



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**“DETERMINANTES SOCIOCULTURALES DE LA COMUNICACIÓN
PARENTAL Y DEL ABUSO SEXUAL EN JÓVENES SORDOS Y
OYENTES DE LA REPÚBLICA MEXICANA”**

ACTIVIDAD DE INVESTIGACIÓN-REPORTE

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A (N)

María Fernanda Angel Viveros

Directora: Dra. **Yuma Yoaly Pérez Bautista**

Dictaminadores: Dra. **Silvia Susana Robles Montijo**

Dr. **Isaías Vicente Lugo González**



Facultad de Estudios Superiores
IZTACALA

Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Dedicatoria

A mis amados padres, Carina y Ramiro. Gracias por su infinita paciencia, su amor incondicional, sus regaños, enseñanzas, abrazos y besos que sin duda alguna siempre me hacen sentir en mi lugar seguro. Créanme que lo que hoy por hoy yo soy, con todo y mis defectos, se los debo totalmente a ustedes con todos sus esfuerzos. Este logro es tanto mío como de ustedes.

A mi hermana Alejandra. Gracias por siempre animarme en mis días más tristes, gracias por siempre ser un refugio para mí y recordarme que a tu lado nunca me faltará amor ni apoyo. Gracias por recordarme mi valor y lo que merezco, así como demostrarme que incluso con mis mayores errores, estaremos juntas hasta la eternidad. Incluso cuando nos hemos roto mutuamente el corazón, siempre estaremos la una para la otra. Te amo mucho. (<https://vm.tiktok.com/ZM6myifge/>)

A Rubén, mi cuñado, por ser el mejor hermano postizo que mi hermana pudo darme, por enseñarme un mundo fantasioso y animarme a creer que puedo lograr cosas grandes, independientemente de mi tamaño.

A Gustavo, por ser durante los últimos años un gran apoyo emocional e incondicional para mí. Las risas, ocurrencias y tu forma de siempre señalar mis fortalezas y virtudes son un gran tesoro en mi vida. Nuevamente gracias por permitirme compartir tantas cosas contigo, te quiero.

Esto es para todos ustedes por creer en mí y darme el valor para seguir adelante.

Agradecimientos:

A mi asesora, la doctora Yuma Pérez. Gracias por darme la oportunidad de aplicar para esa entrevista y por aceptarme como miembro del grupo de investigación, ya que, con esa decisión reencontré el gusto hacia la inclusión de las discapacidades. Fue un placer ser su pupila durante todo este trayecto, gracias por ser un pilar en mi desarrollo como profesional de la psicología.

A mis sinodales, por sus ideas que me ayudaron a retroalimentar este trabajo.

A la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, gracias por ser un espacio para mi desarrollo profesional y personal, por permitirme conocer a las personas quienes hoy son importantes en mi vida y finalmente por brindarme la oportunidad de estudiar la carrera de mis sueños.

A mis profesores de toda mi vida académica, aquellos quienes sembraron esa semilla de interés por conocer el mundo y ampliarlo, gracias por enseñarme una pequeña parte de lo grande que es el mundo.

Finalmente, gracias a esos amigos quienes hicieron más ligero el camino, aquellos quienes siguen en mi camino y también a los que sólo estuvieron un período corto, Tengo por seguro que algunos momentos más divertidos de mi vida los pasé a su lado.

ÍNDICE

RESUMEN.....	ii
INTRODUCCIÓN.....	iv
PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO.....	i
CAPÍTULO 1. LA SALUD SEXUAL Y SUS PROBLEMÁTICAS EN LA JUVENTUD MEXICANA	1
1.1 Definición de salud sexual	1
1.2 Estadísticas sobre la Salud Sexual en México	2
1.3 Factores socioculturales que vulneran la salud sexual en los jóvenes.....	5
1.4 Otros problemas vinculados con la salud sexual: Abuso Sexual y sus indicadores.....	10
CAPÍTULO 2. FACTORES QUE PROMUEVEN LAS CONDUCTAS DE PREVENCIÓN EN LA VIDA SEXUAL Y REPRODUCTIVA	12
2.1. Comunicación parental como promotora de la salud sexual y reproductiva ..	12
2.2 Modelo IMB y su uso para la promoción de conductas sexuales saludables: Habilidades conductuales y comunicación sexual.....	16
CAPÍTULO 3. HALLAZGOS SOBRE LA SALUD SEXUAL EN PERSONAS QUE VIVEN EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD Y PERSONAS OYENTES	19
3.1 Estudios con ambas poblaciones	19
3.2 Personas sordas.....	19
3.3 Personas oyentes	20
SEGUNDA PARTE: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA.....	26
CAPÍTULO 4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	27
4.1 Objetivos.....	30
4.2 Hipótesis	30
CAPÍTULO 5. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	31
5.2 Tipo de Estudio.....	31
5.3 Participantes	31
5.4 Instrumentos	32
5.5 Procedimiento	34
5.6 Condiciones éticas del estudio	34
5.7 Análisis de datos.....	35
CAPÍTULO 6. RESULTADOS	36
6.1 Análisis descriptivo	36
6.2 Análisis comparativo	42
6.3 Análisis de asociación y correlación.....	56
CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	59
REFERENCIAS	67

RESUMEN

Se ha documentado la vulnerabilidad de las personas sordas en comparación con la población oyente, indicando que estos jóvenes pueden tener una mayor probabilidad de vivir experiencias de abuso sexual e incluso de tener niveles bajos de comunicación con sus padres sobre temas relacionados con su salud sexual. Sin embargo, en el contexto mexicano, aún no se ha realizado una investigación que analice estas variables y las implicaciones que su entorno pueda tener en dichos comportamientos. El objetivo de este informe fue identificar y analizar la relación entre factores socioculturales (vinculados al lugar de residencia, Ciudad de México e Interior de la República), la comunicación parental y las experiencias de abuso sexual en jóvenes oyentes y sordos.

El diseño de este estudio fue transversal, descriptivo, comparativo, correlacional y observacional. Un total de 884 jóvenes participaron voluntariamente, seleccionados de 22 instituciones educativas en 11 ciudades de la República Mexicana a través de un muestreo no probabilístico por cuotas. La muestra se distribuyó de la siguiente manera: 442 jóvenes sordos y 442 oyentes. La edad promedio de los jóvenes sordos fue de 20.3 años (DE= 4.4), mientras que la de los jóvenes oyentes fue de 20.4 años (DE=3.9). La mayoría de los participantes en el estudio eran hombres, representando el 56.7% en el grupo de jóvenes sordos y el 55.7% en el grupo de jóvenes oyentes. Además, la mayoría de ellos estaban solteros, constituyendo el 66.8% en el grupo de sordos y el 71.6% en el grupo de oyentes.

En cuanto a su nivel educativo, el 61.5% (n=128) de los jóvenes sordos había completado la educación media superior, mientras que el 54.0% (n=156) de los jóvenes oyentes había alcanzado estudios universitarios. La información se recopiló a través de un cuestionario computarizado que incluyó diversas variables, como datos demográficos, comportamiento sexual, conocimientos sobre el uso correcto del condón, autoeficacia percibida para su uso adecuado, así como mediciones de la comunicación sexual con sus padres y madres. En el caso de los jóvenes sordos, el cuestionario fue administrado por un instructor capacitado en la aplicación de la herramienta digital y con certificación en la Lengua de Señas Mexicana (LSM).

Los resultados revelaron que la mayoría de los jóvenes sordos (JS) adquirieron su discapacidad desde el nacimiento y son usuarios de la Lengua de Señas Mexicana (LSM), principalmente porque la tuvieron en la etapa prelingüística. Muchos de ellos crecen en contextos familiares con padres oyentes, lo que puede dificultar la comunicación entre padres e hijos. Se observó una falta de comunicación sobre temas de salud sexual entre padres e hijos, siendo más pronunciada en las familias con padres oyentes, especialmente en el interior de la República Mexicana. También se observó que la mayoría de los JS aprenden la LSM después de los 6 años, lo que podría afectar su repertorio lingüístico y su uso de señas especializadas en salud sexual y reproductiva (SSR).

En ambos grupos, se identificó una baja comunicación parental sobre temas relacionados con la salud sexual, especialmente en el caso de los JS. En cuanto a las experiencias de abuso sexual, se encontró que en ambos grupos se habían experimentado encuentros sexuales forzados y sin consentimiento.

Finalmente, un análisis de momios permitió determinar que ser una persona sorda aumenta el riesgo de no comunicarse con los padres y de tener experiencias de abuso sexual. Asimismo, se determinó que, a pesar de las diferencias entre las personas que viven en el interior de la República y en la Ciudad de México en cuanto al entorno, los factores socioeconómicos explican una pequeña parte de la variabilidad.

Los resultados se discuten en función de la importancia de incluir temas relacionados con la prevención del abuso sexual en los programas de prevención y promover la comunicación con los padres desde un enfoque transversal y de género.

ABSTRACT

It has been documented that deaf individuals are in a vulnerable position compared to the hearing population, indicating that these young people may be more likely to experience sexual abuse and even have low levels of communication with their parents regarding their sexual health. However, in the Mexican context, no research has yet been conducted to analyze these variables and the implications their environment may have on these behaviors. The aim of this report was to identify and analyze the relationship between sociocultural factors (linked to place of residence, Mexico City and the Interior of the Republic), parental communication, and experiences of sexual abuse in both hearing and deaf youth.

The design of this study was cross-sectional, descriptive, comparative, correlational, and observational. A total of 884 young people participated voluntarily, selected from 22 educational institutions in 11 cities across the Mexican Republic through non-probabilistic quota sampling. The sample was divided as follows: 442 deaf youth and 442 hearing youth. The average age of deaf youth was 20.3 years (SD=4.4), while that of hearing youth was 20.4 years (SD=3.9). Most participants in the study were males, comprising 56.7% in the deaf youth group and 55.7% in the hearing youth group. Furthermore, most of them were single, representing 66.8% in the deaf group and 71.6% in the hearing group.

Regarding their educational level, 61.5% (n=128) of deaf youth had completed high school, while 54.0% (n=156) of hearing youth had achieved university studies. Information was collected through a computerized questionnaire that included various variables, such as demographic data, sexual behavior, knowledge of correct condom use, perceived self-efficacy for its proper use, as well as measurements of sexual communication with their parents and mothers. In the case of deaf youth, the questionnaire was administered by an instructor trained in the use of the digital tool and certified in Mexican Sign Language (LSM).

The results revealed that most of the deaf youth (DY) acquired their disability from birth and are users of Mexican Sign Language (LSM), primarily because they were exposed to it in the prelinguistic stage. Many of them grow up in family contexts with hearing parents, which can hinder communication between parents and

children. A lack of communication on sexual health topics between parents and children was observed, which was more pronounced in families with hearing parents, especially in the interior of the Mexican Republic. It was also observed that the majority of DY learn LSM after the age of 6, which could affect their linguistic repertoire and their use of specialized signs in sexual and reproductive health (SRH).

In both groups, low parental communication on sexual health topics was identified, especially in the case of DY. As for experiences of sexual abuse, it was found that both groups had experienced forced and non-consensual sexual encounters.

Finally, odds ratio analysis allowed us to determine that being a deaf person increases the risk of non-communication with parents and of experiencing sexual abuse. Likewise, it was determined that, despite differences between individuals living in the Interior of the Republic and in Mexico City in terms of their environment, socio-economic factors explain a small part of the variability.

The results are discussed in terms of the importance of including topics related to the prevention of sexual abuse in prevention programs and promoting parent-child communication from a cross-cutting and gender perspective.

INTRODUCCIÓN

El presente reporte se ubica dentro del Proyecto de Investigación denominado: “Predictores de conductas sexuales de riesgo. Una comparación entre jóvenes oyentes y sordos de once ciudades de la República Mexicana”, proyecto financiado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT - IN307321), a cargo de la Dra. Silvia Susana Robles Montijo, llevado a cabo dentro de la Unidad de Investigación Interdisciplinaria en Ciencias de la Salud y la Educación (UIICSE) de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

En este trabajo de tesis se cubren parcialmente el tercer, cuarto y sexto objetivo específico de dicho proyecto, los cuales tienen como finalidad describir y analizar las variables de comunicación parental y experiencias de abuso sexual, así como comparar dichos resultados con la población sorda. Teniendo como propósito identificar y analizar la relación entre los factores socioculturales, la comunicación parental y las experiencias de abuso sexual en jóvenes oyentes y sordos.

En la literatura de investigación se ha documentado las diferencias entre personas sordas y oyentes en el contexto de la Salud Sexual y Reproductiva, encontrando que la mayoría de los jóvenes sordos se comunican poco con sus padres (Robles et al., 2013) y que son un grupo vulnerable, susceptible a vivir experiencias de abuso sexual (Robles & Guevara, 2017).

Aunque se han realizado investigaciones donde se compara a la población sorda y oyente en el campo de la salud sexual y reproductiva, parte de este trabajo se ha centrado en la comparación del comportamiento sexual y conocimientos, esto en países tales como Nigeria (Sangowawa et al., 2009) y Suiza (Brunnberg et al., 2009) que difieren social y culturalmente a la realidad mexicana, donde muchos programas asistenciales y de apoyo a minorías se concentran en la Ciudad y zona metropolitana.

Para el abordaje de estos elementos, el manuscrito se ha organizado en siete capítulos que se presentan en dos apartados. En el primer apartado se presenta el marco teórico, en el que se abarcan los conceptos teóricos que se revisan a lo largo de este trabajo.

Capítulo 1: En este capítulo se introduce en profundidad el concepto de Salud Sexual, se presentan cifras que ilustran el estado de salud sexual de los jóvenes mexicanos y se revisan algunos aspectos que aumentan la vulnerabilidad de este sector, incluyendo factores psicológicos, sociales, psicoculturales y biológicos, así como el abuso sexual.

Capítulo 2: Este capítulo se centra en abordar los factores que promueven las conductas de prevención en la población, prestando particular atención a la comunicación parental debido a su relevancia en este contexto. También se realiza una revisión del Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales (IMB, por sus siglas en inglés) y sus variables, ya que es uno de los modelos que explican el comportamiento de prevención y sirve como marco teórico-metodológico del proyecto.

Capítulo 3: En este capítulo se describen algunos hallazgos en el campo de la Salud Sexual en personas con discapacidad y personas oyentes, con el propósito de proporcionar un panorama general de la investigación realizada con estas poblaciones.

Capítulo 4: En el Capítulo 4, se presenta el planteamiento del problema y los objetivos de este informe.

Capítulo 5: En el Capítulo 5, se describe la metodología empleada, proporcionando información sobre el tipo de estudio, el diseño, los participantes, los instrumentos, el procedimiento, las consideraciones éticas del estudio y el tipo de análisis utilizado.

Capítulo 6: En el Capítulo 6, se presentan los resultados descriptivos, comparativos y de correlación que se llevaron a cabo para abordar los objetivos específicos de este informe.

Capítulo 7: En el último capítulo (Capítulo 7), se discuten los resultados y se presentan las conclusiones.

Estas sugerencias buscan mejorar la fluidez y claridad del texto, pero en general, la estructura y el contenido de los capítulos parecen estar bien definidos.

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. LA SALUD SEXUAL Y SUS PROBLEMÁTICAS EN LA JUVENTUD MEXICANA

El ser humano debe entenderse como un organismo biopsicosocial que se desarrolla, aprende y actúa en un contexto específico. Este entorno le proporcionará las habilidades y herramientas necesarias para llevar a cabo comportamientos que determinarán su éxito o fracaso de acuerdo con las normas y expectativas de dicho contexto. Es importante destacar que, dentro de esta dinámica conductual, los aprendizajes y las acciones se extienden a todas las áreas del desarrollo humano, como la familiar, escolar, laboral y personal, entre otras. Por lo tanto, es esencial adquirir un repertorio comportamental que permita una ejecución "adecuada" de acuerdo con estas normas, es decir, comprender los beneficios y las consecuencias directas de cada acción (Engel, 1977).

Cada miembro de la sociedad se ve directamente influenciado por los aspectos culturales de su entorno, lo que puede desempeñar un papel crucial en la adquisición de los conocimientos necesarios para su bienestar biopsicosocial. Los grupos más vulnerables suelen encontrarse entre las comunidades infantiles y adolescentes, ya que son especialmente susceptibles a las influencias de sus entornos (Allen-Leigh et al., 2016).

Los líderes de la sociedad han invertido esfuerzos para garantizar que todos sus miembros tengan acceso a la educación y puedan formarse como ciudadanos. De acuerdo con la Declaración Universal de Derechos Humanos, la educación se considera un derecho humano fundamental que busca combatir la discriminación y la vulnerabilidad en el ámbito educativo (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO], 2015).

Uno de los aspectos de la educación que ha sido particularmente vulnerable a nivel nacional es la educación sexual y su enfoque en la promoción de una sexualidad saludable (Allen-Leigh et al., 2016). La sexualidad se entiende como un aspecto central de la vida humana que abarca el sexo, las identidades, la orientación sexual, el placer, el erotismo, la intimidad y el deseo de reproducción. Puede expresarse a través de palabras, acciones, pensamientos, fantasías, creencias y deseos (Organización Mundial de la Salud [OMS], s.f.). La importancia de la

sexualidad en la vida humana es tal que se reconoce y protege a través de los derechos sexuales y reproductivos, que incluso están consagrados en la Constitución Mexicana en la Ley General de la Salud. Estos derechos deben ejercerse en libertad, lo que refleja el reconocimiento de la autonomía, la identidad y el empoderamiento para vivir una sexualidad plena, libre, informada y saludable (Secretaría de Gobernación [SEGOB], 2015).

1.1 Definición de salud sexual

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, s.f.), la Salud Sexual (SS) se define como un estado general de bienestar físico, mental y social en relación con todos los aspectos del sistema reproductivo y sus funciones. A diferencia de simplemente la ausencia de enfermedades o dolencias, la SS se centra en comprender la sexualidad como un comportamiento humano y las consecuencias que puede tener en la salud de cada individuo. Esta comprensión ha avanzado significativamente desde la década de los 90, especialmente en relación con los problemas asociados, incluyendo cómo los adolescentes y adultos experimentan su sexualidad de diferentes maneras (Padilla, 2006).

Se parte de la premisa de que la SS debe abordarse con un enfoque óptimo y respetuoso, donde se garantice la libertad de coacción, discriminación y violencia en la libre expresión de los derechos sexuales. Esto permite el ejercicio de la sexualidad desde una perspectiva de salud sin violar las prácticas individuales. Entre los valores fundamentales se incluyen la libertad, la igualdad, la no discriminación, la privacidad, la autonomía y la seguridad, lo que protege los derechos de todos en su búsqueda de satisfacción y expresión sexual (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2010).

