

# Acceso a la información sobre educación sexual y reproductiva en mujeres sordas e hipoacúsicas. Centro de referencia: policlínica Luisa Tiraparé. Año 2023

## Access to information on sexual education and reproductive in deaf and hard of hearing women. Reference center: Luisa Tiraparé outpatient clinic. Year 2023

PAULA AMARO <sup>(1)</sup>, AGUSTINA MORALES <sup>(1)</sup>, FLORENCIA NAPPA <sup>(1)</sup>, SOPHIA PIZZOLON <sup>(1)</sup>, LUCÍA PERAZA <sup>(1)</sup>, PILAR SAVEEDRA <sup>(1)</sup>, ESTELA CITRIN <sup>(2)</sup>

(1) Estudiante de Medicina, Ciclo de Metodología Científica II, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay.

La contribución en la realización del trabajo fue equivalente a la de los demás estudiantes.

(2) Docente supervisor. Unidad Académica Pediatría "C". Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

Institución: Policlínica Luisa Tiraparé. Unidad de Salud para Personas Sordas, Intendencia de Montevideo, ASSE.

Correo electrónico de contacto:  
Dra. Estela Citrin.  
citrinestela@gmail.com

Lucía Peraza: luuuuciaperaza@gmail.com  
Agustina Morales: ag.morales.pe@gmail.com  
Paula Amaro: paulagonzalespereira@gmail.com  
Florencia Nappa: florencia2739@gmail.com  
Sophia Pizzolon: sophiapizzolon@gmail.com

Ciclo de Metodología Científica II 2023, Grupo 42.

### RESUMEN

La población sorda ha sido marginalizada en muchos aspectos en la sociedad; el acceso a la salud y a la Educación Integral en la Sexualidad (ESI) no son una excepción a este problema. Destacamos la relevancia de esta problemática dado que existen escasos trabajos relacionados y se entiende importante darle visibilidad a esta comunidad.

El presente trabajo tuvo como finalidad dilucidar cuál es el acceso a información en educación sexual y reproductiva que tienen las mujeres sordas. Para ello se tomaron dos muestras de similares características una con mujeres oyentes y otra con mujeres sordas o hipoacúsicas.

El instrumento de medición que se utilizó para la recolección de datos fue un formulario autogestionado que buscó caracterizar a la población a estudiar y evaluar algunos aspectos acerca del conocimiento de educación sexual y reproductiva que tienen las pacientes.

El formulario fue aplicado en una primera instancia a un grupo de mujeres hipoacúsicas y luego a un grupo de mujeres oyentes de la misma policlínica.

Los resultados revelaron una mayor desinformación en las mujeres sordas, siendo las áreas de mayor desconocimiento los métodos anticonceptivos, prevención del cáncer e infecciones de transmisión sexual. Este trabajo intentó ser una primera aproximación en el abordaje de esta temática en las mujeres sordas. Con perspectiva a futuro, creemos que es necesario continuar investigando en esta población y desarrollar herramientas específicas para ella, y esto solo es posible si se destinan mayores recursos humanos y económicos.

*Palabras clave: salud sexual y reproductiva, educación, sordera, estigmatización*

### ABSTRACT

The deaf population has been marginalized in many aspects of society; access to health and Integral Sexual Education are no exception to this problem. We emphasize the relevance of this problem since there are few related works and it is important to give visibility to this community.

The aim of the present work was to elucidate the access that deaf women have to information on sexual and reproductive education. For this purpose, two samples of similar characteristics were chosen, one with hearing women and the other with deaf or hearing-impaired women.

The measurement instrument used for data collection consisted of a self-administered form that sought to characterize the population to be studied and to evaluate some aspects of the patients' knowledge of sexual and reproductive education.

The form was applied in the first instance to a group of hearing-impaired women and then to a group of hearing women from the same clinic.

The results revealed greater misinformation in deaf women, with the areas of greatest lack of knowledge being contraceptive methods, cancer prevention, and sexually transmitted infections.

This work attempted to be a first approach in addressing this issue in deaf women. From a future perspective, we believe that further research is necessary in this population, as well as developing specific tools, and this is only possible if greater human and financial resources are allocated.

