiana Orozco Correa.**

**Fradith Ricardo Gómez Bornacelli.**

**Daniela José Villa Sánchez.**

**Daniel De Jesús Quiroz Guardias.**

**Trabajo de investigación presentado en el curso: Proyecto de Grado II**

**UNIVERSIDAD DEL NORTE  
División Ciencias de la Salud  
Programa de Medicina  
Departamento de Salud Pública**

**Barranquilla, mayo 2021**

**Conocimientos sobre Salud Sexual y Reproductiva en Población con Discapacidad Auditiva: Caso Barranquilla-estudio piloto 2021.**

## **Autores**

**Nidia Yaneth Martínez Herrera.**

**Juliana Paola Martínez Rivera.**

**Carolyn Tatiana Orozco Correa.**

**Fradith Ricardo Gómez Bornacelli.**

**Daniela José Villa Sánchez.**

**Daniel De Jesús Quiroz Guardias.**

Trabajo de investigación presentado en el curso: Proyecto de Grado II

## **Asesores**

**Asesor metodológico: Tania Matilde Acosta Vergara MD. MPH. PhD**

**Asesor de contenido: Ana Liliana Ríos García MD. M.Sc**

UNIVERSIDAD DEL NORTE  
División Ciencias de la Salud  
Programa de Medicina  
Departamento de Salud Pública

Barranquilla, mayo 2021

## PÁGINA DE ACEPTACIÓN

---

Director de aspectos metodológicos.

Dra. Tania Matilde Acosta Vergara.

CC.

---

Asesor de contenido.

Dra. Ana Liliana Ríos García.

CC.

---

Jurado

Nombre:

CC.

Barranquilla, mayo 2021

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos a la Fundación Universidad del Norte, y a la oficina de docencia y servicio, así como al comité de ética de la Universidad del Norte por darnos el aval para la realización de este proyecto.

De manera especial, agradecemos a nuestras asesoras, Tania Matilde Acosta Vergara y Ana Liliana Ríos García por su apoyo y guía a lo largo de la realización del proyecto, así como por sus importantes contribuciones al estudio, que permitieron que este se llevara a cabalidad de una forma satisfactoria.

Particularmente, agradecemos a nuestro amigos y familiares por acompañarnos en este proceso, así como a FUNDISOR por apoyarnos y prestarnos sus recursos durante todo el camino, sin ellos esto no habría sido posible.

## contenido

INTRODUCCIÓN	9
1. MARCO TEÓRICO	11
1.1. SOBRE LA SORDERA	11
1.2. SORDERA Y SRR	11
1.3. SEXO Y SEXUALIDAD	12
1.4. CICLO MENSTRUAL, OVULACIÓN, ESPERMATOGÉNESIS, PLANIFICACIÓN FAMILIAR E ITS	12
1.5. DESINFORMACIÓN Y MARGINACIÓN SOCIAL EN PERSONAS CON PCD	13
1.6. ESTUDIOS AL RESPECTO	13
2. ASPECTOS METODOLÓGICOS	15
2.1. TIPO DE ESTUDIO	15
2.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO	15
2.3. VARIABLES	16
2.4. RECOPIACIÓN DE DATOS	18
2.5. ASPECTOS ÉTICOS.	20
2.6. PROCESAMIENTO DE DATOS	20
2.7. ANÁLISIS DE DATOS	22
2.8. PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN	22
3. RESULTADOS	22
4. DISCUSIÓN	27
4.1. FORTALEZAS	30
4.2. LIMITACIONES	30
5. CONCLUSIONES	31
6. RECOMENDACIONES	31
7. COMPLEMENTARIO	32
7.1. BIBLIOGRAFÍA	32
7.2. ANEXOS	35

## Índice de tablas

<b>Tabla 1. Interpretación del instrumento</b>	21
<b>Tabla 2. Estadísticos descriptivos para la variable edad</b>	22
<b>Tabla 3. Características sociodemográficas y lingüísticas de las personas que participaron en el estudio según su nivel de conocimientos en Salud Sexual y Reproductiva</b>	23
<b>Tabla 4. Significancia de las variables sociodemográficas y lingüísticas sobre el nivel de conocimiento de SSR en PcD auditiva</b>	26

## Índice de gráficos

<b>Gráfico 1. Nivel de conocimiento de SSR según Escolaridad</b>	25
<b>Gráfico 2. Nivel de conocimiento de SSR según habilidades de Lectura en español</b>	25
<b>Gráfico 3. Nivel de conocimientos en SSR según habilidades de Escritura en español</b>	25

## Índice de anexos

<b>Anexo 1. Tabla operacionalización de variables</b>	35
<b>Anexo 2. Extracto del cuestionario aplicado</b>	36
<b>Anexo 3. Consentimiento informado</b>	36
<b>Anexo 4. Asentimiento informado</b>	38
<b>Anexo 5. Preguntas entrevista cerrada</b>	39
<b>Anexo 6. Instrumento</b>	40
<b>Anexo 7. Carta de aprobación Comité de ética Universidad del Norte</b>	45
<b>Anexo 8. Tabla análisis variable Lectura de Labios</b>	46

## GLOSARIO

### Abreviaturas

**Db:** decibel.

**EPS:** Entidad Promotora de Salud.

**FENASCOL:** federación nacional para sordos.

**FUNDISOR:** Fundación para la Inclusión Social de Personas Sordas.

**ITS:** Infecciones de Transmisión Sexual.

**PcD:** Personas con Discapacidad.

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**OPS:** Organización panamericana de la salud.

**RLCD:** Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.

**SSR:** Salud Sexual y Reproductiva.

### Definiciones

**Centro de relevo:** es un instrumento gratuito, que fue creado para que las PcD auditiva puedan acceder, desde un dispositivo móvil con conexión a internet, a un intérprete en línea en ocasiones que necesiten hacer diligencias de forma personal para así poder tener una comunicación fluida en el punto de atención.

**Conocimiento adecuado:** Puntaje de 24 - 35 en el instrumento aplicado.

**Conocimiento insuficiente:** Puntaje de 0 - 11 en el instrumento aplicado.

**Conocimiento moderado:** Puntaje de 12 - 23 en el instrumento aplicado.

**Infección de transmisión sexual:** infección que se transmite de una persona a otra a través de una relación sexual.

**Lenguas de señas:** lenguas naturales de la población sorda que han surgido y se han desarrollado al interior de su comunidad, utilizando una gramática y un léxico propios, por lo cual no dependen de las lenguas orales de su entorno.

**Método de planificación:** Prácticas aplicadas al control de la reproducción sexual.

**Pérdida de la audición:** pérdida de la capacidad de oír, ya sea de forma total o parcial.

**Salud sexual:** estado de bienestar mental, físico y social que está relacionado con la sexualidad.

**Salud reproductiva:** dentro del concepto de salud definido por la OMS, abarca los mecanismos de la reproducción y el funcionamiento del aparato reproductor en cada etapa de la vida. Implica la posibilidad de tener una sexualidad segura, satisfactoria y responsable, así como la libertad de tener hijos si se quiere y cuando se desee.

**Sordera:** completa pérdida de la audición en uno o ambos oídos.

:



## RESUMEN

**Introducción:** En Colombia gran parte de la población con discapacidad auditiva experimenta barreras y marginalización en el acceso a servicios de salud y educación sexual de calidad. Los pocos estudios realizados en esta población que evalúan esta problemática han evidenciado que existe una asociación entre la marginalización, las limitaciones, y las barreras de comunicación que se presentan en las Personas con Discapacidad auditiva (PcD Auditiva), y la desinformación respecto al tema de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) en esta población. Con la información obtenida en el presente estudio se pretende describir los conocimientos sobre SSR en PcD auditiva en el distrito de Barranquilla en el año 2021.

**Metodología:** Es un estudio descriptivo transversal observacional, que consistió en un corte transversal analítico de fuente primaria, en donde el muestreo fue tipo bola de nieve, y se empleó un cuestionario estandarizado para evaluar los conocimientos de la población. Se implementó un cuestionario adaptado a lengua de señas con video con intérprete certificado. El instrumento de Google se compone de 50 preguntas: 15 para perfil sociodemográfico junto con lingüística, y 35 para conocimiento de salud sexual y reproductiva, además incluyó enunciados con sus opciones de respuesta. Se realizó un análisis descriptivo de las variables cualitativas a través de frecuencia absoluta y porcentaje, y de las variables cuantitativas por medio de análisis estadístico de significancia.

**Resultados:** En una muestra de 29 personas, de las cuales el 55,2% (n=29) fueron mujeres, se observó que el 65,52% de los participantes tenían un nivel de conocimiento moderado, y solo el 34,48% un nivel de conocimientos adecuado. Ninguna de las asociaciones obtenidas presenta significancia estadística en la comparación del nivel de conocimiento y las variables sociodemográficas de interés, dado que el IC (95%) no es preciso. Respecto a las variables lingüísticas, se observó que el 81,2% de los que no tienen buenas habilidades de escritura en el idioma español presentan un nivel de conocimiento moderado, ascendiendo el porcentaje el caso de la lectura a un 81,8%.

El presente estudio permitió comprobar que es posible realizar cuestionarios por metodología de auto diligenciamiento a PcD auditiva que permitan describir los conocimientos sobre SSR. Como estudio exploratorio se espera que sirva como aporte a futuras investigaciones que busquen abordar a esta población.

**PALABRAS CLAVE:** Sordera, Salud Sexual y Reproductiva, Educación sexual, Infecciones de transmisión sexual, encuestas de población.

## INTRODUCCIÓN

A escala mundial, la pérdida de audición es la discapacidad sensorial de mayor prevalencia, más del 5% de la población mundial (466 millones de personas) padece pérdida de audición discapacitante (432 millones de adultos y 34 millones de niños) (1). En América Latina encontramos una prevalencia de 38.6% de este tipo de discapacidad y a nivel general, según datos censales en Colombia el 1,1% de la población tienen una limitación para oír, más de 450000 personas (2). En este país las PcD auditiva encuentran numerosas barreras para acceder al sistema de salud, educación y al mundo laboral, debido a su imposibilidad de “escuchar” y en algunos casos de leer en español (3).

El conocimiento sobre sexualidad en una gran parte de la población sorda se basa principalmente en creencias y desinformación que han adquirido de personas con las cuales ellos interactúan, que en muchas ocasiones son personas oyentes, con un modelo de comunicación diferente y poco interés por aprender a comunicarse en lengua de señas. La ausencia de su audición les impide percibir información de otros medios o fuentes más veraces los cuales podrían prestar a esta población un conocimiento más enriquecido con respecto a la sexualidad con responsabilidad (4).

Consecuente a esto, en estas comunidades se tiene escasa o nula información verídica sobre la sexualidad, desde temas que abarcan la fisiología hasta la sociología. Las PcD auditiva no sólo desconocen cómo funciona su cuerpo y su sistema reproductor, sino que también tienen numerosos mitos y tabúes que les impiden gozar plenamente de sus derechos sexuales y reproductivos (5).

Dado que se presenta escasez de información en su idioma, las PcD auditiva se enfrentan diariamente a barreras para el acceso a los conocimientos de relevancia en temas de sexualidad integral y responsable y es por esto que tienen mayor susceptibilidad a tener embarazos no deseados, adquirir infecciones de transmisión sexual y sufrir violencia sexual (6).

Debido a lo anterior y a la escasa producción científica sobre este tema nivel nacional y local, se hace pertinente la caracterización de estas poblaciones vulnerables con el objetivo de obtener información verídica sobre sus conocimientos en torno a la sexualidad, para por medio de los resultados del presente estudio sentar bases para futuras intervenciones y/o producción científica que involucre a esta población (7).

La realización de un estudio a consciencia de esta problemática permitirá la creación de una buena práctica que contribuya al empoderamiento de las comunidades sordas sobre sus derechos sexuales y reproductivos. En el año 2003, la Federación Nacional para Sordos (FENASCOL) planteó en el primer taller diagnóstico de la población sorda de Colombia, la necesidad de trabajar el tema de salud sexual con los jóvenes con discapacidad auditiva del país, exponiendo, la falta de acceso a la información y capacitación sobre temas tales como drogadicción y sexualidad para este grupo poblacional, sin embargo, se debe tener en cuenta que esta problemática no se encuentra únicamente determinada por las carencias auditivas y las dificultades para acceder a la información que presentan los jóvenes sordos, es necesario, de igual forma analizar determinantes sociodemográficos, que de una u otra forma incidirán en la salud sexual y sus identidades (8).

Teniendo en cuenta la situación problema anteriormente descrita, se plantean los siguientes objetivos: describir los conocimientos sobre SSR en PcD auditiva en el distrito de Barranquilla en el año 2021. Además, planteamos también la descripción de aspectos sociodemográficos y lingüísticos, y la relación de estos con los conocimientos sobre SSR de esta comunidad.