Dentro del ámbito de la SS se abordan diversos conceptos que deben tratarse de manera integral, lo que significa que ninguno debe ser ignorado y todos deben ser divulgados adecuadamente en su entorno. Esto incluye la Salud Reproductiva (SR), que, aunque relacionada con la SS, se diferencia en algunos aspectos. La salud sexual se enfoca en el bienestar y la calidad de vida en términos de sexualidad en general, mientras que la salud reproductiva se concentra en los

aspectos vinculados a la reproducción y la posibilidad de concebir hijos de manera segura y saludable. Sin embargo, ambos términos están estrechamente relacionados en la implementación de programas y estudios (Padilla, 2006).

La SS se caracteriza por considerar un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad, más allá de la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. Esto incluye la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras, seguras y libres de coerción, discriminación y violencia. Por otro lado, la SR se refiere al bienestar físico, mental y social relacionado con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos, incluyendo la libertad de decidir si tener hijos, cuándo y con qué frecuencia hacerlo (Secretaría de Gobernación, 2022). Ambos conceptos deben abordarse dentro de la educación sexual, teniendo en cuenta los aspectos personales, culturales y académicos (Contreras et al., 2013).

Aunque la educación sexual (ES) se reconoce como un derecho humano y una necesidad esencial para el desarrollo, los adolescentes, especialmente aquellos que viven en países en desarrollo, tienen acceso limitado a la ES. A pesar de que estos jóvenes participan en relaciones sexuales de alto riesgo y pueden enfrentar experiencias de abuso sexual, lo que puede llevar a problemas de salud graves, no se les presta la atención necesaria en términos de desarrollo y divulgación de información (Javadnoori et al., 2022).

Es importante destacar que la implementación de estas definiciones de SS y SR en la sociedad está influenciada por las normas culturales, las desigualdades socioeconómicas, las leyes, las políticas, los reglamentos y las estrategias de cada contexto. Por lo tanto, la aplicación de estas definiciones puede variar según la región, lo que se explica por las barreras de acceso a la información en cada área (Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES], 2020).

La adolescencia es una etapa clave para promover la ES, ya que marca el inicio de la transición a la vida adulta, fomentando la autonomía y la toma de decisiones. Esta etapa ofrece oportunidades para el aprendizaje y la adopción de comportamientos que conducen a una vida sexual saludable. Los adolescentes enfrentan una serie de cambios y preguntas, y a menudo carecen de los recursos

para obtener respuestas, especialmente en lo que respecta a la sexualidad (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2017).

Sin embargo, la promoción de la educación sexual sigue siendo un desafío en muchos lugares, ya que los datos nacionales muestran que los jóvenes están involucrándose en conductas de riesgo para su salud sexual. A continuación, se presentan algunos de estos datos.

1.2 Estadísticas sobre la Salud Sexual en México

En el país, residen 19.8 millones de mujeres y 19.4 millones de hombres que se encuentran en el rango de edad de 12 a 29 años, lo que representa el 29.8% y el 31.6% de la población total de mujeres y hombres, respectivamente (INMUJERES, 2020).

En México, 86.8 millones de personas tienen su primer encuentro sexual después de los 15 años. La mayoría de las mujeres (53.2%) informó haberlo iniciado entre los 18 y 24 años, mientras que los hombres (53.3%) lo hicieron antes de los 18 años (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2021).

En lo que respecta a la anticoncepción, algunos informes nacionales se centran en las mujeres sin presentar esta información por segmentos. En el comunicado del INEGI de 2019, se indicó que el 98.6% de las mujeres de 15 a 49 años conocen al menos un método anticonceptivo y el 95.6% conocen el uso correcto de al menos uno de estos métodos. Sin embargo, solo el 53.4% de las mujeres en edad fértil utiliza métodos anticonceptivos. El 59.9% de las adolescentes utilizó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual; el 59% de las mujeres de 20 a 24 años y el 53% de las que tienen entre 25 y 29 años. El 36.4% de las adolescentes que no utilizaron métodos anticonceptivos lo hizo porque no planeaban tener relaciones sexuales, el 17.3% manifestó desconocimiento de métodos, el 16% deseaba quedar embarazada y el 15.7% confiaba en que no se quedaría embarazada.

La tasa global de fecundidad en el trienio 2015 a 2017 es de 2.07 hijos por mujer. Las mujeres que residen en zonas rurales tienen una fecundidad más alta (2.51 hijos por mujer) en comparación con las que residen en localidades urbanas

(1.94 hijos por mujer). Según las estadísticas de 2013 a 2017, Chiapas (2.80), Zacatecas (2.71) y Coahuila (2.53) son los estados con mayor fecundidad, mientras que la Ciudad de México (1.34) es la entidad con menor fecundidad (INEGI, 2019).

En cuanto a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (CENSIDA) reportó un total de 64,643 casos de SIDA en jóvenes de 15 a 29 años desde 1983 hasta 2019. El grupo de 25 a 29 años presenta la mayoría de los casos (38,350), de los cuales el 83.9% son hombres y el 16.1% son mujeres (INMUJERES, 2020).

Estos datos reflejan la falta de efectividad de los programas de Educación Sexual (ES), ya que a pesar de que muchos jóvenes cuentan con información, esta no se traduce en conductas de prevención. Además, se pueden observar diferencias según la zona de residencia, siendo la Ciudad de México donde se registran menos embarazos en toda la república mexicana. Esto puede deberse a las diferencias en el acceso a servicios en comparación con otras regiones, así como a las oportunidades de interacción social, estabilidad económica y psicológica, y acceso a la educación. Cabe destacar que estos aspectos no tienen en cuenta a los sectores poblacionales en mayor riesgo, como los jóvenes con discapacidad, cuya accesibilidad depende de la región donde vivan (Elia & Eliason, 2014). Estos temas se abordarán con más detalle en el siguiente apartado.

1.3 Factores socioculturales que vulneran la salud sexual en los jóvenes

Se estima que desde los años 2000 en algunos países se ha intentado adoptar una perspectiva práctica y efectiva respecto a la sexualidad durante la adolescencia. Esto parte de la idea de que la prohibición no es una vía ideal para la educación. En su lugar, se promueve una postura positiva enfocada en la funcionalidad cognitiva, conductual, emocional y social de los adolescentes, con el propósito de prevenir conductas que comprometan la integridad de sus esferas biopsicosociales (Impett et al., 2022). Es importante mencionar que esta perspectiva busca la funcionalidad teniendo en cuenta los distintos factores de riesgo que pueden estar involucrados.

Un factor de riesgo se describe como una o más características de un contexto, persona o comunidad que puede aumentar la probabilidad de daño que afecte la salud de un individuo (Herrera, 1999). Como se mencionó anteriormente, la adolescencia es una etapa crucial en el desarrollo humano, caracterizada por cambios sociales, psicológicos, biológicos y culturales. Sin embargo, con frecuencia, cuando se habla de riesgo, se tiende a asociarlo principalmente con el bienestar biomédico, dejando de lado las otras dimensiones del desarrollo humano. Es fundamental comprender que el enfoque en el riesgo es esencial para abordar la salud a través de la educación sexual.

Según Robles et al. (2013), los adolescentes que mantienen una comunicación abierta sobre educación sexual con sus padres, docentes y trabajadores de la salud tienen mayores probabilidades de identificar los riesgos y las consecuencias relacionados con el comportamiento sexual. Esto incluye decisiones como retrasar el primer encuentro sexual y utilizar métodos anticonceptivos para prevenir embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (ITS). En otras palabras, la comunicación efectiva puede llevar a la adopción de conductas de prevención ante riesgos percibidos. Los estudios revelan que los adolescentes que no han tenido un acercamiento sobre educación sexual con sus padres y han obtenido información limitada de sus pares o el sistema educativo tienen una mayor incidencia de embarazos e ITS.

A continuación, se explorarán los factores de riesgo que afectan la salud sexual de los jóvenes desde las perspectivas psicológicas, sociales, biológicas y culturales, según las investigaciones disponibles.

1.3.1 Psicológicos y Sociales

Cada individuo va forjando con el tiempo sus propias actitudes hacia la sexualidad, que pueden o no expresarse según sus experiencias personales, el entorno en el que se desenvuelve, su contexto social y cultural, conocimientos, creencias religiosas y otras variables. De esta manera, cada persona desarrolla y proyecta una imagen basada en sus comportamientos y opiniones, que pueden estar influenciados por el entorno que observa y con el que se identifica. Las primeras

expresiones de identidad de género suelen formarse a través de los círculos sociales más cercanos, pero no son definitivas y pueden evolucionar con el tiempo debido a factores psicosociales y experiencias individuales (Herrera, 1999).

La satisfacción de las necesidades básicas de un adolescente puede generar expectativas de independencia, autoafirmación, aceptación entre sus pares y creencias sobre las relaciones personales e íntimas en su contexto, lo que lo alejará del riesgo. Si estas necesidades no se satisfacen adecuadamente, las conductas del adolescente pueden estar influenciadas por su comprensión limitada debido a la falta de educación. Además, patrones educativos mal orientados, como la sobreprotección, pueden dar lugar a sentimientos de culpa por comportamientos sexuales o a la desobediencia en lo que respecta al autocuidado (Herrera, 1999).

La mala orientación en relación con la sexualidad, las conductas autoritarias, la falta de congruencia y contextos frustrantes pueden dar lugar a una adolescencia carente de los conocimientos básicos necesarios para regular su comportamiento y prevenir conductas no deseadas. Se ha observado que una comunicación basada en prejuicios sexuales, moralizaciones, censuras injustificadas sobre la identidad y amenazas son factores determinantes que contribuyen a la desinformación, el desconocimiento y la falta de conciencia de las consecuencias de una vida sexual activa (Herrera, 1999).

Además, es innegable que el entorno social ejerce una influencia significativa en las conductas sexuales, tanto individuales como ajenas. La necesidad de autoafirmación y de seguir los códigos de conducta del entorno puede llevar a una actividad sexual temprana, sin conocimiento y, sobre todo, sin un interés genuino, impulsada por la presión social presente en ciertos círculos. Si el ambiente familiar impone reglas y roles que no permiten la libre expresión del adolescente, puede interpretarse como una falta de confianza en relación con estos temas (Herrera, 1999).

Por lo tanto, la dimensión psicosocial de la sexualidad involucra factores psicológicos (emociones, ideas y actitudes personales) y factores sociales (influencia del entorno social), y su evaluación reviste gran importancia, ya que

puede explicar el origen de numerosas consecuencias negativas en la salud sexual (Fonner et al., 2014).

1.3.2. Psicoculturales

A lo largo de los años, las personas nos hemos definido como seres que interactúan tanto de manera individual como en grupos. Aspectos económicos, políticos y culturales han surgido a partir de pensamientos individuales de personalidades que han revolucionado la forma en que entendemos y actuamos en el mundo. Sin embargo, es importante recordar que el individualismo, por sí mismo, se encuentra contextualizado a través de la cultura y los grupos sociales con los que interactuamos (Etchezahar & Jaume, 2013).

En los últimos años, se ha destacado una nueva dimensión en la sexualidad: la certeza de que los factores medioambientales influyen de manera significativa en la Salud Sexual (SS). Estos cambios provocan modificaciones específicas en la sexualidad de los seres vivos, algunos de los cuales están correlacionados o son completamente aprendidos en función de la cultura en la que se desenvuelven (Amador et al., 2012).

El conocimiento de las conductas sexuales, como observamos en los aspectos psicosociales, puede determinar si un adolescente se encuentra en riesgo de comprometer su SS. La ES debe centrarse en el conocimiento de las conductas que cuestionen sus creencias y tengan un impacto positivo en su salud. Se ha observado que entre los adolescentes existen creencias erróneas en cuanto al uso de anticonceptivos hormonales o de barrera, las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), los roles de género y la comunicación entre parejas, así como en lo referente a las conductas sexuales seguras, que no garantizan una práctica sexual preventiva adecuada (Bagnato et al., 2014).

Además, debemos considerar que la sexualidad es un factor cultural regulado por la comunidad en la que se desarrolla, y esta regulación está influenciada por normas de convivencia que se basan en construcciones morales. En otras palabras, las creencias culturales, como la religión, pueden obstaculizar la difusión adecuada de la Educación Sexual debido a que pueden afectar sus

fundamentos, dejando a los jóvenes en una situación vulnerable debido a las restricciones que imponen ciertas religiones, considerando la sexualidad como un acto de procreación en lugar de placer o protección (Montero, 2010).

Además, la falta de conocimiento sobre las prácticas sexuales y cómo estas pueden desarrollarse en un contexto de poligamia o monogamia expone a los adolescentes a situaciones de riesgo, especialmente cuando la comunicación entre individuos es limitada. Existe la percepción errónea de que los adolescentes deben adoptar ciertas conductas sexuales según su género, sin llegar a acuerdos que los protejan del riesgo. Entre las creencias equivocadas, la más común es la falta de conocimiento sobre cómo se transmiten las ITS, lo que lleva a una falta de planificación en la actividad sexual (Bagnato et al., 2014).

Se hace evidente la necesidad de ampliar el conocimiento de la Educación Sexual para prevenir conductas de riesgo en los adolescentes. Estas conductas se ven influenciadas por un discurso social que busca inhibir comportamientos sexuales a través de juicios moralistas basados en creencias. Además, se observan diferentes necesidades entre los géneros, lo que crea desigualdades evidentes, especialmente en el discurso que tiende a desresponsabilizar a los hombres en lo que respecta a la prevención sexual (Montero, 2010).

1.3.3 Biológicos

Dentro del desarrollo psicosexual de cada individuo se utiliza el concepto de sexo biológico para ayudar a definir lo que se conoce como femenino o masculino: éste se constituye a partir del sexo cromosómico con el cual se nace, expresado con los genitales externos e internos, estructuras neuroencefálicas y también neuroendocrinas (Corona & Funes, 2015).

Aunque el sexo constituya una gran parte respecto a la identidad con la que cada individuo se expresa, no significa que ésta tenga que estar en concordancia al género con el que se asemeja, por lo que se busca dejar de lado el ligar a las conductas sexuales respecto a la identidad de género. Sin embargo, la ES se ha orientado de manera en la que se asume que el sexo determinará los roles de las personas respecto a su sexualidad, por lo que limita los conocimientos a los que

tanto los hombres como las mujeres deberán tener acceso. De igual forma, los factores biológicos pueden ser determinantes para que un adolescente adopte conductas de miedo o aislamiento para no tener que confrontar la problemática del acto sexual de manera en la que se le juzgue, por lo que estará aún más expuesto a realizar conductas que le pongan en riesgo (Corona & Funes, 2015).

1.4 Otros problemas vinculados con la salud sexual: Abuso Sexual y sus indicadores

Decir que existe una definición absoluta del abuso sexual ha sido un reto en la investigación, considerando que los indicadores hallados pueden variar de acuerdo a la población estudiada y las características de ésta, así como a los objetivos que se precisen de acuerdo a cada estudio. Sin embargo, un elemento clave a identificar para la definición es la coerción que se ejerce sobre la víctima para realizar alguna actividad de índole sexual sin su consentimiento e imposibilitando su decisión (del Campo, 2003).

Se menciona que existen factores que de algún modo pueden facilitar la identificación del abuso sexual. Del Campo (2003) hace referencia a ellos bajo el nombre de "síntomas", los cuales pueden manifestarse en diferentes aspectos. Estos pueden incluir aspectos físicos, como marcas en la piel, hematomas, dolores musculares y/o sangrados; aspectos emocionales, como depresión, ansiedad, agresiones u otros estados psicológicos; y finalmente, aspectos conductuales, que abarcan problemas o comportamientos como aislamiento, desconfianza, agresión, entre otros. Como se observa, son diversos los elementos que se asocian con el abuso sexual, así como los factores que pueden aumentar su incidencia en poblaciones específicas.

Dicho esto, es importante subrayar la importancia de los indicadores del abuso sexual, ya que estos son los que definen las conductas específicas para limitar la investigación. Además, los indicadores permiten esclarecer la diferencia entre conductas de coerción física y/o emocional en comparación con las conductas comúnmente catalogadas como afectivas o de cuidado. Robles et al. (2016) han llevado a cabo varias investigaciones en las que consideran el abuso como una

conducta de riesgo en la vida sexual del individuo. Por lo tanto, los indicadores se definen en función de comportamientos de riesgo, como ser tocado en partes íntimas o ser visto desnudo sin consentimiento, así como el uso de fuerza y presión para tener relaciones sexuales.

En conclusión, los problemas de salud sexual pueden abordarse desde diferentes perspectivas, debido a que sus causas son multifactoriales, entre las que se incluye el entorno, pues aquellas personas que tienen un mejor acceso a la información y reciben mejores servicios de salud radican en zonas urbanizadas, pues existe un mayor acceso a opciones anticonceptivas, ES y menos barreras culturales.

CAPÍTULO 2. FACTORES QUE PROMUEVEN LAS CONDUCTAS DE PREVENCIÓN EN LA VIDA SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Los hallazgos más consistentes en el campo orientado a prevención de ITS y embarazos han señalado que la comunicación parental, abierta y efectiva entre padres e hijos, sobre temas de sexualidad se asocia con la adopción de comportamientos sexuales más seguros, además de promover la toma de decisiones informadas. En este apartado se presenta una revisión sobre las aportaciones de esta variable en el comportamiento sexual preventivo (Rodríguez, et al., 2016).

2.1. Comunicación parental como promotora de la salud sexual y reproductiva

La educación se basa en políticas previamente establecidas que reflejan los valores de la sociedad y guían las metas para el bienestar colectivo (Espinoza, 2009). Las instituciones educativas se rigen por tres ejes: por qué es importante conocer algo, para qué nos sirve ese conocimiento y cómo vamos a adquirirlo. Es crucial comprender que la educación siempre estará limitada por lo que un consenso político considere correcto, y la educación sexual no es una excepción.

La sexualidad tiene un impacto significativo en la salud y el bienestar de los adolescentes, lo que la convierte en una necesidad fundamental en la sociedad mexicana. Como se ha mencionado previamente, la falta de educación sexual conlleva consecuencias como embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. Estos problemas pueden afectar el desarrollo académico, profesional y causar malestar psicológico, a menudo sin recibir la atención adecuada (Mejía, 2013).

Es esencial que la educación sexual se aleje de posturas conservadoras y promueva en su lugar enfoques progresistas que se centren en la salud y el desarrollo de la sexualidad en todas sus dimensiones (biológica, psicológica, social, etc.) de manera responsable, equitativa y respetuosa.

A pesar de los esfuerzos realizados en México para implementar una educación sexual integral, los resultados obtenidos distan mucho de los objetivos

planteados. Allen-Leigh et al. (2016) llevaron a cabo un estudio nacional que dividió el país en regiones para comparar el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva, derechos sexuales, consentimiento sexual y conductas de autoeficacia. Las regiones incluyeron el Noroeste, Noreste, Centro, DF-México y Sur, lo que permitió evaluar la educación sexual en diversas áreas geográficas. Se observó que las regiones del Noreste, Centro y DF-México tenían un mejor entendimiento de la sexualidad y las áreas evaluadas, con un porcentaje de conocimiento que oscilaba entre el 70% y el 85%. Sin embargo, en temas como los derechos sexuales, el consentimiento y las conductas de autoeficacia, el conocimiento era considerablemente menor, sin llegar al 50%.

