



Universidad Nacional Autónoma De México

Facultad De Estudios Superiores Iztacala

**Comunicación con padres y comportamiento sexual en
jóvenes con Discapacidad Auditiva**

**ACTIVIDAD DE INVESTIGACIÓN-REPORTE
QUE PARA OPTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A:

Ana Luisa Martínez Moreno

Directora	Dra.	Silvia Susana Robles Montijo
Dictaminadores	Dra.	Carmen Yolanda Guevara Benítez
	Lic.	Ángela María Hermosillo García



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

*“Me lo contaron y lo olvidé; lo vi y lo entendí; lo hice y lo aprendí”
Confucio*

A mi familia.

A ustedes, que con perseverancia y amor estuvieron conmigo y que aunque sabiendo que no existe forma alguna de agradecer una vida de sacrificios, esfuerzo y amor, quiero que sienta que la meta alcanzada una vez más, también es de ustedes y que la fuerza en la que me apoye para conseguirla fue su gran apoyo y sus múltiples consejos, cuñada gracias por tu apoyo y consejos incondicionales y a mis sobrinas porque son parte de mi motor y quiero ser un ejemplo funcional en sus vidas. Ya más que una mención es un honor escribirles estas líneas.

No existen palabras que expresen mi agradecimiento, son mi motivación continua para seguir perfeccionando y logrando cada una de mis metas. **GRACIAS EQUIPO.**

A mis amigos.

Gracias a ustedes por su amistad, por su apoyo, su acompañamiento incondicional, gracias por mostrarme que el trabajo en equipo y el apoyo de la familia que uno elige es fundamental para cada paso que se da en la vida. **GRACIAS POR TODO.**

A ti.

Que con tu paciencia y amor me mostraste la parte humana de este trabajo, gracias por tu apoyo, por aguantar mis cambios de humor continuos y por tus horas de desvelo junto a mí, gracias por estar a mi lado en cada paso y decisión que tomo. **Y UN POQUITO MÁS.**

A los miembros del jurado.

A ustedes no tengo más que un enorme agradecimiento, a la **Dra. Susana Robles**, por transmitir su conocimiento, su guía, su tiempo, y gracias a esto pude lograr bajo disciplina, perseverancia, tolerancia y una actitud positiva este proyecto. A la **Dra. Yolanda Guevara**, agradecerle que me haya instruido desde inicios de mi carrera, su formación y su enseñanza fueron fundamentales para que esto fuera posible. A ustedes, mis adorados; **Beti, Marta y Rodolfo**, no sólo les doy las gracias, sino un fuerte aplauso, ya que siempre estuvieron alentándome a realizar las cosas lo mejor posible, gracias por nunca dejarme solo en esos momentos que me cancelaban citas o cuando no existían las instituciones o fundaciones, por darme manzanas con Chile cuando llegaba agotada después de una aplicación. Gracias, a todos los maestros que estuvieron involucrados en mi formación académica. Porque insisto este logro no es sólo mío. **GRACIAS.**

A las instituciones involucradas para la realización de este proyecto.

Quiera hacer mención y reconocer a quienes me brindaron las puertas de las diferentes instituciones educativas y de salud en donde se llevó a cabo el proyecto, además de reconocer el interés, compromiso y apoyo incondicional que recibí de cada uno de ellos.

A los estudiantes y jóvenes e las fundaciones, gracias por su tiempo y cooperación sin ustedes esto no hubiese sido posible.

A PAPIIT

Quisiera agradecer al programa PAPIIT por la beca recibida durante el periodo de elaboración de la tesis, por medio del proyecto de investigación denominado "Psicología y Salud Sexual", a cargo de la Dra. Silvia Susana Robles Montijo que se llevó 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.

Finalmente a la UNAM.

Gracias a la Universidad por la oportunidad que me dio el ser parte de ella, por brindarme los conocimientos requeridos para lograr esta meta, sin ella esto definitivamente no hubiera sido posible.

POR MI RAZA HABLARÁ MI ESPÍRITU

CONTENIDO

RESUMEN	i
INTRODUCCIÓN	ii

PARTE I. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. PROBLEMAS DE SALUD SEXUAL EN ADOLESCENTES Y JÓVENES.	
1.1 INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS).....	5
1.1.1 ITS CAUSADAS POR BACTERIAS.....	7
1.1.2 ITS CAUSADAS POR VIRUS.....	12
1.2 EMBARAZO Y ABORTO EN ADOLESCENTES.....	17
1.3 PREVENCIÓN.....	24
1.4 CONCLUSIONES.....	28
CAPÍTULO 2. CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO EN ADOLESCENTES Y JÓVENES SIN DISCAPACIDAD APARENTE.	
2.1 LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL.....	30
2.2 RELACIONES SEXUALES SUBSECUENTES.....	34
2.3 PRÁCTICAS SEXUALES.....	36
2.4 RELACIONES SEXUALES FORZADAS.....	37
2.5 CONCLUSIONES.....	39
CAPÍTULO 3. COMUNICACIÓN CON PADRES Y SU RELACIÓN CON LA CONDUCTA SEXUAL PROTEGIDA DE LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES	
3.1 EL PAPEL QUE JUEGAN LOS PADRES EN LA CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO O PREVENTIVA.....	40
3.2 CONCLUSIONES.....	46
CAPÍTULO 4. SALUD SEXUAL EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA	
4.1 LA DISCAPACIDAD AUDITIVA.....	47
4.2 LENGUAJE DE SEÑAS MEXICANO (LSM).....	51
4.3 LA PROBLEMÁTICA SEXUAL DE JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA.....	52
4.4 ESTUDIOS REALIZADOS EN LATINOAMÉRICA SOBRE PRÁCTICAS SEXUALES DE ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA.....	55
4.5 CONCLUSIONES	57

PARTE II. REPORTE DE INVESTIGACIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	59
OBJETIVO GENERAL.....	60
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	60
HIPÓTESIS.....	60
CAPÍTULO 5 MÉTODO	
5.1 PARTICIPANTES.....	62

5.2	TIPO DE ESTUDIO.....	63
5.3	INSTRUMENTOS.....	63
5.4	PROCEDIMIENTO.....	64
5.5	ANÁLISIS DE DATOS.....	65
5.6	RESULTADOS.....	65
	5.6.1 ANALISIS DESCRIPTIVO.....	65
	DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.....	83
	BIBLIOGRAFÍA	87
	APÉNDICES	97

RESUMEN

El objetivo del siguiente trabajo es determinar en qué medida la frecuencia de la comunicación con cada uno de los progenitores sobre distintos temas de sexualidad, se asocia con la conducta sexual protegida de jóvenes con discapacidad auditiva, identificando las diferencias por sexo, por experiencia sexual y por tipo de discapacidad. El estudio se llevó a cabo con una muestra de 300 jóvenes con discapacidad auditiva, elegidos de cuatro instituciones educativas y dos centros deportivos de la Ciudad de México que atienden a personas con esta discapacidad, en su mayoría fueron varones, con una edad promedio de 19 años. El tipo de estudio fue transversal-descriptivo-correlacional-observacional, ya que se aplicaron los instrumentos en una sola ocasión, se realizaron análisis descriptivos de las variables y de correlación entre ellas, y no se llevó a cabo ninguna manipulación experimental. Se encontró que un porcentaje de la muestra no ha debutado sexualmente, sin embargo, los que ya han debutado sexualmente no utilizaron ningún método anticonceptivo, y la frecuencia de comunicación con padres es muy baja. Conclusiones: con base en los resultados y aplicación del estudio se propone que para una mejor adaptación del instrumento se tome en cuenta que algunos participantes no conocen muy bien el lenguaje de señas, y las palabras como aborto, métodos anticonceptivos, e infecciones de transmisión sexual y VIH por ejemplo son de difícil traducción para estos jóvenes, se sugiere desarrollar más investigaciones sobre esta población y su salud sexual, en términos de diseñar e implementar talleres de prevención sobre la problemáticas que se detectaron en este estudio.

Palabras claves: comunicación con padres, conducta sexual, jóvenes con discapacidad auditiva.

INTRODUCCIÓN

El presente reporte se ubica dentro del Proyecto de investigación denominado “Factores de riesgo para la salud sexual de jóvenes con discapacidad visual y auditiva: un estudio exploratorio”. Proyecto financiado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT). Convocatoria 2013-2015 de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico (DGAPA), de la UNAM. Programa IN308513, a cargo de la Dra. Silvia Susana Robles Montijo (responsable) y la Dra. Carmen Yolanda Guevara Benítez (corresponsable), que se lleva 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.

Para la exposición del presente reporte de actividad de investigación se sigue la secuencia siguiente. Se presenta un resumen del protocolo general de la investigación. En el capítulo 1 se expone el resultado de la investigación bibliográfica, relacionada con los problemas de salud sexual en adolescentes y jóvenes. El capítulo 2 presenta una revisión de investigaciones disponibles, sobre la conducta sexual de riesgo en adolescentes y jóvenes sin discapacidad aparente. El capítulo 3 aborda la comunicación que establecen los jóvenes con sus padres y su relación con la conducta sexual de riesgo. En el capítulo 4 se muestra el resultado de una búsqueda bibliográfica sobre salud sexual en personas con discapacidad auditiva. En el capítulo 5 se presenta el reporte de la investigación en la que participé, incluyendo: el planteamiento de problema, los objetivos, el método de la investigación, así como sus resultados, seguida de la discusión y la conclusión.

RESUMEN DEL PROTOCOLO GENERAL DE INVESTIGACIÓN

(Robles y Guevara, 2013-2015).

Antecedentes y justificación

En la mayoría de los países, a la salud reproductiva de personas con discapacidad generalmente se le otorga poca importancia; ello ocurre debido a la creencia de que estas personas no son sexualmente activas y no necesitan cuidar su salud sexual. Diferentes tipos de barreras sociales impiden la expresión sexual de personas con discapacidad (Varas, 2010). Por ello, estas personas no reciben información ni asesoramiento adecuados acerca de sexualidad y salud reproductiva.

Es importante contar en México con instrumentos que proporcionen información sobre los temas que se abordan entre padres e hijos con discapacidad, acerca del cuidado de la salud sexual de éstos últimos; así como información sobre sus prácticas sexuales. Actualmente se cuenta con un instrumento (Escala de Comunicación Sexual con Padres), basado en el Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales de Fisher y Fisher (1992), desarrollado y validado para poblaciones mexicanas por Moreno, Robles, Frías, Rodríguez y Barroso (2011). Dicho instrumento mide la comunicación que se da entre padres e hijos sobre distintos temas de sexualidad, sin embargo, no podría utilizarse, en su versión actual, en jóvenes con discapacidades visuales o auditivas. Es necesario realizar ajustes a dichos instrumentos para ser aplicados con jóvenes que viven con discapacidad visual y auditiva.

Objetivos y fases del Protocolo General de Investigación:

1. Construir y validar instrumentos en sistema de escritura Braille y en lenguaje escrito adaptado para personas con discapacidad auditiva, para evaluar: comunicación con el padre y con la madre sobre el cuidado de la salud sexual, conducta sexual protegida y características sociodemográficas en una muestra de jóvenes con estos tipos de discapacidad.
2. Determinar en qué medida la frecuencia de la comunicación con cada uno de los progenitores sobre distintos temas de sexualidad, se asocia con la

conducta sexual protegida de jóvenes con discapacidad visual y auditiva, identificando las diferencias por sexo, por experiencia sexual y por tipo de discapacidad.

Fase 1. Adaptación de instrumentos para ser respondidos por personas con discapacidad visual o con discapacidad auditiva.

Fase 2. Estudio diagnóstico sobre los factores que ponen en riesgo la salud sexual de jóvenes con discapacidad visual y discapacidad auditiva.

PARTE 1

MARCO TEÓRICO

1. PROBLEMAS DE SALUD SEXUAL EN ADOLESCENTES Y JÓVENES.

En 2009, 1.200 millones de adolescentes, con edades comprendidas entre los 10 y 19 años, constituían el 18% de la población mundial. Desde 1950, el número de adolescentes ha aumentado más del doble (United Nations Children's Fund, UNICEF, 2011).

En México, durante el periodo de 1990 a 2010 el monto de la población joven aumentó de 23.9 a 29.7 millones, no obstante, su proporción con respecto al total disminuyó de 29% a 26% (Figura 1). En las últimas décadas el crecimiento de la población joven ha disminuido paulatinamente, pasando de un crecimiento anual de 3.3% entre 1970 y 1990, a 1.1% entre 1990 y 2010 (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI, 2012).

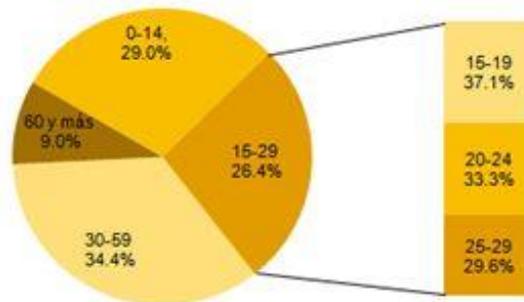


Figura 1. Distribución porcentual de la población total por grandes grupos de edad y distribución porcentual de la población joven. Recuperado. INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010. Consulta interactiva de datos.

Ahora bien, uno de los problemas que enfrenta la población joven del mundo se relaciona con la salud sexual, dada la existencia de factores de riesgo y vulnerabilidades a diversas Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluyendo el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA).

Según la UNICEF (2011), el 41% de las nuevas infecciones de mayores de 15 años ocurridas en 2009 correspondieron a personas ubicada en el rango de edad de 15 a 24 años. En el plano mundial, se estima que alrededor de cinco

millones (entre 4,3 millones y 5,9 millones) de jóvenes de esas edades vivían con VIH en 2009. En el sector de la población de 10 a 19 años de edad, hay alrededor de dos millones de adolescentes (entre 1,8 millones y 2,4 millones) que viven con VIH. En su mayoría, se trata de personas que se encuentran en África subsahariana, son mujeres y muy pocas de ellas están al tanto de su infección. A nivel mundial, más de un 60% de las personas jóvenes que viven con VIH son mujeres. Esa tasa llega al 72% en el caso de África subsahariana.

En México, el Consejo Nacional de Población (CONAPO) menciona que las estrategias de planificación familiar han impactado notablemente la sensibilidad y disposición de la población ante la práctica anticonceptiva, de tal modo que el conocimiento sobre la existencia de los métodos anticonceptivos es mayor al 97%, siendo prácticamente universal entre la población joven (CONAPO, 2009). No obstante, el conocimiento por sí mismo no ha logrado concretarse en el uso del condón durante los encuentros sexuales, lo cual pone a los jóvenes en riesgo de adquirir o padecer alguna infección de transmisión sexual, incluyendo al VIH/SIDA, embarazos no planeados, aborto y complicaciones para la salud en general.

Según reportes del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (CENSIDA), las infecciones por VIH se transmiten debido a comportamientos de riesgo, predominantemente sexuales, aunque pueden existir otros factores que podrían poner en riesgo y vulnerabilidad a las personas, como podría ser el uso de drogas inyectables, la violencia sexual, así como la falta de atención prenatal y durante el parto; y recientemente se está estudiando a nivel mundial la asociación que guardan el alcoholismo y la adicción a otras drogas con el riesgo de contraer el VIH (CENSIDA, 2012).

El inicio temprano de las relaciones sexuales entre los adolescentes, sin la debida protección, los expone a infecciones de transmisión sexual que ponen en peligro su vida, así como a embarazos de alto riesgo que comprometen la salud de la joven y del producto. Conforme a la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2009, citado en Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lagina, 2002), 61.8% de las adolescentes de 15 a 19 años de edad y sexualmente activas, declaró no haber usado un método anticonceptivo durante su primera relación

sexual; en las jóvenes de 25 a 29 años esta proporción aumenta a 75%; lo cual contrasta con el conocimiento que éstas tienen sobre los métodos de control natal, información de la misma encuesta indica que 97% de las adolescentes y 98% de las jóvenes de 25 a 29 ha oído hablar de alguno de éstos. Lo anterior conlleva a una situación compleja, en la cual el conocimiento de métodos anticonceptivos es una condición necesaria pero no suficiente para su uso.

En la Tabla 1 se muestran algunos datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Gutiérrez, et. al. 2012), donde se indica que, al momento en que se realizó la encuesta, el 84.6% de los hombres de la población general de 15 a 49 años tenían una vida sexual activa, mientras que el 81.6% de las mujeres reportó estar activas sexualmente. La población masculina comprendida en el rango de edades entre 25 y 49 años tiene reportes de vida sexual activa en porcentajes mayores al 95%; y en el caso de las mujeres de este mismo grupo de edad entre 91% y 98% indican ser activas sexualmente. Destaca el hecho de que poco más del 40% de los hombres y del 30% de las mujeres entre 15 y 19 años ya reportan tener relaciones sexuales, cifras que si bien indican que son el grupo con menor actividad, son de consideración.

Vale la pena hacer notar que los datos obtenidos en la encuesta permiten ver que los índices de uso del condón se pueden considerar bajos, tanto durante la primera relación sexual como en la última, en todos los grupos de edad encuestados. Aunque, para los fines del presente trabajo, son de particular interés los datos obtenidos respecto al uso del condón en poblaciones jóvenes.

Tabla 1.

Indicadores de comportamiento sexual, ENSANUT 2011/2012

EDAD	Sexualmente activos (%)		Uso de condón primera relación (%)		Uso de condón última relación (%)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
15 a 19	40.3%	31.3%	80.0%	60.7%	79.1%	47.4%
20 a 24	87.4%	80.1%	69.7%	50.5%	62.4%	37.7%
25 a 29	96.8%	91.6%	57.3%	38.5%	47.0%	30.2%
30 a 34	97.6%	96.6%	44.9%	27.5%	32.7%	22.0%
35 a 39	98.9%	97.4%	35.9%	21.4%	27.6%	17.2%
40 a 44	98.9%	97.5%	26.0%	12.0%	22.3%	14.4%
45 a 49	99.2%	98.1%	17.6%	7.8%	20.2%	11.8%
Total	84.4%	81.6%	47.7%	29.7%	41.4%	24.5%

FUENTE: GUTIÉRREZ JP, RIVERA-DOMMARCO J, SHAMAH-LEVY, VILLALPANDO-HERNÁNDEZ S, FRANCO A, CUEVAS-NASU L, ROMERO-MARTÍNEZ M, HERNÁNDEZ-ÁVILA M. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN 2012. RESULTADOS NACIONALES. CUERNAVACA, MÉXICO: INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA (MX) 2012.

Por todo lo anterior, es necesario, tanto a nivel nacional como internacional, diseñar estrategias preventivas que logren modificar los comportamientos de riesgo y promover el uso consistente del condón mediante la enseñanza de habilidades y comportamientos que logren que los jóvenes ejerzan su sexualidad de manera responsable y protegida. Entre los factores que favorecen los problemas de salud sexual en general son, según CENSIDA (2012): el debut sexual a temprana edad, la escasa información sexual, tener múltiples parejas y no emplear protección en sus relaciones sexuales. Algunas de las consecuencias de estos factores se describirán en este capítulo y son: las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) causadas por bacterias y por virus, el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), los embarazos no deseados y el aborto, asimismo se describirán algunas formas de prevenirlos.

