



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA



CARRERA de Licenciatura en Psicología

“Conocimientos sobre VIH/Sida e ITS y su relación con el comportamiento sexual de riesgo de jóvenes con discapacidad visual”

Reporte de Actividad de Investigación que para obtener el título de

Licenciado en Psicología

Presenta:

ODHET DANIELA MEDINA VARGAS

Directora de tesis:

Dra. Silvia Susana Robles Montijo

Comité Dictaminador

Dra. Yolanda Guevara Benítez

Lic. Irma Beatriz Frías Arroyo

Tlalnepantla, Edo. Mex., septiembre de 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Hace ya tanto que quise escribir esta parte de la tesis y ahora que estoy frente a la pantalla iluminada con esta “hoja” en blanco no encuentro por donde deba empezar agradecer nuevamente, me parece que ha sido de las metas que más trabajo me ha costado conseguir y sin embargo creo que es el mejor de los retos que he superado. Cabe decir que no lo he superado sola, pues a mi lado siempre estuvo mi familia y mis otras familias que fuera de lo sanguíneo decidí formar.

El agradecimiento no solo se conforma de ese apoyo moral que recibí, también se les agradece por enseñarme y por lo mucho o poco que han aportado para la formación de mis ideales y mi persona. Debo entonces iniciar mis agradecimientos con las personas que comenzaron todo esto:

Mi querida Irais Gómez Martínez, la mujer que me enseñó el significado de aprender y de nunca dejar de hacerlo, es importante para mí mencionarte pues eres y serás la primer estrella que brilla por mis noches y la última en ocultarse por el día, sin ti no tendría ejemplos a seguir. Y aunque tarde la promesa la cumplí y voy a obtener el... papel que tanto insistías que servía para que una se mandara sola, te amo abuela y sin tu dedicación, esfuerzo y amor todo esto no se hubiera logrado. Gracias por darme a Blanca Vargas, mi madre, a quien amo con todo mi ser y le agradezco por enseñarme a no darme por vencida, a que el trabajo que uno hace habla de lo que realmente eres, por el esfuerzo que has hecho desde hace 25 años por darme lo mejor, por no soltar mi mano aun cuando nuestras ideas suelen ser distintas y por demostrarme que nunca es tarde para lograr lo que uno se propone. El apoyar mi locura a pesar de, en ocasiones, no entenderla y el hecho de no querer guardar apariencias, gracias por enseñarme que la sencillez de una persona es su mejor cara y por regalarme tu sonrisa todos los días.

Gabriela Vargas, Alejandra Vargas y Gabriela Padilla, no podría imaginar mejor trío de brujas de las cuales aprender, son parte fundamental para mi persona, más que

aprender disciplina y dedicación, aprendí que ningún sueño es tan raro para poder hacerlo realidad, el esfuerzo y las barreras solo nosotras las podemos aumentar y quitar, no importa que tan loco o difícil pueda llegar a ser, si lo queremos se debe lograr y se debe enseñar a lograrlo, gracias por compartir sus sueños conmigo y lograrlos juntas, todas esas noches de desvelo con las notas musicales y el tono de voz exacto son solo una parte de cómo me enseñaron a disfrutar de este viaje, por tatuarme el gusto del conocimiento y la superación, gracias también por apoyarme en todo lo que he decidido y sobre todo por creer en mí.

Merecemos los que soñamos...

No puedo concluir esta parte de la familia sin mencionar a Rosario Vargas quien reconocía mis rarezas desde pequeña y las compartía conmigo la mujer que eres es un gran ejemplo para mí y para tu hijo Andres a quien quiero tanto y de quien aprendo cosas nuevas cada día, por otro lado Isabel Vargas junto con Alfredo me han enseñado el significado de fortaleza, de valentía y de inocencia, gracias por todos los momentos compartidos.

Entonces llega un momento de la vida en donde dicen que el amor te ciega y te lleva a hacer locuras pero para mí estas tú: Rodrigo Uriel Penilla Reséndiz, porque no solo eres esa parte de amor de pareja, eres mi amigo, mi confidente...la noche y ¿qué puedo decir que no haya dicho ya antes? Agradecida por tu apoyo, paciencia y porque no importa la hora o el día estás para tomar mi mano y volar juntos, pero también debo hacer saber que me ensañaste a ser persistente y a intentarlo las veces que sean necesarias para sacar un logro, porque no es suficiente ser bueno hay que ser el mejor, gracias por ser mi compañero e intentar comerte el mundo conmigo, pues al final nada más importa... agradezco que formes parte de mi familia y dejarme formar parte de la tuya, pues también de la familia Reséndiz he aprendido a vivir, gracias por el cariño y el apoyo que me han brindado al compartir una buena taza de café, alegrando mis días con sus consejos e historias, es un honor ser parte de su día.

No se puede terminar de escribir una tesis sin agradecer a los amigos: Koriand Romo, Viridiana Baños y Omar Cano, fue un placer comenzar y terminar la carrera con ustedes, aprender sobre la mente humana y el inconsciente, temer por las nuevas lecciones y el no saber qué hacer, reír horas por el simple hecho de conocernos y desvelarnos por terminar trabajos que ya nadie leerá (jaja), gracias por volverse más que compañeros de clase, la amistad forjada en la psique no se podrá borrar. Nuvia Cisneros, más que por perdernos al buscar la población de las respectivas investigaciones, tener pánico en el transporte público y comer a deshoras en el callejón de la FES-I, quiero agradecer porque encontré una amiga en ti y el apoyarme cuando ya no quería seguir, espero que los interminables viajes ahora sean por el simple gusto de divertirnos.

Finalmente agradezco a la Dra. Susana Robles por el apoyo para la conclusión de este proyecto, aprendí grandes cosas al trabajar con Usted y de su trabajo, gracias a usted ahora la investigación se vuelve un tema de gran importancia para mí y para mis futuros proyectos. Igualmente gracias a la Dra. Yolanda Guevara por la paciencia que tuvo, por guiar mis ideas y ayudar a darles forma. Por último pero no menos importante gracias al equipo CAOPE Bety, Rodolfo y Martha, si no hubiera tomado aquel primer curso de sexualidad no los hubiera conocido, ni habría tenido el honor de trabajar con ustedes, se les agradece por todos los conocimientos transmitidos y todo el apoyo que me brindaron, esperando que esta pasión que tenemos por la educación sexual nos vuelva a poner en el mismo camino.

Investigación realizada gracias al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la UNAM, proyecto IN308513, *Factores de riesgo para la salud sexual de jóvenes con discapacidad visual y auditiva: un estudio exploratorio*. Agradezco a la DGAPA-UNAM la beca recibida.

ÍNDICE

RESUMEN	i
INTRODUCCIÓN	ii
1. DISCAPACIDAD VISUAL Y SEXUALIDAD.....	1
1.1 Discapacidad visual	1
1.2 Jóvenes con discapacidad visual y su entorno familiar	3
1.3 Adolescencia, juventud y sexualidad	6
1.4 Sexualidad en jóvenes con discapacidad visual	10
1.5 Barreras sociales y educativas.....	14
2. CONOCIMIENTOS SOBRE ITS Y PRÁCTICAS SEXUALES	21
2.1 Investigaciones en población sin discapacidad.....	21
2.1.1 Prácticas sexuales de riesgo	21
2.1.2 Factores asociados a prácticas sexuales de riesgo.....	24
2.1.3 Conocimientos sobre ITS y uso del condón	32
2.2. Investigaciones en población con discapacidad visual.....	39
3. REPORTE DE INVESTIGACIÓN	47
3.1 Planteamiento del problema.....	47
3.2 Objetivos	49
3.2.1 Objetivo general.....	49
3.2.1 Objetivos específicos.....	49
3.3 Hipótesis	50
3.4 Método	50
3.4.1 Tipo de estudio	50
3.4.2 Participantes.....	51
3.4.3 Instrumentos.....	53
3.4.4 Procedimiento.....	55
3.4.5 Análisis de datos.....	55
4. RESULTADOS	57
4.1 Análisis descriptivos	57
4.1.1 La primera relación sexual.....	57
4.1.2 Relaciones sexuales subsecuentes.....	58
4.1.3 Conocimientos sobre el uso del condón	61
4.1.4 Conocimientos sobre VIH y otras ITS.....	62
4.2 Análisis comparativos por sexo y tipo de discapacidad.....	63
4.2.1 La primera relación sexual.....	63
4.2.2 Relaciones sexuales subsecuentes.....	64
4.2.3 Conocimientos sobre el uso del condón y sobre ITS.....	66
4.3 Relación entre conocimientos y comportamiento sexual.....	67
5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	69
REFERENCIAS.....	75

RESUMEN

El presente reporte de investigación tuvo por objetivo evaluar el nivel de conocimientos que un grupo de jóvenes con discapacidad visual tienen acerca de las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), así como los comportamientos de riesgo que ellos reportan, identificando las diferencias por sexo y tipo de discapacidad (ceguera y debilidad visual). Participaron en la investigación 32 jóvenes (16 con ceguera y 16 con debilidad visual) elegidos de dos instituciones educativas y de un centro deportivo para personas con distintos tipos de discapacidad. 61.3% fueron varones, 80.6% solteros y 41.9% tenía más de 26 años. El estudio fue de tipo transversal-descriptivo-comparativo-correlacional-observacional. Se utilizó un cuestionario que permitió obtener información sobre: 1) Perfil sociodemográfico y antecedentes de la discapacidad; 2) Comportamiento sexual en la primera y subsecuentes relaciones, incluyendo abuso sexual; 3) Conocimientos sobre el uso del condón; 4) Conocimientos sobre VIH y otras ITS. Los hallazgos muestran un perfil de riesgo en los jóvenes participantes, respecto a la primera relación sexual y a relaciones sexuales subsecuentes. Entre 17 y 22 por ciento de los participantes sufrieron abuso sexual en su primera o en subsecuentes relaciones. El nivel de conocimientos que los jóvenes reportaron tener sobre el uso del condón y sobre el VIH y otras ITS fue muy bajo. Las comparaciones por sexo mostraron un mayor perfil de riesgo en las mujeres que en los hombres. La comparación por tipo de discapacidad mostró que los jóvenes con ceguera se protegieron menos que los jóvenes con debilidad visual. Sin embargo, estos últimos tuvieron más parejas sexuales en toda la vida y estuvieron más informados sobre cómo prevenir la transmisión del VIH, que los primeros.

Palabras clave: Discapacidad visual, riesgo sexual, conocimientos, condón, ITS.

INTRODUCCIÓN

El presente reporte de investigación forma parte de un proyecto de investigación denominado “Factores de riesgo para la salud sexual de jóvenes con discapacidad visual y auditiva: un estudio exploratorio”, financiado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico (DGAPA), de la UNAM, Dicho proyecto, con clave IN308513, estuvo a cargo de Dra. Silvia Susana Robles Montijo (responsable) y la Dra. Yolanda Guevara Benítez (corresponsable), de la Unidad de Investigación Interdisciplinaria en Ciencias de la Salud y la Educación (UICSE) de la Facultad de Estudios Superiores, Iztacala.

El proyecto general se llevó a cabo en dos fases. La primera correspondió a un estudio diseñado para llevar a cabo el proceso de adaptación de instrumentos de evaluación para ser respondidos por jóvenes con discapacidad auditiva, por un lado, y con discapacidad visual, por el otro. Dichos instrumentos permitieron evaluar: Perfil sociodemográfico y antecedentes de la discapacidad de los jóvenes participantes; comportamiento sexual; comunicación con padres y con madres sobre temas vinculados al cuidado de la salud sexual de los jóvenes; percepción sobre el apoyo y supervisión parental; conocimientos sobre VIH/Sida y otras ITS; conocimientos sobre el uso correcto del condón; y fallas en el uso del condón durante el acto sexual. La segunda fase correspondió a un estudio diagnóstico que se llevó a cabo para conocer, a través de la aplicación de los instrumentos ya adaptados, los factores que ponen en riesgo la salud sexual de jóvenes con ambos tipos de discapacidad. Entre los doce objetivos específicos que se plantearon en este proyecto se ubican los siguientes: 1) Evaluar en una muestra de jóvenes con discapacidad visual, el nivel de conocimientos que tienen sobre VIH/SIDA y otras ITS y sobre la forma correcta en que debe usarse un condón; la frecuencia con la que platican con sus padres y con sus madres sobre el cuidado de su salud sexual; la percepción que tienen sobre el apoyo y supervisión

recibidos por parte de sus padres y de sus madres; el patrón de conducta sexual que los caracteriza; la presencia/ocurrencia de VIH, ITS, embarazo, aborto y abuso sexual; antecedentes de la discapacidad visual, e información sociodemográfica personal y familiar. 2) Conocer las variables que se asocian con la conducta sexual protegida y con la ocurrencia de abuso sexual en una muestra de jóvenes con discapacidad visual. El presente reporte de investigación se ubica en esta segunda fase del proyecto general y analizan aspectos vinculados con los dos objetivos particulares antes referidos, trabajando con jóvenes con discapacidad visual.

La exposición del presente reporte de investigación se desarrolla en cinco capítulos. En el primero se analizan las características de las personas con discapacidad visual, su entorno familiar y las barreras sociales y educativas a las que se enfrenta, y se exponen aspectos vinculados con la adolescencia y sexualidad, analizando la problemática de la sexualidad en personas con discapacidad visual.

En el segundo capítulo se hace una revisión de investigaciones que han abordado el estudio de algunos factores que se han asociado con prácticas que ponen en riesgo la salud sexual de jóvenes sin discapacidad; particularmente se analiza el papel que juega la información que los jóvenes tienen sobre la transmisión y prevención del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), sobre el comportamiento sexual protegido de jóvenes con discapacidad visual. Asimismo, se analiza la escasa investigación que sobre el tema se ha realizado en población con discapacidad visual, destacando la necesidad de indagar más sobre los factores que ponen en riesgo la salud sexual de dicha población.

Posteriormente se presenta el reporte de la investigación, incluyendo el planteamiento del problema, objetivos, hipótesis y metodología empleada (Capítulo 3), así como los resultados obtenidos (Capítulo 4). Finalmente, en el Capítulo 5 se expone el análisis y discusión de los resultados, así como las conclusiones y limitaciones propias de este reporte de investigación.

1. DISCAPACIDAD VISUAL Y SEXUALIDAD

1.1 Discapacidad visual

La discapacidad visual es definida como una deficiencia del sistema de la visión, el cual afecta la agudeza visual, campo visual, motilidad ocular, visión de los colores o profundidad, afectando la capacidad de una persona para ver. Cuando se habla de discapacidad visual se hace referencia a las personas que presentan ceguera o baja visión (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2013).

De acuerdo con Cabrera (2011), una persona tiene discapacidad desde el momento en que se le compara con la mayoría y no puede hacer lo que ellos hacen; así, una persona con discapacidad visual sería aquella que no puede ver lo que la mayoría sí ve. Sin embargo, se habla directamente de una discapacidad visual cuando, a pesar de utilizar lentes o bien otras estrategias, una persona no puede visualizar correctamente con ninguno de los dos ojos, lo cual impide realizar actividades cotidianas o trabajar.

Es importante describir el concepto de “ceguera” para la diferenciación entre ésta y la debilidad visual. La primera se refiere a la ausencia total de percepción visual o percibir luz sin lograr definir qué es o de dónde proviene, la segunda es también conocida como “ceguera legal” y se refiere a una agudeza visual menor de 20/200, es decir, que el individuo ve a 20 metros lo que una persona normal ve a 200 metros (Cabrera, 2011; Lobera, 2010).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) define la discapacidad visual como la restricción o carencia de la capacidad de visualizar y realizar actividades de igual forma que lo hace una persona considerada promedio. Así mismo refiere que existen distintos grados en cuanto a la pérdida de visión, los cuales pueden ir

desde las deficiencias visuales hasta la ceguera. Las causas pueden ser hereditarias o a consecuencia de alguna enfermedad o accidente. La OMS (2013) menciona diversas enfermedades como causantes de ceguera: cataratas, glaucoma, uveítis, degeneración macular, opacidad corneal, tracoma y retinopatía diabética, entre las más representativas.

Lobera (2010) describe que las causas de la discapacidad visual pueden ser, desde un inadecuado desarrollo de los órganos visuales, hasta padecimientos o accidentes que afecten a los ojos, las vías visuales o el cerebro; estas últimas pueden originarse en diferentes edades y mostrar una evolución distinta, dependiendo de la edad de aparición. Es importante detectar a tiempo los problemas visuales y actuar de manera oportuna, de esta manera se fomentará el uso de la visión aunado a los otros sentidos, en cuanto a la construcción de conocimiento.

Para una detección a tiempo, es recomendable acudir a un médico oftalmólogo, sin embargo muchas veces no se tienen los recursos para acudir a uno. En la escuela se puede detectar algún problema visual mediante la observación de actitudes o comportamientos; por ejemplo, en el comportamiento se puede apreciar cuerpo rígido al leer o mirar un objeto distante, corto espacio de tiempo en actitud de atención, ceño fruncido al leer o escribir, exceso de parpadeo, tendencia a frotarse los ojos, entre otros. En cuanto a la apariencia de los ojos, la persona o alumno puede presentar bizqueo, ojos o párpados enrojecidos, ojos acuosos, párpados hundidos, lagañas frecuentes, pupilas nubladas o muy abiertas, ojos en movimiento constante o párpados caídos. Este listado puede ayudar a detectar a las personas que presenten problemas visuales y de esta manera pueden ser canalizados con un médico oftalmólogo (Lobera, 2010).

Maciel (s/a) menciona que la ceguera de nacimiento se detecta desde el momento en que la visión no es lo suficientemente útil para guiar los desplazamientos de la persona de acuerdo a su espacio. Suele ser descubierta tempranamente debido a

que la imitación de gestos y posturas está obstaculizada, si no hay una estimulación adecuada podrían existir otros déficits, pues las investigaciones coinciden en que la ceguera afecta y retrasa el desarrollo motor y de autopercepción.

Como ya se ha dicho, la discapacidad visual afecta directamente la percepción de imágenes, total o parcialmente. La vista es un sentido global que ayuda a identificar objetos a distancia. Los alumnos con discapacidad visual tienen que descubrir y construir el mundo mediante otras sensaciones, como olores, sabores, sonidos, tacto y en caso de debilidad visual puede ser por medio de imágenes segmentadas de los objetos. Es de gran importancia el apoyo que reciban los niños en el centro escolar y desde casa, pues esto influirá en una autoimagen positiva y autónoma, lo cual es indispensable para su integración escolar y social (Lobera, 2010).

Según datos del INEGI (2013), en México se ubica a la discapacidad visual como la segunda más frecuente. En el censo de población 2011 se encontró que había 112 millones 336 538 habitantes, de los cuales 4 millones 527 784 tenían algún tipo de discapacidad y 1 millón 292 201 presentaban discapacidad visual. Sin embargo, no se registraron datos sobre cuántas de estas personas han recibido atención médica, psicológica o educativa.