En México, los temas más frecuentemente enseñados se centran en la sexualidad relacionada con la reproducción, haciendo hincapié en la dimensión biológica, mientras que se descuidan otras dimensiones y consecuencias del comportamiento sexual. Los adolescentes carecen principalmente de educación preventiva y planificación sexual, lo que los deja mal preparados para tomar decisiones informadas y cuidar de su salud integral.

No obstante, el trabajo de educación sexual en casa juega un papel fundamental, pues cuando los padres y madres son los principales promotores de conductas sexuales saludables, se incrementa la presencia de comportamientos de prevención en sus hijos, quienes también presentan conocimientos más precisos en este terreno (Rodríguez et al., 2016).

2.1.1 Comunicación Parental y su importancia

A lo largo de este trabajo, hemos destacado la influencia de diversos factores en el desarrollo humano, y uno de estos factores es la comunicación. La comunicación es una vía bidireccional para adquirir y transmitir conocimientos que a menudo refleja los modelos tradicionales que moldean a cada individuo (Barroso, 2013).

La comunicación puede desarrollarse en múltiples esferas, y los primeros encuentros sociales de un adolescente son fundamentales, ya que aumentan la probabilidad de que adopten conductas preventivas ante riesgos específicos, como las conductas sexuales y su inicio (Guevara et al., 2013).

Sin embargo, en los últimos años, a pesar de la modernización del mundo, la comunicación parental no ha mejorado al ritmo esperado. Las conductas sexuales de riesgo han ido en aumento, mientras que la educación sexual sigue siendo insuficiente (Adeniyi et al., 2011). Esto es particularmente preocupante, ya que las campañas preventivas suelen pasar por alto a aquellos que conviven con discapacidades, lo que deja a un lado sus necesidades sexuales y los expone a riesgos innecesarios (Cruz, 2013).

De acuerdo con el Consejo Nacional de Población (CONAPO) de México en 2015, la mayoría de los jóvenes mexicanos inician su vida sexual durante la adolescencia, a partir de los 15 años, y más de la mitad de ellos no utilizan métodos de protección para prevenir embarazos no deseados o infecciones de transmisión sexual (ITS). Los estudios demuestran que la comunicación parental es una herramienta importante para retrasar el inicio sexual de los adolescentes y fomentar el uso de anticonceptivos (Bárcena & Jenkins, 2018).

La edad de los padres también desempeña un papel crucial en la comunicación sobre sexualidad. Un estudio realizado por Bearinger et al. (2005) encontró que la comunicación parental es más frecuente cuando los padres son más jóvenes, ya que pueden relacionarse mejor con las experiencias de sus hijos adolescentes y mostrar más empatía en temas de prevención, como embarazos no deseados o ITS.

Además, el nivel educativo de los padres influye en la calidad de la comunicación sobre sexualidad. Gallegos et al. (2007) descubrieron que los padres con un mayor nivel educativo tienen un conocimiento más sólido sobre ITS, métodos anticonceptivos y prevención de embarazos, lo que sugiere que la educación de los padres desempeña un papel importante en la formación de una comunicación efectiva. Estos hallazgos respaldan la idea de proporcionar asesoramiento a los padres sobre sexualidad y herramientas preventivas para que puedan educar a sus hijos de manera más efectiva.

Es importante señalar que algunas instituciones educativas han implementado estrategias para guiar a los jóvenes hacia conductas preventivas en temas de salud sexual, centrándose en la responsabilidad personal y la promoción

de una salud sexual saludable (Contreras, 2013). Sin embargo, como hemos visto en los estudios mencionados, la comunicación parental sigue siendo un factor crucial en la toma de decisiones de los adolescentes, desde posponer el inicio sexual hasta evitar ITS y embarazos no deseados (Lefkowitz & Stoppa, 2006).

La falta de comunicación parental a menudo se basa en normas culturales arraigadas que reflejan creencias y vivencias regionales. Los factores culturales desempeñan un papel significativo en la cercanía de un adolescente a su entorno, y si la información sobre sexualidad no se obtiene de fuentes confiables, los adolescentes pueden recurrir a fuentes potencialmente riesgosas para obtener información (Gogna, 1998; Gómez, 2008).

2.1.2 Los conocimientos como promotores para la comunicación sexual

El desconocimiento de lo que implica la salud sexual puede poner a ciertos miembros de la población en una situación de riesgo, especialmente en lo que respecta a la adquisición de ITS. Estas infecciones se definen como aquellas que se transmiten principalmente a través del contacto sexual y son más prevalentes en poblaciones jóvenes. A menudo, la falta de información sobre estas infecciones conduce a conductas que no promueven la prevención (Pérez, 2007).

Los métodos principales promovidos para evitar que los jóvenes inicien una vida sexual activa a una edad temprana incluyen el uso de anticonceptivos de barrera, como el condón masculino, la abstinencia y la vacunación contra ciertas enfermedades e infecciones (Chacón-Quesada et al., 2009).

Como se mencionó anteriormente, una creencia errónea es que el conocimiento sobre la sexualidad y sus prácticas saludables fomenta el inicio temprano de la actividad sexual. Esto ha sido uno de los principales motivos por los cuales la educación sexual no se aborda durante la adolescencia, lo que aumenta la posibilidad de llevar a cabo conductas de riesgo para contraer ITS (Aranega et al., 2005). Además, se observa que los jóvenes a menudo adoptan prácticas de autocuidado principalmente para prevenir embarazos no deseados, lo que indica un escaso conocimiento sobre las infecciones o enfermedades transmitidas por vía sexual y sus consecuencias para la salud a largo plazo (Moscoso et al., 2003).

En cuanto a la transmisión de las ITS, es importante comprender que existen varios factores de riesgo que aumentan la probabilidad de contraerlas. El desconocimiento de las medidas preventivas, así como la falta de comprensión de la importancia de la salud sexual y sus implicaciones, son elementos que facilitan el contacto con estas infecciones.

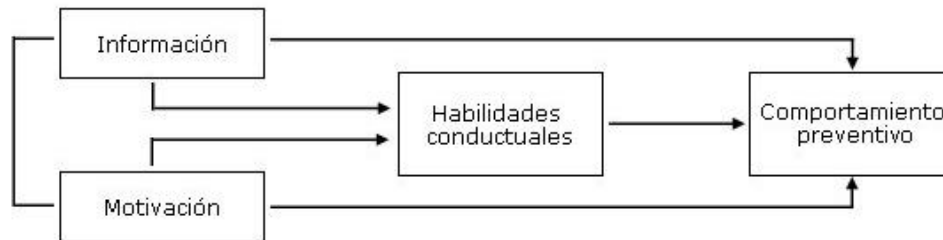
En conclusión, la falta de conocimiento adecuado sobre salud sexual y las ITS puede resultar en la falta de conciencia sobre los riesgos asociados con las relaciones sexuales no protegidas, lo que aumenta la probabilidad de participar en prácticas de riesgo que pueden llevar a la transmisión de ITS. La educación sexual integral y precisa desempeña un papel fundamental en la promoción de prácticas sexuales seguras y en la reducción de la incidencia de ITS.

2.2 Modelo IMB y su uso para la promoción de conductas sexuales saludables: Habilidades conductuales y comunicación sexual.

En el entendido actual de la necesidad de modificar el repertorio de conductas sexuales de riesgo, se ha observado que existen ciertas características que pueden fomentar un cambio en el comportamiento hacia la prevención y el cuidado. Fisher y Fisher (1992) desarrollaron el Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales (IMB) con el objetivo de reducir la incidencia del VIH/SIDA en jóvenes. Este modelo se basa en tres conductas fundamentales: la adquisición de información, la motivación y el desarrollo de habilidades conductuales. A través de estas tres dimensiones, se pueden diseñar estrategias de intervención efectivas en la educación sexual de los jóvenes, como se ilustra en la figura 1.

Figura 1

Modelo de información, motivación y habilidades conductuales de Fisher & Fisher, 1992



Fuente: Propuestas de investigaciones psicosociales generadas a partir de la colaboración internacional, 2021.
Elaboración propia

Este modelo ha sido empleado por varios investigadores con el objetivo principal de analizar el nivel de conocimiento sobre prácticas preventivas relacionadas con el VIH/SIDA en diversas poblaciones, variando según el país en el que se haya llevado a cabo cada investigación. A pesar de tener objetivos específicos, estas investigaciones han permitido realizar estimaciones acerca de la educación sexual recibida por los jóvenes, utilizando escalas adaptadas a los propósitos de cada estudio. En general, se parte de la premisa de que un mayor conocimiento, información y motivación están relacionados con una mayor tendencia a adoptar conductas de prevención y cuidado de la salud (Moncayo et al., 2022).

El modelo se basa en tres conceptos clave: motivación, información y habilidades conductuales. En cuanto a la motivación, se consideran dos niveles: el personal, que se refiere a las actitudes positivas o negativas de una persona hacia el uso del condón, y el social, que aborda cómo las creencias sociales influyen en la percepción de los preservativos y sus beneficios. Estos dos niveles interactúan en la forma en que un individuo evalúa las ventajas del uso del condón. La información proporciona conocimientos sobre la función del condón, como la prevención de embarazos o enfermedades de transmisión sexual. Por último, el componente de habilidades conductuales se relaciona con el repertorio de comportamientos que una persona posee en relación con el uso adecuado del

condón, incluyendo la colocación adecuada y el conocimiento de las consecuencias de no utilizarlo (Moncayo et al., 2022).

Varios estudios han demostrado que los adolescentes obtienen sus primeros conocimientos sobre sexualidad y preservativos principalmente de su círculo de amigos y de los medios de comunicación a los que están expuestos. Sin embargo, tanto el sistema educativo como la comunicación con los padres desempeñan un papel importante en la promoción de conductas preventivas al advertir sobre los riesgos asociados con las relaciones sexuales sin protección. Es importante señalar que la falta de información puede dar lugar a prácticas sexuales de alto riesgo, como el uso incorrecto o la omisión del uso del condón. Además, factores emocionales, como la preocupación por evitar consecuencias no deseadas, pueden servir como motivación personal y social para el uso del preservativo, como es el caso del VIH/SIDA (Serrano, 2007).

CAPÍTULO 3. HALLAZGOS SOBRE LA SALUD SEXUAL EN PERSONAS QUE VIVEN EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD Y PERSONAS OYENTES

En el campo de la investigación con personas con discapacidad, se ha señalado que éste es un grupo que enfrenta un mayor riesgo de contraer ITS y de sufrir experiencias de abuso sexual debido a factores, tales como, la falta de acceso a educación sexual, problemas de comunicación, sobreprotección, estigmatización y discriminación, barreras físicas y la falta de capacitación de profesionales de la salud (Shackleton, 2009). Sin embargo, estas afirmaciones corresponden a las personas con discapacidad en general, sin considerar la diversidad funcional y tampoco que, estudios señalan que no hay diferencias entre las personas con discapacidad y sin discapacidad. En este apartado, se presenta una revisión sobre los hallazgos en el terreno de la salud sexual, tanto en personas sordas como oyentes.

3.1 Estudios con ambas poblaciones

El enfoque en estudios relacionados con la comunicación parental generalmente se dirige hacia poblaciones específicas, lo que lleva a investigaciones que comparan la comunicación entre dos o más grupos, partiendo de la premisa de que existen diferencias significativas entre ellos. Cuando se incluye a personas con discapacidades en estos estudios, se parte de la idea de que difieren de un grupo estándar, comúnmente etiquetado como "sano" por la sociedad. Esta etiqueta se basa en mitos que los consideran incapaces de desenvolverse en su entorno y, en particular, en lo que respecta a la sexualidad, se cree que no la necesitan debido a su supuesta incapacidad para desarrollarla de manera típica. Esto a menudo los excluye de la educación sexual (Álvarez et al., 2017).

Las personas con discapacidad han experimentado aislamiento social y psicológico durante años, lo que limita en gran medida su acceso a medios de comunicación dirigidos a la norma comunitaria, como anuncios, campañas de salud y conferencias (Téllez, 2005). Hay evidencia empírica que demuestra que estas personas también están inmersas en su vida sexual y que la falta de información los

coloca en riesgo, incluyendo relaciones sexuales sin el uso de métodos anticonceptivos, abusos sexuales y embarazos no deseados (Harrell, 2015).

Además, la interpretación de la sexualidad se ve condicionada por los sentidos o habilidades que posee la persona con discapacidad, lo que limita su aprendizaje en proporción a su condición. Estos desafíos se ven agravados por los estigmas sociales y la falta de servicios públicos y privados que aún no han logrado proporcionar igualdad de condiciones para que las personas con discapacidad puedan acceder a la educación y otros aspectos de la vida sin enfrentar discriminación o barreras de acceso (Herrera, 1999).

Pocos son los estudios en los que se ha trabajado estas dos poblaciones de manera simultánea, de la literatura disponible, se identifican aquellos que han comparado el comportamiento sexual, encontrando diferencias entre la población sorda y oyente. Ejemplo de ello es el estudio realizado por Brunnberg et al. (2009), donde se identificó que los jóvenes con discapacidad auditiva comenzaron su vida sexual a edades más tempranas que sus pares oyentes. En cuanto a conductas de riesgo, Sangowawa et al. (2009), Touko et al. (2010) y Zodda (2015) encontraron que los jóvenes sordos utilizaban con menos frecuencia el condón en comparación con los jóvenes oyentes, esto a través de la información limitada a medios y materiales dirigidos principalmente a personas que no poseen alguna discapacidad.

3.2 Personas sordas

La sordera, también conocida como hipoacusia, es una condición caracterizada por la pérdida de la capacidad auditiva debido a una alteración en el sistema auditivo, que abarca desde el pabellón auricular hasta la corteza auditiva. Esta pérdida auditiva puede variar en gravedad, desde leve hasta profunda (Olarieta et al., 2015).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), actualmente alrededor del 5 % de la población mundial, lo que equivale a más de 460 millones de personas, vive con algún grado de pérdida auditiva discapacitante (Arch-Tirado et al., 2021). En el censo de población de 2020 realizado por el INEGI (2021), se informó que en México aproximadamente 6 millones de personas tienen discapacidad auditiva. La mayoría de estos casos se deben al envejecimiento, pero es relevante destacar que

aproximadamente el 15 % de estas personas nacieron con esta condición, y casi el 25 % la adquirió debido a enfermedades u otras causas. Esto indica que más de una tercera parte de los sordos mexicanos han vivido con pérdida auditiva desde una edad temprana. Actualmente, se puede detectar la hipoacusia poco después del nacimiento mediante programas como el Tamiz Auditivo Neonatal, lo que permite intervenir tempranamente en casos de pérdida auditiva leve.

Es importante señalar que en México no existen datos oficiales sobre la vida sexual de las personas con discapacidad, incluyendo aquellos con pérdida auditiva. Sin embargo, se ha observado que esta población enfrenta desafíos adicionales en el acceso a información sobre salud sexual, ya que los programas y campañas de educación sexual rara vez se adaptan para satisfacer sus necesidades de comunicación debido a su condición (Bárcena & Jenkins, 2018). Esta falta de acceso a información precisa puede tener consecuencias significativas, y se ha demostrado que las personas con discapacidad, incluyendo aquellos con pérdida auditiva, tienen un mayor riesgo de sufrir abuso sexual en comparación con aquellos sin discapacidad. Por ejemplo, un estudio estadounidense reveló que la tasa de abuso sexual era aproximadamente el doble en jóvenes con discapacidad auditiva en comparación con sus pares sin discapacidad (22 por cada 1,000 jóvenes con discapacidad frente a 10 por cada 1,000 jóvenes sin discapacidad).

La comunicación parental desempeña un papel fundamental en la vida sexual de los adolescentes, ya que puede retrasar el inicio de la actividad sexual y promover prácticas de autocuidado. Sin embargo, a menudo se evita hablar sobre sexualidad por temor a que pueda despertar un interés prematuro en el tema. Esta creencia puede llevar a una falta de comunicación sobre sexualidad en el hogar y a una dependencia excesiva de la educación sexual proporcionada por las instituciones educativas. Además, existe un estigma erróneo de que las personas con discapacidad son sexualmente inmaduras debido a sus limitaciones en la interacción social y comunicación. En realidad, la adolescencia es una etapa de la vida en la que se generan numerosos mitos y tabúes sobre la sexualidad, lo que puede resultar en la falta de información adecuada y prácticas de riesgo sexual (Serrano, 2007).

En cuanto a los hallazgos en el terreno de la salud sexual en jóvenes sordos mexicanos, han brindado evidencia sobre los comportamientos de riesgo que llevan a cabo. Un ejemplo de ello es el estudio realizado por Robles et al. (2013), en el que se adaptaron cuatro instrumentos para jóvenes con discapacidad auditiva con el propósito de analizar su perfil sociodemográfico, antecedentes de discapacidad, comportamiento sexual y nivel de comunicación con sus padres sobre temas de salud sexual, y participaron 132 jóvenes con discapacidad auditiva, con edades entre 15 y 26 años. Los resultados mostraron que el 45.8% de los jóvenes había tenido relaciones sexuales, con un promedio de inicio a los 16.9 años, y la mayoría no usó métodos anticonceptivos. Además, se reveló que más del 50% de los jóvenes nunca habían discutido temas de salud sexual con sus padres o madres. Estos hallazgos destacan la necesidad de realizar más investigaciones y programas educativos para garantizar una vida sexual saludable y el respeto de los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes con discapacidad auditiva.

Otro estudio realizado por Pérez y Robles (2018), el cual tuvo como objetivo examinar y comparar el conocimiento sobre el uso del condón y las ITS en jóvenes sordos de instituciones educativas en dos áreas geográficas diferentes de México y cómo esto se relaciona con su primer encuentro sexual. Se descubrió que, el nivel de conocimientos era bajo, aunque la mayoría de los jóvenes en una preparatoria y tenían un mayor conocimiento sobre el uso del condón en comparación con los jóvenes de una institución en la Ciudad de México. Aunque no se encontró una asociación directa entre el debut sexual y el nivel de conocimiento, los resultados resaltan la importancia de las instituciones educativas en la promoción de la salud sexual y la necesidad de diseñar programas adecuados para esta población.

Otro de los estudios que muestran el estado de vulnerabilidad en el que se encuentran las personas sordas, corresponde a una investigación realizada por Robles y Pérez (2021), que tenía como propósito evaluar analizar cómo usan el condón, la frecuencia de uso y los errores cometidos al utilizarlo, además de explorar diferencias de género en estas variables. Los resultados revelaron que estos jóvenes inician su vida sexual a edades tempranas (promedio de 17 años) y que tienen relaciones sexuales sin usar adecuadamente el condón. Además,

carecen de conocimientos suficientes sobre su uso correcto, y aquellos que informaron usarlo cometieron errores relacionados con roturas y deslizamientos. Se encontró una correlación negativa entre el nivel de conocimientos y el uso del condón en hombres, y una correlación positiva entre el uso del condón y la frecuencia de fallas en su uso. Estos hallazgos subrayan la vulnerabilidad de los jóvenes sordos a infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados debido a la falta de conocimientos sobre el uso adecuado del condón. Como resultado, se destaca la necesidad de desarrollar programas de capacitación específicos para esta población con el fin de promover prácticas sexuales seguras y prevenir riesgos para la salud.

