



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

Nivel de comunicación con padres, modalidad comunicativa y sus implicaciones en las conductas sexuales de riesgo de jóvenes sordos

REPORTE DE INVESTIGACIÓN
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
PRESENTA

Karla Beatriz González González

Directora: Dra. Yuma Yoaly Pérez Bautista

Dictaminadores: Dra. Silvia Susana Robles Montijo

Mtro. Isaías Vicente Lugo González



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2020



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.

ÍNDICE

RESUMEN	i
INTRODUCCIÓN.....	ii
PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO	
CAPÍTULO 1. SALUD SEXUAL EN JÓVENES.....	1
1.1. Adolescencia y juventud.....	2
1.2. Salud sexual y sexualidad.....	4
1.3. Factores de riesgo para la salud sexual.....	7
1.4. Conclusiones.....	9
CAPÍTULO 2. SALUD SEXUAL Y DISCAPACIDAD AUDITIVA.....	11
2.1. ¿Qué es la discapacidad auditiva?.....	12
2.2. Comunidad sorda.....	16
2.3. Sexualidad y salud sexual en personas sordas.....	18
2.4. Conclusiones.....	20
CAPÍTULO 3. COMUNICACIÓN PARENTAL.....	21
3.1. Comunicación entre padres e hijos sobre salud sexual.....	22
3.2. Dificultades en la comunicación padre - hijo sordo.....	23
3.3. Conclusiones.....	24
CAPÍTULO 4. CARACTERÍSTICAS LINGÜÍSTICAS DE LAS PERSONAS SORDAS.....	26
4.1. Lengua de Señas Mexicana.....	26
4.2. Lectura de textos en español.....	28
4.3. Conclusiones.....	30
CAPÍTULO 5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	31
5.1 Objetivo general.....	34
5.1.1. Objetivos específicos.....	34
5.2. Hipótesis.....	34

SEGUNDA PARTE: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

CAPÍTULO 6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	35
6.1. Tipo de estudio.....	35
6.2. Participantes.....	35
6. 3. Instrumentos.....	36
6. 4. Procedimiento.....	38
6. 5. Consideraciones éticas del estudio.....	39
6.6 Análisis de datos.....	39
CAPÍTULO 7. RESULTADOS.....	41
7.1. Análisis descriptivo.....	41
7.2 Análisis comparativo y de relación.....	48
CAPÍTULO 8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	59
REFERENCIAS.....	67

AGRADECIMIENTOS

Al **Fondo SEP-CONACyT** por la beca recibida para incorporarme en la investigación financiada por el Fondo Sectorial de Investigación para la Educación, CB 2015-01, proyecto 256430, denominado *Factores de riesgo para la salud sexual de jóvenes mexicanos con discapacidad auditiva*.

A mis asesores el Maestro Isaías Vicente Lugo González y la Dra. Silvia Susana Robles Montijo, por sus comentarios y revisiones, en especial a la Dra. quien me incorporó al programa y ofreció enseñanzas muy valiosas respecto al proyecto y en mi vida académica. Gracias a su aceptación y presión por terminar.

A mi directora de este reporte de investigación Yuma Yoaly Pérez Bautista por tenerme tanta paciencia, resolver mis dudas y presentar toda esa disposición aun cuando estuviera presionada por otras cuestiones.

A mis padres por el apoyo incondicional brindado para seguir estudiando. Gracias mamá por los desvelos, por el cariño, por los desayunos, comidas y cenas que me preparabas y servías aun cuando estuviera ocupada con tareas y proyectos, gracias por darme palabras de aliento y escucharme cuando lo necesito, por creer en mí y comprenderme hasta en mis días malos. Gracias papá por llevarme a la escuela y proporcionarme un techo, gracias por estar orgulloso de mí y quedarte a nuestro lado, gracias por el apoyo y respaldo a mis decisiones. Los quiero muchísimo y en definitiva no habría llegado hasta aquí sin ustedes. Espero algún día poder retribuirles todo lo que me han dado.

A mis dos hermanos Moisés e Ivette, mi abue, mis sobrinos Adrián, Eileen y MatiLeo, por prestarse en ocasiones como sujetos experimentales. Gracias por estar ahí cuando lo necesito, cuando las situaciones son buenas o malas y mantenernos unidos. Nada sería lo mismo sin alguno de ustedes.

Finalmente, estoy muy agradecida con la Universidad Nacional Autónoma de México por brindarme la oportunidad de una educación de calidad a bajo costo desde la ENP donde conocí a las mejores amigas que puedo tener hasta la FES Iztacala que me brindó la formación en Psicología. Gracias por brindarme herramientas para mi crecimiento tanto personal como profesional.

RESUMEN

Se llevó a cabo un estudio de tipo transversal, descriptivo, comparativo, correlacional y observacional con el objetivo de evaluar la relación entre la modalidad comunicativa, el nivel de comunicación con padres y con madres sobre temas de salud sexual y su impacto sobre la conducta sexual de jóvenes sordos mexicanos. Participaron 254 jóvenes sordos provenientes de distintos estados de la República Mexicana. Para ello se utilizó el *Cuestionario en línea sobre salud sexual para jóvenes mexicanos con discapacidad auditiva*. Los resultados mostraron, a nivel descriptivo, que la mitad de los participantes (50.8%) se percibía con un nivel medio de dominio de la Lengua de Señas Mexicana (LSM) y 67.6% con un nivel medio de lectura de textos en español (LTE). En relación con el dominio de la LSM de los familiares, los jóvenes reportaron que las madres son quienes más conocen la LSM (65.5%), seguido por algún otro familiar (20.4%) y finalmente el padre (2.7%). La edad promedio en la que los participantes aprendieron la LSM fue alrededor de los 9 años. Por otra parte, se encontró que la frecuencia de la comunicación con ambos padres fue baja ($M_{padres}= 1.8470$ y $M_{madres}= 2.1882$). Con relación al comportamiento sexual, se observó que poco más de la mitad (51.4%) de los participantes habían iniciado su vida sexual en promedio a los 16 años, de éstos 50% no recurrió al uso de algún método anticonceptivo. En cuanto el análisis comparativo y de relación se encontró que el haber iniciado o no la vida sexual se asoció con el nivel de LSM percibido ($X^2=7.223$, $p=.027$), así como una relación positiva entre la edad de la primera relación sexual con la comunicación con padres sobre el uso y efectividad de métodos anticonceptivos ($r=.219$, $p=.044$). Los resultados se discuten en función de la importancia de la LSM y la participación de la familia para la adopción de conductas prevención, asimismo, igualmente se propone retomar los resultados obtenidos en el presente para que las variables evaluadas sean contempladas dentro de intervenciones dirigidas a esta población.

Palabras clave: Modalidad comunicativa, comunicación con padres, conducta sexual, debut sexual, jóvenes sordos.

INTRODUCCIÓN

El presente reporte se inserta en el proyecto de investigación titulado *FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD SEXUAL DE JÓVENES MEXICANOS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA*. Proyecto a cargo de la Dra. Silvia Susana Robles Montijo y financiado por el Fondo Sectorial en Investigación para la Educación SEP-CONACyT, proyecto 256430.

El trabajo aquí presentado se enmarca en el Modelo de Información Motivación y Habilidades Conductuales (Fisher & Fisher, 1992) o IMB por sus siglas en inglés. Desde este modelo se plantea que, estos tres elementos son fundamentales para la adopción de conductas de prevención, es decir, contar con información sobre el problema y las conductas para prevenirlo; sentirse motivado o tener las intenciones de llevar acabo dichos comportamientos, y contar con las habilidades que se traduzcan en acciones.

Los programas de intervención orientados a la promoción del uso del condón y basados en este modelo han trabajado con adolescentes y jóvenes, ello debido a que la adolescencia representa una etapa importante en el desarrollo del ser humano por los cambios físicos y psicológicos que en ella se generan, tal como el desarrollo sexual y de maduración; en donde se definen aspectos importantes en la vida de los adolescentes, como el definir su identidad y orientación sexual (Sangowawa, Owoaje, Faseru, Ebong, & Adekunle, 2009), por lo que esta etapa es considerada como una de las más vulnerables, incluso para temas asociados con la salud sexual .

Se ha señalado que en México la educación sexual carece de una visión integral, ya que se privilegia la transmisión de conocimientos sobre aspectos biológicos de la reproducción y la promoción de la abstinencia sexual, sin una cultura de prevención desde la perspectiva de la salud sexual, la equidad de género y, los derechos sexuales y reproductivos, lo cual repercute en los indicadores de salud de los adolescentes (Campero, Atienzo, Suárez, Hernández, & Villalobos, 2013). La falta de acceso a la información y a la educación sexual integral coloca a las personas en una situación de riesgo, pues pocos son los

sectores de la población que pueden aproximarse a información científica relacionada con la prevención de embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (Moreno et al., 2008).

Considerando lo anterior, en el tema de salud sexual hay un vasto campo por investigar, aún más cuando se aborda este tema en otro sector de la población, como es el caso de las personas con algún tipo de discapacidad, en las que el panorama se vuelve más complicado, no sólo porque ellas carecen de información sino por los mitos que hay alrededor, pues se piensa que estas personas no tienen deseos o necesidades sexuales, por lo que no requieren ejercer su sexualidad, así que la educación sobre estos temas es limitada (Bárcena, Guevara, & Álvarez, 2017). Además, rara vez se les incluyen en los programas de prevención y de difusión de información de salud sexual y reproductiva porque a menudo no se proporcionan formatos que sean accesibles (Kwadwo, 2013).

Los jóvenes sordos, por tanto, representan un grupo doblemente vulnerable en el que además de los obstáculos mencionados anteriormente, tienen que atravesar la barrera de la comunicación pues son un grupo con una identidad propia que conforman una comunidad única con la LSM como su medio principal para comunicarse. Por ello, presentan necesidades particulares relacionadas con la salud sexual y requieren una orientación concreta que considere a los familiares, para que se les brinde información específica e individualizada en el adiestramiento sobre el tipo y uso de anticonceptivos, cuidados higiénicos y corporales especiales durante la actividad sexual, atención del desarrollo psicológico y sexual de los descendientes con discapacidad, prevención de ITS, cuidado durante el embarazo, entre otras (Castillo, 2010).

En este sentido, la exposición del presente reporte de actividad de investigación se compone por ocho capítulos, en los cinco primeros se presenta el marco teórico y en los tres restantes la investigación empírica, en los cuales se expone la metodología, los resultados de la investigación, la discusión y las

conclusiones. A continuación, se muestra una breve descripción de cada uno de estos apartados.

Primera parte: Marco teórico

En el capítulo 1 *Salud sexual en jóvenes*, se describe brevemente la definición de adolescencia y juventud, sus implicaciones y las condiciones que posicionan a este sector como vulnerable. En el capítulo 2 *Salud sexual y discapacidad auditiva* se describen e identifican las características de este grupo, y en cual sobresalen las personas usuarias de la lengua de señas o personas sordas. El capítulo 3 *Comunicación parental*, delinea la importancia de la comunicación parental en el terreno de la salud sexual, así como las barreras comunicativas a las que se enfrentan los padres oyentes con hijos sordos. En el capítulo 4 *Características lingüísticas de las personas Sordas*, se habla acerca de la lengua de las personas sordas y la Lectura de textos en español (LTE), como formas de comunicación de la población objetivo.

Todo lo anteriormente mencionado, culmina en el capítulo 5: *Planteamiento del problema*, en el que se aterriza la problemática encontrada, permitiendo trazar los objetivos del reporte.

Segunda parte: Investigación empírica.

La segunda parte de la presente tesis comienza con el capítulo 6 *Metodología de la investigación* sección en la que se describen las características del estudio, los participantes, los instrumentos que se utilizaron, el procedimiento que se llevó a cabo, y las condiciones éticas del estudio. Los *Resultados* se presentan en el capítulo 7, en el cual se presentan análisis: descriptivos, comparativos y de correlación conforme los objetivos planteados. Los hallazgos se discuten en el capítulo 8, con base en investigaciones previas que brindan sustento a los resultados, se reportan las limitaciones del presente estudio y propuestas para futuras investigaciones.

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. SALUD SEXUAL EN JÓVENES

Los seres humanos atravesamos por una etapa de transición entre la infancia y la adultez conocida como adolescencia y/o juventud, durante la cual se observan una serie de cambios y desarrollo a nivel biológico, psicológico y social. (Iglesias, 2013) menciona que la pubertad es un estado meramente biológico en el que se presentan los cambios ya conocidos como desarrollo sexual, cambios hormonales, crecimiento y composición corporal, mientras que la adolescencia está definida socialmente ya que es en esta etapa en la que el adolescente o joven busca mayor independencia, obtiene más responsabilidades y está en búsqueda de su identidad como persona. Además, es considerada por organizaciones como el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2019) y la Organización de las Naciones Unidas (ONU, s/f) un periodo fundamental que puede traer grandes beneficios si se les brindan las suficientes herramientas, si se les proporciona un ambiente propicio así como una influencia positiva para el futuro, por ello, establecen distintos programas financiados para lograr que los jóvenes del mundo puedan gozar de los derechos básicos que le corresponden, entre ellos podemos encontrar el derecho a vivir en condiciones de bienestar y a un sano desarrollo integral así como el derecho a la protección de la salud y a la seguridad social.

Como se mencionó, es durante esta etapa en la que los jóvenes se desarrollan sexualmente y resulta entonces una etapa crítica para la salud del adolescente, pues si bien se espera que la sexualidad se ejerza de manera libre y responsable, es necesario que se tomen las medidas necesarias para reducir el riesgo de tener un embarazo no planeado o de adquirir una ITS, fenómeno bastante común pues en el 2014 se reportó que es en la etapa de la adolescencia cuando la mitad de las mujeres tuvieron su primera relación sexual, los datos preocupantes radican en que solo el 34.3% de las mujeres utilizaron algún tipo de método anticonceptivo, de las cuales el condón fue el método mayormente utilizado (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2016).

Tomando en cuenta la vulnerabilidad en la que se encuentran las personas durante esta etapa de la vida, es necesario conocer y profundizar en todos los aspectos que la conforman, desde aspectos biológicos y sociales para posteriormente delimitarlo en lo psicológico, entendiéndolo como el comportamiento del organismo completo en relación con su medio ambiente. Con este fin, se despliega a continuación información y datos sobre la adolescencia y juventud, intentando explicar lo qué es y lo que conlleva, así como el tema de la salud sexual y reproductiva con énfasis en cómo la vive este sector de la población.

1.1. Adolescencia y juventud

El UNICEF (2019) señala que la adolescencia es una época de cambios tanto físicos como emocionales, estableciendo así la transición de niño a adulto. Según mencionan, es en esta etapa en la que se define la personalidad, se construye la independencia y se fortalece la autoafirmación. Por su parte, hablando del término *juventud* el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE, 2017), describe que es un término que, por un lado, permite identificar el periodo de vida de una persona que se ubica entre la infancia y la adultez, que según la ley del mismo instituto es entre los 12 a los 29 años, no obstante, también tiene que ver con un conjunto de características heterogéneas determinadas por el entorno social o cultural, así como características biológicas, psicológicas, educativas, etc. Aún con esta variabilidad y de forma general concluyen en que la juventud es el momento de vida en el que empiezan a establecer su identidad, y todo dependerá del modo de comportarse y actuar, además de todas aquellas proyecciones, expectativas y sueños que el individuo tenga para empezar a moldear su vida futura.

Situándonos en la realidad actual del país, observamos que en comparación con varios países europeos, México sigue siendo un país joven en pleno tránsito a la adultez, si bien las proyecciones del CONAPO (2010) acerca del envejecimiento poblacional, alerta sobre la situación futura a la que nos enfrentaremos en el 2050, también reporta que en el 2010 residían en México,

20.2 millones de jóvenes entre 15 y 24 años, de los cuales 10.4 millones son adolescentes (de 15 a 19 años) y 9.8 son adultos jóvenes (20 a 24 años), en conjunto, representan casi una quinta parte de la población total del país. En información más reciente, la Encuesta Intercensal del 2015, informa que la población joven (considerando un mayor rango de edad, de 15 años a 29 años) ascendió a 30.6 millones, es decir, el 25.7% de la población nacional total, de las cuales 50.9% son mujeres y 49.1% son hombres. En cuanto a su estructura por edad, 35.1% son adolescentes de 15 a 19 años, 34.8% son jóvenes de 20 a 24 años y 30.1% tienen de 25 a 29 años (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, [INEGI], 2015).

La adolescencia puede ser considerada como una etapa crítica del ser humano y está sujeta a diversas complicaciones. Como menciona Calvete y Estévez “La adolescencia va acompañada de un aumento del estrés vital, ya que implica hacer frente a una serie de retos y nuevas obligaciones que coinciden con los cambios biológicos y físicos de la pubertad y con fluctuaciones en el funcionamiento emocional, cognitivo y social. Las presiones académicas, la imagen corporal, el desarrollo de la identidad sexual, el logro de una creciente autonomía con respecto a los padres y madres, la aceptación por parte del grupo, etcétera., constituyen, sin duda, fuentes potenciales de estrés en la adolescencia.” (2009, p.50).

Tal vez es por lo anterior que frecuentemente se asocia a la juventud con estados de crisis en un país, llámese desempleo, rebeliones, manifestaciones, embarazo no deseado, infecciones de transmisión sexual, etc. Cosa que se puede explicar derivado de la misma definición de lo que significa ser joven, ya que se encuentran en plena transformación física, sexual, social y emocional, es un cambio al cual no estaban expuestos con anterioridad, por lo que resultan más susceptibles a distintos tipos de riesgo. Sin embargo, la maduración no es la única razón para considerar a este grupo de personas en un periodo de mayor vulnerabilidad, pues influyen también aspectos diversos como el contexto social en el cual se desenvuelven. La juventud es vulnerable porque son personas que viven en un mundo desigual donde los valores y las instituciones sociales que

favorecen oportunidades de todo tipo no son accesibles para todo el mundo. Considerando así que lo que los conforma como tal no es solo un factor, sino conjunto de ellos que interactúan con la persona durante su desarrollo e interacciones con el medio que les rodea (Hardgrove, 2014).

Aún con lo que se ha mencionado acerca de su significación negativa, vale la pena resaltar que también son un grupo de gran importancia y trascendencia para México, no solo por la representación demográfica que representan, sino también por su papel crítico en el desarrollo nacional, por ende, es necesario reconocer sus características y necesidades específicas que, al ser un grupo heterogéneo con diferencias de género, generación, origen étnico y estratificación socioeconómica, repercuten de alguna u otra forma en su comportamiento demográfico y en su desarrollo (CONAPO, 2010).