*Key words: sexual and reproductive health, education, deafness, stigmatization*

## INTRODUCCIÓN

La Educación Integral de la Sexualidad busca promover y proteger la salud de las personas, su bienestar, y su dignidad al ofrecer herramientas que fomenten la plena autonomía en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. En su implementación participan varios actores, entre ellos, centros educativos, centros de salud, y las propias familias. A pesar de ello, no todas las personas tienen un acceso satisfactorio a la Educación Integral de la Sexualidad. Esto sucede, por ejemplo, con las personas sordas e hipoacúsicas que, en comparación con las oyentes, se encuentran con diferentes obstáculos por tratarse de una comunidad lingüística minoritaria. En nuestro país existen pocos antecedentes de investigación vinculados a la temática del presente trabajo. A continuación, se plantearán algunos de ellos y brevemente se comentarán sus resultados. En el año 2016, como parte de una tesis final de grado de la Licenciatura en Trabajo Social<sup>(1)</sup> se realizó una investigación que concluyó que las mujeres sordas a la hora de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos se enfrentan a diferentes barreras sociales, tales como prejuicios, mitos y desconocimiento de los derechos de las personas en situación de discapacidad. Asimismo, en 2019 como tesis de posgrado en Políticas Sociales de la Facultad de Ciencias Sociales<sup>(2)</sup> se evidenció que las barreras comunicacionales exponen a las y los usuarios sordos a situaciones de vulnerabilidad y exclusión en el sistema de salud. Por último, el único antecedente en trabajos monográficos del curso Metodología Científica II fue realizado en el año 2021<sup>(3)</sup>, en el cual se estudió el conocimiento de los estudiantes de medicina acerca de la atención en salud en personas sordas, a partir del cual se pudo concluir que el conocimiento es insuficiente. En función de todo lo antes mencionado y dado que se considera importante el hecho de que la Educación Integral en Sexualidad sea accesible a todas las personas, el propósito de esta investigación es ahondar en el acceso a la información sobre educación sexual y reproductiva de mujeres sordas e hipoacúsicas que acuden a la Policlínica Luisa Tiraparé. Este estudio además de tener relevancia para la comunidad sorda en particular y la sociedad en general, busca dar puntapiés a futuras investigaciones que permitan generar políticas de prevención orientadas a esta población y sus necesidades específicas.

El objetivo del presente trabajo fue evaluar el acceso a la información en educación sexual y reproductiva de las mujeres sordas e hipoacúsicas que se asisten en la policlínica Luisa Tiraparé. Se consideraron objetivos específicos:

- Determinar las principales fuentes de información sobre educación sexual y reproductiva con la que cuentan las mujeres sordas.
- Analizar y comparar el nivel de acceso a información en educación sexual y reproductiva entre las mujeres sordas/

hipoacúsicas y las mujeres oyentes de dicha policlínica.

-Identificar en qué áreas de las analizadas en el cuestionario hay mayor desinformación entre ambos grupos.

## METODOLOGÍA

### TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

Esta investigación es de tipo observacional, transversal y descriptiva.

### POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de esta investigación fueron todas las mujeres que se atienden en la policlínica Luisa Tiraparé y que cumplían con los criterios de inclusión descritos a continuación. Se consideraron criterios de inclusión: ser mujer, usuaria de la policlínica Luisa Tiraparé y mayor de 18 años. Se utilizaron dos grupos con los criterios de inclusión presentes, cuya principal variable fue la presencia o no de hipoacusia severa. Se estimó que la población sorda que se atiende en la policlínica es aproximadamente de unas 500 personas, siguiendo la sugerencia de la cátedra de Métodos Cuantitativos se realizó un muestreo no probabilístico intentando alcanzar la mayor cantidad de personas posible. Dada la complejidad de la obtención de información a través de la realización de las encuestas aspiramos a obtener un N total entre ambos grupos de 100 personas (oyentes e hipoacúsicas). La información proveniente de personas oyentes se obtuvo también durante las consultas en la policlínica, previo consentimiento informado. Se consideró como único criterio de exclusión haber adquirido hipoacusia luego de los 18 años. Para la conformación de estos grupos, se utilizó un muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia dado la dificultad que supone acceder a una gran cantidad de mujeres hipoacúsicas en un corto período de tiempo. Las encuestas se llevaron a cabo por las autoras del estudio con la colaboración de intérpretes estudiantes de Lengua de Señas Uruguaya y acompañadas por personal médico de la policlínica Tiraparé, durante las consultas médicas habituales, previa obtención del consentimiento informado para participar de la investigación.