Con la información obtenida en el estudio se pretende generar conocimiento sobre esta población vulnerable a cerca de la cual poco se ha investigado y descrito, especialmente a nivel local, y de esta forma establecer bases que permitan la creación de material educativo para estas comunidades.

## CAPÍTULOS

### 1. MARCO TEÓRICO

#### 1.1. Sobre la sordera

La sordera, hipoacusia, o disminución auditiva, es la imposibilidad o dificultad para utilizar el sentido del oído a causa de una pérdida de la capacidad auditiva ya sea parcial denominada hipoacusia o total llamada Cofosis. Esta puede ser de características unilateral o bilateral, de rasgo hereditario o como consecuencia de un traumatismo, una enfermedad, una exposición crónica al ruido, o a medicamentos agresivos que afectan el nervio auditivo (9).

Por su lado, la OMS define como pérdida de audición a la pérdida de la capacidad de oír, bien sea total o parcial, en la cual hay una reducción de la audición superior a 40 Db en el oído con mejor audición en adultos y superior a 30 Db en el oído con mejor audición en los niños (1).

Ahora vemos, que la pérdida de audición puede ser leve, moderada, grave o profunda y afectar a uno o ambos oídos. Por un lado, las personas cuya pérdida de la audición es entre leve y grave, por lo general se comunican mediante la palabra y pueden utilizar como ayuda audífonos, implantes cocleares y otros dispositivos, así como los subtítulos. Por otro lado, las personas con pérdida de audición profunda tendrán una limitación de la capacidad para comunicarse con los demás y a menudo se comunican mediante la lengua de señas (9).

En este orden de ideas, se conoce que la falta de estímulos auditivos se transforma en la más importante causa de desórdenes de la comunicación en la niñez, pues representa un gran obstáculo para el desarrollo psicológico y social de los infantes. Como es de esperar, los procesos de adquisición de la lengua oral, desarrollo del lenguaje y aprendizaje, se van a ver afectados en mayor o menor medida, dependiendo de diferentes factores como lo son el grado de pérdida auditiva, la edad del inicio del problema, la etiología, así como del gen implicado, la presencia o ausencia de otras alteraciones sistémicas y si creció en el seno de una familia oyente (9).

#### 1.2. Sordera y SRR

Teniendo en cuenta lo anterior, es deducible que el aprendizaje sobre temas referentes a la SSR se verá afectado, reconociendo esta última como un componente integral de la salud general que no se encuentra limitada a los aspectos relacionados con el aparato reproductor, sus procesos y funciones. Incluye el derecho a la integridad sexual, a la seguridad del cuerpo y a la privacidad, así como a la igualdad al amor, al acceso a la atención de salud, a la expresión, al derecho a elegir, y a la educación (10).

Adicionalmente, Bernstein plantea que la SSR no atañe solo al periodo reproductivo, sino que enfatiza la salud a lo largo del ciclo de la vida de los individuos (10). La SSR se considera como un elemento constitutivo de la salud ya que contribuye a

determinar los niveles de ésta a lo largo del curso de vida de las personas: niñez, adolescencia, periodo reproductivo, menopausia y vejez de hombres y mujeres (11).

Se debe también hacer una distinción entre el concepto de salud sexual y salud reproductiva, teniendo en cuenta que “el concepto de salud sexual destaca la significación de aspectos cualitativos para el ser humano, como el desarrollo personal, el vínculo con los otros, el valor de la afectividad y de la comunicación. El concepto de salud reproductiva hace referencia específicamente a los aspectos procreativos de la relación de la pareja” (12), implicando esta última la posibilidad de tener una sexualidad responsable, segura y satisfactoria, así como la libertad de tener hijos si y cuando se quiera (13).

### **1.3. Sexo y sexualidad**

Otros conceptos importantes para definir son el de sexo y sexualidad; Hay ciertas características biológicas que definen al ser humano como hombre o mujer, a esto se le llama sexo. Este conjunto de características tiende a diferenciar a los humanos como hombres o mujeres, pero no son mutuamente excluyentes pues hay personas que poseen ambos. El término «sexo» en muchos idiomas se utiliza muchas veces en el sentido de «actividad sexual», pero para usos técnicos en el contexto de la sexualidad y los debates sobre salud sexual es preferible la anterior definición. Por otra parte, la sexualidad es un aspecto central de la especie humana que está siempre presente en su vida; comprende el sexo, las identidades y roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Se expresa y se siente por medio de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Aunque la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas se expresan o experimentan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (14).

### **1.4. Ciclo menstrual, ovulación, espermatogénesis, planificación familiar e ITS**

Al adentrarse en la fisiología es menester definir los conceptos de ciclo menstrual, espermatogénesis, ovulación y planificación familiar. El ciclo menstrual normal es el proceso biológico, finamente coordinado, a través de estimulación hormonal, paracrina y autocrina que culmina en la ovulación, proceso en el cual se libera un único ovocito de entre un grupo de cientos de ovocitos primarios presentes en el estroma del ovario (15). Por otro lado, la espermatogénesis es un proceso fisiológico que llevan a cabo los hombres durante toda su vida, se inicia en los niños en la pubertad generalmente entre los 11 y 13 años de edad, en que se presenta La formación de los gametos masculinos o espermatozoides (16).

Es importante también, tener en cuenta el concepto de planificación familiar, necesario cuando de salud reproductiva se está hablando, pues esta permite a los individuos tener el número de hijos que quieren y determinar el intervalo entre los embarazos (17). Para el ministerio de salud y protección social la planificación familiar es el “Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a hombres y mujeres en edad fértil, dentro de los cuales se encuentra la información, educación,

consejería en anticoncepción, incluyendo la entrega de suministros, para que las personas o parejas ejerzan el derecho a decidir libre y responsablemente, si quieren o no tener hijos, así como su número y el espaciamiento entre ellos” (18).

Finalmente, las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un grupo heterogéneo de enfermedades infecciosas cuya transmisión frecuentemente es posible durante las relaciones sexuales y tienen una carga importante sobre el sistema de salud (19).

### **1.5. Desinformación y marginación social en personas con PcD**

La gran desinformación existente en la población con discapacidad auditiva se debe, principalmente, a que desde edades tempranas se topan con las barreras comunicativas, actitudinales y sociales sufriendo las consecuencias de un medio que no está acondicionado para garantizar el máximo desarrollo de sus potencialidades. Para la sociedad en general las PcD, han sido vistas como una comunidad aparte (Segregación), o en otros casos se les integra en la sociedad sin llegar a incluirlos, como por ejemplo al construir colegios exclusivos para PcD en vez de adecuar las instituciones existentes para que estén en capacidad de atenderlos, desperdiciando la oportunidad de normalizar la discapacidad; un estudiante con un compañero con discapacidad en el futuro no se preguntará si las PcD pueden estudiar, trabajar, etc. al haber convivido con ellas normalizará su presencia, su aporte a la sociedad, en consecuencia contribuirá a la eliminación de prejuicios y barreras actitudinales (20).

El desconocimiento de las realidades de las PcD en un grupo importante de ciudadanos conlleva al aislamiento social afectando su desarrollo personal, emocional y educativo lo cual los hace más vulnerables, siendo más propensos a la desigualdad, pobreza, bajos ingresos y menos posibilidades de trabajo afectando en gran manera su calidad de vida (21).

Estudios e investigaciones de autores como Brian Watermeyer y Roy McConkey han demostrado que el común de la población puede sentirse incómodo ante la presencia de PcD, pero infortunadamente la marginalización no se limita a un sentimiento negativo, se materializa como dificultades para adquirir una vivienda digna, transportarse, circular con libertad por los territorios y acceder a servicios de salud y educación, debido a que la forma en que están diseñados no reconocen la existencia de las personas con discapacidad (22)(23).

### **1.6. Estudios al respecto**

Aunque la cantidad de estudios que abordan el tema propuesto es pequeña, existen algunos que han tocado esta problemática, entre ellos se encuentra un estudio cualitativo-interpretativo de orientación procesual, en que se hizo uso técnicas analíticas, realizado por la universidad nacional de Colombia (Bogotá), el cual buscaba describir y analizar las representaciones sociales de la salud sexual en la adolescentes sordos y oyentes de la ciudad de Bogotá. La población estudiada se dividió en tres grupos conformado por sordos usuarios de LSC, oyentes y sordos usuarios de castellano oral. En este estudios se evidenciaron las diferencias en las representaciones sociales de la salud sexual entre los tres grupos, mostrando que para los adolescentes sordos usuarios de LSC es importante en su núcleo figurativo de la representación el goce sexual, el cuidado y la limpieza del cuerpo la cual está

separado del sistema de atención médica que les impone múltiples restricciones, esto dado como una respuesta al temor frente a las ITS, ya que no cuentan con conocimientos y acceso a servicios que les brinden mayor protección frente a los riesgos que puedan afectar su salud sexual. En el grupo de adolescentes oyentes se identificó un modelo que se organiza alrededor de la prevención de las enfermedades, con elementos que dan cuenta de los recursos con que creen contar los adolescentes para prevenir las ITS, como son los métodos anticonceptivos, el amor y la fidelidad, las relaciones convencionales y la responsabilidad. Y en el caso de los adolescentes sordos usuarios del castellano oral el conocimiento sobre salud sexual era identificado como algo fundamental pero carecían de éste, en su lugar se centraban en los valores sociales y los convencionalismos sociales que destacan la pareja, el matrimonio y los hijos, este grupo de adolescentes mostraron conocimientos pocos flexibles que surgen de la transmisión de las creencias, opiniones y valoraciones adquiridas en espacios formales de educación (colegio, universidad y hogar) y a través de los adultos cercanos, pero con confusiones y desinformación (8).

Un estudio realizado en la ciudad de Medellín (Colombia) de carácter cualitativo etnográfico, el cual buscaba Interpretar las percepciones relacionadas con sexualidad en un grupo jóvenes sordos. Para la recolección de información se dividió a los participantes en tres grupos de discusión, el primero mixto, el segundo de hombres y el último de mujeres los cuales fueron moderados por un intérprete. se tocaron temas tales como sexualidad, afectividad, erotismo, reproductividad, género y salud sexual en cada grupo de discusión, además cada participante respondió un cuestionario donde se obtuvo información de lo que pensaban sobre sexualidad, los riesgos considerados en la sexualidad, la opinión sobre las relaciones sexuales, y la opinión sobre la homosexualidad. Los resultados obtenidos mostraron que la falta educación libre de sesgos religiosos y de una comunicación efectiva con la familia adicionado al control desmedido de esta última, se suma a la discapacidad auditiva para aumentar la vulnerabilidad de esta población y pudiendo impedir el disfrute de su sexualidad, llevando como resultado que los conocimientos sobre sexualidad en jóvenes sordos provengan mayormente de la pornografía. Además; se evidenció una desaprobación hacia la masturbación practicada por adultos, asociándose a comportamientos inmaduros. En cuanto a las ITS, manifestaron que hace falta aprendizaje y mostrando una baja percepción del riesgo al señalar como lejana la posibilidad de adquirir una infección. Se observó que el condón fue visto, al igual que suele ocurrir en población oyente, más como un indicador del grado de confianza en una relación en lugar de un método de barrera contra infecciones y embarazos. Los participantes también expresaron miedo a la consulta en salud sexual, atribuido a la desigualdad de poder al interior de una consulta médica y a la necesidad del uso de intermediarios lo cual afecta la privacidad de la consulta (24).

Dentro de la información más reciente relacionada con el tema se encuentra un estudio descriptivo transversal que buscó determinar el nivel de conocimiento y práctica de métodos anticonceptivos modernos en mujeres ciegas y sordas de la ciudad de Addis Abeba en Etiopía. En el cual, se encontró que conocimiento integral sobre planificación familiar entre estas mujeres era bajo y las tasas de embarazos no deseados y abortos eran altas. Concluyendo que las causas de este fenómeno eran principalmente la desinformación, exacerbada por las barreras de comunicación, ausencia de intérpretes en centro de salud y a que la información difundida no se adapta a sus métodos de comunicación (18).

Otro estudio realizado en España en el año 2019 buscó conocer las percepciones y las vivencias de las mujeres sordas respecto a la accesibilidad al servicio de salud público vasco y explorar la experiencia de estas acerca de la violencia de género, arrojando como resultado sentimientos de discriminación y limitación de principio de autonomía, barreras en la accesibilidad del sistema sanitario y vulnerabilidad de las mujeres sordas como consecuencia de la falta de comunicación. Las conclusiones obtenidas a partir de los resultados fueron que las mujeres sordas continúan presentando dificultades para el acceso al sistema de salud (6).