1.2 Jóvenes con discapacidad visual y su entorno familiar

El Ministerio de Educación de España (MEE, 2015), en su *Programa de Educación Inclusiva: discapacidad visual*, explica que el nacimiento de un hijo implica la reorganización de la dinámica familiar, pues todos los miembros de la familia se enfrentan a tareas y sentimientos desconocidos. En cuanto a la llegada de un niño con discapacidad, los cambios y sus consecuencias son mayores, pues incluso antes de que el niño nazca los padres se forman un ideal del hijo, no obstante, ningún padre está preparado para la llegada de un hijo con discapacidad y la crisis

emocional que esto representa puede desembocar en rechazo o desinterés hacia el niño. Debido a esto, es importante proporcionar atención educativa y psicológica al niño y a la familia.

Como lo indica Silva (2012), cuando se tiene un diagnóstico de deficiencia visual comienza un largo y complejo proceso que en variadas ocasiones puede ser traumático, tanto para la persona diagnosticada como para la familia. Es probable también que la familia, y las personas significativas para la persona ciega, presenten una influencia innegable sobre las variables que interaccionan en el proceso de ajuste.

Al saber que hay un miembro de la familia con discapacidad (cualquier tipo de discapacidad) ya sea de nacimiento o sobreviniente, existen también cambios favorables como buscar alternativas para que las personas con discapacidad sean aceptadas e integradas a la sociedad. Silva (2012) explica que los valores, creencias y actitudes de las personas sin discapacidad, hacia aquellas con discapacidad visual, tienen un fuerte impacto sobre estas últimas. Uno de los problemas a los que se enfrentan las personas que adquieren discapacidad visual después del nacimiento, no es tanto la discapacidad, sino las actitudes que las personas a su alrededor llegan a tomar, como bien pueden ser las actitudes negativas en torno a la integración y convivencia, lo cual restringe las oportunidades sociales y el proceso mismo de adaptación a la pérdida de visión; también pueden provocar sentimientos de inutilidad y aislamiento.

El Ministerio de Educación de España (MEE, 2015) plantea que los padres deben incluirse en el proceso de educación e integración de sus hijos, pues son ellos quienes condicionarán su desarrollo. Como es sabido, la familia es el primer contacto con el mundo exterior, dentro del núcleo familiar se da el apoyo afectivo, social y físico que se requiere, de la misma manera se transmiten valores y normas sociales, esto repercutirá en los pensamientos, emociones y comportamientos de cada niño.

En México, es escasa la investigación relacionada con el tema de la familia y la discapacidad, sin embargo, se sabe que la discapacidad es un estresor para la familia. En la mayoría de los casos, la presencia de un hijo con discapacidad puede llevar a una serie de conflictos por sentimientos de culpa o por culpar al otro, y en algunos casos se llega incluso a la ruptura familiar. Cuando eso sucede, es inevitable que los niños afronten esta ruptura y crezcan en familias uniparentales. Por otro lado, también se ha demostrado que cuando la familia afronta con éxito el llamado estresor de la discapacidad, el niño puede poseer un buen nivel de “capital social”, el cual es medido por las actividades que comparten con sus padres, teniendo así altas expectativas educativas para el hijo (Sánchez, 2006).

A pesar de las dificultades que se presentan, es importante mencionar que los padres tienen una gran responsabilidad en el proceso de integración e inclusión educativa y social y para que esto se pueda lograr es necesaria la aceptación de la discapacidad de su hijo. De esta forma, se podrán seguir las indicaciones del profesional y llevarlas a cabo en casa para lograr la instauración y generalización del aprendizaje, aunque la familia sea guiada por un profesional, es en su núcleo donde el niño aprenderá a socializar, a ser autónomo y al mismo tiempo logrará una aceptación de su discapacidad teniendo así un auto-concepto positivo (MEE, 2015).

Se debe orientar y dar información a los padres acerca de las dificultades que presentará su hijo, pero también es importante que se les explique cómo interactuar con ellos y tener una detección temprana. La intervención debe ser lo antes posible para lograr el desarrollo y la inclusión social del niño; cabe mencionar que la intervención no será sólo para el niño sino para la familia en general, de esta manera los sentimientos de rechazo o culpabilidad pueden disminuir y crearán una visión más real de acuerdo a la condición de sus hijos (MEE, 2015).

Tanto en la educación regular como en la especial, las actitudes de los padres en cuanto a la educación y a la institución a la que acude su hijo, tienen un efecto decisivo sobre este último, si los padres fomentan una actitud de superación, independencia, autonomía y sentimientos de valía seguramente los hijos mostrarán mejores niveles de adaptación y ajuste (Sánchez, 2006).

Los niños deben ser alentados a llevar una vida relativamente normal, en los adolescentes es necesario alentarlos a ser independientes y a que se enfrenten a situaciones que desarrollen su auto-valía. Puede ser que en algunos casos existan ya estas oportunidades desde casa, debido a que desde la niñez se brindaron estas herramientas. Por otro lado, existen aquellos adolescentes que no quieren usar el bastón, es probable que esto se deba a la etapa por la que se encuentran pues el atractivo físico es importante y puede ser desfavorable para muchos de ellos, lo cual los hace sentir con una doble desventaja, sin embargo si este rechazo sigue es por la persistencia de no aceptar su condición.

1.3 Adolescencia, juventud y sexualidad

Para poder hablar sobre la sexualidad en los jóvenes y adolescentes con discapacidad visual, es importante describir y explicar lo que se entiende por dichos términos, las implicaciones que conlleva esta etapa de la vida y el desarrollo tanto físico como intelectual que suele presentarse en este momento de la vida.

Según autores como Peláez (2008) y Dávila (2004), la juventud puede ubicarse como el periodo de vida comprendido desde los 15 hasta los 24 años de edad, en donde el principal criterio es justamente la edad. Mientras que la adolescencia es definida como la etapa de transición que va de la niñez a la edad adulta, y se encuentra marcada por cambios físicos, emocionales, psicológicos y sociales. La adolescencia transcurre de los 11 a los 19 años de edad.

La adolescencia es definida por Delval (1998, como se citó en Dávila, 2004) como una edad especialmente tormentosa, en la cual hay innumerables tensiones, con inestabilidad, entusiasmo y pasión, en donde el adolescente se encuentra dividido entre tendencias opuestas. Esta etapa supone un corte profundo con la infancia, en la que el joven adquiere los caracteres humanos más elevados. Desde el punto de vista biológico y fisiológico, la adolescencia comienza con los cambios del cuerpo y finaliza cuando estos mismos han alcanzado su etapa final, dando pie a la capacidad de reproducción. En otras palabras, la adolescencia va desde la pubertad hasta el desarrollo de la madurez reproductiva completa.

Dávila (2004) agrega que durante la adolescencia aparecen cambios cualitativos en la estructura del pensamiento, se comienza a dar un razonamiento social, teniendo como relevancia los procesos de identidad, individuales, colectivos y sociales. Incluye dimensiones de carácter cultural, las cuales pueden darse de acuerdo a los cambios por los que están pasando las sociedades en cuanto a sus visiones sobre este conjunto social.

Es precisamente durante la adolescencia que se inicia la sexualidad en las personas. El término sexualidad es definido como la capacidad de disfrutar la actividad sexual y reproductiva. Estas actividades las adaptamos a nuestras necesidades, actitudes y creencias, porque la afectividad va relacionada con la sexualidad. En los individuos se desarrollan conjuntamente capacidades que les permiten amar y ser amados, aprender habilidades de relación y de intercambio de ternura, caricias e intimidad, lo cual enriquece la actividad sexual. No obstante, la sexualidad no se limita sólo al placer genital, pues abarca desde los sentimientos hasta la parte biológica que es la reproducción (Sánchez, Honrubia & Chacón, 2005).

Como indica Silva (2012), la actividad y el desarrollo de la sexualidad de un individuo se desarrolla en tres factores: físico, psíquico y social. El primero se

refiere a la anatomía; el segundo factor se refiere al proceso evolutivo y la conformación de la personalidad, que se compone de la educación recibida, las primeras relaciones afectivas con los progenitores y las experiencias que se obtienen al relacionarse con los demás; el último factor hace referencia al comportamiento sexual que muestra la persona, al mismo tiempo que se desarrolla dentro de un marco social con costumbres y hábitos, los cuales se refieren más a las actitudes que se dan dentro de un grupo.

Al hablar de identidad sexual se habla también del concepto de sí mismo, el cual se va estructurando y definiendo a través de las imágenes que se ofrecen del exterior, éste ayudará a crear una imagen propia, la cual incluirá el cuerpo y las capacidades. Esta autoimagen dependerá del género al que se pertenezca y de las funciones que se asignan a cada una de las características que definen a su género.

De acuerdo con Silva (2012), los conceptos de identidad sexual, identidad de género y constancia de sexo son importantes a la hora de definir la sexualidad. La identidad sexual hace referencia a la constatación directa de que se es hombre o mujer, por las características anatómicas; la identidad de género es descrita como la conciencia de las actividades, funciones, comportamientos y el papel que se lleva a cabo en la sociedad, ésta también depende de la genitalidad femenina o masculina; por último, la constancia del sexo se refiere a saber si se es chico o chica, siendo constante a lo largo del ciclo vital, y si se es uno no se puede ser el otro. La identidad es masculina o femenina si coincide con el sexo morfológico de hombre/mujer, o puede ser ambigua o transexuada, cuando existe una discordancia parcial o total.

Peláez (2008) señala que, en la sexualidad, se deben tener en cuenta los llamados derechos del cuerpo, en donde todo lo relativo a la sexualidad y la reproducción implica dos principios básicos que son: el derecho a la atención a la salud sexual y reproductiva, y el derecho a la autodeterminación sexual y

reproductiva, la cual hace referencia también al derecho de estar libre de las formas de violencia y coerción que afectan la vida sexual o reproductiva. El autor agrega que, a pesar de los derechos promovidos, los y las adolescentes constituyen una población de personas olvidadas en lo que se refiere a programas de salud sexual y reproductiva, lo cual es evidente debido al creciente número de jóvenes carentes de información y servicios relativos a su salud sexual y reproductiva. Ello ocurre en mayor medida en naciones empobrecidas.

Además de los factores biológicos, las condiciones sociales y económicas influyen de modo considerable en la determinación de la salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes. En América Latina y el Caribe, muchos de los problemas de salud están vinculados a situaciones de pobreza y exclusión, dado que éstas se relacionan con la desigualdad en el acceso a los servicios sanitarios y a los factores determinantes de la salud. Los adolescentes son vulnerables en aspectos relativos a la salud sexual y reproductiva pues existen obstáculos, por ejemplo, las restricciones que tienen origen en la poca autonomía que la sociedad puede otorgarles, o bien en los mensajes contradictorios que dan las instituciones sociales. De esta forma, tanto hombres como mujeres provenientes de distintos estratos socioeconómicos tienen una emancipación diferente: una más tardía y con baja fecundidad, en el sector medio y alto, y otra con abandono temprano de estudios, maternidad adolescente y mayores tasas de fecundidad, en el sector bajo (Peláez, 2008).

Para ejemplificar la diferencia que se puede encontrar en los distintos estratos sociales, vale la pena hacer referencia al estudio que realizaron Campos, Ceballo y Herazo (2010), quienes se plantearon como objetivo establecer la prevalencia y factores asociados al patrón de comportamiento de riesgo para la salud sexual y reproductiva (PCRSSR), en estudiantes de secundaria. El estudio fue realizado con una población de 3 690 participantes de escuelas públicas y privadas, tanto de zonas rurales como urbanas del Distrito de Santa María, Colombia.

El cuestionario aplicado a los jóvenes constaba de 30 preguntas, que abarcaban temas como aspectos demográficos, conducta sexual y aspectos relacionados con la salud. En cuanto al PCRSSR se definió como la suma de dos o más comportamientos sexuales de riesgo durante la vida, teniendo cuatro posibles opciones: uso inconsistente de condón, relaciones sexuales después del consumo de alcohol, relaciones sexuales después del consumo de alguna sustancia ilegal o bien relaciones sexuales con una persona que apenas se conoce o tiene poco de conocer.

Como resultados se reporta que 36.1% de los alumnos tenía comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva, de los cuales se relacionaron con el PCRSSR: el consumo de sustancias ilegales (OR=1.7) y pertenecer a un estrato socioeconómico medio alto 1.4%, en donde uno de cada tres estudiantes presentó alto riesgo de ser infectado de VIH o alguna ITS o de sufrir un embarazo no planificado. Se Llegó a la conclusión de que es necesaria una mayor educación sexual, así como estudios del comportamiento sexual adolescente, y promover las prácticas sexuales seguras (Campos et al., 2010).

1.4 Sexualidad en jóvenes con discapacidad visual

En realidad es escasa la información que se tiene en cuanto a la sexualidad que viven los jóvenes y adolescentes con discapacidad visual, y todavía más escasa la que se deriva de reportes de investigaciones que se hayan llevado a cabo dentro de instituciones. La información recabada se expone a continuación.

Retomando los aspectos que definen la etapa de la adolescencia, es importante destacar las diferencias que existen, en los adolescentes que tienen una discapacidad visual, con respecto a aquellos que no la tienen. De acuerdo con Maciel (s/a), la conflictiva que se presenta regularmente en la adolescencia se agrava y potencia cuando la persona padece algún tipo de discapacidad, debido a que se produce un cambio y una evaluación del propio cuerpo, así como de los

roles y proyectos que se tienen para con uno mismo, y es en esta etapa donde los adolescentes toman conciencia de sus limitantes y sus diferencias con respecto a sus pares sin discapacidad. Raya (2009) considera que la adolescencia puede ser una etapa particularmente difícil para las personas con deficiencias visuales, pues se pueden producir problemas de integración social con el grupo, debido a que existen diferentes intereses, forma de vestir o de relacionarse con el grupo, si no hay una adecuada integración.

Según Maciel (s/a), es común que haya una presión del grupo para que se responda con ciertas expectativas, de igual forma las etapas se “alargan”, pues en ocasiones el adolescente se encuentra en un grado escolar menor, que no corresponde a su edad, mostrando inquietudes que sus pares no podrían entender. Por otro lado, pueden presentar inquietudes al querer desempeñar un trabajo, es posible que también duden acerca de su propia sexualidad, ante la posibilidad de iniciar una relación de pareja. Esta última inquietud se puede dificultar si los padres insisten en tratarlo como un niño, debido a que la sobreprotección, en muchos de los casos, conlleva el riesgo de suspender exigencias lógicas, por lástima o temor. El autor agrega que a muchas personas con discapacidad les cuesta asumirse como seres sexuados, puede existir en ellos el miedo a no resultar atractivos, el desconocimiento de su cuerpo, e incluso la presión de probar que pueden desempeñarse en el ámbito sexual, lo cual puede llevar a que, al pretender que se les trate como adultos, asuman conductas que generan temor en los demás.

Silva (2012) aclara que la sexualidad de las personas con discapacidad visual no debe verse de manera distinta a la de aquellas sin discapacidad. Sólo tendrían que hacerse adecuaciones para el uso de otros sentidos, como se hace para el aprendizaje de conductas y para la inserción en la sociedad. Sin embargo, señala el autor, se pueden ubicar varias desventajas relacionadas con la sexualidad, cuando se tiene una discapacidad visual.

En principio, es importante considerar que el 80% de los estímulos se perciben visualmente, y que con la vista podemos identificar de manera fácil algún estímulo cercano, obteniendo información general del entorno. Se considera que la vista es el órgano de percepción más completo del ser humano, pues este sentido ayuda a la estimulación y al aprendizaje. En el plano social, emocional y sexual, el niño aprende acerca del afecto y sus manifestaciones porque puede ver cómo sus padres lo demuestran hacia él y entre ellos; en pocas palabras, se puede decir que aprende las manifestaciones gestuales del amor y de la ternura. De la misma forma, desde edades tempranas se va teniendo el conocimiento de las diferencias anatómicas entre niños y niñas, así como de la transformación del cuerpo en distintas etapas de la vida, y de los comportamientos socialmente aceptados o reprobados. Todo este aprendizaje lo obtiene el niño con el sentido de la vista, mirando revistas, a sus padres, a otras personas en su ambiente, en la televisión, etcétera.

Considerando lo anterior, Silva (2012) enfatiza que el entorno físico y social del ser humano está diseñado para las personas videntes, por lo que las personas con discapacidad visual tienen que aprender a buscar el mundo, pero es común que la sobreprotección o una intervención tardía priven a estas personas de encontrar información y entenderse con el mundo. De igual forma, cuando se recibe información que no sea por medio de la vista, ésta suele estar fragmentada, debido a que no puede verificarse de inmediato y si ésta es a distancia no puede conseguirse una retroalimentación con las demás personas, retrayendo a la persona con discapacidad y limitando su relación con los que se encuentran a su alrededor.

Albertí y Romero (2010) también plantean que las personas con discapacidad visual suelen conocer su entorno mediante el tacto, sin embargo este medio se encuentra limitado pues en la sociedad está arraigado el temor a tocar y ser tocados. La identificación sexual en los niños invidentes resulta difícil, a pesar de esto, cuando a los niños ciegos se les pregunta cómo diferencian a un niño de una

niña el cien por ciento contesta que es por el nombre, sería importante intervenir enseñando la variedad de las formas del cuerpo, los cambios que hay en él durante la vida, los cambios que se presentan en el embarazo y aquellos aspectos que se consideran atractivos de hombres y mujeres.

En el caso de las personas con discapacidad visual, es posible que exista un desconocimiento físico en cuanto a su grupo de iguales, debido a que el cuerpo de la persona va cambiando y ellos no lo pueden saber si no lo tocan. La interacción suele ser complicada pues no establecen contacto visual. De igual forma, se encuentran ante actitudes que pueden ser de protección, compasión, rechazo o curiosidad, por parte de sus compañeros (Silva, 2012).

Cuando se llega a la adolescencia, comienzan a aparecer cambios y necesidades corporales, tales como la menstruación, sueños húmedos, ensanchamiento de hombros y cadera, cambio de voz en los hombres y crecimiento de busto en las mujeres; estos cambios son desconocidos para la persona invidente, debido a que desde su nacimiento su cuerpo no había experimentado grandes cambios y para construir su nueva identidad necesita adueñarse de ese cuerpo. Es común que los adolescentes pongan mayor interés en los cambios que hay en el cuerpo que es de su mismo sexo, y también es a partir de la adaptación que se tiene en esta etapa cuando comienzan a aparecer los sentimientos de enamoramiento y el reclamo por el otro sexo. En ocasiones, para ser aceptados por persona de cualquier sexo, se dejan llevar por “arranques de personalidad” (irritabilidad, agresión, entre otras), estos arranques suelen ser descargados en casa y nunca frente a sus pares. También es probable que su autoestima se encuentre baja pues necesita aparatos específicos, los cuales marcan sus estigmas creando un sentimiento de dependencia (Silva, 2012).

Albertí y Romero (2010) explican que la adolescencia es de por sí difícil para personas que no tienen discapacidad visual, y que aquellos que la tienen experimentan dificultades para comparar su propio cuerpo con el de otros, así

como para conocer el cuerpo del sexo opuesto, y en cuanto a su educación sexual, pierden mucha información. Es debido a esto que se requiere de una educación sexual adecuada y oportuna.