## MÉTODOS

Se realizó el cuestionario adjunto en Anexos. Este se hizo tomando como referencia un formulario sobre sexualidad propuesto por el *Female Sexual Function Index* (FSFI) adaptándolo a las limitaciones de la Lengua de señas uruguaya (LSU). Para ello se solicitó ayuda a una de las médicas responsables de la policlínica, la Doctora Especialista en Medicina Familiar Elisa Lambiasse. El cuestionario se dividió en dos secciones: primero una breve caracterización de la población y luego una evaluación sobre diversas temáticas en sexualidad.

En la primera sección se indaga sobre datos sociodemográficos de la población para detectar y descartar posibles variables de confusión, de forma que los resultados puedan ser atribuidos con mayor certeza a la sordera. Las variables de confusión serán: edad, presencia/ausencia de hipoacusia y nivel educativo. En cuanto a la variable procedencia (urbano/rural) no fue tomada en cuenta dado que la mayoría de las mujeres provienen del medio urbano, sin relevancia estadística. Se incluyó dentro de la descripción de la muestra, la pregunta sobre orientación sexual, realizada de forma abierta. Sin embargo, en la lectura de los resultados se categorizó, agrupándolos según las respuestas. Respecto a la salud sexual en sí, se entiende a la misma como una entidad multifactorial, condicionada por diversas esferas. Por esto fueron seleccionadas diversas temáticas en base al FSFI, sumado al interés y los objetivos del equipo de trabajo. Las mismas son: cáncer gineco-obstétrico, métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual, y satisfacción sexual. Esta última sección, a diferencia del resto, no otorgó puntaje. La puntuación se otorgó en función a las respuestas correctas o incorrectas, existiendo un máximo de 17 puntos y un mínimo de 0. Cada pregunta, en caso de ser correcta, sumó 1 punto y de ser incorrecta no restó. Excepcionalmente, la pregunta sobre métodos anticonceptivos tiene múltiples categorías, por lo que se le asignó un punto por 4 métodos anticonceptivos conocidos. *Variables.* - Todas las variables a analizar fueron de tipo cualitativas categóricas: edad, presencia o no de hipoacusia, grado de escolarización, medio en el que vive y orientación sexual. El objetivo de estas variables fue caracterizar la muestra en estudio. (Figura 1). En el caso del grupo de mujeres hipoacúsicas se consideraron además variables: tener sordera de nacimiento, utilización de audífono, tener implante coclear.

A su vez se utilizaron variables que permitieron aproximarse a la sexualidad de las participantes involucradas. Estas fueron: orientación sexual, edad de inicio de relaciones sexuales, conformidad sobre el conocimiento en sexualidad, imposibilidad de aclarar dudas sobre sexualidad, información previa al inicio de las relaciones sexuales, fuente de información sobre sexualidad, uso de métodos anticonceptivos, experiencia previa de orgasmos y experiencia previa de masturbación. Todas estas consideradas como variables cualitativas categóricas, con excepción de edad de inicio de relaciones sexuales e imposibilidad de aclarar dudas sobre sexualidad que fueron consideradas como variables cualitativas ordinales. Por otro lado, se relevaron variables referidas al conocimiento en materia de educación sexual y reproductiva. Dentro de estas se consideraron conocimiento sobre: Papanicolau y mamografía, colocación del preservativo masculino, prevención de infecciones de transmisión sexual, interrupción voluntaria del embarazo y embarazo. Todas ellas se consideraron como variables cualitativas categóricas. El conocimiento sobre sexualidad es un concepto amplio y no se intenta a través de este trabajo abordarlo de manera completa; sino a través de preguntas que permitan aproximarse al conocimiento sobre distintas temáticas con el que cuentan las personas sordas, hipoacúsicas y oyentes que participarán de esta investigación. De esta manera el conocimiento se tuvo en cuenta como una variable cuantitativa con valores del 0 al 17 en función de la cantidad de respuestas correctas.

**RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para la cuantificación de la población se utilizó información brindada por doctoras referentes de la policlínica. Así también, se aportaron datos concernientes a la disponibilidad horaria para la realización de los formularios. Se utilizó un cuestionario digital, voluntario y anónimo para evaluar el grado de información que posee cada paciente. Este fue generado y adaptado para que pueda ser interpretado en LSU, contando con la supervisión de la doctora referente de la policlínica. Dado que no se cuenta con antecedentes de cuestionarios específicos para dicha población, se consideró como referencia a la llamada “Encuesta de salud y hábitos sexuales” y se adaptó la misma<sup>(4)</sup>. El formulario fue aplicado en una primera instancia a un grupo de mujeres hipoacúsicas y luego a un grupo de mujeres oyentes de la misma policlínica. Las mujeres hipoacúsicas contaron con un intérprete al momento de realizar el cuestionario. La encuesta constó de una primera sección con datos sociodemográficos para caracterizar a la población, tales como edad, máximo nivel educativo alcanzado y medio donde vive. La siguiente sección estuvo destinada a mujeres sordas, su objetivo fue conocer si la sordera es de nacimiento y si la persona utiliza audífono o implante. Luego, se dividió en componentes destinados a evaluar específicamente el

Variable	Definición	Tipo de variable	Categorías
Edad	Años al momento de la encuesta	Cualitativa categórica	Menor o igual a 35 años. Mayor a 35 años.
Presencia de hipoacusia	Tener sordera o hipoacusia desde el nacimiento	Cualitativa dicotómica	0: No tener hipoacusia 1: Tener hipoacusia
Medio en el que vive	Lugar en el que reside todos los días o la mayor parte del tiempo	Cualitativa dicotómica	0: Medio urbano 1: Medio rural
Grado de escolarización	Máximo nivel educativo alcanzado, haya sido completado o no.	Cualitativa categórica	Primaria Secundaria Terciaria universitaria y no universitaria
Orientación sexual	Patrón de atracción sexual, erótico o amoroso	Cualitativa categórica	Se realizó una pregunta de respuesta abierta y para el análisis de resultados se agruparon en categorías

Figura 1. Principales variables descriptivas de la muestra seleccionada  
Fuente: elaboración propia

conocimiento sobre educación sexual y reproductiva, estos son: cáncer en la mujer (mama y cuello uterino), métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual, interrupción voluntaria del embarazo, embarazo y satisfacción sexual. Luego de la aplicación del cuestionario, se procesaron los resultados obtenidos en ambos grupos. Se tomó en consideración aquellas variables relacionadas tanto conocimiento en educación sexual, como a las relacionadas a datos sociodemográficos. Dado que todas las variables son categóricas, se compararon las mismas a través de proporciones. Estas variables cualitativas se presentaron mediante tablas de distribución donde se indicó el número de casos y frecuencia relativa porcentual, y gráficamente mediante un gráfico de barras. Se evaluó las relaciones bivariadas entre las variables cualitativas condiciones de sordera, procedencia, grupo etario, nivel educativo y todas las variables relacionadas al acceso a la información mediante tablas de contingencia donde se detallan el número de casos y las proporciones respectivas. La asociación se sometió a un test de comparación de proporciones, dado que se tratan de variables cualitativas. Eventualmente para considerar las variables de confusión, se realizó un modelo de regresión lineal considerando como variable dependiente el conocimiento en sexualidad y como variables explicativas la edad, presencia o no de hipoacusia y grado de escolarización.

**CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Este proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina y se rige por la normativa nacional vigente respecto a investigación con seres humanos como lo es el decreto N° 158/0195. Con ello se busca promover y garantizar la dignidad, los derechos, la seguridad y el bienestar de los participantes de la investigación. Para la realización de la misma se solicitó el consentimiento informado a cada participante, teniendo en cuenta la presencia de intérprete de LSU dadas las características de la población. Los datos recabados mediante la encuesta fueron anonimizados. Si bien se pretendió mantener la confidencialidad de las participantes, se debió asumir como riesgo la presencia del intérprete en LSU al momento de aplicar los cuestionarios a las pacientes hipoacúsicas.

**RESULTADOS**

Los resultados que se presentan a continuación son aquellos que resultaron relevantes para responder a los objetivos de esta investigación. En la **Tabla 1** se presenta la descripción sociodemográfica de ambos grupos para, en primera instancia, caracterizar a la población. Se presentan datos de edad, nivel educativo, medio de procedencia y orientación sexual. Como se observa en ambas tablas, el n de ambos grupos es similar.

Se destaca que dentro de la población sorda el máximo nivel educativo alcanzado fue secundaria, mientras que en el grupo de oyentes un 45% llegó a un nivel educativo terciario. En otras variables como orientación sexual, edad y medio urbano/rural no se demuestran diferencias significativas entre ambas muestras. Respecto al medio de procedencia, solo una mujer proviene del medio rural por lo que este valor no será considerado en el análisis de datos.

Tabla 1. Caracterización de la población

Variables		Sorda		Oyente	
		n	Frecuencia Relativa (%)	n	Frecuencia Relativa (%)
Edad	Menor o igual a 35 años	7	26.9%	12	50%
	Mayor o igual a 35 años	19	73.1%	12	50%
Educación	Primaria	12	46.2%	6	25%
	Secundaria	14	53.8%	7	29.2%
	Terciaria	0	-	11	45.8%
Medio urbano/rural	Medio Urbano	26	100%	23	95.8%
	Medio Rural	0	-	1	4.2%
Orientación sexual	Heterosexual	23	88.5%	13	54.2%
	Homosexual	1	3.8%	1	4.2%
	Bisexual	1	3.8%	2	8.3%
	Femenina	0	-	1	4.2%
	Mujer	0	-	1	4.2%
	NS/NC	1	3.8%	6	25%

Fuente: elaboración propia

Se realizó una caracterización de la muestra de mujeres sordas con el fin de valorar datos específicos con respecto a su hipoacusia. Se representan en la **Tabla 2**. Se comprobó que la mayoría de las participantes son sordas de nacimiento y que estas no utilizan audífono o implante coclear.

Tabla 2. Caracterización de las mujeres sordas

Variables	Si	No	Total
Sordera de nacimiento	19	7	26
Usa audífono	6	20	26
Tiene implante coclear	1	25	26

Fuente: elaboración propia

Posteriormente se realizó un test de regresión lineal para determinar la influencia de cada variable en particular sobre el puntaje global. Dichos resultados se representan en la **Tabla 3**. Se evidencia que las variables nivel educativo y sordera tienen una influencia significativa en el puntaje total obtenido en el cuestionario. En cuanto a la edad, no es una variable significativa en ninguno de los dos grupos, por ende, no es un factor que interfiera en la obtención de información sexual. Sobre el máximo nivel educativo las mujeres que llegaron a un nivel de secundaria o terciaria tuvieron en promedio 2 puntos más que las que alcanzaron primaria. A su vez, la sordera generó un efecto negativo en el puntaje,

haciendo que estas mujeres promediaran 2 puntos menos en el total en comparación de las mujeres oyentes.

Tabla 3. Regresión lineal

Tabla ANOVA

	Suma de cuadrados	GL	Media cuadrática	F	Valor p
Regresión	153.164	3	51.055	7.016	< .001
Residual	334.756	46	7.277		
Total	487.920	49			

Tabla de Coeficientes

		B	Error estándar	t	p
H0	Intercepto	10.040	0.446	22.498	< .001
H1	Intercepto	10.049	1.024	9.812	< .001
	Máximo nivel educativo alcanzado (2 <sup>º</sup> y 3 <sup>º</sup> )	2.131	0.852	2.501	0.016 *
	Edad (≥ 35 a)	-0.294	0.846	-0.348	0.730
	Sordera	-2.289	0.796	-2.877	0.006 *