A nivel nacional, encontramos un estudio realizado Barrancabermeja cuyo objetivo fue identificar cuál era la concepción que tenían sobre sexualidad, el concepto de reproductividad, la sexualidad como mecanismo de reproducción y los roles de pareja en el ámbito reproductivo en las PcD auditiva, concluyendo de los resultados que los participantes no tenían claro el concepto de diferencia en lo que se define como sexo masculino y femenino, y que había mucha desinformación frente muchos aspectos, debido a la poca educación sobre sexualidad hacia las PcD auditiva (4).

Cómo evidencian los distintos estudios sobre el tema es probable que exista una relación entre la marginalización, las limitaciones, y las barreras de comunicación que se presentan en las PcD auditiva, y la desinformación respecto al tema de SSR en esta población.

## **2. ASPECTOS METODOLÓGICOS**

### **2.1. Tipo de estudio**

Es un estudio descriptivo transversal, de fuente primaria, donde se adoptó un cuestionario incorporando vídeos con señales y ayudas para lenguaje de señas para sordos. La muestra fue de tipo no probabilístico, intencional mediante procedimiento o técnica de bola de nieve a partir de sujetos que conozcan a otros sujetos sordos. El cuestionario y la estrategia de comunicación al igual que los conocimientos acerca de educación sexual y salud reproductiva se estandarizaron.

### **2.2. Población de estudio**

- Población diana: Personas con discapacidad auditiva de la ciudad de Barranquilla.
- Población accesible: Personas con discapacidad auditiva de la ciudad de Barranquilla, pertenecientes a la Fundación para la Inclusión Social de Personas Sordas (FUNDISOR) y sus redes de apoyo.
- Población elegible: Personas con discapacidad auditiva de la ciudad de Barranquilla, pertenecientes FUNDISOR y sus redes de apoyo, que cumplieron



con los criterios de inclusión y exclusión, lo cuales se describen a continuación.

- Criterios de inclusión:
  - Personas con discapacidad auditiva mayores de 10 años.
  - Personas menores de edad que firmaron asentimiento y padres consentimientos.
  - Personas que firmaron consentimiento.
  - Personas con acceso a internet, que contaron con correo electrónico, computador o celular inteligente para firmar consentimiento informado y responder formularios en línea.
- Criterios de exclusión:
  - Personas con algún otro tipo de discapacidad.
  - Personas con algún trastorno mental diagnosticado que les impidiera contestar la encuesta.

## **2.3. Variables**

**Ver anexo 1:** tabla de operacionalización de variables.

### **2.3.1. Sociodemográficas:**

Se preguntó por la edad en años de los participantes, el género (Hombre, Mujer, prefiero no decirlo), la escolaridad alcanzada, hijos, ocupación y régimen de la EPS a la que pertenecían. Estos elementos se midieron en las variables Edad (Cuantitativa Intervalo), género (cualitativa nominal), escolaridad (cualitativa ordinal), hijos (cualitativa nominal), ocupación (cualitativa nominal), EPS (cualitativa nominal),

### **2.3.2. Lingüísticas:**

Averiguamos acerca de la capacidad para comunicarse en lenguaje de señas colombiana, la hispanidad, el manejo de una lengua extranjera, y si podían o no realizar la lectura de labios. Estos elementos se midieron en las variables LSC (cualitativa nominal), hispanidad: lectura y escritura (cualitativa nominal), Lengua extranjera (cualitativa nominal), y lectura de labios (cualitativa nominal).

### **2.3.3. Salud Sexual y Reproductiva:**

Se indagó cuáles eran los conocimientos sobre ITS que tenían los participantes del estudio (mecanismos de transmisión y síntomas de las enfermedades más prevalentes) también sus conocimientos de planificación familiar (métodos anticonceptivos) y de fisiología reproductiva (ciclo menstrual y espermatogénesis). Esto se hizo mediante las variables Conocimientos sobre ITS (cuantitativa nominal), conocimientos sobre planificación familiar (cuantitativa nominal), Conocimientos sobre fisiología reproductiva (cuantitativa nominal).

### 2.3.3. Definición de variables

#### ➤ Variables sociodemográficas

- **Edad:** tiempo que ha vivido una persona.
- **Género:** grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico.
- **Familia:** tipo de familia en la cual vive el individuo respecto a la presencia o no de otras personas con discapacidad auditiva.
- **Hijos:** si la persona tiene hijos nacidos vivos o adoptados.
- **Escolaridad:** nivel de educación formal que ha alcanzado o está cursando una persona.
- **Ocupación:** actividad en la cual ocupa la mayoría de las horas del día.
- **EPS:** Régimen al que pertenece la Empresa Promotora de Salud a la que se encuentra afiliado.

#### ➤ Variables lingüísticas:

- **LSC:** capacidad para comunicarse en lengua de señas Colombiana.
- **Escritura:** capacidad para comunicarse escribiendo en lengua castellana (Español).
- **Lectura:** capacidad para comunicarse leyendo en lengua castellana (Español).
- **Lengua Extranjera:** capacidad para comunicarse en una lengua diferente al español o la lengua de señas colombiana.
- **Lectura de labios:** capacidad para entender el español hablado a través de la lectura de labios.

#### ➤ Salud Sexual y Reproductiva

- **Conocimiento Adecuado/Ato:** personas que obtuvieron un puntaje de entre 24 y 35 puntos en el instrumento aplicado.
- **Conocimiento Moderado/Medio:** personas que obtuvieron un puntaje de entre 12 y 23 puntos en el instrumento aplicado.
- **Conocimiento Insuficiente/Bajo:** personas que obtuvieron un puntaje de entre 0 y 11 puntos en el instrumento aplicado.

### 2.3.4. Variables confusoras:

Dentro de estas variables, se considera que entre las que pueden ser confusoras se encuentran: Familia, Hijos, Hispanidad, Lectura de labios.

## 2.4. Recopilación de datos

**2.4.1. Fuente de datos:** la fuente de recolección fue primaria. Se aplicó una encuesta auto diligenciada a los participantes del estudio.

**2.4.2. Técnica de recopilación:** el muestreo fue por bola de nieve, iniciándose el proceso de recolección de datos con las personas pertenecientes a FUNDISOR, cuyos directivos facilitaron la lista de contactos con la cual se llevó a cabo este proceso. Previo a la comunicación con los posibles participantes, la institución les notificó la información pertinente a la investigación y que les contactaría telefónicamente. Posteriormente, se procedió a contactar con cada uno, por medio de WhatsApp y correo electrónico, utilizando un video en donde se explicaba quienes estaban realizando la encuesta, cómo podían verificar con la universidad y el comité de ética la veracidad de la misma y a qué teléfonos (WhatsApp) podían comunicarse -utilizando el centro de relevo- en caso de dudas o inquietudes; seguido del link de la encuesta y un breve mensaje escrito en español, utilizando el menor número de conjugaciones y complementos posibles (téngase en cuenta que en la LSC los verbos siempre están en infinitivo y que no existen ciertos aspectos que abundan en nuestra lengua materna, por lo que simplificar el lenguaje facilita que quienes tienen escaso manejo del español nos comprendan). Adicionalmente, para expandir el alcance de la investigación, se añadió un vídeo al final del cuestionario instando a los participantes a compartir el enlace de la encuesta con amigos y familiares con discapacidad auditiva que vivieran en Barranquilla.

**2.4.3. Instrumentos para la recolección de datos:** se utilizó un cuestionario (**Anexo 2**) (<https://forms.gle/TB4sxsFLtkBBo64AA>) cuyos enunciados eran videos ordenados de la siguiente forma: uno introductorio, 2 para consentimiento informado (**Anexo 3**) y asentimiento informado (**Anexo 4**) respectivamente, 15 sobre características sociodemográficas y lingüísticas (**Anexo 5**), 35 pertenecientes al instrumento escogido, uno de despedida, 1 de confirmación. Para la realización de este cuestionario, después de una exhaustiva revisión se prosiguió a escoger un instrumento; dentro de los criterios que se tuvieron en cuenta para la selección se consideró indispensable que respondieran los objetivos específicos, así como que las opciones de respuesta fuesen dicotómicas, con miras a simplificar la interpretación y entendimiento de poblaciones con menor grado de escolaridad; adicionalmente, se limitó la búsqueda a instrumentos cuyo idioma original fuese el español y que hubiesen sido aplicados anteriormente en el territorio nacional. Con esto en mente, se decidió escoger por uno que fue desarrollado en el 2012, por aspirantes al título de obstetras de la Universidad Nacional de San Martín (25), este a pesar de tener un alfa de Cronbach moderada (0,65) cumplía con todos los requisitos y fue utilizado en el 2017 por investigadores en la ciudad de Cartagena de indias en un estudio analítico transversal con una muestra de 424 personas (26). De los ítems evaluados por dicho instrumento, los seleccionados para el cuestionario fueron (**Anexo 6**):

1. Conocimientos sobre Enfermedades de transmisión sexual.
2. Conocimientos sobre métodos de planificación.

### 3. Conocimientos sobre fisiología reproductiva.

Una vez obtenido el aval del comité de ética de la Universidad del Norte el 18 de enero de 2021 (**Anexo 7**), con la guía de un intérprete certificado se prosiguió a interpretar a la LSC las preguntas del cuestionario; esto se realizó por medio de videos. Para tal fin, inicialmente se realizó una discusión con dicho intérprete sobre la esencia de cada pregunta, con especial enfoque en las correspondientes al instrumento, pues teniendo en cuenta que no era una persona relacionada con el tema de investigación, era necesario asegurarse de que comprendiera a cabalidad todo el contenido para así disminuir las posibilidades de que se generara una interferencia en la comunicación; esto también fue importante debido a que por las características gráficas de algunas señas se modificó el orden en el cual se presentaron ciertas preguntas para evitar que una pregunta introdujera una pista o algún sesgo que imposibilitara obtener los conocimientos a priori del participante.

En cuanto al cuestionario, este consistió en un formulario de Google con alrededor de 50 videos y enunciados con sus opciones de respuesta. Cada enunciado escrito en español estaba precedido por su respectivo video donde se interpretó lo que allí decía a la LSC (todos los videos contenían audio y subtítulos en español, algunos contaban con imágenes complementarias). Por su parte, todos los ítems de respuesta también escritos en español, contaron con una imagen alusiva; para el caso concreto de las afirmaciones se utilizó un círculo verde con el símbolo de comprobación en el centro, para las negativas una equis roja; por su parte, para preguntar el género dimos uso a las iconografías que generalmente son usadas en los baños; mientras que para las opciones de: “No sabe / No responde / Prefiero no decirlo” se utilizaron emoticones, estos últimos también se adicionaron en las opciones de respuesta de las variables sociodemográficas que eran cualitativas ordinales, utilizando unos con diferentes grados de expresión facial para dar claridad.

Ahondando en la realización de los videos, primero cada pista audio y video fueron grabados por separado; seguidamente se procedió a la edición, etapa en la cual a cada video se les agregó su respectivo audio, así como subtítulos; y en algunos que el intérprete sugirió, se incluyeron imágenes para facilitar el entendimiento de su contenido; por ejemplo, en las preguntas sobre métodos anticonceptivos se incluyeron ilustraciones de estos.

El primer video fue uno introductorio, en donde se explicaba quienes estaban realizando la encuesta, quienes podían participar, y de qué forma debían responder el cuestionario. Posteriormente se encontraban los videos correspondientes al consentimiento y asentimiento informado, respectivamente; y ante una respuesta negativa a estas secciones, el formulario los derivaba al final de la encuesta, sin permitir que respondiese ninguna otra pregunta. Posteriormente, el formulario se continuaba con 50 videos, de los cuales 15 comprendían las preguntas para determinar el perfil sociodemográfico y lingüístico; y los 35 restantes correspondieron al instrumento, cuyo enunciado presentó una afirmación ante la cual el participante por medio de respuesta dicotómicas debió responder si estaba de acuerdo o en desacuerdo. Por último, se encontraban un video donde se agradecía la participación y se sugería compartir la encuesta con otras PcD auditiva que vivieran en Barranquilla, y uno donde se preguntaba si se había entendido y contestado la encuesta conscientemente, si la respuesta a esta pregunta era negativa, la persona sería devuelta al inicio de la encuesta para su correcta realización.

Es preciso añadir que para la elaboración del cuestionario fue necesario crear un canal en YouTube donde se subieron los videos y se configuraron de tal forma que sólo pudiese accederse a ellos a través de un enlace; Así mismo, se agregó cada video al cuestionario acompañado de su enunciado escrito en español y las opciones de respuesta con sus respectivos símbolos.

Cabe resaltar, que posterior a la interpretación del cuestionario a la LSC, por medio de la fundación se le aplicó la encuesta a una pequeña muestra similar a la que participó en nuestro estudio. Gracias a esto se detectaron algunas preguntas en las que la interpretación por parte de los participantes era confusa, por lo que se prosiguió a realizar las correcciones pertinentes y posteriormente se logró aplicar el cuestionario sin ningún inconveniente.