En conclusión, los datos revelan que las personas sordas carecen de información, se comunican poco con sus padres y tienen comportamientos que vulneran su salud, sin embargo, se desconoce si estos datos son significativamente diferentes a los que podría tener la población sorda con las mismas características sociodemográficas

3.3 Personas oyentes

Como se mencionó previamente, las discapacidades suelen ser razones específicas por las cuales algunas interacciones se ven afectadas. En teoría, esto podría facilitar los canales de comunicación y aprendizaje para aquellos que no forman parte de un grupo de riesgo (Jiménez-Munive et al., 2004).

Es evidente que, a pesar de tener un mayor acceso a los medios de comunicación en comparación con otros contextos, los jóvenes mexicanos actualmente enfrentan un significativo rezago en términos de desinformación sobre sexualidad y sus diversas dimensiones. Esto se refleja en una tasa de embarazos no deseados que supera el 30%, siendo estos principalmente observados en adolescentes de entre 15 y 19 años de edad (Padilla, 2019).

Desafortunadamente, aún persisten concepciones limitadas basadas en la educación judeocristiana que promueve no hablar sobre salud sexual. Esto, a su vez, puede aumentar el interés de los jóvenes en la actividad sexual (Adeniyi et al., 2011). Además, en el sistema educativo, son escasos los programas de educación

sexual integral, los cuales se limitan a abordar temas relacionados con la salud sexual, como la prevención de embarazos, el uso del condón y de anticonceptivos. Esto reduce la educación sexual a la simple prevención de embarazos no deseados o ITS (Téllez, 2005).

La educación sexual integral abarca mucho más que estos aspectos y debe ser un proceso de enseñanza y aprendizaje que se base en los aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad. Su objetivo es brindar a los jóvenes conocimientos, habilidades y valores que les permitan cuidar de su salud, bienestar y dignidad, fomentando relaciones sociales y sexuales respetuosas (Adeniyi et al., 2011).

A pesar de que los jóvenes tienen acceso a una gran cantidad de información a través de Internet y las redes sociales, muestran poco interés en temas relacionados con la salud sexual, como la anticoncepción o la prevención de embarazos. Sin embargo, el acceso a información no garantiza que esta sea precisa, lo que puede llevar a comportamientos cada vez más arriesgados (Jiménez-Munive et al., 2004).

En este sentido, es importante subrayar la importancia de la información para la promoción de comportamientos saludables, sobre todo cuando esta viene de los padres. Un ejemplo de ello es el estudio realizado por Zúñiga et al. (2017), donde el objetivo principal fue evaluar el conocimiento de padres/madres y sus hijos adolescentes en El Salvador acerca de la prevención y transmisión de infecciones de transmisión sexual (ITS)/VIH, la comunicación familiar sobre sexualidad, y la actitud hacia el uso del preservativo. Participaron 326 padres/madres y 326 hijos adolescentes en el estudio. Los resultados revelaron que los padres/madres tenían un conocimiento superior en comparación con sus hijos adolescentes con relación a las ITS/VIH ($p=.040$). Sin embargo, los hijos adolescentes mostraban una actitud más positiva hacia el uso del preservativo ($p=.000$).

Además, se observó que los padres/madres informaban de una mayor frecuencia de comunicación familiar sobre sexualidad en comparación con la percepción de sus hijos adolescentes. Los padres tenían una media de 11.65 en la frecuencia de comunicación, mientras que las madres tenían una media de 11.75.

En contraste, los hijos adolescentes reportaron una menor frecuencia de comunicación con sus padres ($\bar{X}_{padre}=8.92$; $\bar{X}_{madre} 10.78$).

El trabajo concluye destacando la importancia de la participación de padres/madres e hijos adolescentes en los programas de intervención desde un enfoque socioecológico que tenga en cuenta las diferencias en el conocimiento, la actitud y la comunicación.

Las aportaciones de los padres en la salud sexual de los hijos han sido ampliamente estudiadas, mostrando grandes beneficios. El estudio de Atienzo et al. (2011), que consistió en revisar los efectos de intervenciones educativas que involucraron a padres de familia en la modificación del comportamiento sexual de sus hijos adolescentes, a través de una búsqueda sistemática en cinco bases de datos electrónicas de estudios de evaluación de estas intervenciones durante el período 2002-2009. Los resultados de la revisión incluyeron diecinueve publicaciones que evaluaron quince programas que cumplían con los criterios de selección. Estos programas demostraron efectos positivos, como un aumento en las intenciones de retrasar las relaciones sexuales y de usar anticonceptivos, una reducción en el autoinforme de relaciones sexuales, y un aumento en el uso de condones. Además, se observaron resultados favorables en factores individuales protectores, como conocimientos y actitudes, así como en factores familiares, como la comunicación entre padres e hijos, la percepción de reglas, el monitoreo/supervisión de los padres y el apoyo familiar.

Esta revisión permitió concluir que las intervenciones educativas que incorporan a los padres de familia desempeñan un papel positivo en la promoción de comportamientos sexuales saludables en los adolescentes. La participación de los padres se presenta como un elemento beneficioso que puede integrarse en cualquier intervención dirigida a adolescentes.

SEGUNDA PARTE: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

CAPÍTULO 4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha observado que la educación sexual dirigida a adolescentes en México ha estado enfocada principalmente en el aspecto reproductivo, sin lograr un impacto significativo en la promoción de conductas preventivas, los derechos ni el consentimiento sexuales (Allen-Leigh et al., 2016).

A pesar de que grandes organizaciones tales como la OMS han realizado esfuerzos para contribuir en la enseñanza del autocuidado, la prevención de las ITS y la planificación familiar, a través de objetivos como la promoción de la equidad de género, el combate contra el VIH y la valoración de la salud integral, no se ha logrado combatir, al menos en México, la tasa de embarazos adolescentes entre 15 y 19 años.

Lo anterior se ve reflejado en las estadísticas nacionales, pues cerca del 20% de todos los embarazos corresponden a jóvenes menores de 18 años, quienes no lo habían planeado. A pesar de los jóvenes reportan no tener intenciones de embarazarse cuando inician su vida sexual, éstas no se reflejan en comportamientos de prevención, y tampoco consideran la posibilidad de adquirir alguna ITS (Mejía, 2013).

Asimismo, este problema se presenta en diferente magnitud de acuerdo con cada entidad del país, pues las creencias, los valores e incluso la moral juegan un papel importante en las políticas públicas vinculadas con la promoción de la salud sexual, que se reflejan en una brecha de información y programas para la prevención de ITS y embarazo no deseado (Montero, 2010).

Por ejemplo, en la Ciudad de México se implementó la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) como práctica legal que resguarda la integridad de la mujer que quiere interrumpir su gestación dentro de las primeras 12 semanas; hoy por hoy existen clínicas que permiten realizarlo de manera particular, así como se tiene acceso a las instituciones públicas para poder realizarlo, esto con un rango de 95% a 98% de efectividad para que las personas gestantes no tengan mayores complicaciones (Gobierno de la Ciudad de México, 2020). Sin embargo, pese a existir el Artículo 330 de la Gaceta Parlamentaria la cual menciona que toda mujer tiene el derecho y libertad de decidir sobre su cuerpo y poder abortar, esto no se ve reflejado para el resto de la república: sólo son 9 los estados en los que se puede ejercer con libre derecho al aborto, mientras que el resto sólo lo

permiten en caso de violación o que expongan en riesgo a la mujer, no permitiéndoles tomar decisiones propias (ILE, 2020).

Asimismo, pese a destacar como garantía de los derechos reproductivos, el alcance a los métodos anticonceptivos se limita de manera gratuita principalmente al sistema de salud público, tales como el Instituto Mexicano de la Salud Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), siendo los métodos de barrera y algunos métodos hormonales. Pese a la posibilidad de tener el acceso, se estima que solamente un 30% de la población mexicana tiene acceso a la seguridad pública, y menos del 10% hace uso de ella (García-Gómez, 2017). De igual forma, mucho se ha discutido acerca de qué tanto la anticoncepción puede ser abordada por los profesionales hacia los adolescentes menores de edad, así como qué tanta confidencialidad debe permanecer entre ellos y los padres de familia, motivo por el cual se pueda ver reducido el alcance a los métodos anticonceptivos por las juventudes (Quintana, 2017). Los métodos de mayor uso suelen ser de barrera, sobre todo el condón masculino, así como métodos hormonales o vía oral y los dispositivos intrauterinos, la mayoría de ellos siendo conseguidos de manera privada (García-Gómez, 2017).

Estos ejemplos muestran que el acceso a la salud sexual y reproductiva no son los mismos en todo el país. Cabe destacar que los datos anteriormente proporcionados podrían acrecentar en las zonas marginadas tales como las culturas indígenas que prevalecen en nuestro país, esto pudiendo ser relacionado al alcance de educación sexual que puedan tener desde medios como las instituciones académicas (Mejía, 2013).

Es menester mencionar que no sólo a través de la escuela se accede a la educación y salud sexual, puesto que es un enfoque que abarca diversas dimensiones del ser humano. La comunicación entre padres e hijos se ha asociado con una vida sexual que les exponga a riesgos y con la apertura del interés acerca del debut sexual pese a la resistencia cultural que ya se había mencionado (Herrera, 1999). Existe la creencia de que el hablar acerca de la sexualidad con los adolescentes puede dirigirlos a una actividad sexual temprana y se deja de lado la importancia de temas como el autocuidado y la prevención para las ITS, embarazos no deseados y evitar el riesgo de sufrir abuso sexual, datos que nos indican que los jóvenes tienen mayores probabilidades

de adquirir información errada a través de pares quienes se encuentran con dudas similares, lo que pronostica entonces una sexualidad dirigida por tabúes y diversas creencias ante las conductas de riesgo (Fonner et al., 2014).

Observando a la juventud desde estas variables que se han abordado como las políticas morales, la región en donde se habita y la comunicación para tener acceso a la salud sexual, debe considerarse que son un grupo vulnerable por la escasa educación sexual que tienen a su alcance y los vuelve susceptibles a sufrir abusos sexuales, sobre todo si pertenecen a grupos con personas que viven en alguna condición de discapacidad (Álvarez et al., 2017).

Los abusos sexuales tal y como ya se han abordado en el capitulo se describen como delito desde la coerción que se ejerce sobre una víctima para que ésta realice actos sexuales sin su consentimiento. Asimismo, se aborda la diferencia entre personas sin discapacidad y con discapacidad y el cómo este último ha sufrido abuso casi el doble de veces a diferencia de los primeros. Sin embargo, debe contemplarse que esto puede también devenir del contexto en el que se ubiquen, lo que puede involucrar la educación sexual que han recibido, la comunicación por parte de autoridades y padres, y la zona geográfica en la que se hallen (del Campo, 2003). En México son pocos los estudios que se han realizado con poblaciones que viven en condición de discapacidad, los resultados muestran que esta población inicia su vida sexual a al igual que el resto de la población, pero en mayor exposición a conductas de riesgo; como menor uso de métodos anticonceptivos, mayor cantidad de parejas sexuales y más encuentros sexuales de riesgo (Guevara et al., 2021).

Los motivos anteriores señalan la importancia de que, a partir de la muestra que se tiene en este proyecto con personas oyentes y sordas, se pueda comparar el nivel de comunicación que mantienen con sus padres y madres, sus características socioculturales (incluido vivir en la Ciudad de México y el Interior de la República) y sus experiencias de abuso sexual.

4.1 Objetivos

4.1.1 Objetivo general

Identificar y analizar la relación entre factores, sociodemográficos y socioculturales (vinculados con el lugar de residencia, Ciudad de México e Interior de la República), en la comunicación parental y las experiencias de abuso sexual en jóvenes oyentes y sordos.

4.1.2 Objetivos específicos

1. Describir en toda la muestra: sus características sociodemográficas, la frecuencia de comunicación que mantienen con sus padres y madres y sus experiencias de abuso sexual.
2. Comparar entre jóvenes sordos y oyentes, considerando su lugar de residencia, la frecuencia con que se comunican con sus padres y madres, así como sus experiencias de abuso sexual.
3. Analizar cómo es la relación entre las características socioculturales, la frecuencia con que se comunican con sus padres y madres, y sus experiencias de abuso sexual en la muestra de jóvenes oyentes y sordos.

4.2 Hipótesis

1. Los jóvenes tendrán reportarán una baja frecuencia de comunicación con sus padres y madres.
2. Se observará que tanto jóvenes oyentes como sordos han tenido experiencias de abuso sexual.
3. Se observará que existe una asociación entre las variables socioculturales, la frecuencia con que se comunican padres y madres con sus hijos, y las experiencias de abuso sexual de jóvenes sordos y oyentes.
4. Se observará que hay más diferencias entre los jóvenes sordos y oyentes que viven en el Interior de la República y los que viven en la Ciudad de México, en sus características sociodemográficas, así como en la frecuencia que se comunican con sus padres y las experiencias de abuso sexual.

CAPÍTULO 5. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

5.2 Tipo de Estudio

El diseño de este estudio fue de tipo transversal, descriptivo, comparativo, correlacional y observacional (Méndez et al., 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.

5.3 Participantes

En el estudio participaron voluntariamente 442 jóvenes sordos y 442 oyentes seleccionados de 22 instituciones educativas ubicadas en 11 ciudades de la República Mexicana, a través de un muestreo no probabilístico por cuotas, considerando sexo, estado civil y situación familiar (Tabla 1). La edad promedio de los jóvenes sordos fue de 20.3 años ($DE= 4.4$) y la de los jóvenes oyentes 20.4 años ($DE=3.9$), siendo la edad promedio del total de la muestra de 20.4 años ($DE= 4.1$).

Tabla 1

Tabla con datos sociodemográficos de los participantes de ambas poblaciones

Características	Sordos		Oyentes		χ^2	gl	p
	n	%	n	%			
Sexo							
Hombre	248	56.1	248	56.1	.000	1	1.000
Mujer	194	43.9	194	43.9			
Estado civil							
Soltero	349	79.0	352	79.6	5.776	3	.123
Casado	25	5.7	30	6.8			
Unión libre	41	9.3	47	10.6			
Otro	27	6.1	13	2.9			
Escolaridad							
Sin estudios	18	4.1	6	1.4	190.612	5	.000
Algún oficio	9	2.0	0	0.0			
Primaria	27	6.1	3	0.7			
Secundaria	82	18.6	42	9.5			
Preparatoria	283	64.0	202	45.7			
Universidad	23	5.2	189	42.8			

Trabaja		Sí	157	35.5	237	53.6	29.305	1.0	.000
		No	285	64.5	205	46.4			
Dónde vive									
En casa de ambos padres			214	48.4	251	56.8	89.210	5	.000
En casa de mamá			80	18.1	60	13.6			
En casa de papá			25	5.7	10	2.3			
En casa de otro familiar			101	22.9	32	7.2			
En un internado			1	0.2	1	0.2			
En su propia casa			21	4.8	88	19.9			
Papá y mamá viven									
Juntos			282	63.8	280	63.3	.020	1	.889
Separados			160	36.2	162	36.7			
Estado de la República									
Ciudad de México			313	70.8	313	70.8	.000	1	1.000
Interior de la República			129	29.2	129	29.2			

Fuente: Elaboración propia.

5.4 Instrumentos

Para los jóvenes sordos se utilizó el Cuestionario Computarizado y en línea sobre Salud Sexual para Jóvenes Mexicanos con Discapacidad Auditiva (Robles, Guevara, & Pérez, 2021), el cual 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, Guevara, Pérez y Hermosillo, 2013). En cada pregunta aparece un video con una persona que realizó la interpretación correspondiente en la Lengua de Señas Mexicana (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. Para los jóvenes

oyentes se diseñó un cuestionario con características similares al que se usó en la población sorda. 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, otro), con quién viven (en casa de papá y mamá, en casa de papá, en casa de mamá, en casa de otro familiar, en un internado, en su propia casa), nivel de escolaridad (sin estudios, oficios, primaria, secundaria, preparatoria, universidad), y si trabaja o no.

Datos familiares. El instrumento está conformado por once reactivos que permiten obtener información acerca de los progenitores de los participantes: si ambos viven (sí-no), si viven juntos o separados (si-no), su edad, su nivel de escolaridad (sin estudios, con algún oficio, primaria, secundaria, preparatoria y universidad) y su situación laboral (si trabajan o no).

Escalas de comunicación sexual con padres y con madres. Se utilizaron dos escalas validadas por Robles et al. (2021), cada una con 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). Las medidas de estas variables fueron: porcentaje de participantes que respondieron a cada opción de respuesta de cada ítem de las escalas, así como la frecuencia promedio obtenido en cada ítem y en el conjunto de reactivos de cada escala, con valores mínimos de uno y máximos de cinco. En este estudio la consistencia interna, estimada a través del Alfa de Chronbach, para la escala de comunicación sexual con padres fue de Alfa=.932, Omega=.934; y para la correspondiente a la comunicación con madres fue de Alfa=.953, Omega=.953.

Abuso sexual. El instrumento consta de cinco preguntas que dan cuenta de situaciones de abuso sexual sufrido por los participantes, dos de ellas hacen

referencia a si los obligaron a tener relaciones sexuales en su primera o en posteriores relaciones, y tres preguntas hacen referencia a obligarlos a tocar sus genitales o los de otra persona, o a quitarse la ropa para verlos desnudos; todas con opciones de respuesta dicotómicas (sí-no). La medida de esta variable fue la proporción de participantes que respondieron a cada opción de respuesta. También se estimó un índice de Abuso Sexual, sumando para cada participante los reportes de abuso de tipo coital o no coital, con un rango de 0 a 5.

5.5 Procedimiento

En el grupo de jóvenes sordos se aplicó el Cuestionario computarizado sobre salud sexual para jóvenes mexicanos con discapacidad auditiva (Robles et al., 2021). Un instructor previamente capacitado en el manejo y aplicación del programa computarizado, y con experiencia certificada en la Lengua de Señas Mexicana (LSM), acudió a 22 instituciones que atienden a personas con discapacidad. El cuestionario se aplicó en una sala con equipos de cómputo conectados a internet, y los participantes lo respondieron de manera individual. Las instrucciones generales se dieron en español con la interpretación simultánea en LSM. A los participantes se les enfatizó la necesidad de su participación voluntaria, asegurándoles el tratamiento confidencial y anónimo de la información recabada. En el grupo de jóvenes oyentes los instrumentos se aplicaron a través de un panel de encuestas certificado (empresas certificadas dedicadas a la aplicación de instrumentos y recolección de datos vía web a muestras con tamaños y características sociodemográficas que el investigador especifique), que proporcionaba un reporte diario del levantamiento en campo.