1.1 Infecciones de transmisión sexual (ITS).

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son la mayor causa a nivel mundial de enfermedades graves, infertilidad y muerte, que millones de personas tienen que afrontar sin importar raza, sexo, situación económica o características propias de cada cultura. Algunas ITS pueden tener consecuencias graves a largo plazo, a pesar de manifestarse con síntomas leves, transitorios o ausentes (World Health Organization, WHO, 2011a, b y c).

En este apartado se abordan aquellas ITS que afectan a los adolescentes, y se describen los datos epidemiológicos de algunas infecciones tanto a nivel mundial como a nivel nacional, con base en lo que diversos autores (Brower y Burt, 1972; Perpiñá, García y Pérez, 2001; Correa, Faur, Re y Pagani, 2003 y WHO, 2011 a, b y c) han expuesto.

Las ITS se producen por agentes infecciosos que se transmiten por contacto sexual; entre los agentes causales se han identificado bacterias, virus, protozoos, hongos y artrópodos. Algunas de estas infecciones se transmiten de una persona infectada a otra de las siguientes maneras: por contacto sexual (vaginal, oral, anal), de madre a hijo durante el embarazo o en el parto, por transfusión sanguínea, por trasplante de órganos de personas infectadas.

Algunos de los factores de alto riesgo que se han asociado a la adquisición de una ITS o VIH/SIDA son los siguientes (según autores como Conde y Vidales, 2000; Domingo, 2005; Palazón y Nadal 2009):

- ✚ Tener relaciones sexuales (coito vaginal, anal u oral) sin protección con más de una pareja sexual en los últimos tres meses, o seis parejas sexuales en el último año.
- ✚ Tener una pareja con historia sexual desconocida.
- ✚ Inicio a edad temprana de relaciones sexuales
- ✚ Historia previa de ITS.
- ✚ Síntomas actuales de ITS.
- ✚ Contacto sexual con personas que padecen o han padecido alguna ITS.
- ✚ Falta de información sobre las infecciones (proceso de contagio, síntomas...)

- ✚ Falta de conciencia sobre los riesgos que traen consigo dichas infecciones y no tomarlas en serio.
- ✚ Falta de confianza con la pareja sexual.
- ✚ Relaciones sexuales con múltiples parejas sexuales, o bien, tener una pareja que mantenga relaciones sexuales con varias personas.
- ✚ Barreras culturales basadas en los estereotipos de género que impiden practicar el sexo seguro (practicar sólo besos, caricias, apapachos, sin intercambiar fluidos corporales).
- ✚ Barreras culturales que impiden que se practique el sexo protegido (en hombres el que crean que usar el condón es como “comerse una golosina con envoltura”, y en el caso de las mujeres tener pena con la pareja para solicitarle que emplee un condón).
- ✚ Tener relaciones con usuarios/as de drogas o alcohol
- ✚ Mujeres y hombres que ejercen la prostitución y sus clientes.

A nivel mundial, las ITS ocupan el segundo lugar en morbilidad de las mujeres entre 15 y 44 años de edad, además se calcula que el 25% de los jóvenes sexualmente activos en el mundo tiene alguna ITS y la mitad de los nuevos casos ocurren en adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años de edad (Domingo, 2005); uno de cada 20 adolescentes en el mundo contrae al año alguna de ellas, y constituyen la población más vulnerable por la inmadurez del sistema reproductivo a dicha edad, así como por otros factores mencionados; el mayor número de casos se presenta de 20 a 24 años, pero si se calcula el porcentaje de personas infectadas con relación a las personas sexualmente activas encontraremos que los jóvenes de 15 a 19 años de edad presentan más gonorrea, sífilis, citomegalovirus y clamidias, así como las mayores tasas de hospitalización por enfermedad pélvica inflamatoria (EIP) (Domingo, 2005; Perpiñá et al., 2001). Ante tal panorama, es de gran importancia realizar trabajo preventivo con los adolescentes y con ello disminuir los riesgos para su salud sexual.

Se calcula que, a nivel mundial, cada año se presentan 448 millones de nuevos casos de ITS curables (el 10% de los adultos en edad reproductiva) y el

85% de éstos ocurren en países en desarrollo (CENSIDA, 1998; WHO, 2011b). De estos nuevos casos al año, 170 millones presentan tricomonas, 100 millones padecen clamidia, 60 millones gonorrea y 3.5 millones sífilis. Asimismo, de las infecciones no curables se han detectado 30 millones de casos de virus del papiloma humano y 20 millones de herpes genital (Domingo, 2005). Otra infección sexual no curable es el VIH/SIDA y se reporta que en el 2009, 33.3 millones vivían con el VIH, 2.6 millones eran personas con nuevas infecciones por el VIH, y 1.8 millones fallecieron a causa del SIDA (CENSIDA, 2010).

En México en el 2010, el número de casos nuevos en población en general por ITS fue: sífilis adquirida (2000 casos), sífilis congénita (144 casos), gonorrea (1467 casos), Clamidiasis (345 casos), candidiasis (291266 casos), Tricomoniasis (122523 casos), virus del herpes genital (2543 casos), virus del papiloma humano (VPH, 29461 casos), viviendo con VIH (220,000 casos) y 143,281 casos acumulados de SIDA (CENSIDA, 2010; Dirección General de Epidemiología, 2011).

La información proporcionada expone con claridad que la salud de los adolescentes es un problema de salud pública, y que para lograr disminuirlo es necesario dotar a los jóvenes de información y acciones preventivas que eviten que formen parte de las estadísticas mencionadas. En los siguientes apartados se describen los datos epidemiológicos en nuestro país, agente causal, vía de transmisión, síntomas, tratamiento y consecuencias de cada una de las ITS más comunes entre los adolescentes.

1.1.1 ITS transmitidas por bacterias

Para las ITS que se producen por agentes causales como bacterias, hongos y protozoarios existen tratamientos que controlan los síntomas e incluso las curan en su totalidad; algunas de ellas son: Sífilis, Gonorrea, Clamidia, Tricomoniasis y Ladillas (WHO, 2011a).

En México, se ubicaron 1307 casos de sífilis adquirida en el 2007, con una tasa de incidencia de 1.2 por cada 100,000 habitantes; para el 2009 se encontraron 2191 casos, con una incidencia de 7.48 por cada 100,000 habitantes

en edades de 15 a 29 años, cifra que se redujo para finales del 2010, a 2000 casos (901 hombres y 1099 mujeres) en todo el país. La Sífilis congénita tuvo 91 casos con una tasa de 0.1 en 2007, para el 2009 se registraron 117 casos, cifra que para finales del 2010 aumentó a 144 casos (81 hombres, 63 mujeres) (CENSIDA, 2007; Dirección General de Epidemiología, 2011).

Diversos autores (Conde y Vidales, 2000; Palazón y Nadal, 2009; Perpiñá et al., 2001; Rodríguez, Frías y Barroso, 2006; Rodríguez y Klein, 2010) coinciden en señalar que la Sífilis es transmitida por una bacteria llamada *treponema pallidum* que puede estar por más de seis años en el cuerpo de la persona y tiene un periodo de incubación de tres semanas posteriores al contagio. La vía de transmisión de esta infección es por contacto sexual (oral, anal o vaginal), transfusión de sangre y de madre a hijo durante el embarazo a través de la placenta.

De igual forma los autores antes citados mencionan que la Sífilis evoluciona por etapas, pero no siempre siguen la misma secuencia; a pesar de que los síntomas suelen desaparecer y dan una sensación de salud, sigue latente la enfermedad y si no es tratada puede llegar a causar la muerte. Cuando se presentan síntomas en una persona son los siguientes, la descripción será por las etapas por las que cursa infección:

- ✚ Etapa primaria: se manifiestan a las tres semanas o 90 días de la infección, se presenta una ulceración sin dolor (chancro) en las zonas genitales, boca, cérvix, labios, senos o ano, que duran de cuatro a seis semanas y luego desaparecen pero la bacteria continúa en la sangre
- ✚ Etapa secundaria: De tres a seis semanas aparecen otros síntomas como irritación de la piel que duran de 2 a 6 semanas en palmas de las manos o plantas de los pies, fiebre, dolores de garganta, muscular y de cabeza, manchas en el pecho, espalda, brazos y piernas, inflamación de los ganglios linfáticos en axilas, cuello e inguinal, pérdida de peso y del cabello; estos pueden desaparecer sin tratamiento pero la bacteria continúa en la sangre

- ✚ Etapa avanzada: de los dos a los diez años, una tercera parte de la población que tiene sífilis presenta daños en el sistema nervioso y cardiovascular (neurosífilis y sífilis cardiovascular), en el cerebro u otros órganos, así como artritis, úlceras en la piel y en órganos internos
- ✚ Esta infección es curable si se detecta a tiempo con exámenes médicos y tratándose con penicilina. Si no se acude al médico y se recibe tratamiento, las consecuencias pueden ser lesiones en el corazón, en el cerebro y médula espinal provocando ceguera, parálisis, demencia e incluso la muerte; además se pueden producir malformaciones en el feto o su muerte

Otra de las ITS transmitidas por bacterias es la Gonorrea, en el 2007 se ubicaron 609 casos en el país con una tasa de incidencia de 0.6 por cada 100,000 habitantes (CENSIDA, 2007); para el 2009 se reportó un aumento de 1001 casos (con una incidencia de 2.84 por cada 100,000 habitantes en edades de 15 a 29 años) y que para finales del 2010 ascendió a 1467 (498 hombres, 969 mujeres) observando que existe mayor probabilidad de contagio de un hombre a una mujer (Dirección General de Epidemiología, 2011; Perpiñá et al., 2001).

Esta infección es transmitida por una bacteria llamada *Neisseria gonorrhoeae* y afecta diversas glándulas del aparato urogenital tanto en el hombre como en la mujer. Con frecuencia se le asocia con la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) y el periodo de incubación es de 2 a 10 días posteriores al contagio. La vía de trasmisión de esta enfermedad es por contacto sexual y de la madre al hijo durante el parto al pasar el producto por el canal vaginal

Palazón y Nadal (2009) y Rodríguez y Klein (2010) coinciden en que la mayoría de las personas no presentan síntomas, pero aquellos que son la excepción presentan algunos de los siguientes síntomas: en las mujeres, dolores abdominales, sensación de cansancio, leve aumento de la secreción vaginal, flujo purulento, reglas irregulares, entre otros; mientras que los hombres presentan dolores en el pene y en el área de la ingle, secreción purulenta de color amarillento por el pene, entre otros.

Los autores mencionan que esta infección es curable si se diagnostica a tiempo con exámenes médicos de laboratorio, además de que se siga el tratamiento (antibióticos) y se mantenga en vigilancia médica para asegurarse que la enfermedad ha desaparecido. Algunas de las consecuencias para aquellos que padecen la enfermedad y no son tratados adecuadamente, o que intentan aliviarse cuando ya está avanzada la enfermedad, son: esterilidad, artritis, problemas cardíacos y del hígado, meningitis y ceguera total en los hijos.

La Clamidia (clamidia) es una enfermedad que a nivel nacional tuvo 276 casos para el 2009 (con una incidencia de 0.58 por cada 100,000 habitantes en edades de 15 a 29 años) y hubo un aumento en el 2010 a 345 casos (112 hombres, 233 mujeres) (Dirección General de Epidemiología, 2011, Perpiñá et al., 2001). Esta infección es transmitida por una bacteria llamada *Chlamydia trachomatis* y afecta el canal urinario; en las mujeres infecta la cervix y puede introducirse en las trompas de Falopio y los ovarios, mientras que en hombres infecta los testículos (Rodríguez et al., 2006).

Los síntomas más frecuentes en personas que están infectados por esta enfermedad, son: dolor o ardor al orinar, fiebre, náuseas, dolor abdominal, inflamación de recto o la cervix, flujo vaginal espeso y amarillento, además en las mujeres puede presentarse dolor durante el coito y en hombres hinchazón en los testículos o secreciones del pene (Rodríguez y Klein, 2010). Cabe señalar que algunas personas no presentan síntomas ni molestia alguna.

Es una infección y es curable, su tratamiento incluye la aplicación de antibióticos, pero si no se atiende pueden presentarse consecuencias como la esterilidad, embarazo ectópico, enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) y Síndrome de Reiter (infecciones en los ojos, uretritis y artritis) en ambos sexos. En mujeres puede afectar el cuello del útero, el útero, las trompas de Falopio, ovarios y uretra; en hombres, artritis e inflamación de testículos; al feto le puede causar infección en los ojos y pulmonía (Perpiñá et al., 2001; Rodríguez et al., 2006; Rodríguez y Klein, 2010).

La candidiasis es otra ITS causada por bacterias. En el 2009, se presentaron 289,406 casos de candidiasis con una incidencia de 742.34 por cada

100,000 habitantes en edades de 15 a 29 años; para el 2010 aumentó a 291,266 casos (8752 hombres, 282,514 mujeres) (Dirección General de Epidemiología, 2011; Perpiñá et al., 2001). Esta enfermedad se caracteriza por colonizar las zonas húmedas y cálidas del organismo, además su crecimiento puede estar motivado por el abuso de antibióticos y anticonceptivos, obesidad, embarazo, diabetes o disminución de las defensas lo que permite que el hongo se extienda (Conde y Vidales, 2000; Palazón y Nadal, 2009).

Esta infección es la más común de las ITS transmitidas por un hongo (*candida albicans*) y tiene un periodo de incubación de 2 a 5 días posteriores al contagio y la vía de transmisión es por la ropa, por objetos, así como por contacto sexual (oral, anal, vaginal), además es un hongo que la persona puede tener en el cuerpo sin producir molestias, pero al bajar las defensas del organismo aparece la infección (Conde y Vidales, 2000).

Los síntomas más comunes que en esta infección se presentan en mujeres son irritación, comezón, flujo espeso blanco, dolor en la boca, úlceras vaginales, inflamación y enrojecimiento de la vagina y la vulva; en hombres picazón, ardor y úlceras sin dolor en el pene.

El tratamiento de esta enfermedad es eficaz, siempre y cuando se trate a ambos miembros de la pareja para que no haya reinfección, y generalmente consiste en medicamentos orales y locales; las consecuencias de no tener el tratamiento adecuado y a tiempo se presentan problemas en el riñón, en el bazo, en el pulmón y en el cerebro (Palazón y Nadal, 2009; Rodríguez y Klein, 2010).

La Tricomoniasis es una infección que a nivel nacional tuvo 127,125 casos en el 2009 (con una incidencia de 323.10 por cada 100,000 habitantes en edades de 15 a 29 años) y hubo un pequeño decremento de casos en el 2010, llegando a 122,523 (3,092 hombres, 119,431 mujeres) (Dirección General de Epidemiología, 2011; Perpiñá et al., 2001).

Es transmitida por un parásito protozoario llamado *trichomona vaginalis* que puede sobrevivir unas horas en ropas, sábanas y toallas húmedas, pero la vía de transmisión más frecuente es por contacto sexual y de madre a hijo, además su

periodo de incubación es de cuatro a veintiocho días (Conde y Vidales, 2000; Rodríguez y Klein, 2010).

Estos autores señalan que muchos de los individuos que tienen dicha infección no presentan síntomas, pero cuando llegan a presentarse, en las mujeres se detecta secreción vaginal espumosa, amarillenta/verduzca, maloliente, comezón, irritación, se presenta dolor al orinar y durante el coito, se observa inflamación en la vulva y en el área abdominal; mientras que en hombres se manifiesta con secreción o flujo por el pene y comezón.

De igual forma estos autores coinciden en que esta infección es curable si es detectada y tratada con medicamentos orales y locales a los dos miembros de la pareja de manera simultánea para evitar reinfecciones. Las consecuencias que pueden presentarse son la esterilidad, inflamación en las trompas de Falopio, prostatitis y vaginitis.

Cabe señalar que no son todas las ITS transmitidas por bacterias, éstas fueron algunas que, como se mencionó, son más frecuentes en los jóvenes y adolescentes.

1.1.2 ITS transmitidas por virus

En aquellas ITS que son transmitidas por virus, los medicamentos pueden controlar los síntomas y evitar que continúe avanzando la enfermedad, pero no existe alguna cura. Entre las ITS de este tipo sobresalen el herpes genital (VHG), el virus del papiloma humano (VPH) y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (WHO, 2011a).

Respecto al virus del herpes genital, en el 2007 se detectaron 1,056 casos en México, con una tasa de incidencia de 1.0 por cada 100,000 habitantes (CENSIDA, 2007); en el 2009 aumentaron los casos a 2,436 (con una incidencia de 5.19 por cada 100,000 habitantes en edades de 15 a 29 años) y a finales del 2010 aumentaron a 2543 casos (1,301 hombres, 1,242 mujeres) (Dirección General de Epidemiología, 2011).

Esta infección se transmite por un virus llamado herpes simple (VHS-2) que afecta la mucosa genital, aunque se puede encontrar en la boca y la faringe y el

periodo de incubación es de 3 a 20 días. La vía de transmisión de esta infección es por contacto sexual, oral o anal con ampollas o úlceras abiertas que estén infectadas, y de madre a hijo si en ese momento se presenta un brote (Conde y Vidales, 2000; Perpiñá, García y Pérez 2001; Rodríguez y Klein, 2010; Rodríguez et al., 2006). Empieza con una picazón en los genitales seguida de pequeñas ampollas dolorosas que duran de 1 a 3 semanas, cuando las ampollas desaparecen el virus permanece en el organismo, por lo que pueden volver a aparecer. Estas úlceras (vesículas rodeadas de tejido enrojecido) se convierten en llagas húmedas y dolorosas en la vagina, cérvix, pene, ano, nalgas u otras partes del cuerpo, además, se presenta fiebre, dolor de cabeza, inflamación de los ganglios, fatiga y sensación de ardor. Las erupciones repetidas pueden ser ocasionadas por estrés y problemas de salud, por lo que también se recomienda una higiene adecuada evitando tocar las úlceras para evitar que se contagie otra parte del cuerpo.

Al individuo que contrae el herpes genital es posible que sus síntomas sean tratados y controlados, además se les administran analgésicos para el dolor; sin embargo, los síntomas que se presentan en el individuo no se curan y quedan como portadores del virus que produce la infección, por ello entre las consecuencias que persisten están el contagiar a otros, presentar recaídas, problemas neurológicos y en una mujer embarazada puede ocurrir que aborte o contagie al feto produciéndole deformaciones (Conde y Vidales, 2000; Perpiñá et al., 2001; Rodríguez et al., 2006; Rodríguez y Klein, 2010).

El Virus del Papiloma Humano (VPH) está asociado al desarrollo de cáncer cérvico-uterino, que se ha detectado como la segunda causa de muerte en la mujeres mexicanas, que se encuentran entre los 40 y 50 años, sin embargo, es más común el diagnóstico en mujeres de 20 a 30 años (CENSIDA, 2007; López y Lizano, 2006). En el 2007 se ubicaron 9,505 casos de papiloma humano en el país, con una tasa de incidencia de 9.0 por cada 100,000 habitantes (CENSIDA, 2007), este número de casos aumentó para los siguientes años, en el 2009 con 28,734 (con una incidencia de 50.66 por cada 100,000 habitantes en edades de 15

a 29 años) y a finales del 2010 a 29,461 casos (1236 hombre, 28225 mujeres) (Dirección General de Epidemiología, 2011).