Tomando en cuenta las características que comparten las personas durante esta etapa de la vida, muchos jóvenes están en riesgo de adquirir problemas de salud que son prevenibles y que de no ser atendidos incluso pueden llegar a persistir en su transición hacia la vida adulta y mantenerse en esta nueva etapa de la vida. Una de las razones de estos problemas antes mencionados se debe a la falta de información adecuada sobre temas de sexualidad y salud sexual. Dado lo anterior, no es sorpresa que los jóvenes y adolescentes presenten diversas conductas sexuales de riesgo incrementando la probabilidad de adquirir alguna infección de transmisión sexual. Es así como se toma con especial interés el desarrollar, fomentar y comunicar temas sobre salud sexual y sexualidad (Manu, Mba, Asare, Odo-Agyarko, & Asante 2015).

1. 2. Salud sexual y sexualidad

La Organización Mundial de la Salud (2018) considera que la salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social que requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Entendiéndose así a la sexualidad, de forma más

específica, como un aspecto central del ser humano que está presente a lo largo de la vida. Abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer y la intimidad, la reproducción y la orientación sexual.

Tal y como se mencionó, la sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de las necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor, la cual es construida a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales, por ende, el desarrollo pleno de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social (World Association for Sexual Health [WAS], 1999). Es así que como mencionan Gascón, Navarro, Gascón, Pérula de Torres y Jurado (2003), la sexualidad se manifiesta de forma diferente en cada una de las etapas de la vida y es en la adolescencia cuando se llega a la maduración física completa. En esta etapa la energía sexual se encuentra en un nivel muy alto, adquiere más importancia el contacto físico, y la conducta sexual se entiende como una forma de exploración y aventura, lo que justifica la visión predominante entre los adolescentes del sexo como placer físico o como una nueva experiencia, como un índice de madurez, un desafío de cara a los padres y a la sociedad.

Dado lo anterior, se manifiesta la necesidad de información y apoyo para los jóvenes y adolescentes ya que una consecuencia de una mala educación y orientación son los embarazos prematuros, los cuales conllevan a riesgos para la salud del bebé como de la adolescente, así como estigmas y efectos en la vida cotidiana de la joven madre que generalmente opta por abandonar la escuela y estancar su educación escolarizada. En México, tan solo en el año 2005, casi medio millón de jóvenes menores de 20 años dieron a luz, hubo 144 670 casos de adolescentes con un hijo o un primer embarazo entre los 12 y 18 años, mientras que 180 408 jóvenes de la misma edad ya tenían más de un hijo (UNICEF, s.f.).

Existen en México instituciones que se encargan de la regulación, promoción y/o realización de políticas públicas a favor de los jóvenes mexicanos, como es el IMJUVE, quienes, según su descripción, otorgan las herramientas necesarias en educación, salud, empleo y participación social. En el 2013,

presentaron su diagnóstico de la situación de los jóvenes en México, en donde su objetivo primordial fue “identificar el problema central que enfrenta la población juvenil en México, así como las causas que generan la problemática y los efectos que ésta provoca. Adicionalmente, de acuerdo con la metodología del Marco Lógico, los resultados y conclusiones del presente diagnóstico aportan elementos para elaborar una propuesta de atención viable, que identifique una alternativa adecuada para solucionar el problema, mediante la intervención de un programa público” (IMJUVE, p. 3). En este documento, identificaron que el principal problema de la juventud es su incorporación al desarrollo del país en condiciones desfavorables debido a distintas razones, entre ellas, la escasa educación sexual y reproductiva que conduce a una mayor incidencia de embarazos en adolescentes, así como de infecciones de transmisión sexual.

Como se observa, la educación sexual es relevante para el desarrollo de los jóvenes y adolescentes, más preocupante cuando se acompaña de datos como los que reporta la CONAPO (2010), referentes a las causas de muerte de jóvenes mexicanos, entre otros, menciona que el VIH/ SIDA provoca cerca de cuatro defunciones por cada cien en jóvenes masculinos de 20 a 24 años, mientras que la cuarta causa de mortalidad en mujeres jóvenes es la mortalidad asociada a la maternidad, y las defunciones por VIH/ SIDA aporta la mayor tasa entre adultas jóvenes.

Por lo anterior, la educación sexual en la adolescencia debe promover el desarrollo integral del individuo, así como el de una personalidad saludable en donde se brinden las herramientas que permitan el cuidado del cuerpo, considerándolo como un espacio de experiencia, expresión de sentimientos, emociones para entender, analizar y cuidar; así mismo fomentar una sexualidad vinculada a la salud, al amor y a la equidad (Elliott, 2010). Según las recomendaciones de la OMS (2018), los programas dirigidos a la promoción de la salud sexual deben enfocarse en los principios centrales de autonomía, bienestar, ejercicio, promoción y protección de los derechos humanos. Para ello, es menester promover la capacidad de las personas de tener relaciones sexuales seguras y satisfactorias, así como abordar la prevención y el tratamiento de las

secuelas y complicaciones resultantes de problemas de salud sexual. Así mismo fomentar el conocimiento sobre el uso de condón, las ITS y el VIH.

En México la educación sexual carece de una visión integral ya que se privilegia la transmisión de conocimientos sobre aspectos biológicos de la reproducción y la promoción de la abstinencia sexual, sin una cultura de prevención desde la perspectiva de la salud sexual, la equidad de género y los derechos sexuales y reproductivos, lo cual repercute en los indicadores de salud de los adolescentes (Campero et al., 2013). Además, no sólo se trata de la inadecuada educación sexual, sino de la falta de acceso a dicha información, lo cual coloca a las personas en una situación de riesgo en el sentido de la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual como el VIH (Moreno et al., 2008).

1.3 Factores de riesgo para la salud sexual.

Las ITS son infecciones que se transmiten de una persona a otra, generalmente por contacto sexual. Según información de la OMS (2019) cada día más de 1 millón de personas contraen una infección de transmisión sexual. Se estima que, anualmente, unos 357 millones de personas contraen alguna de las cuatro ITS siguientes: clamidiasis (131 millones), gonorrea (78 millones), sífilis (5,6 millones) o tricomoniasis (143 millones). El número de personas con infección genital por el VHS (herpes) supera los 500 millones. En todo momento hay en el mundo más de 290 millones de mujeres infectadas con el virus del papiloma humano (VPH), una de las ITS más comunes.

Diversos autores hablan acerca del comportamiento sexual y derivado de esto, factores que ponen en riesgo la salud sexual del individuo. Bahamón, Vianchá y Tobos (2014) mencionan que el comportamiento sexual se considera una práctica por el hecho de ser construido y compartido socialmente mientras que las prácticas sexuales son aquellos patrones de actividad sexual tanto de individuos como de comunidades que presentan tal consistencia que llega a ser predecible. Por otra parte, hacen una distinción acerca de las conductas sexuales,

mencionando que ésta al incluir masturbación y conductas homosexuales o heterosexuales como el inicio del coito o actividad sexual, tienen un carácter más individual.

En población adolescente las principales causas de muerte son los accidentes, homicidio y suicidios esto debido a que suelen tomar riesgos innecesarios como manejar autos a alta velocidad y sin precaución, relaciones sexuales sin protección o riesgosas y consumen sustancias adictivas peligrosas. Aun cuando se sugiere que el adolescente o joven al llevar a cabo estas prácticas experimenta cierta independencia, individualidad y sentimiento de identidad, resulta en consecuencias negativas para la salud, la vida y el futuro psicológico y social (Arrieta & Nuño-Gutiérrez, 2012).

El UNICEF en el 2011 hizo énfasis en las conductas sexuales de riesgo como uno de los principales problemas de salud mundial que afectan en mayor medida a los jóvenes y adolescentes. Se consideran a éstas como todas aquellas situaciones que tienen el potencial de provocar daños en el desarrollo de la persona y además tienen la capacidad para afectar el bienestar y la salud integral del individuo y de otros con los que se involucre (Uribe, Castellanos, & Cabán, 2016).

No hay como tal un consenso acerca de todos los factores sexuales que son considerados de riesgo pues en general diversos autores coinciden en que estos incluyen: la falta de uso de métodos anticonceptivos de barrera; la actividad sexual con múltiples parejas; y la inclusión de actividades que facilitan el intercambio de fluidos entre la pareja, o actividades con las cuales no resulta fácil tomar buenas decisiones, por ejemplo, tener actividad sexual bajo intoxicación por alcohol o estupefacientes. En síntesis, la literatura del área sugiere que la conducta sexual de riesgo en estudiantes puede asociarse a la religiosidad del individuo, al comportamiento sexual de sus pares y a la calidad de la comunicación con padres (Forcada et al., 2013).

Por su parte, Guevara, Robles, Rodríguez y Frías (2016) añaden a las anteriormente mencionadas, el inicio temprano de la vida sexual porque aumenta la probabilidad que está asociada a un mayor número de parejas sexuales a lo

largo de la vida, tendencia que influye en la ocurrencia de comportamientos sexuales de riesgo. En adición, coinciden con los autores anteriores en la influencia que tienen los padres en la prevención, sin embargo, mencionan que una gran proporción de padres posee información deficiente, la cual descansa en estereotipos de género, además que el escaso abordaje de estos temas se encuentra asociado al poco conocimiento que tienen acerca del proceso que viven los adolescentes que presentan casos de comportamientos sexuales de riesgo. La comunicación entre padres e hijos suele ser deficiente, y basada en el control y autoritarismo, además de que muestran una tendencia a transferir a los docentes la responsabilidad como educadores sexuales de los jóvenes.

Asimismo, Arrieta y Nuño-Gutiérrez (2012) mencionan a la falta de protección (no usar condón durante las relaciones sexuales), el contacto inicial con personas de riesgo (como sexo-servidoras o personas desconocidas), sexo anal (que por sus características facilita la propagación de enfermedades de transmisión sexual, infecciones virales, parasitarias y problemas sexuales), falta de planeación sexual, sexo recompensado (incluyen relaciones sexuales con personas mayores, con cargos superiores o personas que respeten a cambio de cualquier cosa que puedan proporcionar y resulte reforzante para la otra persona), inicio sexual temprano o múltiples parejas sexuales, como los principales factores sexuales de riesgo que se presentan en la adolescencia y juventud.

Dado lo anterior, podemos concluir que entre las conductas sexuales de riesgo reportadas por los autores se encuentran: falta de uso de métodos anticonceptivos como el condón, tener múltiples parejas sexuales, inicio temprano de la actividad sexual, mantener relaciones sexuales bajo el efecto de sustancias como el alcohol o drogas, sexo anal, así como la planeación y el conocimiento que se tiene de la pareja sexual.

1.4 Conclusiones

A lo largo del capítulo se buscó dar un panorama general de lo que define a un conjunto de personas en cierta etapa de su vida como lo es la juventud. Se

consideró como parte del mismo panorama, exponer los peligros a los que se encuentran expuestos y así, resaltar la vulnerabilidad que están atravesando.

Es común identificar en varias descripciones que no hay una definición única sobre lo que es cierta cuestión, y no es la excepción al tratar de hablar sobre lo que significa, lo que es o lo que representa la adolescencia o juventud. Probablemente de haberme detenido a enunciar todas y cada una de las explicaciones que se ha dado sobre esto, no terminaríamos nunca, por lo que el capítulo no tuvo como objetivo enfocarse simplemente en ello, sino de forma general mostrar lo que se está entendiendo en este trabajo como adolescencia, y resaltar de nuevo que no es una limitación meramente a la edad de la persona sino que se toman en cuenta distintos factores que se van recuperando a lo largo de los siguientes capítulos.

También, es evidente que los problemas a los que se enfrentan los jóvenes son más de los que se mencionaron anteriormente, sin embargo, la extensión sería gigantesca si se quisieran abordar todos, por lo que dentro del proyecto, se buscó centrarse en un aspecto relevante que se ha trabajado durante muchos años y que no por eso, ya no se obtienen datos relevantes, sino que al contrario, se siguen manteniendo y generando interrogantes importantes que se buscan responder en aras de un desarrollo pleno del ser humano. De nuevo, el tema de salud sexual y sexualidad se presta para mayor extensión, sin embargo, se observará a lo largo de los capítulos posteriores como, ni este último, ni la población que se define, se dejarán de abordar, por lo que representan el aspecto básico del cual se sustentaran todas las demás formulaciones.

CAPÍTULO 2. SALUD SEXUAL Y DISCAPACIDAD AUDITIVA

Las personas, en tanto vivimos en sociedad y nos regimos por leyes y normas impuestas y de común acuerdo, gozamos de derechos que se ven plasmados en documentos oficiales como lo es la Constitución Mexicana, es así que el artículo primero de la carta magna establece que toda persona en los Estados Unidos Mexicanos gozará de los derechos humanos que ahí se plasman, además, no deberá haber diferencia alguna por cuestiones como género, preferencia sexual o algún tipo de discapacidad, entre otras.

Entre los derechos con los que contamos, se encuentran los derechos sexuales y reproductivos, derechos a los que todos deberíamos tener acceso sin discriminación alguna, sin embargo, aun cuando la situación ideal resulte reportada de esta forma, se puede observar que no ocurre como tal. El Consejo Nacional para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México (CONAPRED, 2014) menciona que las personas con discapacidad presentan dificultades a la hora de ejercer libremente sus derechos humanos, esto debido ya sea a barreras sociales, culturales, físicas, psicológicas y conductuales tanto de ellos como del contexto en el cual se desenvuelven.

Tomando en cuenta lo anterior, resulta importante entender, primero, a qué nos referimos con discapacidad, puesto que es un término bastante general en el que se agrupan aquellas personas que presentan una situación particular que les limita una o más funciones biológicas, que sin embargo, se verá que existen ciertas singularidades dentro del término y lo que engloba, pues dentro del mismo se pueden identificar personas que se notan a simple vista con alguna discapacidad (ciegos) a aquellos que algunos autores denominan como la discapacidad invisible (Altamirano, 2016; Cruz, 2015; Lahora, 2019), los sordos, y es en estos últimos en los que se tratará de profundizar con el fin de comprender un poco de la cultura dentro de la cual están inmersos para analizar a detalle las circunstancias que los definen como parte de un colectivo propio y exclusivo.

2.1 ¿Qué es la discapacidad auditiva?

Según la OMS (2018) más de mil millones de personas, un 15% de la población mundial, padecen algún tipo de discapacidad. En su informe sobre la discapacidad se menciona que hay cerca de 785 millones de personas de 15 años y más que viven con discapacidad. En su aplicación de la Encuesta Mundial de Salud obtuvieron resultados preocupantes al respecto puesto que encontraron que, de las personas reportadas con alguna discapacidad, 110 millones tienen dificultades muy significativas en cuanto a su funcionamiento.

Normalmente cuando escuchamos o hablamos sobre discapacidad pensamos en alguna persona en silla de ruedas o con una alteración motora o intelectual, sin embargo, como menciona la OMS (2011), ésta forma parte de nuestra condición como seres humanos, por lo que a lo largo de nuestra vida estamos expuestos a tener algún tipo de discapacidad, que puede ser permanente o transitoria, de hecho, mientras vamos envejeciendo aumentan las probabilidades de que esto ocurra puesto que nuestro funcionamiento se va deteriorando por los años. Según la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud publicada por la OMS (2001), la discapacidad es un término genérico que hace referencia a aspectos negativos de la interacción entre un sujeto con sus factores contextuales incluyendo así una condición de salud como los déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación.

Mientras tanto en México, en el 2014 el INEGI a través de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), reportó que la prevalencia de la discapacidad en México es del 6%, es decir, 7.1 millones de mexicanos padecen alguna de las discapacidades evaluadas en la encuesta, entre las que se encontraban: caminar, subir o bajar usando sus piernas; ver (aunque use lentes); mover o usar sus brazos o manos; aprender, recordar o concentrarse; escuchar (aunque use aparato auditivo); bañarse, vestirse o comer; hablar o comunicarse; y problemas emocionales o mentales. A grandes rasgos, encontraron que el mayor porcentaje de población con discapacidad son mayores de 60 años (47.3%), el

34.8% tiene entre 30 y 59 años y el restante tiene menos de 30 años (17.9%). Hay más mujeres (3.8 millones) que hombres con discapacidad (3.3 millones).

Como se puede observar, la discapacidad es diversa y compleja, existen aquellas deficiencias más visibles como las deficiencias motoras en las que es común ver a las personas con algún aparato que les ayude a moverse o desplazarse, mientras que hay discapacidades que no se pueden ver a simple vista, como es el caso de la sordera o discapacidad auditiva. Cada discapacidad es diferente y requiere de distintas intervenciones, evaluaciones, especialistas, etc., sin embargo, cuentan con los mismos derechos que las personas sin discapacidad, a los que pueden y deberían acceder sin recibir algún tipo de discriminación, es aquí donde cobra especial relevancia todos los movimientos, instituciones y programas que busquen la igualdad en condiciones de todas las personas, entre ellas se encuentra la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), que precisamente tiene como objetivo promover y hacer que se respeten y lleven a cabo los derechos humanos en las personas con discapacidad (OMS, 2011).

En México, desde el 30 de marzo de 2007 que se firmó La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad el cual es un instrumento jurídico que apoya la visión de que las personas con discapacidad tienen los mismos derechos y obligaciones de las personas sin algún tipo de discapacidad, sin dejar de lado las necesidades particulares que requieren promoviendo así la equidad de condiciones (Comisión Nacional de los Derechos Humanos [CNDH], 2018).

En el mismo documento se citan a continuación de manera textual los principios básicos que rigen los supuestos subsecuentes:

- a) El respeto de la dignidad, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas.
- b) La no discriminación.
- c) La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad.
- d) El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas.

- e) La igualdad de oportunidades.
- f) La accesibilidad.
- g) La igualdad entre el hombre y la mujer.
- h) El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad

De esta variedad de discapacidades o deficiencias, más del 5% de la población mundial (466 millones de personas) padece pérdida de audición discapacitante, de los cuales 432 millones son adultos y 34 millones niños (OMS, 2019). En México, el 33.5% de la población presenta problemas para escuchar, de las cuales 13.4% son niños de 0 a 14 años, 18.5% de 15 a 29 años, 24.2% de 30 a 59 años y 46.9% son mayores de 60 años (INEGI, 2014).

En específico identificar qué es discapacidad auditiva requiere primero de la explicación de varios factores que explican el funcionamiento general.