1.5 Barreras sociales y educativas

En cuanto a las problemáticas a las que se pueden enfrentar las personas con discapacidad visual se deben enfatizar aquellas que comienzan en la etapa escolar. Pero, cabe aclarar que, en contraposición con la idea de que los niños con discapacidad visual tienen una inteligencia disminuida en comparación con los niños que ven, aquellas diferencias que se encuentran son causadas por limitaciones educativas, barreras sociales y/o ambientes familiares desfavorables, como lo señala Sánchez (2006). Lobera (2010) aclara que estos niños logran integrarse al aula regular y realizar gran parte de las actividades, siempre y cuando se les ofrezcan los apoyos específicos, estos apoyos van desde materiales específicos, personal y estrategias metodológicas y de intervención, lo cual es proporcionado por el docente, para que puedan alcanzar los objetivos propuestos.

Los niños con discapacidad visual se caracterizan por ser más pasivos que sus compañeros, debido a la inseguridad que les puede generar el desplazarse dentro del aula, sin embargo para reducir esta inseguridad es necesario que la familia y la escuela den las herramientas necesarias al niño para que éste realice actividades y tenga responsabilidades similares a las del resto del grupo. Para llevar esto a cabo, es necesario hacer adecuaciones en los espacios, para que sean seguros para el alumno, se deberá también hacer un trabajo previo con el alumno para que reconozca el área y el espacio dónde se moverá (Lobera, 2010).

A pesar de dichos planteamientos y de los apoyos educativos y sociales que se proporcionan en otros países, encaminados a lograr una mayor autonomía en personas con discapacidad visual, en México se observan carencias

institucionales y sociales. Los esfuerzos educativos e integrativos, cuando los hay, son asumidos principalmente por las familias. Dependiendo de cada familia, se promueve el ajuste o desajuste del niño con discapacidad, por lo tanto, es importante concientizar al profesional de la educación, a quienes brindan servicio de rehabilitación y a las instituciones donde el individuo interactúa, acerca de las necesidades de estos jóvenes, en todas las áreas de su vida (Sánchez, 2006).

Podría pensarse que las limitaciones y necesidades educativas antes planteadas corresponden exclusivamente a personas con discapacidad visual total (ceguera), pero muchas de ellas también son compartidas por personas con debilidad visual. Cabrera (2011) menciona que las personas con discapacidad visual parcial también enfrentan un gran problema en el área educacional y social, debido a que comúnmente no son detectados a tiempo y suelen ser etiquetados desde niños como personas flojas, lentas o de bajo intelecto. Los niños no pueden indicar cuál es el factor que los hace ver de manera diferente, esto se debe a que ellos no pueden aclarar diciendo “veo mal”; ellos no saben qué es “ver bien”, y aún una vez detectada la discapacidad, suelen no tener el apoyo o los recursos necesarios para ser independientes, pues como no es evidente su debilidad visual suelen ser mal interpretados; si se vive sin apoyo y orientación desde la infancia pueden existir desajustes de personalidad.

Sánchez (2006) asegura que la falta de estimulación en niños con discapacidad visual y el hecho de ser privados de la educación formal, no sólo frena su desarrollo intelectual, sino que además limita sus habilidades de socialización. Es por esto que los padres deben estimular a su hijo, no sólo en edad preescolar, sino que deben promover la asistencia a la escuela, estimulando las expectativas de escolarización de su hijo. Sin embargo, en México existen pocos estudios e información acerca de la participación de los padres en las actividades escolares, es por esta razón que, tanto padres como profesores desconocen las ventajas de su participación en la educación de sus hijos. En educación especial el problema

se agrava, debido a que la información es pobre y escasa (Sánchez, Acle, De Agüero, Rivera & Jacobo, 2003, como se citan en Sánchez, 2006).

Cabrera (2011) menciona que es importante lograr una integración escolar e inclusión social, pero éstas requieren del desarrollo de potencialidades de los alumnos, utilizando los programas de los diferentes niveles educativos como un instrumento normalizador; de esta manera, la competencia curricular de los alumnos con discapacidad visual se podrá comparar con la de sus pares en edad o grado escolar. Claramente es indispensable utilizar herramientas específicas como lo son programas, materiales didácticos, recursos tecnológicos (TIC), por citar algunos, que sean diseñadas especialmente para este fin, dependiendo del nivel educativo y las características individuales de cada persona. Sólo de esta forma se podrá lograr su autonomía y su aprendizaje en la vida diaria.

Lograr que los padres participen en la educación de sus hijos implica beneficios para ambas partes, pues frecuentemente se mejora la autoestima del niño ayudando a los padres a desarrollar actitudes positivas hacia la escuela, proporcionándoles una mejor comprensión del proceso de enseñanza. De la misma forma se podría apreciar una mayor asistencia, disminución de la deserción, así como mejoramiento en las actitudes de los alumnos y en su conducta. Todo ello permite una comunicación positiva padre-hijo e incluso un apoyo mayor en la comunidad de la escuela (Sánchez, 2006).

Otra de las problemáticas que se puede encontrar, en cuanto a la educación, es el nivel socioeconómico, pues se considera que puede afectar el rendimiento escolar. Sánchez (2006) señala que se ha demostrado mediante análisis estadísticos que el nivel socioeconómico, como se define frecuentemente, es decir, ingresos, educación y ocupación de padres, está muy poco relacionado con el rendimiento académico, en niños sin alguna discapacidad. Pero en el caso de educación especial, el nivel socioeconómico sí afecta en aspectos como la provisión de oportunidades que pueden proporcionar aparatos de alto costo,

acceso a la rehabilitación y cuidados médicos, y acceso a nuevas tecnologías, pues está claro que las familias con un ingreso económico alto podrán acceder a tener mejores prótesis, intervenciones quirúrgicas, escuelas especializadas, entre otras cosas. Así mismo, aquellos padres que tienen un mejor nivel educativo tienden a buscar información acerca de la discapacidad que tiene su hijo (a) y pueden buscar la forma de aminorar sus efectos (Sánchez, 2006).

Cabe aclarar, sin embargo, que entre las familias de estratos socioeconómicos altos se encuentra otra diferencia, pues, al parecer, estas son las familias que sufren más la presencia de la discapacidad y se muestran más afectados al tener un hijo con necesidades educativas especiales, porque son las que mayores expectativas tienen hacia los hijos (Sánchez, 2006).

Ahora bien, debe considerarse que las escuelas de educación especial, los servicios terapéuticos y las instituciones de rehabilitación sólo contemplan la infancia y la adolescencia. En muchos casos, sobre todo en clases sociales bajas y medias, los recursos educativos y de rehabilitación suelen estar agotados al llegar a la etapa adulta del integrante con discapacidad, por lo que resulta muy difícil hacer un proyecto de vida (Maciel, s/a).

Una alternativa para tener una mayor normatividad es la convivencia del individuo dentro de un grupo con características similares, en donde se puedan compartir las dificultades que se les presentan, y comparar sus actuaciones, además de mejorar sus relaciones personales. Silva (2012) sugiere que, cuando esto sea posible, padres y alumnos deben reunirse con otras familias y con otros jóvenes con discapacidades similares, con el fin de poder adquirir parámetros de normalidad comparativa a partir del intercambio de su propia realidad.

Entre los problemas sociales que más se encuentran está el de la imagen, pues a los chicos con discapacidad visual les hacen falta elementos de referencia visual para observarse y compararse con el resto de las personas. Esta problemática se

agrava debido a que la actual sociedad se basa cada vez más en la imagen, lo cual repercute de manera directa en el ámbito escolar, pues los adolescentes pueden no sentirse capaces, tener sentimientos de inferioridad e infelicidad, llevando incluso al auto-desprecio (Silva, 2012).

Otras barreras físicas y sociales para la vida cotidiana normal, que pueden encontrar estos niños y jóvenes, de acuerdo con el Ministerio de Educación de Chile (2007), son:

- 1) La ausencia de señales auditivas que puedan reemplazar la información visual, como es el caso de los semáforos; si no se cuenta con algún tipo de alarma que indique el paso, la situación hará que la persona sea más dependiente para transitar por las calles.
- 2) La ausencia de literatura en Braille o audio en bibliotecas públicas; si no se hallan espacios donde la persona con ceguera pueda acceder a información de entretenimiento o cultura, habrá una disminución en sus posibilidades de integración y crecimiento personal.
- 3) En cuanto a la educación, la barrera que se encuentra es la ausencia de sistemas de escritura alternativos; como en el caso anterior, si los libros de texto no se encuentran adaptados al sistema Braille, los niños y niñas con ceguera no tendrán acceso a los aprendizajes en igualdad de condiciones, haciendo difícil su participación en clase y la interacción con sus compañeros.

A pesar de las muchas limitantes que hemos encontrado en cuanto a la educación para personas ciegas o débiles visuales, se han hecho investigaciones cuyos resultados pueden ayudar a entender cómo la inclusión a la educación superior puede cambiar el ritmo de vida de las personas con discapacidad visual.

La investigación realizada por Polo y López (2009) tuvo por objetivo analizar el autoconcepto de estudiantes universitarios con discapacidad visual, auditiva o

motora, y compararlo con el de otros sin discapacidad. Se analizó el tema de autoconcepto tanto a nivel académico como emocional. La prueba fue realizada a 102 estudiantes, 14.7% hombres y 35.3% mujeres, con discapacidad (51 en total); 10.8% hombres y 39.2% mujeres, sin discapacidad (51 en total); las edades de los participantes, en ambos grupos, oscilaban entre los 18 y 30 años; todos inscritos en la Universidad de Granada, España. La prueba que se aplicó fue la escala de autoconcepto AFA 5, de García y Musito (2001, como se citó en Polo & López, 2009), la cual mide dimensiones de auto concepto académico/laboral, social, emocional, familiar y físico; también se aplicó un cuestionario de variables sociodemográficas.

Los resultados de dichas pruebas indicaron que los participantes con alguna discapacidad mostraron niveles de auto-concepto más bajos, en el ámbito emocional y académico, en comparación con quienes no tenían discapacidad. También se encontraron diferencias entre los alumnos por género, en la dimensión emocional, y esas diferencias no se relacionaban con el tipo de discapacidad. De esta forma se llegó a la conclusión de que los grupos con discapacidad deben ser tomados en consideración tanto por las instituciones como por sus pares, para que se pueda construir una integración educativa y propiciar mayor rendimiento académico (Polo & López, 2009).

Lo anterior lleva a pensar que ante una mayor y mejor educación para jóvenes con discapacidad, su auto-concepto cambiará a ser más positivo y ello tendrá implicaciones en todos los ámbitos de su vida. Desafortunadamente, como señala Sánchez (2006) estos jóvenes no siempre tienen la adecuada atención escolar y estimulación que requieren. Suelen ponerse límites, y es común encontrar casos de sobreprotección donde la familia se torna poco accesible para facilitar la independencia y autonomía de sus hijos.

Es importante mencionar que el apoyo de la familia en la promoción y mantenimiento de la motivación hacia una meta escolar es importante para que el

niño permanezca y se adapte al sistema educativo. Los niños con discapacidad visual que presentan pasividad y baja autoestima suelen vivir en hogares que hacen comparaciones desafortunadas entre sus integrantes, así, los mismos padres generan un aumento en los niveles de ansiedad de sus hijos (Sánchez, 2006).

A modo de conclusión de esta sección, se puede decir que es muy importante la detección e intervención tempranas en personas con discapacidad visual, total o parcial. Esto puede ayudar a que se tenga un ritmo de vida normal, aunado a las ayudas que familia y comunidad les proporcionen para lograr la autonomía desde la niñez. Los centros educativos, la familia y la sociedad deben promover un estilo de vida integral y saludable, así como estándares adecuados de auto concepto y autoestima en estos niños y jóvenes. En estos últimos, ese estilo de vida incluye su derecho a una vida sexual plena.

Desafortunadamente, en México, tal como sucede con otros ámbitos institucionales, educativos y sociales, se le concede poca importancia a la sexualidad de personas con discapacidad visual. No hay investigaciones que demuestren los índices de infecciones o embarazos no deseados en esta población, y si bien existen algunos cursos y talleres donde se puede orientar a las personas con discapacidad y a sus familiares, éstos no tienen la difusión necesaria y tampoco el alcance para todos los estratos sociales.

El siguiente capítulo aborda los temas de infecciones de transmisión sexual y embarazo no deseado en jóvenes sin discapacidad y en aquellos con discapacidad visual.

2. CONOCIMIENTOS SOBRE ITS Y PRÁCTICAS SEXUALES

2.1 Investigaciones en población sin discapacidad

2.1.1 Prácticas sexuales de riesgo

Dentro del ámbito de la salud se ubican las conductas sexuales de riesgo como aquellas que implican una exposición por parte de un individuo a una situación que ocasiona daños a su salud o a la de otra persona, en especial cuando existe la posibilidad de contagio por infecciones de transmisión sexual o bien tener un embarazo no deseado (Espada, Quiles & Méndez, 2003; García, Menéndez, Fernández & Cuesta, 2012; Goncalves, Castellá & Carlotto, 2007).

De acuerdo con García et al. (2012), el embarazo no deseado, así como la transmisión de ITS o VIH/SIDA, se pueden prevenir con el uso consistente y correcto del condón, sin embargo, como lo han comprobado otros investigadores (Goncalvez, 2007), la promoción y las campañas que se hacen para el uso del condón no son suficientes, así los jóvenes y adolescentes siguen incurriendo en prácticas sexuales de riesgo.

Se ha documentado que el hecho de que los adolescentes comprendan y reconozcan que hay conductas de riesgo en las relaciones sexuales, no indica que exista el uso adecuado de algún método anticonceptivo o del condón. Por ejemplo, en el caso de un embarazo, a pesar de que ambos miembros de la pareja estuvieran de acuerdo en que no usar condón o algún método anticonceptivo es un riesgo, la mayoría percibe que el riesgo es mayor para la mujer, debido a que no toman en cuenta la connotación social y económica que significa el hecho de convertirse en madre. A pesar de que el adolescente tiene conocimientos sobre su salud sexual y reproductiva, los comportamientos que lleva a cabo no corresponden a dichos conocimientos (Rodríguez & Álvarez, 2006).

Se ha demostrado que, si en la primera relación sexual se hace uso del condón, es probable que en relaciones subsecuentes se utilice de forma consistente (Juárez & Castro, 2006). En el caso de los jóvenes que no han iniciado su vida sexual, se ha visto que la intención de usar condón puede ser una variable de estudio importante. Robles et al. (2012) señalan que, en la prevención primaria de los problemas de salud sexual, es importante poner atención en aquellos adolescentes que no han iniciado su vida sexual, pues si se potencia en ellos las habilidades y conocimientos que ayudan al comportamiento preventivo, es muy probable que inicien su vida sexual de forma responsable. Cuando se les da información previa, se hace más probable que los jóvenes utilicen de manera constante algún método anticonceptivo y/o condones.

En investigaciones realizadas por Moreno et al. (2008) y por Robles, Frías, Moreno, Rodríguez y Barroso (2011), se reportó que en más de la mitad de los jóvenes participantes, de escuelas secundarias y preparatorias, su primera relación sexual no fue planeada y la mayoría la tuvieron en casa de su novio(a). En cuanto al uso del condón, ambas investigaciones reportaron que el 60% de los participantes utilizó condón. Además, la planeación de la primera relación sexual se asoció con el uso del condón.

Gayet, Juárez, Pedrosa y Magis (2003) llevaron a cabo un estudio para investigar el comportamiento sexual actual y el uso del condón en la primera relación sexual en adolescentes de 12 a 19 años de edad, considerando la variación en distintos contextos y la influencia que se ejerce en ellos en cuanto al uso del condón. Los autores analizaron los datos arrojados por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2000, relativos a 16.285 adolescentes, de los cuales 49% eran hombres y 51% mujeres. Como resultado se obtuvo mayor actividad sexual y mayor uso del condón entre los hombres y en aquellos que vivían en áreas urbanas; los adolescentes que utilizaron condón en su primera relación sexual fueron aquellos que iniciaron su vida sexual a mayor edad y aquellos que reportaban vivir en una zona urbana. La información obtenida en cuanto a la decisión de usar el condón

indicó que en la población femenina, 50% afirmaron que fue de mutuo acuerdo, mientras que en la población masculina, más del 50% aseguró que fue su iniciativa utilizar el condón. Los autores concluyen que se deben diseñar nuevas políticas de prevención de ITS, de modo que se reduzca la brecha que existe entre conocimiento y práctica, principalmente con aquellos jóvenes que inician su vida sexual a temprana edad, los que hablan lengua indígena, los que viven en zonas rurales y las mujeres.

García et al. (2012) llevaron a cabo una investigación para conocer las variables que pueden estar influyendo en el comportamiento sexual de riesgo de los adolescentes, y su posible diferencia por sexo. Se aplicó un instrumento de auto informe a 815 estudiantes españoles (54,6% mujeres y 45,4% hombres), en cuanto a los resultados obtenidos se pudo observar que existía poca diferencia en cuanto a las prácticas sexuales y la edad del debut sexual entre ambos sexos. El método que se usa con más frecuencia en la primera relación sexual es el condón, con un 82,8%, el 10,5% no usó ningún método y finalmente el 5,1% empleó el coito interrumpido. En cuanto a las conductas sexuales de riesgo que se indagaron, las más destacadas fueron el consumo del alcohol y la cantidad de parejas sexuales, esta última se encontró con mayor prevalencia en los hombres que en las mujeres. En estas últimas, a pesar de informar que se protegen de las infecciones de transmisión sexual, se encontró una proporción importante que reportó haber tenido un aborto.

En México el estudio realizado por Enríquez, Sánchez y Robles (2005) tuvo por objetivo evaluar diferentes variables relacionadas con el uso del condón, identificando las diferencias entre hombres y mujeres. Se encontró que el 54.2% de los participantes planeó su primera relación sexual, de los cuales el 62.5% eran mujeres y el 41.3% hombres. Otra de las variables medida fue el número de las parejas sexuales, encontrándose que los hombres tuvieron mayor número de parejas sexuales que las mujeres. Por último, se demostró que son los hombres quienes tienen un mayor uso de condón. A pesar de que se pudo observar que los

estudiantes dijeron haber utilizado el condón en su última relación sexual, se observó que a lo largo de su vida sexual, el uso es inconsistente, pues cuando mantienen relaciones sexuales anales, orales o masturbación mutua no hacen uso de él. Lo que finalmente lleva a investigar sobre otro tipo de variables que puedan influir en el uso consistente y adecuado del condón.

2.1.2 Factores asociados a prácticas sexuales de riesgo

Espada et al. (2003) llevaron a cabo una compilación de datos de investigaciones que estudian conductas sexuales de riesgo en adolescentes de diversos países. Según dichas investigaciones, entre las variables que explican estas conductas se encuentran las cognitivas, las actitudinales y las conductuales. Las primeras hacen referencia a aquella información y creencias erróneas de los adolescentes, como pueden ser el hecho de pensar que la primera vez que se tienen relaciones sexuales no se llegarán a embarazar, o bien, creer que el uso de dos métodos anticonceptivos (por ejemplo, pastillas anticonceptivas más espermicida), pueden prevenir el VIH. Dentro de las variables cognitivas se ubican: percepción normativa, percepción de riesgo, percepción de gravedad de la infección, percepción de la capacidad para adoptar conductas protectoras, y percepción de que los cambios conductuales reducirán el riesgo. Entre las variables actitudinales, los autores ubican a las intenciones de tener sexo y de usar el preservativo. Como variables conductuales se ejemplifican las siguientes: consumo de alcohol y drogas, variedad de parejas, uso adecuado del preservativo, habilidades para solicitar a la pareja tener sexo seguro, y habilidades para rechazar sexo no protegido.