El Virus del Papiloma Humano (VPH) es también llamado condiloma acuminado o verrugas genitales; tiene un periodo de incubación de 2 a 3 meses y la vía de trasmisión de esta infección es por contacto sexual, inoculación (contagio por contacto piel a piel) y de madre al feto (Perpiñá et al. ,2001; Palazón y Nadal, 2009; Rodríguez y Klein, 2010).

EL VPH puede que sea una infección asintomática, sin embargo, en muchos casos presentan verrugas genitales suaves al tacto que aparecen de 2 a 3 semanas después de la infección y que sin tratamiento pueden crecer tanto que bloquean la entrada a la vagina, el ano o la garganta. En mujeres aparecen en los labios menores o mayores, en la vagina o el útero, además, puede acelerarse su crecimiento durante el embarazo o en presencia de otras infecciones, mientras que en hombres pueden no crecer verrugas o ser diminutas en la zona del glande, por debajo del prepucio y en el escroto (Rodríguez et al., 2006).

Para detectar si una persona tiene la infección es importante que se haga estudios médicos que lo comprueben como la citología vaginal (*papanicolaou*) y la penescopia, sin embargo, esta infección no es curable y puede provocar cáncer del útero e incluso la muerte, además se presentan verrugas genitales y lesiones en el cuello del útero. El tratamiento está destinado a eliminar las verrugas y a la destrucción del condiloma; la acción inmunitaria para eliminar el virus puede ocurrir con cirugías, pero como la infección no es curable se recomienda realizar medidas preventivas como la aplicación de una vacuna a mujeres de 6 a 26 años de edad. Lo ideal sería que las mujeres se vacunaran antes de que comiencen su actividad sexual y estén expuestas al VPH.

Ahora bien, uno de los virus más latentes es el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH/SIDA) que se puede transmitir sexualmente. Se considera de gravedad debido a ser contagiosa, incurable y mortal. Cualquier persona sin importar sexo, raza o religión, puede contraer dicha infección. El Centro Nacional para la prevención y el control del VIH/SIDA (CENSIDA, 2010) reporta que en el 2009, México ocupó el segundo lugar en países de América Latina, con 220,000

personas viviendo con VIH y 3 ó 4 personas de 15 a 49 años de edad por cada mil pudieron ser portadoras del VIH. Para el 2010 se diagnosticaron 899 hombres y 249 mujeres con SIDA en el rango de edad de 15 a 29 años, la transmisión del VIH/SIDA en este mismo año fue en un 98.9% por contacto sexual, encontrándose por orientación sexual los siguientes porcentajes: las personas homosexuales con un 41.3%, las bisexuales con 23.3% y los heterosexuales con un 34.3%, y por transmisión sanguínea un 1.1% por uso de drogas inyectables (UDI) (CENSIDA, 2010).

El término SIDA significa Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y su agente causal es el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) y ataca al sistema inmunológico, aunque los primeros síntomas aparecen después de 6 a 10 años del contagio (Perpiña et al., 2001). Según señalan diversos autores (Conde y Vidales, 2000; De la Barreda, 2000; Palazón y Nadal, 2009; Rodríguez et al., 2006), el VIH se transmite por tres vías:

- ✚ Transmisión sexual (vaginal, oral, anal) en el cual se intercambia secreciones vaginales, semen o sangre que estén infectados por el virus. Puede darse el caso que las personas no infectan a otras por la baja presencia del virus en las secreciones.
- ✚ Transmisión por vía sanguínea incluye todo tipo de contacto con la sangre infectada: transfusiones de sangre, jeringas u objetos punzocortantes que lesionen la piel de una persona infectada a una sana.
- ✚ Transmisión de madre-hijo: la madre portadora puede contagiar al feto durante el embarazo, parto o lactancia, sin embargo, los avances científicos reducen el riesgo por esta vía.

El VIH vive en los fluidos del cuerpo humano (sangre, semen, entre otros) y fuera de él sobrevive por unas horas, cuando el virus es contraído por una persona se concentra en algunos fluidos más que en otros y esto hace mayor su transmisión, la mayor concentración está en la sangre, en menor medida en el semen (hombres) o en el flujo vaginal (mujeres), y en mucho menor medida en la leche materna (Bianco y Re, 2007; Correa et al., 2003). Los demás fluidos

corporales (lágrimas, transpiración, entre otros) pueden tener el virus, sin embargo, la concentración es tan pequeña que no se logra transmitir a otras personas.

Los autores que exponen las características del VIH/SIDA (Conde y Vidales, 2000; Lamotte, 2004; Medline Plus, 2011; Rodríguez et al., 2006; Secretaria de Salud, 2009) coinciden en señalar que:

La infección primaria o aguda ocurre de cuatro a seis semanas después del ingreso del virus al organismo. Entre 50 y 70% de las personas presenta síntomas como fatiga, fiebre, dolor de cabeza, rigidez o dolor muscular, dolor de garganta, inflamación de los ganglios linfáticos (adenopatías), erupción cutánea grave (exantema), pérdida de apetito, gripe y faringitis, síntomas que de igual manera se presentan con otras enfermedades y que pueden desaparecer un tiempo después.

Infección asintomática: Es la etapa en la cual no se presentan síntomas y existe un deterioro lento al sistema inmunitario; esta fase depende de cada individuo según la replicación del virus, sin embargo, esto no excluye que una persona pueda seguir contagiando a los demás.

El estadio intermedio: La mayoría de las personas presentan síntomas en la cual se observa mayor frecuencia de infecciones herpéticas (virus del herpes simple VHS), infecciones bacterianas (sinusitis, bronquitis y neumonía) por tuberculosis, candidiasis recurrente (oral y vaginal) entre otros, además, pérdida de peso, fiebre, diarrea y aparece sarcoma de Kaposi (tumor mucocutáneo).

El estadio tardío (SIDA): Es en la fase en donde existe un desarrollo de infecciones oportunistas que aprovechan la debilidad del organismo para hacer algunas lesiones; hay un incremento de la actividad replicativa viral, la ausencia de anticuerpos, la presencia de neoplasias y trastornos neurológicos.

Algunas personas que tienen el virus pueden aparentar estar bien, sin embargo, esta infección es incurable. Por lo antes expuesto, es importante dar a conocer cómo evitar el contagio por VIH pero también de las otras ITS, por tanto, en los siguientes apartados se mencionarán algunos problemas de sexualidad y la manera de prevenirlas.

1.2 Embarazo y aborto adolescentes

El embarazo no deseado es un tema controversial, por lo que implica para los padres adolescentes y para el propio niño, aunado a los cambios hormonales, psicológicos, físicos y sociales que se experimentan en la adolescencia. Las creencias en algunos mitos sexuales aumentan la probabilidad de relaciones sexuales sin protección, propiciando así que este tema sea multifactorial y que sus consecuencias repercutan a diferentes niveles.

Cada año, 14 millones de adolescentes dan a luz en el mundo (10% del total de nacimientos), mientras que en América Latina los nacimientos entre las adolescentes representa entre el 15 y 20% de total de nacimientos, de los cuales el 70% no fueron planeados y aproximadamente el 40% de las mujeres tienen hijos antes de los 20 años de edad (Palazón y Nadal, 2009, Grupo de Información en Reproducción Elegida, GIRE, 2011).

En México, se estima que el 23% del total de embarazos son de adolescentes entre 15 y 19 años de edad, y más del 60% de esos embarazos no fueron deseados (CENSIDA, 2010), asimismo, el GIRE (2011) señala que el número de nacimientos en mujeres de 15 a 19 años fue de 366 mil, y por otro lado, la tasa de embarazo es de 79 por cada mil mujeres (Encuesta, Nacional de Salud y Protección, Olaiz, et. al. 2006 citado en Parra y Pérez, 2010); sin embargo, el número debe ser más alto por aquellas que tuvieron un aborto espontáneo o inducido, aunque un gran porcentaje de las madres adolescentes afirman que a pesar de que su embarazo no fue planeado aceptan la maternidad y sus hijos son deseados (GIRE, 2011).

Autores como Conde y Vidales (2000) e Infante y Hernández (2001) coinciden en que la definición del embarazo es el estado en el que se encuentra una mujer cuando un óvulo es fecundado por un espermatozoide y da origen a un nuevo ser. La maternidad y la paternidad, independientemente de la edad, implica la responsabilidad de crianza y de cumplir las necesidades del niño, por ello, el embarazo debería ser una decisión libre y planeada ya que trae consigo grandes consecuencias físicas, económicas, sociales y emocionales para los involucrados (De la Barreda, 2000). El que ocurran tales consecuencias en el embarazo, en

especial en la adolescencia, hace que éstos sean considerados como embarazos no deseados, en la mayoría de los casos, ya que se pueden definir como el estado en el que se encuentra una mujer o la pareja en donde no hay el deseo de concebir (CENSIDA, 2010, Conde y Vidales, 2000).

Existen diversos factores para que ocurra un embarazo no deseado en los adolescentes; León, Minassian, Borgoño y Bustamante (2008) los agrupan de la siguiente manera:

- ✚ Factores de riesgo individuales: Son aspectos de la persona como la menarquía precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia, la poca habilidad de planificación familiar, adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad.
- ✚ Factores de riesgo familiares: Son aspectos como la disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.
- ✚ Factores de riesgo sociales: Son aquellos aspectos que están ajenos a la persona como bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes.

Conde y Vidales (2000) al igual que CENSIDA (2010) sugieren otras causas que están asociadas a este problema de salud sexual:

- ✚ La urgencia para satisfacer los deseos sexuales.
- ✚ Falta de reflexión de lo que implica la maternidad y la paternidad.
- ✚ No se planean las relaciones sexuales.
- ✚ Violaciones.
- ✚ Uso inconsistente del condón (no se usa en todas las relaciones sexuales) o su uso incorrecto (no se usa en toda la relación sexual ni

se cuidan los pasos que se deben seguir), así como su desplazamiento y ruptura.

La falta del uso consistente del condón puede deberse a circunstancias económicas, culturales y/o psicológicas, su uso incorrecto se puede deber a la falta de habilidad para manejar el condón o simplemente no saber hacerlo. El desplazamiento y/o ruptura puede deberse a errores que ocurren al colocarlo y puede perderse la confianza al condón (CENSIDA, 2010).

Estos puntos hacen que se llegue a la conclusión de que la información es importante para poder prevenir un embarazo no deseado, el conocimiento de cómo cuidarse ayuda a evitar consecuencias negativas que trae consigo los embarazos no deseados, aspecto que se aborda a continuación (CENSIDA, 2012).

Los adolescentes que tienen un embarazo a temprana edad comprometen su desarrollo y se les presentan consecuencias que perdurarán en su vida como adultos, para describir estas consecuencias varios autores consultados coinciden en que puede haber consecuencias físicas, económicas, sociales, emocionales y psicológicas (Conde y Vidales, 2000; De la Barreda, 2000; León et al., 2008; Palazón y Nadal, 2009):

- ✚ **Físicas:** Implica un riesgo para la salud de la adolescente debido a que su cuerpo aún no está preparado para tener hijos sin complicaciones, existen mayores riesgos de abortos, toxemia (envenenamiento por desechos del hijo), infecciones uterinas, anemia y hemorragias, además de complicaciones y/o muerte durante el parto, parto prematuro, el bebé en gestación puede nacer con bajo peso, es más propenso a tener enfermedades, malformaciones congénitas o deficiencia física y mental, además de tener una gran probabilidad de muerte durante la lactancia y además de abortos espontáneos
- ✚ **Económicas:** Una pareja o un miembro de ella que decide tener al bebé tiene gastos económicos como el lugar en donde vivir, alimentos y vestido, las necesidades básicas de la madre: gastos médicos durante el

embarazo y el parto (medicinas, hospital, suplementos alimenticios...) entre otros y del bebé como son: objetos de limpieza, pañales, medicinas, pediatra, educación, entre otras

✚ **Sociales:** Matrimonio forzado o anticipado, abandono de los estudios, rechazo de la familia y amigos, menores probabilidades de encontrar trabajo, reducción de posibilidades de seguir estudiando, algunos padres de los adolescentes toman el papel de padres de sus nietos, la diferencia generacional afecta a la crianza de los niños y/o los adolescentes que toman la responsabilidad deben criar a los hijos, atenderlos, de darles lo mejor posible teniendo presentes además las consecuencias físicas, económicas, emocionales y psicológicas que conlleva un embarazo

✚ **Emocionales y psicológicos:** Muchas adolescentes no cuentan con el apoyo económico ni emocional de su pareja debido a que estos evaden su responsabilidad como padres, o bien es insuficiente, lo cual causa depresión, estrés, angustia, temor, culpa, rechazo y/o maltrato, frustración, y las inquietudes que llegan a pensar por la forma tan radical en que cambiará su vida; además se sabe que los adolescentes no están capacitados para tener la responsabilidad de su propia vida y mucho menos de otra tomando decisiones por su cuenta

Aborto

Como se puede observar, hay una amplia variedad de factores, que impiden tener un embarazo no deseado, sin embargo, muchas parejas deciden no culminarlo trayendo consigo otras consecuencias para los involucrados (GIRE, 2005a, b).

Al estar en un rango de edad temprana, algunas jóvenes con embarazo no deseado recurren a practicarse abortos inducidos. En el mundo, aproximadamente 46 millones de mujeres cada año deciden abortar, de esta cantidad el 78% ocurre en los países en desarrollo y el 22 % se presentan en los países desarrollados (Faneite et al., 2007). En México en el 2006 se estimaron 874 747 abortos, aunque es difícil establecer con precisión una cifra exacta ya que algunos de ellos se

practican en lugares clandestinos y/o concluyen con la muerte de quienes se los practican. En el país no hay estudios que indiquen qué tipo de mujeres abortan, pero se sabe que esto ocurre en mujeres de todos los estratos sociales (en zonas rural y urbana, en clases alta, media y baja, entre profesionistas, amas de casa, u otras) y que tienen como finalidad común terminar con su embarazo (GIRE, 2005b).

El aborto, según La Organización Mundial de la Salud, se divide en tres tipos (GIRE, 2005b):

1. **Aborto espontáneo:** Es la pérdida del embarazo antes de que el feto pueda sobrevivir fuera del útero materno (antes de las 22 semanas de gestación). Es como lo indica su nombre de una manera inesperada y sin la intervención humana.
2. **Aborto inducido:** Es el proceso mediante el cual hay intervención humana con el fin de interrumpir el embarazo antes de que el feto sea viable.
3. **Aborto inseguro:** Es el procedimiento que se lleva a cabo por personas que carecen del conocimiento necesario, en un ambiente carente de estándares médicos mínimos, o ambos casos.

Estas definiciones son fundamentales para entender al aborto como una interrupción del embarazo pero en dos circunstancias diferentes, siendo con o sin intervención humana. El tercer tipo de aborto es, de igual manera, con intervención humana pero en condiciones de riesgo para la salud de la persona que se lo realiza (GIRE, 2005b). Para reducir el riesgo que existe al practicarse un aborto se deben conocer las causas, consecuencias y las formas de prevención que se muestran en este apartado.

Espinoza y López (2003) mencionan que una mujer o una pareja que decide abortar toma como punto de partida los aspectos personales y sociales en los que está inmersa, lo que dejará de hacer y sus planes truncados; algunos de los motivos para abortar son:

1. Conservar el empleo.

2. Seguir estudiando sin alterar su proyecto de vida.
3. Posponer la decisión de una posible maternidad – paternidad.
4. Peligro de la vida o de la salud de la madre, cuando el embarazo implica un riesgo.
5. Problemas congénitos que afecten al feto.
6. Evitar el nacimiento del producto de una violación sexual o incesto.
7. Problemas de salud de la madre.
8. Actitud de la familia y/o de la pareja hacia el embarazo.

Entre estas causas y otras más que son relevantes para cada una de las mujeres que deciden abortar demuestran lo amplio que puede llegar a ser este problema, no sólo para ellas sino para la pareja y para la familia. Para disminuir el efecto en la población hay que abordar cada uno de estos puntos en cada caso particular y así poder prevenir las consecuencias futuras.

A continuación se revisarán algunas de las consecuencias físicas y psico-emocionales en la mujer que se practica el aborto.

Consecuencias físicas:

El GIRE (2005b) señala que la interrupción de un embarazo puede traer consigo complicaciones que pueden poner en riesgo la salud y hasta la vida de las mujeres que deciden hacerse un aborto (clandestino y/o con una persona capacitada) hasta las que tienen un aborto espontáneo, aunque en un aborto inseguro se tiene mayor riesgo que en los demás tipos.

Las mujeres que han tenido un aborto, en los días siguientes pueden presentar las siguientes “señales de peligro”: fiebre, escalofríos, dolores musculares, cansancio, debilidad o letargo, dolor abdominal o pélvico, cólicos y/o dolor de espalda, sensibilidad a la presión en el abdomen, hemorragia prolongada o abundante. Por ello, es importante hacerse una revisión 15 días después del aborto para evitar las consecuencias que se describirán a continuación (GIRE, 2005a, b)

1. **Infecciones:** Es causada por la entrada de ciertas bacterias al útero. Una infección no atendida puede provocar enfermedades graves, esterilidad e incluso la muerte.
2. **Retención de tejido:** Pueden quedarse restos de tejido ovular en el interior del útero. Se debe buscar atención médica para remover el tejido puesto que en éste pueden crecer bacterias e infecciones.
3. **Hemorragias:** Es normal que se presente sangrado después de un aborto: un sangrado escaso que aumenta poco a poco, un sangrado moderado similar a un periodo menstrual hasta por 6 semanas y un sangrado más abundante que el de un periodo menstrual de 3 ó 4 semanas, se debe ir con un médico para su valoración en cualquier caso.
4. **Lesiones intra-abdominales** (perforación del útero y lesiones cervicales): Debido a que éstas son lesiones internas no hay probabilidad de que la persona pueda saber si la tiene o no a simple vista. La perforación del útero ocurre cuando un instrumento quirúrgico lo atraviesa, éste se recupera con frecuencia sin necesidad de tratamiento, pero cuando es una lesión grave se necesita intervención quirúrgica. Las lesiones cervicales pueden presentarse por fuertes contracciones uterinas y deben suturarse para evitar problemas en embarazos posteriores.
5. **Reacciones tóxicas a las sustancias o medicamentos utilizados para inducir el aborto:** Para aquellas personas que han ingerido hierbas, medicamentos o drogas para provocar el aborto pueden presentarse serias complicaciones tóxicas ya que la mayor parte de las drogas y preparados abortivos no proporcionan una interrupción del embarazo confiable, y con frecuencia pueden provocar intoxicación y hasta envenenamiento.
6. **Continuación del embarazo.** Puede ocurrir que el embarazo continúe a pesar del o de los intentos por interrumpirlo, debido a que

sólo se remueve parte del tejido; hay que continuar hasta eliminarlo por completo.

7. **Infertilidad:** las mujeres que abortan pueden tener, a largo plazo, esterilidad debido al daño a la vagina y a las posibles infecciones y/o hemorragias.
8. **Muerte de la madre:** puede provocar que la madre muera al practicarse el aborto.