La audición implica el acto de oír y esto se posibilita biológicamente por el órgano encargado de la audición, es decir, el oído, éste se conforma básicamente por tres partes, oído externo, oído medio y oído interno, cada una de estas partes está conformada por diversas estructuras que cumplen una función específica dentro del mismo que al final, conducen a la identificación del sonido por parte de cada organismo.

De forma muy general, se puede decir que el sonido, entendido ya sea como volumen o frecuencia (el primero hace referencia a la intensidad y se mide en decibeles mientras que el segundo se refiere a la medición de las ondas sonoras midiéndose en hertzios o ciclos por segundos), se propaga desde el medio exterior y llega hasta el oído externo en donde el conducto auditivo externo lo conduce hacia el interior en donde las ondas sonoras chocan con el tímpano y producen así una vibración, posteriormente y ya en el oído medio, estas vibraciones chocan con el yunque, martillo y estribo, gracias a las cuales se amplifican y ayudan a llegar al oído interno en donde el sistema coclear transforma estas ondas en energía bioeléctrica que se trasladan por el nervio auditivo hacia el cerebro en donde se produce el sonido (Lobera, 2010; Taylor, Smiley, & Richards, 2009).

Cuando hay un problema en la transmisión del sonido ya sea por cuestiones fisiológicas (pérdida auditiva conductiva), neurológicas (pérdida auditiva sensorio neural) o incluso ambas (pérdida auditiva mixta), se produce alguna deficiencia en la audición pues es incapaz de recibir adecuadamente los estímulos auditivos del medio ambiente.

Lo anterior también dependerá del grado de afectación que presente el organismo, pues Taylor et al. (2009) las describe como leve o moderada a la persona con una pérdida de audición superior los 26 dB pero menor a 70 dB, mientras que aquellos que sobrepasen los 70 dB tendrán pérdida auditiva severa o grave. Mientras que la OMS (2019), hace la clasificación dependiendo del umbral de audición, identificándolos en leve, moderada y grave o profunda. El oído humano normal posee un umbral de audición en ambos oídos por debajo de 20 decibelios de pérdida

Las causas son distintas, así como el momento de aparición, puede aparecer de manera congénita, es decir, antes o durante el nacimiento o de forma adquirida, después del nacimiento y a lo largo de la vida de la persona. Lobera (2010) menciona algunas de las causas que se reportan, entre ellas encontramos problemas renales en las madres embarazadas que afectan al momento del parto, afectaciones en el sistema nervioso del organismo, deformaciones craneofaciales, bajo peso al nacer, enfermedades virales que la madre contrajo durante el embarazo o que el individuo adquirió, uso de medicamentos fuertes o de forma prolongada, así como infecciones en el conducto auditivo.

Todo lo anterior conforma lo que en términos meramente biológicos se considera como pérdida auditiva, sin embargo la persona que presenta alguna deficiencia en su aparato auditivo, se ve impedida en llevar a cabo ciertas conductas de forma cotidiana, la más representativa sería el lenguaje, repercutiendo así en el desarrollo que tenga con las personas a su alrededor pues la comunicación se ve impedida, tema que se abordará con mayor detenimiento más adelante, esto último tiene relevancia a la hora de establecer la definición de discapacidad auditiva pues como mencionan Santos, Zenker, Fernández y Barajas (2006), el hablar de pérdida, deficiencia, discapacidad o minusvalía no es lo

mismo, pues engloban características distintas, en específico, las últimas dos implican las consecuencias que presenta esta pérdida auditiva en la vida del individuo.

La OMS (2018) por su parte menciona que dentro del término discapacidad se engloban las deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones de participación por lo que en conjunto conforman un fenómeno complejo que refleja una interacción entre el organismo (la enfermedad que padezcan) y las características del medio en el cual se desenvuelven que limitan sus actividades.

Por lo que, para finalizar la descripción de la discapacidad auditiva, falta describir las consecuencias por las que atraviesan las personas que la padecen. Éstas pueden ser funcionales, sociales y/o emocionales, así como económicas, la comunicación y con ella el desempeño escolar representar el primer tipo de consecuencia, lo que conlleva a que generalmente se desarrollen sentimientos de soledad, de frustración y procedan a aislarse. Además, tiene un coste promedio anual mundial de 750 000 millones de dólares entre sector sanitario, apoyos necesarios durante su educación, pérdida de productividad y costes sociales (OMS, 2019).

2.2. Comunidad sorda

En relación con el término Sordo, Taylor et al. (2009) hacen una distinción entre Sordo, con S mayúscula y sordo con s minúscula. La primera clasificación refiere a los miembros de una cultura específica, miembros de una comunidad de sordos, mientras que la segunda está conformada por aquellos que, aunque presentan alguna pérdida auditiva, no necesariamente se sienten identificados o forman parte de la comunidad sorda.

El diccionario de la Real Academia Española (2019), menciona que se entiende por *comunidad* tanto a lo que pertenece o se extiende a varios, al conjunto de personas vinculadas por características o intereses comunes, así como a la junta o congregación de personas que viven unidas bajo ciertas constituciones y reglas. Por otra parte, también se le ha denominado *cultura sorda*

en donde encontramos como punto de partida que la misma RAE la define como el conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico o, industrial, en una época y/o grupo social.

Tomando en cuenta lo anterior, es fácil suponer que una simple definición de diccionario no es suficiente para sustentar que es válido hablar de una Comunidad de Sordos, sin embargo, no es la intención del presente hacer un análisis exhaustivo respecto a la pertinencia del mismo término, sin embargo, sí se presentan varias características que denotan cómo se ha ido conformando y consolidando la cohesión de las personas Sordas.

Entre estas, se observa que existen distintos elementos culturales específicos, rituales sociales, determinados espacios de convivencia y la construcción de una identidad sorda donde la discapacidad es circunstancial. Es la complicada relación con los hablantes de lengua oral, con los que comparten territorios, la que constituye la discapacidad como identidad. La Comunidad Sorda está integrada por diversos individuos de cualquier condición personal y social, lo que los convierte en una sociedad heterogénea, en donde además de los aspectos visuales y de las barreras de comunicación, existen otros rasgos que las identifican como miembro de la Comunidad y que conforman la identidad del Sordo (Confederación Estatal de Personas Sordas [CNSE], 2003).

De la misma forma, hacen una distinción entre *Cultura Sorda* y *Comunidad Sorda*, para ellos, la primero está conformada por una serie de creencias, de valores, así como de ciertas prácticas y producciones culturales que tratan de representar la experiencia que viven las personas con esta característica, mientras que la Comunidad Sorda hace referencia a aquellos que forman parte de los valores culturales y lingüísticos particulares de una concepción visual del mundo así como tener la LSM como estandarte propio que brinda sentido y del que pueden formar parte tanto personas sordas como oyentes pero que comparan el mismo legado lingüístico y cultural. Dentro de la misma comunidad, la sordera no es una deficiencia ni una discapacidad, es una característica y no quieren ser definidos por lo que tienen sino por lo que sí (CNSE, 2013).

De la Paz y Salamanca (2009) defienden la idea anterior pues consideran que la comunidad sorda está conformada por un grupo de personas con características comunes en el que se puede nacer dentro del mismo o incorporarse en su adultez, conforman así una comunidad con una cultura propia, costumbres, valores, prácticas y reglas dentro de sus interacciones sociales, además de poseer una lengua viso-gestual propia, la Lengua de Señas, que les permite comunicarse con los de su comunidad.

2.3 Sexualidad y salud sexual en personas sordas

Como se mencionó anteriormente, todos los seres humanos pueden gozar de los derechos establecidos en la constitución, en específico para las personas con discapacidad, es más marcado el hecho de que viven en una *doble discriminación* al tomarlos como seres asexuales, privándolos del ejercicio de su sexualidad de forma libre y sin coerción alguna. Esta privación resulta especialmente dañina puesto que como menciona Rivera (2008) la vivencia de una sexualidad sana es crucial en la vida del ser humano dado que permite no solo la interacción entre dos personas sino el conocimiento y aceptación de sí mismo, al existir cierta prohibición o falta de interés al respecto, afecta al individuo puesto que se les limita en la libre expresión sexual.

En general, cuando se pretenden ejercer planes de acción con el objetivo de fomentar la inclusión de las personas con discapacidad, se deja de lado y resta importancia a aspectos dentro del ámbito sexual, incluso, pareciera que se llega a pensar en ellos como personas asexuales que no presentan ningún tipo de deseo y que, por lo tanto, no requieren de educación sobre la salud sexual y reproductiva, lo que representa una forma de discriminación y excluye a los mismos de un derecho importante para su vida diaria.

Se han llevado a cabo estudios que describen la conducta sexual que mantienen personas con discapacidad motriz (García & Nastri, 2011), intelectual (Muñoz, Pérez, Rodríguez, & Arévalo, 2016), visual (Guevara et al., 2016) y también auditiva (Robles & Guevara, 2017; Robles, Guevara, Pérez, & Hermsillo,

2013). Estos últimos autores encontraron en su población (132 jóvenes) que poco menos de la mitad ya habían tenido relaciones sexuales (45.8%) a una edad promedio de 16 años, los hombres a los 16 y las mujeres a los 17 aunque estadísticamente no se presentaron diferencias significativas. Reportaron también las características de su primera relación sexual en donde se observa que el 71.9% no emplearon ningún método anticonceptivo. En cuanto a las características de la primera relación sexual, 82.5% de los jóvenes la tuvo con su pareja y más de la mitad (71.9%) no utilizó ningún método anticonceptivo. De igual forma, se mencionó que algunos participantes tuvieron parejas ocasionales (42%) y mantuvieron relaciones sexuales con desconocidos (29.3%) en donde de nuevo, en más de la mitad no utilizaron método anticonceptivo alguno. En cuanto a las consecuencias de tales actos, se observaron embarazos (28.8%), abortos (13.8%) o adquisición de alguna ITS (19.3%). Tales resultados indican los riesgos a los que están expuestos los jóvenes sordos mexicanos en cuanto a su salud sexual y reproductiva.

Castillo menciona que, (2010) las personas con discapacidad presentan necesidades particulares relacionadas con la salud sexual, en especial una orientación concreta que considere a los familiares, para que se les brinde información específica e individualizada en el adiestramiento sobre el tipo y uso de anticonceptivos, cuidados higiénicos y corporales especiales durante la actividad sexual, atención del desarrollo psicológico y sexual de los descendientes con discapacidad, prevención de ITS y cuidado durante el embarazo, entre otras. Para lograr una educación sexual que aborde lo antes planteado se deben considerar las limitaciones comunicativas de las personas con discapacidad auditiva, para ello se debe estimar que la pérdida de la capacidad auditiva ya sea total o parcial, conlleva trastornos fisiológicos y psicológicos que pueden resultar en una grave discapacidad para la comunicación diaria con los demás, la adquisición del lenguaje y/o el rendimiento laboral.

2.4. Conclusiones

En el capítulo anterior se habla de la juventud y de cómo esta población se encuentra en riesgo por las características que comparten, si ya de por sí el panorama para este grupo de personas no es tan positivo, esto se agrava cuando se trata de personas con alguna discapacidad. A lo largo de este capítulo se intentó esbozar qué es lo que implica tener una discapacidad y el propósito de este trabajo es abordarlo desde una población particular. Las personas con sordera forman un grupo específico con ciertas peculiaridades que lo distinguen del resto de personas con alguna otra discapacidad por lo que, en aras de una inclusión satisfactoria, hay que conocerlos, entender y respetar toda la cultura dentro de la cual están inmersos.

Una vez habiendo entendido las características que comparten, es importante delimitarlo a solo un aspecto de su vida puesto que el hablar de los sordos como población en general escaparía de los propósitos del trabajo, así es como se abordan los problemas que devienen de una vida sexual desinformada y desprotegida, buscando entender qué es lo que los lleva, a esta población particular, a comportarse como lo hacen dadas sus características pues si es que se desea abordar la problemática correspondiente, habrá que intervenir de manera adecuada sobre aspectos que previamente se han estudiado.

Con ello se puede evidenciar que las investigaciones sobre las conductas sexuales de riesgo de los jóvenes sordos resultan escasas, dejando al descubierto como siguen permeando las creencias que se tienen sobre ellos, por lo que es relevante seguir generando resultados y debates al respecto.

CAPÍTULO 3. COMUNICACIÓN PARENTAL

Se ha ido esbozando hasta ahora la importancia del estudio e interés en el adolescente y/o joven por todos los cambios y la vulnerabilidad predominante a la que están expuestos, como se menciona en los capítulos anteriores, es necesario tomar en cuenta esta etapa para la realización de actividades de prevención o rehabilitación y así promover un sano desarrollo.

La familia, en específico los padres, son un agente protector muy importante que generalmente está presente en la vida de las personas. Como mencionan Rojas y Oropeza (2010), la familia es la unidad fundamental de la sociedad y al estar insertos dentro de una serán los que influyan en el sistema de creencias, educación y valores en el individuo desde su infancia. La relevancia que estos tienen a nivel de desarrollo psicológico de los miembros más jóvenes que la conforman es notable dado que inciden en la socialización, seguridad, confianza, afecto, y otros aspectos comportamentales de la persona.

Dado que los problemas que afectan la salud sexual de los jóvenes pueden prevenirse con el uso correcto y consistente del preservativo, resulta necesario conocer en qué condiciones ellos tienen relaciones sexuales no protegidas. Algunos estudios han reportado que cuando se emplea condón en la primera relación sexual es más probable que se siga usando en posteriores encuentros sexuales (Gayet, Juárez, Pedrosa, & Magis, 2003), 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 relación sexual.

Por tanto, la comunicación que exista dentro de este ámbito va a afectar ya sea de forma *positiva* o *negativa* el comportamiento del joven. Se ha encontrado que una comunicación abierta y fluida, en donde se permita la participación abierta entre padres e hijos por igual, que sea clara, respetuosa y empática, genera un ambiente favorable para la prevención de ciertos tipos de comportamientos que afecten la salud del joven, destacando la contribución de los padres para el desarrollo del mismo (Rojas & Oropeza, 2010).

3.1 Comunicación entre padres e hijos sobre salud sexual.

Muchos padres tienden a crear un círculo de sobreprotección que incluye la falta de información sobre sexualidad, lo que puede ser un factor de riesgo para vivir situaciones de seducción y abuso sexual (Ferreira, 2008). Frías, Barroso, Rodríguez, Moreno y Robles (2008) afirman que hablar sobre temas de sexualidad facilita el uso del condón en la próxima relación sexual y, contrariamente a lo que se piensa, el hablar sobre estos temas no propicia en los adolescentes el inicio de la actividad sexual, por lo que la comunicación se relaciona con postergar el debut sexual y con la intención de usar condón, esto es, con comportamientos preventivos.

Aunado a lo anterior, autores como Domínguez (2011) han señalado que, en el contexto latinoamericano, una gran proporción de padres posee información deficiente, que existen estereotipos de género, y poco conocimiento acerca del proceso que viven los adolescentes. La comunicación entre padres e hijos suele ser deficiente, y basada en el control y autoritarismo. Al parecer, los padres muestran una tendencia a transferir a los docentes la responsabilidad como educadores sexuales de los jóvenes.

Campero et al. (2013) mencionan que, en los centros educativos mexicanos, la educación sexual ha carecido de una visión integral puesto que se ha privilegiado la transmisión de conocimientos sobre aspectos biológicos de la reproducción y la promoción de la abstinencia sexual, sin una cultura de prevención desde la perspectiva de la salud sexual, la equidad de género y los derechos reproductivos. Por ello, las principales vías por las cuales los adolescentes reciben información sobre sexualidad son, en ese orden: medios de comunicación, amigos, profesores, literatura impresa y comunicación con padres, pero pocas veces la información está basada en evidencia científica relevante y actualizada.

Lo anterior cobra mayor relevancia tomando en cuenta los datos reportados en estudios previos que remarcan que cuando los jóvenes se comunican con sus padres sobre temas vinculados al cuidado de su salud sexual, es más probable

que retarden la edad de su primera relación sexual, que ésta sea protegida, y que utilicen consistentemente el preservativo (Andrade et al., 2006) también se han aportado indicadores de que la ausencia de este tipo de comunicación con padres hace más probable la ocurrencia de conductas sexuales de riesgo (Robles et al., 2013; Frías et al., 2008). Esto parece indicar que los jóvenes que aún no han tenido relaciones sexuales y que conversan con sus padres sobre sexualidad, podrían comportarse preventivamente cuando decidan tener vida sexual. Todas las investigaciones antes referidas apuntan a destacar la fuerte influencia de la comunicación que mantienen padres e hijos sobre las conductas sexuales de los jóvenes, sean éstas preventivas o de riesgo, así como diferencias entre varones y mujeres.

3.2 Dificultades en la comunicación padre e hijo sordo

Desde los años noventa, como una manera de favorecer la integración de las personas con discapacidad a la sociedad, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación ha promovido la política de integración educativa vigente en México, por la cual se incorporan alumnos con estas características a las aulas regulares. Sin embargo, en el país no están dadas todavía las condiciones para que tal integración educativa sea posible ya que ni las escuelas ni los profesores cuentan con los medios suficientes para cumplir con esa tarea educativa (Guevara et al., 2001). Tales señalamientos son aplicables asimismo a la educación sexual de las personas con discapacidad auditiva, quienes necesitan recursos y materiales didácticos particulares puesto que en el medio en el que se desarrollan se puede observar claramente cómo es que se intensifica la discriminación a la que están sometido y es que es muy restringido su acceso a los medios masivos, a la literatura y a los modelos que se usan para la educación sexual en los centros escolares y de salud. Por ende, la educación queda a cargo enteramente de los padres, los cuales jugaran un papel importante a la hora de establecer actitudes positivas o negativas en el afrontamiento de la discapacidad y en específico, de la salud sexual y sexualidad de su hijo (García & Nastri, 2011).

Por tanto, al no tener los recursos necesarios para brindar la información pertinente, la familia pasa a convertirse en uno de los principales medios para obtener conocimientos asociados a su salud sexual. Sin embargo, es pertinente recordar que, en muchas ocasiones, incluso en padres de población oyente, éstos no reciben asesoramiento y se realiza (si es que se hace) por puro sentido común o conocimiento incompleto lleno de mitos, estereotipos, etcétera. Lo anterior se entiende tomando en cuenta que no hay programas especializados en instruir a los familiares de las personas con discapacidad para una adecuada comunicación para que así, se dejen de perpetuar patrones conductuales que pongan en riesgo a dicha población (Robles et al., 2013).