También Bárcena, Rendón y Robles (2011) hacen un análisis de investigaciones que señalan los factores asociados a las conductas preventivas, basándose en el modelo integral de Fishbein (2000, como se citó en Bárcena et al., 2011). El modelo contempla lo que las personas piensan sobre el uso del condón (factores psicosociales) y las conductas que llevan a cabo (factores conductuales), así

como la influencia que tiene el contexto en la ocurrencia de la conducta (límites ambientales) y los factores culturales. Bajo este modelo, la intención de usar condón se ve afectada por el tipo de creencias conductuales, normativas y de control que se presentan en el adolescente, y de forma indirecta la intención de utilizar condón se ve afectada por la cultura, los estereotipos y la información que se tiene sobre el problema que se quiere prevenir.

Robles et al. (2012) señalan que el modelo de Información, Motivación y Conducta propuesto por Fisher y Fisher en 1992, pone como elementos centrales del cambio de conductas de riesgo a preventivas: estar correctamente informado sobre el problema de salud que se quiere prevenir, estar motivado para actuar, y contar con las habilidades conductuales necesarias para utilizar correcta y consistentemente el preservativo.

Por ello, es de gran relevancia, en el contexto de la prevención, investigar las condiciones que hacen más probable el uso del condón en la primera y subsecuentes relaciones sexuales. A continuación se describen algunos estudios que dan cuenta del papel que juegan distintos factores psicológicos sobre el comportamiento preventivo de los jóvenes.

Robles et al. (2012) llevaron a cabo una investigación con adolescentes que aún no habían tenido su debut sexual. El propósito fue evaluar el nivel de información que los participantes tenían, respecto a lo que es la transmisión y prevención del VIH/SIDA, así como de otras ITS. También se evaluó el papel de creencias, actitudes, norma subjetiva, autoeficacia e intenciones vinculadas con el uso del preservativo y la comunicación sexual con padres, así como la variables conductuales relacionadas con la habilidad de usar correctamente el preservativo. La muestra fue de 544 estudiantes, con un rango de edad de 13 a 20 años, divididos en dos grupos, experimental y control. El grupo experimental recibió un programa de intervención basado en el Modelo de Fisher y Fisher, y al grupo control se le dio una plática de salud, al finalizar la investigación. En la primera

evaluación (pre-test) se encontró que los estudiantes tenían muy poco conocimiento sobre VIH/SIDA e ITS; la aplicación del post-test, un mes después de la intervención, permitió constatar un incremento significativo en cuanto a respuestas correctas en el grupo que recibió la intervención. Se lograron cambios positivos en cuanto a la información y las habilidades que los adolescentes adquirieron. Los autores concluyen que los adolescentes que recibieron la intervención tienen más probabilidades de utilizar el condón cuando inicien su vida sexual, sin embargo, también mencionan la necesidad de realizar una evaluación empírica considerando un periodo de seguimiento más amplio, esperando a que los participantes tengan su primera relación sexual.

Como señalan Uribe, Orcasita y Vergara (2010) deben tomarse en cuenta otro tipo de variables, como son la autoeficacia y la susceptibilidad percibida, ambas fundamentales para el desarrollo de conductas que llevan al autocuidado, las cuales ayudan a la prevención de la infección de VIH/SIDA y otras ITS. La autoeficacia llevará al adolescente a ver la capacidad que tiene para llevar a cabo acciones a favor de su salud y de alcanzar ciertas metas, permitiéndole tener el control de su propio funcionamiento que va desde el estado emocional, afectivo y psicológico, hasta los procesos cognitivos y motivacionales. Planes et al. (2004, como se citaron en Uribe et al., 2010), llevaron a cabo un estudio con adolescentes y encontraron que la mayoría tenía una baja percepción de autoeficacia para mantenerse abstinentes, y poco conocimiento sobre las formas de prevención de la infección por VIH.

Por otro lado, la susceptibilidad percibida es importante, debido a que hace referencia a la percepción de riesgo que presenta cada persona sobre las consecuencias negativas que conlleva realizar alguna conducta en específico; en este caso la posibilidad de adquirir una infección. Al respecto, Blitchtein et al. (2002, como se citaron en Uribe et al., 2010) encontraron que la mayoría de las mujeres adolescentes con las que llevaron a cabo su estudio, tenían una baja percepción de riesgo en cuanto a adquirir una infección de transmisión sexual. En

el mismo sentido, Vera, Sánchez y Góngora (2006, como se citaron en Uribe et al., 2010) reportaron que los estudiantes de bachillerato de una universidad pública de Yucatán, México, tenían buen conocimiento sobre el VIH/SIDA, sin embargo presentaban una baja percepción de susceptibilidad frente al VIH/SIDA, lo que interfirió en la prevención.

Rodríguez y Álvarez (2006) estudiaron los comportamientos de riesgo en los que se encuentran los adolescentes en Cuba, su objetivo fue exponer las percepciones y comportamientos sexuales de riesgo y reproductivos de los adolescentes, desde una perspectiva de género. Los resultados mostraron que existe un comienzo temprano en las relaciones sexuales, con edades que oscilan entre los 14 y 15 años, y que en su primer encuentro sexual la mayoría de los adolescentes lo hizo sin usar protección. Las diferencias de género en cuanto a la percepción de riesgo radica en que las mujeres creen que el embarazo no deseado es un asunto que solo les afecta a ellas y los hombres ven situaciones de riesgo solo en la transmisión de alguna ITS. Los autores también detectaron que a pesar de que los adolescentes están informados sobre los tópicos y riesgo en la sexualidad, las conductas que asumen no corresponden con lo que saben. A manera de conclusión, los autores señalan que, de las estrategias dirigidas a mejorar las percepciones de riesgo en las prácticas sexuales, se debe hacer énfasis en los aspectos relativos al comportamiento sexual responsable, logrando la participación efectiva de ambos sexos.

Como bien lo indican Goncalves et al. (2007), los conocimientos que se tienen sobre la percepción de riesgo en los adolescentes van enfocados a las actividades que ellos realizan, así como a la percepción de riesgo asociadas a tales actividades. Al parecer, los adolescentes muestran conductas de riesgo porque no perciben que su comportamiento sea peligroso para su salud, mostrando así consumo de drogas o de alcohol y un mal uso del condón.

Además, debe tomarse en cuenta que la etapa de la adolescencia tiene ciertas características que propician comportamientos de riesgo. García et al. (2012) señalan que las conductas sexuales de riesgo que prevalecen en los jóvenes están relacionadas con la etapa de vida en la que se encuentran, es decir la adolescencia, pues sobresalen la impulsividad, así como la inmediatez y la percepción de invulnerabilidad; esto es debido a que, a pesar de que los jóvenes están informados e incluso son precavidos al momento de tener una relación sexual, tienden a incurrir en conductas riesgosas, ya sea por complacer a la pareja (en el caso de las mujeres) o por el hecho de tener presión de sus pares (en el caso de los hombres), careciendo así de habilidades sociales y asertividad, y es precisamente por esto que se les deben proporcionar herramientas adecuadas para llevar a cabo conductas preventivas.

Por otro lado, Robles, Piña y Moreno (2006) llevaron a cabo una investigación la cual tenía por objetivo evaluar los conocimientos, autoeficacia y actitudes hacia el VIH/SIDA, y su relación con el uso inconsistente del condón en una muestra de 335 mujeres entre 18 y 26 años de edad, de una universidad pública del Estado de México. Los resultados obtenidos indicaron que el 54.6% de las participantes sexualmente activas, sí usó el condón en las prácticas sexuales, mientras que los predictores encontrados para el uso inconsistente del condón fueron “el condón disminuye la satisfacción sexual” y “no investigar la historia sexual de la pareja”. Las conclusiones de los autores sugieren que el uso del condón se está basando en una experiencia desagradable y no en una justificación positiva, como lo sería que sirve para prevenir el VIH u otras ITS.

Otro factor que influye en las conductas de riesgo es la comunicación que se mantiene con los padres. En una investigación realizada por Álvarez y González (2004, como se citó en Rodríguez y Álvarez, 2006) se abordó el tema de la comunicación con los padres, considerando variables como nivel educativo de los adolescentes y sus padres, así como la comunicación con ellos y aspectos de su vida sexual. Los resultados obtenidos indican que, los hombres que logran estar

en la universidad han conversado con sus padres sobre cómo cuidarse; en el caso de la mujeres, las que han hablado más en relación a temas de salud sexual son aquellas que están en secundaria o preparatoria, bajando el nivel de comunicación con aquellas que están en la universidad. Por otro lado, se pudo observar que los padres que tenían un nivel de educación bajo o medio, hablaron más con sus hijos que aquellos que tenía un nivel superior; esto pudo deberse a que hay una mayor responsabilidad laboral en estos últimos y menor cantidad de tiempo para que hablan con sus hijos sobre cómo cuidarse en su vida sexual.

El ámbito escolar es otro factor influyente, pues es donde los adolescentes reciben información, cuando no se da en casa. Meave y Gómez (2008) llevaron a cabo una investigación que tuvo por objetivo indagar los factores individuales (rasgos de personalidad y características psicosociales) de los adolescentes que tienen conductas de riesgo, con la finalidad de explorar el impacto de estas variables. Los participantes fueron 478 adolescentes de 13 a 19 años de edad, estudiantes de escuelas públicas de la Ciudad de México, de los cuales 62.2% fueron estudiantes de secundaria y 37.9% de nivel preparatoria. Del total de la muestra el 52% fueron hombres y 48% mujeres, la edad media de la muestra fue 15.8 años.

A los participantes se les aplicó un cuestionario, diseñado por los mismos autores, el cual explora las conductas sexuales de los adolescentes. Los resultados indicaron una edad promedio de debut sexual de 14.3 años en los hombres y de 16 años en las mujeres. Respecto al comportamiento sexual de riesgo, se encontró que los hombres que tuvieron dos o tres parejas sexuales conformaron el 41.4% del grupo, en comparación con el 71% de las mujeres que solo tuvieron una pareja sexual. En relación con el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, se encontró que el 27.7% no usó ningún método y el 23.3% se abstuvo de usar algún método en relaciones subsecuentes. Respecto a la frecuencia del uso del condón se encontró que el 39.1% de las mujeres y el 35% de los hombres dijeron usarlo a veces, el 19.6% de las mujeres nunca usó condón en sus relaciones y el 8.6% de los hombres tampoco lo hizo. Las conductas

sexuales de riesgo más relevantes fueron: la falta de uso de métodos anticonceptivos, seguido de tener relaciones sexuales con alguien que acaban de conocer o que no conocen bien, y por último, tener relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol.

La investigación realizada por Robles, Piña, Frías, Rodríguez, Barroso y Moreno (2005) explora las posibles diferencias en variables psicológicas y las conductas relacionadas con el uso inconsistente del condón en una muestra de estudiantes universitarios, de igual forma se identifican los predictores demográficos y psicológicos del uso inconsistente de condón.

Se aplicó el instrumento SEA-27, el cual mide autoeficacia y actitudes y uno más que mide el comportamiento sexual; la muestra fue de 691 estudiantes, de ambos sexos, de una universidad pública. Los resultados mostraron que los hombres, comparados con las mujeres, tuvieron relaciones sexuales a más temprana edad, mientras las mujeres tuvieron una mayor seguridad de negarse a tener relaciones sexuales con personas que han bebido alcohol o drogas, de igual forma fueron las que tuvieron mayor capacidad y probabilidad de utilizar un condón a pesar de haber ingerido bebidas alcohólicas. Los hombres reportaron, en mayor porcentaje que las mujeres, que utilizar condón resta satisfacción, exponiéndose así a ITS o VIH/SIDA. Tomando en consideración a hombres y mujeres, la autoeficacia relacionada al consumo del alcohol apareció como predictora de conductas de riesgo. Sin embargo, los autores afirman que no basta con que los estudiantes contesten a las preguntas de qué tan capaces se perciben para rechazar una relación sexual cuando se ha bebido alcohol o bien de usar condón después de la ingesta de alcohol, pues esto no asegura que se actué en consecuencia, debido a que cabe la posibilidad de que en cualquier situación no se comportarían de manera preventiva, ya sea evitando o rechazando una oferta sexual o bien si la oferta es aceptada se utilizará condón de manera consistente. Es importante tener en cuenta que el uso consistente del condón no asegura que sea usado de forma

efectiva, pues las condiciones en que se obtuvo el condón o la mala colocación interfieren en su efectividad.

Por último, los autores concluyen que el hecho de saber o conocer sobre VIH/SIDA u otras infecciones, así como de las medidas preventivas, o bien afirmar que ante ciertas situaciones los jóvenes pueden manejarse con conductas de prevención, no es garantía de que ellos actúen de manera responsable, pues en las situaciones que se han puesto de ejemplo la mayoría de los estudiantes siguen actuando de forma que ponen en riesgo su salud sexual.

Moreno et al. (2008) y Robles et al. (2011) sugieren que la mayoría de los jóvenes no tienen las habilidades necesarias para tomar decisiones previas en cuanto al acto sexual, pues en la mitad de los casos se puede ver que se basan en lo que están viviendo en ese momento. Es de gran importancia el hecho de proponer a la pareja el uso del condón, pero muchos adolescentes no cuentan con herramientas suficientes para llegar a una negociación y se dejan llevar por la pareja o por el momento. Además, los adolescentes mencionan hablar con su pareja solo sobre un embarazo no deseado, pero no hablan sobre el uso constante del condón o sobre ITS.

En cuanto a la comunicación con padres, en los estudios citados se observó que los jóvenes tienen una buena comunicación pero solo con la madre; se reportó un bajo número de casos que establecieron comunicación con el padre y menor variedad en los temas de sexualidad que pueden llegar a tocar. A manera de conclusión, los autores comentan que, de los jóvenes que ya habían iniciado su vida sexual, la mayoría ha puesto en riesgo su salud y se vieron inducidos a aceptar el tipo relación sexual que su pareja proponía. Por tales motivos, sugieren la implementación de programas de intervención para los jóvenes y sus padres o cuidadores, en donde retomen temas como vulnerabilidad, salud sexual y conocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos.

Es precisamente por los resultados que se han expuesto que se debe trabajar, no solo con los adolescentes sino también con sus padres. Dado que cada vez hay más padres jóvenes, si se trabaja con ellos se puede llegar a lograr que la educación sexual en casa no se vea como un tema tabú. Citando a Rodríguez y Álvarez (2006) "... las relaciones entre los padres e hijos/hijas, el rol de ser padre, la comunicación entre padres y adolescentes, las actitudes percibidas por los adolescentes de los padres, el seguimiento dado por los padres a su vida social y el apoyo recibido de ellos, constituyen aspectos de gran influencia en la conducta sexual de los adolescentes y en particular son elementos asociados con el retardo en el inicio de la actividad sexual en los adolescentes. De ahí, que en el trabajo futuro que se haga con adolescentes la familia debe constituir un factor esencial" (p. 6).

Bárcena, Robles y Díaz-Loving (2013) señalan que la población de adolescentes y jóvenes se encuentra en mayor riesgo, pues el 47.7% de personas entre 30 y 40 años de edad y el 29.7% de adolescentes, son más propensos a adquirir VIH por prácticas sexuales no protegidas. Los autores mencionan también que aquellas adolescente embarazadas son más propensas a adquirir alguna ITS, además de que son las adolescentes de entre 18 y 29 años edad quienes representan la mayor población que ha tenido un aborto. También señalan que la medida más eficaz para evitar algún tipo de contagio o bien un embarazo no deseado, es el uso adecuado del condón. En el siguiente apartado se exponen algunas de las investigaciones que se han llevan a cabo sobre la utilización de esta medida de prevención.

2.1.3 Conocimientos sobre ITS y uso del condón

Los conocimientos sobre VIH en los adolescentes tienden a estar envueltos en mitos y realidades que ellos no saben distinguir, debido a que no se les da una información clara y concreta sobre el tema, esto ha llevado a que el número de contagios aumente. En América Latina y el Caribe, la mitad de las recientes

infecciones se dan en individuos menores de 25 años de edad y la vía de contagio más común es la de relaciones sexuales desprotegidas (Ramos & Cantú, 2003). Las variables que hacen más probable que los adolescentes contraigan el VIH o que aumenten la probabilidad de contagio, se encuentran ligadas a tener relaciones sexuales a una temprana edad, cambio de pareja, a la falta generalizada del uso de métodos anticonceptivos de barrera (condón), así como las variables sociales (Robles et al., 2012). Es importante mencionar que, al no existir una cura para el VIH, la única forma de evitar su propagación es mediante la información y la divulgación de medidas preventivas (Dávila, Tagliaferro, Bullones & Daza, 2008).

De acuerdo con Ramos y Cantú (2003), los adolescentes frecuentemente se encuentran ante un conocimiento limitado sobre el VIH/SIDA, en variadas ocasiones se debe a que en su entorno social no se les facilita la información, se encuentran limitados en su acceso a conocimientos sobre la salud y el cuidado de ésta, e incluso la poca información que se les puede llegar a dar por parte del sector salud, suele ser contradictoria o confusa. De esta forma, las normas y expectativas sociales influyen en su comportamiento, generalmente contribuyendo de manera inconsciente al aumento de decisiones que ponen en riesgo su salud.

Dávila et al. (2008) afirman que, en estudios recientes acerca de los conocimientos sobre la sexualidad y la prevención del VIH/SIDA en adolescentes, se ha reportado que sus conocimientos son superficiales y que llevan a cabo conductas sexuales de riesgo. Se conoce que el 30% de las personas que son portadoras de VIH y tienen entre 20 y 29 años de edad, fueron infectadas en su adolescencia, si se toma en cuenta que los adolescentes conforman un 20% del total de la población mundial y que el 85% de ellos vive en países en desarrollo donde no se le da la suficiente importancia a los temas relacionados a la salud sexual, entonces nos encontramos con la problemática de que es muy probable que el número de adolescentes con VIH/SIDA siga en aumento. Por tales motivos,

es necesaria la divulgación de información fidedigna y aplicar estrategias para la prevención de futuros casos.

En el estudio que llevaron a cabo Dávila et al. (2008), se evaluó el nivel de conocimientos (NC) que tenían los adolescentes sobre el VIH/SIDA. La muestra estuvo constituida por 208 estudiantes, 57.2% fueron mujeres y 42.8% hombres, con una edad promedio de 15.9 años. Se les aplicó un cuestionario con preguntas sobre el VIH/SIDA, su prevención y formas de transmisión. Sus resultados fueron los siguientes: 40% de los participantes reportó un nivel de conocimientos bueno, 51.9% regular y 7.2% deficiente; 95.7% contestó que sabían que la vía de transmisión más frecuente era por medio de relaciones sexuales, pero 41.8% dijo que no había forma de protegerse contra el VIH. A manera de conclusión, los autores afirman que los estudiantes presentan un nivel de conocimientos regular y reafirman la necesidad de implementación de estrategias educativas para mejorar su conocimiento sobre las ITS, así como las consecuencias y la forma de prevenirlas.