Fuente: elaboración propia

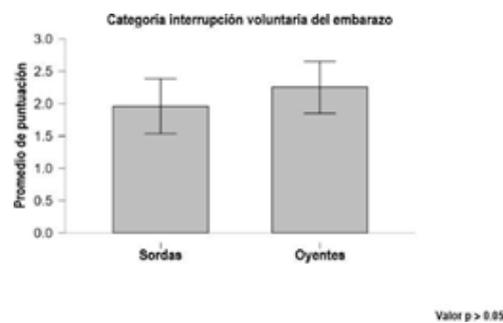
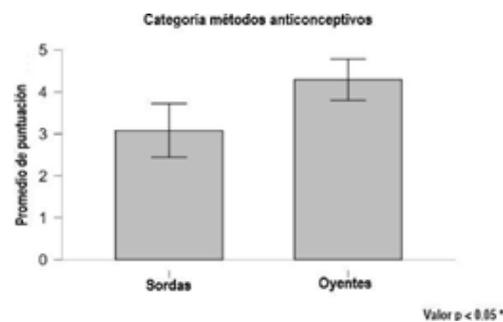
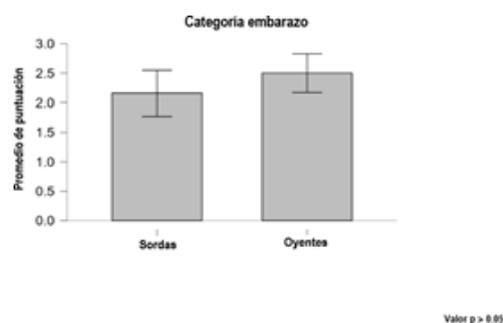
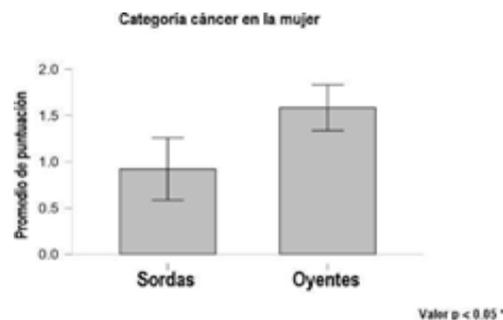
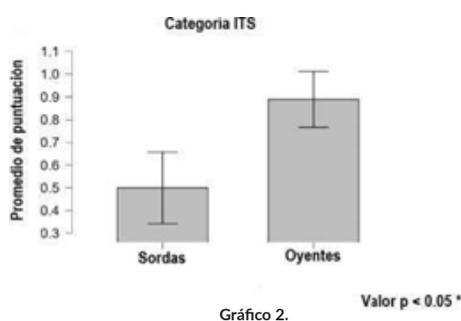
En cuanto al análisis de medias y de desvíos estándar de los puntajes obtenidos por cada grupo, se observa que el grupo oyente presenta una mayor media en la obtención de información sobre sexualidad en comparación con la media de personas sordas. Estos datos se sometieron a un test de correlación de muestras independientes mediante el estadístico Mann Whitney, demostrando que la diferencia fue estadísticamente significativa, lo cual se evidencia en la **Tabla 4**.

Tabla 4. Comparación del puntaje obtenido en cada grupo

	N	Media	Desvío estándar	Error estándar	Coefficiente de variación	p
Oyente	24	11.500	2.207	0.450	0.192	0.002 *
Sorda	26	8.692	3.332	0.653	0.383	

Fuente: elaboración propia

Además del puntaje total, resulta interesante el análisis de los resultados por categorías. Aquellas como ITS, cáncer en la mujer, métodos anticonceptivos e interrupción del embarazo, fueron las que mostraron mayores diferencias entre ambos grupos. Los **Gráficos del 2 al 6** evidencian lo mencionado anteriormente, donde la población oyente tiene mayor media de puntaje en cada categoría comparado a las mujeres sordas.