Consecuencias psico-emocionales:

Ya se han visto las consecuencias físicas y las alertas que se pueden tener después de un aborto, pero otro aspecto que es importante para una persona es el aspecto psicológico y emocional. Si bien una persona reacciona de diversas maneras frente a una misma situación, una mujer que ha experimentado un aborto inducido puede experimentar sentimientos positivos, negativos u ambos.

Según el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE, 2005b), las mujeres que tienen un aborto inducido pueden padecer o experimentar tristeza, ansiedad, sentimiento de pérdida, si la decisión se presentó en condiciones difíciles, por ejemplo, la pérdida de la pareja; así como depresión profunda. A esto se le llama “trauma post aborto”, pero en muchas ocasiones no es por el hecho en sí, sino por las condiciones en las que se llevó a cabo.

Algunos elementos que ayudarán positivamente a la mujer a afrontar esta situación, ya sea en el caso de que ella haya tomado la decisión o si la tomaron por ella, pueden ser: la información adecuada y su fácil acceso, una orientación que le permita abrir su panorama en todos los sentidos de su vida como madre, como mujer y en los demás contextos, el acceso a los servicios médicos de calidad, y por último, y no menos importante, la comprensión y el apoyo de la pareja, familia y personas importantes para ella (GIRE, 2005b).

1.3 Prevención

De manera general existen tres formas de prevención para ITS, VIH/SIDA, Embarazos y Abortos, las cuales se describirán a continuación (Rodríguez et al., 2006):

- ✚ *Abstinencia*: se refiere a no tener ningún tipo de relación sexual.
- ✚ *Sexo seguro*: se refiere a todas aquellas prácticas sexuales en las cuales no existe intercambio de fluidos infectantes y por lo tanto pueden ser realizadas con la seguridad de que no existe la posibilidad de infección por VIH. Algunas de estas prácticas son: besos, caricias, jugueteo sexual, autoerotización, frotamiento, y en general cualquier juego que no involucre penetración e intercambio de fluidos. Aunque es importante mencionar que existen varias infecciones de transmisión sexual que pueden contagiarse por medio de algunas de las prácticas antes mencionadas.
- ✚ *Sexo protegido* (uso de preservativos): consiste en impedir el intercambio de fluidos corporales. Respecto al preservativo, si bien el mismo ofrece una protección elevada y debe considerarse en la actualidad como la estrategia de mayor elección para aquellos jóvenes que no aceptan la abstinencia sexual o la monogamia en el contexto del matrimonio, esta garantía no es absoluta pues existen factores que pueden disminuirla:
 - ruptura accidental
 - inadecuada colocación o deslizamiento
 - defecto de fabricación
 - mala conservación
 - utilización fuera del límite de caducidad
 - uso de lubricantes capaces de deteriorar el preservativo; por ejemplo, lubricantes de aceite.

Las personas que sospechan tener una ITS o VIH/SIDA pueden acudir a un médico general, con especialistas (ginecólogo o urólogo) o diversas organizaciones no gubernamentales que les darán un diagnóstico confiable sobre si se tiene o no alguna ITS o el VIH/SIDA, y en caso de tener alguna, les señalarán cuáles son las medidas para curarla o disminuir los síntomas venideros (Conde y Vidales, 2000). Ahora que ya se abordaron etiología, causa y consecuencias de algunas infecciones de transmisión sexual (ITS), y ya se conoce

que pueden provocar esterilidad, embarazo ectópico, cáncer genital, y hasta la muerte, es importante hacer referencia a su prevención.

Es de suma importancia saber cómo prevenir las ITS y/o VIH/SIDA, así como evitar la problemática a la salud integral del individuo. La literatura sobre el tema (CENSIDA, 2012; Conde y Vidales, 2000; Palazón y Nadal, 2009; Rodríguez et al., 2006) expone algunas sugerencias que se enuncian a continuación:

- ✚ Tener una sola pareja sexual.
- ✚ Usar correctamente y durante todas las relaciones sexuales el condón (sexo protegido), pues es el único método que previene tanto el VIH como algunas ITS, y el embarazo.
- ✚ Sexo seguro que implica que la pareja sólo emplee besos, caricias, juegos sexuales sin penetración para lograr el orgasmo, se puede recurrir a esta práctica cuando no se disponga del condón.
- ✚ Practicar la abstinencia sexual o bien evitar cualquier tipo de contacto sexual con una persona que tenga alguna ITS y/o VIH/SIDA.
- ✚ Evitar el uso de alcohol o sustancias que limiten el control de las acciones y de las medidas de prevención.
- ✚ Conocer e identificar los signos y síntomas de las ITS y/o VIH/SIDA.
- ✚ Buscar atención médica oportuna ante cualquier indicio de estar contagiados.
- ✚ Evitar relaciones sexuales cuando se detecte algún síntoma en la pareja.
- ✚ No confiarse de lo saludable o limpio que pueda estar una persona, puede estar infectada sin saberlo, por ello, observar si presenta úlceras, huele mal o tiene irritada la piel o el órgano sexual.
- ✚ Que la pareja se realice un chequeo médico.
- ✚ Mantenerse informado sobre su sexualidad, en ausencia de vacunas efectivas la educación puede generar cambios en las conductas que lleven a las enfermedades.

Prevención del embarazo

Conociendo las consecuencias que trae un embarazo no deseado en los adolescentes, se sabe que es un tema de suma importancia que se puede y debe

prevenir. Algunas de las acciones que se pueden tomar ante dicho problema son (CENSIDA, 2012, Conde y Vidales, 2000):

- ✚ Abstinerse: evitar tener relaciones sexuales.
- ✚ Tener información válida, certera y confiable sobre la sexualidad, métodos anticonceptivos, ITS y los riesgos de un embarazo no deseado.
- ✚ Tener información práctica de donde obtener anticonceptivos y como utilizarlos.
- ✚ Uso correcto y consistente de los métodos anticonceptivos, principalmente del condón ya sea masculino o femenino, pues además previene de ITS y VIH/SIDA.
- ✚ Contar con la orientación de un adulto de confianza.
- ✚ Tener claro el proyecto de vida y comprender el impacto que pueda tener un embarazo no deseado en la vida y la responsabilidad de ello.

Prevención aborto

El prejuicio que tienen aún muchos mexicanos sobre la práctica del aborto se ve reducido con el pasar de los años y se ve una mayor tolerancia hacia ello, mientras mayor sea la población con información clara y precisa sobre estos temas aumentarán las acciones preventivas para disminuir sus incidencias y sus complicaciones, los autores Espinoza y López (2003) señalan la vulnerabilidad de los adolescentes y en que se debería enfocar los servicios de Salud.

Los adolescentes son una población vulnerable ante las consecuencias negativas de los abortos por lo que se deben implementar acciones de prevención que reduzcan las conductas de riesgo. Una de ellas es la prevención primaria que incluye la información clara, correcta y completa sobre la sexualidad, el sexo seguro (condón), sexo protegido y la abstinencia, que está enfocada a las adolescentes que aún no han tenido un embarazo y que pueden evitar las consecuencias antes señaladas.

En la prevención secundaria, se deben enfocar los esfuerzos hacia mejorar los servicios de salud para que las mujeres que necesiten practicarse el aborto

legal sea con métodos modernos que reduzcan las consecuencias negativas y la mortalidad en mujeres

Para ambas medidas de prevención se necesita ampliar la información que se tiene sobre el tema, tanto en los profesionistas de la salud como en la población en general, ya que se sabe que el conocimiento adecuado permite que los individuos, incluyendo a los adolescentes puedan tomar decisiones, sin ninguna presión por parte de sus coetáneos o adultos que influyan en su vida cotidiana, permitiendo así ejercer su sexualidad de manera responsable saludable y satisfactoria (Correa et al., 2003).

Los responsables de los sistemas de salud, los padres de familia y los profesores en sus diferentes niveles educativos son algunas de las personas que influyen en la educación y salud de los adolescentes, asimismo son aquellos que deben promover la prevención de la problemática de salud sexual revisada en este capítulo (abortos, embarazos no deseados, ITS y VIH/SIDA) por las consecuencias negativas que pueda tener en la salud. Esto puede lograrse si se elaboran diversas estrategias para proporcionar orientación y apoyo con información clara, precisa y completa a los adolescentes sobre estos temas, proporcionar servicios de salud de buena calidad y accesibles a la población que lo requiera, entre otras medidas para reducir las conductas de riesgo que influyen en dicha problemática (Espinoza y López 2003).

1.4 Conclusiones

Como ya fue señalado, en la población joven se presentan ITS, embarazos no deseados y abortos, cuya prevención es sumamente importante.

A través de los años, el uso de los métodos anticonceptivos y el condón ha tenido una mayor aceptación y sustento científico, lo que permite dejar a un lado los prejuicios de su uso. Se sabe que la información clara y precisa sobre ellos puede favorecer la decisión de utilizarlos para prevenir los riesgos de salud y de dejar trunco un proyecto de vida (Conde y Vidales, 2000; De la Barrera, 2000). Con dicha información se puede ampliar el conocimiento de los individuos para

evitar un embarazo o una ITS, que pueden ocurrirle a cualquier persona sin importar su raza, situación económica y cultural.

Sin embargo, para alcanzar una adecuada prevención se hace necesario diseñar estrategias dirigidas a que la población tenga mayor acceso a los métodos anticonceptivos y aprenda cómo utilizarlos (CENSIDA, 2012; Conde y Vidales, 2000). Y la mejor manera de promover la salud sexual y evitar los embarazos no deseados es a través de la educación sexual, que señale las ventajas y desventajas de cada método, así como su uso correcto para lograr el objetivo para el que fueron diseñados; hecho que es una decisión personal y de la pareja (Rojo, 2006).

Esas medidas son necesarias, pero suele pensarse que no lo son, que no pasará nada, que “a mí no me pasará”, y por ello se dejan de lado las conductas preventivas como el uso correcto y constante del condón, principalmente por parte de los adolescentes. Por ello, se torna indispensable que la salud sexual se promueva en los adolescentes con programas integrales que incluyan aspectos médicos y psicológicos. El capítulo siguiente aborda distintos aspectos a considerar en la planeación de programas que promuevan la salud sexual en esta población. Se enfatizan aspectos psicológicos como las conductas sexuales de riesgo.

2. CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO EN ADOLESCENTES Y JÓVENES SIN DISCAPACIDAD APARENTE.

Las infecciones de transmisión sexual en general, y de manera especial el VIH/SIDA en los adolescentes y jóvenes, constituyen un serio problema de salud. El riesgo de padecerlas está muy relacionado con el comportamiento sexual y las formas de protegerse, entre otros factores (García, Cortés, Vila, Hernández y Mesquia, 2006). Por ello, en este apartado se hará un análisis de investigaciones sobre las conductas sexuales de riesgo en adolescentes.

Martín (2005) señala que durante la transición de joven a adulto suelen asumirse comportamientos de riesgo, lo cual puede considerarse una respuesta propia de los adolescentes, que se niegan a imitar la conducta de la persona adulta, sin prever los posibles e imprevistos efectos colaterales negativos que pueden, incluso, originar daños para toda la vida.

2.1 La primera relación sexual.

Diversos estudios llevados a cabo con poblaciones de jóvenes mexicanos pueden dar cuenta del panorama sobre esta temática. Pick, Díaz-Loving, Andrade y Gribble, (1988, como se citó en Andrade, Bentancourt y Palacios, 2006) reportan los datos de una encuesta llevada a cabo con mujeres adolescentes entre 12 y 19 años de edad, y mencionan que el 16% de ellas ya había tenido relaciones sexuales. Villagrán, Cubas, Díaz-Loving y Camacho (1990, como se citó en Flores y Mendoza, 2001) llevaron a cabo un estudio con 1076 estudiantes, 51% hombres y 49% mujeres, que ya habían tenido relaciones sexuales, y reportaron que la edad promedio de debut sexual se ubicó entre los 17 y los 19 años. Ibáñez (1997 como se citó en Andrade et al., 2006) encontraron que en promedio las mujeres comenzaron su vida sexual a los 18 años y en el caso de los hombres a los 16 años. Mientras que otros estudios (Fleiz et al., 1999) reportan una edad promedio de debut sexual de 14 años en hombres y 15 años en mujeres, dentro de una muestra de 10,173 alumnos provenientes de escuelas públicas. En lo que respecta al tipo de relación de la pareja con la que habían tenido relaciones

sexuales, la mayoría de las mujeres reportaron que con su novio y en el caso de los hombres se encontró una mayor variación en el tipo de relación con su pareja inicial (Ibáñez, 1998).

Estudios más recientes permiten conocer datos que pueden considerarse actuales. Tuñón y Nazar (2004, como se citó en Parra y Pérez, 2010) llevaron a cabo una encuesta con 2,562 adolescentes entre 11 y 19 años de edad; 53% mujeres y 47% hombres, reportando que el 35% de éstas mujeres ya habían debutado sexualmente. González, Rojas, Hernández y Olaiz (2005) reportan porcentajes similares y señalan que se ha observado un aumento en el porcentaje de adolescentes que ya han iniciado su vida sexual. El estudio realizado por estos autores, en una muestra de 15, 241 (49% hombres y 51% mujeres), ubicó el rango de edad de inicio entre los 12 y los 19 años, encontrándose el mayor porcentaje de actividades sexuales en los jóvenes con edades entre los 18 y los 19 años. Mientras que Piña (2009), al estudiar a 423 jóvenes (54% hombres y 46% mujeres), de 12 a 29 años de edad, ubicó la edad promedio de iniciación sexual a los 17 años, para el caso de los hombres, con un rango de 12 a 29 años, y en las mujeres a los 18 años, con un rango de 15 a 24 años de edad.

Singh, Wulf, Samara y Cuca (2000) reportaron un análisis que presentó información cuantitativa a nivel poblacional, correspondiente a 14 países, sobre las diferencias por sexo, edad y estado civil en el momento de consumir la primera relación sexual. Los continentes incluidos en este estudio fueron de América Latina, África Subsahariana, Asia y el Caribe, en donde se realizaron encuestas nacionales que ofrecieron información comparable sobre la actividad sexual de los hombres y las mujeres jóvenes. Se utilizaron datos obtenidos de las encuestas más recientes de conducta reproductiva que fueron representativas a nivel nacional. El análisis se centró en la población de 15 a 19 años de edad, aunque también se utilizaron datos de 20 a 24, para obtener un panorama más completo de las diferencias de comportamiento, según el sexo, durante la adolescencia.

Todas las encuestas se aplicaron a tanto a personas solteras como casadas, y a todos se les formularon preguntas acerca de su conducta sexual, no importando su estado civil. Un tercio o más de las adolescentes habían tenido relaciones

sexuales; en cuatro países (Ghana, Malí, Jamaica y Gran Bretaña), casi tres de cada cinco participantes reportaron tener experiencia sexual; las tres cuartas partes de los adolescentes varones en siete países habían tenido relaciones sexuales alguna vez, aunque la proporción fue de un tercio o menos en Ghana, Zimbabwe, Filipinas y Tailandia. Las relaciones sexuales durante los años de la adolescencia ocurrieron, en su mayor parte, fuera del matrimonio entre los adolescentes varones, pero dentro del matrimonio entre las mujeres.

Por su parte, Santana, Ovies, Verdeja y Fleitas (2006) realizaron una investigación con el fin de determinar las características que se vinculan con la primera relación sexual en un grupo de adolescentes escolares de Ciudad de La Habana. Su muestra fue de 1675 adolescentes de 15 a 18 años de edad, 838 fueron mujeres (50%) y 837 (50 %) eran hombres. El 33% de los estudiantes cursaba la enseñanza preuniversitaria, mientras que el 67% estudiaba en centros de la enseñanza politécnica. Se aplicaron cuestionarios auto-administrados a la muestra, agrupándolos en seis estratos. Se obtuvo el consentimiento informado de los estudiantes y del Consejo de Padres. Los resultados fueron que el 71% de los adolescentes tenían relaciones sexuales y la edad promedio de su inicio fue de 14 años. El reporte de Santana et al. (2006) coincide con lo señalado en estudios previos (Fleiz et al., 1999; Ibáñez, 1998), en el hecho de que predominó una relación con la pareja de noviazgo; en los hombres el motivo de inicio que prevaleció fue “deseos de probar” y en las mujeres “estar enamoradas”. La mayoría de los adolescentes consideraron que tener relaciones sexuales a su edad constituye un riesgo.

Por otro lado, es importante mencionar, que hay una serie de factores que propician que ocurra la primera relación sexual en adolescentes y jóvenes. Gonzales, Montero, Martínez, Mena y Varas (2010) realizaron un estudio que tuvo como objetivo conocer los factores que influían en el inicio de la actividad sexual en adolescentes, y explorar el contexto en el cual ocurre. Su diseño correspondió a un estudio cualitativo, con una muestra de adolescentes, hombres y mujeres sexualmente activos, entre 14 y 19 años, reclutados en el Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA), durante 2007. Se

realizaron 117 entrevistas semiestructuradas, utilizando análisis temático de los datos; los significados e interpretaciones fueron constantemente verificados a través de sucesivos análisis, se exploraron el contexto, las creencias y experiencias de los participantes en relación al inicio sexual, relaciones románticas, actividad sexual, y cómo se sintieron con esta experiencia. Se reporta que el rol de la interacción con sus pares, el abuso de alcohol y la presión de la pareja, fueron factores que influyeron en la actividad sexual prematura y no deseada.

De los Ángeles (2011) también menciona que uno de los factores de riesgo para conductas sexuales tempranas y desprotegidas son las adicciones (alcohol, cigarro y alguna otra sustancia tóxica), factores familiares (disfunción familiar: maltrato físico, uso paternal y fraternal de drogas, tipo de estructura familiar uniparental o ensamblada, caótica o rígida) y en menor medida, otros factores como la escasez de práctica religiosa y la edad (a mayor edad, aumentaba el riesgo). Otro aspecto de influencia que se encontró fue el desarrollo de la identidad o concepto de sí mismo. Por el contrario, entre los factores protectores se encontraron el apoyo y contención familiar y de amigos, la fortaleza de la personalidad, practicar actividades deportivas, religiosas y ecológicas, así como las estrategias de crianza y la comunicación entre padres e hijos.

Jones (2010) realizó un estudio que tuvo como objetivo analizar las expectativas y experiencias relativas a la primera relación sexual de adolescentes. Su muestra fue de 22 hombres y 22 mujeres, de entre 15 y 19 años de edad, pertenecientes a estratos socioeconómicos medios y residentes en Trelew, una ciudad de 100 mil habitantes en la Patagonia Argentina. Encontró que las jóvenes eran más presionadas por sus compañeras y compañeros, para iniciar su vida sexual, por lo que concluye que hombres y mujeres reflejaban expectativas de género asimétricas, y que esta situación favorece acciones coercitivas por parte de parejas y amistades. Estas coerciones llevaron a establecer un tipo de vínculo de sometimiento con la persona con quien debutaron sexualmente, y para ello hubo contribución por parte de las redes de pares, que actuaron como público interesado en dicho evento.

Andrade et al. (2006) señalan que los factores que contribuyen a que los adolescentes inicien tempranamente su actividad sexual son de índole individual, familiar y social.