La investigación realizada por Medina, González y Díaz (2000) demostró que la práctica de conductas de riesgo no se da por la falta de información, pues en su estudio comprueban que la información existe y está a su alcance, sin embargo los jóvenes no la toman en cuenta. El estudio que realizaron se llevó a cabo con 360 estudiantes de bachillerato en una escuela del Distrito Federal, México, con edades de 15 y 24 años de edad, con una media de 16.9 años; el objetivo fue determinar el nivel de conocimientos de los adolescentes con respecto a las ITS. El 31% obtuvieron el nivel alto de conocimientos, 8% un nivel bajo y 61% un conocimiento medio; no encontraron diferencias por sexo, edad, ni por el grado de escolaridad. Los datos muestran que, además del problema de falta de conocimiento, el aumento en los índices de VIH en adolescentes se debe a la falta de prácticas sexuales protegidas.

Otra investigación que concuerda con lo anterior es la realizada por Durán, Esquivias y Gallegos (2000, como se citó en Bravo, 2002), quienes evaluaron conocimientos, creencias normativas, conducta sexual y referentes de motivación, para SIDA y embarazo, en jóvenes de secundaria y preparatoria de Monterrey, México, de 12 a 17 años. Los autores reportaron que la media de conocimiento con relación a qué es el SIDA, fue de 94.9%, es decir los jóvenes tienen en cuenta que la principal fuente de contagio es la vía sexual, el 98.1% saben que es una enfermedad que no tiene cura y por lo tanto es mortal. A pesar de que el 90% opinó que el SIDA se puede prevenir, solo el 38.3% de los encuestados aseguraron saber cómo utilizar el condón cuando tienen relaciones sexuales.

La investigación realizada por Robles, Rodríguez, Frías y Moreno (2014) da un enfoque diferente a los resultados planteados arriba, pues indican que los factores de riesgo asociados a la salud sexual, están enfocados no solo a los conocimientos que pueden llegar a tener o no los adolescentes, sino a los conocimientos que tienen y que no son los adecuados. Las autoras llevaron a cabo una investigación en la cual se toman en cuenta factores como: conocimiento sobre cómo usar un preservativo, la habilidad para colocarlo y retirarlo de un pene de enseñanza y la frecuencia de fallas ocurridas durante el acto sexual. Se pidió a un grupo de 130 jóvenes universitarios que demostraran, en un pene de enseñanza, cómo es que se usa un preservativo, y encontraron que los conocimientos que ellos tenían se correlacionaron de manera positiva con la habilidad que demostraron tener en situaciones simuladas. En otras palabras, si el joven sabe los pasos que debe seguir para poner y retirar un condón, presenta una mejor ejecución cuando lo hace en el pene de enseñanza, demostrando así que el conocimiento y la ejecución van de la mano. Pero las autoras aclaran que, si solo se da la enseñanza de manera teórica es muy poco probable que los jóvenes sepan poner y retirar correctamente un preservativo; por tal motivo esta investigación sugiere programas en los cuales la información no sea lo único que se dé, sino que se deben ampliar los panoramas de enseñanza observando cómo

es que los jóvenes ejecutan el uso correcto del preservativo y a partir de esto corregir la forma en que se utiliza.

Por otro lado, Ramos y Cantú (2003) abordan los conocimientos de los jóvenes, a partir de la influencia que ejerce en ellos la comunicación entre pares; afirman que esto juega un papel fundamental, ya que la formación y modificación de actitudes y conductas de los jóvenes se ve directamente influenciada por padres y amigos, principalmente por estos últimos. De acuerdo con estos autores, diversos estudios indican que el 29.5% de los adolescentes prefiere hablar con sus pares sobre temas como VIH/SIDA o ITS, un 18.5% prefieren hablarlo con sus profesores, el 15.7% prefiere no hablar de esos temas y tan solo el 4.4% lo hablan con sus padres. Si se toma en cuenta que con quienes más hablan los jóvenes es con sus amigos, entonces nos encontramos ante la problemática de mitos y realidades, lo cual afecta sus conocimientos, repercutiendo en las conductas y decisiones tomadas.

Bravo (2002) llevó a cabo un estudio para describir los conocimientos y las actitudes que tienen los adolescentes hacia el VIH/SIDA. La muestra utilizada para el estudio fue de 95 estudiantes, con una edad entre los 15 y 19 años, de los cuales el 57% eran mujeres y el 43% eran hombres, provenientes de una escuela vocacional ubicada en el Distrito Federal. Los resultados indicaron que el 92.6% de los alumnos aseguraron que de donde reciben más información es de la escuela, 66.3% dijeron recibir información de la televisión, 64.2% de los libros y, por último, de los padres, con un 55.8%

En cuanto a la forma de transmisión del VIH/SIDA, el 91.6% está de acuerdo en que se pueden infectar durante las relaciones sexuales, el 86.3% afirma que solo los homosexuales pueden contraer VIH/SIDA, por último el 71.6% está de acuerdo en que se contagia al no utilizar condón. Las actitudes que tienen los adolescentes ante el VIH/SIDA son adecuadas, en cuanto a la aceptación de individuos infectados y en la disposición de aprender más acerca del VIH/SIDA, de igual

manera, gran parte de los adolescentes está de acuerdo en que un enfermo de SIDA asista a clases. La autora concluye que la cantidad de información que reciben los jóvenes es alta, sin embargo, aún persisten muchas creencias falsas en cuanto a la forma de infección. Por ello considera necesario identificar los conceptos erróneos, para mejorar los conocimientos y las actitudes relacionadas con el VIH/SIDA.

Uribe et al. (2010) reportaron, en un estudio realizado con adolescentes y jóvenes entre los 10 y 23 años, que más del 50% de ellos habían recibido información sobre transmisión y prevención de ITS, pero una vez más esos conocimientos no eran suficientes para mejorar sus prácticas sexuales, o bien, seguían teniendo ideas equivocadas del tema. Otro dato interesante que estos autores reportaron fue que, en los participantes de mayor edad era menor el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA. Enfatizan la necesidad de desarrollar intervenciones orientadas al cambio del comportamiento.

Amado, Vega y Jiménez (2007, como se citó en Uribe et al., 2010) llevaron a cabo una investigación con 381 mujeres en la ciudad de Tunja, Colombia, cuyas edades oscilaban entre 15 y 52 años. Se les aplicó un cuestionario sobre conocimientos y comportamientos sexuales de riesgo. Como resultado se reportó que las participantes tuvieron conocimientos adecuados sobre VIH; sin embargo, esto no pone un alto a que practiquen comportamientos sexuales de riesgo. También se identificó que ni la edad, ni disponer de un buen nivel de conocimientos, influyen de manera positiva y decisiva sobre la práctica de comportamientos preventivos.

El estudio realizado por Castro (2010) en Punta Brava, con 491 adolescentes de secundaria entre 13 y 14 años de edad, tuvo por objetivo evaluar el nivel de conocimientos y los factores de riesgo asociados a las ITS. Como resultado se reportó que las mujeres están mejor preparadas en cuanto a los conocimientos sobre ITS y su prevención, pero presentan una mayor dificultad en la identificación de las manifestaciones clínicas de las infecciones de transmisión sexual. En lo

relativo a las prácticas sexuales de riesgo, se encontró que la edad de inicio sexual fue precoz, oscilando entre los 12.5 y 13.7 años de edad; se encontró, además, que las motivaciones para iniciar la vida sexual eran erradas, pues se caracterizaron por la curiosidad y la búsqueda de afecto o de apoyo. La gran mayoría de las participantes tuvo más de tres parejas sexuales, y a pesar de que el uso del condón sobresalió como medio de protección, no se usó con la frecuencia adecuada. Una vez más, este estudio muestra que estar bien informado sobre la prevención de ITS no necesariamente implica comportarse preventivamente.

La investigación de Lozano, Torres y Aranda (2008) tuvo por objetivo explorar las dimensiones culturales del VIH/SIDA, para identificar elementos que permitieran desarrollar programas de prevención. La muestra, tomada de la Universidad de Guadalajara, constó de 73 jóvenes de ambos sexos, con edad entre 15 y 19 años. La investigación consistió en aplicar entrevistas semiestructuradas para indagar en los participantes los términos asociados al concepto de VIH/SIDA. Como resultado se reportó que la muestra en general identifica el VIH/SIDA como una infección que lleva a la muerte y que es producida por un virus que se adquiere principalmente por contacto sexual desprotegido. Asimismo, los participantes consideraron a las prácticas sexuales promiscuas como un factor para la transmisión del VIH, particularmente los hombres asociaron a las trabajadoras sexuales como un grupo de riesgo, mientras que las mujeres consideraron a los homosexuales en este mismo grupo; se encontró, además, que los participantes perciben que el VIH/SIDA es producto de algún descuido en el desarrollo de las prácticas sexuales. Estos hallazgos indican que los adolescentes cuentan con información adecuada sobre la transmisión y prevención del VIH y las prácticas que son de riesgo para su salud sexual.

Por otro lado, Ramos y Cantú (2003) destacan que las prácticas sexuales, las particularidades y la experiencia de la sexualidad en los adolescentes, en ocasiones solo son aceptadas siempre y cuando sean ilustradas por ellos mismos,

es decir, que las prácticas que llevan a cabo también las realicen sus pares o amigos. Ello puede indicar que, dentro de las relaciones sexuales, siguen existiendo algunos temas que se consideran un tabú, debido a que están expuestas a la crítica, la intimidación, el reproche y al sigilo, haciendo que la vida sexual del adolescente se vea proyectada de las experiencias de otros adolescentes; de esta forma, es menos amenazante hablar de lo que ellos hacen, evitando comprometerse con el tema.

Los mismos autores refieren que la idea de contraer VIH/SIDA, se divide en dos perspectivas: la primera es que aseguran que este problema le puede acontecer a cualquier persona y en cualquier momento; mientras que la segunda, de manera contradictoria, es que aseguran que es poco probable que les ocurra a ellos. Estas afirmaciones concuerdan con la investigación hecha por Bravo (2002), en la cual se reporta que a pesar de que los jóvenes tienen información sobre las formas de transmisión de ITS, también tienen la idea de que ellos no se verán en riesgo de contraer VIH/SIDA o alguna ITS.

Se conoce como grupo de riesgo para contraer ITS, incluyendo el VIH/SIDA, a aquellos adolescentes que tienen relaciones sexuales sin usar el preservativo, a quienes consumen sustancias psicoactivas y también aquellos que tienen conocimientos inadecuados o deficientes sobre las infecciones. Al tener en cuenta el nivel de conocimientos que los adolescentes tienen acerca de comportamientos sexuales de riesgo, se puede tener una mayor probabilidad de crear alternativas seguras para la prevención. Sin embargo, como se ha expuesto anteriormente, la información y los conocimientos no son suficientes para efectuar cambios en las conductas de prevención.

2.2 Investigaciones en población con discapacidad visual

Como ha sido expuesto, el tema del comportamiento sexual de riesgo en adolescentes sin discapacidad es complicado, debido a que no basta con dar la

información, sino que es necesario ofrecer herramientas que puedan ser útiles en su vida cotidiana. Pero proporcionar esa información y estas herramientas a personas con discapacidad visual se vuelve más complicado, porque esa información no se proporciona adecuadamente y existen muy pocos centros que proporcionen estos conocimientos de manera adecuada y clara a los jóvenes con discapacidad. Como bien lo explican Wild, Kelly, Blackburn y Ryan (2014), la falta de conocimientos y de concientización puede provocar en los adolescentes una falta de madurez en las relaciones sexuales, ya que es posible que en ellos existan teorías poco realistas en cuanto a la anatomía y funciones del sexo.

Además, si bien es cierto que la información llega a las personas con discapacidad, la forma de transmitirla no es la adecuada. Por ejemplo, en personas con discapacidad visual, la dificultad para comprender la información escrita se puede dar por las representaciones de modelos bidimensionales, que son más usados que aquellos más realistas como los modelos tridimensionales; de igual forma, puede existir una falta de información y comprensión de las diferencias que hay entre el cuerpo de un hombre y una mujer. En cuanto a comportamientos de riesgo, se puede observar que los adolescentes aprenden de procesos técnicos sobre relaciones sexuales, sin embargo no comprenden las relaciones sexuales en la pareja (Hicks, 1980, como se citó en Wild et al., 2014).

De acuerdo con Berman, Meresman, Galván y Rodríguez (2011), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que en América Latina viven un total de 90 millones de personas que tienen alguna discapacidad. Los autores señalan que en esta población se observa que la falta de información básica acerca de ITS y el VIH es consistente con la ausencia de información demográfica y social sobre sus características y necesidades, lo cual representan una forma de exclusión.

Las personas con discapacidad se enfrentan a una barrera informativa, además de tabúes, que impiden su acceso a servicios de prevención, de apoyo o de tratamiento. Como se ha señalado en el capítulo 1 de este escrito, se tiene la idea

de que las personas con discapacidad no son sexualmente activas y no son propensas a contraer infecciones de transmisión sexual, sin embargo, se encuentran expuestas al abuso o a la violencia íntima; las campañas de prevención y los programas educativos no ponen énfasis en llevar material y dar herramientas para la educación sexual de las personas con discapacidad (Berman et al., 2011).

Es hasta apenas hace unos años que se comienza a hacer más investigación en los temas de salud sexual y reproductiva relacionados con la discapacidad, ya sea visual o de algún otro tipo, y por ello se encuentra muy poca información sobre el tema. Se han hecho pocos programas o talleres que den información y que se adecuen a las necesidades de las personas con algún tipo de discapacidad, sin embargo una de las mayores preocupaciones es la agresión sexual. De acuerdo a la investigación realizada por Pava (1994, como se citó en Wild et al., 2014), los resultados de las encuestas que se hicieron a 161 personas con discapacidad visual, mostraron que uno de cada tres encuestados fueron víctimas de intento o abuso de agresión sexual o física, concluyendo que tanto hombres como mujeres están en riesgo. Apoyando esta evidencia está el trabajo de Kvam (2005, como se citó en Wild et al., 2014), quien afirma que, en efecto, las personas con discapacidad visual son más propensas a sufrir un abuso sexual que aquellas personas que no tienen esta discapacidad.

De acuerdo con una investigación reportada por Save the Children (2003, como se citó en Robles, Guevara, Pérez & Hermosillo, 2013), en Perú y Paraguay 205 instituciones de salud reportaron atender casos de abuso sexual en niños y adolescentes con discapacidad, de estos abusos surgieron contagios de ITS y embarazos no deseados, además se reportó que esta información no es sistematizada ni registrada. Es importante mencionar que, en México, no se cuenta con estadísticas e información sobre problemas de salud sexual que afectan a la población con discapacidad. Por ello, para quienes tienen tareas científicas y sociales es de suma importancia atacar las problemáticas que se

presentan en lo relativo a la educación de los jóvenes con discapacidad (Robles et al., 2013).

Entre los pocos datos sobre el tema están los correspondientes a la investigación realizada por Robles et al. (2013) con jóvenes sordos. Las autoras se plantearon como objetivo medir la comunicación que mantienen los jóvenes sordos con sus padres y con sus madres, así como su patrón de conducta sexual, haciendo una comparación por sexo y debut sexual. Los instrumentos que utilizaron fueron adaptados en cuanto a la conformación gramatical de los reactivos para que pudieran ser respondidos por los jóvenes sordos. Los resultados mostraron, en cuanto al patrón de conducta sexual, que el 60% de los 132 participantes, reportaron haber tenido relaciones sexuales, 49.2% fueron hombres y 50.6% mujeres. En cuanto a la edad promedio en que iniciaron su vida sexual, se encontró que ésta fue a los 16.9 años; 82.5% de los jóvenes tuvo su primera relación sexual con su novio(a), 32.8% no la planeó, 71.9% no había empleado ningún método anticonceptivo, 56.1% reportó que su primera relación sexual había sido forzada y 43.9% dijo que lo forzaron a tener relaciones después de su primer encuentro sexual. En los últimos tres meses, 42% de los participantes sexualmente activos reportó haber tenido relaciones con parejas ocasionales y 29.3% con desconocidos; un dato alarmante fue que 56.3% dijo no utilizar condón con aquellas personas desconocidas. Además, se encontró que 28.8% de los participantes reportó haber tenido un embarazo o haber embarazado a su pareja, 13.8% un aborto y 19.3% dijo que en algún momento se contagió de alguna ITS, sin embargo, 70.2% no se hizo pruebas para saber el tipo de infección que tenía. Estos datos muestran que los jóvenes con discapacidad auditiva realizan comportamientos que ponen en riesgo su salud sexual y son vulnerables al abuso sexual.

Por otro lado, la falta de experiencias significativas puede llevar también a un escaso conocimiento sobre la sexualidad, como bien lo demuestran Krupa y Esmail (2010, como se citó en Wild et al., 2014), quienes entrevistaron a ocho

personas con discapacidad visual, quienes afirmaron vivir situaciones muy limitantes: restricción de aprendizaje por vía táctil, debido a las normas sociales; falta de información apropiada específica para personas con discapacidad visual mediante los medios de información adecuados; preparación inadecuada de la familia, profesores y asesores, y la carencia de comunicación.

Miller (s/a) señala que la educación social/sexual de las personas con discapacidad es muy limitada. Hay muchos temas que no se les enseñan y otros apenas son abordados, hasta que llegan a presentarse como un problema. Los familiares y profesores, al ignorar o no abordar un tema relacionado con la salud sexual, orillan a los jóvenes a interpretar y crear sus propios valores e impresiones sin una guía u orientación. Los temas de la sexualidad deben ser abordados de manera pro-activa, es decir, tratando conscientemente de enseñar y cubrir los aspectos sociosexuales de manera centrada, como oportunidades para el aprendizaje, creando entornos donde las personas desarrollen sus potencialidades.

Por su parte, Berman et al. (2011) aclaran que una persona con discapacidad que viva con VIH-SIDA, es propensa a enfrentarse a un doble estigma, debido a que puede ser excluido y aislado, haciendo que la persona sea más vulnerable y potenciando los riesgos de seguir transmitiendo la infección. Citando a los autores: “Al estar excluidos de los espacios sociales y educativos por donde circula y se comparte información y recursos preventivos, muchas personas con discapacidad permanecen al margen de los conocimientos básicos acerca del sexo y de los riesgos que puede correrse cuando no se toman precauciones” (p. 2). Esto lleva a que la persona no tenga la capacidad de negociar relaciones sexuales seguras o a cuidarse del riesgo de contraer una ITS.

Los autores agregan que, ante este panorama, el Grupo Técnico Latinoamericano en 2006, ha intercambiado información con el Banco Mundial y ha obtenido asistencia técnica del Instituto Interamericano sobre Discapacidad y Desarrollo

Inclusivo (IIDI), con el fin de determinar algunas recomendaciones sobre la integración de enfoques inclusivos en las acciones políticas públicas de promoción de la salud sexual y reproductiva. Se ha puesto énfasis en la necesidad de programas de para la prevención y tratamiento de ITS y VIH-Sida; entre ellas se encuentra fomentar la coordinación que se da entre las organizaciones que trabajan en el área de discapacidad y las del sector VIH-SIDA, y procurar que los materiales, servicios y actividades se apeguen a los criterios de accesibilidad y diseño universal. Ambas organizaciones pueden establecer una relación donde se ayude a las personas con discapacidad a superar el tabú social y a aquellas personas que viven con VIH-SIDA a beneficiarse de los servicios y recursos que ofrecen las organizaciones dedicadas a la discapacidad para su atención y rehabilitación (Berman et al., 2011).