5.6 Condiciones 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. En las instrucciones incluidas en los cuestionarios 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, también se indica expresamente que sus respuestas se tratan de manera confidencial y únicamente con los fines estadísticos requeridos por la investigación.

5.7 Análisis de datos

El análisis de datos se realizó, en el programa SPSS para datos estadísticos versión 25 para Windows. En cuanto al análisis descriptivo, para las variables medidas en escala nominal se realizó un análisis de frecuencias, mientras que para las variables medidas en escala numérica se reportaron medidas de tendencia central (media, moda y desviación estándar).

Con el propósito de identificar la asociación entre las variables sociodemográficas, la comunicación parental y las experiencias de abuso sexual. Se optó por convertir variables categóricas, ordinales y numéricas, en opciones de respuesta dicotómica (considerando la distribución frecuencias), de manera que todas las respuestas contaran con un mismo nivel de medición.

El análisis por entidad lugar de residencia se segmentó por Ciudad de México e interior de la República, comparando las repuestas entre jóvenes sordos y oyentes, para las variables medidas en escala nominal se utilizó el estadístico de X^2 y *T de student* para muestras independientes medidas en escala continua y numérica. Para evaluar la posibilidad de ocurrencia de comunicación con padres y madres, así como las experiencias de abuso sexual, considerando la presencia de la discapacidad auditiva se calculó el índice de riesgo Odds Ratio (OR).

La correlación entre las variables de análisis se realizó con el estadístico *r* de Pearson, recomendado para variables tetracóricas y policóricas (Field, 2017).

CAPÍTULO 6. RESULTADOS

6.1 Análisis de descriptivo

Es necesario señalar que, con el propósito de este estudio, se buscó conocer cada una de las variables mencionadas en los objetivos a través de los datos recopilados mediante el cuestionario sobre salud sexual. Por lo tanto, se realiza una división en tres partes: primero, se presentan los datos sociodemográficos; luego, el informe sobre la frecuencia de comunicación entre los jóvenes y sus padres; finalmente, se exploran las experiencias de abuso sexual que puedan haber tenido.

6.1.1 Análisis descriptivo de las características sociodemográficas de los participantes y sus padres

En la tabla 2, se destacan varios datos relevantes. De un total de 884 participantes, el 70% provenía de la Ciudad de México. Los resultados indican que el 56.2% de la muestra estaba compuesta por hombres, siendo la mayoría de ellos solteros (79.2%). En cuanto al nivel de educación, la preparatoria fue la opción más frecuente, reportada por el 54.8% de los participantes. En el momento del estudio, el 44.5% estaba empleado, y el 52.6% todavía residía en casa de sus padres

Tabla 2

Características sociodemográficas de todos los participantes

Características	n	%
Estado donde vive		
Ciudad de México	626	70.8%
Interior de la República	258	29.2%
Sexo		
Hombre	496	56.2%
Mujer	387	43.8%
Estado civil		
Soltero	698	79.2%
Casado	55	6.2%
Unión libre	88	10%
Otro	40	4.6%
Escolaridad		
Sin estudios	24	2.7%
Algún oficio	9	1%
Primaria	30	3.4%
Secundaria	124	14.1%

Preparatoria	483	54.8%
Universidad	212	24%

Trabaja

Sí	393	44.5%
No	490	55.5%

Dónde vive

En casa de ambos padres	465	52.6%
En casa de mamá	140	15.8%
En casa de papá	35	4%
En casa de otro familiar	133	15%
En un internado	2	0.2%
En su propia casa	109	12.3%

Fuente: Elaboración propia.

En lo que respecta a las características de los padres en el momento en que se llevó a cabo el estudio, más del 80% de los jóvenes informaron que sus padres seguían con vida, mientras que el 90% indicó que sus madres también estaban vivas. La edad promedio de los padres fue de 40.3 años ($DE=8.7$), mientras que la de las madres fue de 46.8 años ($DE=8.3$).

Según un análisis basado en terciles, se observó que el grupo de padres de mayor edad comenzaba a los 52 años (36.1%), mientras que, en el caso de las madres, este grupo empezaba a los 43 años (36.2%).

En cuanto a la escolaridad, un poco más del 50% de ambos padres tenían educación básica, que incluye preescolar, primaria y secundaria, y más del 66% estaban empleados

Tabla 3

Características sociodemográficas de los padres

Características de los padres	Papá		Mamá		
	n	%	n	%	
Vive					
	Sí	710	80.3%	807	91.3%
	No	174	19.7%	77	8.7%
Edad					
	Menor de 52 años	454	63.9%		
	Mayor de 52 años	256	36.1%		
	Menor de 43 años			515	63.8%
	Mayor de 43 años			292	36.2%

Escolaridad					
	Educación Básica	379	53.4 %	451	55.9%
	Educación Media u otra	331	46.6%	356	44.1%
Trabaja					
	Sí	648	73.3%	540	66.9%
	No	62	7%	267	33.1%

Fuente: Elaboración propia.

6.1.2 Análisis descriptivo de los antecedentes de la discapacidad y la LSM

En la tabla 4 se detallan los antecedentes de discapacidad en la muestra de jóvenes sordos. Se observó que cerca del 80% de ellos nacieron con la discapacidad auditiva. De los 90 jóvenes que no presentaron pérdida auditiva al nacer, el 90.7% la adquirió después de los 3 años. En lo que respecta a los antecedentes familiares, se encontró que 8 de cada 10 padres y madres no tenían ninguna condición de discapacidad.

Tabla 4

Datos descriptivos sobre los antecedentes de la discapacidad y la LSM de la población sorda

Antecedentes de la población sorda	n	%
Sordo de nacimiento		
Sí	352	79.6%
No	90	20.4%
Edad de aparición		
Antes de los 3 años	41	9.3%
Después de los 3 años	49	90.7%
El papá tiene discapacidad		
Sí	65	14.7%
No	377	85.3%
La mamá tiene discapacidad		
Sí	87	19.7%
No	355	80.3%

Fuente: Elaboración propia.

Con relación a los antecedentes de la Lengua de Señas Mexicanas (LSM), la tabla 5 muestra que el 88.2% de la población tenía conocimientos de esta lengua. Solo una cuarta parte la aprendió en una institución, y la mayoría de ellos lo hizo después de los 6 años de edad (64.7%). Además, el 81.2% de ellos se percibía con un nivel alto de habilidades lectoescritura.

En cuanto al conocimiento de LSM en el contexto familiar, se observó que el 67.7% de los padres no sabían LSM, mientras que en el caso de las madres, el

64.9% sí la habían aprendido. De manera similar, la población sorda informó que un poco más del 50% de ellos tenía un familiar distinto de sus padres que conocía LSM.

Tabla 5

Tabla descriptiva con antecedentes de la Lengua de Señas Mexicana (LSM)

Antecedentes de la LSM		n	%
Se tiene conocimiento de la LSM			
	Sí	390	88.2%
	No	52	11.8%
Aprendió LSM en un instituto			
	Sí	113	25.6%
	No	329	74.4%
Aprendió LSM antes de los 6 años			
	Sí	156	35.3%
	No	286	64.7%
Nivel lectoescriptor en español			
	Alto	359	81.2%
	Bajo	83	18.8%
El padre sabe LSM			
	Sí	113	32.3%
	No	237	67.7%
La madre sabe LSM			
	Sí	261	64.9%
	No	141	35.1%
Otro familiar sabe LSM			
	Sí	210	52.5%
	No	232	47.5%

Fuente: Elaboración propia.

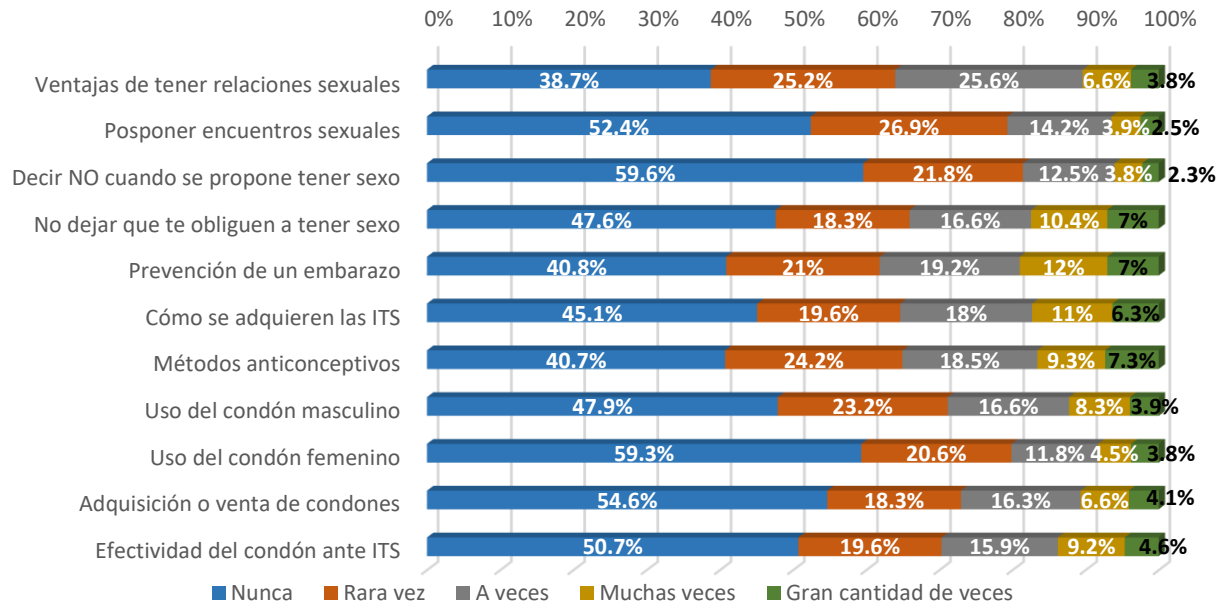
6.1.3 Análisis descriptivo de la frecuencia de comunicación con padres

En lo que respecta a la comunicación con los padres, se identificó que un poco más del 38% de los jóvenes nunca habían discutido con sus padres alguno de los 11 temas evaluados en el cuestionario. Entre los que destacan, el uso del condón femenino (nunca = 59.3%) y cómo negarse a un encuentro sexual (nunca = 59.6%).

Por otro lado, los temas que se discutieron con mayor frecuencia entre padres e hijos fueron el uso de métodos anticonceptivos, negarse a tener sexo forzado (7%), y cómo prevenir un embarazo (7.3%) (ver Figura 2).

Figura 2

Frecuencia de comunicación con padres sobre temas de salud sexual



Fuente: Elaboración propia.

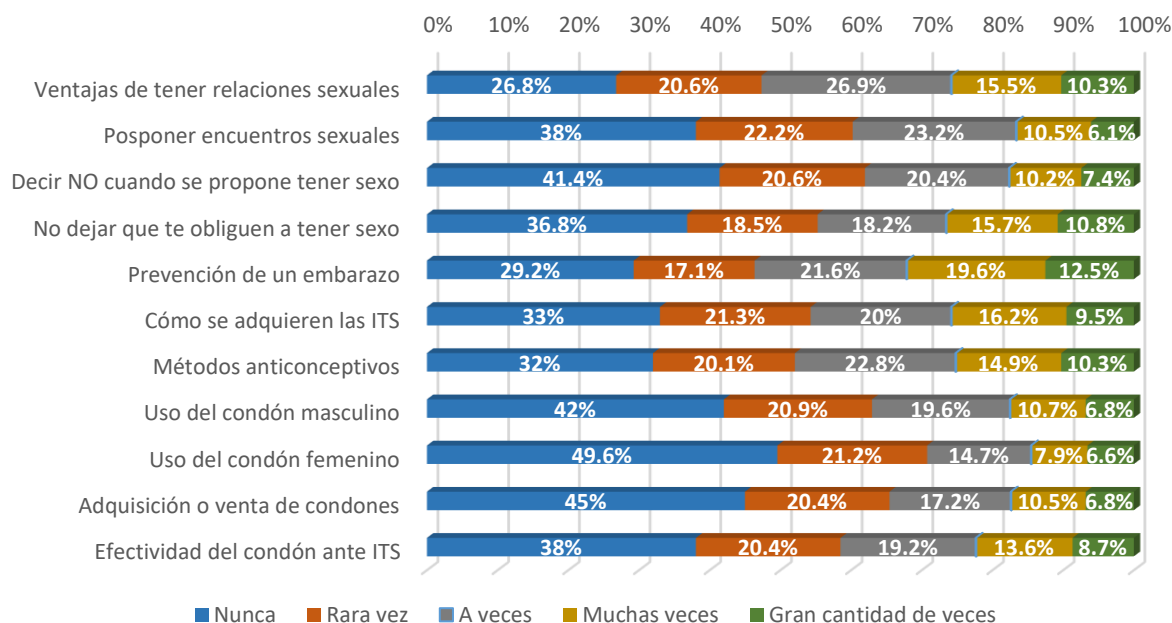
6.1.4 3 Análisis descriptivo de la frecuencia de comunicación con madres

En la figura 3 se observa que más del 26% del total de la muestra nunca había conversado acerca de los 11 temas que se abordan en la escala de comunicación sexual con madres. Entre los temas menos conversados por parte de las mamás se encontraron el uso del condón femenino y en dónde se adquieren o compran condones, siendo un poco más del 45% de los jóvenes quienes jamás habían platicado de estos temas con ellas.

Por otra parte, se observa que los temas que se habían hablado con mayor frecuencia con las mamás fueron las ventajas de tener relaciones sexuales, el no ser obligado a tener sexo, cómo prevenir un embarazo y el uso de métodos anticonceptivos, siendo más del 10% de la población quienes reportaron haber hablado de estos temas una gran cantidad de veces.

Figura 3

Frecuencia de comunicación con madres sobre temas de salud sexual



Fuente: Elaboración propia.

6.1.5.3 Análisis descriptivo del autorreporte de experiencias de abuso sexual

En la tabla 6 se presenta el informe de abuso sexual de toda la muestra. De los jóvenes que declararon haber iniciado su vida sexual ($n=497$), el 22.9% reportó haber tenido su primer encuentro de manera forzada, y el 17.5% experimentó relaciones forzadas en encuentros subsecuentes.

En cuanto a las experiencias de abuso en toda la muestra ($n=884$), el 18.9% ha tenido experiencias de haber sido tocado en sus genitales sin su consentimiento, mientras que un 16% de ellos fue obligado a tocarse a sí mismos. Además, un 14% informó que en alguna ocasión se le obligó a quitarse la ropa para ser visto completamente desnudo por otra persona.

Tabla 6*Indicadores de experiencias de abuso sexual en toda la muestra*

Indicadores de Abuso Sexual		n	%
Primera relación forzada	Sí	114	22.9%
	No	383	77.1%
A.S. después de la 1ra relación	Sí	87	17.5%
	No	410	82.5%
Tocamiento de genitales sin consentimiento	Sí	167	18.9%
	No	717	81.1%
Obligar a tocarse	Sí	141	16%
	No	743	84%
Desnudarse para ser visto por otros	Sí	124	14%
	No	760	86%

Fuente: Elaboración propia.

A.S.= Abuso Sexual

6.2 Análisis de comparación

Dentro de los objetivos propuestos para este trabajo se encuentra realizar un análisis comparativo entre las poblaciones participantes del proyecto. El objetivo es observar si existen diferencias entre los jóvenes sordos y los oyentes en relación con sus características sociodemográficas, la frecuencia de comunicación que mantienen con sus padres y sus experiencias de abuso sexual, ello considerando su lugar de residencia.

6.2.1 Comparación de características sociodemográficas

En la tabla 7 se presentan los datos sociodemográficos de los jóvenes sordos y oyentes de la Ciudad de México (CDMX) y el Interior de la República. En ambas poblaciones, más del 50% de los participantes eran hombres, excepto en el grupo de sordos del Interior de la República, donde hubo una mayoría de mujeres participantes (51.9%). Además, más de la mitad de los participantes en ambos grupos eran mayores de 18 años y solteros en el momento en que se aplicó el cuestionario.

En la población de la CDMX se observaron diferencias significativas en cuanto al nivel de educación. El 29.4% de los sordos reportó tener educación básica, en contraste con el 11.5% de los oyentes con este mismo nivel de educación ($X^2=30.797$, $p<.05$). En términos laborales, el 31.6% de los sordos tenía un trabajo, mientras que el 48.6% de los oyentes estaban empleados ($X^2=18.682$, $p<.05$). Por último, un 44.7% de los sordos indicó aún vivir con sus padres, y un 61.3% de los oyentes también afirmó lo mismo ($X^2=17.342$, $p<.05$).

Para los participantes del Interior de la República, se observaron diferencias en el nivel de educación, ya que el 34.1% de los sordos solo había completado la educación básica, en contraste con el 11.6% de los oyentes que reportaron lo mismo ($X^2=18.480$, $p<.05$). En cuanto al ámbito laboral, el 45% de los sordos trabajaba, mientras que el 65.9% de los oyentes también estaban empleados ($X^2=11.437$, $p<.05$). Por último, se encontraron diferencias entre las poblaciones en cuanto a si los padres de los participantes seguían viviendo juntos, ya que el 74.4% de los sordos y el 59.7% de los oyentes confirmaron esta situación ($X^2=6.334$, $p<.05$).

Tabla 7

Comparación de características sociodemográficas entre jóvenes sordos y oyentes de la CDMX e Interior de la República

		CDMX				Interior de la República							
		Sordos		Oyentes		X ²	p	Sordos		Oyentes		X ²	p
		n	%	n	%			n	%	n	%		
Sexo													
	Mujer	127	40.6%	131	41.9%	.105	.745	67	51.9%	63	48.8%	.248	.618
	Hombre	186	59.4%	182	58.1%			62	48.1%	66	51.2%		
Edad													
	Menor de 18	137	43.8%	143	45.7%	.233	.630	47	36.4%	43	33.3%	.273	.601
	Mayor de 18	176	56.2%		54.3%			82	63.6%	86	66.7%		
Estado Civil													
	Soltero	246	78.6%	264	83.7%	2.673	.102	103	79.8%	90	69.8%	3.476	.062
	Otro	67	21.4%	51	16.3%			26	20.2%	39	30.2%		
Sólo educación básica													
	Sí	92	29.4%	36	11.5%	30.797	.000	44	34.1%	15	11.6%	18.480	.000
	No	221	70.6%	277	88.5%			85	65.9%	114	88.4%		
Trabaja													
	Sí	99	31.6%	152	48.6%	18.682	.000	58	45%	85	65.9%	11.437	.001
	No	214	68.4%	161	51.4%			71	55%	44	34.1%		
Vive con ambos padres													
	Sí	140	44.7%	192	61.3%	17.342	.000	74	57.4%	59	45.7%	3.492	.062
	No	173	55.3%	121	38.7%			55	42.6%	70	54.3%		
Los padres viven juntos													
	Sí	186	59.4%	203	64.9%	1.962	.161	96	74.4%	77	59.7%	6.334	.012
	No	127	40.6%	110	35.1%			33	25.6%	52	40.3%		

Fuente: Elaboración propia.