2.2 Relaciones sexuales subsecuentes.

Banda, Medrano, De los Reyes e Ibarra (2009) describieron las características de la conducta sexual de una muestra de adolescentes de Ciudad Victoria, en el Estado de Tamaulipas, México. Su objetivo fue observar en los participantes: el grado de conocimiento sobre anticoncepción y las variables que se relacionan con el inicio de la actividad sexual. Su muestra fue de 1212 adolescentes de ambos sexos, inscritos en una escuela preparatoria pública, cuyas edades estuvieron entre los 12 y 19 años, con una media de 16 años; la mitad de los casos se encontraba en el rango de 15 a 17 años de edad. Los resultados fueron que el 97% conocía métodos anticonceptivos, pero no su funcionamiento; la información la adquirieron de la escuela y a través de amigos. El 22% tenía vida sexual activa, habiendo iniciado entre los 14 y los 15 años de edad, y no utilizaron métodos anticonceptivos porque no planearon la relación sexual. La mitad de los casos había tenido más de una pareja sexual; no se encontró asociación entre la edad y el número de parejas, ni entre la edad y la última vez en que se tuvo relación sexual. Estos autores señalaron que la actividad sexual había iniciado más tempranamente en los hombres que en las mujeres; el uso de métodos anticonceptivos no fue frecuente ni en la primera ni en la última relación sexual. Un porcentaje alto no tenía conocimiento sobre métodos anticonceptivos ni sobre su funcionamiento

Por otro lado y en contraste con el análisis anterior, Saturno (2012) analizó la influencia de variables como el sexo y la edad sobre las conductas sexuales de riesgo en adolescentes de 13 a 18 años de edad. Se determinaron algunos parámetros para definir las conductas sexuales riesgosas, las cuales incluyeron los siguientes aspectos: la cantidad de parejas durante los últimos 6 meses, tener sexo sin preservativo y sin anticonceptivos. Además, las conductas de riesgo dependieron de algunas variables; la manera de afrontar situaciones estresantes,

la presión social, la edad y el sexo. La muestra estuvo conformada por 177 estudiantes de una escuela técnica privada del estado de Lara en Venezuela, 51% fueron mujeres y 49% varones; 53% fueron adolescentes tardíos y 48% fueron adolescentes de la etapa media. Los resultados obtenidos indican que los adolescentes masculinos tienden a ejercer más conductas sexuales de riesgo que las mujeres, y de igual forma la edad ejerce una influencia significativa en la población adolescente y son los de la adolescencia tardía quienes mostraron tener menos eficacia para evitar las conductas sexuales de riesgo.

Gonçalves, Castellá y Carlotto (2007) realizaron una investigación sobre predictores de conductas sexuales de riesgo en adolescentes (entendida en este estudio como una práctica sexual desprotegida que puede ocasionar infección por ITS/SIDA, considerando la frecuencia y el uso de métodos anticonceptivos). La muestra fue de 389 jóvenes estudiantes de enseñanza media, de la ciudad de Porto Alegre en Brasil, con edades entre 15 y 25 años; 41% varones y 59% mujeres. Se encontró el perfil de los que tuvieron mayor propensión a la conducta sexual de riesgo: jóvenes varones que tuvieron mayor número de parejas sexuales en el último año, presentaron mayor frecuencia en el consumo de alcohol, menor índice de bienestar psicológico y menor utilización de la estrategia de afrontamiento y de búsqueda de pertenencia. Datos que son consistentes con los reportados por otros autores (De los Ángeles 2011; Piña, 2009).

Gonzalez y Rubicelia (2007) investigaron las actitudes acerca de la sexualidad en adolescentes así como los factores que influyen en éstas. Participaron 180 estudiantes de un bachillerato, hombres y mujeres de 15 a 18 años de edad, del Estado de Veracruz, en México. Se encontró que la actitud que cada adolescente adoptaba frente a todo lo relacionado con la sexualidad dependió en gran medida de la educación que había recibido en las instituciones educativas, grupo social y religioso al que pertenecía. Cabe mencionar que ciertas personas pudieron tener actitudes muy claras hacia la sexualidad pero pueden comportarse de forma contraria a lo que piensan. Por otro lado, se reconoció la necesidad de aumentar la responsabilidad de los adolescentes particularmente en lo que concierne a las consecuencias de sus acciones sexuales para sus parejas.

2.3 Prácticas sexuales.

Como se ha señalado, uno de los riesgos latentes en los jóvenes son las prácticas sexuales desprotegidas. El uso incorrecto e inconsistente de los métodos anticonceptivos y del condón, aumentan la probabilidad de algún contagio de una ITS, como el VIH/SIDA o bien, el Virus de Papiloma Humano (VPH).

Ochaita y Espinosa (2003) realizaron un estudio para describir y analizar los hábitos y prácticas sexuales de adolescentes y jóvenes españoles. Para ello se utilizaron los datos que sobre el tema se habían obtenido en una investigación previamente desarrollada y publicada por la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD). Así, para los chicos, la edad promedio de la primera experiencia sexual completa fue de 17 años; la mayoría tuvo dicha experiencia entre los 15 y 19 años de edad (76%), el 18% entre los 20 y los 24, y sólo el 1% esperaron hasta el periodo comprendido entre los 24 y los 29, mientras que el 7% afirmó haber tenido relaciones sexuales antes de los 15 años. Con respecto a las prácticas sexuales, la mayoría de los participantes afirmó realizar la penetración vaginal (el 75% aproximadamente de los iniciados sexualmente). En segundo lugar, chicos y chicas realizaron también con frecuencia la masturbación (48%) y en mucha menor medida el sexo anal. Las chicas son más tradicionales en sus prácticas sexuales, con mayores porcentajes de relaciones coitales y menos sexo anal y menos masturbaciones.

Por otro lado, Martín (2005) expone los resultados del denominado Sondeo sobre la Juventud Española, realizado por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). La muestra de este sondeo fue de 944 personas, el 23% en ninguna de las tres últimas relaciones sexuales había usado preservativos; solamente el 67% declaró haberlo usado en las tres ocasiones. Al indagar sobre si es fácil tener un preservativo a mano, el 84% respondió que sí y el 10% respondió que no. La mayoría refirió ser heterosexual (99.6% mujeres y 96% varones). Entre los hombres las relaciones homosexuales declaradas se dieron en el 3% de los casos, y un 1% fueron de tipo bisexual. Según la Encuesta sobre Salud y Hábitos Sexuales, el 54% de la población que mantuvo prácticas sexuales con penetración (vaginal, anal, bucal) refiere que le diagnosticaron alguna infección de transmisión

sexual a lo largo de su vida (excluidas micosis y hepatitis B). Entre las mujeres, las más frecuentes fueron la Tricomoniasis (1%), las Clamidia (1%) y herpes genital (1%), mientras que en los hombres, destacan la pediculosis (3%) y la infección gonocócica (1%).

2.4 Relaciones sexuales forzadas.

Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lagina (2002) mencionan que, a pesar de la importancia del tema, hay un número limitado de estudios enfocados a dar cuenta de las relaciones sexuales forzadas. Entre los pocos datos disponibles, se sabe que entre 7% (en Nueva Zelanda) y 48% (en nueve países caribeños) de las mujeres han reportado que su primera relación sexual fue forzada. En menor medida, también los hombres han reportado una primera relación forzada, aunque en un porcentaje menor. Aquí se exponen algunos de los datos que se han recopilado recientemente, respecto a este tema, y sobre su relación con otras variables como la salud reproductiva, la violencia familiar y el uso de drogas.

Koenig et al. (2006) presentaron los hallazgos sobre los vínculos entre la primera relación sexual bajo coerción y determinadas conductas y resultados en el área de la salud reproductiva. Su muestra fue 575 mujeres, de 15 a 19 años de edad, con experiencia sexual, como parte de un proyecto continuo de monitoreo en el distrito de Rakai, en una zona rural de Uganda. Los resultados arrojaron que el 14% de las mujeres jóvenes indicaron que su primera relación sexual había sido forzada. Después de haber tomado en cuenta las características demográficas de las entrevistadas, las jóvenes que indicaron haber mantenido relaciones sexuales en una situación de coerción eran significativamente menos proclives que otras a ser usuarias actuales de anticonceptivos modernos, a haber utilizado un condón durante su última relación, y a haber usado el condón de forma continua durante los últimos seis meses. Asimismo, se mostraron más proclives a indicar que su último embarazo fue no planeado (entre las mujeres que alguna vez estuvieron embarazadas) y que habían tenido uno o más síntomas de infección en el tracto genital.

En México, Ramos, Saldivar, Medina, Rojas y Villatoro (1998) tuvieron como objetivo determinar la prevalencia de abuso sexual en estudiantes de secundaria y

preparatoria, hombres y mujeres, así como su relación con el consumo de drogas. Fueron encuestados un total de 61 779 alumnos, 52% hombres y 47% mujeres, con una media de edad de 14 años. Se utilizó un instrumento auto aplicado, en el que el abuso sexual fue explorado tanto desde la perspectiva de quienes lo habían experimentado (víctimas) como desde quienes lo habían ejercido (agresores). La prevalencia de adolescentes víctimas de abuso sexual fue de 4%, y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre sexos. La prevalencia de agresores fue de 2%; los adolescentes varones habían ejercido coerción a otra persona para tener relaciones sexuales, en proporción significativamente mayor que las mujeres. Ellas habían sufrido abuso a edades menores en un porcentaje significativamente más alto que los hombres. Asimismo, reportaron una proporción más elevada de abusos por parte de familiares, mientras que los hombres mencionaron principalmente a los amigos como los agresores más frecuentes. Tanto las víctimas como los agresores de ambos sexos, reportaron un consumo de drogas significativamente mayor que los estudiantes sin estos antecedentes.

La Encuesta Nacional de Juventud (SEP-IMJ, 2000) muestra que algunas jóvenes entre 12 y 24 años refieren haber iniciado su vida sexual con familiares, amigos, conocidos y/o desconocidos, y 0.2% refirió haber iniciado su vida sexual en el contexto de una violación. El 2 % de las jóvenes mencionan que iniciaron vida sexual porque su pareja las convenció, 1% dijeron que había sido contra su voluntad y con violencia. Al preguntarles sobre cómo valoraron su primera relación sexual, casi el 9% la calificaron como desagradable o muy desagradable.

Gasman, Villa, Billings y Moreno (2006) mencionan que, en general, la violencia sexual tiene efectos en la salud física de las personas a través de las lesiones que requieren en muchas ocasiones atención médica continua. Las consecuencias en la salud mental son de igual importancia y sus efectos pueden permanecer por mucho tiempo, teniendo diversas manifestaciones como: depresión, tristeza, miedo, baja autoestima y un incremento en el abuso de sustancias. Por ello, realizaron un estudio que tuvo como propósito brindar un panorama amplio sobre las diversas concepciones existentes en torno a la violencia sexual, la magnitud del problema en México, los impactos en la salud de

las mujeres y los esfuerzos que en esta materia han generado en el sector salud. En concordancia con lo reportado por Koenig et al. (2006), estos autores mencionan que las adolescentes y jóvenes son especialmente vulnerables a la violencia sexual y enfrentan desafíos particulares en el manejo de sus consecuencias.

Para aportar mayores datos, Parra y Pérez (2010) analizaron el comportamiento sexual de adolescentes escolares españoles, y su relación con variables biológicas y sociales. Se aplicó una encuesta a una muestra de 2,562 adolescentes de 11 a 19 años de edad, en el mismo establecimiento educativo, con carácter anónimo, lo que garantizó la confidencialidad a los participantes. El 53% fueron mujeres y el 47% hombres. De los adolescentes que refirieron un buen comportamiento escolar, el 18% eran sexualmente activos; el grupo de adolescentes que tuvo relaciones sexuales fue mayor en el grupo que refirió violencia intrafamiliar (28%). La práctica de relaciones sexuales fue mayor entre el grupo que consumía marihuana u otras drogas con amigos (63%).

Gasman et al. (2006) agregan que los adolescentes que viven con ambos padres biológicos presentan menor probabilidad de iniciarse sexualmente de manera temprana que aquellos que viven en familias de un solo padre o reconstituidas.

2.5 Conclusiones

Los datos presentados en el presente capítulo permiten observar un panorama que pone de manifiesto que los adolescentes y jóvenes están sujetos a una serie de factores de riesgo para su salud sexual y psicológica, relacionados con prácticas sexuales inadecuadas y desprotegidas, así como a la exposición al abuso por parte de diversas personas de su medio social. También es claro que los jóvenes pueden contar con factores de protección relacionados con el desarrollo de aspectos psicológicos y educativos, cuyo origen reside principalmente en la familia. Es por ello que en el siguiente capítulo se aborda el tema de la comunicación entre padres e hijos, sobre temas referentes a la sexualidad.

3. **COMUNICACIÓN CON PADRES Y SU RELACIÓN CON LA CONDUCTA SEXUAL PROTEGIDA.**

La comunicación positiva entre padres de familia e hijos es uno de los elementos fundamentales para que los adolescentes se desarrollen como personas seguras de sí mismas, con valores, metas y habilidades que promuevan su salud emocional y física. Sin embargo, para los padres de familia suele ser difícil conversar sobre sexo con sus hijos. Al comunicarles sus valores y actitudes, compartir información e intercambiar ideas, los padres ayudan a fomentar en sus hijos adolescentes la autoestima, la confianza en sí mismos y las habilidades para tomar decisiones sobre sexo y sobre un futuro saludable (Lagina, 2002).

La familia mantiene su rol de núcleo fundamental en la educación de cualquier sujeto porque su influencia es decisiva en el desarrollo psicológico afectivo y la conformación de la personalidad de un individuo y por ello no podemos olvidar que la educación sexual constituye un aspecto dentro de la educación integral del ser humano, del cual los padres no se pueden desentender ya que es con ellos con los cuales el ser humano establece lazos estrechos de dependencia y relación, porque son sus primeros maestros (Caricote, 2008).

Muchos padres piensan que si el hijo asiste a la escuela, ellos se pueden desentender de su responsabilidad en la educación sexual de sus hijos; pero es necesario para el niño y el adolescente contar con el apoyo, la confianza y la comprensión a sus dudas y conflictos, que sólo un canal de comunicación afectiva y efectiva entre padres e hijos puede lograr (Lagina, 2002).

3.1 Papel que juegan los padres en la conducta sexual de riesgo o preventiva.

Diversos autores (Caffery, 2000; Fisher, 1986; Upchurch, Aneshensel, Sucoff & Levy, 1999 como se citaron en Andrade et al., 2006) coinciden en señalar que, ante una relación pobre o nula entre el adolescente y sus padres, el adolescente

puede presentar conductas de riesgo como el sexo no protegido, o bien, puede resentirse y rebelarse debido a que percibe un sobre control y sobre monitoreo por parte de sus padres, por lo cual posiblemente se involucre en conductas sexuales. Por el contrario, sus relaciones son sólidas, si pueden establecer acuerdo con respecto a este tópico, lo que conducirá a la demora del inicio de la conducta sexual.

En este apartado se exponen algunos datos importantes, obtenidos de diversas investigaciones disponibles en el campo, que se han dirigido al estudio de los patrones de comunicación sobre temas sexuales entre padres e hijos, y su influencia en conductas sexuales de los adolescentes.

En España, Parra y Oliva (2002) encuestaron a una muestra de 221 hombres y 292 mujeres de 12 a 19 años de edad. Los autores mencionan que sus resultados reflejan una imagen de la dinámica familiar menos dramática de la que podría esperarse en la sociedad actual, ya que los adolescentes afirmaron no tener grandes conflictos con sus progenitores. Por otro lado, sus datos revelaron importantes diferencias de género, presentando las chicas mayor frecuencia de comunicación, menor tasa de conflictos con sus progenitores y menor autonomía para decidir sobre diferentes aspectos. Con respecto a la evolución a lo largo de los años, los autores concluyen que la frecuencia de los conflictos parece descender ligeramente mientras que la comunicación parece aumentar, sobre todo para las adolescentes.

En cuanto a la comunicación sobre sexualidad, Parra y Oliva (2002) comentan que existe un hecho realmente paradójico: progenitores y jóvenes hablan con muy escasa frecuencia sobre sexo, a pesar de que a los chicos y chicas les gustaría tener una mayor comunicación con sus madres y padres sobre este tema, y a pesar de que padres y madres desearían ser fuente activa de información sexual para sus hijos e hijas. Aspectos que coinciden con los resultados reportados por estudios previos (Benshoff y Alexander, 1993; Hutchinson y Cooney, 1998; Jordan, Price y Fitzgerald 2000; como se citaron en Parra y Oliva 2002).

También se observa coincidencia en tales datos, al revisar lo reportado por la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales (2003), realizada con jóvenes españoles, que proporciona información para orientar y evaluar las políticas de prevención del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y del SIDA. Se reporta que un 39% de los jóvenes entre 18 y 49 años de edad mencionaron a los padres como la primera fuente de información de la que hubieran preferido aprender sobre temas sexuales, pero no fue así. Los hermanos y amigos fueron la principal fuente de información para el 38,8% de los encuestados, seguida de la pareja (19,6%). Los jóvenes reprochan los silencios, la negación o las barreras que ponen sus padres a la hora de abordar temas relacionados con la sexualidad y el sexo. El deseo de los jóvenes es obtener información sexual principalmente del ámbito familiar, que es el más próximo a ellos, y en menor medida de los centros educativos y sanitarios.

En la encuesta se concluyó que, cuando los padres asumen la iniciativa del diálogo y la comunicación sobre temas sexuales con sus hijos, aumenta la probabilidad de que los jóvenes mantengan su vida sexual protegida. Por ello se señala que los padres deben implicarse más y cobrar mayor protagonismo en la educación sexual de los adolescentes y jóvenes. La comunicación clara y a edades tempranas entre los padres y sus hijos es un paso importante para ayudar a los adolescentes a adoptar y mantener comportamientos sexuales saludables y satisfactorios. Está demostrado que en los hogares en los que hay una comunicación abierta sobre sexualidad, los jóvenes suelen tomar decisiones más seguras con respecto a sus relaciones sexuales (Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales, 2003).

González, Echeburúa y Corral (2008) señalan que el tipo de educación parental recibida desempeñará un papel importante en las relaciones de pareja que se establecen en el futuro. Cuando hay una relación pobre entre los padres y los niños/adolescentes, cuando los padres apenas están implicados en la educación de los jóvenes, o bien, cuando hay una inestabilidad familiar grave, aumenta considerablemente en los jóvenes la probabilidad de implicarse en relaciones de pareja violentas. En estos casos ha habido un fracaso en el papel de

los padres respecto al modelado de una relación de pareja gratificante, respecto al desarrollo de la empatía y respecto a la modulación de los impulsos agresivos (National Center for Injury Prevention and Control, 2005, como se citó en González et al., 2008).

Estos autores aclaran que la violencia en las parejas jóvenes es un precursor de la violencia en las parejas adultas. En las parejas jóvenes la violencia suele ser psicológica, plantearse de forma sutil y ser menos grave que en las parejas en la vida adulta. Por lo que se refiere a los agresores, la violencia es más frecuente cuando hay ciertas variables de personalidad anómalas (impulsividad alta, irascibilidad, ausencia de empatía, baja autoestima), ciertas alteraciones psicopatológicas (abuso de alcohol y drogas, celos patológicos), actitudes positivas hacia la violencia y experiencias previas de violencia en relaciones de pareja anteriores.