Es importante tomar en cuenta que la información sobre ITS, VIH/SIDA y embarazos no deseados no llega a todas las personas, pues aquellas que tienen alguna discapacidad se encuentran en situaciones de abandono informativo y más en el ámbito de la sexualidad. Gil y Meresman (s/a) afirman que la incidencia del VIH/SIDA entre las personas con discapacidad es poco conocida, y la principal razón puede ser la ausencia de estudios de investigación que permitan llevar a cabo acciones eficaces e inclusivas que abarquen desde información hasta prevención.

El hecho de que los adolescentes y adultos con discapacidad sean integrados de forma regular a la sociedad, los hace una población altamente vulnerable a vivir situaciones de abuso y violencia sexual, embarazo precoz y, por supuesto, las infecciones por VIH/SIDA u otras ITS. Autores como Groce (2004, como se citó en Gil & Meresman, s/a) han planteado una interrogante ¿Cómo explicar que las pocas investigaciones que hay acerca de la discapacidad y el VIH/SIDA aseguren que esta población es vulnerable y que el índice de personas infectadas va en aumento, y no se estén aplicando estrategias para programas de educación sexual y promoción de la salud que tengan en cuenta criterios de accesibilidad

para todos? Al parecer, se tiene la falsa idea de que las personas con discapacidad no son una población que tenga riesgo de infectarse por el VIH/SIDA, debido a que se sigue pensando que ellas no son sexualmente activas y no consumen drogas o alcohol. Sin embargo, se ha podido comprobar, por medio de sondeos, que esta población se encuentra en mayor riesgo que las personas sin discapacidad (Gil & Meresman, s/a).

El riesgo en el que se encuentran las personas con discapacidad tiene que ver con las condiciones de vida que llevan, pues muchos viven en pobreza, aumentando la probabilidad de que tengan relaciones inestables, o bien sean objeto de abuso. Los grupos de personas bisexuales y homosexuales con discapacidad se ven mayormente afectados, pues no existen campañas de información y prevención. El consumo de drogas entre las personas con discapacidad, es un tema que no se ha explorado adecuadamente y por consiguiente no se toma en cuenta en los métodos de intervención o prevención para la reducción del contagio. A esto hay que agregar que la tasa mundial de alfabetización de personas con discapacidad es muy baja, con un 3%, esto solo provoca que la poca comunicación referente a la salud sexual y la prevención de VIH sea ineficiente (Gil & Meresman, s/a).

Groce y Trasi (2004, citado en Berman et al., 2011), tras hacer una encuesta mundial sobre VIH-SIDA y discapacidad, demostraron que las personas con discapacidad mantienen una vida sexual activa y que su nivel de conductas de riesgo para la infección con VIH, es igual o incluso mayor que el de la población en general, los factores que son más recurrentes son la pobreza, el analfabetismo, la marginación social y económica, el estigma, así como también el riesgo de sufrir violencia intrafamiliar o por motivos de género.

Como lo afirman Gil y Meresman (s/a) “Evidentemente, estar alfabetizado no resulta suficiente para superar obstáculos. Los contenidos de la información y la comunicación sobre VIH son frecuentemente inaccesibles para las personas con

discapacidad visual, como las instalaciones de servicios médicos muchas veces también son inaccesibles para las personas con discapacidad física” (p. 5).

Ante el panorama que viven las personas con discapacidad, resulta de suma importancia llevar a cabo estudios con poblaciones mexicanas, que den cuenta del nivel de conocimientos que tienen los jóvenes con discapacidad visual acerca de VIH/SIDA y otras ITS. También resulta necesario relacionar dichos conocimientos con el comportamiento sexual de riesgo que puedan presentar estos jóvenes.

3. REPORTE DE INVESTIGACIÓN

3.1 Planteamiento del problema

Diversos estudios que se han llevado a cabo con jóvenes sin discapacidad, han reportado un perfil de riesgo sexual caracterizado por el inicio temprano de su vida sexual, la falta de planeación de la primera relación sexual, el escaso uso de métodos anticonceptivos y un mayor número de parejas sexuales a lo largo de la vida (Robles et al., 2011; Moreno et al., 2011). Estos comportamientos hacen más probable que los jóvenes tengan un embarazo no deseado o adquieran alguna infección de transmisión sexual. Por ello, entre las variables que han influido en la ocurrencia de comportamientos de riesgo en población oyente se encuentran: el nivel de información que los jóvenes poseen respecto a cómo se transmiten y previenen las ITS, y cómo se usa un preservativo (Robles et al., 2011, Robles et al., 2014).

Respecto al nivel de conocimientos sobre el VIH y otras ITS, la investigación con población oyente ha demostrado que si bien es cierto que la información sobre estos problemas que afectan la salud sexual de los jóvenes no está directamente relacionada con la ocurrencia de comportamientos sexuales preventivos (Dávila et al., 2008; Medina et al., 2000; Uribe et al., 2010), se ha demostrado que dichos conocimientos influyen directamente en la comunicación que los jóvenes mantienen con sus padres (Robles et al., 2011). Pero además, Robles et al. (2014) han señalado que es muy importante evaluar el nivel de conocimientos sobre la forma correcta de usar un condón, ya que las autoras encontraron que este conocimiento se asoció con una mejor ejecución en la habilidad para usar un condón demostrada en situaciones simuladas y con una menor frecuencia de fallas al usarlo durante el acto sexual.

En el caso de jóvenes con discapacidad, y particularmente de jóvenes con discapacidad visual, es escasa la información que se ha reportado respecto los

factores que ponen en riesgo su salud sexual. Se tiene la falsa creencia de que las personas con discapacidad no son sexualmente activas y no son propensas a contraer infecciones de transmisión sexual, pero se sabe que estas personas se encuentran expuestas al abuso sexual o a la violencia en mayor medida que las personas sin discapacidad (Gil & Meresman, 2004; Wild et al., 2014). De acuerdo con Guevara, Robles, Aguilar y Luna (2016), los padres de jóvenes con discapacidad son la principal fuente de información sobre la sexualidad, ya que no hay programas escolares que aborden la educación sexual para esta población.

La información sobre ITS, VIH/SIDA y embarazos no deseados, no llega de la misma manera a todas las personas, pues aquellas que tienen alguna discapacidad se encuentran en situaciones de abandono informativo y más en el ámbito de la sexualidad. Gil y Meresman (s/a) afirman que la incidencia del VIH/SIDA entre las personas con discapacidad es poco conocida, y la principal razón puede ser la ausencia de estudios de investigación que permitan llevar a cabo acciones eficaces e inclusivas que abarquen desde la información hasta la prevención.

También es importante considerar que las investigaciones enfocadas hacia la salud sexual de personas con discapacidad, han demostrado que los estereotipos sociales son uno de los principales obstáculos para el desarrollo de la sexualidad. Cruz (2004), en su investigación *Mujeres con discapacidad y su derecho a la sexualidad*, demostró que una mujer con discapacidad se enfrenta a un inadecuado desarrollo de su sexualidad, pues no se tiene acceso a la información, ni a los servicios de salud sexual y reproductiva. Esto es de gran relevancia, pues en las últimas décadas se ha demostrado y promovido que la educación sexual es un derecho prioritario, pues todos tenemos derecho a ejercer una sexualidad responsable y placentera, así como a la educación para la prevención de ITS o embarazos no deseados. Esto se ha convertido en una preocupación tanto médica como psicológica, por el comportamiento de riesgo que los jóvenes están teniendo.

Es importante tener en cuenta que las personas con alguna discapacidad, y particularmente aquellas con discapacidad visual, se enfrentan a los mismos problemas que afectan su salud sexual que las personas sin discapacidad, pero por sus limitaciones visuales y las barreras sociales que enfrentan, tienen menos acceso a una buena educación sexual y están más propensos a sufrir abuso sexual y realizar comportamientos sexuales no protegidos. Por tal motivo, el presente estudio indaga en el conocimiento y comportamiento sexual de hombres y mujeres jóvenes con discapacidad visual.

3.2 Objetivos

3.2.1 Objetivo general

Analizar en qué medida el nivel de conocimientos sobre uso del condón y sobre VIH/SIDA y otras ITS, se relacionan con prácticas sexuales de riesgo de jóvenes con discapacidad visual, identificando las diferencias por sexo y tipo de discapacidad.

3.2.2 Objetivos específicos

- Describir los datos sociodemográficos y los antecedentes de la discapacidad de los participantes.
- Describir y analizar las características de la primera relación sexual y de las relaciones sexuales subsecuentes.
- Describir los indicadores de abuso sexual sufrido por los participantes.
- Describir y analizar el nivel de conocimientos sobre el uso del condón y sobre ITS obtenido por los participantes.
- Comparar por sexo y tipo de discapacidad las características de la primera y subsecuentes relaciones sexuales.
- Comparar por sexo y tipo de discapacidad la proporción de jóvenes que reportaron haber sufrido abuso sexual.

- Comparar por sexo y tipo de discapacidad, el nivel de conocimientos sobre el uso del condón y sobre ITS obtenido por los participantes.
- Conocer la relación del nivel de conocimientos sobre el uso del condón y sobre ITS, con la edad de la primera relación sexual, la frecuencia de uso del condón y el número de parejas sexuales en toda la vida.

3.3 Hipótesis

- Los jóvenes con discapacidad visual presentan un perfil de riesgo en su primera y subsecuentes relaciones sexuales, incluyendo abuso sexual.
- Los jóvenes con discapacidad visual presentan deficiencias en el nivel de conocimientos sobre el uso del condón y sobre el VIH y otras ITS.
- El perfil de comportamiento sexual difiere en función del sexo y tipo de discapacidad de los participantes.
- El abuso sexual difiere en función del sexo y tipo de discapacidad.
- El nivel de conocimientos sobre el uso del condón y sobre el VIH y otras ITS difiere por sexo y tipo de discapacidad.
- El nivel de conocimientos sobre el uso del condón y sobre el VIH y otras ITS tiene una influencia positiva en el comportamiento sexual de los participantes, independientemente del sexo y tipo de discapacidad.

3.4 Método

3.4.1 Tipo de estudio

De acuerdo con Méndez, Namihira, Moreno y Sosa (2001), este estudio fue de tipo transversal-descriptivo-comparativo-correlacional-observacional, ya que se aplicaron los instrumentos en una sola ocasión, se realizaron análisis descriptivos de las variables, se compararon por sexo y tipo de discapacidad y exploró la relación entre la comunicación con padres, los conocimientos sobre el uso del

condón y sobre ITS y la frecuencia del uso del condón, sin llevar a cabo alguna manipulación experimental.

3.4.2 Participantes

Participaron en este estudio 32 jóvenes con discapacidad visual, elegidos a través de un procedimiento accidental de dos instituciones educativas y un centro deportivo ubicados en la Ciudad de México. El 61.3% fueron hombres y 80.6% solteros; en cuanto a su edad, 41.9% tenían más de 26 años, 32.3% tenían entre 21 y 23 años, y en menor proporción tenían entre 24 y 26 años (16.1%) o entre 18 y 20 años (9.7%). El 46.7% de los participantes reportó tener como nivel máximo de estudios la secundaria o carrera técnica, seguido por un 20% con estudios de preparatoria, 16.7% con primaria concluida, 13.3% con estudios universitarios y, finalmente, 3.3% no tenía estudios sino que se dedicaba a otras actividades u oficios. En cuanto a su discapacidad, el 50% presentaban ceguera total y el 50% debilidad visual; en el 40.6% de los casos la discapacidad ocurrió antes de los 5 años. La información detallada sobre las características familiares y los antecedentes de la discapacidad de los participantes, se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1.
Datos familiares y antecedentes de la discapacidad.

Característica	n	%
Vive la mamá		
Sí	29	90.6
No	3	9.4
Vive el papá		
Sí	23	71.9
No	9	28.1
Viven juntos papá y mamá		
Si	13	59.1
No	9	40.9
Nivel de estudios del papá		
Primaria	3	13.0
Secundaria	12	52.2
Preparatoria	1	4.3
Universidad	2	8.7
Oficio	2	8.7

Característica	n	%
Sin estudios	3	13.0
Nivel de estudios de la mamá		
Primaria	9	29.0
Secundaria	8	25.8
Preparatoria	2	6.5
Universidad	3	9.7
Oficio	3	9.7
Sin estudios	6	19.4
Dónde vive el participante		
En casa de papá y mamá	9	29.0
En casa de la mamá	5	16.1
En casa del papá	1	3.2
En casa de otro familiar	5	16.1
Internado	5	16.1
En su propia casa	6	19.4
Trabaja el papá		
Si	18	78.3%
No	5	21.7%
Trabaja la mamá		
Si	22	73.3%
No	8	26.7%
Trabaja el participante		
Si	17	54.8%
No	14	45.2%
Tipo de discapacidad		
Debilidad visual	16	50
Ceguera	16	50
Edad en que presento la discapacidad		
0-5 años	13	41.9
6-10 años	4	12.9
11-15 años	3	9.7
16-20 años	4	12.9
Después de los 20 años	7	22.6
Tipo de discapacidad del papá		
Visual	6	26.1
Sin discapacidad	17	73.9
Tipo de discapacidad de la mamá		
Visual	3	9.7
Intelectual	1	3.2
Sin discapacidad	27	87.1

3.4.3 Instrumentos

Se utilizó el *Cuestionario sobre salud sexual dirigido a Jóvenes con discapacidad visual* de Robles et al. (2015). Dicho cuestionario está conformado por 93 reactivos distribuidos en distintos instrumentos que permiten evaluar: *Perfil sociodemográfico y antecedentes de la discapacidad, Comunicación sexual con padres y con madres, Apoyo y supervisión parental, Comportamiento sexual en la primera y subsecuentes relaciones, Abuso sexual, Reporte de VIH, ITS, embarazo y aborto, Fallas en el uso del condón, Conocimientos sobre el uso del condón y sobre VIH y otras ITS*. Para este estudio se utilizaron los siguientes instrumentos:

Perfil sociodemográfico y antecedentes de la discapacidad. Este instrumento está conformado por siete reactivos que permitieron obtener información sobre los aspectos siguientes: edad, sexo, estado civil, personas con quienes vivían los participantes (casa paterna/materna, de otro familiar, internado o su propia casa), nivel de escolaridad (desde primaria hasta universidad, incluyendo oficios), nivel de discapacidad visual (ceguera/debilidad visual) y edad en que apareció la misma. Se incluyeron cinco reactivos para conocer datos de cada uno de sus progenitores, como edad, estado civil, formación escolar, presencia de discapacidad (visual, auditiva o motriz) y situación laboral.

Patrón de conducta sexual. El instrumento consta de 14 reactivos que permiten obtener información acerca de la primera relación sexual de los jóvenes (edad, planeación, lugar, tipo de pareja, uso de algún método anticonceptivo, tipo de método anticonceptivo usado), así como de relaciones subsecuentes, incluyendo: número de relaciones sexuales en toda la vida y en los últimos tres meses, uso del preservativo en dichas relaciones, frecuencia de relaciones con parejas ocasionales, uso del condón en dichas relaciones y número de parejas sexuales en toda la vida. Se incluyeron reactivos para preguntar si han tenido embarazos, abortos o ITS, y si se han hecho pruebas para identificar estas últimas, así como cinco reactivos que se utilizaron como indicadores de abuso sexual sufrido por los participantes: primera relación sexual forzada, relación sexual forzada después de

la primera relación, obligar a los participantes a tocar sus partes íntimas, que los obliguen a tocar las partes íntimas de otros y obligarlos a quitarse la ropa para verlos desnudos o desnudas. Los reactivos tuvieron un formato de respuesta dicotómico o politómico.

Conocimientos sobre el uso del condón. Se utilizó una prueba de conocimientos conformada con seis afirmaciones que refieren aspectos vinculados con las características del paquete del condón, la forma de colocar el condón en el pene, el momento en que debe colocarse, la forma de retirarse y el momento en que debe retirarse del pene. Los reactivos tuvieron un formato de respuesta de cierto, falso y no sé. Las respuestas correctas se codificaron con el valor de 1 y las incorrectas (incluyendo la respuesta *no sé*) con el valor de cero, de tal forma que al sumar las respuestas a los 6 reactivos mayor puntuación indica mayor conocimiento sobre esta variable. La medida de esta variable fue la suma de reactivos respondidos correctamente. La puntuación máxima posible es de 6. La media teórica fue de 3.5.

Conocimientos sobre VIH/SIDA y otras ITS. Esta prueba consta de ocho afirmaciones que refieren aspectos relativos a la sintomatología (e.g. *la diarrea, calentura, sudoración nocturna y pérdida de peso son síntomas de la infección por VIH*), transmisión (e.g. *el VIH se puede transmitir usando jeringas desechables y esterilizadas*), prevención (e.g. *tener relaciones sexuales con la misma pareja sana disminuye el riesgo de infectarse con el VIH*), tratamiento médico de ITS (e.g. *la gonorrea, clamidia y tricomoniasis son infecciones de transmisión sexual que no pueden curarse con tratamiento médico*) y consecuencias de ITS (e.g. *el virus del papiloma humano puede provocar cáncer*), con opciones de respuesta de *verdad* (cierto), *mentira* (falso) y *no sé*. Las opciones correctas se recodificaron con 1 y las incorrectas (incluyendo la opción de *no sé*) con cero. La medida de esta variable fue la suma de reactivos respondidos correctamente. La puntuación máxima posible es de 8. La media teórica fue de 4.5.

3.4.4 Procedimiento

Para la aplicación del instrumento se ubicaron las escuelas y centros donde se atendiera a personas con discapacidad visual. Se concertó una cita para exponer el propósito del estudio solicitando su colaboración. De aquellas instituciones que aceptaron, se definieron las fechas y horarios para acudir a las instalaciones a aplicar el cuestionario. Se recopiló información de las personas con discapacidad visual que oscilaban entre los 15 y 29 años de edad, así como el porcentaje de hombres y mujeres que acudían a esas instituciones. Para la aplicación en personas menores de edad se pidió el consentimiento de sus padres o tutores, sin embargo gran parte de la población era mayor de edad por lo que no hubo ningún problema.

Debido a que la mayoría de los participantes no sabían leer en Braille, los instrumentos se aplicaron bajo el siguiente procedimiento: Se procedió a grabar en audio cada uno de los reactivos de los instrumentos con sus respectivas opciones de respuesta para que los jóvenes pudieran responderlos. Cada participante escuchaba con audífonos cada pregunta y la respondía verbalmente, quedando grabadas sus respuestas en audio. El cuestionario fue respondido en un lapso de 45 a 60 minutos. Las grabaciones se transcribieron en una hoja de respuestas para cada participante y se capturaron en una base de datos utilizando el programa SPSS para Mac versión 20.