## **2.5. Aspectos Éticos.**

De acuerdo con los principios establecidos en las pautas CIOMS (27), la declaración de Helsinki (28) y en la resolución N.º 008430 de 1993 (29), y dado que esta investigación se considera como de riesgo mínimo debido a que si bien no se manipulara la conducta de los sujetos de estudio, se trabajara con poblaciones vulnerables, y en cumplimiento con el artículo 6 de la presente resolución, este estudio se desarrolló conforme a los siguientes criterios (30).

Se garantizó que la investigación estuviera sujeta a las normas éticas que aseguran el respeto y la protección de los derechos individuales de los sujetos de estudio, así mismo se tuvo en cuenta la primera pauta CIOMS, que establece el valor social y científico, sin perder de vista, y anteponiendo el respeto y la preocupación por salvaguardar los derechos y el bienestar de las personas participantes y la comunidad donde se realiza la investigación (30).

La investigación responde a una necesidad de salud en un grupo vulnerable, y este podrá beneficiarse de los conocimientos derivados del estudio, cumpliendo entonces con el principio número 20 de la declaración de Helsinki (28).

Finalmente cabe aclarar que la investigación se llevó a cabo cuando se obtuvo autorización del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realizó la investigación; el Consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución el 18 de enero de 2021, mediante el Acta N°227.

## **2.6. Procesamiento de datos**

Después de haber realizado la recopilación de la información, se procedió a extraer y descargar los datos de la encuesta en el programa Excel para la creación de una base de datos, la cual fue depurada posteriormente. Aquí se guardaron los resultados obtenidos de cada participante sobre las variables de interés, las cuales se organizaron en grupos de acuerdo con las divisiones y subdivisiones observadas en la tabla de operacionalización de variables. Posteriormente estos datos se analizaron con la ayuda del programa Epiinfo, donde obtuvimos los resultados estadísticos y las tablas.

Para analizar las respuestas al instrumento se tuvo en cuenta que por cada respuesta acertada se otorga un punto; se consideró, como establece el instrumento, que los conocimientos del participante eran Adecuado/Alto conocimiento, Moderado/Conocimiento medio e Insuficiente/Bajo Conocimiento (**tabla 1**).

**Tabla 1. Interpretación del instrumento**

Puntaje	Clasificación
0 - 11	Insuficiente
12 - 23	Moderado
24 - 35	Adecuado

Sobre los procesos llevados a cabo, es relevante resaltar los cambios y ajustes realizados para el estudio adecuado de las variables, así como la codificación de estas en base a su consideración como un factor de riesgo para un bajo nivel de conocimientos en materia de SSR. Por ejemplo, se recodificó la variable “Puntuación” correspondiente a los resultados en el cuestionario de los participantes y que se relaciona directamente con el nivel de conocimiento de estos en SSR, de acuerdo con las categorías definidas por los rangos de puntuación de cada nivel de conocimiento (Adecuado, Moderado, Insuficiente), ya definidas por el instrumento utilizado.

Para el caso de la variable edad se realizó una agrupación por los intervalos de grupos etarios definidos en la resolución 3280 de 2018 del ministerio de salud (31), correspondientes a los rangos de juventud (18-28 años) y adultez (29-59 años), teniendo en cuenta la distribución de las edades de los participantes de nuestro estudio. Así mismo, con esta variable, debido a su naturaleza, se procedió a analizar las medidas de dispersión relevantes al estudio. Para el resto de variables se tomaron las preguntas del cuestionario y se les asignó el nombre correspondiente a la variable que representaban (Ej. la pregunta “¿actualmente trabajas?” se denominó “Ocupación”) y en las que fuese pertinente se modificaron las opciones obtenidas como resultado de la encuesta: “sí “ y “no”, a categorías que permitieran un mejor entendimiento al momento de la tabulación y análisis de la información obtenida; tomando el caso del ejemplo anterior, las categorías de ocupación se modificaron de “sí” y “no” a “empleado” y “desempleado” respectivamente. Para obtener las medidas de asociación estadística de algunas variables que contaban con más de dos opciones de respuesta se agruparon los datos de manera dicotómica, estableciendo en el programa Epiinfo cuáles eran las opciones que se consideraron de riesgo basados en la bibliografía estudiada.

Para cada variable sociodemográfica y lingüística se halló mediante el programa Epiinfo, su frecuencia y la debida relación entre esta y el nivel de conocimiento en SSR obtenido según la variable de “Puntuación” (previamente recodificada) del cuestionario.

Ya teniendo toda la información debidamente analizada por el programa, habiendo obtenido la frecuencia, así como las tablas de dos por dos, correlacionando las variables sociodemográficas y lingüísticas con los respectivos niveles de

conocimiento obtenidos mediante el cuestionario, se procedió a exportar esos datos nuevamente a Excel donde se obtuvo la información en tablas en base a las cuales se construyeron las tablas y gráficos anexados en el presente informe.

## 2.7. Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo por medio del análisis de las variables cualitativas a través de frecuencia absoluta y porcentaje, y de las variables cuantitativas por medio de medidas de tendencia central y dispersión. Además de esto, se llevó a cabo el análisis cruzado entre las variables sociodemográficas y lingüísticas, con las variables pertenecientes a SSR, con el objetivo de cumplir lo planteado en el objetivo específico número 3. Fueron calculados los OR con su IC al 95%, además fue usada la prueba de Fisher para comparar las características de la población con el nivel de conocimientos obtenidos, y determinar significancia estadística; todo ello realizado mediante el programa estadístico Epiinfo.

## 2.8. Presentación de la información

Los resultados de la investigación se presentaron en tablas y gráficos de las variables más relevantes en el estudio. Se construyeron tablas bivariadas asociando las variables sociodemográficas y lingüísticas con el sexo y el conocimiento general sobre SSR que poseen los individuos implicados en el estudio; en estrecha relación con lo planteado en los objetivos.

En aras de facilitar el análisis e interpretación de las variables correspondientes a escolaridad, EPS, lectura, escritura y LSC se procedió a agrupar y dicotomizar las respuestas obtenidas a dos categorías que permitieran la agrupación de datos de similar significancia estadística, evitando la dispersión teniendo en cuenta la cantidad de datos obtenidos.

## 3. RESULTADOS

Un total de 29 personas fueron incluidas en este estudio cuyas características sociodemográficas y concernientes a la lingüística se describen en las **tablas 2, 3 y 4**. Para la variable edad, se obtuvieron valores mínimo y máximo de 18 y 53 años, respectivamente, con una media de  $32,2 \pm 8,75$  años (**Estadísticos descriptivos para la variable edad**).

Tabla 2. Estadísticos descriptivos para la variable edad

	Media (años)	Mínimo	Máximo	Desviación estándar	Rango intercuartil
Edad	32,2	18	53	8,75	8

De los participantes el 55,2% (n=29) fueron mujeres. Además, fue la población entre 29-59 años (adultez) la de mayor participación en el estudio, comprendiendo un 65,5% (n=29) de la población estudiada.

En este punto es importante mencionar que ninguno de los participantes obtuvo un puntaje correspondiente a un nivel de conocimiento en SSR clasificable como Insuficiente.

Para el caso de las variables de hijos, EPS y núcleo familiar, la distribución de datos entre las opciones es bastante semejante, sin embargo llama la atención en esta última variable que aunque la diferencia entre participantes con núcleo familiar constituido por oyentes y con personas sordas es mínima, los participantes cuyo núcleo tuviese personas sordas presentan puntajes más bajos en los niveles de conocimiento, dando como resultado que un 78,6% (n=14) de las personas con dicho núcleo familiar se clasifican como moderado conocimiento (p=0,14).

Es importante indicar que el 51,7% (n=29) de los participantes en el estudio no presentan grado de escolaridad alguno, sin embargo, la mayoría y en un porcentaje similar, 55,2% (n=29), se encuentra empleado al momento del estudio.

Con respecto a las variables lingüísticas, se observó que un 82,8% (n=29) de los participantes maneja la LSC (p=0,05), y que, aunque un 62,1% (n=29) tiene buenas habilidades para leer en español (p=0,05), este porcentaje disminuye a un 44,8% (n=29) comparado con la escritura (p=0,14). Para el caso del manejo de una lengua extranjera los datos presentan una distribución similar, teniendo un 51,7% (n=29) que no sabe una lengua extranjera y un 48,3% (n=29) residual que sí (p=0,60), siendo los resultados, según los niveles de conocimiento similares (**Características sociodemográficas y lingüísticas de las personas que participaron en el estudio según su nivel de conocimientos en Salud Sexual y Reproductiva**).

Es importante tener en cuenta que ninguna de las asociaciones obtenidas mediante la prueba de Fisher presenta una significancia estadística.

**Tabla 3. Características sociodemográficas y lingüísticas de las personas que participaron en el estudio según su nivel de conocimientos en Salud Sexual y Reproductiva**

	Nivel de Conocimientos*				Total		Valor P <sup>a</sup>
	ADECUADO		MODERADO		N	%	
	N	%	N	%			
<b>Sociodemográficas</b>							
<b>Sexo</b>							
Hombre	3	10,3%	10	34,5%	13	44,8%	0,22
Mujer	7	24,1%	9	31,0%	16	55,2%	
<b>Edad en Rangos</b>							
18-28	4	13,8%	6	20,7%	10	34,5%	0,48
29-59	6	20,7%	13	44,8%	19	65,5%	
<b>Escolaridad</b>							
Ninguna	4	13,8%	11	37,9%	15	51,7%	0,30
Algún grado de escolaridad	6	20,7%	8	27,6%	14	48,3%	



<b>Ocupación</b>							
Desempleado	3	10,3%	10	34,5%	13	44,8%	0,22
Empleado	7	24,1%	9	31,0%	16	55,2%	
<b>Hijos</b>							
Sí	5	17,2%	9	31,0%	14	48,3%	0,63
No	5	17,2%	10	34,5%	15	51,7%	
<b>EPS</b>							
Subsidiado/No sabe	4	13,8%	11	37,9%	15	51,7%	0,30
Contributivo	6	20,7%	8	27,6%	14	48,3%	
<b>Nucleo Familiar</b>							
Oyentes	7	24,1%	8	27,6%	15	51,7%	
Con Sordos	3	10,3%	11	37,9%	14	48,3%	0,15
<b>Lingüísticas</b>							
<b>LSC<sup>b</sup></b>							
Sí	9	31,0%	15	51,7%	24	82,8%	0,42
No	1	3,4%	4	13,8%	5	17,2%	
<b>Lectura<sup>c</sup></b>							
Sí	8	27,6%	10	34,5%	18	62,1%	0,06
No	2	6,9%	9	31,0%	11	37,9%	
<b>Escritura<sup>d</sup></b>							
Sí	7	24,1%	6	20,7%	13	44,8%	0,15
No	3	10,3%	13	44,8%	16	55,2%	
<b>Lengua Extranjera</b>							
Sí	5	17,2%	9	31,0%	14	48,3%	0,60
No	5	17,2%	10	34,5%	15	51,7%	

\*Ningún participante obtuvo un nivel de conocimientos clasificable Insuficiente

<sup>a</sup>Calculado con Prueba de Fischer

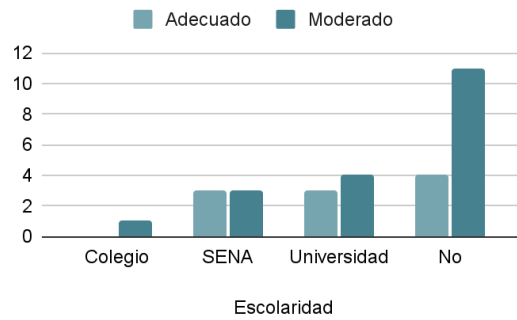
<sup>b</sup>LSC: Manejo de la Lengua de Señas Colombiana

<sup>c</sup>Lectura: Adecuado nivel de lectura en español

<sup>d</sup>Escritura: Adecuado nivel de escritura en español

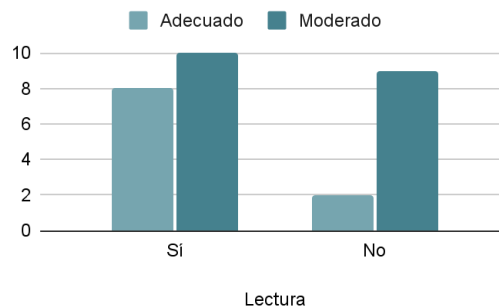
Aunque para el análisis de la variable se dicotomizaron las opciones asociando la exposición a algún grado de escolaridad a mejores niveles de conocimiento en SSR, en el **gráfico 1** se pueden observar los niveles de conocimiento obtenidos por los participantes del estudio asociados al grado de escolaridad en que se encuentran (Colegio, SENA, Universidad, Ninguno); donde no se obtuvieron grandes diferencias entre los niveles de conocimiento obtenidos por los participantes en los diferentes grados de escolaridad, como sí ocurre en la situación de que la escolaridad sea nula, donde el 73,3% (n=15) obtuvo un nivel moderado.