Un dato adicional a ser considerado en este tema es que el género parece influir sobre los patrones de comunicación entre progenitores y adolescentes. Algunos estudios (Lanz, Lafrate, Rosnati, y Scabini, 1990; Noller y Callan, 1990) indican que las chicas suelen hablar con sus progenitores más que los chicos. Además, tanto unos como otras, en general, se comunican con mayor frecuencia con sus madres, con la excepción de algunos temas como la política que aparecen con más frecuencia en la comunicación con el padre. Al mismo tiempo, las madres son percibidas como más abiertas, comprensivas e interesadas en los asuntos del adolescente, y suelen iniciar con más frecuencia intercambios comunicativos con sus hijos e hijas.

Ahora bien, independientemente de los datos mencionados, aportados por autores de países más desarrollados, cabría preguntarse cómo se presenta el panorama en el ámbito latinoamericano. Para dar cuenta de ello se recurrió a los datos disponibles respecto a estos temas.

En México, Andrade, Camacho y Díaz-Loving (1992) realizaron una investigación para estudiar la comunicación que los jóvenes con sus padres, y su relación con conducta sexual y percepción de riesgo de contraer SIDA. Sus hallazgos indican que los hombres que mantienen comunicación con su madre

sobre temas de sexualidad tienen una actividad sexual tardía, mientras que la comunicación con su padre, por el contrario, se asocia con una actividad sexual más temprana; sin embargo, en el caso de las mujeres la comunicación con el padre se relaciona con una menor actividad sexual. En este mismo sentido Álvarez, Andrade y Pick (1990) ya habían reportado que los jóvenes que tenían menor probabilidad de embarazar a una adolescente eran los que tenían una mayor comunicación con la madre.

Andrade et al. (2006) realizaron un estudio con 1942 estudiantes mexicanos, 45% hombres y 55% mujeres. Los resultados obtenidos mostraron que 20% de los jóvenes eran sexualmente activos; las mujeres con vida sexual reportaron una menor comunicación y apego con ambos padres, así como mayor rechazo por parte de la mamá en comparación con las mujeres sin vida sexual; en el caso de los hombres, los que reportaron tener vida sexual reportaron también mayor comunicación sobre temas de sexualidad y más permisividad de ambos padres, en comparación con los hombres sin vida sexual.

La investigación realizada en Cuba por Rodríguez y Álvarez (2006) tuvo como objetivo exponer algunos hallazgos sobre las percepciones y comportamientos de riesgos sexuales y reproductivos en los adolescentes, desde una perspectiva de género. Se reportó que entre los aspectos de mayor influencia en la conducta sexual de los adolescentes, y en particular en el retardo para el inicio de la actividad sexual, se ubicaron: las relaciones entre los padres y los hijos, la manera en que los padres asumen su papel formativo y brindan apoyo a sus hijos, la comunicación entre padres y adolescentes, y el seguimiento dado por los progenitores a la vida social de su hijo. Los autores señalan que los padres son la fuente de información favorita, en mayor medida para las mujeres que para los hombres (quienes prefieren otras fuentes informativas, como los amigos y los medios de comunicación). Se señala también que esa diferencia por sexos crece gradualmente a medida que aumenta la edad, en los hombres la preferencia por los padres disminuye con la edad y en las mujeres apenas se perciben diferencias entre distintas edades.

Estos autores agregan que, para la comunicación con sus hijos, el nivel educacional de los padres no parece ser un factor determinante; pero observan que, en algunos casos, cuando ambos padres tienen niveles educacionales medios (secundaria terminada) se presenta un mayor porcentaje de comunicación con sus hijos adolescentes (hablando sobre formas de protegerse, tanto en la iniciación, como en la última relación sexual), que con padres con nivel educacional alto; consideran que estos últimos suelen estar ausentes para los hijos, al tener mayor responsabilidad laboral.

Parra y Pérez (2010) realizaron un estudio con una muestra de 2,562 adolescentes, hombres y mujeres, entre 11 a 19 años de edad, pertenecientes a 12 establecimientos educacionales municipales y particulares de Chile. Sus hallazgos indican que el 70% de los jóvenes que refirieron usar algún método para evitar un embarazo, mencionaron también llevar una comunicación adecuada con sus padres (pláticas sobre temas sexuales). Estos autores también reportan que, cuando existe una buena relación con ambos padres, la práctica de relaciones sexuales por parte de los jóvenes se presenta en un porcentaje menor.

Por su parte, Caricote (2008) realizó un estudio en Venezuela, donde el objetivo fue estimular la reflexión entre los padres/madres sobre conocimientos, prácticas y actitudes sexuales para orientar a sus hijos en el aprendizaje de su sexualidad. La investigación se basó en el paradigma cualitativo con una visión holística del problema a estudiar. La muestra fue de nueve hombres y cinco mujeres, entre 30 y 70 años de edad. El método que se utilizó en el desarrollo del proceso investigativo fue el propuesto por Kemmis y McTaggart (1988, como se citó en Caricote, 2008), denominado Investigación-Acción-Participante, que se basa en una reflexión colectiva, permanente y sistemática en y sobre la acción, para intentar transformar la realidad contemplada. El método de investigación participativa llevó al autor a afirmar que los padres/madres de la comunidad poseen información sexual deficiente y deformada. Se concluyó que existen estereotipos de género, una desinformación sexual y pobre comunicación, que

repercuten en el manejo inadecuado de la conducta sexual en las/los adolescentes.

3.2 Conclusiones

Resumiendo los hallazgos de los estudios realizados en este campo, puede decirse que, independientemente del país, los padres que abordan abiertamente temas sexuales con sus hijos retrasan la edad de inicio de la vida sexual de los jóvenes. También se puede afirmar que, cuando los jóvenes tienen una buena comunicación con sus padres -con información fidedigna y con un diálogo abierto- sus relaciones sexuales pueden ser más sanas psicológicamente y con prácticas preventivas, aumentando la probabilidad de que utilicen algún método anticonceptivo.

Por el contrario, la comunicación pobre o nula entre el adolescente y sus padres puede traducirse en la práctica de conductas de riesgo, como el sexo no protegido, así como en relaciones psicológicamente inadecuadas.

Desafortunadamente, los padres no parecen ser una fuente frecuente de información sexual fidedigna, probablemente porque ellos tampoco cuentan con una educación sexual adecuada, porque conservan estereotipos sexuales, o porque no saben cómo abordar la temática con sus hijos. Aspectos que se traducen en bajos niveles de comunicación y en conducta sexual inadecuada por parte de los jóvenes. A ello, pueden contribuir factores como el nivel educativo de los padres y la desintegración familiar

4

SALUD SEXUAL EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

Collazos (2012) señala que la atención de la salud sexual de los adolescentes ha sido un tema bastante trabajado en diferentes espacios académicos, políticos y sociales. A pesar de ello, las reflexiones no se agotan, por el contrario, se plantean más inquietudes y problemas por resolver. Cuando se especifica que la población adolescente es diversa, no sólo por sus características individuales, sino por los contextos sociales en que viven, los problemas y las reflexiones se amplían. Este autor menciona que las políticas de salud sexual poco se han ocupado de los adolescentes en situación de vulnerabilidad, y específicamente de quienes presentan pérdida auditiva.

4.1 La Discapacidad Auditiva

La Organización Mundial de la Salud (OMS, como se citó en INEGI, 2004) estima que actualmente 10% de la población del mundo, esto es, aproximadamente 650 millones de personas padecen algún tipo de discapacidad intelectual, física o sensorial. Se reporta además que el número de personas con discapacidad está aumentando debido al crecimiento mismo de la población, al incremento en la esperanza de vida y en consecuencia, al proceso de envejecimiento que hoy en día enfrenta la población mundial.

La OMS (1995) define como una persona con discapacidad a toda aquella que presenta una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, la cual puede ser causada o agravada por el entorno económico y social.

La discapacidad auditiva se refiere a la falta o reducción de la habilidad para oír claramente debido a un problema en algún lugar del mecanismo auditivo. La pérdida de la audición puede variar desde la más superficial hasta la más profunda, a la cual comúnmente se le llama sordera. Cualquier discapacidad auditiva implica la alteración de una de las vías a través de las cuales se percibe la

realidad exterior, y esta perturbación varía en función de las características de la pérdida auditiva (INEGI, 2004).

El Boletín del Registro de Menores con Discapacidad (1995, citado en Druet y Escalante, 2000) señalaba que los sordos son aquellas personas cuyos restos auditivos no les permiten el dominio del lenguaje verbal mediante el uso exclusivo de esta vía y por tanto precisan de un sistema de apoyo lingüístico y/o visual, por lo que la sordera se refiere a la incapacidad total para oír. Puede haber sido causada por lesiones o defectos en el oído interno, desde el nacimiento o después de éste. Por otra parte, debilidad auditiva se refiere a la existencia de una capacidad auditiva tan pequeña que solamente permite distinguir tonos de alta intensidad y requiere el empleo de auxiliares auditivos.

En la actualidad, la discapacidad auditiva se clasifica en: 1) sordera o anacusia, que corresponde a quienes no tienen remanente auditivo, y 2) hipoacusia, que puede atenuarse mediante la utilización de un aparato o auxiliar auditivo. Aunque también puede clasificarse por la localización de la lesión o por el momento de adquirirla. Para fines educativos y funcionales es bueno saber si la discapacidad fue adquirida antes, durante o después del nacimiento (INEGI, 2004).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, citado en INEGI, 2004) señala que entre uno y dos por cada mil de los recién nacidos llegan al mundo siendo sordos profundos o severos. Para el año 2001 se estimó que en el mundo había 250 millones de personas con discapacidad auditiva. Según dicho organismo, entre los factores de riesgo que están asociados a esta discapacidad se encuentran las infecciones del oído, las enfermedades infecciosas, el uso de medicamentos ototóxicos y la exposición a ruidos excesivos.

Según datos de INEGI (2004) el 15.7% de la población en México sufre alguna discapacidad auditiva, en donde, el 11.2% corresponde a jóvenes. Del total de personas con discapacidad auditiva, 38.2% declararon haberla adquirido debido a su avanzada edad, mientras que 25.6% de éstas tuvieron su origen en alguna enfermedad.

Son diversas las causas que originan una discapacidad, pero las más relevantes están asociadas a factores genéticos, enfermedades agudas o crónicas, violencia, accidentes, sedentarismo, complicaciones perinatales, traumatismos, problemas nutricionales y características del entorno físico. En las regiones desarrolladas, los accidentes automovilísticos y la mayor longevidad son los factores que han propiciado un incremento en la prevalencia de discapacidad, mientras que en las regiones menos desarrolladas, las principales causas son la malnutrición, el alcoholismo, la drogadicción, la violencia, así como la poca accesibilidad a servicios de salud (Servin et al., 2009).

En México, desde 2002, la Secretaría de Salud lanzó el Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia (PASA), con el objetivo de beneficiar a la población de adolescentes de 10 a 19 años de edad, siendo una continuación del Programa de Atención a la Infancia cuya responsabilidad implica la población de niños y niñas de 0 a 10 años de edad. El PASA involucró al Sector Salud en México y a las instituciones públicas y privadas vinculadas a este grupo poblacional, siendo sustentado en las Normas Oficiales Mexicanas explícitas para este grupo de población. Ante las características de la población y sus preferencias de atención inicialmente se planeó arrancar con dos vertientes: Atención a la salud y Promoción de la salud. El Programa incluyó un enfoque en factores de riesgo y factores protectores de la salud de los adolescentes, para el desarrollo de acciones hacia la atención de enfermedades, y de aquellos factores sociales, psicológicos, biológicos y familiares que influyen en el auto cuidado, bienestar y calidad de vida en la adolescencia. Aspectos que se plantearon como herramientas para el manejo de prevención en la salud sexual en jóvenes con deficiencia auditiva. Desafortunadamente, no se cuenta con informes que den cuenta de los resultados de ese programa.

Más recientemente, se plantearon una serie de medidas para la prevención de la discapacidad. Córdoba (2009) señala que el Programa de Acción Específico para la Atención Integral a la Salud de las Personas con Discapacidad, 2007-2012, contempla diversas estrategias de prevención primaria para evitar el daño orgánico y la disfunción en la población, por medio de acciones de promoción de

la salud y de hábitos saludables, así como de acciones específicas como la vacunación, el consejo genético y la dotación de ácido fólico, entre otras, enfocadas a la prevención de la discapacidad. El programa también está enfocado a la reducción de los riesgos de alteraciones orgánicas o funcionales, mediante estrategias de prevención secundaria, orientadas al diagnóstico oportuno y a la intervención temprana de los casos en los que no se pudo evitar la enfermedad, para disminuir o anular la discapacidad. Finalmente, la concepción integral del programa permite, por medio de la prevención terciaria, planear medidas habilitadoras o rehabilitadoras, para contribuir a la disminución de la desventaja individual, en el ámbito educativo, laboral y social, en aquellos casos en que no se pudo evitar el daño.

El programa incluye también una serie de estrategias y líneas de acción para contribuir a que las personas con discapacidad disfruten del derecho al más alto nivel posible de salud, sin discriminación, con particular atención en neonatos y adultos mayores. Para ello se han incorporado acciones enfocadas a garantizar la atención integral y la prestación de servicios de rehabilitación con calidad a población con discapacidad, para mejorar su calidad de vida y favorecer su integración a la sociedad, con absoluto respeto a sus derechos y a su libre decisión (Hernández, 2009, citado en Córdoba, 2009).

Por otro lado, “enSEÑA sexualidad”: es un programa educativo dirigido a promover la aceptación de los derechos y la salud sexual y reproductiva de niños, niñas y jóvenes con discapacidad auditiva (UNICEF, 2011). Entre sus planteamientos está la necesidad de conocer la problemática que viven los niños, niñas y jóvenes con discapacidad auditiva, en materia de sexualidad, señalando que es un tema en el que existen muchos prejuicios, ignorancia, temores y creencias erróneas, por lo que esta población sigue siendo excluida de las políticas públicas, en detrimento de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad.

En dicho programa se considera relevante la participación de los adolescentes sordos, buscando con ello su presencia en la formulación de políticas públicas sobre salud sexual, al reconocer sus creencias, opiniones y

sentimientos sobre un tema poco explorado con esta población. Las limitaciones se presentan en la accesibilidad a sus discursos que, en el caso de los sordos, presentan particularidades que a la vez se convierten en un reto de investigación para los estudiosos del área de sexualidad.

4.2 Lenguaje de señas mexicano (LSM).

Para una persona sorda, compartir el mismo código de comunicación que domina el ambiente social en que vive es imprescindible para desarrollar plena e integralmente sus capacidades físicas, psíquicas, cognitivas y emocionales (Palacios, Pérez y Crisanto, 2012).

En México ha variado el número de personas que se comunican mediante la lengua de señas, pero desde mediados del siglo XX las personas que trabajaban con niños sordos argumentaron que se podía enseñar a los menores a expresarse verbalmente si se les educaba en la lectura de labios y la generación de sonidos, tocando su garganta y sintiendo la vibración específica de cada letra (Cruz, 2008).

Este último autor indica que el lenguaje de señas consiste en una serie de signos gestuales articulados con las manos y acompañados de expresiones faciales, mirada intencional y movimiento corporal, dotado de función lingüística, por lo que forma parte del patrimonio lingüístico de dicha comunidad, es tan rica y compleja en gramática y vocabulario como cualquier lengua oral

Zalazar (2013) menciona que dicho lenguaje es el medio de comunicación que utilizan las comunidades de sordos. Los sordos buscan una identidad lingüística y cultural al encontrarse con otros sordos, lo cual le permite tener una convivencia de naturaleza visual. Las lenguas de señas implican una señal que se produce principalmente con las manos y se recibe visualmente, suponen una modalidad viso-manual, a diferencia de las lenguas orales que son acústico-vocales. La entrada de la información permite una posterior comprensión de los mensajes.

La cultura del sordo está centrada en la percepción visual, su mundo está basado en la vista y su idioma es la lengua de señas. La lengua de señas, al igual

que la lengua oral, posee cadencia, ritmo, énfasis, pausas y duración que inciden de manera importante en la comprensión y expresión del mensaje que se está comunicando. Es por ello que en su aprendizaje deben considerarse tres etapas importantes, movimiento, sentimiento y lenguaje (Zalazar, 2013)

4.3 La problemática sexual de jóvenes con discapacidad auditiva.

La prevención de la discapacidad y la atención integral a la salud de las personas con discapacidad son prioridades en salud que merecen una atención inmediata para contribuir a que la población mexicana, no sólo viva más años, sino que a la vez disfrute de una vida saludable y activa, que facilite su inclusión en la sociedad, en un marco de igualdad de oportunidades (Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales, 2003).

Para lograr esta inclusión a la sociedad, es necesario que una vez confirmado el diagnóstico por el otorrinolaringólogo se inicia una etapa decisiva para la persona y la familia, que debe ser aprovechada, ya que es un tiempo irrecuperable que va a comprometer su desarrollo personal, la adquisición del lenguaje y de todas las capacidades y habilidades cognitivas que de ellas derivan. Los niños sordos van a encontrar algunos obstáculos en la relación con sus padres, ya que éstos, al enterarse de que su hijo es sordo, van a pasar por un proceso emocional en el que presentan diferentes actitudes y comportamientos, como pueden ser los de ansiedad, confusión, frustración, coraje y sentimientos de culpa y tristeza, llevándolos a presentar conductas de negación del problema, sobreprotección y rechazo, entre otros. Todo ello ocasionará en el niño una privación de experiencias en el establecimiento de los vínculos necesarios para su desarrollo sexual, emocional, sentimental, entre otras (Luterman, 1979).

Aún con esos factores, el niño sordo comienza a comunicarse por medio de gestos o mímica, pero la comunicación verbal es importante estimularla desde el principio y en todo momento. El niño tiene que tomar conciencia de la emisión vocal propia y también de la del adulto (Druet y Escalante, 2000).

El papel de los padres tiene una importancia extrema, ya que es el más natural y eficaz estímulo psicológico y didáctico de la persona con discapacidad a lo largo

de su desarrollo. El tipo de relación afectiva que el niño establezca con sus padres va a ser fundamental para que sus relaciones interpersonales y sexuales posteriores sean satisfactorias, ya que el niño tiene la oportunidad de aprender las formas de comunicación necesarias para una relación íntima como acercarse, tocarse, mirarse, hablarse, escucharse, comprender el punto de vista del otro, compartir los sentimientos, entre otras (Océano, 1985).

Markovin (1963) considera como fuente primaria de estimulación a la familia, dejando en un segundo plano a la escuela. Señala que la falta de comunicación entre los padres oyentes y el niño sordo van a repercutir en la formación de su personalidad y/o identidad, así como también en el establecimiento de vínculos afectivos; lo que repercutirá en su sexualidad, específicamente en su rol de género, porque la forma de transmisión de saberes se verá afectado, dado que la forma de comunicación es distinta, forma que aún la mayoría de padres desconoce.

Además, las relaciones familiares conflictivas son las que más influyen en los trastornos afectivos en los niños sordos. Por consiguiente, tanto los adultos como los cuidadores, particularmente en el área de educación social/sexual deberían comenzar a darse cuenta de que ignorar o no abordar temas relacionados con la misma, crea una situación donde los niños y jóvenes con o sin discapacidades son dejados a interpretar y crear valores e impresiones relacionados al estilo de vida social/sexual y de relaciones, sin una guía u orientación (Markovin, 1963).