Relacionado con lo anterior se encuentra otra barrera por la que tienen que atravesar y ésta es la lingüística. Robles et al. (2013) descubrieron en su población participante que la mayoría (75%) sufría discapacidad desde su nacimiento o a edades tempranas (15.9%) mientras que más del 70% de padres y madres no sufrían discapacidad alguna y solo 16 madres y 23 padres presentaban discapacidad auditiva. Estos jóvenes reportaron haber tenido poca o nula comunicación con sus padres respecto a temas de cuidado de salud sexual y los autores proponen una explicación argumentando las dificultades del proceso de comunicación entre sordos (hijos) y oyentes (padres) puesto que éstos no comparten el mismo código lingüístico.

3.3 Conclusiones

La comunicación con los padres resulta relevante para todos los adolescentes en general, sin embargo, cuando se trata de transmisión de conocimientos y tomando en cuenta que los jóvenes sordos están privados de mucha información relevante que se transmite por vía auditiva, dependen de medios de confianza con los que se puedan expresar y cuestionar sobre sus temores, dudas, inseguridades, etc. Generalmente y en una cultura como la nuestra, la familia y en específico los padres juegan un rol relevante para la socialización de la persona, sin embargo, hay que tomar en cuenta que es también en la adolescencia cuando se busca más

libertad e independencia de ellos, por lo que complica la comunicación que pueden llevar padres e hijos. Por ello, es común que el conocimiento se lleve entre amigos, sin embargo, la comunicación entre pares no parece ser muy funcional cuando se tratan temas más importantes como lo es la salud del individuo, es por ello que los padres deberían mostrar mayor interés sobre estos temas y comenzar a quitarse el estigma de hablar con sus hijos sobre sexualidad, sobre relaciones sexuales y pensar que eso les llevara a pensar al respecto y adelantar su debut sexual o sentirse incomodos por mantener una conversación con una persona que consideran no está interesado en mantener alguna vez en su vida relaciones sexuales. Es así como el papel de los padres juega un rol sumamente importante para los jóvenes sordos incrementando la preocupación por lo que se reportó con anterioridad sobre el nivel de comunicación que generalmente mantienen con sus hijos, pues con la correcta comunicación, se abre una posibilidad para abordar la problemática al encontrar las influencias o deficiencias que existen entre las variables que controlan la conducta de ellos.

CAPÍTULO 4. CARACTERÍSTICAS LINGÜÍSTICAS DE LAS PERSONAS SORDAS.

El ser humano es social por naturaleza, las personas con discapacidad auditiva forman un grupo heterogéneo de individuos que comparten ciertas características comunes como valores culturales y lingüísticos, en específico, las personas sordas tienen una forma de recibir y evocar información sobre los múltiples temas de la vida cotidiana diferente a la de los oyentes por lo que la comunicación representa un obstáculo que deben atravesar para expresarse con las personas a su alrededor.

Es a partir de la búsqueda de satisfacer algo tan relevante para la vida cotidiana del ser humano como la comunicación que empieza la búsqueda de una forma de intercambiar información con otras personas, la respuesta a esta muchas veces es diferente para cada persona, existiendo medios *caseros* como una especie de señalización que se comparte con los seres cercanos hasta procedimientos de oralización instruidos por personas capacitadas, sin embargo, la lengua oficial que comparten las personas sordas es conocida como Lengua de Señas Mexicana la cual posee cualidades particulares que la distinguen como tal y que promueve la comunicación de sordos con otras personas que compartan el dominio de ésta (Cruz, 2015).

4.1 Lengua de Señas Mexicana.

La comunicación es un proceso fundamental en el ser humano, a lo largo de los años ésta se ha ido refinando hasta llegar a lo que actualmente entendemos. Existen diferentes tipos de comunicación, el ser humano habla, escribe, dibuja, esculpe, hace música, gesticula y demás, por lo que podemos entender que el proceso de comunicación engloba varias conductas del ser humano. Novoa (1980) menciona que, a grandes rasgos, existen 3 formas de comunicación: oral, visual y escrito, además agrega el llamado lenguaje no verbal. Sin embargo, en la

sociedad actual en la que estamos inmersos, la expresión oral es la más común, es aquella que nos acompaña en nuestra participación en la vida cotidiana, nos ayuda a desenvolvernos socialmente y vivir en comunidad (Serafín & González, 2011).

Cuando una persona presenta alteraciones en su aparato auditivo hay una dificultad en la recepción, discriminación y comprensión del sonido. Por lo anterior, es comprensible que la comunicación en las personas con discapacidad auditiva se dificulte, presentando problemas en la comprensión de mensajes e incluso en la expresión de sus ideas. Además, otra de las alteraciones que suelen presentar se denota a la hora de hablar pues al no poder escuchar su voz no la pueden regular y genera que se escuche distorsionada, entrecortada por lo que puede llegar a no entenderse (Taylor et al., 2009).

Ante esta necesidad de comunicación y dadas las consecuencias que pueden presentar en sus interacciones y desarrollo educativo, social y humano, se desarrolló la llamada Lengua de Señas Mexicana, la cual está conformada por signos visuales y cuenta con estructura gramatical propia. La implementación de este tipo de comunicación ayuda a las personas sordas o con hipoacusia a relacionarse con otras personas de la comunidad sorda, sin embargo, esos otros necesariamente tienen que conocer la LSM para poder establecer comunicación.

La LSM es considerada una lengua natural dado que posee una gramática tan compleja como cualquier otra y esta pertenece a una comunidad conformada por personas con discapacidad auditiva que se caracteriza por su unión, así como una cultura y lengua distintas a la del resto, ésta última forma parte de su identidad y los distingue como miembros de una minoría lingüística (Instituto para las Personas con Discapacidad de la Ciudad de México [INDEPEDI], 2017).

Por su parte, la Ley General para la inclusión de las personas con discapacidad (2018) define a la LSM como “lengua de una comunidad de Sordos, que consiste en una serie de signos gestuales articulados con las manos y acompañados de expresiones faciales, mirada intencional y movimiento corporal, dotados de función lingüística, forma parte del patrimonio lingüístico de dicha comunidad y es tan rica y compleja en gramática y vocabulario como cualquier

lengua oral” (p. 3). De igual forma, en el mismo documento artículo 14, se menciona que ésta es reconocida oficialmente como una lengua nacional que forma parte del patrimonio lingüístico de México.

Hay varias señalizaciones que los autores establecen a la hora de hablar del aprendizaje de la LSM, entre ellas, apuntan que no es universal, cada país tiene su propia Lengua de Señas que difieren unas con otras, incluso, se menciona que existen ciertos regionalismos (como en el lenguaje oral) que hacen distintas las señas incluso para cada estado, lo cual ha llevado consigo distintas críticas y preocupación pues impide una comunicación homogénea entre las personas.

Además, subrayan las diferencias entre el español hablado, pues las conjugaciones del verbo son completamente distintas, tanto en el orden de las palabras como en la disminución del verbo ser. Como principal diferencia se menciona que las lenguas orales se basan en su estructura mientras que la de señas se centra más en su funcionamiento (Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia [DIF], s/f).

4.2 Lectura de textos en español.

La LSM representa un gran avance para la comunidad sorda, sin embargo, aún hay varias dificultades que sortear, entre ellas la más obvia es que si bien gracias a ella los sordos pueden mantenerse en comunicación con personas cercanas, de su misma comunidad o aquellas que conozcan la LSM, lo cual ya de por sí representa una gran brecha superada, aún queda restricción de comunicación con el resto de las personas que desconozcan la lengua. Y es que aun cuando previamente se habló de la Ley General de las Personas con Discapacidad en la que se promulga la inclusión obligatoria de la enseñanza de LSM dentro de las escuelas, eso es algo que dista mucho de ser verdad o de llegar a serlo.

Rincón-Bustos et al. (2015), mencionan que cuando las personas con sordera comienzan con su proceso de alfabetización dentro de instituciones de educación formal, se enfrentan a un proceso educativo que denominan bilingüe-

bicultural, ya que la primera lengua que la persona haya desarrollado, en este caso la LSM, funge como el soporte necesario para el desarrollo de una segunda lengua, en este caso, la modalidad escrita de la lengua convencional empleada por todos los oyentes dentro del contexto en el que se desarrolla el sujeto. Uno de los obstáculos para el desarrollo de la segunda lengua lo representan los accesos tardíos a una primera lengua materna, aunque el autor remarca que cuando esto ocurre, es cierto que las personas sordas ya han desarrollado ciertos sistemas no convencionales de comunicación basados en señas caseras y simbólicas que permiten al niño sordo desarrollarse psicológicamente, así como comunicarse con las personas que le rodean. Lo anterior desencadena un proceso de alfabetización, paralelamente al desarrollo de un bilingüismo simultáneo, en el cual se adquiere una lengua de señas convencional y se aprende la modalidad escrita del código lingüístico dominante en su entorno.

En el caso de los niños oyentes, les es posible establecer una relación entre el lenguaje oral y escrito dado que las características de estos dos permiten establecer conexiones. Tomando en cuenta lo anterior, es comprensible que en las personas sordas el hecho del aprendizaje tardío de la lengua oral repercute significativamente en el proceso de adquisición de la escritura y la lectura. Según reportan Figueroa y Lissi (2005) se ha identificado que la habilidad lectora general en estudiantes sordos se encuentra muy por debajo en comparación con los estudiantes oyentes llegando a niveles en el que a los 18 años pueden tener el nivel que tendría una persona en educación primaria.

Se ha tratado de describir a grandes rasgos cómo es la LSM y sus particularidades, sin embargo, a nivel oficial se han reportado datos preocupantes sobre la cantidad de personas que utilizan y necesitan esta lengua, por ejemplo, el periódico *SIPSE* en el año 2016, exhibió como existen solo 40 intérpretes certificados en el país, lo cual cobra sentido al haber descrito en capítulos anteriores el rol que juega la familia en la educación del sordo pues es con ellos, con quien desarrolla un sistema de comunicación que si es que se apega a la LSM, estos solo la utilizan para comunicarse con su ser querido o cercano, por lo que la certificación no está dentro de sus necesidades.

Ahora bien, la necesidad de tener un intérprete certificado cobra mayor importancia cuando se toma en cuenta que ellos no solo participan en noticieros o algunos anuncios publicitarios en los que puedan transmitir mal la información al respecto de un comercial, de algún informe, u otros, sino que también se requieren cuando la persona sorda asiste al médico o va a un tribunal, es aquí donde se ve más claro que el tener un sistema convencional que permita que todos entiendan lo mismo, es más que necesario pues representaría en esos últimos casos, la vida biológica del individuo con un diagnóstico mal llevado, así como la posibilidad de expresarse o defenderse ante una sistema de justicia (Periódico *SIPSE*, 2016).

4.3. Conclusiones

Existe bastante bibliografía sobre la LSM incluso por parte del gobierno han sacado manuales para que las personas puedan aprenderla, así como cursos en donde se busca que se aprenda a ejecutar de forma correcta y que, hasta cierto punto, también incrementan el reconocimiento de éste como una lengua que es importante conocer.

El problema fue cuando incorporé el tema de lectura de textos en español, aparentemente no hay tanto interés como con la LSM, tal vez tenga que ver con la historia de la comunidad sorda que se planteaba previamente, pues la constante insistencia con la oralización considero puede ser un factor que influye en la actualidad sobre el aprendizaje no solo de la LSM sino también del español regular que utilizan las demás personas en especial. Sin embargo, el hecho de que desarrollen esta lectura de textos en español pareciera funcionar también como puente entre la comunicación que se mantiene con personas fuera de su comunidad y la enseñanza de este no representa, en mi opinión, una falta a la comunidad, sino que, al contrario, muestra una apertura a la comunicación entre culturas distintas y de las cuales se puede aprender.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde hace tiempo se ha puesto en evidencia las problemáticas que devienen de una práctica sexual desprotegida en donde las personas no cuentan con la información necesaria o adecuada, dando en consecuencia embarazos no deseados en adolescentes y la prevalencia de ITS (CONAPO, 2016; INEGI, 2015). En aras de combatir estas cuestiones, se han llevado a cabo diversas investigaciones que buscan identificar por qué se siguen llevando a cabo estas prácticas y cuáles variables influyen para que los jóvenes no usen el condón (Moreno et al., 2008; Robles, Frías, Moreno, Rodríguez, & Barroso, 2011; Uribe, Amador, Zacarías, & Villareal, 2011), empero, las investigaciones que se han especializado en un tipo de población específica, como lo son las personas con alguna discapacidad (dentro de un grupo de por sí ya vulnerable como lo representan los jóvenes) resultan limitadas, pues como mencionan Robles et al. (2013), alrededor de ellos giran aún muchísimos mitos relacionados con su vida sexual, ya que a estas personas se les llega a considerar como asexuales, por lo que se limita el trabajo sobre su educación sexual, promoviendo que ellos se enfrenten a situaciones de riesgo sin una preparación previa con conocimientos suficientes de su salud.

La educación sexual funge un papel relevante a la hora de prevenir conductas que ponen en riesgo su salud sexual, tales como la falta de uso de métodos anticonceptivos, encuentros sexuales con múltiples parejas, tener relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol u otros estupefacientes y el inicio temprano de la vida sexual (Forcada et al., 2013; Guevara, Robles, Rodríguez y Frías, 2016), pues como lo mencionan Bárcena y Jenkins (2018), aquellos jóvenes que tienen un adecuado conocimiento sobre salud sexual tienden a retardar su debut sexual, y cuando comienzan su vida sexual lo hacen de forma protegida. Normalmente las personas adquieren información sobre salud sexual a través de distintos medios, por ejemplo: en anuncios publicitarios, en sus escuelas, por medio de pares, o de sus padres o familiares cercanos. Sin embargo, cuando se trata de personas con discapacidad, se ven expuestos a una doble desventaja, ya que la mayoría de los medios masivos, la literatura y los modelos que se usan

para la educación sexual en los centros escolares y de salud no están adecuados para solventar sus limitaciones (Guevara et al., 2016). En el caso específico de las personas sordas, la comunicación se ve restringida y repercute en la información proveniente de terceros, es por ello que los padres llegan a desempeñar un papel primordial en la promoción de conductas sexuales saludables a través de la comunicación que mantienen con ellos (Bárcena, Robles, & Díaz-Loving, 2013).

Existen algunas barreras que limitan a los jóvenes oyentes el acceso a una adecuada información sobre temas relacionados con su salud y sexualidad. Por un lado, se ha visto que la comunicación entre padres e hijos sobre estos temas es muy escasa (Bárcena et al., 2013; Robles et al., 2011; Sánchez & Robles, 2014), y, aunado a esto, los padres tienen poco conocimiento sobre temas de sexualidad (Bárcena et al., 2013). Este problema se profundiza aún más en jóvenes sordos, ya que sus limitaciones lingüísticas afectan la comunicación con sus padres y el acceso a una educación sexual integral (Robles et al., 2013). También se debe considerar que las valoraciones que tienen los padres respecto a la condición de su hijo influyen en la forma en la que se comportan con ellos, y muchas veces resulta en una sobreprotección que limita el potencial de sus hijos para adquirir habilidades necesarias para ser independientes (Bárcena et al., 2017).

La modalidad comunicativa que tienen los padres y sus hijos podría tener cierta influencia a la hora de establecer comunicación entre ambos. En general los jóvenes sordos se comunican con otras personas a través de la LSM, la cual forma parte del patrimonio lingüístico de la comunidad a la que pertenecen los Sordos, dotándolos de la habilidad para expresarse a través del movimiento de las manos. Al ser una lengua, la lengua de señas varía de una comunidad a otra, por lo que es importante hacer la distinción de *mexicana*, pues otros países tienen su propio léxico. Desarrollar este tipo de lengua en los sordos permite que se desenvuelvan las habilidades de lectura, escritura, matemáticas, etcétera. Por lo que resulta de gran importancia que esta lengua se les enseñe a las personas sordas desde temprana edad (INDEPEDI, 2017). Sin embargo, se ha visto que los jóvenes sordos que tienen algún dominio de la LSM no siempre se pueden comunicar con sus padres de manera efectiva porque estos últimos no

aprendieron su lengua, por tanto, hay una barrera comunicativa entre el hijo sordo y sus padres oyentes (que corresponde al 90% de los casos), por ello es importante evaluar los recursos comunicativos, ya sea a través de la LSM o del español escrito (modalidad comunicativa), que se tienen en el hogar (Sangowawa et al., 2009), sobre todo si se toma en cuenta que la comunicación parental juega un papel primordial en la prevención de conductas que ponen en riesgo la salud sexual (Bárcena et al., 2013; Manu et al., 2015).

Dado el panorama anteriormente expuesto, parece importante retomar variables como la forma de comunicación de esta población particular, así como la comunicación que mantienen los padres para identificar cómo es que estas se relacionan y llegan a consecuencias como las conductas sexuales que ponen en riesgo su salud.

5.1. Objetivo general.

Evaluar el nivel de comunicación sobre salud sexual que una muestra de jóvenes sordos mantiene con sus padres y con sus madres, e investigar en qué medida dicha comunicación varía en función de la modalidad comunicativa de los jóvenes y sus progenitores. Asimismo, se plantea investigar en qué medida estos dos elementos se asocian con las prácticas sexuales de los jóvenes.

5.1.1. Objetivos específicos.

- a) Describir y analizar la modalidad comunicativa de la población, la frecuencia con la que los hijos sordos se comunican con sus padres sobre temas asociados con su salud sexual y reproductiva, así como el patrón de conducta sexual de estos jóvenes.
- b) Analizar en qué medida la frecuencia de la comunicación con padres y con madres se asocia con la modalidad comunicativa.
- c) Analizar la asociación entre la modalidad comunicativa y la ocurrencia de conductas sexuales que ponen en riesgo la salud sexual de jóvenes sordos (temprana edad del debut sexual, no planificación de este, relaciones sexuales

con personas desconocidas, ausencia del uso de métodos anticonceptivos y encuentros sexuales con diversas parejas)

d) Analizar la asociación entre el nivel de comunicación con padres y con madres con el comportamiento sexual de la población (edad, planificación, tipo y números de parejas, lugar, y uso de métodos anticonceptivos de la primera relación sexual y subsecuentes).

5.2 Hipótesis

- a) La mayoría de los participantes reportará un dominio de la LSM entre medio y alto.
- b) La mayoría de los participantes reportará percibirse con un bajo dominio de lectura de textos en español.
- c) Según lo reportado por los participantes, habrá un alto porcentaje de familiares, madres y padres que no tendrán conocimientos de LSM.
- d) La frecuencia con la que los participantes se comunican con sus padres y con sus madres sobre temas de salud sexual y reproductiva será baja.
- e) La comunicación con padres se verá afectada por el nivel de dominio de LSM de los participantes y sus padres.
- f) La modalidad comunicativa, así como la comunicación con padres y con madres estará asociada con la ocurrencia de prácticas sexuales de riesgo.