Continuando con el análisis, en la tabla 8 se comparan los datos sociodemográficos de los padres según la zona geográfica a la que pertenecían los participantes.

Uno de los primeros puntos a destacar es que entre el grupo de sordos y oyentes de la Ciudad de México se observaron diferencias en 5 de los 8 ítems evaluados acerca de los datos sociodemográficos de los padres, mientras que en el interior de la República solo hubo diferencias en 2 ítems.

Los ítems en los que se encontraron diferencias fueron los siguientes: en el caso de la población de la Ciudad de México, un 78% de los sordos reportó que sus padres aún estaban con vida, mientras que el 86.3% de la población oyente respondió lo mismo ($X^2=7.351$, $p<.05$). El 24% de los sordos y el 32.6% de los oyentes mencionaron que sus padres tenían menos de 52 años de edad ($X^2=5.742$, $p<.05$), y un 95.9% de la población sorda confirmó que sus padres tenían un trabajo durante la aplicación del cuestionario, en comparación con el 88.1% de los padres de los oyentes ($X^2=10.269$, $p<.05$). Los resultados comparativos de las madres señalaron que el 22.7% de las mamás de los sordos y el 40.9% de las de los oyentes tenían menos de 43 años ($X^2=23.936$, $p<.05$), además de que el 56.2% de los sordos y el 42.2% de los oyentes mencionaron que sus mamás no tenían más educación que la básica ($X^2=12.374$, $p<.05$).

En el caso del Interior de la República, se observó que el 82.2% de los sordos y el 69.8% de los oyentes tenían a sus padres y madres con vida ($X^2=5.435$, $p<.05$), y el 55.8% de los sordos, así como el 37.2% de los oyentes, mencionaron que sus padres solo tenían educación básica ($X^2=8.974$, $p<.05$).

Como datos adicionales a destacar, se observa que más del 85% de las madres de ambas poblaciones en el Interior de la República aún vivían cuando se aplicó el cuestionario. Poco más del 60% de ellas tenía menos de 43 años y más de la mitad solo pudo obtener educación básica. En ambas regiones, la mayoría de las madres trabajaban.

Tabla 8

Datos sociodemográficos sobre los padres de los jóvenes sordos y oyentes de la CDMX y el Interior de la República

		CDMX						Interior de la República					
		Sordos		Oyentes		X ²	p	Sordos		Oyentes		X ²	p
		n	%	n	%			n	%	n	%		
El papá vive	Sí	244	78%	270	86.3%	7.351	.007	106	82.2%	90	69.8%	5.435	.020
	No	69	22%	43	13.7%			23	17.8%	39	30.2%		
El papá es mayor de 52 años	Sí	75	24%	102	32.6%	5.742	.017	43	33.3%	36	27.9%	.894	.344
	No	238	76%	211	67.4%			86	66.7%	93	72.1%		
El papá sólo tiene educación básica	Sí	136	43.5%	123	39.3%	1.113	.291	72	55.8%	48	37.2%	8.974	.003
	No	177	56.5%	190	60.7%			57	44.2%	81	62.8%		
El papá trabaja	Sí	234	95.9%	238	88.1%	10.269	.001	95	89.6%	81	90%	.008	.931
	No	10	4.1%	32	11.9%			11	10.4%	9	10%		
La mamá vive	Sí	287	91.7%	293	93.6%	.845	.358	115	89.1%	112	86.8%	.33	.566
	No	26	8.3%	20	6.4%			14	10.9%	17	13.2%		
La mamá es mayor de 43 años	Sí	71	22.7%	128	40.9%	23.936	.000	50	38.8%	43	33.3%	.824	.364
	No	242	77.3%	185	59.1%			79	61.2%	86	66.7%		
La mamá sólo tiene educación básica	Sí	176	56.2%	132	42.2%	12.374	.000	77	59.7%	66	51.2%	1.898	.168
	No	137	43.8%	181	57.8%			52	40.3%	63	48.8%		
La mamá trabaja	Sí	195	67.9%	205	70%	.277	.599	74	64.3%	66	58.9%	.705	.401
	No	92	32.1%	88	30%			41	35.7%	46	41.1%		

Fuente: Elaboración propia.

6.2.2 Comparación de antecedentes de la discapacidad y uso de la LSM en la población sorda.

En la tabla 9, se comparan los antecedentes de discapacidad de los jóvenes sordos de la Ciudad de México y del Interior de la República.

Se observa que cerca del 80% de los participantes en ambas regiones nació con la condición de discapacidad auditiva. Mientras que, entre los restantes, más de la mitad adquirió la condición después de los 3 años. En ambos casos, la mayoría de sus madres no tenían ninguna discapacidad ($p \Rightarrow .05$).

Solamente se encontraron diferencias significativas en la prevalencia de discapacidad entre los padres de los jóvenes; en el caso de la ciudad, se reportó que el 22.1% de ellos tenía discapacidad, mientras que para los del Interior de la República, fue un poco menos del 11% ($X^2=6.761$, $p < .05$)

Tabla 9

Comparativo de antecedentes de la población sorda de la CDMX e Interior de la República

	CDMX		Int. Rep.		X^2	p
	n	%	n	%		
Sordo de nacimiento						
Sí	247	78.9%	105	81.4%	.347	.556
No	66	21.2%	24	18.6%		
Edad de aparición						
Antes de los 3 años	33	50%	8	33.3%	1.971	.160
Después de los 3 años	33	50%	16	66.7%		
El papá tiene discapacidad						
Sí	54	22.1%	11	10.4%	6.761	.009
No	190	77.9%	95	89.6%		
La mamá tiene discapacidad						
Sí	69	24%	18	15.7%	3.408	.065
No	218	76%	97	84.3%		

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 10 muestra la comparación de los antecedentes de la LSM en jóvenes sordos de la CDMX y el Interior de la República.

Se destaca que en ambas regiones más del 86% reportó tener dominio de la LSM, una cuarta parte aprendió esta lengua en un instituto, más del 64% mencionó haberla aprendido antes de los 6 años y más del 80% consideró no tener un buen nivel lectoescritor del español.

Se encontraron diferencias en los tres ítems que exploran el uso de la lengua de señas en el contexto familiar, se observó un porcentaje más alto de familiares que dominan esta lengua cuando radican en la Ciudad de México. En los padres de los participantes de la CDMX el 36% de ellos conocían la LSM, contrastado con el 23.6% de los del interior quienes también la conocían ($X^2=5.265$, $p<.05$); asimismo, el 68.3% de las madres de la CDMX sabía LSM en contraste con el 56.5% de las del interior ($X^2=4.995$, $p<.05$); finalmente, poco más del 50% de otros familiares de los jóvenes sordos que radican en la CDMX conocían la lengua de señas, mientras que en el Interior de la República, sólo un 38.8% de los familiares conocía esta lengua ($X^2=5.595$, $p<.05$).

Tabla 10

Comparación de los antecedentes de la Lengua de Señas Mexicanas (LSM) en jóvenes sordos de la CDMX e Interior de la República

		CDMX		Int. Rep.		X^2	p
		n	%	n	%		
Se tiene conocimiento de la LSM							
	Sí	279	89.1%	111	86%	.841	.359
	No	34	10.9%	33	14%		
Aprendió LSM en un instituto							
	Sí	80	25.6%	33	25.6%	.000	.996
	No	233	74.4%	96	74.4%		
Aprendió LSM antes de los 6 años							
	Sí	111	35.5%	45	34.9%	.013	.908
	No	202	64.5%	84	65.1%		
Nivel lectoescritor en español							
	Sí	61	19.5%	22	17.1%	.355	.551
	No	252	80.5%	107	82.9%		
El padre sabe LSM							
	Sí	88	36.1%	25	23.6%	5.265	.022
	No	156	63.9%	81	76.4%		
La madre sabe LSM							
	Sí	196	68.3%	65	56.5%	4.995	.025
	No	91	31.7%	50	43.5%		
Otro familiar sabe LSM							
	Sí	160	51.1%	50	38.8%	5.595	.018
	No	153	48.9%	79	61.2%		

Fuente: Elaboración propia.

6.2.3 Análisis de comparación entre jóvenes sordos y oyentes de la CDMX e interior de la república en la ausencia y presencia de comunicación parental

En la tabla 12 se observa la comparación entre jóvenes sordos y oyentes de la Ciudad de México e Interior de la República en la ausencia y presencia de comunicación con sus padres y madres sobre temas de salud sexual.

En el análisis de *Razón de Momios* (*Odds Ratio* en inglés [OR]) se observó que existe riesgo de ser una persona sorda y no tener comunicación (ausencia) con las madres de la Ciudad de México ($OR=1.807$), y con los padres ($OR=1.949$) y las madres ($OR=2.817$) del Interior de la República, no así para los padres de la Ciudad de México, en donde no hubo evidencia de riesgo por ser una persona sorda y no tener comunicación con ellos.

6.2.4 Comparación entre jóvenes sordos y oyentes en la frecuencia de comunicación con padres

En el apartado anterior pudo observarse que hay diferencias significativas respecto a la comunicación sobre salud sexual entre padres y madres, por lo que en este apartado se compara la frecuencia con que se abordan los temas evaluados en las escalas de comunicación parental de los jóvenes sordos y oyentes de la CDMX e Interior de la República.

En cuanto a la puntuación total de la escala de comunicación con padres los resultados mostraron que los jóvenes sordos ($M=1.87$, $DE=.83$) obtuvieron una media más baja en comparación de los jóvenes oyentes ($M=2.08$, $DE=.95$), diferencia que fue significativa ($t=-3.168$, $p=.002$, $d=.238$). El detalle de cada uno de los ítems se presenta en la tabla 13.

En el caso de la CDMX, el promedio de frecuencia que se obtuvo en los once ítems de la escala de comunicación con padres, los valores oscilaron entre 1 y 2 tanto en jóvenes sordos como oyentes; encontrando diferencias entre los grupos en 8 temas ($p<.05$).

Los jóvenes sordos tuvieron medias significativamente más altas en los siguientes temas: posponer los encuentros sexuales ($d=.253$) y el uso del condón femenino ($d=.270$). Mientras que para los jóvenes oyentes los temas más abordados

en comparación con los sordos fueron: no ser obligado a tener sexo, cómo prevenir un embarazo, la adquisición de ITS, el uso de métodos anticonceptivos, dónde adquirir o comprar condones y la efectividad que tienen.

En el Interior de la República, las medias de todos los ítems también oscilaron entre 1 y 2, lo que representa una baja frecuencia comunicación en ambas poblaciones. Sin embargo, se identificó que los jóvenes oyentes tienen mayor comunicación con sus padres, que los jóvenes sordos en siete temas ($p < .05$): 1) ventajas de tener relaciones sexuales, 2) no dejar que te obliguen a tener sexo, 3) prevención del embarazo, 4) como se adquieren las ITS, 5) Métodos anticonceptivos, 6) Adquisición o venta de condones, y 7) efectividad del condón ante las ITS.

Tabla 12

Comparación de la presencia y ausencia de comunicación con padres y madres de los jóvenes sordos y oyentes de la CDMX y el Interior de la República

	Ciudad de México								Interior de la República							
	Sordos		Oyentes		X ²	p	OR	IC 95 %	Sordos		Oyentes		X ²	p	OR	IC 95 %
	n	%	n	%					n	%	n	%				
Comunicación con padres																
Ausencia	80	25.6%	87	27.8%	.400	.527	.892	.626,	53	41.1%	34	26.4%	6.261	.012	1.949	1.152,
Presencia	233	74.4%	226	72.2%				1.271	76	58.9%	95	73.6%				3.296
Comunicación con madres																
Ausencia	111	35.5%	73	23.3%	11.12	.001	1.807	1.274,	58	45%	29	22.5%	14.59	.000	2.817	1.642,
							2.563									4.832
Presencia	202	64.5%	240	76.7%					71	55%	100	77.5%				

Tabla 13

Comparación de medias, entre los jóvenes oyentes y sordos de la CDMX e Interior de la República, de las variables sobre la comunicación con los padres.

	CDMX								Interior de la República							
	Sordos		Oyentes		t	p	d	Sordos		Oyentes		t	p	d		
	n	M	N	M				n	M	n	M					
Ventajas de tener relaciones sexuales	244	2.13	270	2.17	-0.399	.690	-0.035	106	1.81	90	2.29	-3.138	.002	-0.450		
Posponer encuentros sexuales	244	1.92	270	1.67	2.866	.004	.253	106	1.73	90	1.74	-1.131	.896	-0.019		
Decir NO cuando se propone tener sexo	244	1.67	270	1.73	-0.648	.517	-0.057	106	1.50	90	1.73	-1.792	.075	-0.257		
No dejar que te obliguen a tener sexo	244	1.70	270	2.53	-7.670	.000	-0.677	106	1.78	90	2.34	-3.117	.002	-0.447		
Prevención de un embarazo	244	2.13	270	2.39	-2.302	.022	-0.203	106	1.92	90	2.42	-2.768	.006	-0.397		
Cómo se adquieren las ITS	244	2.05	270	2.27	-2.023	.044	-0.179	106	1.88	90	2.31	-2.354	.020	-0.337		
Métodos anticonceptivos	244	2.10	270	2.36	-2.361	.019	-0.209	106	1.74	90	2.39	-3.701	.000	-0.530		
Uso del condón masculino	244	2.11	270	1.97	1.380	.168	.122	106	1.67	90	1.98	-1.865	.064	-0.267		
Uso del condón femenino	244	1.93	270	1.63	3.059	.002	.270	106	1.60	90	1.62	-0.130	.897	-0.019		
Adquisición o venta de condones	244	1.79	270	2.06	-2.660	.008	-0.235	106	1.48	90	2.00	-3.365	.001	-0.482		
Efectividad del condón ante las ITS	244	1.85	270	2.15	-2.802	.005	-0.247	106	1.68	90	2.12	-2.686	.008	-0.385		

Fuente: Elaboración propia.

6.2.5 Comparación entre jóvenes sordos y oyentes en la frecuencia de comunicación con madres

En este apartado se comparan los promedios de frecuencia con que se abordan los temas evaluados en la escala de comunicación con las mamás de los jóvenes sordos y oyentes de la Ciudad de México y el resto de la República.

En el caso de la puntuación total de la escala de comunicación con madres se observaron datos similares, los jóvenes sordos tuvieron una media de 2.13 ($DE=1.007$), mientras que las de los jóvenes oyentes fue de 2.57 ($DE= 1.11$), diferencias que mostraron ser significativas ($t=-5.886$, $p=.001$, $d=.414$). El detalle de cada uno de los ítems se presenta en la tabla 14.

Para el caso de la CDMX, se observa que las medias de frecuencia que se obtuvieron en las respuestas de los jóvenes sordos y oyentes fueron cercanos a los valores 2 y 3, encontrando así diferencias significativas en 7 ítems del cuestionario ($p<.05$), los cuales fueron: 1) decir no cuando se propone tener sexo, 2) no dejar que te obliguen a tener sexo, 3) prevención de un embarazo, 4) cómo se adquieren las ITS, 5) uso de métodos anticonceptivos, 6) adquisición y venta de condones 7) efectividad del condón ante las ITS. A su vez, los resultados mostraron que estos temas fueron más abordados con las mamás de los jóvenes oyentes al tener las medias más altas comparadas con las de los jóvenes sordos.

Resultados similares se observan para los jóvenes sordos y oyentes del Interior de la República, pues en los mismos ítems (además del uso de condón masculino y femenino) se observaron diferencias significativas en las medias de frecuencia de sus respuestas, siendo más altas en los jóvenes oyentes; cabe destacar que el tamaño del efecto fue mayor en este grupo.

Tabla 14

Comparación de medias, entre los jóvenes oyentes y sordos de la CDMX e Interior de la República, de las variables sobre la comunicación con las madres

	CDMX						Interior de la República							
	Sordos		Oyentes		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	Sordos		Oyentes		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>n</i>	<i>M</i>				<i>n</i>	<i>M</i>	<i>n</i>	<i>M</i>			
Ventajas de tener relaciones sexuales	287	2.67	293	2.71	-.372	.710	-.031	115	2.28	112	2.63	-2.133	.034	-.283
Posponer encuentros sexuales	287	2.28	293	2.27	.123	.903	.010	115	2.16	112	2.19	-.188	.851	-.025
Decir NO cuando se propone tener sexo	287	2.10	293	2.47	-3.517	.000	-.292	115	1.83	112	2.24	-2.543	.012	-.337
No dejar que te obliguen a tener sexo	287	2.03	293	2.95	-8.200	.000	-.681	115	1.90	112	2.79	-5.379	.000	-.714
Prevención de un embarazo	287	2.40	293	3.01	-5.378	.000	-.447	115	2.42	112	2.89	-2.613	.010	-.347
Cómo se adquieren las ITS	287	2.30	293	2.78	-4.398	.000	-.365	115	1.94	112	2.71	-4.520	.000	-.600
Métodos anticonceptivos	287	2.28	293	2.87	-5.391	.000	-.448	115	1.84	112	2.88	-6.388	.000	-.848
Uso del condón masculino	287	2.17	293	2.35	-1.685	.093	-.140	115	1.73	112	2.32	-3.605	.000	-.479
Uso del condón femenino	287	2.03	293	2.10	-.674	.501	-.056	115	1.70	112	2.04	-2.203	.029	-.292
Adquisición o venta de condones	287	1.98	293	2.42	-4.243	.000	-.352	115	1.57	112	2.38	-5.160	.000	-.685
Efectividad del condón ante las ITS	287	2.20	293	2.66	-4.252	.000	-.353	115	1.75	112	2.51	-4.625	.000	-.614

Fuente: Elaboración propia

6.2.6 Comparación entre jóvenes sordos y oyentes en experiencias de abuso sexual

Finalmente, con relación al número de experiencias de abuso sexual, se identificó que los jóvenes sordos han tenido en promedio $M=1.00$ ($DE=1.377$) experiencia de abuso sexual, en contraste con los oyentes que han tenido $M=.422$ ($DE =1.00$), diferencias que es significativa ($t=7.065$, $p=.001$, $d=.475$)

En la tabla 15 se muestra la comparación entre las respuestas de los jóvenes sordos y oyentes de la CDMX y el Interior de la República en el reporte de experiencias de abuso sexual.

El análisis de Razón de Momios indica que en ambas regiones existe mayor riesgo de vivir una experiencia de abuso sexual si se es una persona sorda, destacando que los porcentajes a respuestas afirmativas por parte de los jóvenes sordos fueron significativamente mayores a los de la población oyente. Se añade que en la Ciudad de México no se observaron diferencias entre sordos y oyentes en el porcentaje de personas que reportaron haber sido tocado en los genitales sin consentimiento.