Es importante mencionar que en la persona con déficit auditivo no hay alteración, en las diversas etapas de su desarrollo, relacionadas en el aspecto biológico, fisiológico y reproductivo, pero no debemos de considerar únicamente esto, sino también todo lo que está directamente conectado con la sensibilidad, con lo emocional y lo social de la persona (Secretaría de Salud Pública, 2002 como se citó en González, Rojas, Hernández, y Olaiz, 2005).

No existe efecto directo en la respuesta sexual por motivo del déficit auditivo, pero la persona que presenta una discapacidad sensorial y no ha recibido una adecuada educación y orientación sexual, suele manifestar una problemática de adaptación (Paredes, 2009).

Además de los problemas integrativos mencionados, hay que considerar que la atención de la salud sexual de los adolescentes con discapacidad auditiva ha sido un tema poco trabajado en los espacios académicos, políticos y sociales (Collazos, 2012).

Las personas con discapacidad auditiva suelen enfrentarse a diversas barreras para acceder a la información y a los servicios (Souza, 2002), así como a la carencia de programas educativos específicos sobre sexualidad que tomen en cuenta sus requerimientos (Alquati, 2008, como se citó en Collazos, 2012). Ello redonda en un desconocimiento de las representaciones sociales de los adolescentes sordos(as) sobre la salud sexual y la sexualidad, y en la dificultad para acceder a servicios de salud sexual.

Las anteriores problemáticas no se pueden explicar solamente desde las carencias auditivas y las dificultades para acceder a la información por parte de los adolescentes y jóvenes sordos, también es necesario analizar los determinantes familiares, sociales, económicos y políticos de la exclusión social que, de una u otra manera, han incidido en su salud sexual, física y psicológica (Sheppard & Badger, 2010).

Al tener problemas para comunicarse, los jóvenes con discapacidad auditiva encuentran poco acceso a la educación sexual, por tanto, corren mayor riesgo de abuso y mayores dificultades para comunicarlo. UNICEF (2011) expone una serie de factores de influencia en esta situación, y que son:

- ✚ La falta de materiales y medios adecuados dificulta a los niños (as) y jóvenes, acceder a información seria y científica acerca de su sexualidad; muchas de sus fuentes son las experiencias de otros sordos y sordas, e incluso materiales de sexo explícito (pornografía), adoptando con ello verdaderas prácticas de alto riesgo.
- ✚ La sobreprotección de los padres también significa un reto. Esto en cierto modo puede limitar o impedir que la información relacionada con la sexualidad llegue a sus hijos.

- ✚ Los sordos que son hijos de padres oyentes confrontan problemas a la hora de comunicarse con sus familiares más cercanos por lo que resolver sus dudas es un reto.
- ✚ Muchos jóvenes sordos imitan conductas de riesgo de los chicos sin discapacidad, para ser aceptados en el grupo.
- ✚ Las mujeres sordas son más propensas a sufrir violencia en el noviazgo o en el matrimonio, por menosprecio de su condición.
- ✚ Por la carencia de médicos que dominen el LSM, el principio de confidencialidad es imposible, aun tratándose de un padecimiento como el VIH, siempre habrá un tercero que se entere de la condición de salud de una persona sorda.

En este sentido, y tomando en cuenta tales factores, es importante el papel que debe jugar la Salud Pública frente a las diferentes formas de representación de la realidad, por parte de las comunidades en situación de vulnerabilidad, frente a la salud sexual. Ello está relacionado con asumir nuevos enfoques que incluyan diferentes disciplinas, y asumir la realidad como una construcción que se transforma día a día en el marco de diferentes determinaciones sociales, políticas, culturales y económicas, entre otras. La Salud Pública, en lo referente a la salud sexual, debe ir más allá de la prevención de infecciones de transmisión sexual y el embarazo no deseado; debe articular diferentes disciplinas y saberes que incluyan la atención médica y psicológica, los valores, las diferentes formas de vivir la afectividad y el goce sexual, promoviendo la construcción de actitudes positivas frente a la sexualidad y reconociendo las diferentes identidades (Collazos, 2012).

4.4. Estudios realizados en Latinoamérica sobre prácticas sexuales de adolescentes con discapacidad auditiva.

Los reportes de investigación sobre la salud sexual de los adolescentes y jóvenes sordos latinoamericanos, si bien son escasos, han mostrado que los servicios de salud (Sistema General de Seguridad en Salud, Sgsss, sin acceso a servicios de

salud de cualquier tipo, incluyendo lo referente a su cuidado sexual.) resultan excluyentes para esta población, (Sheppard y Badger, 2010 como se citó en Collazos (2012), tanto para los que usan la lengua de señas, como para aquellos que utilizan la lengua oral de la comunidad hablante, quienes generalmente emplean dispositivos tecnológicos tales como audífonos e implante coclear.

Collazos (2012) realizó un estudio, con el objetivo de describir y analizar la estructura y contenidos de las representaciones sociales de la salud sexual de tres grupos de adolescentes colombianos: sordos usuarios de lengua de señas colombiana (LSC), oyentes y sordos usuarios de castellano oral. La intención fue reflexionar sobre la salud sexual en poblaciones en situación de vulnerabilidad y su aplicación al campo de la salud pública. El estudio realizado fue de corte cualitativo interpretativo de orientación procesual, en el que se emplearon las técnicas analíticas de uso de redes de asociaciones, entrevistas y dibujos, con una muestra de 154 adolescentes, 71 jóvenes sordos usuarios predominantemente de lengua de señas, 40 hombres y 31 mujeres; 72 jóvenes oyentes, 29 hombres y 43 mujeres, y 11 jóvenes sordos usuarios predominantemente de castellano oral, 6 hombres y 5 mujeres. El autor encontró diferentes representaciones de salud sexual en los adolescentes evaluados: los adolescentes sordos usuarios de LSC focalizaron sus representaciones en el cuidado del cuerpo, la enfermedad y el goce sexual. Por su parte, los oyentes construyeron representaciones alrededor de la prevención de las infecciones de transmisión sexual y el amor afectivo; mientras los adolescentes sordos, se encontró que hay una escases de actitudes y habilidades frente a temas relacionados con la sexualidad.

Robles, Guevara, Pérez y Hermosillo (2013) desarrollaron una investigación que tuvo como objetivo adaptar cuatro instrumentos dirigidos a jóvenes mexicanos con discapacidad auditiva, con el fin de describir su perfil sociodemográfico, antecedentes de su discapacidad, patrón de comportamiento sexual y nivel de comunicación con sus padres y madres sobre temas de salud sexual. En la adaptación participaron 11 jóvenes y un instructor. La muestra fue de 132 participantes con discapacidad auditiva, con edades entre 15 y 26 años. Se

encontró que el 45.8% de los jóvenes habían tenido relaciones sexuales, con una edad promedio de 16.9 años en su debut sexual, de los cuales 72% no usó ningún método anticonceptivo y 57% vivieron su primera relación de manera forzada; de estos, 69.7% tuvo una relación sexual forzada subsecuente. También se encontró que más de la mitad de la muestra reportó bajos niveles de comunicación con sus padres, sobre temas sexuales.

4.5 Conclusiones

Todo el panorama hasta ahora expuesto hace evidente que las barreras sociales, la falta de recursos educativos adecuados y las barreras comunicativas que pueden existir entre padres e hijos con discapacidad auditiva, colocan a estos jóvenes en una situación aún más vulnerable que la de los jóvenes sin discapacidad aparente. Es necesario revertir la situación en que viven su sexualidad los jóvenes con esta discapacidad.

Siendo de particular interés el contexto latinoamericano en general, y mexicano en particular, es lamentable que no estén disponibles en la literatura diversos reportes de investigaciones sistemáticas que proporcionen datos sobre las prácticas sexuales de jóvenes con discapacidad auditiva. Al parecer, la investigación de Robles et al. (2013) es la única que se ha realizado para el desarrollo de instrumentos adaptados a una forma de lenguaje que pueden comprender plenamente las personas con sordera o hipoacusia.

A lo largo de este trabajo se ha fundamentado la importancia de realizar investigaciones que den cuenta de la problemática real que viven los jóvenes con discapacidad auditiva, y particularmente el estudio de sus prácticas sexuales y de los factores de riesgo que enfrentan, así como del nivel de comunicación que mantienen con sus padres y madres sobre temas de sexualidad. El presente reporte se inscribe en un proyecto de investigación dirigido a tales objetivos, que será expuesto en los capítulos siguientes.

PARTE II
REPORTE DE
INVESTIGACIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La literatura reporta que los problemas que enfrenta la población joven están relacionados con el comportamiento y salud sexual (UNICEF, 2011). Diversos estudios dan cuenta de esto, Pick, Díaz-Loving, Andrade y Gribble, (1988, como se citó en Andrade et al., 2006) reportan que la edad promedio del debut sexual se encuentra entre los 12 y 19 años de edad, dicho estudio se desarrolló con jóvenes y adolescentes sin discapacidad aparente.

Ahora bien, las investigaciones sobre comportamiento sexual (Villagrán, Cubas, Díaz-Loving y Camacho (1990, como se citó en Flores y Mendoza, 2001) reportan que la relación sexual prematura, la llevan a cabo con personas desconocidas o bien, la relación resulta violenta y encontraron que no utilizan ningún método anticonceptivo.

Sin embargo, con respecto a los jóvenes con discapacidad auditiva, infortunadamente son muy escasas las investigaciones que se han realizado, por lo cual son jóvenes que están igual o más propensos a enfrentar algún problema a causa de no contar con la información suficiente sobre el rubro de sexualidad (Souza, 2002 y Sheppard y Badger, 2010). Con base en la literatura sobre salud sexual un factor que puede postergar el debut sexual es la comunicación con padres. Diversas investigaciones refieren que, cuando existe una buena relación y un nivel alto de comunicación con ambos padres, la práctica de relaciones sexuales se presenta de forma tardía (Álvarez et al., 1990; Andrade et al., 1992, Parra y Oliva, 2002 y Parra y Pérez, 2010).

En función de lo expuesto, puede suponerse que los jóvenes con discapacidad auditiva presentan un patrón de riesgo en sus prácticas sexuales, además de bajos niveles de comunicación con sus padres. Sin embargo, en México no hay datos disponibles sobre tales temas en lo relacionado a jóvenes con discapacidad auditiva. El propósito de este estudio es determinar en qué medida la frecuencia de la comunicación con cada uno de los progenitores sobre distintos temas de sexualidad, se asocia con la conducta sexual protegida de jóvenes con discapacidad auditiva, identificando las diferencias por sexo, por experiencia sexual y por tipo de discapacidad.

Objetivo General.

Determinar en qué medida frecuencia de la comunicación con cada uno de los progenitores sobre distintos temas de sexualidad, se asocia con la conducta sexual protegida de jóvenes con discapacidad auditiva, identificando las diferencias por sexo, por experiencia sexual y por tipo de discapacidad.

Objetivos Específicos.

1. Describir el nivel que presentan las variables correspondientes a antecedentes de la discapacidad, comportamiento sexual y comunicación con padres y madres.
2. Analizar las diferencias por sexo en los antecedentes de la discapacidad, comportamiento sexual y comunicación con padres y madres.
3. Analizar las diferencias por experiencia sexual en los antecedentes de la discapacidad y comunicación con padres y madres.
4. Analizar las diferencias por tipo de discapacidad en los antecedentes de la discapacidad, comportamiento sexual y comunicación con padres y madres.
5. Conocer la relación entre la frecuencia de la comunicación con padres y madres y el comportamiento sexual de los participantes.

Hipótesis.

Habrá una mayor proporción de hombres, en comparación con las mujeres, que hayan debutado sexualmente.

Habrá una mayor proporción de mujeres que hayan reportado haber tenido relaciones sexuales forzadas, en comparación con los hombres.

No habrá diferencias significativas en la proporción de hombres y mujeres que reportaron usar condón en su primera y subsecuentes relaciones sexuales.

No habrá diferencias significativas en la frecuencia con la cual los hombres y mujeres se comunican con sus padres sobre el cuidado de su salud sexual.

Habrán diferencias significativas en la frecuencia con la cual hombres y mujeres se comunican con sus madres sobre el cuidado de su salud sexual.

La frecuencia con la cual hombres y mujeres se comunican con sus padres y con sus madres sobre el cuidado de su salud sexual, se correlacionará con la frecuencia de relaciones sexuales protegidas.

La frecuencia con la cual hombres y mujeres se comunican con sus padres y con sus madres sobre el cuidado de su salud sexual, se correlacionará con la edad de su primera relación sexual.

5 MÉTODO

5.1 Participantes

El estudio se llevó a cabo con una muestra intencionada de 300 jóvenes con discapacidad auditiva, elegidos de cuatro instituciones educativas y dos centros deportivos de la Ciudad de México que atienden a personas con esta discapacidad. El 53.5% fueron varones y el 46.5% mujeres, con una edad promedio de 19.4 años (DE=2.59); la mayoría eran solteros (83.7%) y vivían con uno o ambos padres (88.7%). En la Tabla 1 se presentan todas las características sociodemográficas evaluadas en este estudio, que incluyen nivel de estudios del participante y datos sobre sus padres.

Tabla 1.

Características sociodemográficas de los padres de los participantes.

Característica	n	%
Vive el papá		
Si	267	89.3
No	32	10.7
Vive la mamá		
Si	276	93.9
No	18	6.1
Viven juntos mamá y papá		
Juntos	201	73.6
Separados	72	26.4
Nivel de estudios del papá		
Primaria	53	20.0
Secundaria	86	32.5
Preparatoria	52	19.6
Universidad	32	12.1
Otras actividades	14	5.3
Sin estudios	28	10.6
Nivel de estudios de mamá		
Primaria	57	19.9
Secundaria	100	35.0
Preparatoria	43	15.0
Universidad	24	8.4
Otras actividades	20	7.0
Sin estudios	42	14.7
Dónde vive el participante		
En casa de papá y mamá	186	63.1
En casa de la mamá	65	22.0
En casa del papá	10	3.4
En casa de otro familiar	26	8.8

Característica	n	%
En su propia casa	8	2.7
Trabaja el papá		
Si	251	92.6
No	20	7.4
Trabaja la mamá		
Si	195	67.9
No	92	32.1

5.2 Tipo de estudio

De acuerdo con Méndez, Namihira, Moreno y Sosa (2001), este estudio es de tipo transversal-descriptivo-correlacional-observacional, ya que se aplicaron los instrumentos en una sola ocasión, se realizaron análisis descriptivos de las variables y de correlación entre ellas, y no se llevó a cabo ninguna manipulación experimental.

5.3 Instrumentos

Los instrumentos que a continuación se describen, fueron adaptados por Robles, Guevara, Pérez y Hermosillo (2013) para ser respondidos por jóvenes con discapacidad auditiva, a partir de aquellos propuestos y validados por Robles y Díaz-Loving (2011) con jóvenes sin discapacidad. En el Apéndice A se presentan dichos instrumentos.

Antecedentes de la discapacidad. Este instrumento consta de cinco reactivos que hacen referencia a la condición de discapacidad auditiva del participante (hipoacusia/sordera), edad en que se presentó ésta (nacimiento o adquirida) y tipo de discapacidad del padre y de la madre (visual, auditiva, motriz, sin discapacidad).

Comportamiento sexual de los participantes. El instrumento consta de quince reactivos que permiten obtener información sobre la primera y subsecuentes relaciones sexuales. Respecto a la primera relación sexual se evaluó: edad, tipo de pareja (novio/a, amigo/a, familiar, desconocido/a), planeación (sí/no), si la relación fue forzada (sí/no), lugar (mi casa, casa de un amigo/a, casa

de mi novio/a, hotel, casa de familia), uso de algún método anticonceptivo (sí/no) y método anticonceptivo usado (ninguno, condón masculino, condón femenino, pastillas anticonceptivas, pastilla del día siguiente, no eyacular en la pareja, otro). De las subsecuentes relaciones sexuales se evaluó lo siguiente: número de parejas sexuales en toda la vida, número de relaciones sexuales en toda la vida, número de veces que se usó el condón en toda la vida, número de relaciones sexuales en los últimos tres meses, número de veces que se usó el condón en los últimos tres meses, relaciones sexuales con personas desconocidas (sí/no), relaciones sexuales con personas del mismo sexo (sí/no) y relaciones sexuales forzadas (sí/no). Además se incluyeron tres reactivos dicotómicos (sí/no) para conocer el porcentaje de participantes que tuvieron algún embarazo, aborto o ITS.

Comunicación Sexual con Padres y con Madres. Para conocer la frecuencia con la cual los participantes se comunican, por separado, con sus padres y con sus madres sobre temas vinculados al cuidado de su salud sexual, se utilizaron las escalas validadas por Robles, Guevara, Frías y Rodríguez (2014). Cada una consta de 22 reactivos en escala tipo Likert de 5 puntos (nunca, poco, a veces, mucho, mucho más). La Escala de Comunicación Sexual con Padres (ECSP) tiene tres factores: F1: Métodos anticonceptivos (10 reactivos), F2: Prevención de ITS/embarazo/aborto (8 reactivos) y F3: Prevención de relaciones riesgosas (4 reactivos); mientras que la Escala de Comunicación Sexual con Madres (ECSM) está conformada por dos factores: F1: Prevención de ITS/embarazo/abuso sexual (12 reactivos) y F2: Métodos anticonceptivos (10 reactivos). En el Apéndice B se presentan los reactivos correspondientes a cada factor de ambas escalas con sus correspondientes propiedades psicométricas resultado de la validación reportada por Robles et al. (2014).

5.4 Procedimiento

Después de que se estableció un acuerdo de colaboración con las instituciones que accedieron a participar en el estudio, se programaron reuniones con los jóvenes con discapacidad auditiva para solicitar su colaboración,

enfaticando su participación voluntaria, anónima y confidencial. Para el caso de las personas menores de edad, se solicitó el consentimiento informado de sus padres y de ellos mismos. A quienes accedieron a participar, se les aplicaron los instrumentos en forma grupal y los respondieron individualmente. Una instructora con dominio del lenguaje de signos y señas para sordos explicó el contenido y forma de responder de los instrumentos de evaluación; los participantes utilizaron un bolígrafo o lápiz para marcar sus respuestas a cada una de las preguntas. En promedio los instrumentos se respondieron entre 20 y 30 minutos.

5.5 Análisis de datos

Para aquellas variables medidas en una escala nominal se realizó un análisis de frecuencias, mientras que para las medidas en una escala numérica se reportaron medidas de tendencia central (media, moda, desviación estándar y rango). Para conocer las diferencias por sexo, experiencia sexual y tipo de discapacidad, se realizó una comparación de medias a través de la t de Student para muestras independientes, sólo en el caso de las variables medidas en una escala numérica, mientras que para las variables categóricas se utilizó la Ji Cuadrada. Finalmente, para conocer la relación entre el comportamiento sexual protegido y la frecuencia de comunicación sexual con padres y con madres, se utilizó el índice de correlación r de Pearson.

5.6 Resultados

Los resultados se presentan en tres secciones. La primera corresponde al análisis descriptivo de las variables evaluadas. En la segunda se muestran las comparaciones de cada variable por sexo, experiencia sexual y tipo de discapacidad. La tercera y última sección corresponde a los resultados obtenidos del análisis de correlaciones entre las variables.