**SEGUNDA PARTE:
INVESTIGACIÓN
EMPÍRICA**

CAPÍTULO 6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

6.1 Tipo de estudio.

El presente estudio fue de tipo transversal, descriptivo, comparativo, correlacional y observacional (Méndez, Namihira, Moreno, & Sosa, 2001), ya que se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos en una sola ocasión y se realizaron análisis descriptivos, comparativos y correlacionales de las variables, sin llevar a cabo manipulaciones experimentales.

6.2. Participantes.

El estudio se llevó a cabo con una muestra de 254 jóvenes sordos elegidos, a través de un procedimiento accidental, de 12 instituciones educativas ubicadas en los estados de México, Jalisco, Guanajuato, Querétaro, Veracruz, Nuevo León y en la Ciudad de México, las cuales atienden a personas con discapacidad. La edad promedio de los participantes fue de 21 años (DE = 4.770; Mo = 18; rango = 12 a 37); 55.1% fueron varones, 74.2% solteros, 18.8% y 60.4% con secundaria o preparatoria como nivel máximo de estudios, respectivamente, y 38.6% tenía trabajo remunerado; 68.2% reportó vivir con uno o ambos padres, 25.5% en casa de otro familiar, y sólo 6.3% vivía en su propia casa. El detalle de esta información se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1
Características sociodemográficas de los participantes del estudio.

Características	n	Porcentaje
Sexo		
Hombre	140	55.1
Mujer	114	44.9
Estado civil		
Soltero	187	74.2
Casado	17	6.7
Unión libre	29	11.5
Otro	19	7.5
Nivel de estudios		
Sin estudios	15	5.9
Oficio	4	1.6
Primaria	16	6.3
Secundaria o carrera técnica	48	18.8
Preparatoria	154	60.4
Universidad	18	7.1
Dónde vive		
En casa de papá y mamá	115	45.1
En casa de la mamá	43	16.9
En casa del papá	16	6.3
En casa de otro familiar	65	25.5
En su propia casa	16	6.3
Trabaja		
Sí	98	38.6
No	156	61.4

6.3 Instrumentos

Cuestionario en línea sobre salud sexual para jóvenes mexicanos con discapacidad auditiva. El cuestionario consta de 14 instrumentos que permiten obtener información sobre las características sociodemográficas de los participantes, sus prácticas sexuales y variables psicológicas relacionadas con su

salud sexual. Incluye distintas secciones con instrucciones para responder, y preguntas específicas cuya estructura gramatical está adaptada para que sean comprendidas por personas con discapacidad auditiva (Robles et al., 2013). En cada pregunta aparece un video con una persona que realizó la interpretación correspondiente en la LSM. Las preguntas contienen sus respectivas opciones de respuesta que pueden seleccionarse con un *clic* indicando la respuesta correspondiente para el participante que responde el cuestionario. Dichas respuestas se graban directamente en una base de datos en el programa Excel, que puede importarse desde el programa SPSS para analizar estadísticamente los datos que se generen con la muestra de jóvenes que haya respondido al cuestionario. Los instrumentos que se utilizaron en el presente estudio fueron los siguientes:

Datos sociodemográficos. El instrumento consta de seis preguntas para obtener información de los participantes: edad, sexo (*hombre-mujer*), estado civil (*soltero, casado, unión libre y otros*), con quién viven (*casa paterna/materna, de otro familiar, internado o propia casa*), nivel de escolaridad (*desde primaria hasta universidad, incluyendo oficios*), y si trabaja o no.

Modalidad de la comunicación. El instrumento consta de siete reactivos que hacen referencia al lugar donde se aprendió la LSM (*en casa con alguno de los padres, con algún otro amigo familiar, instructor particular, escuela de LSM, en la primaria, secundaria, no sabe LSM, otro*), edad en que se aprendió LSM, nivel de lectura percibido (*bajo, medio, alto*), nivel de dominio de LSM percibido (*bajo, medio, alto*), familiares usuarios de la LSM (*sí, no*), y conocimientos de LSM en alguno de los padres (*sí, no*). La medida de esta variable se reporta para cada reactivo por separado, considerando la proporción de participantes que respondieron a cada opción, y en el caso de la edad en que se aprendió la LSM se reportan medidas de tendencia central (media, moda, desviación estándar y rango).

Escala de Comunicación Sexual con Padres y con Madres. Cada una de las escalas está conformada por 11 *ítems* que miden la frecuencia (*nada, poco, a veces, mucho, mucho más*) con la cual los jóvenes se comunican con su

padre/madre sobre temas vinculados al cuidado de su salud sexual (*métodos anticonceptivos, cómo usar el condón masculino y el femenino, dónde adquirir o comprar condones, efectividad del condón para prevenir ITS, posponer tener sexo, tener relaciones sexuales, evitar embarazo, no dejar que lo obliguen a tener sexo, negarse a tener relaciones, cómo se adquieren las ITS*). Cada escala fue validada por Robles, Guevara y Pérez (en prensa), a través de un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal. La *Escala de Comunicación Sexual con Padres (ECSP)* cuenta con dos factores: *Prevención de relaciones sexuales de riesgo*, con 6 ítems, y *Uso y efectividad de métodos anticonceptivos*, con 5 ítems; mientras que los once ítems de la *Escala de Comunicación Sexual con Madres (ECSM)* conforman una sola dimensión. El Alfa de Cronbach obtenida en este estudio para la primera escala fue de 0.89 y para la segunda fue de 0.93. La medida de esta variable fue el promedio obtenido en cada escala y, en su caso, en cada factor, con valor mínimo de 1 y máximo de 5; a mayor valor, mayor frecuencia de la comunicación.

Comportamiento sexual. El instrumento consta de diez preguntas para obtener información de los jóvenes acerca de si han tenido o no relaciones sexuales, características de su primera relación sexual considerando edad, planificación (*sí-no*), lugar (*casa del participante, del novio/a, de un amigo/a, de un familiar o en un hotel*), tipo de pareja (*novio/a, amigo/a, un familiar o alguna persona desconocida*), uso de algún método anticonceptivo (*sí-no*), tipo de método anticonceptivo (*preservativo, píldoras anticonceptivas, no eyacular cuando se tiene la relación sexual, tener sexo anal, otro*), número de parejas con quienes han tenido una relación sexual, número de relaciones sexuales en toda la vida y el uso del preservativo en dichas relaciones. También se pregunta a los jóvenes si ellos (o en el caso de varones su pareja) han tenido algún embarazo, algún aborto, alguna ITS y si se han realizado pruebas para identificar éstas, con opciones de respuesta dicotómicas (*sí-no*). Para las preguntas con opciones de respuesta nominales se estimó la proporción de participantes que respondieron a cada opción; para el número de relaciones sexuales, del uso del condón y de parejas

sexuales, se calcularon medidas de tendencia central (media, moda y desviación estándar).

6.4 Procedimiento.

Con la anuencia de las autoridades de las instituciones participantes, un instructor previamente capacitado en el manejo y aplicación del programa en línea, y con experiencia en la LSM, acudió a las distintas instituciones. Las instrucciones generales se dieron en español con la interpretación simultánea en LSM por un intérprete certificado, quien se mantuvo presente durante toda la aplicación para atender las dudas que surgieran por parte de los jóvenes al responder el cuestionario. A los participantes se les enfatizó la necesidad de su participación voluntaria, asegurándoles el tratamiento confidencial y anónimo de la información recabada. El cuestionario se aplicó en una sala con equipos de cómputo conectados a internet, y los participantes lo respondieron de manera individual. La aplicación tuvo una duración aproximada de 40 minutos por participante.

6.5. Consideraciones éticas del estudio

El presente estudio fue revisado y avalado por el Comité de Bioética de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, y contó con el consentimiento informado de los jóvenes y sus padres. El cuestionario computarizado inicia con instrucciones generales por escrito y en videos con la LSM, donde se señala expresamente a los participantes que no se les solicita su nombre, y que, si se sienten incómodos con las preguntas, pueden dejar de responder en cualquier momento.

6.6. Análisis de datos

Los datos se analizaron con el programa SPSS versión 20. De forma inicial se realizó un análisis descriptivo, que incluye las frecuencias para las variables cuyas

medidas se encuentran en escala nominal; se reportan también medidas de tendencia central, es decir, media, moda, desviación estándar y rango, para las variables medidas en escala numérica. Para comparar las medias obtenidas en las escalas de comunicación y de apoyo y supervisión parental, en función de variables dicotómicas, se utilizó la *t* de Student para muestras independientes. Cuando se compararon variables nominales se utilizó la prueba Chi cuadrada. Para comparar las medias obtenidas entre tres o más grupos se utilizó el análisis de varianza de una vía (ANOVA), utilizando la prueba Post hoc de Tuckey cuando se identificaron diferencias entre los grupos. Por último, para conocer la correlación entre las variables parentales (comunicación y apoyo y supervisión parental), conducta sexual y modalidad comunicativa se utilizó el coeficiente de correlación *r* de Pearson para las variables medidas en escala numérica.

.

CAPÍTULO 7. RESULTADOS

Los resultados del presente estudio se describen en dos apartados. En el primero se presenta un análisis descriptivo de todas las variables evaluadas, mientras que en el segundo se reportan diversos análisis de comparación y de relación entre las variables de interés.

7.1 Análisis descriptivo

La variable correspondiente a la *modalidad comunicativa* evalúa diferentes aspectos relacionados con el aprendizaje de la LSM por parte del participante (en qué lugar y a qué edad aprendió la LSM, así como el nivel de dominio de la LSM percibido) y qué tanto domina la lectura de textos en español; también evalúa si sus progenitores o algunos de sus familiares son usuarios de la LSM o si tienen conocimientos sobre esta.

En la Tabla 2 se presenta el porcentaje de participantes que respondieron a cada una de las opciones de respuesta de los reactivos que evalúan la variable de *modalidad comunicativa*. En dicha tabla se observa que con mayor frecuencia los jóvenes sordos aprendieron la LSM en una escuela especializada en LSM o con otro familiar diferente a sus padres. Respecto al lugar donde aprendieron LSM el lugar más referido fue la escuela especializada en la enseñanza de la LSM (29.4%), mientras que la menos mencionada fue en casa con papá (2.7%).

Con relación al dominio de LSM por parte de familiares, la mayoría de los jóvenes reportaron que sus madres tenían dominio de esta lengua (65.5%), mientras que en el caso de los padres ocurrió lo opuesto, pues de acuerdo con el 63.2% de los jóvenes, sus papás no sabían LSM. Y el 47.4% mencionó que contaba con algún familiar con dominio de la LSM (Tabla 2).

Tabla 2
Características de la modalidad comunicativa mostradas por los participantes

Características	n	%
Lugar donde aprendió LSM		
Escuela donde enseñan LSM	75	29.4
Con otro familiar	52	20.4
Escuela primaria	34	13.3
Con instructor particular	28	11.0
Escuela secundaria	22	8.6
En casa con mamá	17	6.7
Otro	17	6.7
En casa con papá	7	2.7
No sé LSM	3	1.2
Papá sabe LSM		
Sí	71	36.8
No	122	63.2
Mamá sabe LSM		
Sí	148	65.5
No	78	34.5
Otro familiar sabe LSM		
Sí	120	47.4
No	133	52.6

Nota: n= Número de participantes, %= Porcentaje.

En la Figura 1 se ilustra la percepción de dominio de la LSM y de LTE que reportaron los participantes, en ésta es posible observar que, poco más de la mitad de los participantes (51%) se evaluó con un nivel de conocimiento de LSM medio, seguido de un 39% con nivel alto, en tanto que 9.1% se consideró con un nivel bajo. En el caso del nivel de lectura en español percibido se identificó que, la mayoría de los participantes (67.6%) dijeron encontrarse en un nivel medio.

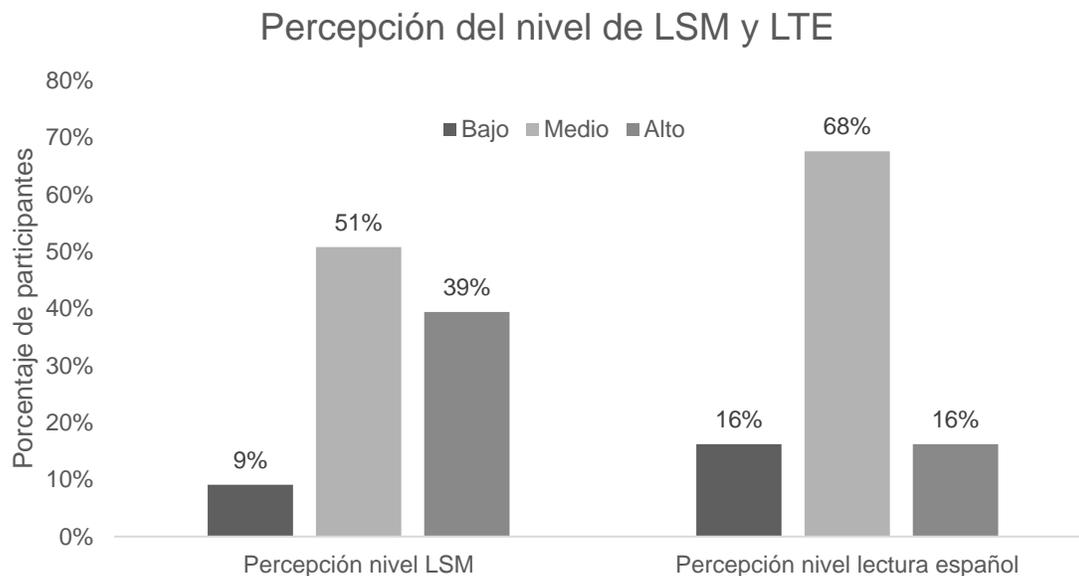


Figura 1. Percepción del nivel de LSM y lectura de textos en español reportado por los participantes.

Los resultados correspondientes a la frecuencia de la comunicación de los jóvenes con sus papás sobre once temas relacionados con el cuidado de su salud sexual se presentan en la Figura 2. En dicha figura se observa que alrededor del 50% de los jóvenes nunca han platicado con sus papás sobre ninguno de los temas evaluados. Los temas en los que se observó que más de la mitad de los participantes nunca habían hablado con sus papás fueron: efectividad del condón en la prevención de ITS (57.8%), dónde adquirir condones (63.5%), cómo usar el condón femenino (56.5%), cómo se adquieren ITS (52.6%), evitar embarazo (50.5%), no dejar que lo obliguen a tener sexo (63.5%), y decir que no cuando le proponen tener relaciones sexuales (58.9%).

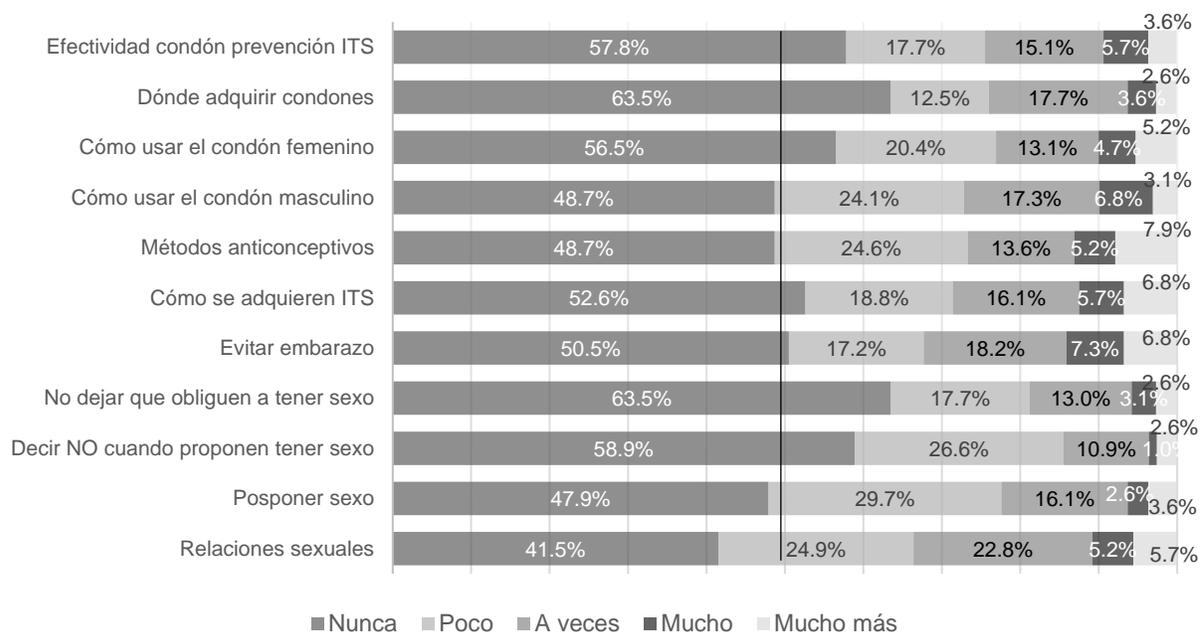


Figura 2. Porcentaje de participantes que respondieron a la frecuencia con la cual se comunican con sus padres sobre 11 temas de salud sexual.

La Figura 3 muestra los resultados obtenidos en la escala de comunicación sexual con madres, la tendencia sigue siendo responder en mayor proporción, la opción de “nunca” para todos los temas evaluados, no obstante, solo se encontraron dos reactivos donde esta proporción fue mayor a 50%: dónde adquirir condones (53.5%) y cómo usar el condón femenino (55.7%).