Tabla 15

Comparación entre los jóvenes sordos y oyentes de la CDMX e Interior de la República y sus experiencias de abuso sexual

	CDMX								Interior de la República							
	Sordos		Oyentes		χ^2	<i>p</i>	OR	IC 95 %	Sordos		Oyentes		χ^2	<i>p</i>	OR	IC 95 %
	n	%	n	%					n	%	n	%				
1ra relación forzada																
Sí	67	43.5%	12	6.3%	67.323	.000	11.552	5.937, 22.475	26	48.1%	9	9.3%	29.433	.000	9.079	3.807, 21.653
No	87	56.5%	180	93.8%					28	51.9%	88	90.7%				
A.S. después de la 1ra relación																
Sí	46	29.9%	17	8.9%	25.344	.000	4.385	2.392, 8.036	17	31.5%	7	7.2%	15.279	.000	5.907	2.262, 15.425
No	108	70.1%	175	91.1%					37	68.5%	90	92.8%				
Tocamiento de genitales sin consentimiento																
Sí	65	20.8%	53	16.9%	1.504	.220	1.286	.860, 1.923	32	24.8%	17	13.2%	5.668	.017	2.173	1.137, 4.155
No	248	79.2%	260	83.1%					97	75.2%	112	86.8%				
Obligar a tocarse																
Sí	74	23.6%	28	8.9%	24.783	.000	3.152	1.974, 5.030	26	20.2%	13	10.1%	5.105	.024	2.252	1.100, 4.612
No	239	76.4%	285	91.1%					103	79.8%	116	89.9%				
Desnudarse para ser visto																
Sí	59	18.8%	23	7.3%	18.187	.000	2.929	1.758, 4.879	31	24%	11	8.5%	11.376	.001	3.393	1.622, 7.099
No	254	81.2%	290	92.7%						76%	118	91.5%				

Fuente: Elaboración Propia

6.3 Análisis de asociación y correlación

Al analizar las variables sociodemográficas, se encontró que éstas explican parte de la varianza en la comunicación con los padres y las experiencias de abuso sexual. Sin embargo, esta explicación de la varianza no supera el 9.2%, que es el valor más alto que se identificó. Este valor corresponde a los jóvenes sordos y la relación entre la discapacidad de nacimiento y haber tenido una experiencia de tocamiento en los genitales sin consentimiento.

En el caso de los jóvenes sordos, otras variables que mostraron estar relacionadas con el abuso sexual fueron: trabajar (abuso en el debut y desnudarse bajo coerción), el nivel de lectoescritura (abuso en el debut sexual); la edad (ser tocado en los genitales sin consentimiento), el vivir con los padres y la edad de la mamá (desnudarse bajo coerción).

Mientras que, para los jóvenes oyentes, la presencia de discapacidad por parte de los padres se relacionó con experiencias de abuso, con los cinco indicadores de abuso sexual por parte de la mamá y con tres en el caso del padre. Otras variables asociadas al abuso en los oyentes fueron: situación laboral del padre (desnudarse bajo coerción) y el sexo biológico (vivir experiencias de abuso sexual después del primer encuentro y tocarse los propios genitales bajo coerción).

En cuanto a la comunicación con los padres, se identificó que, para los jóvenes sordos, 10 de las variables sociales, contextuales y culturales se relacionan con la comunicación parental. Entre las que destacan los conocimientos de LSM por parte de los padres, el lugar de procedencia y el sexo biológico. Mientras que, para los jóvenes oyentes, solo se identificaron cuatro: sexo biológico, condición laboral, vivir con alguno de los padres (Tabla 16).

Para concluir estos análisis, se realizó una correlación de Pearson para determinar si había relación entre la comunicación parental y las experiencias de abuso sexual. Los resultados mostraron que existe una relación significativa entre la comunicación con las madres y la comunicación con los padres ($r=.541$, $p=.001$). Sin embargo, estas no correlacionaron con las experiencias de abuso ($p>.05$).

Tabla 16

Tabla correlativa sobre comunicación y abuso respecto a datos sociodemográficos y antecedentes para la población sorda y oyentes

			Comunicación			Abuso				
			Padres	Madres	En el debut	Después de la 1ra relación	Tocamiento de genitales sin permiso	Obligar a tocarse	Desnudarse para ser visto	
			r (R ²)	r (R ²)	r (R ²)	r (R ²)	r (R ²)	r (R ²)	r (R ²)	
Sociodemográficos participantes	Pertenece al Int. de la República	Sordo	.154** (2.4)							
		Oyente								
	Ser Mujer	Sordo		-.161** (2.6)	.151* (2.3)					
		Oyente	.111* (1.2)		.153** (2.3)	.161** (2.6)		.142** (2)		
	Ser menor de 18 años	Sordo			-.157* (2.5)		-.137** (1.9)			
		Oyente								
Trabaja	Sordo				.142* (2)				.106* (1.1)	
	Oyente		-.151** (2.3)							
Vive con alguno de sus padres	Sordo		-.134** (1.8)						.119* (1.4)	
	Oyente		-.105* (1.1)	-.120* (1.4)						
Sociodemográficos padres	Padres separados	Sordo	-.114* (1.3)							
		Oyente								
	Trabaja el papá	Sordo								-.114* (1.3)
		Oyente								
La mamá tiene menos de 43 años	Sordo								.108* (1.2)	
	Oyente									
A. disc	Sordo desde nacimiento	Sordo					.309** (9.5)			
		Oyente								
	El papá tiene discapacidad	Sordo	-.117* (1.4)							
		Oyente					.128* (1.6)	.159** (2.5)	.133* (1.8)	
La mamá tiene discapacidad	Sordo	-.137** (1.9)								
	Oyente			.222** (4.9)	.215** (4.6)	.170** (2.9)	.191** (3.6)	.147** (2.2)		

CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este trabajo se enmarca en el proyecto "Predictores de conductas sexuales de riesgo: Una comparación entre jóvenes oyentes y sordos de once ciudades de la República Mexicana", que se basa en el modelo IMB (Information-Motivation-Behavior). Sin embargo, modelos como el Modelo Integral de Fishbein (Fishbein, 2000) sugieren que variables distales, como la edad, el sexo y ciertos aspectos culturales, pueden tener un efecto indirecto sobre las variables de análisis. Por lo tanto, en este trabajo se realiza un análisis teniendo en cuenta estos supuestos.

El objetivo de esta investigación fue identificar y analizar la relación entre factores socioculturales (sociodemográficos) vinculados con el lugar de residencia (Ciudad de México e Interior de la República), la comunicación parental y las experiencias de abuso sexual en jóvenes oyentes y sordos. Los resultados revelaron que variables como el lugar de procedencia, el sexo biológico, la edad, la situación laboral y vivir con alguno de los padres se relacionan con la comunicación parental y las experiencias de abuso sexual. Además, se identificó que la condición de discapacidad auditiva aumenta el riesgo de no comunicarse con los padres y madres, así como de vivir experiencias de abuso sexual.

Uno de los primeros puntos a discutir se centra en los resultados descriptivos de esta tesis, donde se observó que en la mayoría de los participantes (80%), la pérdida auditiva ocurrió durante el nacimiento, un dato similar al que se reporta en las estadísticas nacionales. Según el informe más reciente del INEGI (2020) sobre discapacidad, la discapacidad auditiva ocupa el cuarto lugar en México y se presenta principalmente en personas de la tercera edad. Sin embargo, en el caso de los jóvenes, esta discapacidad se presenta desde el nacimiento (INEGI, 2017).

Además, Delgado (2011) menciona que en el 84% de los jóvenes sordos, la hipoacusia es congénita, lo que puede convertirse en una limitación significativa para el desarrollo normal del habla y el lenguaje oral. Esto puede limitar su acceso a la información disponible en su entorno, que generalmente se transmite a través del canal auditivo (Doyle, 1995). Sobre todo si se considera que, la familia desempeña un papel importante en el desarrollo infantil, ya que a través de ella se adquieren creencias, valores y acciones que moldean el comportamiento de los

hijos, pero que a diferencia de las familias oyentes, existen barreras de comunicación, debido a que no comparten la misma lengua de sus hijos, lo que lleva a repercusiones en la dinámica familiar, que juega un papel crucial en el desarrollo cognitivo, emocional, social y comunicativo de los niños (Isaza & Hisao, 2012).

En este mismo sentido, es importante recordar que el lenguaje funciona como un sistema de mediación simbólica que se encuentra en primer plano para establecer interacciones comunicativas (Bellés, 1993). Esto implica que una discapacidad como la auditiva priva al individuo de una interacción lingüística sujeta a las condiciones contextuales, lo que limita su acceso a la comunicación a un lenguaje adecuado a sus capacidades sensoriales, que ya son reducidas (Job, 2004).

Hace menos de dos décadas, la Lengua de Señas Mexicana (LSM) comenzó a tener un mayor alcance en diferentes medios comunicativos para las personas con discapacidad auditiva. Esta lengua se distingue por estar compuesta por una serie de señas que permiten a quienes la utilizan expresar ideas y emociones. Sin embargo, en la actualidad no existe una cifra oficial de hablantes de LSM, lo que indica un acceso limitado a instituciones o especialistas en el área que faciliten su aprendizaje. Esto se refleja en los resultados, que indican que una baja proporción de familiares de la población sorda posiblemente no ha tenido la oportunidad de aprender esta lengua, y esto se reduce principalmente al papel de la madre (Job, 2004).

En este estudio, se identificó que las madres participan de manera mas activa en la comunicación obre temas de sexual con sus hijos, bajo este hallazgo es importante recordar que los roles de género se distinguen por las expectativas sociales sobre el comportamiento y el desempeño de acuerdo con sexo asignado, y la familia es el primer entorno social en el que los nuevos miembros se ajustan a las normas y valores que rigen la comunidad (Herrera, 2000). En México, se asocia el papel de la madre como el que dirige la crianza de los hijos, lo que implica una mayor entrega en cuanto a tiempo y dedicación hacia ellos. Los resultados destacan cómo las madres mantienen una mayor responsabilidad en la comunicación con sus

hijos. Esto se enfatiza en el contexto de la maternidad como un factor importante en la formación de la familia.

El rol de las madres adquiere importancia desde las perspectivas sociales y se considera un estilo de vida que se ajusta a varios factores culturales, como el matrimonio, la edad, la finalización de estudios, el trabajo, entre otros (González et al., 2017). Las madres son uno de los primeros contactos a nivel social para los hijos y suelen ser asignadas con el rol de la crianza, lo que les confiere un papel importante en la formación de los infantes y su capacidad para interactuar y comunicarse en diversos entornos sociales.

Además, se encontró que eran pocos los jóvenes sordos que convivían con algún familiar que tuviera algún tipo de discapacidad. Esto se reflejó especialmente en el caso de los padres, donde esta situación se encontró en solo 2 de cada 10 casos, aproximadamente, lo que equivale al 20%. Estos resultados contrastan con la literatura, que sugiere que alrededor del 60% de los sordos adquieren la condición debido a cuestiones genéticas (Delgado, 2011). Esta discrepancia podría deberse a que la muestra utilizada en esta investigación quizás no fue lo suficientemente grande como para realizar una comparación más precisa. Sin embargo, la diferencia en cuanto a la convivencia de los padres con alguna discapacidad previa podría ser un factor determinante en el nivel de comunicación que mantienen con sus hijos, un aspecto que se analiza a continuación.

Haciendo una síntesis sobre los factores socioculturales de esta población que se identificaron en esta tesis se destaca que, el 80% de la muestra de jóvenes sordos indicó que tenían esta condición desde el nacimiento, dato que ya ha sido reportado (Doyle, 1995), lo que sugiere que su primer contacto con el lenguaje fue a través de la Lengua de Señas Mexicana (LSM). Además, se observó que la mayoría de ellos aprendió la lengua de señas después de los 6 años, fuera de instituciones educativas. Además, son principalmente las madres quienes también tienen conocimiento de la lengua para poder comunicarse con sus hijos. Es importante destacar que el conocimiento de la lengua de señas entre los familiares de los participantes de la Ciudad de México es mayor en comparación con el nivel de conocimiento en otras regiones de la República.

Adicionalmente, se observó que 8 de cada 10 sordos reportaron tener un alto nivel de competencia en lectoescritura del español. Esto sugiere que posiblemente podían comunicarse con personas que no tenían conocimientos sobre la LSM a través de medios académicos. Estos medios podrían haber facilitado el acercamiento de los familiares a la lengua de señas y, por lo tanto, mejorar el nivel de comunicación con la persona con discapacidad (Montero, 2010).

Estos datos son de alta relevancia, pues dan contexto de las limitaciones de acceso a información relacionada con la salud sexual, pues como lo señalan Alegría y Domínguez (2009), uno de los problemas de los jóvenes sordos que son educados en entorno oyentes, tienen un repertorio verbal menor (200 palabras) por su poco contacto con el español, lo cual repercute en su comprensión textos escritos, así como la búsqueda de nueva información.

Con este estudio enfatiza la importancia de comprender los datos sociales, contextuales y culturales de los jóvenes participantes, ya que esto ayuda a identificar a los grupos que pueden ser más vulnerables y que quizás no han alcanzado un nivel adecuado de comunicación en relación con la educación sexual. La observación muestra que, al enriquecer las esferas biopsicosociales de las personas a través de una educación informada y consciente, se les brindan más oportunidades para prevenir comportamientos que puedan poner en riesgo sus aspectos cognitivos, físicos y conductuales (Impett et al., 2022).

Además, es fundamental tener en cuenta los factores de riesgo a los que los jóvenes suelen estar expuestos en su entorno (Herrera, 1999). Esto subraya la importancia de abordar la comunicación sobre la sexualidad como una medida preventiva.

A través de la literatura, se destaca la importancia de la comunicación con los padres en la adquisición de conocimientos sobre salud sexual (Atienzo et al., 2011). Por lo tanto, uno de los objetivos de este trabajo fue describir el nivel de comunicación de los padres y madres en la muestra. Los resultados revelaron que las madres mantenían conversaciones orientadas tanto a la prevención del abuso sexual como al cuidado durante las relaciones sexuales, incluyendo el uso del condón masculino para prevenir embarazos no deseados. En cambio, en las

conversaciones con los padres, prevalecía un mayor interés en la prevención de embarazos no deseados y el uso de métodos anticonceptivos.

Es importante destacar que, en comparación con los porcentajes de la Ciudad de México, los jóvenes sordos pertenecientes al resto de la República tenían un mayor riesgo de no tener comunicación con ninguno de sus padres. Esto concuerda con las advertencias de Adeniyi et al. (2011), quienes señalaron que las conversaciones parentales tienden a limitarse debido a los tabúes en torno a la educación sexual y cómo esta puede influir en el inicio de la vida sexual de los jóvenes. Esto se refleja en el bajo nivel de conversación por parte de ambos padres y en los pocos temas que suelen ser abordados en las conversaciones.

Además, estos resultados confirmaron que los estilos de comunicación varían según la figura paterna con la que se converse. Las madres tienden a acercarse más a sus hijos en este aspecto. Además, la edad de los progenitores también influye, ya que los padres y madres más jóvenes tienden a mantener un mayor nivel de comunicación con sus hijos. Estos hallazgos respaldan la información proporcionada por Bearinger et al. en su estudio de 2005.

Asimismo, es interesante destacar que existen diferencias en el nivel de comunicación entre los padres de personas oyentes y los de personas sordas. Se observa que los padres de personas sordas tienden a tener un menor nivel de comunicación con sus hijos en comparación con los padres de personas oyentes. Esta diferencia es aún más evidente en el interior de la República en comparación con los jóvenes de la Ciudad de México, ello podría atribuirse a las barreras comunicativas, tal y como lo señalaron Robles et al. (2013) en su estudio, pues también al interior de la república se identificó que es donde menos se aprende la LSM por padres de los hijos sordos.

Se pudo observar una tendencia en la que la Ciudad de México brinda más oportunidades tanto a su población sorda como a la oyente para desarrollarse en el ámbito educativo en comparación con el resto de la República. Porcentualmente hablando, la población sorda en el interior de la República tiene menos oportunidades de avanzar más allá de la educación básica. Además, se observa que, en proporción a sus muestras, en el interior de la República hay más jóvenes,

tanto sordos como oyentes, que trabajan en comparación con los de la Ciudad de México, donde menos de la mitad de la muestra tiene un trabajo.

Estos resultados pueden estar relacionados con las oportunidades que ofrece el entorno donde se vive. Las variables socioculturales desempeñan un papel significativo en el desarrollo individual y social de las personas, y este desarrollo puede verse limitado por el contexto en el que se encuentren (Varga, 2003). Es importante recordar que ya se ha observado en la literatura que existen barreras sociales que afectan a las personas con discapacidad en cuanto a oportunidades educativas y profesionales. Por ejemplo, los institutos especializados y los medios de comunicación accesibles pueden influir positivamente en el progreso social y el empoderamiento de los adolescentes y jóvenes con discapacidad.

La variable del abuso sexual y sus indicadores formaron parte del Cuestionario sobre Salud Sexual, por lo que los resultados se pudieron interpretar en función de quienes informaron haber sufrido abuso sexual. Se observó que, tanto en la Ciudad de México como en el resto de la República, las personas sordas tienen un mayor riesgo de sufrir conductas de abuso sexual en comparación con las personas oyentes ($OR > 1.68$), duplicando aproximadamente el riesgo según la proporción de la muestra. Este hallazgo refuerza investigaciones previas que indicaban que las personas con discapacidad tienen un mayor riesgo de ser víctimas de abuso sexual, con casi el doble de posibilidades en comparación con las personas sin discapacidad (Del Campo, 2003; Robles & Guevara, 2017).

En este sentido, se subraya nuevamente la importancia de los medios de comunicación a los que las personas sordas tienen acceso y la necesidad de educar y concienciar sobre la sexualidad y el abuso sexual en esta comunidad. Es posible que la falta de información sobre cuándo una interacción sexual puede considerarse abuso sea un factor contribuyente a esta disparidad en las tasas de abuso sexual (Job, 2004).

Diferencias en las oportunidades de crecimiento profesional y personal que afectan a la población discapacitada: Se sabe que las oportunidades de inclusión para las personas con alguna discapacidad suelen ser limitadas, desde la adquisición de un seguro social, educación, e incluso trabajo, basado en la premisa

de la discriminación al considerar que no tienen la misma facilidad de trabajo comparado con una "persona sana" (Meléndez, 2016). Se ha buscado facilitar en los trabajos ambientes que permitan la inclusión ante la discapacidad que afecta aproximadamente al 15% de la población mundial, buscando el desarrollo de escenarios que permitan facilitar el uso de habilidades de estas personas. Sin embargo, este proceso destina tanto tiempo como recursos económicos, por lo que no en todos los contextos ni en todos los países se vuelve plausible el ingreso laboral para las personas con discapacidades, sin considerar las barreras socioculturales que pueden ser significativas para cada país (Pico & Torres, 2017).