Se analizan las distintas fuentes de información, destacándose la familia en personas oyentes, en contraposición a la población sorda donde se destaca la obtención por sus propios medios. En cuanto a la variable “No tuvo información” también se ve la tendencia en personas sordas. Resaltamos que el personal de salud no demuestra diferencia significativa en ninguno de los dos grupos, objetivando que ambos grupos reciben similar cantidad de información por parte del mismo. Por último, remarcamos en cuanto a los centros educativos, presenta mayor frecuencia en personas oyentes. A modo de representación el **Gráfico 7** demuestra dichos resultados.

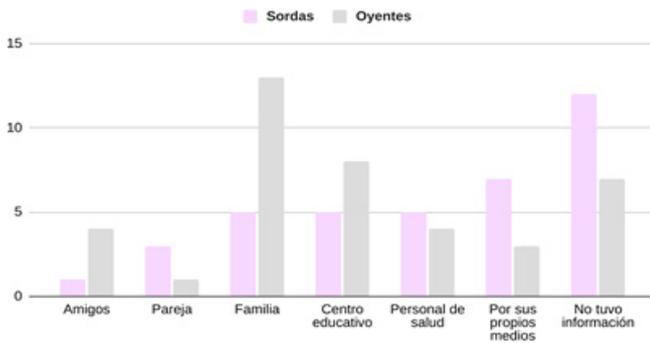


Gráfico 7. Fuentes de información

## DISCUSIÓN

Se planteó en primera instancia el objetivo de evidenciar las diferencias en el acceso a la información sobre sexualidad entre ambos grupos, con la hipótesis de que el conocimiento sobre esta temática estaba determinado por la hipoacusia. Tanto la educación como la sordera demostraron ser variables estadísticamente significativas en los resultados obtenidos en la encuesta. Como fue introducido en el marco teórico, la población de mujeres sordas se enfrenta a barreras en el acceso al sistema educativo, así como a la ESI, lo que determina una desigualdad en la obtención del conocimiento. Nos parece importante destacar lo difícil que fue el abordaje de la población debido a las barreras lingüísticas que existen incluso en la comprensión de la lectoescritura y al propio desconocimiento que teníamos sobre la manera de comunicarnos. Mediante el uso de las últimas dos preguntas del formulario nos propusimos evaluar la satisfacción sexual, y pudimos observar una baja cantidad de respuestas afirmativas en una o ambas de estas preguntas. Si bien no se pueden sacar conclusiones a partir de dos preguntas, denota una tendencia en la que la sexualidad y sobre todo el placer siguen siendo tabú. Sobre el máximo nivel educativo las mujeres que llegaron a un nivel de secundaria o terciaria tuvieron en promedio 2 puntos más que las que alcanzaron primaria. A su vez, la sordera generó un efecto negativo en el puntaje, haciendo que estas mujeres promedien 2 puntos menos en el total en comparación de mujeres oyentes. En cuanto al contraste realizado para evaluar los puntajes totales, se observa una diferencia estadísticamente significativa en los resultados entre ambos grupos, siendo el promedio de puntaje en sordas 8.7 y en oyentes 11.5. Se tomaron en cuenta diferentes áreas de conocimiento, con el fin de poder evidenciar si existe diferencia estadística en el puntaje obtenido entre mujeres sordas y oyentes. Se puede concluir que los puntajes arrojan una diferencia estadísticamente significativa, a favor de las oyentes, en las áreas ITS, cáncer de la mujer y métodos anticonceptivos. Por otro lado, en las áreas sobre embarazo e interrupción voluntaria del embarazo no se aprecia una diferencia significativa. Por último, uno de los objetivos específicos planteados buscaba indagar cuáles son las principales fuentes a partir de las cuales las mujeres obtienen información sobre sexualidad. Como primer análisis se desprende el hecho de que la mayoría de las mujeres