3.4.5 Análisis de datos

Se realizó un análisis de frecuencias para aquellas variables que fueron medidas en una escala nominal, mientras para las variables medidas en una escala numérica (suma de conocimientos sobre el uso del condón y sobre ITS) se reportaron medidas de tendencia central (media, moda, desviación estándar y rango). Para conocer las diferencias por sexo y tipo de discapacidad, se realizó una comparación de medias a través de la prueba *t de Student* para muestras

independientes, sólo en el caso de las variables medidas en una escala numérica, mientras que para las variables categóricas se utilizó la *Chi Cuadrada*. Finalmente, para conocer la relación entre la edad de la primera relación sexual, la frecuencia del uso del condón, el número de parejas sexuales en toda la vida y los conocimientos sobre el uso del condón y sobre el VIH e ITS, se utilizó el índice de correlación *r de Spearman*, ya que las variables que refieren comportamientos sexuales estuvieron medidas en una escala ordinal.

4. RESULTADOS

4.1 Análisis descriptivos

4.1.1 La primera relación sexual

La Tabla 2 muestra las características de la primera relación sexual. Se observa que la mayoría de los jóvenes reportaron haber tenido relaciones sexuales, el rango de edad en que más jóvenes iniciaron su vida sexual fue el de los 18 a los 20 años, más de la mitad tuvo su primera relación sexual con su novio/a, seguido de un amigo, sin embargo más del 60% no la planeó, y poco más de la mitad no utilizó algún método anticonceptivo; de quienes sí usaron algún método anticonceptivo el condón masculino fue el reportado con mayor frecuencia.

Tabla 2.
Características de la primera relación sexual.

		n	%
Tiene relaciones sexuales			
	Si	23	71.9
	No	9	28.1
Edad de la primera relación sexual			
	Menos de 14 años	3	13.0
	15-17 años	7	30.4
	18-20 años	9	39.1
	21-23 años	3	13.0
	24-26 años	1	4.3
Tipo de pareja			
	Novio	14	60.9
	Amigo	6	26.1
	Familiar	2	8.7
	Desconocido	1	4.3
Planeación			
	Si	7	30.4
	No	16	69.6
Lugar			
	Propia casa	4	17.4
	Casa de un amigo(a)	5	21.7
	Casa del novio(a)	3	13.0

	n	%
Hotel	9	39.1
Casa de un familiar	2	8.7
Uso de algún método anticonceptivo		
Si	10	43.5
No	13	56.5
Método anticonceptivo usado		
Condón masculino	10	43.5
Ninguno	9	39.1
Patillas anticonceptivas	3	13.0
Evitar eyacular en la pareja	1	4.3

4.1.2 Relaciones sexuales subsecuentes

La Tabla 3 muestra las características de cómo han llevado a cabo los participantes las relaciones sexuales en toda su vida y cuál ha sido su comportamiento sexual en los últimos 3 meses. En dicha tabla se observan frecuencias muy variadas de las relaciones sexuales en toda la vida reportadas por los jóvenes, pero el porcentaje más alto correspondió a una frecuencia mayor a 20 veces (38.1%); mientras que el condón fue utilizado con menor frecuencia, ya que el rango con mayor porcentaje de participantes correspondió a haberlo usado entre dos y cuatro veces en toda su vida (30.4%). Respecto al número de parejas sexuales, la frecuencia más alta de participantes correspondió a haber tenido una sola pareja sexual (33.3%), seguida de aquellos que reportaron haber tenido más de 4 parejas sexuales, con un 28.6%.

En relación con el comportamiento sexual que los jóvenes reportaron tener en los últimos 3 meses se observa, también en la Tabla 3, que el 70% tuvo actividad sexual al menos una vez, y más de la mitad afirmó no haber utilizado condón. En cuanto a las relaciones sexuales que se mantienen con parejas ocasionales, se encontró que cerca del 60% afirmó haber tenido al menos una relación con este tipo de pareja, y cerca de la mitad no utilizó el condón con este tipo de pareja.

Tabla 3.
Características de las relaciones sexuales subsecuentes.

	n	%
Relaciones sexuales en toda la vida		
1 vez	3	14.3
2-4 veces	2	9.5
5-7 veces	2	9.5
8-10 veces	1	4.8
11-15 veces	3	14.3
16-20 veces	2	9.5
Más de 20 veces	8	38.1
Número de veces que ha usado condón en toda la vida		
Ninguna	4	17.4
Una vez	3	13.0
2-4 veces	7	30.4
5-7 veces		
8-10 veces	1	4.3
11-15 veces		
16-20 veces	3	13.0
Más de 20 veces	5	21.7
Número de parejas sexuales en toda la vida		
Una	7	33.3
Dos	3	14.3
Tres	5	23.8
Cuatro o más	6	28.6
Número de relaciones sexuales (últimos 3 meses)		
Ninguna	7	30.4
Una vez	4	17.4
2-4 veces	5	21.7
5-7 veces	1	4.3
8-10 veces	0	0
Más de 10 veces	6	26.1
Número de veces que ha usado condón (últimos 3 meses)		
Ninguna	12	52.2
Una vez	2	8.7
2-4 veces	3	13.0
5-7 veces	0	0
8-10 veces	0	0
Más de 10 veces	6	26.1
Número relaciones sexuales con parejas ocasionales		
Ninguna	9	40.9

	n	%
Una vez	7	31.8
2-4 veces	1	4.5
5-7 veces	1	4.5
8-10 veces	0	0
Más de 10 veces	4	18.2

Número de veces que ha usado condón con parejas ocasionales

Ninguna	11	47.8
Una vez	3	13.0
2-4 veces	5	21.7
5-7 veces	2	8.7
8-10 veces	0	0
Más de 10 veces	2	8.7

Los resultados correspondientes al abuso sexual se muestran en la Tabla 4, en la cual puede apreciarse que una proporción importante de los jóvenes reportó haber sufrido abuso, con porcentajes más altos en la primera relación sexual, en relaciones posteriores y en haberlos obligado a tocar las partes íntimas de otra persona.

Tabla 4.
Abuso sexual

	n	%
Te presionaron o te obligaron a tener tu primera relación sexual		
Sí	5	21.7
No	18	78.3
Después de tu primera relación sexual te han forzado a tener sexo		
Sí	4	17.4
No	19	87.6
Te han tocado tus partes íntimas sin que tu quisieras		
Sí	6	18.8
No	26	81.3
Te han obligado a tocar sus partes íntimas		
Sí	2	6.9
No	27	93.1
Te han obligado a quitarte la ropa para verte desnudo		
Sí	4	13.3
No	26	86.7

4.1.3 Conocimientos sobre el uso del condón

En la Tabla 5 se presenta el porcentaje de participantes que respondieron correctamente a cada una de las seis afirmaciones de la prueba que evaluó conocimientos sobre el uso del condón; se incluye una columna sobre la opción de respuesta (cierto, falso o no sé) que es correcta. Los resultados indicaron que un poco más de la mitad de los participantes repondieron correctamente sólo a tres reactivos, que son los que hacen referencia al cuidado del condón, a las precauciones que se deben tener para abrir el paquete, y a su colocación hasta la base del pene. Los reactivos que más se respondieron en forma incorrecta fueron los que hacen referencia a la fecha de caducidad del condón, al uso de lubricantes y a la forma de colocarlo cuidando dejar un espacio en su punta para el sémen. Al sumar el número de reactivos respondidos correctamente se encontró que toda la muestra obtuvo un promedio de 2.5 (DE = 1.66, Mo = 3, Rango = 0-6), valor ubicado por debajo de la media teórica (MT=3.5).

Tabla 5.

Porcentaje de participantes que respondieron correctamente a cada reactivo de la prueba de conocimientos sobre el uso del condón.

Reactivo	Opción correcta	Frecuencia	%
1 Exponer los condones al calor, traerlos en la bolsa del pantalón o en la cartera daña su calidad.	Cierto	23	71.9
2 Un condón cuya fecha de caducidad vence en un año puede usarse sin riesgo de que se rompa.	Falso	7	21.9
3 Antes de abrir la envoltura el condón se debe recorrer con los dedos para evitar que se dañe	Cierto	19	59.4
4 Los lubricantes a base de agua deben usarse con condones de látex.	Cierto	8	25.0
5 Cuando se coloca un condón en el pene NO debe dejarse un espacio en la punta.	Falso	7	21.9
6 Es necesario colocar el condón hasta la base del pene porque si no se desliza durante el acto sexual.	Cierto	18	56.3

4.1.4 Conocimientos sobre VIH y otras ITS

En la Tabla 6 se muestran los resultados correspondientes a la prueba de conocimientos sobre VIH y otras ITS. Los reactivos que más de la mitad de los jóvenes respondieron correctamente fueron aquellos que abordan aspectos relacionados con tener relaciones con parejas sanas, los síntomas del VIH, el cáncer asociado al Virus del Papiloma Humano, y consecuencias de las ITS, mientras que los temas que menos de la mitad de los participantes respondió correctamente fueron aquellos que hacen referencia a la ineficacia de los métodos anticonceptivos orales para prevenir ITS, a la identificación de ITS que pueden curarse con tratamiento médico, a la efectividad de las jeringas desechables y esterilizadas y de las prácticas sexuales sin penetración para prevenir la transmisión del VIH. Al sumar el número de reactivos respondidos correctamente en esta prueba, se encontró que toda la muestra obtuvo un promedio de 4.5 (DE = 2.01, Mo = 6, Rango = 0-7), valor que corresponde justamente con el de la media teórica de esta prueba.

Tabla 6.
Porcentaje de participantes que respondieron correctamente a cada reactivo de la prueba de conocimientos sobre VIH/SIDA e ITS.

Reactivo	Opción correcta	Frecuencia	%
1 Son síntomas de la infección por el VIH: diarrea, fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso.	Cierto	21	65.6
2 El VIH se puede transmitir usando jeringas desechables y esterilizadas.	Falso	14	43.8
3 Tener relaciones sexuales con la misma pareja sana disminuye el riesgo de infectarse con el VIH	Cierto	26	83.9
4 La <i>gonorrea</i> , <i>clamidia</i> y <i>tricomoniasis</i> son infecciones de transmisión sexual que no pueden curarse con tratamiento médico	Falso	13	40.6
5 Usar métodos anticonceptivos orales disminuye el riesgo de padecer infecciones de transmisión sexual.	Falso	12	37.5
6 Tener relaciones sexuales sin penetración	Cierto	14	43.8

Reactivo	Opción correcta	Frecuencia	%
evita contraer algunas infecciones de transmisión sexual.			
7 Las infecciones de transmisión sexual pueden provocar abortos, partos prematuros e infertilidad en hombres y mujeres.	Cierto	20	62.5
8 El virus del <i>papiloma humano</i> puede provocar cáncer.	Cierto	24	77.4

4.2 Análisis comparativos por sexo y tipo de discapacidad

Para conocer en qué medida el sexo y tipo de discapacidad de los participantes afecta de alguna manera el comportamiento sexual de los participantes, se estimó la Chi Cuadrada para cada uno de los reactivos que se incluyeron en la evaluación de las características de la primera relación sexual y de las relaciones sexuales subsecuentes (incluyendo abuso sexual). La prueba t de Student para muestras independientes se utilizó para conocer las diferencias por sexo y tipo de discapacidad en el número de aciertos obtenido por los participantes en cada una de las pruebas de conocimientos evaluadas. Sólo se presentan los resultados en los que las diferencias fueron significativas ($p = \text{ó} < 0.05$).

4.2.1 La primera relación sexual

Únicamente en el reactivo correspondiente al método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual se encontraron diferencias marginalmente significativas por sexo, siendo los hombres quienes reportaron en mayor proporción el condón masculino, mientras que la mayor proporción de las mujeres indicó no haber usado ningún método anticonceptivo (Tabla 7).

Tabla 7.
Comparación por sexo en el tipo de método anticonceptivo usado en la primera relación sexual.

Características	Sexo		χ^2	gl	p
	Hombres %(n)	Mujeres %(n)			
Método anticonceptivo usado					
Condón masculino	64.3 (9)	11.1 (1)	7.093	3	.06
Ninguno	28.6 (4)	55.6 (5)			
Patillas anticonceptivas	7.1 (1)	22.2 (2)			
Evitar eyacular en la pareja	0	11.1 (1)			

El análisis de comparación por tipo de discapacidad, mostró diferencias marginalmente significativas sólo en el reactivo que hace referencia a si los jóvenes usaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual; los jóvenes con ceguera fueron los que en mayor proporción no usaron ningún método anticonceptivo (Tabla 8).

Tabla 8.
Comparación por tipo de discapacidad en el uso de algún método anticonceptivo en la primera relación sexual.

Características	Discapacidad visual		χ^2	gl	p
	Debilidad %(n)	Ceguera %(n)			
Uso de algún método anticonceptivo					
Sí	63.6 (7)	25.0 (3)	3.483	1	.06
No	36.4 (4)	75.0 (9)			

4.2.2 Relaciones sexuales subsecuentes

Los resultados de la comparación por sexo de los distintos reactivos que evalúan relaciones sexuales subsecuentes, no mostraron diferencias significativas en ningún caso, mientras que la comparación por tipo de discapacidad arrojó diferencias significativas en el número de parejas sexuales en toda la vida y en número de veces que los jóvenes usaron condón al tener sexo con parejas

ocasionales. En el primer caso, se encontró una mayor proporción de jóvenes con debilidad que tuvieron tres o más parejas sexuales, mientras que en el segundo caso, se observó una mayor proporción de jóvenes ciegos que no usaron el condón con parejas ocasionales.

Tabla 9.
Comparación por tipo de discapacidad de relaciones sexuales subsecuentes.

Características	Discapacidad visual		χ^2	gl	p
	Debilidad	Ceguera			
	%(n)	%(n)			
Número de parejas sexuales en toda la vida					
Una	20.0 (2)	45.5 (5)	9.259	3	.02
Dos	0	27.3 (3)			
Tres	50.0 (5)	0			
Cuatro o más	30.0 (3)	27.3 (3)			
Número de veces que ha usado condón con parejas ocasionales					
Ninguna	18.2 (2)	75.0 (9)	11.633	4	.02
Una vez	27.3 (3)	0			
2-4 veces	18.2 (2)	25.0 (3)			
5-7 veces	18.2 (2)	0			
8-10 veces	0	0			
Más de 10 veces	18.2 (2)	0			

En el caso de los reactivos que evaluaron abuso sexual, se encontraron diferencias significativas por sexo en dos reactivos: Después de tu primera relación sexual te han forzado a tener sexo, y Alguien ha tocado tus partes íntimas sin que tú quieras. En el primer caso, se encontró que los únicos 4 casos reportados (de un total de 23 jóvenes que respondieron a este reactivo), correspondieron a mujeres; en el mismo sentido, en el segundo caso fue mayor la proporción de mujeres que reportaron que les tocaron sus partes íntimas sin que ellas quisieran (Tabla 10). No se encontraron diferencias significativas por tipo de discapacidad en ninguno de los cinco indicadores de abuso sexual evaluados.

Tabla 10.
Comparación por sexo en indicadores de abuso sexual.

Características	Sexo		χ^2	gl	p
	Hombres %(n)	Mujeres %(n)			
Después de tu primera relación sexual te han forzado a tener sexo					
Sí	0	44.4 (4)	7.532	1	.006
No	100 (14)	55.6 (5)			
Alguien ha tocado tus partes íntimas sin que tú quieras					
Sí	5.3 (1)	41.7 (5)	6.244	1	.01
No	94.7 (18)	58.3 (7)			

4.2.3 Conocimientos sobre el uso del condón y sobre ITS

El análisis de comparación de medias por sexo y tipo de discapacidad, utilizando la prueba t de Student para muestras independientes, no arrojó diferencias significativas en ningún caso. Para investigar si en cada uno de los reactivos de ambas pruebas de conocimientos se identificaban diferencias por sexo y tipo de discapacidad, se aplicó la prueba Chi Cuadrada. En la prueba de conocimientos sobre el uso del condón no se encontraron diferencias significativas en ningún caso. En la prueba de conocimientos sobre el VIH y otras ITS, se encontraron diferencias significativas por sexo en dos reactivos, y diferencias significativas por tipo de discapacidad únicamente en un reactivo.

La comparación por sexo mostró diferencias significativas sólo en dos reactivos de la prueba de conocimientos sobre VIH y otras ITS: fue mayor la proporción de hombres que respondieron incorrectamente al reactivo que hace referencia al uso de jeringas desechables y esterilizadas, mayor la proporción de mujeres que respondieron incorrectamente el reactivo sobre ITS que pueden curarse con tratamiento médico, y mayor la proporción de jóvenes con ceguera que

respondieron incorrectamente al reactivo que refiere que las relaciones sexuales sin penetración evita tener ITS (Tabla 11).

Tabla 11.

Comparación por sexo y tipo de discapacidad en la proporción de jóvenes que respondieron correcta o incorrectamente reactivos de la prueba de conocimientos sobre VIH/SIDA e ITS.

Reactivo		Hombres %(n)	Mujeres %(n)	X ²	gl	p
El VIH se puede transmitir usando jeringas desechables y esterilizadas.	Incorrecto	68.4 (13)	33.3 (4)	3.656	1	.05
	Correcto	31.6 (6)	66.7 (8)			
La gonorrea, clamidia y tricomoniasis son infecciones de transmisión sexual que no pueden curarse con tratamiento médico	Incorrecto	42.1 (8)	83.3 (10)	5.134	1	.02
	Correcto	57.9 (11)	16.7 (2)			
		Debilidad %(n)	Ceguera %(n)			
Tener relaciones sexuales sin penetración evita contraer algunas infecciones de transmisión sexual.	Incorrecto	37.5 (6)	75.0 (12)	4.571	1	.03
	Correcto	62.5 (10)	25.0 (4)			

4.3 Relación entre conocimientos y comportamiento sexual

Para conocer en qué medida el nivel de conocimientos que reportaron tener los jóvenes en las dos pruebas evaluadas, se relaciona con diferentes aspectos de su comportamiento sexual, se estimó el índice de correlación de Spearman, tanto para toda la muestra como para hombres y mujeres, y para ciegos y débiles visuales. Los comportamientos sexuales que se consideraron en este análisis

fueron: la edad de la primera relación sexual, la frecuencia del uso del condón en toda la vida y en los últimos tres meses y el número de parejas sexuales en toda la vida, todas medidas en una escala ordinal de menor a mayor valor.

En toda la muestra se encontró que el nivel de conocimientos sobre el uso del condón se correlacionó positivamente con la frecuencia del uso del condón en toda la vida ($r = .418, p < .05$) y con el número de parejas sexuales en toda la vida ($r = .462, p < .05$).

Considerando el sexo de los participantes, sólo en los hombres se correlacionó positivamente el nivel de conocimientos sobre ITS con el número de parejas sexuales en toda la vida ($r = .690, p < .01$), en las mujeres no se encontró ninguna correlación significativa.

Considerando el tipo de discapacidad de los participantes, sólo en los jóvenes con debilidad visual se correlacionó negativamente el nivel de conocimientos sobre ITS con la edad de la primera relación sexual ($r = -.765, p < .01$). En los jóvenes ciegos no se encontró ninguna correlación significativa.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo del estudio que aquí se reporta fue analizar en qué medida el nivel de conocimientos sobre uso del condón y sobre VIH/SIDA y otras ITS, se relacionan con prácticas sexuales de riesgo de jóvenes con discapacidad visual, identificando las diferencias por sexo y tipo de discapacidad. Los datos presentados permiten afirmar que se cumplió dicho objetivo. A continuación se discuten los principales hallazgos.