**Gráfico 1. Nivel de conocimiento de SSR según Escolaridad**

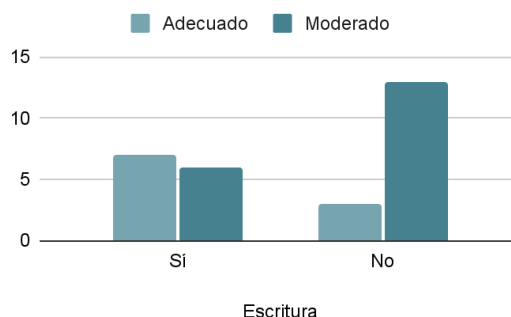


Dentro de las variables lingüísticas, las que se relacionan con la hispanidad: lectura y escritura del español son analizadas independientemente en los **gráficos 2 y 3**, donde se hace evidente que las personas que no poseen buenas habilidades en estos ítems tienen menores niveles de conocimiento en SSR; observándose que el 81,2% (n=16) de los que no tienen buenas habilidades escritura presentan un nivel de conocimiento moderado, ascendiendo el porcentaje el caso de la lectura a un 81,8% (n=11). Por el contrario, quienes sí poseen buenas habilidades, presentan resultados con una distribución bastante similar.

**Gráfico 2. Nivel de conocimiento de SSR según habilidades de Lectura en español**



**Gráfico 3. Nivel de conocimientos en SSR según habilidades de Escritura en español**



Al analizar las variables sociodemográficas encontramos que en las personas de edad entre 29 y 59 años, sexo masculino, personas sin ningún grado escolaridad, desempleadas, pertenecientes al régimen subsidiado y aquellos en los cuales su núcleo familiar incluye otras personas con discapacidad auditiva se observó una tendencia que muestra asociación entre estos grupos y un nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva moderado, esta misma asociación se pudo

evidenciar en los grupos que no sabían lengua de señas colombiana, en aquellos que no sabían leer o escribir en español y en los que no dominaban alguna lengua extranjera; todas estas asociaciones dadas por un OR >1. Por otro lado, al estudiar la variable hijos se encontró que el grupo que no tenía hijos presentó un OR= 0,92 dando como resultado una asociación negativa. Es importante resaltar que el IC 95% que acompaña a cada OR oscila por debajo de 1 en su límite inferior y por encima de 1 en el límite superior, esto dado por el pequeño tamaño de la muestra, por lo tanto, las asociaciones mostradas no muestran una significancia estadística (**tabla 4**).

**Tabla 4. Significancia de las variables sociodemográficas y lingüísticas sobre el nivel de conocimiento de SSR en PcD auditiva**

	Conocimiento adecuado sobre salud sexual y reproductiva	
	OR	IC (95%)
<b>Sociodemográficas</b>		
<b>Edad</b>		
18-28	REF	
29-59	1,08	0,20 - 5,87
<b>Sexo</b>		
Mujer	REF	
Hombre	2,59	0,51 - 13,16
<b>Escolaridad</b>		
Algún grado de escolaridad	REF	
Ninguna	2,06	0,43 - 9,80
<b>Ocupación</b>		
Sí	REF	
No	2,59	0,51 - 13,16
<b>Hijos</b>		
Sí	REF	
No	0,92	0,18 - 4,90
<b>EPS</b>		
Contributivo	REF	
Subsidiado/No sabe	2,06	0,43 - 9,80
<b>Núcleo Familiar</b>		
Oyentes	REF	
Con sordos	3,21	0,63 - 16,38
<b>Lingüísticas</b>		
<b>LSC<sup>a</sup></b>		
Sí	REF	

No	2,4	0,23 - 24,96
<b>Lectura<sup>b</sup></b>		
Sí	REF	
No	3,6	0,60 - 21,61
<b>Escritura<sup>c</sup></b>		
Sí	REF	
No	5,05	0,96 - 26,66
<b>Lengua Extranjera</b>		
Sí	REF	
No	1,11	0,24 - 5,14

<sup>a</sup>LSC: Manejo de la Lengua de Señas Colombiana

<sup>b</sup>Lectura: Adecuado nivel de lectura en español

<sup>c</sup>Escritura: Adecuado nivel de escritura en español

#### 4. DISCUSIÓN

El presente estudio pretendió estimar los niveles de conocimiento sobre SSR en PcD auditiva del distrito de Barranquilla en el año 2021. Para ello se tomó en cuenta la poca evidencia disponible en conceptos asociados a la discapacidad, la marginación y cómo esto afecta las dinámicas de adquisición de conocimientos por parte de estas comunidades. En base a ello, se logró generar un cuestionario autodilucidado que permitió la clasificación de los participantes del estudio en los niveles de conocimiento establecidos. Un factor importante a resaltar es que debido al tamaño de la muestra los resultados obtenidos en cada una de las variables analizadas no tuvieron significancia estadística, no obstante, no se considera que esto reste valor a la investigación; debido a que, como un primer acercamiento dejó importantes lecciones que servirán a futuras investigaciones que busquen abordar poblaciones con discapacidad auditiva; y como logro principal, consideramos la posibilidad de realizar un cuestionario autodilucidado y aplicarlo en esta población.

Al incluir la variable edad se partió de la premisa que la mayor edad sería un factor de riesgo, la literatura nos dice que las personas sordas han quedado relegadas de las campañas tradicionales de concientización y comunicación de SSR; los estados han fallado en adecuar o realizar los ajustes necesarios desde generaciones pasadas (32); además, es factible que las nuevas tecnologías hayan hecho que la información pudiese llegar a los más jóvenes (de 18 a 28 años) a través de las redes sociales; sin embargo nuestros resultados indicaron que era un factor de riesgo con poca potencia, para las personas con mayor edad (de 29 a 59 años) nada más era 1,08 veces más probable la tenencia de un menor nivel de conocimientos; cabría cuestionarse si sucedió lo contrario, ¿la exposición a redes sociales acabó jugando en contra del acceso a información veraz?, ¿O quizá se debe a que con la edad la interacción con el sistema de salud es mayor?(6).

Respecto al sexo, debido a que consultan con mayor frecuencia a ginecología, y a los controles prenatales se supondría que tienen mayores probabilidades de conocer

sobre SSR, teoría que fue respaldada por nuestros resultados; las mujeres tenían 2,59 veces más probabilidades de tener mejores resultados que los hombres. Un estudio cualitativo realizado en la ciudad de Bogotá reportó que el imaginario de las masculinidades era bastante limitado, centrándose en el placer y la prevención de las ITS; mientras que las feminidades iban más allá y les preocupaban aspectos como la higiene de los genitales, prevención de ITS, el amor romántico y los valores dentro de las relaciones de parejas; lo cual soporta nuestros hallazgos (8).

Es fuertemente llamativo que dentro de la población que participó del estudio únicamente dos hombres entre los 18 y 28 años esto limitó seriamente los resultados del OR, debido a esto es factible que en futuras investigaciones estas variables arrojen un valor completamente contrario a la tendencia de este estudio. Cabe entonces preguntarse ¿Por qué los hombres en este rango de edad tuvieron una menor participación?, ¿Futuras investigaciones deben tomar acciones o hacer mayor búsqueda activa de este grupo poblacional?

Para futuras investigaciones se sugiere fuertemente reemplazar el muestreo por bola de nieve, es factible que esta decisión, por la cual se debió optar debido a la situación epidemiológica, fuese el desencadenante de la poca potencia estadística de los resultados; siendo este el caso, se sugiere que futuras investigaciones establezcan una muestra acudan con dispositivos electrónicos a las reuniones que tiene la comunidad y se dividan en grupos que capten participantes y garanticen un mínimo de respuestas por cada variable a evaluar, al menos en lo referente a edad y sexo.

Respecto a la escolaridad se hipotetizó que sería un factor protector, considerando que la organización panamericana de la salud (OPS) lo cataloga como un determinante social en salud, consiguientemente la educación juega un papel importante en el bienestar y la sexualidad, así mismo un estudio realizado en el valle de Aburrá partió de esta misma hipótesis, como sustento de esta teoría también encontramos un documento en el mismo sentido del banco mundial. De lo observado en los resultados, aquellas personas sin algún grado de escolaridad son dos veces más propensas a no obtener puntajes adecuados en el presente estudio (31)(32).

A pesar de que no se obtuvo ningún resultado que el instrumento calificaba como insuficiente a juicio del equipo investigador cualquier resultado menor que aceptable es un fracaso del sistema de salud y de educación; sobre todo al ver la amplitud de los intervalos del instrumento; para mayor detalle puede revisarse la Interpretación del instrumento. Investigaciones por desarrollar, que opten por crear y validar su propio instrumento deberían tener en cuenta esto a la hora de definir los puntajes y su interpretación.

En referencia a la ocupación se partió del principio que la mayor socialización y el encontrarse en un ambiente laboral podría influir en la aprehensión de conocimientos, sin embargo, una investigación realizada en suiza comparó los efectos de la salud de los distintos tipos de trabajo en oyentes y sordos; encontrando que aquellos empleos con alto nivel de estrés tenían resultados negativos; El próximo censo en Colombia debería incluir qué tipo de trabajo tiene la población con discapacidad, para investigaciones científicas puedan tener este factor confusor en cuenta, otra opción sería realizar de forma independiente una amplia caracterización, ya que en el 2015 el apartado de personas con discapacidad fue adicionado a las carreras ante la presión mediática y no fue producto de un análisis concienzudo de lo que necesita

saber la comunidad científica, para realizar estudios; o el mismo estado para realizar intervenciones (33).

Respecto al número de hijos, se pensó que debido a que en Colombia el Ministerio de Salud y Protección Social recomienda la educación de las madres en temas como la lactancia materna, violencia sexual, derechos sexuales y reproductivos, así como la interrupción voluntaria del embarazo, consideramos que aquellas personas con hijos podrían tener mejores resultados en el cuestionario; no obstante, el OR fue bastante cercano al uno, quizá debido al tamaño de la muestra. Ahora, importante con esta variable, ¿Debería preguntarse exclusivamente a mujeres?, ¿O de preguntarse en los hombres, habría que interrogar por su participación en el cuidado de los hijos y acompañamiento en controles prenatales? (34).

Al abordar la variable EPS se intentó averiguar si el tipo de régimen al cual estuviera afiliado el individuo resultaba influyente en sus conocimientos, debido a que en nuestro país, a pesar de la gran cobertura del sistema de salud, y que el Plan Obligatorio de Salud sea el mismo para ambos regímenes, las redes a las cuales puede acceder el individuo en consulta externa no son las mismas; los afiliados al régimen subsidiado están dos veces más en riesgo que los afiliados al régimen contributivo (35).

Aunque, lo cierto es que una alta proporción de los encuestados el tipo de régimen al que se encuentra afiliado, se decidió incluir este porcentaje al subsidiado, bajo el supuesto que aquellas personas que pertenecen al régimen contributivo, y deben aportar económicamente a este, probablemente tendrían mayores posibilidades de identificar o saber dicha información. Por otro lado, esto también revela algo preocupante, si la población no entiende el sistema en el cual se encuentra inmerso, es más probable que no sepa identificar cuándo se vulneran sus derechos, o que no sepa cómo o dónde hacerlos valer; este resultado exhorta que se realicen inversiones en esta población, no suficiente con que en un recuadro minúsculo de las pantallas se coloque a un intérprete señando a gran velocidad; es necesaria la producción de una serie de videos que aporten conocimientos sobre sexualidad, higiene íntima, fisiología reproductiva, ITS y métodos anticonceptivos; no solo porque estudios cualitativos han demostrado que es lo que les preocupa a las PcD auditiva, sino como un deber constitucional de garantizar el derecho a la igualdad de estas personas (8)(24).

Una de las soluciones que se plantean es la creación de una serie de videos, una biblioteca, en lengua de señas colombiana; en EE. UU. Ya cuenta con una herramienta parecida que ha tenido acogida e impacto positivo que podría replicarse en el territorio nacional (36).

Antes de abordar el resto de variables es necesario tener en mente que las implicaciones del congreso de Milán todavía están impactando nuestra realidad, aunado con que en el imaginario colectivo está una disminución de la valía de la lengua de señas, muchas personas la ven como mímicas, un lenguaje o mofas; inclusive profesionales formados y encargados de atender a PcD auditiva, por tal motivo era indispensable evaluar si los conocimientos de lectura, escritura, LSC o una lengua extranjera tenían en los conocimientos (37)(38).