sordas directamente no tuvo acceso a esta información, mientras que en el grupo de mujeres oyentes este número fue menor. En cuanto a quienes sí obtuvieron información, en el grupo de mujeres oyentes la principal fuente fueron los grupos de amigos/pares, mientras que en el grupo de mujeres sordas la mayor fuente fue el hallazgo de información por sus propios medios (libros, revistas, internet). El fortalecimiento de la ESI en los últimos años puede influir en el hecho de que las familias no sean la mayor fuente de información en las mujeres sordas, así como el desconocimiento general que se evidenció. Nos parece relevante volver a introducir el concepto de que la LSU se transmite de generación a generación, y que la creación de nuevas señas que representen nuevas palabras implica necesariamente la consolidación de estas a lo largo del tiempo. Interpretamos esto último como una barrera adicional, debido a la complejidad aún más el establecimiento de una lengua y que esta se consolide. Es de relevancia destacar la escasa respuesta afirmativa que hubo en cuanto al personal de salud como promotor de esta información en ambos grupos.

## CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

Podemos concluir que los resultados revelaron una mayor desinformación en las mujeres sordas, siendo las áreas de mayor desconocimiento los métodos anticonceptivos, prevención del cáncer e infecciones de transmisión sexual. Nos parece importante destacar lo difícil que fue el abordaje de la población debido a las barreras lingüísticas que existen incluso en la comprensión de la lectoescritura y al propio desconocimiento que teníamos sobre la manera de comunicarnos. La falta de investigación en esta población perpetúa la existencia de barreras en el acceso a información de calidad sobre su salud y sexualidad, dado que no se generan herramientas de comunicación específicas que les permitan empoderarse de su salud. Tomar decisiones de manera autónoma implica necesariamente contar con información, y es responsabilidad de quienes somos agentes de salud encontrar alternativas para poder lograr esto. Por último, queremos hacer énfasis en la importancia de la prevención en salud y en la necesidad de desarrollar herramientas que hagan accesible esto para todas las poblaciones, entendiendo que la salud es un derecho humano y, como tal, debe ser garantizado. Creemos que la medicina debe hacer esfuerzos para potenciar las propias capacidades de las personas para hacerse cargo de su proceso de salud-enfermedad. Este trabajo intentó ser una primera aproximación en el abordaje de esta temática en las mujeres sordas. Con perspectiva a futuro, creemos que es necesario continuar investigando en esta población y desarrollar herramientas específicas para ella, y esto solo es posible si se destinan mayores recursos humanos y económico.

**AGRADECIMIENTOS:**

Se agradece la disponibilidad y apertura del personal de la policlínica Luisa Tiraparé para la realización de las encuestas, siendo también referentes sobre cómo trabajar con esta población y sus necesidades.

Agradecemos especialmente a Joana Di Caterina y Lucía Parodi, estudiantes de la Tecnicatura Intérprete en Lengua de Señas Uruguaya (Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación), quienes a través de sus horas de práctica fueron de gran ayuda para la interpretación de las encuestas.

Por último, agradecemos a las pacientes que accedieron a colaborar con este trabajo.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. González M. Madres sordas: una mirada desde la primera Unidad de Atención en Salud para personas sordas en Uruguay. Tesis de grado. Montevideo. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. 2016. Recuperado a partir de: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/21916>.
2. Olivar F. La lengua como determinante del acceso a la salud: el caso de la comunidad sorda uruguaya. Tesis de Posgrado en Políticas Sociales. Montevideo. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República 2019. Recuperado a partir de: <http://www.auas.org.uy/trama/index.php/Trama/article/view/174/109>
3. Barreto F, Gil D, Martínez M, Rossini P, Silvoso P y Villalba T. Conocimientos de estudiantes de medicina acerca de atención de salud de personas sordas. Monografía de pregrado. Montevideo. Facultad de Medicina, Universidad de la República. 2021. Recuperado a partir de: [https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/34367/1/MCII\\_2021\\_G80.pdf](https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/34367/1/MCII_2021_G80.pdf)
4. Encuesta de salud y hábitos sexuales. Cuestionarios [Internet]. INE España [citado el 30 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es/daco/daco42/sida/cuestionario.htm>
5. Proyecto elaborado por la Comisión Nacional de Ética en Investigación, vinculada a la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública, relativo a la investigación en seres humanos. Act. 3 de Junio de 2019, Pub. 12 de Junio de 2019. Decreto N° 158/019.