Los datos relativos a la primera relación sexual de los jóvenes participantes muestran un perfil de riesgo. Más del 70% reportó tener experiencia sexual, más del 40% inició su vida sexual antes de los 18 años y tuvo su primer encuentro sexual en un hotel; más de la mitad no planeó su primera relación ni utilizó algún método anticonceptivo. La proporción de jóvenes en los que se ubicaron comportamientos de riesgo, en cada uno de esos indicadores, es mayor a la proporción reportada en estudios previos realizados con adolescentes sin discapacidad (Meave & Gómez, 2008; Robles et al., 2011; Rodríguez & Álvarez, 2006). Estos hallazgos llevan a concluir que los jóvenes del presente estudio presentaron un patrón de conducta sexual inicial que puede considerarse más riesgoso que el de jóvenes sin discapacidad.

Dicho perfil de riesgo, mayor al de jóvenes sin discapacidad, corrobora los señalamientos de autores como Gil y Meresman (s/a), y agrega datos empíricos a los proporcionados por Robles et al. (2013), que documentan la existencia de un perfil de riesgo muy alto en jóvenes sordos mexicanos.

Desafortunadamente, el perfil de riesgo de los jóvenes con discapacidad visual no se ubica solamente en lo relativo a su debut sexual. Los datos de esta investigación indicaron que dicho perfil prevalece en relaciones sexuales posteriores. Cerca del 40% de los participantes reportó que había tenido más de 20 relaciones sexuales con penetración y sólo 21.7% utilizó condón en dichas

relaciones. En los tres meses previos a la aplicación de los instrumentos, el 26% había tenido más de 10 relaciones sexuales y sólo el 18% utilizó condón. En el mismo periodo, el 18% tuvo relaciones con parejas ocasionales, más de 10 veces, y sólo el 8.7% utilizó el condón en dichas relaciones.

Nuevamente se observa que la proporción de jóvenes con discapacidad visual que reporta indicadores de riesgo para su salud sexual es mayor a la reportada en poblaciones de jóvenes sin discapacidad. Por ello, puede decirse que viven en constante exposición a situaciones potencialmente dañinas para su salud y la de otras personas, en especial, existe la posibilidad de contagio por infecciones de transmisión sexual y de tener un embarazo no deseado (Espada et al., 2003; García et al., 2012; Goncalves et al., 2007).

Otro dato importante de la presente investigación es que, entre el 17 y 22 por ciento de los participantes sufrieron abuso sexual en su primera o en subsecuentes relaciones sexuales. Estos datos, nuevamente, coinciden con los reportados por Robles et al. (2013) en relación con los jóvenes que viven discapacidad auditiva. Ambos conjuntos de datos corroboran empírica y sistemáticamente lo señalado por autores como Berman et al. (2011) y Wild et al. (2014), respecto a que las personas con discapacidad se encuentran expuestas al abuso, en mayor medida que las personas que no viven dicha condición.

Por otra parte, el nivel de conocimientos que los jóvenes del presente estudio reportaron tener sobre el uso del condón, así como sobre el VIH y otras ITS, fue muy bajo. Los temas de los que menos conocimientos tuvieron fueron: la importancia de la fecha de caducidad del condón, la forma de colocarlo cuidando dejar un espacio en su punta para el semen, el uso de lubricantes, la ineficacia de los métodos anticonceptivos orales para prevenir ITS, la identificación de ITS que pueden curarse con tratamiento médico, la importancia de utilizar jeringas desechables y esterilizadas así como de realizar las prácticas sexuales sin penetración, como medios efectivos para prevenir la transmisión del VIH.

Aquí es importante recordar que, en diversas investigaciones realizadas con adolescentes y jóvenes sin discapacidad (Bravo, 2002; Dávila et al., 2008; Lozano et al., 2008; Medina et al., 2000; Ramos & Cantú, 2003; Robles et al., 2014; Uribe, et al., 2010) se ha reportado que se pueden ubicar deficiencias en los conocimientos sobre el uso del condón, el VIH y otras ITS. Pero los niveles de conocimiento de los jóvenes con discapacidad visual, encontrados en el presente estudio, pueden considerarse significativamente menores a los que han demostrado tener poblaciones de jóvenes sin discapacidad.

Es preciso señalar que, en la literatura sobre el tema, no se ubicaron investigaciones que exploren empíricamente el grado de conocimiento que tienen los jóvenes con algún tipo de discapacidad, por lo que ésta puede considerarse una investigación pionera en el estudio de tales aspectos. Los datos aquí reportados pueden considerarse una aportación de evidencias acerca de planteamientos que han hecho diversos autores (Albertí & Romero, 2010; Raya, 2009; Silva, 2012) sobre las limitaciones de los jóvenes con discapacidad respecto a la información sobre salud y educación sexual. Situación que, a su vez, guarda estrecha relación con las limitaciones educativas, las barreras sociales y los ambientes familiares desfavorables en que viven los niños y jóvenes con discapacidad visual, ampliamente argumentados (Ministerio de Educación de Chile, 2007; Sánchez, 2006; Lobera, 2010).

Al llevar a cabo la comparación de los datos obtenidos, por sexo de los participantes, se encontró un perfil de mayor riesgo en las mujeres que en los hombres, ya que ellas fueron las que menos se protegieron en su primera relación sexual y las que más han vivido situaciones de abuso sexual. Ellas también tuvieron mayor desconocimiento sobre las ITS que pueden curarse con tratamiento médico. Nuevamente se encuentra coincidencia con lo reportado en la literatura, respecto a que las mujeres presentan mayores riesgos de salud sexual y menores conocimientos que los hombres, tanto en poblaciones sin discapacidad

(Enríquez et al., 2005; García et al., 2012; Gayet et al., 2003; Peláez, 2008; Rodríguez & Álvarez, 2006) como en jóvenes con discapacidad (Polo & López, 2009).

La comparación por tipo de discapacidad mostró que los jóvenes con ceguera se protegieron menos en su primera relación sexual y en las relaciones que tuvieron con parejas ocasionales, que los jóvenes con debilidad visual. Estos últimos también reportaron haber tenido más parejas sexuales en toda su vida y mostraron mayores niveles de información sobre la efectividad de realizar prácticas sexuales sin penetración, como un medio para prevenir la transmisión del VIH. Este hallazgo puede considerarse lógico, porque las personas con debilidad visual tienen más acceso a la información y menos barreras sociales, educativas y familiares que aquellas que tienen ceguera total. Pero es importante considerar que este tipo de comparaciones no están disponibles en estudios previos, por lo que nuevamente puede decirse que la presente investigación aporta datos pioneros en este aspecto.

Al considerar los datos de todos los participantes sexualmente activos, este estudio mostró una influencia de los conocimientos acerca del uso del condón en la frecuencia de relaciones sexuales protegidas y en el número de parejas que tuvieron en toda la vida, ya que los jóvenes que estuvieron mejor informados sobre cómo debe usarse un condón fueron los que lo usaron con mayor frecuencia, aunque también fueron los que tuvieron más parejas sexuales. Estos hallazgos corroboran, en una población de jóvenes mexicanos con discapacidad, que existe cierta relación entre los conocimientos sobre salud sexual y las prácticas preventivas, como se documenta en estudios con jóvenes sin discapacidad (Gayet et al., 2003; Goncalves et al., 2007; Robles et al., 2012).

El análisis de correlación que se realizó en el presente trabajo, si bien confirmó efectos diferenciales por sexo y tipo de discapacidad, también indicó que el nivel de conocimientos sobre VIH y otras ITS parece haber tenido un impacto negativo

en los hombres, y en quienes tienen debilidad visual. Contrariamente a lo que podría esperarse, los hombres que estuvieron más informados sobre el VIH y otras ITS tuvieron más parejas sexuales en toda su vida, y los jóvenes con debilidad visual, que estuvieron más informados sobre el VIH y otras ITS, iniciaron su vida sexual a edades más tempranas.

Como conclusiones del presente reporte, se puede decir que los datos recabados permiten confirmar las primeras cinco hipótesis planteadas al inicio de la misma:

- Los jóvenes con discapacidad visual presentan un perfil de riesgo en su primera y subsecuentes relaciones sexuales, incluyendo abuso sexual.
- Los jóvenes con discapacidad visual presentan deficiencias en el nivel de conocimientos sobre el uso del condón y sobre el VIH y otras ITS.
- El perfil de comportamiento sexual difiere en función del sexo y tipo de discapacidad de los participantes.
- El abuso sexual difiere en función del sexo y tipo de discapacidad.
- El nivel de conocimientos sobre el uso del condón y sobre el VIH y otras ITS difiere por sexo y tipo de discapacidad.

Sin embargo, la última hipótesis planteada, no se confirmó plenamente, porque el nivel de conocimientos sobre el uso del condón y sobre el VIH y otras ITS pareció tener una influencia positiva sólo en algunos aspectos del comportamiento sexual de los participantes, particularmente en lo relativo al uso del condón. Pero también se observó que dos indicadores (número de parejas sexuales y edad de debut sexual) no correspondieron con el nivel de conocimiento de los participantes.

Respecto a estos últimos datos, aparentemente contradictorios, no debe olvidarse que existe coincidencia en que los conocimientos que tienen los jóvenes no son condición suficiente para que realicen prácticas sexuales saludables de manera consistente. Como bien señalan Robles et al. (2006), en la conducta sexual (preventiva o de riesgo) influyen aspectos como los conocimientos, la autoeficacia y las actitudes hacia el VIH/SIDA. Con base en el modelo de Información,

Motivación y Conducta de Fisher y Fisher en 1992, Robles et al. (2012) destacan que, para que se presenten conductas preventivas, se requiere: estar correctamente informado sobre el problema de salud que se quiere prevenir, estar motivado para actuar, y contar con las habilidades conductuales necesarias para usar correcta y consistentemente el preservativo. Por ello, se requiere que investigaciones futuras se encaminen a estudiar sistemáticamente estos aspectos en poblaciones con discapacidad visual.

Contar con datos fidedignos sobre el grado de conocimientos sobre uso del condón, VIH/SIDA e ITS, así como sobre los comportamientos de riesgo que presentan los jóvenes con discapacidad visual, permitirá dirigir esfuerzos para implementar programas preventivos y de intervención, dirigidos a mejorar la educación sexual y la salud de este amplio sector de la población.

REFERENCIAS

- Albertí, M. & Romero L. (2010). *Alumnado con discapacidad visual*. España. Grao.
- Bárcena, S., Robles, S., & Díaz-Loving, R. (2013). El papel de los padres en la salud sexual de sus hijos. *Acta de Investigación Psicológica*, 3(1), 956-968.
- Bárcena, S., Rendón, G., & Robles, S. (2011). Factores asociados a la conducta sexual protegida: una revisión. En R. Díaz-Loving y S. Robles (Coords.), *Salud y Sexualidad* (pp. 5-47). México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, AMEPSO, CONACyT.
- Berman, R., Meresman, S., Galván J., & Rodríguez, E. (2011). Desarrollo inclusivo: la experiencia de VIH-Sida y discapacidad en Centroamérica. *En Breve*, Boletín del Banco Mundial, 167, 1-4.
- Bravo, B. (2002). *Conocimientos y Actitudes del adolescente hacia el VIH/SIDA*. Tesis inédita de Maestría en Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León. México.
- Cabrera, M. (2011). *Discapacidad Visual*. México. Orienta Integración e Inclusión Educativa. Disponible http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-arte/discapacidad_visual.pdf
- Campos, A., Ceballo, G., & Herazo, E. (2010). Prevalencia de patrón de comportamiento de riesgo para la salud sexual y reproductiva en estudiantes adolescentes. *Revista Latino-América Enfermagem*, 18(2), 1-5.
- Castro, I. (2010). Conocimientos y factores de riesgo sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 9(3), 705-716.
- Cruz, M.P. (2004). Mujeres con discapacidad y su derecho a la sexualidad. *Política y Cultura*, 22, 147-160.
- Dávila, O. (2004). Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes. *ULTIMA DÉCADA*. (21) 83-104.
- Dávila, M., Tagliaferro, A., Bullones, X., & Daza, D. (2008). Nivel de conocimiento de adolescentes sobre VIH/SIDA. *Revista de Salud Pública*, 10(5), 716-722.

- Enríquez, D., Sánchez, R., & Robles, S. (2005). Variables relativas al uso del condón en hombres y mujeres universitarios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 8(2), 81-98.
- Espada, J., Quiles, M., & Méndez, F. (2003). Conductas sexuales de riesgo y prevención del Sida en la adolescencia. *Papeles del Psicólogo*, 24(85).
- Fishbein, M. (2000). The role of theory in HIV prevention. *AIDS Care*, 12(3), 273–278.
- Fisher, J. & Fisher, W. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin*, 3(3), 455-474.
- García, E., Menéndez, E., Fernández, P., & Cuesta, M. (2012). Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 79-87.
- Gayet, C., Juárez F., Pedrosa L., & Magis, C. (2003). Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. *Salud Pública de México*, 45(5), 632-640.
- Gil, M. & Meresman, S. (s/a). *El VIH/SIDA y personas con discapacidad: el lenguaje de la prevención*. Disponible en: <http://www.pasoapaso.com.ve/index.php/temas/etapas-evolutivas/aduldez/sexualidad/item/1598-HIV/SIDA%20y%20personas%20con%20discapacidad-%20el%20lenguaje%20de%20la%20prevenci%C3%B3n>
- Goncalves, S., Castellá, J., & Carlotto M. (2007). Predictores de conductas sexuales de riesgo en adolescentes. *Revista Interamericana de Psicología*, 41(2), 161-166.
- Guevara, Y., Robles, S., Aguilar, Y., & Luna, N. (2016). *Educación sexual en personas con discapacidad. Fundamentos para talleres de intervención*. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2013). INEGI. Clasificación de Tipos de Discapacidad, 1-63. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=17484>

- Juárez, F. & Castro, T. (2006). Partnerships dynamics and sexual health risks among male adolescents in the favelas of Recife, Brazil. *International Family Planning Perspectives*, 32 (2), 62-70.
- Lobera, J. (2010). *Discapacidad visual. Guía para la inclusión en educación inicial y básica*. México. CONAFE. SEP.
- Lozano, F., Torres, M., & Aranda, C. (2008). Concepciones culturales del VIH/Sida de estudiantes adolescentes de la Universidad de Guadalajara, México. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 6(2), 739-768.
- Maciel, P. (s/a). *Discapacidad visual y esquema corporal*. Disponible en: http://www.integrando.org.ar/datosdeinteres/discapacidadvisual_fv.htm
- Meave, S. & Gómez, L. (2008). Barreras y estrategias para la investigación en salud sexual. Una experiencia con adolescentes en escuelas públicas. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 13(36), 203-222.
- Medina, F., A. González, C.J., & Díaz, M.M. (2000). Conocimientos sobre enfermedades de transmisión sexual en estudiantes adolescentes. *X Foro Nacional de Investigación*. México.
- Méndez, I., Namihira, D., Moreno, L., & Sosa, C. (2001). *El protocolo de investigación*. México: Trillas.
- Miller, T. (s/a). Educación social/sexual para niños y jóvenes sordociegos. Educacional Perkins School for the Blind. Disponible en: http://www.cultura-sorda.eu/resources/Miller_Educacion_social_sexual_ninos_jovenes_sordociegos.pdf
- Ministerio de Educación de Chile (2007). Guía de apoyo técnico-pedagógico: necesidades educativas especiales en el nivel de educación parvularia. Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2013/07/Gu%C3%ADa-Introductoria.pdf>
- Ministerio de Educación de España (MEE, 2015). Instituto de Tecnologías Educativas. *Educación inclusiva: discapacidad visual*. Módulo 11: Familia. Disponible en: http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/129/cd/pdf/m2_dv.pdf

- Moreno, D., Rivera, B., Robles, S., Barroso, R., Frías, B., & Rodríguez, M. (2008). Características del debut sexual de los adolescentes y determinantes del uso consistente del condón desde el análisis contingencial. *Psicología y Salud*, 18(2), 207-225.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013). Discapacidad y Salud. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>
- Peláez, J. (2008). *Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes: una mirada desde la óptica de los derechos humanos*. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 34(2), Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2008000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Polo, M., & López, M. (2012). Autoconcepto de estudiantes universitarios con discapacidad visual, auditiva y motora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44 (2), 87-98.
- Ramos, M. & Cantú, P. (2003). El VIH/SIDA y la adolescencia. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 4(4), 1-7.
- Raya, A. (2009). Autonomía del ciego en el ámbito escolar. *Revista Digital Innovación y Experiencias Educativas*, (24), 1-10.
- Robles, S. Piña, J., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R., & Moreno, D. (2006). Predictores de conductas relacionadas con el uso inconsistente de condón en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*, 16(1), 71-78.
- Robles, S., Frías, B., Moreno, D., Rodríguez, M., & Barroso, R. (2011). Conocimientos sobre VIH/SIDA, comunicación sexual y negociación del uso del condón en adolescentes sexualmente activos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(4), 317-340.
- Robles, S., Guevara, Y., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M., Enríquez, D., & Sánchez, R. (2015). Factores de riesgo para la salud sexual de jóvenes con discapacidad visual y auditiva: un estudio exploratorio. Informe Técnico Final. UNAM-DGAPA-PAPIIT IN308513. Número de páginas: 43. Mayo de 2015.

- Robles, S., Guevara, Y., Pérez, Y., & Hermsillo, A. (2013). Comunicación con padres y conducta sexual en jóvenes mexicanos con discapacidad auditiva. *Psicología y Salud*, 23(2), 227-239.
- Robles, S., Piña J., & Moreno, D. (2006). Determinantes del uso inconsistente del condón en mujeres que tienen sexo vaginal, oral y anal. *Anales de Psicología*, 22(2), 200-204.
- Robles, S., Rodríguez, M., Frías, B., & Moreno, D. (2014). Indicadores del uso eficaz del preservativo. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 25(2), 244-258.
- Robles, S., Solano, R., Díaz-Loving, R., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M., & Barroso, R. (2012). Efectos de un programa de prevención de problemas de salud sexual sobre variables psicosociales y conductuales en adolescentes sin experiencia sexual. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(3), 1129-1155.
- Rodríguez, A. & Álvarez, L. (2006). Percepciones y comportamientos de riesgo en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(1), 1-9.
- Sánchez, E., Honrubia, M., & Chacón, M. (2005). *Guía básica de educación afectivo-sexual para personas con discapacidad visual*. España. Grafiques.
- Sánchez, P. (2006). Discapacidad, familia y logro escolar. *Revista Iberoamericana de Educación*, 40(2), 1-10.
- Silva, M. (2012). *Taller formativo para familiares de personas con discapacidad visual*. México. Destello de Luz.
- Uribe, F., Orcasita, L., & Vergara, T. (2010). Factores de riesgo para la infección por VIH/SIDA en adolescentes y jóvenes colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*, 13(1), 11-24.
- Wild, T., Kelly, S., Blackburn, M., & Rayn, C. (2014). Adults with visual impairments. Report on their sex education experiences. *Journal of Blindness Innovation and Research*, 4(2). Disponible en: <https://nfb.org/images/nfb/publications/jbir/jbir14/jbir040202.html>