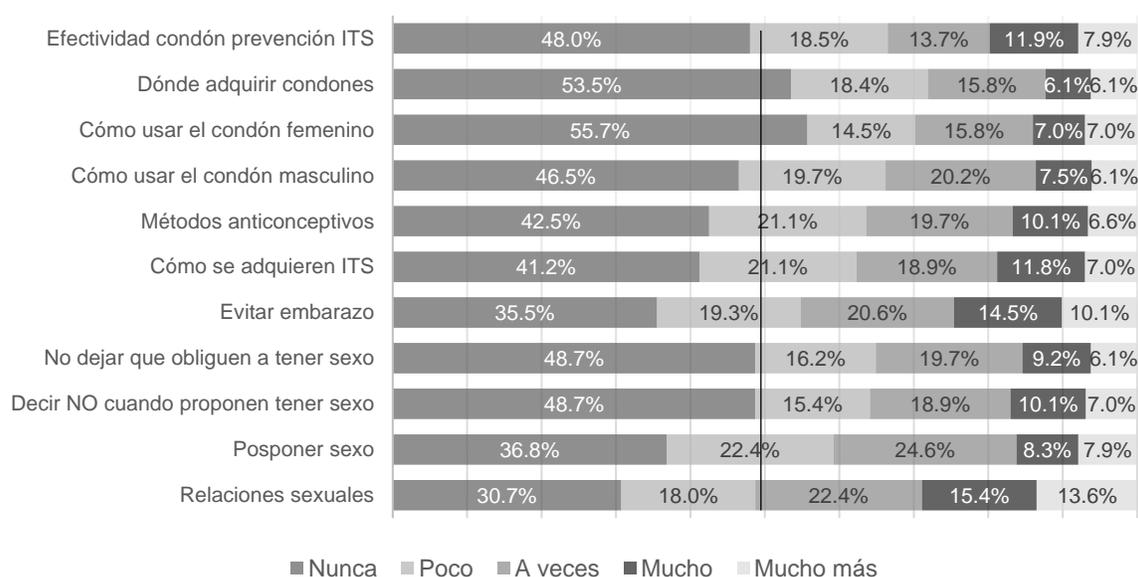


Figura 3. Porcentaje de participantes que respondieron a la frecuencia con la cual se comunican con sus madres sobre 11 temas de salud sexual.

La Tabla 3 muestra la media, moda, desviación estándar y rango correspondientes a las escalas de comunicación sexual con padres y con madres, así como a los dos factores que se incluyen en la primera (prevención de relaciones sexuales de riesgo y uso y efectividad de métodos anticonceptivos). En la escala de Comunicación con padres se encontró que la media fue de 1.8470, lo que ubica la respuesta de los participantes entre las opciones de respuesta 1 y 2, las cuales hacen referencia a nula o poca frecuencia de comunicación; la media obtenida en cada uno de los dos factores de esta escala fue muy semejante a la media de toda la escala. En el caso de la comunicación con madres la media fue de 2.1882, valor que refleja a la opción de respuesta 2 (“poco”).

Tabla 3

Medias obtenidas en las escalas de comunicación sexual con padres y con madres

Características	Media	Moda	D.E.	Rango
Comunicación sexual con padres	1.8470	1	.7678	1-5
F1 PRSR	1.8585	1	.8054	1-5
F2 UyEMA	1.8381	1	.8833	1-5
Comunicación sexual con madres	2.1882	1	1.0154	1-5

Nota: F1 PRSR- Prevención de relaciones sexuales de riesgo, F2 UyEMA- Uso y efectividad de métodos anticonceptivos.

En la Tabla 4 se presentan los resultados correspondientes al perfil del comportamiento sexual que tuvieron los participantes en su primera relación sexual. Se observa que, de los 254 participantes, poco más de la mitad ya había iniciado su vida sexual. De estas personas, la mayoría, tuvo su primer encuentro con su novio(a) (71.1%), planearon el primer encuentro (73.1%), siendo éste en la casa de la pareja (34.6%) o en un hotel (26.9%), los sitios más comunes. Solo el 50% utilizó algún método anticonceptivo, de los cuales, el 67.7% utilizó el condón masculino.

Tabla 4
Frecuencia y porcentaje de participantes que respondieron a las características de su primera relación sexual.

Características del primer encuentro sexual	N	Porcentaje
Tener relaciones sexuales		
Sí	130	51.4
No	123	48.6
Tipo de pareja		
Novio	91	71.1
Amigo	28	21.9
Familiar	3	2.3
Desconocido	6	4.7
Planeación		
Sí	95	73.1
No	35	26.9
Lugar		
Casa de novio	45	34.6
Hotel	35	26.9
Mi casa	31	23.8
Casa de un amigo	17	13.1
Casa de algún familiar	2	1.5
Uso de algún método anticonceptivo		
Sí	65	50
No	65	50
Método anticonceptivo usado		
Ninguno	5	7.7
Condón masculino	44	67.7
Pastillas anticonceptivas	7	10.8
Sexo anal	4	6.2
Otro	5	7.7

En cuanto a los datos mostrados en la Tabla 5 se resalta que la edad de la primera relación sexual fue, en promedio, a los 16.39 años (D.E.=3.7). Asimismo, se encontró que la edad más temprana de debut sexual fue a los 6 años mientras que la edad más tardía fue a los 27 años.

Al momento del estudio, en promedio, los participantes habían tenido 15.61 (DE= 24.2) relaciones sexuales a lo largo de su vida. Con relación al uso del condón durante este mismo periodo, los participantes remarcaron que habían utilizado condón 7.75 (DE=12.7) veces el preservativo, en promedio, empero la mayoría reportó nunca haberlo ocupado en su vida (Mo=0).

Por su parte, dentro de lo que se reporta de su actividad sexual en los últimos tres meses, se observa que tuvieron en promedio 6.85 (D.E.=12.5) relaciones sexuales en las cuales habían usado condón en promedio 3.23 veces (D.E.=6.1).

Finalmente, el promedio de parejas que los participantes reportó tener durante toda su vida fue de 4.76 (D.E.= 6.9) en promedio. En cuanto a parejas ocasionales, presentan un promedio de 4.12 (DE= 9.8) aunque la mayoría mencionó no haber tenido ninguna relación sexual con parejas ocasionales, los que tuvieron relaciones sexuales con parejas ocasionales reportaron que en promedio usaron 2.7 (D.E.= 6.987) veces el condón, de nuevo con una moda de cero.

Tabla 5

Media, moda, desviación estándar y rango de las características mostradas en la conducta sexual de los participantes

Característica	Media	Moda	D.E.	Rango
Edad de la primera relación sexual	16.39	16	3.700	6-27
Número de relaciones sexuales en toda la vida	15.61	2	24.208	1-99
Número de veces que ha usado condón en toda la vida	7.75	0	12.766	0-90
Número de relaciones sexuales en últimos 3 meses	6.85	1	12.543	0-99
Número de veces que ha usado condón en últimos 3 meses	3.23	0	6.189	0-50
Número de parejas sexuales en toda la vida	4.76	1	6.989	0-50
Número de relaciones sexuales con parejas ocasionales	4.12	0	9.885	0-58
Número de veces que ha usado condón con parejas ocasionales	2.72	0	6.987	0-55

7.2 Análisis comparativo y de relación

Comunicación de los hijos con los padres y modalidad comunicativa

Se utilizó la prueba t de student para muestras independientes con el propósito de identificar si existían diferencias entre la percepción de los participantes sobre el conocimiento de LSM de sus papás y variables parentales como la comunicación y el apoyo y supervisión. Los resultados se muestran en la Tabla 6, en la cual se observa que, cuando los padres saben LSM se ve favorecido su nivel de comunicación, tanto para los factores de prevención de relaciones sexuales de riesgo, como en el uso y efectividad de métodos anticonceptivos. Asimismo, se identificó que este factor afecta el nivel de comunicación con las madres.

Tabla 6

Estadísticos comparativos de variables parentales con el reporte de conocimiento del papá sobre la LSM

Características	Papá sabe LSM						
	Sí		No		Prueba estadística		
	N	M	N	M	t	gl	p
Comunicación con padres	69	2.08	120	1.71	3.305	187	.001**
F1 PRSR	71	2.12	121	1.70	3.613	190	.000**
F2 UyEMA	69	2.05	120	1.71	2.600	187	.010*
Comunicación con madres	68	2.45	106	2.05	2.524	172	.012*

Nota: F1 PRSR- Prevención de relaciones sexuales de riesgo, F2 UyEMA- Uso y efectividad de métodos anticonceptivos. * $p > .05$, ** $p > .01$

En la comparación entre las variables parentales y el conocimiento reportado de la LSM en las madres de los participantes, se observó que existen diferencias estadísticamente significativas en la comunicación que los jóvenes mantienen con sus propias madres. En este caso, es posible observar que la ausencia de conocimientos de la LSM por parte de la madre impacta su propio nivel de comunicación sin favorecer el del padre de familia (Tabla 7).

Tabla 7

Comparación de medias obtenidas en las variables parentales en función del conocimiento (sí o no) que tienen los padres sobre la LSM.

Características	Mamá sabe LSM						
	Sí		No		Prueba estadística		
	N	M	n	M	t	gl	p
Comunicación con padres	107	1.92	63	1.71	1.731	168	.085
F1 PRSR	109	1.93	64	1.71	1.743	171	.083
F2 UyEMA	107	1.92	63	1.70	1.630	168	.105
Comunicación con madres	147	2.40	78	1.78	4.555	223	.000**

Nota: F1 PRSR- Prevención de relaciones sexuales de riesgo, F2 UyEMA- Uso y efectividad de métodos anticonceptivos. *p>.05, **p>.01

En la Tabla 8 se reporta la asociación entre, la percepción que los jóvenes tienen sobre su dominio de la LSM y su nivel de comunicación. De acuerdo con la prueba post hoc de Tukey las diferencias encontradas se centran en los grupos que se perciben con bajo y alto dominio, siendo los grupos con percepción de alto dominio quienes presentaron los promedios más altos en las escalas que evalúan comunicación con el padre el factor de prevención de relaciones sexuales de riesgo, el factor de uso y efectividad de métodos anticonceptivos, la escala de comunicación con madres.

Tabla 8

Estadísticos comparativos de variables parentales con la percepción del dominio de LSM

Características	Percepción dominio LSM								
	Bajo		Medio		Alto		Prueba estadística		
	n	M	n	M	n	M	F	gl	p
Comunicación con padres	16	1.49	99	1.76	73	2.03	4.533	2	.012*
F1 PRSR	16	1.51	100	1.75	75	2.07	5.061	2	.007**
F2 UyEMA	16	1.47	99	1.77	73	2.01	3.105	2	.047*
Comunicación con madres	20	1.64	117	2.10	87	2.43	6.134	2	.003**

Nota: F1 PRSR- Prevención de relaciones sexuales de riesgo, F2 UyEMA- Uso y efectividad de métodos anticonceptivos. *p>.05, **p>.01

Los resultados de los comparativos entre la percepción del nivel de lectura de textos en español y la comunicación parental arrojan diferencias cuando se habla de

comunicación con madres que, conforme a la prueba de Tukey, aquellas personas que se perciben con menor dominio de lectura son aquellas que menos se comunican con las madres acerca de temas vinculados con la salud sexual, en comparación con aquellos que tienen una alta percepción. Ello sugiere que, el recuso de la lecto escritura como forma de intercambio de información, favorece la comunicación por parte de la madre, no así en el caso de los padres (Tabla 9).

Tabla 9

Estadísticos comparativos de variables parentales con la percepción del nivel en la lectura de Textos en español

Características	Percepción Nivel LTE							Prueba estadística		
	Bajo		Medio		Alto		F	g	p	
	N	M	n	M	N	M				
Comunicación con padres	30	1.56	129	1.89	28	1.97	2.804	2	.063	
F1 PRSR	30	1.62	131	1.91	29	1.94	1.758	2	.175	
F2 UyEMA	30	1.49	129	1.90	28	1.97	2.996	2	.052	
Comunicación con madres	38	1.77	151	2.23	37	2.45	4.738	2	.010*	

Nota: F1 PRSR- Prevención de relaciones sexuales de riesgo, F2 UyEMA- Uso y efectividad de métodos anticonceptivos. *p>.05, **p>.01

Comparación de las variables de debut sexual y la modalidad comunicativa

En la Tabla 10 se presentan los resultados del análisis comparativo entre el debut sexual con las variables asociadas a la modalidad comunicativa reportada por los participantes. Solo se observaron diferencias en el nivel de LSM percibido, observando que aquellas personas que ya habían debutado sexualmente se perciben con un nivel más alto de LSM, mientras que, aquellas personas con baja percepción en el dominio de LSM aún no habían debutado ($\chi^2= 7.223$, $p= .027$).

Tabla 10
Estadísticos comparativos por debut sexual sobre la modalidad de la comunicación

Característica	Debut sexual				Prueba estadística
	Sí		No		
	n	%	N	%	
El padre sabe LSM					
Sí	29	30.85	42	43.30	$x^2=3.167$ gl=1 p=0.99
No	65	69.15	55	56.70	
La madre sabe LSM					
Sí	67	60.36	81	70.43	$x^2=2.536$ gl= 1 p=.125
No	44	39.64	34	29.57	
Otro familiar sabe LSM					
Sí	68	52.31	52	42.28	$x^2=2.551$ gl=1 p=.131
No	62	47.69	71	57.72	
Nivel LSM percibido					
Bajo	7	5.38	16	13.33	$x^2=7.223$ gl=2 p= .027*
Medio	64	49.23	65	54.17	
Alto	59	45.38	39	32.50	
Percepción Nivel LTE					
Bajo	16	12.40	25	20.49	$x^2=3.457$ gl=2 p=.178
Medio	89	68.99	80	65.57	
Alto	24	18.60	17	13.93	

Notas: x^2 = Valor de chi cuadrada, gl= Grados de libertad, p=Nivel de significancia, *p>.05, **p>.01

En la tabla 11 se muestran los resultados obtenidos del análisis de comparación entre aquellas personas que, si planearon y no planearon su primer encuentro, sin embargo, no se encontró diferencias significativas. Lo que indica que, la modalidad comunicativa no tiene implicaciones sobre la ausencia o presencia de planeación del primer encuentro.

Tabla 11

Estadísticos comparativos por planeación de la primera relación sexual sobre la modalidad de la comunicación

Modalidad comunicativa	Planeación primera relación sexual				Prueba estadística
	Sí		No		
	n	%	n	%	
El padre sabe LSM					
Sí	22	31.88	7	28.00	x ² =.130 gl=1 p=.804
No	47	68.12	18	72.00	
La madre sabe LSM					
Sí	50	63.29	17	53.13	x ² =.984 gl=1 p=.393
No	29	36.71	15	46.88	
Otro familiar sabe LSM					
Sí	49	51.58	19	54.29	x ² =.075 gl=1 p=.845
No	46	48.42	16	45.71	
Nivel LSM percibido					
Bajo	4	4.21	3	8.57	x ² =1.025 gl=2 p=.599
Medio	48	50.53	16	45.71	
Alto	43	45.26	16	45.71	
Percepción Nivel LTE					
Bajo	9	9.57	7	20.00	x ² =2.552 gl=2 p=.279
Medio	67	71.28	22	62.86	
Alto	18	19.15	6	17.14	

Notas: x²= Valor de chi cuadrada, gl= Grados de libertad, p=Nivel de significancia. *p>.05, **p>.01

En la tabla 12 se muestran los resultados de las comparaciones entre el uso de algún método anticonceptivo sobre las variables asociadas con la modalidad comunicativa, no encontrando diferencias estadísticamente significativas en ellas.

Tabla 12

Estadísticos comparativos por el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual sobre la modalidad de la comunicación.

Modalidad comunicativa	Uso algún método anticonceptivo en 1ra relación sexual				Prueba estadística
	Sí		No		
	N	%	N	%	
El padre sabe LSM					
Sí	13	27.08	16	34.78	x ² =.653 gl=1 p=.505
No	35	72.92	30	65.22	
La madre sabe LSM					
Sí	33	57.89	34	62.96	x ² =.298 gl=1 p=.698
No	24	42.11	20	37.04	
Otro familiar sabe LSM					
Sí	34	52.31	34	52.31	x ² =.000 gl=1 p=1.000
No	31	47.69	31	47.69	
Nivel LSM percibido					
Bajo	3	4.62	4	6.15	x ² =.222 gl=2 p=.895
Medio	33	50.77	31	47.69	
Alto	29	44.62	30	46.15	
Percepción Nivel LTE					
Bajo	4	6.25	12	18.46	x ² =4.440 gl=2 p=.109
Medio	47	73.44	42	64.62	
Alto	13	20.31	11	16.92	

Notas: x²= Valor de chi cuadrada, gl= Grados de libertad, p=Nivel de significancia, *p>.05, **p>.01

En la tabla 13 se comparó la edad de la primera relación sexual en cada una de las variables que conforman el instrumento de modalidad comunicativa, para ello se realizó la prueba estadística t de student y Anova de una vía, estos análisis dieron evidencia de que en ninguna característica de la modalidad comunicativa se encuentra asociada con la edad de la primera relación sexual.

Tabla 13

Medias obtenidas por los participantes en temas específicos de la modalidad comunicativa, en función de la edad de la primera relación sexual

Modalidad comunicativa	Edad de la primera relación sexual			
	n	M	D.E.	Estadísticos
Papá sabe LSM				
Sí	26	16.27	3.131	t=-.733
No	62	16.92	4.038	p= .466
Mamá sabe LSM				
Sí	60	16.55	3.572	t= -.479
No	43	16.91	3.939	p=.633
Otro familiar sabe LSM				
Sí	61	15.95	3.442	t=-1.300
No	61	16.82	3.922	p= .196
Nivel de dominio percibido en LSM				
Bajo	7	16.00	2.944	F= .148
Medio	58	16.57	3.439	p=.183
Alto	57	16.25	4.068	
Percepción Nivel LTE				
Bajo	15	15.47	2.167	F=.607
Medio	82	16.56	3.869	p=.547
Alto	24	16.13	3.791	

Nota: M=media; n=número de participantes, D.E=desviación estándar, p=Nivel de significancia

Comparación entre la modalidad comunicativa y las características de los encuentros sexuales subsecuentes

En un primer análisis se compararon los conocimientos de LSM por parte del padre y las características de los encuentros subsecuentes, en ésta se identificó que cuando los padres de los jóvenes saben LSM, estos tuvieron menor número de encuentros sexuales hasta el momento del estudio ($t=-2.368$, $p=.020$). También se observa una media menor de uso del condón a lo largo de la vida en aquellos jóvenes quienes su padre sabe LSM ($t=-2.211$, $p=.030$). No obstante, debe tenerse presente que, dado que estos jóvenes han tenido menos experiencias sexuales, sus oportunidades para usar el condón también lo han sido (Tabla 14).