La composición del núcleo familiar claramente es un factor diferenciador, sin

embargo, debemos anotar que futuras investigaciones podrían ahondar en esta variable, no solo preguntar por la presencia o no de PcD auditiva en la familia, como se hizo en el presente estudio, sino interrogar si hay oyentes con conocimientos de lengua de señas; puesto que este hecho podría cambiar el acceso a información, no obstante es factible que el pudor, la vergüenza y factores religiosos sesguen el apoyo que pudiese recibir o cohíban a la persona sorda de preguntarle a sus familiares, inclusive si ellos supieran lengua de señas.

El equipo investigador espera que el presente trabajo sirva para dar luces e incentivar la investigación cuantitativa en PcD auditiva.

#### **4.1. Fortalezas**

Al tratarse de un estudio de corte transversal, este permitió la obtención de datos en un corto periodo de tiempo, además de evidenciar la frecuencia de múltiples variables asociadas a las características sociodemográficas y lingüísticas de la población estudiada; así como la clasificación de los participantes en el estudio en niveles de conocimiento en SSR de acuerdo a los resultados obtenidos mediante el instrumento, de una manera relativamente sencilla.

De la generación de un cuestionario autodilucidado, siendo este un estudio de fuente primaria, se resalta que se logró forjar un vínculo con una población vulnerable, generando adaptaciones que permitieron eliminar barreras comunicativas. Asimismo, el articularse con una fundación compuesta por PcD auditiva permitió que de forma indirecta y anónima se recibiera retroalimentación sobre el cuestionario, y ulteriormente facilitó el abordaje y relacionamiento con esta comunidad; debido a que, es preciso acotar, la comunidad sorda da mucha valía a su idioma, y siempre preferirán comunicarse con alguien señando, antes de escribir o hacer uso del centro de relevo; esto se precisa sin la intención de menospreciar la crucial tarea que cumplen estos servicios, sino para resaltar la importancia de contar con una persona que tienda puentes entre los investigadores y la comunidad.

Un punto importante sobre la retroalimentación recibida es que arrojó que las señas utilizadas por el intérprete en una pregunta particular fueron demasiado elaborada. Tal y como sucede en cualquier otro idioma en la LSC es posible que el léxico utilizado pueda ser demasiado elevado, dificultando la comprensión de aquellas personas con menor grado de escolaridad; es por esto que se tuvo la necesidad de retirar del estudio una variable confusora: la Lectura de labios, ya que se obtuvo un menor índice de respuesta (para enterarse de los resultados de dicha pregunta favor consultar el anexo 8: **Análisis variable Lectura de Labios**).

#### **4.2. Limitaciones**

La barrera del idioma fue quizás la mayor de las limitaciones del estudio, puesto que provoco dificultades a la hora de contactar a la población, esto sumado al contexto de la crisis sanitaria por COVID-19 que imposibilitó el contacto directo de los investigadores con la población estudiada, limitó el tamaño de la muestra y el tipo de muestreo

El tamaño de la muestra se considera una de las limitaciones de este estudio, ya que

no permitió obtener resultados estadísticamente significativos.

## **5. CONCLUSIONES**

El presente estudio permitió comprobar que es posible realizar cuestionarios por metodología de autodiligenciamiento en PcD auditiva, si bien debido al tipo de muestreo los hallazgos no fueron significativos; si se logran producir recomendaciones para futuras investigaciones; así mismo en la aplicación del instrumento y gracias a la retroalimentación de los participantes se plantearon preguntas importantes sobre las variables evaluadas.

La falta de significancia estadística no resta el valor, que como estudio exploratorio confiere a la investigación, siendo pioneros en aplicar un estudio cuantitativo en esta población; se espera que nuestro trabajo promueva otras investigaciones. Con los ajustes necesarios, cualquier población puede ser objeto de estudio.

## **6. Recomendaciones**

Para futuros estudios se proponen las siguientes recomendaciones:

1. Posterior a la realización del cuestionario, se sugiere que un nativo de la lengua de señas con formación académica realice la supervisión o aprobación de los videos, cerciorándose de la fluidez del intérprete, y de la neutralidad de las señas.
2. Es importante resaltar que dentro de la lengua de señas también existen dialectos y regionalismos, factores que deben tenerse en cuenta a la hora de realizar los videos; los investigadores y el nativo asesor, deben tener claro en qué región del país planea realizarse el estudio y en qué tipo de población.
3. Cada vídeo debe contar con un fondo de un solo color, tiene que verse con claridad el marco de referencia, y también es necesario que contenga doblaje y subtítulos en español, para cobijar a aquellos individuos hipoacúsicos, o que hayan sido instruidos con español signado.
4. Sugerimos agregar al final de la encuesta la pregunta “¿Entendiste y respondiste a conciencia las anteriores preguntas?”, así si la persona responde negativamente, sea regresada al inicio del formulario para que lo pueda responder de forma adecuada.
5. Contar con el apoyo de una fundación u organización para ser introducido a la población y recibir a través de ellos retroalimentaciones sobre el formulario.
6. Crear un sistema de codificación individual en los formularios.
7. Hacer búsqueda activa de la población, evitar el muestreo por bola de nieve.
8. Enfoque específico la variable del núcleo familiar, hace falta mayor investigación.



## 7. COMPLEMENTARIO

### 7.1. Bibliografía

1. World Health Organization. Sordera y pérdida de la audición [Internet]. 2019. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>
2. Instituto Nacional para Sordos, Ministerio de Educación. Contexto General de la Población Sorda en Colombia [Internet]. 2016. Available from: [file:///C:/Users/Julia/Downloads/Infog\\_pan\\_sordos\\_Col\\_sept2016.pdf](file:///C:/Users/Julia/Downloads/Infog_pan_sordos_Col_sept2016.pdf)
3. Fundación Sonrisas Que Escuchan. Datos Estadísticos. 2020; Available from: <http://sonrisasqueescuchan.org.gt/estadisticas/>
4. Angarita Julio E, Calzada Solano DP. Conception of sexuality in the population status of hearing impaired belonging to the association of the deaf Barrancabermeja. *Rev Educ Inclusiva*. 2015;8(3):107–20.
5. Mprah WK. Knowledge and use of contraceptive methods amongst deaf people in Ghana. *African J Disabil*. 2013;2(1):1–9.
6. Luengo-Rubalcaba S, Abad-García R, Tíscar-González V. Accessibility of deaf women to the public health system of the Basque Country (Spain). *Gac Sanit* [Internet]. 2019;(3). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.03.004>
7. Vos T, Abajobir AA, Abbafati C, Abbas KM, Abate KH, Abd-Allah F, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017 Sep 16;390(10100):1211–59.
8. Collazos Aldana J. Representaciones sociales de la salud sexual de adolescentes sordos y oyentes en la ciudad de Bogotá. *Pensam psicológico*. 2012;19(2):35–7.
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Abecé Salud Auditiva y Comunicativa “Somos todo oídos” ¿Qué es la Salud Auditiva y Comunicativa?
10. Flórez CE, Soto VE. El estado de la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe : Una visión global. Banco Interam Desarro [Internet]. 2008;1–61. Available from: [http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/search/resources/santiago\\_pubwp-632\\_esp.pdf](http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/search/resources/santiago_pubwp-632_esp.pdf)
11. Organización Mundial de la Salud. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. *Hum Reprod Program* [Internet]. 2018;1–12. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>
12. Youth Coalition for Sexual and Reproductive Rights; Family Care International. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la salud sexual y reproductiva. 2008;
13. Cleland J. Illustrative questionnaire for interview-surveys with young people. Asking Young People About Sexual and Reproductive Behaviors. Illustrative Core Instruments, Geneva: World Health Organization. Geneva World Heal Organ [Internet]. 2001;3–55. Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/adolescence/questionnaire.pdf>
14. Pérez de la Fuente O. Las personas sordas como minoría cultural y lingüística.
15. Thiyagarajan DK, Jeanmonod R. Physiology, Menstrual Cycle [Internet]. StatPearls. StatPearls Publishing; 2019 [cited 2021 May 27]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29763196>
16. Portal Académico del CCH. Espermatogénesis [Internet]. [cited 2021 Jun 8]. Available from: <https://portalacademico.cch.unam.mx/biologia1/gametogenesis/espermatogenesis>
17. Hikim APS, Lue YH, Wang C, Swerdloff RS. Spermatogenesis and Germ Cell Death. In: *Male Reproductive Function* [Internet]. Springer US; 2007 [cited 2021 May 27]. p.

- 19–39. Available from: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-0-585-38145-9\\_2](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-0-585-38145-9_2)
18. Yimer AS, Modiba LM. Modern contraceptive methods knowledge and practice among blind and deaf women in Ethiopia. A cross-sectional survey. BMC Womens Health [Internet]. 2019 Nov 29 [cited 2021 May 27];19(1):1–13. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0850-y>
  19. Sánchez CL, Pineda F. Guía para la atención en planificación familiar a hombres y mujeres. 2015;50. Available from: [http://www.med-informatica.net/TERAPEUTICA-STAR/PlanificacionFamiliar\\_GuiasParaHombresyMujeres\\_quias10.pdf](http://www.med-informatica.net/TERAPEUTICA-STAR/PlanificacionFamiliar_GuiasParaHombresyMujeres_quias10.pdf)
  20. Díez M, Díaz A. Infecciones de transmisión sexual: epidemiología y control. Rev española Sanid Penit. 2011;13(2):58–66.
  21. Munoz-Baell IM, Ruiz MT. Empowering the deaf. Let the deaf be deaf. J Epidemiol Community Health. 2000;54(1):40–4.
  22. Watermeyer B. “I Don’t Have Time for an Emotional Life”: Marginalization, Dependency and Melancholic Suspension in Disability. Cult Med Psychiatry [Internet]. 2017 Mar 1 [cited 2021 May 27];41(1):142–60. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11013-016-9503-x>
  23. McConkey R. Measuring public discomfort at meeting people with disabilities. Res Dev Disabil [Internet]. 2015 Oct 1 [cited 2021 May 27];45–46:220–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26263408/>
  24. Gil-Cano PA, Navarro-García AM, Serna-Giraldo C, Pinzón-Seguro M. Sexualidad: las voces de un grupo de sordos de Medellín (Colombia). Rev Fac Nac Salud Pública. 2019;37(2).
  25. Navarro Álvarez ME, López Vásquez AI. “Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en Adolescentes de la urbanización Las Palmeras – Distrito de Morales. Periodo Junio - Setiembre 2012”. Univ Nac San Martín [Internet]. 2012 [cited 2021 May 27]; Available from: <http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/2290>
  26. Díaz C. Conocimientos En Salud Sexual Y Reproductiva Asociados a La Prevalencia De Embarazos En Adolescentes En Cartagena De Indias en el año 2017. 2017;1–52.
  27. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, [Internet]. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. 2016. 136 p. Available from: [www.paho.org](http://www.paho.org)
  28. World Medical Association. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. [cited 2021 Jun 11]. Available from: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
  29. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución N° 008430 de 1993. 1993;1(August):117–25.
  30. Comité de ética para la investigación científica facultad de salud UIS. Guía para la elaboración de las consideraciones éticas en la investigación con seres humanos/no humanos. 1993;1989:1–2. Available from: <http://www.unilibrebaq.edu.co/unilibrebaq/Ciul/documentos/COMITE/ModConsEticas.pdf>
  31. Fernanda L, Medina O, María Álvarez Á, Cadavid ÁP, Darío W, Maya C. ¿Qué saben los hombres del valle de Aburrá acerca de la salud reproductiva? Vol. 25. 2011.
  32. Banco Mundial. Embarazo Adolescente y Oportunidades en América Latina y el Caribe [Internet]. 2012 [cited 2021 Jun 08]. Available from: [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org)
  33. El País. La crítica de Jeison Aristizábal sobre la inclusión de la discapacidad en el Censo. 2018 [cited 2021 Jun 08]; Available from: <https://www.elpais.com.co/california/critica-de-jeison-aristizabal-sobre-inclusion-de-discapacidad-en-censo.html>
  34. Ministerio de Salud y Protección Social. Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio [Internet]. [cited 2021 May 27]. Available from:

- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/Guía.completa.Embarazo.Parto.2013.pdf>
35. Congreso de la República de Colombia. Ley número 100 de 1993 [Internet]. 1993 [cited 2021 May 27]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>
  36. CDC. Sexual Health Video Library for Use by Deaf Communities [Internet]. [cited 2021 May 27]. Available from: <https://www.cdc.gov/prc/resources/tools/sexual-health-video-for-deaf-communties.html>
  37. Sánchez SV. La lingüística de las Lenguas de Señas como herramienta de reivindicación política: problemas ideológicos y epistemológicos. 2016 [cited 2021 May 27];26. Available from: [www.revel.inf.br/esp](http://www.revel.inf.br/esp).
  38. Chaveiro N, Alves Barbosa M, Porto CC. Literature revision about the attendance of deaf patient by health professionals [Internet]. Vol. 42, Rev Esc Enferm USP. 2008 [cited 2021 May 27]. Available from: [www.ee.usp.br/reeusp/578](http://www.ee.usp.br/reeusp/578)