En conclusión, el presente reporte de investigación brinda evidencia sobre que, la mayoría de los jóvenes sordos viven con esta condición desde su nacimiento, lo que los convierte en usuarios de Lengua de Señas Mexicana (LSM) desde temprana edad, aunque en muchos casos, su acceso a la LSM fue después de los 6 años, lo que puede influir en su repertorio lingüístico en el campo de la salud sexual y reproductiva.

En ambas poblaciones se identificó una baja frecuencia de comunicación parental y experiencias de abuso sexual, no obstante, los resultados muestran que ser sordo incrementa la probabilidad de que no haya comunicación y se vivan mayores experiencias de abuso sexual, lo que sugiere la necesidad de incluir información sobre prevención del abuso sexual en los programas de intervención para ambas poblaciones.

Finalmente, a pesar de que los factores socioeconómicos, contextuales y culturales explican una pequeña parte de la variabilidad en la comunicación y las experiencias de abuso sexual, estos resultados respaldan la importancia de considerar estos factores en futuras investigaciones y programas de intervención.

Asimismo, se debe resaltar que el papel de la familia en la educación sexual se ha formado a través de tabúes y mitos socioculturales, mismos que son reforzados desde las creencias acerca de las limitaciones discapacitantes de un individuo, siendo vistas como personas quienes deben de ser "protegidas", reduciendo aún más la posibilidad de generar una comunicación abierta con sus familiares y promoviendo la construcción de ideas falsas en torno a la sexualidad,

su prevención y cuidado. Una sociedad que no capacita su contexto para poder incluir a todos sus individuos no permite la extensión de conocimiento preventivo ante estos temas, por lo que futuros trabajos pueden promover la ampliación de recursos para así expandir equitativamente la educación sexual, así como la promoción de la Lengua de Señas Mexicana como alcance a las comunidades sordas (Castellanos-García, et al, 2023).

La familia al ser el primer agente educador de un individuo promueve el proceso de desinformación tal y como se observó en los resultados, siendo así la comunicación tanto un factor de riesgo como de prevención, y dicha problemática aumenta a nivel regional y nacional (Muñoz-Vilugrón & Sánchez-Bravo, 2017), por lo que se sugiere que en próximos estudios se incluya el estudio a los factores culturales que más incidencia tienen respecto a la comunicación para así tener un mayor alcance sobre la problemática y sus posibles campos de intervención.

Entre las limitaciones de este trabajo estuvieron el tamaño de la muestra, pues un porcentaje importante de participantes se concentraron en la CDMX, lo que limitó la comparación entre regiones, por lo que se propone ampliar el muestreo considerando otras ciudades y estos del país para futuras investigaciones.

REFERENCIAS

- Adeniyi, S.; Oyewumi, A.; Fakolade, O. (2011). An assessment of the level of influence of family life and HIV/AIDS education on knowledge, attitude and decision making among adolescents with hearing impairment in some states in Nigeria. *International Journal of Special Education*, 26(3), 5-11. https://www.researchgate.net/publication/289719803_An_assessment_of_the_level_of_influence_of_family_life_and_HIVAIDS_education_on_knowledg_e_attitude_and_decision_making_among_adolescents_with_hearing_impairment_in_some_states_in_Nigeria.
- Alegría, J., & Domínguez, A. B. (2009). Los alumnos sordos y la lengua escrita. *Revista latinoamericana educación inclusiva*, 3(1), 95-111, <http://www.rinace.net/rlei/numeros/vol3-num1/art7.pdf>.
- Allen-Leigh, B., Braverman-Bronstein, A., de Castro, F., Rojas, R., Romero, M., Uribe., P., & Villalobos, A. (2016). Educación sexual integral: cobertura, homogeneidad, integralidad y continuidad en escuelas de México. *Salud Pública de México*, 59(1), 19-27, <https://doi.org/10.21149/8411>.
- Álvarez, E., Bárcena, S., & Guevara, Y. (2017). Características de padres e hijos con discapacidad que intervienen en la comunicación sobre sexualidad. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 9, 36-44. <https://doi.org/10.1016/j.jbhsi.2018.01.002>.
- Amador, G., Uribe, J., Villarreal, L., & Zacarías, X. (2012). Percepciones sobre el uso del condón y la sexualidad entre jóvenes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10(1), 481-494. <https://www.redalyc.org/pdf/773/77323982030.pdf>.
- Aranega, C., Cohen, J., Jakob, E., Leoni, L., y Martello, G. (2005). Conductas sexuales y riesgo de infecciones de transmisión sexual en estudiantes de medicina de la Universidad de Córdoba. *DST. Jornal brasileiro de doenças sexualmente transmissíveis*, 17(2), 93-98. <https://doi.org/10.17533/udea.rpsua.v8n2a03>.

- Arch-Tirado, E., Colón-Martínez, M.L., Lino-González, A.L., & Ocaña-Planté, N.R. (2021). Análisis de la incidencia y prevalencia de las principales causas de hipoacusia en un centro de alta concentración en la Ciudad de México. *Anales de Otorrinolaringología Mexicana*, 66(3), 192-199. <https://doi.org/10.24245/aorl.v66i3.5453>.
- Atienzo, E., Campero, L., Estrada, F., Rouse, C., & Walker, D. (2011). Intervenciones con padres de familia para modificar el comportamiento sexual en adolescentes. *Salud Pública de México*, 53(2), 160-171. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10619758009>.
- Bagnato, M.J., Flores, N., Guzmán, K., & Jenaro, C. (2014). Factores culturales asociados a las conductas sexuales en estudiantes universitarios de Uruguay y España: estudio preliminar. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 4(1), 6-32. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=475847268002>.
- Ballan, M.S. (2012). Parental perspectives of communication about sexuality in families of children with autism spectrum disorder. *Springer*, 42, 676-684. <https://doi.org/10.1007/s10803-011-1293-y>.
- Bárcena, S., & Jenkins, B.C. (2018). Comunicación sexual: diferencias entre padres de hijos con y sin discapacidad. *Psicología y Salud*, 28(1), 5-13. <https://doi.org/10.25009/pys.v28i1.2540>
- Barroso, A. (2013). El papel de la competencia comunicativa del docente de educación especial en la atención a niños con necesidades educativas especiales: un acercamiento desde el caso de México. *Diálogos sobre educación. Temas actuales en investigación educativa*, 4(7), 1-18. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=553457063015>.
- Bearinger, L. H., Eisenberg, M. E., Resnick, M. D, Sieving, R. E., & Swain, C. (2005). Parental notification laws for minors' access to contraception. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 159, 120-125. <https://doi:10.1001/archpedi.159.2.120>.
- Brunnberg, E., Linden, M., & Berglund, M. (2009). Sexuality of 15/16-year-old- girls and boys with and without modest disabilities. *Sexuality and Health*, 27, 139-153. <https://doi.org/10.1007/s11195-009-9123-2>.

- Castellanos-García, G.E., Arenas, A.P., Mayorga-Ortegón, A.I., & Méndez-Castro, C.A. (2023). Familia oyente, hijos silentes: aproximaciones a la sexualidad en adolescentes sordos. *Revista de Psicología*, 22(1), 44-64. <https://doi.org/10.24215/2422572Xe159>.
- Constitución Mexicana (2023). Ley General de la Salud. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs.htm>.
- Chacón-Quesada, T., Corrales-González, D., Garbanzo Núñez., D., Gutiérrez-Yglesias, J.A., Hernández-Sandí., A., Lobo-Araya, A., Sánchez-Avilés, L., Romero-Solano, A., y Ventura-Montoya, S. (2009). ITS y SIDA en adolescentes: descripción, prevención y marco legal. *Medicina Legal de Costa Rica*, 26(2), 79-98. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152009000200008&lng=en&nrm=iso.
- Contreras, M.A., Perdomo, B., Rodríguez, A., & Sanabria, G. (2013). Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. *Revista Peruana de Salud Pública*, 39(1), 161-174. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000100015&lng=es&nrm=iso.
- Corona, F., & Funes, F. (2015). Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1), 74-80. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2014.12.004>.
- Cruz, M. P. (2013). Sexualidad y reproducción de las mujeres con discapacidad. Entre el discurso de reconocimiento y la invisibilidad institucional. *Género y Salud en Cifras*, 11(2), 3-20. <http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/247773/Sexualidadyreproducciondelasmujeres.pdf>.
- Del Campo, A. (2003). Detección del abuso sexual a menores: definición, prevalencia indicadores y factores de riesgo. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 5, 629-641. <https://pap.es/files/1116-328-pdf/341.pdf>.

- Doyle, A. (1995). AIDS knowledge, attitudes and behaviors among deaf college students: A preliminary study. *Sexuality and Disability*, 13(2), 107-134. <https://doi.org/10.1007/BF02590060>.
- Durán, L., Gómez, S. (2017). El acceso a métodos anticonceptivos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 59(3), 236-247. <https://doi.org/10.21149/7891>.
- Elia, J. P., & Eliason, M. J. (2014). Discourses of exclusion: Sexuality education's silencing of sexual others. *J LGBT Youth*, 7(1), 29-48. <http://doi.org/10.1080/19361650903507791>.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196, 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>.
- Etchezahar, E., & Jaume, L. (2013). La justificación del sistema: diferencias teórico conceptuales entre la perspectiva sociológica y psicológica. *X Jornadas de Sociología*, Buenos Aires, Argentina. <https://www.aacademica.org/000-038/326>.
- Field, A. (2017). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics: North American Edition*. Sage.
- Fonner, V.A., Armstrong, K.S., Kennedy, C.E., O'Reilly, K.R., & Sweat, M.D. (2014). School based sex education and HIV prevention in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 9(3), 1-18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089692>.
- Gallegos, E.C., Onofre, D.J., Villarruel, A.M., Vinicio-Gómez, M., & Zhou, Y. (2007). Research brief: Sexual communication and knowledge among Mexican parents and their adolescent children. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 18(2), 28-34. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2007.01.007>.
- García-Alcántara, F., Olarieta, J., Pérez, N., & Rivera, T. (2015). Hipoacusia. *Medicine – Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(91), 5445-5454. <https://doi.org/10.1016/j.med.2015.11.014>.
- García-Gómez, A. (2017). Teen girls and sexual agency: exploring the interpersonal and intergroup dimensions of sexting. *Media, Culture & Society*, 39(3), 391-407. <https://doi.org/10.1177/0163443716683789>.

- Gloppen, M.K., Lormand, D., & Markham, C.M. (2010). Connectedness as a predictor of sexual and reproductive health outcomes for youth. *Journal of Adolescence Health*, 46, S23-S41. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.11.214>.
- Gobierno de la Ciudad de México. (2020). Interrupción legal del embarazo (ILE). <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/estadisticas-interrupcion-legal-embarazo-df/>
- Guevara, Y., Robles, S.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. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297245905008>.
- Harrell, E. (2015). Crime againts persons with disabilities, 2009-2013-Statical Tables. Bureau of Justice Statics, 1-22. <http://www.bjs.gov/content/pub/pdf/capd0913st.pdf>.
- Herrera, P. (1999). Principales Factores de riesgo psicológicos y sociales en el adolescente. *Revista Cubana Pediatr*, 71(1), 39-42. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75311999000100006.
- Impett, E., Maes, C., Trekels, J., & Vandebosch, L. (2022). The Development of the Positive Sexuality in Adolescence Scale (PSAS). *The Journal of Sex Research*, 1-17. <https://doi.org/10.1080/00224499.2021.2011826>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2021). Censo de población y vivienda 2020. https://inegi.org.mx/contenidos/programas/ccpv/2020/doc/Censo2020_ResuItados_complementarios_ejecutiva_EUM.pdf: 2021 [17.06.2021].
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2019). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2019/EstSocio_demo/ENADID2018.pdf.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2021). *Encuesta Nacional Sobre Diversidad Sexual y de Género (ENDISEG)*.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/endiseq/Resul_Endiseq21.pdf.

- Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES]. (2020). *Sistema de Indicadores de Género*. <http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/Jovenes.pdf>.
- Jiménez-Munive, E., Mosquera-Vázquez, M., & Obregón-Gálvez, R. (2004). Comunicación, participación y salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Reflexiones metodológicas desde la perspectiva de comunicación para el cambio social. *Revista del Centro de Investigaciones en Desarrollo*, 12(1), 78-107. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26800104>.
- Javadnoori, M., Rouhparvar, Z., & Shahali., S. (2022). Parents' approaches to sexuality education of their adolescent boys: a qualitative study in Ahvaz, Iran. *Reproductive Health*, 19-29. <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01367-0>.
- Job, J. (2004) Factors involved in the ineffective dissemination of sexuality information to individuals who are deaf or hard of hearing. *American Annals of the Deaf*, 149(3), 264-273. <https://doi.org/10.1353/aad.2004.0025>.
- Mejía, G. (2013). Análisis de políticas de educación sexual y de la sexualidad en México. *Caleidoscopio*, 16(29), 41-71. <https://doi.org/10.33064/29crscsh498>.
- Meléndez, S. (2016). Comunicación interna incluyente: dos estudios de caso de inclusión laboral de personas con discapacidad auditiva en Bogotá. *Investigación y Desarrollo*.24(1). 26-52. <https://doi.org/10.14482/indes.24.1.8683>.
- Moncayo, J.E., Pérez, M.M., y Reyes, W.H. (2022). El uso y no uso del condón en mujeres trans de Colombia: un análisis cualitativo desde el modelo IMB. *Rev Saude Pública*, 56-84. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004145>.
- Montero, E. (2010). La sexualidad medieval en sus manifestaciones lingüísticas: pecado, delito y algo más. La Contraargumentación en la Historia de la Lengua Española: el Siglo XV. *Clio & Crimen*, 7, 52-84. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3666819>.

- Muñoz-Vilugrón, K., & Sánchez-Bravo, A. (2017). Hacia la comprensión del fenómeno de la sordedad: habitus como propuesta epistemológica. *Atenea (Concepción)*, 40(2), 89-10. <https://doi.org/10.5565/rev/ensciencias.3497>.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO]. (s.f.). *La UNESCO y la Declaración Universal de Derechos Humanos*. <https://es.unesco.org/udhr>.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. <https://www.who.int/es/publications/i/item/978924151288>.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (s.f.). *Salud sexual*. https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1.
- Padilla, M.R. (2006). La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 23(3), 201-220. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342006000300010&lng=es&nrm=iso.
- Pérez, R. (2021). Información, motivación y habilidades conductuales en el comportamiento de riesgo para VIH/SIDA en hombres y mujeres en edad productiva adscritos a la unidad de medicina familiar #1 delegación Aguascalientes. Aguascalientes. <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/handle/11317/2022>.
- Pico, P., & Torres, S. (2017). Mejores prácticas empresariales de responsabilidad social en la inclusión de personas con discapacidad. Estudio de caso de empresas de Ambato, Ecuador. *RETOS. Revista de Ciencias de la Administración y Economía*, 7(14), 189-200. <https://doi.org/10.17163/ret.n14.2017.10>.
- Quintana Pantaleón, R. (2017). Anticoncepción en la adolescencia. *Pediatría Integral*, XXI(5), 312-322. https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi05/02/n5-312-322_RosaQuintana.pdf.
- Robles, S., & Guevara, C. (2017). Risk behaviors and sexual abuse among men and woman with visual or hearing impairments. *Revista Española de*

Discapacidad-REDIS, 5(1), 133-151. <https://doi.org/10.5569/2340-5104.05.01.08>.

Robles, S., Guevara, Y., & Pérez, Y. (2021). Factores de riesgo para la salud sexual de jóvenes sordos: evaluación con un cuestionario computarizado. *Revista Colombiana de Psicología*, 30(1), 27-45. <https://doi.org/10.15446/rcp.v29n2.77173>.

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), 227-237. <https://doi.org/10.25009/pys.v23i2.504>.

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. <https://doi.org/10.25009/pys.v23i2.504>

Rodríguez, A. F. U., Barreto, J. C., & Huertas, M. C. (2016). Conductas sexuales de riesgo y comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos universitarios. *Revista de psicología Universidad de Antioquía*, 8(2), 27-47. <https://doi.org/10.17533/udea.rpsua.v8n2a03>.

Roudsari, R. L., Javadnoori, M., Hasanpour, M., Hazavehei, S. M. M., & Taghipour, A. (2013). Socio-cultural challenges to sexual health education for female adolescents in Iran. *Iranian journal of reproductive medicine*, 11(2), 101. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3941358/pdf/ijrm-11-101.pdf>

Sangowawa, A. O., Owoaje, E. T., Faseru, B., Ebong, I. P., & Adekunle, B. J. (2009). Sexual practices of deaf and hearing secondary school students in Ibadan, Nigeria. *Annals of Ibadan Postgraduate Medicine*, 7(1), 26-30. <https://doi.org/10.4314/aimp.v7i1.64060>.

Secretaría de Gobernación. (2015). *Marco Normativo y Jurídico del Programa de Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes*. CNEGSR. <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/marco-normativo-y-juridico-del-programa-de-salud-sexual-y-reproductiva-de-los-adolescentes-cnegsr>.

- Secretaría de Gobernación. (2022). *Diferencias entre salud sexual y salud reproductiva*. <https://www.gob.mx/conapo/documentos/diferencias-entre-salud-sexual-y-salud-reproductiva>.
- Serrano, I. (2007). Sexualidad y anticoncepción. *Revista Española de Pediatría*, 63(1), 84-94. <http://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2007/REP%2063-1.pdf#page=78>.
- Shackleton, J. (2009) Exploring perceptions of deaf persons for recommendations towards effective HIV/AIDS Programming in Nairobi. *Journal of Human Development, Disability, and Social Change*, 18(2), 59-76. <https://doi.org/10.7202/1087624ar>.
- Téllez, M. (2005). La construcción de la sexualidad en adolescentes sordos y sordas. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, 6(2), 203-218. https://www.cultura-sorda.org/wp-content/uploads/2015/03/Tellez_Construcion_Sexualidad_adolescentes_sordos_2005.pdf.
- Touko, A., Mboua, C., Tohmuntain, P., & Perrot, A. (2010). Sexual vulnerability and hiv seroprevalence among the deaf and hearing impaired in Cameroon. *Journal of the International aids Society*, 13(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1758-2652-13-5>.
- Varga, C. A. (2003). How gender roles influence sexual and reproductive health among South African adolescents. *Studies in family planning*, 34(3), 160-172. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2003.00160.x>.
- World Health Organization. (2010). *Developing sexual health programmes: a framework for action*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70501>.
- Zodda, J. J. (2015). Condom use among deaf college students. *JADARA*, 49(2). <https://nsuworks.nova.edu/jadara/vol49/iss2/4/>.
- Zúñiga, A., Teva, I., & Bermúdez, M. (2017). Conocimiento y fuentes de información sobre las ITS/VIH, comunicación sobre sexo y actitud hacia el uso del preservativo en adolescentes y padres/madres salvadoreños. *Revista*

Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación, 25(3). 97-107.
<https://doi.org/10.21865/RIDEP45.3.08>.