Tabla 14

Estadísticos comparativos conductas sexuales con el reporte del conocimiento de LSM por parte de los padres

Características	Papá sabe LSM						
	Sí		No		Prueba estadística		
	n	M	n	M	t	gl	p
Número de relaciones sexuales en toda la vida	28	5.43	64	17.70	-2.368	90	.020*
Número de veces que ha usado condón en toda la vida	28	3.00	65	9.45	-2.211	91	.030*
Número de relaciones sexuales en los últimos 3 meses	29	4.93	65	7.45	-.921	92	.360
Número de veces que ha usado condón en los últimos 3 meses	29	1.62	65	2.72	-1.159	92	.250
Número de parejas sexuales en toda la vida	29	4.45	65	3.82	.591	92	.556
Número de relaciones sexuales con parejas ocasionales	29	2.24	65	3.69	-.782	92	.436
Número de veces que ha usado condón con parejas ocasionales	29	2.38	63	1.90	.484	90	.630

Nota: M=media; n=número de participantes, D.E.=desviación estándar, p=Nivel de significancia. *p>.05, **p>.01

En otro análisis, se realizó la comparativa de las mismas conductas sexuales con el conocimiento de LSM reportado ahora por las madres, sin embargo, como se observa en la Tabla 15, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para ninguna característica conductual.

Tabla 15

Estadísticos comparativos conductas sexuales con el reporte del conocimiento de LSM por parte de las madres

Características	Mamá sabe LSM				Prueba estadística		
	Sí		No		t	gl	P
	N	M	n	M			
Número de relaciones sexuales en toda la vida	65	11.75	44	18.43	-1.515	107	.133
Número de veces que ha usado condón en toda la vida	66	5.73	44	8.27	-1.131	108	.260
Número de relaciones sexuales en los últimos 3 meses	67	6.33	44	4.07	1.7	109	.092
Número de veces que ha usado condón en los últimos 3 meses	67	2.64	44	1.86	1.197	109	.234
Número de parejas sexuales en toda la vida	67	4.58	44	2.93	1.757	109	.082
Número de relaciones sexuales con parejas ocasionales	67	2.55	44	3.73	-0.93	109	.354
Número de veces que ha usado condón con parejas ocasionales	67	1.61	43	2.23	-0.817	108	.416

Nota: M=media; n=número de participantes, D.E=desviación estándar, p=Nivel de significancia. *p>.05, **p>.01

Posteriormente, podemos ver en la tabla 16 la comparativa entre las conductas sexuales con la percepción del nivel de dominio de LSM en los jóvenes sordos. Encontramos que solo la variable del número de veces que ha usado condón con parejas ocasionales es estadísticamente diferente al nivel de LSM que consideran tener los participantes ($F= 3.475$, $p=.034$) en donde aplicando la prueba de Tukey, observamos que los participantes que reportaron un nivel bajo de LSM tuvieron un promedio más alto de uso de condón con parejas ocasionales en comparación con aquellos que se identificaban en un nivel alto.

Tabla 16

Estadísticos comparativos de conductas sexuales con la percepción del dominio de LSM

Características	Percepción dominio LSM								
	Bajo		Medio		Alto		Prueba estadística		
	n	M	n	M	N	M	F	gl	p
Número de relaciones sexuales en toda la vida	7	26.86	62	13.53	59	16.46	1.020	2	.363
Número de veces que ha usado condón en toda la vida	7	9.14	64	8.50	57	6.74	.328	2	.721
Número de relaciones sexuales en los últimos 3 meses	7	14.14	64	6.23	59	6.66	1.272	2	.284
Número de veces que ha usado condón en los últimos 3 meses	7	8.14	64	2.55	59	3.39	2.683	2	.072
Número de parejas sexuales en toda la vida	7	10.86	64	4.14	59	4.71	3.007	2	.053
Número de relaciones sexuales con parejas ocasionales	7	10.29	64	4.59	59	2.88	1.926	2	.150
Número de veces que ha usado condón con parejas ocasionales	7	9.14	63	2.75	58	1.91	3.475	2	.034*

Nota: M=media; n=número de participantes, D.E=desviación estándar, p=Nivel de significancia. *p>.05, **p>.01

En la Tabla 17 es posible apreciar como la percepción del nivel de LTE muestra diferencias estadísticamente significativas cuando se le compara con el número de relaciones sexuales en toda la vida ($F= 3.281$, $p= .041$), el número de parejas sexuales en toda la vida ($F= 3.862$, $p=.024$) y el número de relaciones sexuales mantenidas con parejas ocasionales ($F= 3.629$, $p=.029$).

Por tanto, gracias a la prueba de Tukey se identificó que las personas con una baja percepción de LTE han tenido más relaciones sexuales a lo largo de su vida, más parejas sexuales y mayor número de relaciones sexuales con parejas ocasionales en comparación con las personas que se definen con un nivel de LTE medio.

Tabla 17

Estadísticos comparativos de conductas sexuales con la percepción del nivel de lectura de textos en español

Características	Percepción Nivel LTE								Prueba estadística	
	Bajo		Medio		Alto		F	gl		P
	n	M	N	M	N	M				
Edad de la primera relación sexual	15	15.47	82	16.56	24	16.13	.607	2	.547	
Número de relaciones sexuales en toda la vida	16	27.88	87	12.37	24	19.75	3.281	2	.041*	
Número de veces que ha usado condón en toda la vida	16	8.25	87	6.18	24	13.33	3.038	2	.051	
Número de relaciones sexuales en los últimos 3 meses	16	9.63	89	6.38	24	6.96	.447	2	.641	
Número de veces que ha usado condón en los últimos 3 meses	16	5.06	89	2.90	24	3.25	.820	2	.443	
Número de parejas sexuales en toda la vida	16	8.69	89	3.79	24	5.92	3.862	2	.024*	
Número de relaciones sexuales con parejas ocasionales	16	9.69	89	2.78	24	5.21	3.629	2	.029*	
Número de veces que ha usado condón con parejas ocasionales	16	6.50	88	2.06	23	2.70	2.795	2	.065	

Correlación entre comunicación con padres y con madres, percepción del dominio de la LSM y lectura de textos y encuentros sexuales subsecuentes.

En referencia al impacto de la comunicación con padres con las variables del debut sexual, se encontró que, la edad del debut sexual se correlacionó con, el factor 2 de comunicación de con padres ($r=.219$, $p=.044$). Por tanto, se entiende que mientras menos hablen los jóvenes con sus padres sobre del uso y efectividad de métodos anticonceptivos, se tendrá la primera relación sexual a una edad más temprana.

En lo que respecta a los encuentros sexuales subsecuentes, se encontró que cuando la comunicación con la madre es baja el número de encuentros sexuales es mayor ($r = -.214$, $p = 0.025$), también fue posible observar que, a menor comunicación con madres, es probable que se use menos el condón como método anticonceptivo ($r = .339$, $p = .009$). Por otra parte, la variable de número de parejas sexuales en toda la vida se relacionó con la comunicación sexual con padres, sobre todo cuando se habla de prevenir encuentros sexuales de riesgo (Tabla 18).

Tabla 18

Correlaciones entre las variables parentales y la conducta sexual de los jóvenes sordos

		ECSP	F1_PRSR	F2_UyEMA	ECSM
Edad de la primera relación sexual	r	-.159	-.100	0.219*	-.171
Número de relaciones sexuales en toda la vida	r	-.167	-.114	-.191	-.214*
Número de veces que ha usado condón en toda la vida	r	.054	.055	.045	-.008
Número de relaciones sexuales en últimos 3 meses	r	.094	.132	.022	.081
Número de veces que ha usado condón en últimos 3 meses	r	.138	.119	.132	.339**
Número de parejas sexuales en toda la vida	r	.225*	.290**	.103	.06
Número de relaciones sexuales con parejas ocasionales	r	.107	.16	.017	-.111
Número de veces que ha usado condón con parejas ocasionales	r	.274**	.295**	.2	.004

Nota: ECSP=Escala de comunicación sexual con padres; F1 PRSR=Factor 1: Prevención de relaciones sexuales de riesgo; F2 UyEMA=Factor 2: Uso y efectividad de métodos anticonceptivos; * $p > .05$, ** $p > .01$

8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo del presente trabajo fue evaluar la relación entre la modalidad comunicativa y el nivel de comunicación con padres y determinar el impacto que tiene en las conductas sexuales de riesgo en jóvenes sordos. Para ello, fue necesario realizar tanto análisis descriptivos de los participantes, así como un análisis comparativo y de correlación entre las variables de interés.

Como ya se ha mencionado anteriormente, la población sorda conforma una comunidad única que tiene ciertas características particulares que la definen como tal. En esta ocasión, la muestra estuvo conformada por 254 jóvenes de entre 12 a 37 años pertenecientes a distintos lugares de la república mexicana, hubo una proporción similar de hombres y mujeres, reportaban en su mayoría la secundaria o preparatoria como nivel máximo de estudios, así como vivir con uno o ambos padres y no trabajar. Éstos últimos dos datos pueden deberse a la edad de los participantes o incluso, respaldar la denuncia hecha por el periódico SIPSE (2016) respecto a la falta de oportunidades de la que son objeto al no incluirlos en educación superior de calidad repercutiendo en su independencia en la adultez.

En cuanto a su modalidad comunicativa, se encontró que poco más de la mitad de los participantes consideran tener un nivel de dominio medio tanto en la LTE como en la LSM. Respecto al tema, no hay una cifra exacta de hablantes de la lengua que permita contrastar lo encontrado. Las encuestas realizadas por el INEGI (2015) apenas permiten delinear de forma muy general los tipos de discapacidad que afectan a la población mexicana por lo que cobra mayor importancia la realización de más trabajos como éste que permitan identificar las características de la población sorda con el fin de desarrollar programas posteriores que beneficien a los mismos.

Una posible respuesta a que la mayoría de los participantes no se percibiera con un nivel de lectura de textos en español alto, puede ser lo mencionado por Rincón-Bustos et al. (2015), respecto al proceso bilingüe-bicultural al que se enfrentan los sordos. La LSM es el soporte para el desarrollo de la escritura de la lengua convencional y cuenta con características distintas al

español del oyente tales como las conjugaciones del verbo, el orden de las palabras y el uso del verbo *ser* (Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia [DIF], s/f). Por ello, resulta más complicado para un sordo que para un oyente el aprendizaje de este ya que no existe una conexión entre el lenguaje oral y escrito. Además, como mencionó Cruz (2009), convencionalmente se busca que el sordo se adapte, mediante un proceso de oralización con instructores o instituciones particulares, al mundo oyente y se deja de lado la búsqueda de políticas a nivel público que respeten la identidad de las personas Sordas y ajusten las condiciones a ésta y no al revés. En conjunto, se dificulta la escolarización y con ello el aprendizaje de lectura de textos en español.

Por otro lado, los participantes reportaron que los padres desconocían la LSM en mayor proporción que las madres. Lo anterior no es de extrañar pues como menciona Cruz (2009), la mayoría de los padres de las personas sordas no tienen esta característica, lo que aumenta la probabilidad de que no tengan conocimiento alguno de esta forma de comunicación y con ello dificulte la adquisición de la habilidad de leer en español. En conjunto, todas estas variables facilitan que la comunicación entre padres e hijos sordos se vea bloqueada y repercuta en diversos aspectos de los jóvenes. Ejemplo de ello lo proporciona Robles et al. (2013), quienes en su estudio atribuyen el bajo nivel de comunicación mantenido entre padres e hijos, a que ambos no comparten la misma característica fisiológica y lingüística, lo que conlleva a dificultades propias del proceso de comunicación entre Sordo y oyente.

En concordancia con los autores antes mencionados, esta población reportó un nivel de comunicación con padres y madres bajo en cuanto a los temas de salud sexual y sexualidad evaluados. No resulta un dato novedoso pues también confirma lo encontrado por otros autores en distintos estudios en población con y sin discapacidad (Manu et al., 2015; Guevara et al., 2015). Al respecto, existen distintas explicaciones, van desde la falta de conocimientos sobre los temas, sobreprotección (Domínguez, 2011; Ferreira, 2008), o incluso el tener una educación tradicional que considera los temas sexuales como tabús o reservados exclusivamente para los adultos y no para los jóvenes, es decir,

también influye el contexto cultural en el que estén inmersos (Manu et al., 2015; Michelle et al., 2017).

En distintos trabajos se ha señalado la importancia que ejerce la familia en las decisiones y comportamientos de los jóvenes (Domínguez, 2011) y su influencia en conductas sexuales de riesgo (Bárcena et al., 2013; Guevara et al., 2016; Sande et al., 2013; Uribe et al., 2016). Los resultados obtenidos en el comportamiento sexual de los participantes indican conductas sexuales de riesgo como un temprano debut sexual (16 años), parejas ocasionales, bajo uso del condón durante toda su vida, en los últimos 3 meses o reportar usar cero veces el condón con esas parejas ocasionales. En general estos datos se asemejan a lo reportado por UNICEF (s/f) y el CONAPO (2016) respecto a los embarazos adolescentes, la edad del primer encuentro sexual y el uso del condón. Lo anterior podría responder a la falta de una educación sexual adecuada (Campero et al., 2013) o incluso, a la vulnerabilidad en la que se encuentran los adolescentes durante esta etapa. Recordemos que Iglesias (2013), desde su definición de *adolescencia*, hace referencia a una etapa en la que el individuo atraviesa distintos cambios físicos y sociales en relativamente poco tiempo, en la que están involucrados procesos hormonales y búsqueda de identidad e independencia.

Respecto a lo obtenido específicamente con personas sordas, encontramos que en general los estudios llevados a cabo con esta población arrojan datos consistentes con los encontrados dentro del presente. Por ejemplo, Sangowawa et al. (2009) obtuvieron una edad de debut sexual promedio de 16 años en la que el 65.4% de los participantes no usaron métodos anticonceptivos y la mayoría admitía haber tenido más de una pareja sexual. Robles et al. (2013) por su parte, presentaron datos similares a los aquí reportados, con una media de 16.9 años como la edad de inicio de vida sexual, más de la mitad sin planearla y sin uso de algún método anticonceptivo tanto en esa como en subsecuentes relaciones sexuales. Así mismo, las autoras señalan que los jóvenes habían tenido en promedio dos parejas sexuales, 42% habían estado con parejas ocasionales o incluso 29.3% con personas desconocidas, en las que tampoco habían usado preservativo más del 50% de ellos. Por último, Pérez y Robles (2018) observaron

un promedio de 16.97 años en jóvenes sordos como debut sexual, en esta ocasión, la mayoría lo planeó, y el 50% no uso ningún método anticonceptivo.

Dado lo anterior, se concuerda con la edad promedio (alrededor de los 16 años), lo que parece indicar que los jóvenes sordos son propensos a iniciar su vida sexual a una edad temprana. De igual forma, es preocupante el mantenimiento de conductas sexuales de riesgo como el no usar ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual o el bajo uso de preservativo en relaciones subsecuentes. Resulta aún más grave cuando todos los autores coinciden en que los jóvenes sordos han mantenido relaciones sexuales con más de una persona y que incluso han estado con parejas ocasionales y desconocidos, aumentado en conjunto la posibilidad de un embarazo no deseado o de contraer alguna ITS (Robles et al., 2013).

Por otra parte, los análisis comparativos realizados con distintas variables arrojaron resultados importantes. En el caso de la modalidad comunicativa, en la literatura no se ha tomado en cuenta la relevancia e influencia de esta, sin embargo, como pudimos observar en los resultados encontrados, juega un papel importante en la comunicación que mantienen padre e hijo sordo, así como en la realización de ciertas conductas sexuales que ponen en riesgo la salud de los adolescentes.

Las diferencias encontradas entre la percepción de conocimiento de LSM de los papás y la comunicación con los padres, así como el apoyo y supervisión de ambos, podría brindar evidencia sobre cómo el conocimiento de LSM de los padres reportado por los participantes, tiene un impacto negativo en muchas de las esferas de comunicación (Guevara et al., 2016). Probablemente lo anterior se deba a la dificultad a la que se enfrentan ambos al no compartir una lengua diferenciada que les permita comunicarse de forma efectiva (Cruz, 2015). Curiosamente, al comparar con el conocimiento de LSM reportado para las madres, solo hay diferencias en la comunicación de la madre sin impactar las variables paternas. Es interesante cómo el papá aparentemente tiene mayor influencia que la madre a pesar de que, como se mencionó anteriormente, hay mayor porcentaje de madres que conocen la LSM que de padres.

De igual forma, los resultados comparando el nivel de conocimiento de LSM y de LTE con la comunicación y apoyo y supervisión parental, confirman que mientras mayor sea el dominio percibido de LSM y LTE, mayor será la comunicación de ambos padres, aunque en cuanto a la lectura, pareciera que tiene más impacto en las mamás que en los papás. Es evidente el reto al que se enfrentan los padres ante estas limitantes, no solo es la comunicación sobre temas de salud sexual que deben tener con sus hijos, sino que también, resulta conveniente que antes de que se presente ésta, exista un dominio preferentemente alto de LSM y a su vez, de LTE. Una propuesta que ayudaría tanto a la adquisición y posterior dominio de ambas, es la mencionada por Rincón-Bustos et al. (2015), quienes apuestan al uso de las tecnologías de Información y Comunicación (TICs) como herramientas que facilitan y apoyan el proceso de comprensión textual al establecer una interacción dinámica que responde a las necesidades particulares de los Sordos. También hay que agregar que actualmente existen en internet manuales o diccionarios de LSM cuyo propósito es brindar información sobre la lengua, así como dar identidad, demostrar la cultura y cohesión de la comunidad, y demás funciones sociales (Serafín & González, 2011) que resultan en un soporte necesario ante la evidente falta de preparación en la educación convencional para atender a este grupo.

Esta ampliamente reportado en la literatura, la influencia que tiene el nivel de comunicación con padres en las conductas sexuales de riesgo de los jóvenes. Los resultados aquí expuestos, muestran evidencia de cómo la falta de comunicación sobre temas sexuales con los padres impacta en la práctica de ciertas conductas como un debut sexual a una edad más temprana, mayor número de relaciones sexuales a lo largo de su vida y en un menor uso del condón en relaciones recientes, lo cual coincide con lo reportado por diversos autores (Andrade et al., 2006; Frías et al., 2008; Robles et al., 2013). Lo anterior puede tener diversas explicaciones, ya sea la información deficiente, los estereotipos de género, el poco conocimiento del proceso de los adolescentes, que la comunicación esté basada en el control y el autoritarismo por parte de los padres (Domínguez, 2011), o incluso las dificultades propias que atraviesan en la

comunicación padre e hijo sordo como la falta de recursos para comunicarse de forma eficiente y la transmisión de mitos y estereotipos propios de la condición del joven (Robles et al., 2013).