## 7.2. Anexos

### Anexo 1. Tabla operacionalización de variables


Tabla de Operacionalización de Variables de Estudio					
MACROVARIABLE	VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS
<b>Sociodemográficas</b>	Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Cuantitativa	Intervalo	[18 – 28], [29-59]
	Sexo	Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico	Cualitativa	Nominal	Hombre, Mujer, prefiero no decirlo.
	Hijos	Número de hijos, nacidos vivos o adoptados, que tenga una persona	Cualitativa	Nominal	Sí, No
	Escolaridad	Nivel de educación formal que ha alcanzado o está cursando una persona	Cualitativa	Ordinal	Ninguna, Colegio, SENA.
	Nucleo familiar	Tipo de familia en la cual creció el individuo, respecto a la presencia o no de otras personas con discapacidad auditiva.	Cualitativa	Nominal	Familia de oyente, Familia con Sordos.
	Ocupación	Actividad en la cual ocupa la mayoría de las horas del día	Cualitativa	Nominal	Empleado, Desempleado.
	EPS	Afiliación al sistema de salud a través de una Empresa promotora de salud	Cualitativa	Nominal	Régimen subsidiado, Régimen contributivo, No sabe/No responde
<b>Lingüísticas</b>	LSC	Capacidad para comunicarse en lengua de señas Colombiana	Cualitativa	Ordinal	Bueno, regular, malo
	Lectura	Capacidad para leer en lengua castellana (Español)	Cualitativa	Ordinal	Bueno, regular, malo
	Escritura	Capacidad para escribir en lengua castellana (Español)	Cualitativa	Ordinal	Bueno, regular, malo
	Lengua Extranjera	Capacidad para comunicarse en una lengua diferente al español o la lengua de señas colombiana	Cualitativa	Nominal	Sí, No
<b>Salud Sexual y Reproductiva</b>	Nivel de conocimientos en Salud Sexual y	Nivel de conocimientos clasificado de acuerdo a los parámetros de puntuación establecidos por el	Cualitativa	Ordinal	Adecuado, Moderado, Insuficiente.

	Reproductiva	instrumento usado para el estudio.			
--	--------------	------------------------------------	--	--	--


## Anexo 2. Extracto del cuestionario aplicado

**SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN PcD AUDITIVA**  
Barranquilla, Atlántico - 2021  
**\*Obligatorio**


**INTRODUCCIÓN**




**ASENTIMIENTO INFORMADO**



¿ESTAS DE ACUERDO CON PARTICIPAR DE ESTA INVESTIGACIÓN? (Asentimiento)




No Acepto




Sí, acepto


¿Te identificas como hombre, como mujer, o prefieres no decirlo?




¿Te identificas como hombre, como mujer, o prefieres no decirlo? \*



Hombre




Mujer




Prefiero no decirlo


**CONSENTIMIENTO INFORMADO**



¿ESTÁS DE ACUERDO EN PARTICIPAR DE ESTA INVESTIGACIÓN? (consentimiento informado) \*



Sí, acepto



No acepto

## Anexo 3. Consentimiento informado

### Consentimiento informado.

**Salud Sexual y Reproductiva en Personas con Discapacidad Auditiva del distrito de Barranquilla en el año 2021.**

**Este formulario de consentimiento informado es para voluntarios mayores de edad y padres de menores con discapacidad auditiva entre las edades de 10 a**

**17 años, a quienes les vamos a pedir que participen en la investigación sobre Salud Sexual y Reproductiva en Personas con Discapacidad Auditiva del distrito de Barranquilla en el año 2021.**

El Grupo de estudiantes de medicina de la Universidad del Norte, conformado por los estudiantes Daniel Quiroz, Nidia Martínez, Juliana Martínez, Carolyn Orozco, Daniela Villa y Fradith Gómez; asesorado por las docentes Ana Liliana Ríos y Tania Acosta Vergara está realizando un proyecto de investigación, cuyo objetivo es Determinar los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva en personas con discapacidad auditiva, entendiendo que la salud sexual y reproductiva son un componente integral de la salud en general y se encuentran limitadas a aspectos relacionados con el aparato reproductor, sus procesos y funciones, pero más allá de este límite, son un derecho que incluye la integridad sexual, la seguridad sexual del cuerpo y privacidad, igualdad al amor, acceso a la atención de salud, la expresión, el derecho a elegir y la educación.

Le invitamos a formar parte de esta investigación porque es importante que se conozca sobre este tema y ya que su hijo/a pertenece a esta comunidad, Nos gustaría saber si usted permitiría su participación .

Distintas investigaciones han arrojado algo de luz sobre esta problemática, sin embargo, no se puede presuponer cómo se ven afectadas las comunidades en Barranquilla a menos que se investigue al respecto.

**Procedimientos:** Si Usted acepta participar y que hijo(a) también participe en el estudio, ocurrirá lo siguiente:

1. Aplicación de cuestionarios sobre salud sexual y reproductiva.

**Molestias:** Al participar en esta investigación es posible que su niño/a experimente alguna molestia, por ejemplo, leve estrés durante la realización del cuestionario

**Beneficios:** Si su hijo/hija participa en esta investigación, puede beneficiarse de los conocimientos obtenidos, y aprender sobre métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual. Puede que no haya ningún beneficio para la sociedad en el presente estado de la investigación, pero probablemente se beneficiarán generaciones futuras.

**Confidencialidad:** El estudio no puede ser divulgado ni tampoco puede manipularse el material sin autorización del personal encargado. La información acerca de su niño/a recolectada por la investigación será aislada y solo los investigadores podrán verla. El conocimiento que obtendremos de este estudio se compartirá con usted antes de que se haga ampliamente disponible al público. No se compartirá información confidencial. Habrá pequeños encuentros en la comunidad y estos se anunciarán. Después, se publicarán los resultados para que otras personas interesadas aprendan de la investigación.

Su decisión de que su niño/a participe en este estudio es completamente voluntaria. Es su decisión el que su niño/a participe o no. Usted puede también cambiar su decisión más tarde y dejar de participar, aún cuando haya aceptado previamente

**Contacto:** Ante cualquier duda se puede comunicar a los siguientes correos electrónicos: [dguardias@uninorte.edu.co](mailto:dguardias@uninorte.edu.co); [pjrivera@uninorte.edu.co](mailto:pjrivera@uninorte.edu.co); [nymartinez@uninorte.edu.co](mailto:nymartinez@uninorte.edu.co). También puede comunicarse con el comité de ética de la universidad: Enf. Daniela Díaz Agudelo Presidente. Comité de ética en investigación en el área de la salud Universidad del Norte. Kilómetro 5 Vía Puerto Colombia. Bloque F primer piso. Tel: 3509509 ext. 3493. Correo electrónico del Comité de Ética en Investigación: [comite\\_eticauninorte@uninorte.edu.co](mailto:comite_eticauninorte@uninorte.edu.co) Página web del Comité: <https://www.uninorte.edu.co/web/comite-de-etica>

He sido invitado para que mi niño/a participe en una investigación sobre salud sexual y reproductiva en personas con discapacidad auditiva. Entiendo que ello significa la aplicación de cuestionarios. He sido informado de que los riesgos son mínimos y que pueden incluir un leve estrés durante la realización del cuestionario. Soy consciente de que no hay beneficio personal para mi o para mi niño/a y no seré compensado más allá del conocimiento que esta investigación pueda generar. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser contactado fácilmente usando el correo electrónico que se me dio.

He leído la información proporcionada, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente. Consiento voluntariamente que mi niño/a participe en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirar del estudio a mi niño/a en cualquier momento sin que afecte de ninguna forma mi atención médica ni la de mi niño/a.

Nombre del Participante \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Madre o Apoderado \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre o Apoderado \_\_\_\_\_

Nombre del testigo: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Día/mes/año

**Link:** <https://drive.google.com/file/d/1o8VUk0hr7qWjaWqh7sMcpqCKdYR-vrkz/view?usp=shari>

## **Anexo 4. Asentimiento informado**

### **Asentimiento Informado**

#### **Salud Sexual y Reproductiva en personas con discapacidad auditiva del distrito de Barranquilla en el año 2021.**

Hola, somos Nidia Martínez, Juliana Martínez, Carolyn Orozco, Daniel Quiroz, Daniela Villa y Fradith Gómez; estudiantes de medicina de la Universidad del Norte y realizamos un estudio sobre salud sexual y reproductiva en personas con

discapacidad auditiva. Para ello es necesario su ayuda en la cual tiene que responder unas preguntas sobre lo que piensa respecto al tema del estudio.

Su participación en este estudio es libre y voluntaria, es decir, que si no quiere hacerlo puede decir que no. Es su decisión. También es importante que sepa que si no quiere responder una pregunta en particular, no habrá ningún problema, o si en algún momento ya no quiere continuar en el estudio tampoco habrá problema.

Con la información que nos proporcione realizaremos unas mediciones que nos ayudarán a entender un poco mejor lo que piensan las personas con discapacidad auditiva sobre el tema salud sexual y reproductiva.

Esta información será confidencial, lo que quiere decir que no diremos sus respuestas a nadie, sólo las sabremos las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si acepta participar, le pedimos por favor que pongan una **(x)** en el cuadrito de abajo que dice “Sí quiero participar” y escriba su nombre

Si no quiere participar, no ponga nada, ni escriba su nombre.

**Sí quiero participar**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:**

\_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Si necesita más información sobre este estudio, puede obtenerla escribiendo a los siguientes correos electrónicos: [dguardias@uninorte.edu.co](mailto:dguardias@uninorte.edu.co); [pirivera@uninorte.edu.co](mailto:pirivera@uninorte.edu.co); [nymartinez@uninorte.edu.co](mailto:nymartinez@uninorte.edu.co). También puede comunicarse con el comité de ética de la universidad: Enf. Daniela Díaz Agudelo Presidente. Comité de ética en investigación en el área de la salud Universidad del Norte. Kilómetro 5 Vía Puerto Colombia. Bloque F primer piso. Tel: 3509509 ext. 3493. Correo electrónico del Comité de Ética en Investigación: [comite\\_eticauninorte@uninorte.edu.co](mailto:comite_eticauninorte@uninorte.edu.co) Página web del Comité: <https://www.uninorte.edu.co/web/comite-de-etica>

**Link:**

<https://drive.google.com/file/d/12KED5mNTRjpbsFBodVp04kCEO2mRMeFy/view?usp=sharing>

## **Anexo 5. Preguntas entrevista cerrada**

¿Qué edad tienes?	10, 11, 12, 13...
-------------------	-------------------



¿Con qué género te identificas?	Hombre Mujer Prefiero no decirlo.
¿Tienes hijos?	Sí/No
¿En tu familia hay otra persona con discapacidad auditiva?	Sí/No
¿Actualmente estás estudiando?	Colegio SENA Universidad No
¿Actualmente trabajas?	Sí/No
¿Alguno de tus padres es policía, militar, o maestro?	Sí/No
¿Sabes qué es una EPS?	Sí/No
¿Tu eps pertenece al régimen contributivo o subsidiado?	Contributivo Subsidiado No sabe/No responde
¿Qué tan bueno eres comunicándote en LSC?	Bueno Regular No sé LSC
¿Qué tan bueno eres leyendo en español?	Bueno Regular Malo
¿Qué tan bueno eres escribiendo en español?	Bueno Regular Malo
¿Sabes leer o escribir algún idioma distinto al español o LSC?	Sí/No

## Anexo 6. Instrumento

<b>ANATOMIA Y FISILOGIA, SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE</b>	<b>Respuestas</b>
1. Los genitales externos de la mujer está conformado por los labios mayores y menores, el clítoris, orificio de la uretra y la abertura de la vagina.	Sí/No

2. ¿La fecundación se da cuando el espermatozoide ingresa al óvulo?	Sí/No
3. El embarazo comienza con la fecundación.	Sí/No
4. Durante el embarazo la mujer experimenta modificaciones anatómicas y fisiológicas.	Sí/No
5. Los genitales externos del hombre está conformado por: el pene, los testículos y las bolsas escrotales.	Sí/No
6. ¿El glande es el extremo final (la punta) del pene?	Sí/No
7. ¿Las trompas de Falopio transportan el óvulo hacia el útero?	Sí/No
8. Una mujer puede quedar embarazada en la mitad del ciclo menstrual $\pm$ 3 días.	Sí/No
9. El sexo es una conducta natural y por tanto las personas necesitan aprender cómo hacerlo.	Sí/No
<b>CICLO DE RESPUESTA SEXUAL HUMANA</b>	<b>Respuestas</b>
1. Las fases en la respuesta sexual son: deseo, excitación, meseta, orgasmo, resolución.	Sí/No
2. La vivencia de una sexualidad responsable tiene como elemento principal la autoafirmación personal (ejercer control sobre la vida sexual).	Sí/No
3. Vivir una sexualidad responsable es tener conocimientos de ITS y VIH/SIDA, y métodos de planificación familiar.	Sí/No

4. Las actitudes y valores de los jóvenes son importantes en la vivencia de la sexualidad.	Sí/No
5. Son manifestaciones de madurez sexual: menstruación, cambios de carácter, acercamiento a jóvenes del sexo opuesto, masturbación.	Sí/No
6. Los jóvenes que no tienen relaciones sexuales mantienen un mejor control de su sexualidad.	Sí/No
7. El comportamiento sexual no coital es cuando se practica los besos, abrazos, caricias, masturbación.	Sí/No
8. La persona es quien controla su propio comportamiento sexual.	Sí/No
<b>PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL</b>	<b>Respuestas</b>
1. Sabes que el SIDA es una enfermedad que amenaza la vida.	Sí/No
2. Las vías de contagio por la infección de VIH/SIDA está dada por: vías sanguínea (transfusiones sanguínea), relación coital, trasmisión de madre a hijo.	Sí/No
3. Un hombre puede infectarse con el virus del VIH si tiene relaciones coitales con una sola mujer.	Sí/No
4. El usar preservativo convenientemente en una relación te previene del NO contagio del SIDA.	Sí/No

5. El SIDA se contagia por los abrazos, los besos, y el contacto con una persona infectada.	Sí/No
6. Las ITS son infecciones que se transmiten a través de las relaciones coitales.	Sí/No
7. Las úlceras, llagas y heridas en la zona genital son síntomas que corresponden a una enfermedad de transmisión sexual.	Sí/No
8. La sífilis, la gonorrea, el chancroide, el linfogranuloma venéreo y el granuloma inguinal, son infecciones de transmisión sexual.	Sí/No
9. El uso de preservativo es 100% seguro para la infección de las ITS.	Sí/No
<b>MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS COMO ALTERNATIVA DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO</b>	<b>respuestas</b>
1. En su primera relación coital una mujer puede quedar embarazada.	Sí/No
2. Los métodos de planificación familiar están divididos en métodos naturales y artificiales.	Sí/No
3. Las píldoras, las inyecciones y el DIU son métodos anticonceptivos.	Sí/No
4. Para usar la T de cobre, la chica debe ir al médico u obstetra.	Sí/No
5. El método de abstinencia sexual consiste en no tener relaciones	Sí/No

sexuales durante los días fértiles de la mujer.	
6. El preservativo es un método de planificación familiar.	Sí/No
7. Conoces los métodos de barrera: los preservativos masculinos y femeninos, los diafragmas, los espermicidas.	Sí/No
8. Conoces los métodos hormonales: la píldora, los inyectables.	Sí/No
9. Conoces los anticonceptivos para regular la fecundidad de la adolescente: el preservativo, diafragma, píldoras, inyectables, el DIU.	Sí/No

### **INTERPRETACIÓN:**

- Conocimiento Alto/Adecuado de 24 a 35 puntos
- Moderado/medio de 12 a 23 puntos
- Insuficiente/Bajo de 0 a 11 puntos (38).

# Anexo 7. Carta de aprobación Comité de ética Universidad del Norte



Comité de Ética en investigación de la División  
Ciencias de la Salud de la Universidad del Norte

ACTA DE EVALUACION: N° 227  
Fecha: 26 de noviembre de 2020

**Nombre Completo del Proyecto:** "Salud Sexual y Reproductiva en personas con discapacidad auditiva en Barranquilla, 2021".

**Investigadores principales:** Daniel Quiroz, Nidia Martínez, Juliana Martínez, Carolyn Orozco, Daniela Villa, Fradith Gómez.  
**Asesor de contenido:** Ana Liliana Ríos García.  
**Asesor metodológico:** Tania Matilde Acosta Vergara.

**Sitio en que se conduce o desarrolla la investigación:** En el Departamento de Atlántico

**Fecha en que fue sometido a consideración del comité:** 26 de noviembre de 2020

EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN EL ÁREA DE LA SALUD. Creado mediante Resolución rectoral N° 05 de febrero 13 de 1995 en atención a la Resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud como parte esencial para el funcionamiento de cualquier institución que realiza programas de investigación en humanos.

Conformado inicialmente por los siguientes miembros. Refrendado en el año 2005 con el objeto de ajustarse a estándares éticos y científicos de la investigación biomédica establecidos en la Declaración de Helsinki, Guías Operacionales para Comités de Ética de la OMS y las Guías para Buena Práctica Clínica del ICH.

Se acoge a las Buenas Prácticas Clínicas del ICH de acuerdo con la normativa vigente, Resolución N° 2378 del Ministerio de Protección Social, Declaración de Helsinki versión 2013 y guías operativas de OMS, Informe Belmont.

El comité de ética en investigación en el Área de la Salud Universidad del Norte certifica que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del protocolo en referencia:

- Proyecto de investigación
- Resumen ejecutivo
- Formato de consentimiento informado.



la Puerto Colombia • Apartado Aéreo 1569-01020 • Corredor PDK • +57 5 3509509 • Fax: +57 5 35098032 • Área Metropolitana de Barranquilla, Colombia • www.uninorte.edu.co



- Dra. NELLY LECOMPTE BELTRAN  
Profesión: MD, Pediatra  
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico.
- Enf. GLORIA CECILIA VISBAL ILLERA  
Profesión: Enfermera, Mg en Bioética  
Cargo en el Comité de Ética: Especialista en Bioética
- Dr. RAFAEL TUESCA MOLINA  
Profesión: MD, Phd. en Salud Pública  
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico
- Dra. SILVIA GLORIA DE VIVO  
Profesión: Abogada  
Cargo en el Comité de Ética: Representante No Científico
- Dra. OLGA HOYOS DE LOS RIOS  
Profesión: PHD en Psicología  
Cargo en el Comité de Ética: Representante de Profesores
- Dra. LOURDES MARTÍNEZ  
Profesión: Administradora de empresas  
Cargo en el Comité de Ética: Representante de la Comunidad.
- Q.F. DONALDO DE LA HOZ  
Profesión: Químico Farmacéutico  
Cargo en el Comité de Ética: Representante experto en Farmacia Química
- Dr. PEDRO VILLALBA AMARIS  
Profesión: Ingeniero Mecánico, Phd Ingeniero Biomédico  
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico (Suplente)
- Dr. JORGE LUIS ACOSTA REYES  
Profesión: MD, Mg, Ciencias Clínicas  
Cargo en el Comité de Ética: Miembro - Representante Científico (Suplente)
- Dr. JEAN DAVID POLO VARGAS  
Profesión: Psicólogo, Phd en comportamiento social y organizacional.  
Cargo en el Comité de Ética: Miembro - Representante de Profesores (Suplente).
- Ing. JAIME GARCIA OROZCO  
Profesión: Ingeniero Mecánico  
Cargo en el Comité de Ética: Representante de la Comunidad (Suplente)
- Dr. ROBERTO SOJO GONZÁLEZ  
Profesión: Administrador de empresas  
Cargo en el Comité de Ética: Representante de la Comunidad (Suplente)
- Enf. DIANA DÍAZ MASS  
Profesión: Enfermera  
Cargo en el Comité de Ética: Representante de Profesores (Suplente)



la Puerto Colombia • Apartado Aéreo 1569-01020 • Corredor PDK • +57 5 3509509 • Fax: +57 5 35098032 • Área Metropolitana de Barranquilla, Colombia • www.uninorte.edu.co



- Formato de asentimiento informado.
- Instrumentos de recolección de datos.
- Hojas de vida

2. El presente proyecto fue evaluado por los siguientes miembros:

- Enf. GLORIA CECILIA VISBAL ILLERA  
Profesión: Enfermera, Mg en Bioética  
Cargo en el Comité de Ética: Especialista en Bioética
- Enf. DANIELA DÍAZ AGUDELO, Mg en Enfermería  
Profesión: Enfermera, Mg, Enfermería.  
Cargo en el Comité de Ética: Presidente y Representante de Profesores
- Dr. PEDRO VILLALBA AMARIS  
Profesión: Ingeniero Mecánico, Phd Ingeniero Biomédico  
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico (Suplente)
- Dr. RAFAEL TUESCA MOLINA  
Profesión: MD, Phd. en Salud Pública  
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico
- Dra. NELLY LECOMPTE BELTRAN  
Profesión: MD, Pediatra  
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico
- Dra. SILVIA GLORIA DE VIVO  
Profesión: Abogada  
Cargo en el Comité de Ética: Representante No Científico
- Dra. OLGA HOYOS DE LOS RIOS  
Profesión: Phd en Psicología  
Cargo en el Comité de Ética: Representante de Profesores
- Ing. JAIME GARCIA OROZCO  
Profesión: Ingeniero Mecánico  
Cargo en el Comité de Ética: Representante de la Comunidad (Suplente)
- Q.F. DONALDO DE LA HOZ  
Profesión: Químico Farmacéutico  
Cargo en el Comité de Ética: Representante experto en Farmacia Química

3. El Comité de Ética en Investigación en el Área de la Salud de la Universidad del Norte establece que el número de miembros para que haya quórum es cinco (5), y se encuentra constituido por los siguientes miembros:

- Enf. DANIELA DÍAZ AGUDELO, Mg en Enfermería  
Profesión: Enfermera, Mg, Enfermería.  
Cargo en el Comité de Ética: Presidente y Representante de Profesores



la Puerto Colombia • Apartado Aéreo 1569-01020 • Corredor PDK • +57 5 3509509 • Fax: +57 5 35098032 • Área Metropolitana de Barranquilla, Colombia • www.uninorte.edu.co



El Comité de Ética en Investigación en el Área de la Salud de la Universidad del Norte, se encuentra ubicado en la Universidad del Norte, KM 5 vía a Puerto Colombia. Primer piso Bloque F.

**Contactos:**  
Correo electrónico: comite\_eticauninorte@uninorte.edu.co  
Página Web: www.uninorte.edu.co/divisiones/salud/comite\_etica  
Teléfono: 3509280 – 3509509 Ext. 3493

4. El Investigador principal deberá:

- Informar cualquier cambio que se proponga a introducir en el proyecto. Estos cambios no podrán ejecutarse sin la aprobación previa del COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN EL ÁREA DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL NORTE. Si estos son necesarios para minimizar o suprimir un peligro inminente o un riesgo grave para los sujetos que participan en la investigación deben ser notificados al comité de ética tan pronto sea posible cuando aplique.
- Notificar cualquier situación imprevista que implica algún riesgo para los sujetos comunidad o el medio en el cual se lleva a cabo el estudio cuando aplique.
- Informar la terminación prematura o suspensión del proyecto explicando causas y razones.
- Presentar a este comité un informe cuando haya transcurrido un año, contado a partir de la aprobación del proyecto. Los proyectos con duración mayor a un año, serán reevaluados a partir del primer informe entregado.
- Todos los proyectos deben entregar al finalizar un informe final de cierre del estudio, firmado por el investigador responsable.

5. Concepto del Comité de Ética:

- En reunión del Comité de Ética en Investigación en el Área de la Salud de la Universidad del Norte, efectuada el 26 de noviembre de 2020 y legalizada mediante acta No. 227, el consenso de sus miembros aprueba el siguiente proyecto de investigación:
  - Salud Sexual y Reproductiva en personas con discapacidad auditiva en Barranquilla, 2021.

Atentamente,

Enf. M.Sc. DANIELA DÍAZ AGUDELO  
Presidente Comité De Ética en Investigación del Área de la Salud de la Universidad del Norte.



ENTREGADO 1 8 ENE, 2021

la Puerto Colombia • Apartado Aéreo 1569-01020 • Corredor PDK • +57 5 3509509 • Fax: +57 5 35098032 • Área Metropolitana de Barranquilla, Colombia • www.uninorte.edu.co

## Anexo 8. Tabla análisis variable Lectura de Labios

Lectura de Labios en relación a los niveles de conocimiento en SSR

	ADECUADO		MODERADO		Total		Valor P	OR (IC 95%)
	N	%	N	%	N	%		
Sí	8	0,0%	1	0,0%	0	0,0%	0.4	3.2 (0,23 -45,19)
No	5	17,2%	2	6,9%	7	24,1%		