Al respecto, en el presente proyecto se observa que efectivamente la conducta sexual de los participantes se ve afectada por la modalidad comunicativa tanto de los padres como de los jóvenes. Es curioso como el que el papá sepa LSM influye en una menor cantidad de relaciones sexuales a lo largo de la vida del joven, mientras que con la madre no parece haber diferencias significativas. Así también, resalta el dato de la percepción del dominio de LSM y su relación con el número de veces que se usó condón con parejas ocasionales o la percepción de LTE con el número total de relaciones sexuales, de parejas sexuales y de parejas ocasionales.

No obstante, se encontraron datos que no coinciden con lo reportado en otros estudios, por ejemplo, en esta población se relacionó una edad del debut sexual más temprana y mayor número de parejas sexuales con una mayor percepción de apoyo y supervisión parental, específicamente por parte de los papás. Tal vez, una posible razón sería la sobreprotección de la que son objeto, puesto que como menciona Ferreira (2008), este círculo que crean alrededor de sus hijos, los orilla a evitar temas de sexualidad y salud sexual, enfrentándolos a vivir situaciones de seducción y abuso sexual.

Por otro lado, también se encontraron discordancias en cuanto a la comunicación específicamente con los papás y el número de parejas sexuales, arrojando así que aquellos participantes con mayor número de parejas sexuales tendían a hablar más con sus papás sobre prevención de relaciones sexuales de riesgo. Se esperaría que, al tener más comunicación al respecto, eligieran tener menor cantidad de parejas sexuales para decrementar la probabilidad de adquirir una ITS o un embarazo no deseado, pero no fue así. Probablemente, tenga que ver con lo que significa ser joven, es decir, la búsqueda de identidad e independencia (Iglesias, 2013) y el estado en el que poseen una energía sexual en un nivel muy alto, lo que provoca que vean la conducta sexual como una forma de exploración y aventura para el encuentro de nuevas experiencias (Gascón et

al., 2003). Otra posibilidad tendría que ser explorada en futuros estudios, pues dentro de los alcances del presente, no se contempló la influencia de los pares, que como bien menciona Calvete y Estévez (2009), es en esta etapa en la que se busca la autoafirmación y aceptación por parte de los amigos y/o compañeros de la misma edad. En el caso de los Sordos, Pérez y Robles (2018) mencionan que el hecho de que haya poca comunicación sobre temas de salud sexual utilizando la LSM es un factor que influye en que los jóvenes al no encontrar una adecuada y entendible información al respecto acudan a personas con las cuales se pueden comunicar, como con los amigos, enfrentándose al riesgo de que ellos posean información deficiente y errónea.

La presente investigación arrojó datos interesantes respecto a la salud sexual de una población minoritaria como lo son las personas sordas. Los resultados aquí mostrados fortalecerían hallazgos anteriormente encontrados sobre la importancia de incrementar la comunicación con padres a fin de decrementar la realización de conductas sexuales de riesgo por parte de los jóvenes y así evitar ITS o embarazos no deseados e incluso, abre la puerta a posteriores investigaciones que refuten o confirmen lo encontrado en la presente investigación.

Es evidente que se requiere más investigación al respecto que permita delinear de forma específica un perfil completo de los jóvenes con esta condición y que posibilite no solo el hablar del tema, que ya de por sí es necesario dados los factores discriminativos que se denuncian en periódicos y/o medios masivos, sino que también permita el establecer acciones que mitiguen la vulnerabilidad de la que son objeto. Considero que el objetivo último de la investigación psicológica es aplicar lo encontrado en pro de la sociedad. Se esperaría, que en un futuro se puedan utilizar los datos encontrados para la implementación de talleres, socialización del conocimiento adquirido en seminarios, ferias, etcétera y entrenamiento de padres de hijos sordos para mejorar el nivel de comunicación que mantienen con sus hijos, derribar mitos y estereotipos que tienen con base en información fundamentada y certera. Finalmente, el entrenamiento también aplicaría para los jóvenes en cuanto a conocimiento adecuado del uso y

efectividad de métodos anticonceptivos, enseñarles a colocar de forma correcta un condón, brindarles no solo información sino herramientas que les permitan cuidarse a ellos y a sus parejas. En conclusión, queda mucho trabajo por hacer.

Cabe mencionar que en este estudio se tuvieron algunas limitaciones, la primera tiene que ver con el tipo de muestreo utilizado, se recurrió al procedimiento accidental debido a la dificultad para acceder a este tipo de población y la necesidad de recurrir a instituciones especializadas que accedieran a aplicar el instrumento con sus estudiantes. La cantidad de participantes podría resultar en un problema a la hora de generalizar los resultados, sin embargo, en investigaciones anteriores se ha trabajado con menor número de jóvenes debido a las características tan específicas de la población objetivo, por lo que este estudio cuenta con una de las mayores bases de datos con información respecto a salud sexual de jóvenes sordos mexicanos.

Finalmente, cuando se trabaja con cuestionarios siempre existe la posibilidad de que los participantes respondan por deseabilidad social aun cuando se intente minimizar al asegurarles la confidencialidad y anonimato de sus respuestas. Además, la longitud de los instrumentos aplicados y el tiempo de respuesta puede resultar exhaustivo para los jóvenes.

REFERENCIAS

- Altamirano, C. (5 de octubre de 2016). Los sordos son los discapacitados invisibles. *EL PAÍS*. Recuperado de: https://elpais.com/internacional/2016/09/30/mexico/1475226460_365921.html
- Andrade, P., Betancourt, D. & Palacios, J. (2006). Factores familiares asociados a la conducta sexual en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 15, 91-101. doi: 10.15446/rcp
- Arrieta, F., & Nuño-Gutierrez, B. (2012). *Conductas sexuales de riesgo en adolescentes y jóvenes*. México: Servicios Editoriales Trauco.
- Bahamón, M., Vianchá, M. & Tobos, A. (2014). Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: Una perspectiva de género. *Psicología desde el caribe*, 31 (2), 327-353. doi: 10.14482/psdc.31.2.3070
- Bárcena, S., Guevara, Y. & Álvarez, E. (2017). Características de padre e hijos con discapacidad que intervienen en la comunicación sobre sexualidad. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 9, 36-44. doi: 10.1016/j.jbhsi.2018.01.002
- Bárcena, S. & Jenkins, B. (2018). Comunicación sexual: diferencias entre padres de hijos con y sin discapacidad. *Psicología y Salud*, 28, 1, 5-13. doi: 10.25009/pys.v28i1.2540
- Bárcena, S., Robles, S. & Díaz-Loving, R. (2013). El Papel de los Padres en la Salud Sexual de sus Hijos. *Acta de Investigación Psicológica - Psychological Research Records*, 3(1), 956-969. doi: 10.1016/S2007-4719(13)70945-1
- Calvete, E., & Estévez, A. (2009). Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Adicciones*, 21 (1), 49-56. doi:10.20882/adicciones.251
- Campero, L., Atienzo, E., Suárez, L., Hernández, B. & Villalobos, A. (2013). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas. *Gaceta Médica de México*, 149, 299-307.
- Castillo, J. (2010). La sexualidad en personas con discapacidad. ¿Ficción o realidad? *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*, 2(1), 51-58.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2018). Los principales derechos de las personas con discapacidad: CNDH México. Recuperado de: <http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/33-dh-principales-derechos-personas-con-discapacidad.pdf>
- Confederación Estatal de Personas Sordas (2003). Acércate a la Comunidad Sorda. Recuperado de: http://www.fundacioncse.org/lectura/acercate_comunidad_sorda/acercate_comunidad_sorda_2.htm
- Consejo Nacional de Población. (2010). La situación actual de los jóvenes en México. Recuperado de: https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/cuadro_3.pdf

- Consejo Nacional de Población. (2016). Situación de la salud sexual y reproductiva. República mexicana. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/237216/Cuadernillo_SSR_RM.pdf
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. (2014). Ficha Temática. Personas con discapacidad. Recuperado de: [https://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Ficha%20PcD\(1\).pdf](https://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Ficha%20PcD(1).pdf)
- Cruz, A. (27 de noviembre de 2015). La sordera es invisible; condena al aislamiento o al encierro: Coterá. *La Jornada*. Recuperado de: <https://www.jornada.com.mx/2015/11/27/espectaculos/a09n1esp>
- De la Paz, M., & Salamanca, M. (2009). Elementos de la cultura sorda: una base para el currículum intercultural. *Revista de Estudios y Experiencias en Educación*, 8 (15), 31-49.
- Domínguez, I. (2011). Influencia de la familia en la sexualidad adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 37 (3), 387-398
- Elliott, S. (2010). Parents' Constructions of Teen Sexuality: Sex Panics, Contradictory Discourses, and Social Inequality. *Symbolic interaction*, 33 (2), 191-212. Disponible en https://cdn.chass.ncsu.edu/sites/socant.chass.ncsu.edu/documents/Elliott_3.pdf
- Ferreira, M. (2008). Una aproximación sociológica a la discapacidad desde el modelo social: apuntes caracterológicos. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 124, 141-174. doi: 10.2307/40184909
- Figueroa, V., & Lissi, M. (2005). La lectura en personas sordas: consideraciones sobre el rol del procesamiento fonológico y la utilización del lenguaje de señas. *Estudios pedagógicos*, 31 (2), 105-119. doi: 10.4067/S0718-07052005000200007
- Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia. (2019). *La adolescencia*. UNICEF México. Recuperado de: https://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos_6879.html
- Forcada, P., Pacheco, A., Pádua, E., Pérez-Palacios, P., Todd, N. & Pulido, M. (2013). Conducta sexual de riesgo en estudiantes universitarios: factores de riesgo y protección. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15 (1), 23-46.
- Frías, B., Barroso, R., Rodríguez, M., Moreno, D. & Robles, S. (2008). Comunicación sobre temas sexuales con padres y pareja y su relación con la intención para tener sexo y usar condón en adolescentes. En: S. Rivera Aragón, R. Díaz-Loving, R. Sánchez Aragón e I. Reyes Lagunes (Eds.), *La Psicología Social en México* (pp. 227-232), Vol. XII, México, D.F.: AMEPSO
- García, P., & Nastro, M. (2011). Sexualidad en adolescentes con discapacidades motoras. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 109 (5), 447-452. doi: 10.5546/aap.2011.447
- Gascón, J., Navarro, B., Gascón, F., Pérula, L., Jurado, A., & Montes, G. (2003). Comportamiento sexual de los escolares adolescentes en la ciudad de Córdoba. *Atención Primaria*, 32 (6), 355-360. doi: 10.1016/S0212-6567(03)79296-8

- 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.
- Guevara, Y., Ortega, P. & Plancarte, P. (2001). *Psicología conductual. Avances en educación especial*. México: UNAM – FES Iztacala.
- Guevara, Y., Robles, S., Rodríguez, M., & Frías, B. (2016). Comunicación con padres, comportamiento sexual e indicadores de abuso sexual en jóvenes mexicanos con discapacidad visual. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 10(1), 79-90. Doi: 10.21500/19002386.2468
- Hardgrove, A. (2014). Juventud y vulnerabilidad desde una perspectiva global. United Nations Development Program. Human Development Reports. Recuperado de: <http://hdr.undp.org/en/node/1789>
- Iglesias, J. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, 17 (2), 88-93.
- Instituto Mexicano de la Juventud. (2013). Diagnóstico de la situación de los jóvenes en México. Recuperado el 20 de agosto de: https://www.imjuventud.gob.mx/imgs/uploads/Diagnostico_Sobre_Jovenes_En_Mexico.pdf
- Instituto Mexicano de la Juventud. (2017). ¿Qué es ser joven? Gob.mx. México. Recuperado el 25 de septiembre de: <https://www.gob.mx/imjuve/articulos/que-es-ser-joven?idiom=es>
- Instituto Nacional de Estadística y geografía. (2014). La discapacidad en México, datos al 2014. México. Recuperado el 10 de septiembre de: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825090203.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). Encuesta intercensal 2015. Principales resultados. México. Recuperado el 12 de septiembre de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/intercensal/2015/doc/eic_2015_presentacion.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y geografía. (2018). Estadísticas a propósito del día mundial de la juventud (12 de agosto) [Comunicado de prensa]. Recuperado de: http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/juventud2018_Nal.pdf
- Instituto para las Personas con Discapacidad de la Ciudad de México (2017). Diccionario de Lengua de Señas Mexicana Ciudad de México. Recuperado el 13 de octubre de: https://pdh.cdmx.gob.mx/storage/app/media/banner/Dic_LSM%202.pdf
- Kwadwo, W. (2013). Perceptions about Barriers to Sexual and Reproductive Health Information and Services among Deaf People in Ghan. *Disability, CBR and Inclusive Development Journal*, 24 (3), 21-36. 10.5463/dcid.v24i3.234
- Lahora, M. (2019). La sordera: esa discapacidad invisible. *Diario de Fuerteventura*. Recuperado de: <https://www.diariodefuerteventura.com/noticia/la-sordera-esa-discapacidad-invisible>

- Secretaría de Gobernación (2018). *Ley General para la Inclusión de las personas con Discapacidad*. Recuperado el de: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGIPD_120718.pdf
- Lobera, J. (2010). Discapacidad auditiva. *Guía didáctica para la inclusión en educación inicial y básica*. México: Consejo Nacional de Fomento Educativo.
- Manu, A., Mba, C., Asare, G., Odo-Agyarko, K., & Asante, R. (2015). Parent-child communication about sexual and reproductive health: evidence from the Brong Ahafo region, Ghana. *Reproductive Health*, 12 (16), 1-13. doi: 10.1186/s12978-015-0003-1
- 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. doi: 10.25009/pys.v18i2.663
- Novoa, A. (1980). *Conceptos básicos sobre comunicación*. Turrialba, Costa Rica: CATIE.
- Organización de las Naciones Unidas (s/f) Juventud. Recuperado de: <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/youth-0/index.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad*. Recuperado de: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2018). Discapacidad y Salud. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
- Organización Mundial de la Salud (2019). Sordera y pérdida de audición. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>
- Pérez, Y. & Robles, S. (2018). Comparativo del nivel de conocimiento y debut sexual en jóvenes con sordera de la Ciudad de México y Guadalajara. *Pensamiento Crítico. Revista de Investigación Multidisciplinaria*, 5 (9), 1-8.
- periódico SIPSE (1 de octubre de 2016). En México se hacen ciegos ante los sordos. SIPSE Recuperado de: <https://sipse.com/mexico/sordos-discapacidad-gobierno-mexico-224324.html>
- Piña, J., Robles, S. & Rivera, B. (2007). Instrumento para la evaluación de variables psicológicas y comportamientos sexuales de riesgo en jóvenes de dos centros universitarios de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22 (5), 295-303.
- Real Academia Española. (septiembre de 2019). Comunidad. En *Diccionario de la lengua española* (23ª ed.). Recuperado de: <https://dle.rae.es/comunidad>
- Rincón-Bustos, M., Aguirre-Bravo, A., Carmona, S., Contreras-Ruiz, P., Figueredo-Higuera, R., Guevara-Urrego, C., Sosa-Sabogal, S., & Uran-Loaiza, A. (2015). ¿Cómo la comprensión de lectura en estudiantes sordos se ve facilitada por el uso de tecnologías de la comunicación e información? *Revista Facultad de Medicina*, 63 (3), 83-91. doi: 10.15446/revfacmed.v63n3sup.50570
- Rivera, P. (2008). Sexualidad de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad. *Revista Educación*, 32(1), 157-170. doi: 10.15517/REVEDU.V32I1.529

- Robles, S., Frías, B., Moreno, D., Rodríguez, M., & Barroso, M. (2011). Conocimientos sobre VIH/ SIDA, comunicación sexual y negociación del uso de condón en adolescentes sexualmente activos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14 (4), 317-340.
- Robles, S. & Guevara, Y. (2017). Comportamientos de riesgo y abuso sexual en varones y mujeres con discapacidad visual o auditiva. *Revista Española de Discapacidad*, 5 (1), 133-151. Doi: 10.5569/2340-5104.05.01.08
- Robles, S., Guevara, Y., Pérez, Y. & Hermosillo, A. (2013). Comunicación con padres y conducta sexual en jóvenes mexicanos con discapacidad auditiva. *Psicología y Salud*, 23(2), 227-239.
- Rojas, A., & Oropeza, R. (2010). Efecto de una intervención conductual en la interacción familiar. *Claves del Pensamiento*, 4 (7), 117-131. Doi: 10.46530/ecdp.v0i7.84
- Sánchez, R. & Robles, S. (2014). Apoyo, Supervisión y Comunicación con Padres y su Relación con el Comportamiento Sexual de Jóvenes en Conflicto con la Ley. *Acta De Investigación Psicológica*, 4 (1), 1398 - 1411. Doi: 10.1016/S2007-4719(14)70383-7
- Sande, F., Edvard, L., Kaaya, S., Onya, H. Wubs, A. & Mathews, C. (2013) Condom use and sexuality communication with adults: a study among high school students in South Africa and Tanzania. *BMC Public Health*, 13, 874, 1-11. Doi. 10.1186/1471-2458-13-874
- Sangowawa, O., Owoaje, E., Faseru, B., Ebong, I. & Adekunle, B. (2009). Sexual practices of deaf and hearing secondary school students in Ibadan, Nigeria. *Annals of Ibadan Postgraduate Medicine*, 7(1), 26-30. 10.4314/aipm.v7i1.64060
- Santos, V., Zenker, F., Fernández, R., & Barajas, J. (2006). Deficiencia, discapacidad y minusvalía auditiva. *Revista Electrónica de Audiología*, 3 (1), 19-31.
- Secretaría de Salud (2002). *La salud sexual y reproductiva en la adolescencia: un derecho a conquistar*. México, D.F., México: Sector Salud.
- Serafín, M., & González, R. (2011). *Manos con voz. Diccionario de Lengua de Señas Mexicana*. México, D.F., México: Libre acceso A.C. CONAPRED.
- Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (s.f.). *Manual de Lengua de Señas Mexicana*. México: DIF.
- Taylor, R., Smiley, L., & Richards, S. (2009). *Estudiantes excepcionales*. México: McGraw Hill.
- Teitelman, A., Ratcliffe, S., & Cederbaum, J. (2008). Parent adolescent communication about sexual pressure, maternal norms about relationships power, and STI/HIV protective behaviors of minority urban girls. *Journal of American Psychiatry Nurses Association*, 14(1), 50-60. Doi: 10.1177/1078390307311770
- Uribe, A., Castellanos, J., & Cabán, M. (2016). Conductas sexuales de riesgo y comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos universitarios. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 8 (2), 27-48. Doi: 10.17533/udea.rpsua.v8n2a03

World Association for Sexual health [WAS]. (1999). Declaración Universal de los Derechos Sexuales (Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología). Recuperado de: www.felgtb.org