5.6.1 Análisis descriptivo

Los datos obtenidos en relación con los antecedentes de la discapacidad del participante se muestran en la Tabla 2. Se observa que en su mayoría los

participantes fueron sordos y hubo mayor proporción de padres y madres sin discapacidad; considerando aquellos padres que sí tienen alguna discapacidad, se puede observar que la mayor proporción corresponde a aquellos que tienen discapacidad auditiva.

Tabla 2.

Antecedentes de la discapacidad del participante.

Característica	n	%
Tipo de discapacidad		
Hipoacúsico	125	41.9
Sordo	173	58.1
Tipo de discapacidad del papá		
No tiene discapacidad	225	79.5
Auditiva	44	15.5
Visual	10	3.5
Motriz	4	1.4
Tipo de discapacidad del mamá		
No tiene discapacidad	234	82.4
Auditiva	33	11.6
Visual	15	5.3
Motriz	2	.7

En la Tabla 3 se pueden apreciar los datos relacionados con el debut sexual de los participantes. Existe una mayor proporción de ellos que aún no han debutado sexualmente (61.7%); de los que ya son sexualmente activos, se encontró que la mayoría tuvieron su primera relación sexual con su novio(a), aunque hubo jóvenes que reportaron tenerla con un familiar o una persona desconocida. Más de la tercera parte de los participantes no planearon su primer encuentro sexual, el lugar en donde éste ocurrió, corresponde casi en la misma proporción, a la casa del participante y a un hotel. También se encontró que dos terceras partes de los participantes no utilizaron ningún método anticonceptivo, y en quienes sí lo hicieron, la mayor proporción refiere haber usado el condón masculino. Cabe destacar que cerca de la mitad de los participantes sexualmente activos tuvieron su primera relación sexual forzada.

Tabla 3.

Características de la primera relación sexual.

Característica	n	%
Debut sexual		
Si	115	38.3
No	185	61.7
Tipo de pareja		
Novio	86	80.4
Amigo	14	13.1
Familiar	4	3.7
Desconocido	3	2.8
Planeación		
Si	68	63.6
No	39	36.4
Lugar		
Casa	38	36.2
Hotel	32	30.5
Casa del novio	19	18.1
Casa de un amigo	12	11.4
Casa de un familiar	4	3.8
Uso de algún método anticonceptivo		
Si	37	33.9
No	72	66.1
Método anticonceptivo usado		
Condón masculino	44	41.9
Nada	33	31.4
Condón femenino	9	8.6
Coito interrumpido	6	5.7
Practica anal	5	4.8
Otro	4	3.8
Pastillas abortivas	2	1.9
Pastillas anticonceptivas	2	1.9
Relación forzada		
Si	53	49.1
No	55	50.9

En la Tabla 4 se presenta la información sobre las relaciones sexuales subsecuentes de los participantes, en donde se observa que una tercera parte reportó haber tenido relaciones sexuales forzadas, una quinta parte de ellos refieren haber tenido un embarazo y una proporción muy baja refiere haberse practicado un aborto, tener sexo con parejas de su mismo sexo, haberse practicado pruebas para la detección de ITS, y de haber padecido una de ellas.

Tabla 4.

Relaciones sexuales subsecuentes (variables categóricas).

Característica		n	%
Relación forzada	Si	36	33.3
	No	72	66.7
Embarazo	Si	23	21.9
	No	82	78.1
Aborto	Si	13	12.0
	No	95	88.0
Sexo con parejas del mismo sexo	Si	19	17.0
	No	93	83.0
Realización de pruebas para ITS	Si	33	11.9
	No	245	88.1
Contagio de ITS	Si	21	7.1
	No	274	92.9

En la Tabla 5 se muestra la estadística descriptiva de las variables medidas en escala numérica correspondientes a relaciones sexuales subsecuentes. Se observa que en promedio los jóvenes han tenido dos parejas sexuales en toda la vida y que el número de veces que han usado el condón ha sido menor que el número de relaciones sexuales que han tenido en toda la vida y en los últimos tres meses, es mayor el número de relaciones sexuales que el número que se usó condón. Sin embargo, debe destacarse que la variabilidad (D.E. y rango) de los datos es muy amplia y los valores de la moda muy bajos, indicando ello que la mayoría de los participantes han tenido una sola pareja sexual y ninguna relación en los últimos tres meses.

Tabla 5.

Relaciones sexuales subsecuentes (variables numéricas).

	Conducta sexual subsecuente	n	Media	D.E.	Moda	Rango
1	Número de parejas sexuales en toda la vida	74	2.22	2.56	1	0-15
2	Número de relaciones sexuales en toda la vida	71	11.06	11.30	1	1-50
3	Número de veces que se usó el condón en toda la vida	39	10.41	17.55	1	1-100
4	Número de relaciones sexuales en los últimos tres meses	69	4.99	6.17	0	0-31

5	Número de veces que se usó el condón en los últimos tres meses	74	2.28	5.06	0	0-28
---	--	----	------	------	---	------

En relación con el nivel de comunicación sobre temas sexuales que tienen los participantes con sus progenitores, en las tablas 6 y 7 se muestran las medias obtenidas en cada uno de los reactivos de la Escala de Comunicación Sexual con Padres (ECSP) y de la Escala de Comunicación Sexual con Madres (ECSM), respectivamente. En la Tabla 6 se observa que es casi nula o muy baja la frecuencia promedio obtenida en cada uno de los 22 temas evaluados; los temas en los que se obtuvieron las puntuaciones más altas fueron platicar acerca de las *relaciones sexuales, prevención de embarazo, embarazo, posponer una relación sexual y uso del condón masculino*, mientras que el tema menos abordado fue el de *pastillas anticonceptivas y del día siguiente*. En el caso de la comunicación sexual con madres, los datos muestran que en general los participantes se comunican más con ella que con su padre, y que los temas que abordan son más diversos e incluyen: *relaciones sexuales, embarazos, prevención de embarazos y como posponerlas o como negarse a tenerlas, ITS, uso de métodos anticonceptivos, y uso del condón masculino*, mientras que el tema que menos abordan con ella es el de *aborto y consecuencias de ITS* (Tabla 7).

Tabla 6.

Comunicación con padres sobre temas sexuales.

	Tema	n	Media	D.E.	Moda	Rango
1	Relaciones sexuales	274	2.09	1.145	1	1-5
2	Posponer relaciones sexuales	271	1.92	1.103	1	1-5
3	Decidir NO cuando proponen tener sexo	270	1.75	1.003	1	1-5
4	No permitir abuso sexual	272	1.81	1.134	1	1-5
5	Embarazos	265	1.92	1.140	1	1-5
6	Prevención de embarazo	263	1.99	1.175	1	1-5
7	Qué pasa cuando se aborta	256	1.74	1.091	1	1-5
8	Dónde acudir para un aborto	259	1.71	1.054	1	1-5
9	Cómo se transmiten las ITS y VIH/SIDA	267	1.78	1.134	1	1-5
10	Cómo identificar síntomas de ITS y VIH/SIDA	264	1.78	1.092	1	1-5
11	Consecuencias de ITS	265	1.74	1.120	1	1-5
12	Prevención de contagio	265	1.85	1.124	1	1-5
13	Métodos anticonceptivos	263	1.90	1.175	1	1-5
14	Pastillas anticonceptivas y del día siguiente	263	1.65	.995	1	1-5
15	Condón femenino	261	1.82	1.132	1	1-5
16	Elección de método anticonceptivo	263	1.78	1.077	1	1-5

17	Ventajas y desventajas de métodos anticonceptivos	264	1.73	1.023	1	1-5
18	Uso del condón masculino	269	1.91	1.154	1	1-5
19	Uso del condón femenino	267	1.82	1.114	1	1-5
20	Efectividad del condón femenino para evitar VIH/SIDA e ITS	263	1.70	1.051	1	1-5
21	Efectividad del condón masculino para evitar VIH/SIDA e ITS	267	1.78	1.134	1	1-5
22	Donde obtener condones	268	1.87	1.162	1	1-5

Tabla 7.

Comunicación con madres sobre temas sexuales.

	Tema	n	Media	D.E.	Moda	Rango
1	Relaciones sexuales	279	2.30	1.305	1	1-5
2	Posponer relaciones sexuales	277	2.14	1.185	1	1-5
3	Decidir NO cuando proponen tener sexo	275	2.05	1.189	1	1-5
4	No permitir abuso sexual	276	1.96	1.205	1	1-5
5	Embarazos	275	2.17	1.271	1	1-5
6	Prevención de embarazo	274	2.18	1.308	1	1-5
7	Qué pasa cuando se aborta	274	1.91	1.225	1	1-5
8	Dónde acudir para un aborto	274	1.85	1.197	1	1-5
9	Cómo se transmiten las ITS y VIH/SIDA	277	1.93	1.265	1	1-5
10	Cómo identificar síntomas de ITS y VIH/SIDA	276	1.92	1.224	1	1-5
11	Consecuencias de ITS	275	1.89	1.194	1	1-5
12	Prevención de contagio	275	2.05	1.282	1	1-5
13	Métodos anticonceptivos	274	2.01	1.225	1	1-5
14	Pastillas anticonceptivas y del día siguiente	275	1.92	1.252	1	1-5
15	Condón femenino	277	1.95	1.194	1	1-5
16	Elección de método anticonceptivo	278	1.99	1.186	1	1-5
17	Ventajas y desventajas de métodos anticonceptivos	279	1.94	1.193	1	1-5
18	Uso del condón masculino	280	2.05	1.265	1	1-5
19	Uso del condón femenino	275	1.93	1.232	1	1-5
20	Efectividad del condón femenino para evitar VIH/SIDA e ITS	278	1.89	1.237	1	1-5
21	Efectividad del condón masculino para evitar VIH/SIDA e ITS	280	1.90	1.235	1	1-5
22	Donde obtener condones	279	1.96	1.246	1	1-5

En la Tabla 8 se presentan las medias obtenidas en cada factor de la Escala de Comunicación Sexual con Padres (ECSP), y se observa que el factor que corresponde a *métodos anticonceptivos* fue el que obtuvo la frecuencia más baja, mientras que aquel que corresponde a *prevención de relaciones de riesgo* obtuvo la puntuación más alta. En el caso de las medias correspondientes a la Escala de Comunicación Sexual con Madres (ECSM) se encontró que el factor de

prevención de relaciones sexuales fue el que obtuvo la frecuencia más alta (Tabla 9).

Tabla 8.

Medias obtenidas en cada factor de la Escala de Comunicación Sexual con Padres (ECSP).

Factores	n	Media	D.E.	Moda	Rango
F1: Métodos Anticonceptivos	251	1.7701	.92604	1	1-5
F2: Prevención ITS/Embarazo/Aborto	244	1.8156	.97278	1	1-5
F3: Prevención de relaciones de riesgo	265	1.8764	.94876	1	1-5

Tabla 9.

Medias obtenidas en cada factor de la Escala de Comunicación Sexual con Madres (ECSM).

Factores	n	Media	D.E.	Moda	Rango
F1: Prevención de relaciones de riesgo	260	2.0196	1.08796	1	1-5
F2: Métodos anticonceptivos	265	1.9434	1.09985	1	1-5

Comparaciones por sexo, experiencia sexual y tipo de discapacidad

Antecedentes de la discapacidad

Las variables de antecedentes de la discapacidad que se tomaron en consideración para conocer su relación con el sexo, la experiencia sexual y el tipo de discapacidad de los participantes, fueron origen de la discapacidad (de nacimiento o adquirida), tipo de discapacidad del padre y tipo de discapacidad de la madre. En la Tabla 10 se muestran los resultados de este análisis aplicando la prueba Ji Cuadrada. Se observa que se encontraron diferencias significativas por sexo y origen de la discapacidad, habiendo una mayor proporción de mujeres cuya discapacidad auditiva la tuvieron desde el nacimiento. El tipo de discapacidad del padre y de la madre no mostró diferencias con el sexo de los participantes. Al compararse estas variables por experiencia sexual, en la Tabla 11, no se encontró una relación significativa con el origen de la discapacidad de los participantes, habiendo mayor proporción de padres con discapacidad auditiva en aquellos que

ya han tenido relaciones sexuales, comparados con quienes nunca han tenido un encuentro sexual. El tipo de discapacidad de los padres y de las madres tampoco mostró diferencias por el sexo de los participantes que tienen experiencia sexual. Por último, en la Tabla 12 se observa que el tipo de discapacidad de los participantes (hipoacúsicos/sordos) se asoció con el origen de la discapacidad, habiendo una mayor proporción de jóvenes sordos cuya discapacidad es de nacimiento. El tipo de discapacidad del padre no se asoció con el tipo de discapacidad de los participantes, mientras que la de la madre sí se asoció significativamente con el tipo de discapacidad de sus hijos, habiendo mayor proporción de madres con discapacidad visual, auditiva y motriz en aquellos jóvenes que son sordos, comparados con los hipoacúsicos.

Tabla 10.

Antecedentes de la discapacidad y su relación con el sexo de los participantes.

Variables	Sexo		X ²	gl	p
	Hombres %(n)	Mujeres %(n)			
Origen de la discapacidad					
Desde el nacimiento	67.0%(67)	82.7%(86)	6.783 ^a	1	.009
Adquirida	33.0%(33)	17.3%(18)			
Tipo de discapacidad del padre					
Visual	4.2% (6)	3.2%(4)	.467 ^a	3	.926
Auditiva	16.7% (24)	15.9%(20)			
Motriz	1.4% (2)	0.08%(1)			
No tiene ninguna discapacidad	77.8% (112)	80.2% (101)			
Tipo de discapacidad de la madre					
Visual	4.8% (7)	6.4% (8)	4.398 ^a	3	.222
Auditiva	15.2% (22)	8.0% (10)			
Motriz	0.7% (1)	0			
No tiene ninguna discapacidad	79.3% (115)	85.6% (106)			

a

Tabla 11.

Antecedentes de la discapacidad y experiencia sexual de los participantes.

Variables	Experiencia Sexual		X ²	gl	p
	Si %(n)	No %(n)			
Origen de la discapacidad					
Desde el nacimiento	75.3%(70)	73.2%(90)	.121	1	.728
Adquirida	24.7%(23)	26.8%(33)			

Tipo de discapacidad del padre						
	Visual	3.7%(4)	3.4%(6)	3.284 ^a	3	.350
	Auditiva	20.2%(22)	12.6%(22)			
	Motriz	1.8%(2)	1.1%(2)			
	No tiene ninguna discapacidad	74.3%(81)	82.8%(144)			
Tipo de discapacidad de la madre						
	Visual	7.5%(8)	4.0%(7)	2.328 ^a	3	.507
	Auditiva	13.1%(14)	10.7%(19)			
	Motriz	0.9%(1)	0.6%(1)			
	No tiene ninguna discapacidad	78.5%(84)	84.7%(149)			

Tabla 12.

Antecedentes de la discapacidad y tipo de discapacidad de los participantes.

Variables	Tipo de discapacidad		X ²	gl	p	
	Hipoacúsico	Sordos				
Origen de la discapacidad						
	Desde el nacimiento	64%(48)	80%(112)	6.567 ^a	1	.010
	Adquirida	36%(27)	20%(28)			
Tipo de discapacidad del padre						
	Visual	3.4%(4)	3.7%(6)	5.546 ^a	3	.136
	Auditiva	10.1%(12)	19.6%(32)			
	Motriz	.8%(1)	1.8%(3)			
	No tiene ninguna discapacidad	85.7%(102)	74.8%(122)			
Tipo de discapacidad de la madre						
	Visual	3.3%(4)	6.8%(11)	9.074	3	0.28
	Auditiva	6.7%(8)	15.4%(25)			
	Motriz	0	1.2%(2)			
	No tiene ninguna discapacidad	90%(107)	76.5%(124)			

Conducta sexual

Se aplicó la prueba Ji Cuadrada para conocer en qué medida distintas conductas que corresponden a la primera relación sexual (tipo de pareja, planeación, lugar, uso de algún método anticonceptivo y relación forzada) y a subsecuentes relaciones (tener relaciones sexuales con personas desconocidas, con personas del mismo sexo y relaciones sexuales forzadas) se asociaban con el sexo y tipo de discapacidad de los participantes. En ningún caso se encontró una asociación significativa entre dichas variables.

En la Tabla 13 y 14 se presentan los resultados de la comparación de medias, a través de la t de Student para muestras independientes, por sexo y tipo de discapacidad del participante, en aquellas variables del comportamiento sexual

subsecuente que fueron medidas en una escala numérica. Se encontró que sólo en la comparación por sexo de la frecuencia del uso del condón en los últimos tres meses, los hombres tuvieron puntuaciones más elevadas que las mujeres; en ninguna de las demás variables evaluadas se encontraron diferencias significativas ni por sexo ni por tipo de discapacidad del participante.

Tabla 13.

Comparación de medias por sexo del participante.

Variables	Sexo		t	gl	p
	Hombres	Mujeres			
Edad de la primer relación sexual	16.92	17.50	-1.057	86	.294
Número de parejas sexuales en toda la vida	2.75	1.63	1.865	70	.066
Número de relaciones sexuales en toda la vida	9.97	11.72	-.647	66	.520
Número de veces que ha usado condón en toda la vida	10.19	9.00	.178	35	.859
Número de relaciones sexuales en últimos 3 meses	4.26	4.94	-.507	64	.614
Número de veces que ha usado condón en últimos 3 meses	3.75	.55	2.711	69	.008

Tabla 14.

Comparación de medias por tipo de discapacidad del participante.

Variables	Tipo de discapacidad		t	gl	p
	Hipoacúsico	Sordo			
Edad de la primer relación sexual	17.31	17.14	.293	90	.770
Número de parejas sexuales en toda la vida	2.50	2.04	.742	72	.461
Número de relaciones sexuales en toda la vida	9.26	11.92	-.926	69	.358
Número de veces que ha usado condón en toda la vida	15.85	7.69	1.384	37	.175
Número de relaciones sexuales en últimos 3 meses	5.67	4.69	.603	67	.548
Número de veces que ha usado condón en últimos 3 meses	2.92	1.96	.770	72	.444

Comunicación sexual con padres y con madres

En la Tabla 15 se presentan los resultados correspondientes a la comparación entre hombres y mujeres de medias obtenidas en cada reactivo de la Escala de Comunicación Sexual con Padres. Se observa que de los 22 temas evaluados sólo se encontraron diferencias significativas en el que corresponde a *dónde obtener condones*, con puntuaciones más altas en los hombres que en las

mujeres; esto quiero decir que los jóvenes hombres platican más con el padre sobre este tema.

Tabla 15.

Comparación por sexo de las medias obtenidas en cada reactivo de la Escala de Comunicación Sexual con Padres.

	Tema	Medias		t	gl	p
		Hombres	Mujeres			
1	Relaciones sexuales	2.06	2.05	.027	258	.979
2	Posponer relaciones sexuales	1.91	1.90	.029	255	.977
3	Decidir NO cuando proponen tener sexo	1.72	1.71	.083	254	.934
4	No permitir abuso sexual	1.77	1.77	-.033	256	.973
5	Embarazos	1.83	1.97	-.991	251	.323
6	Prevención de embarazo	1.90	2.05	-.993	249	.322
7	Qué pasa cuando se aborta	1.68	1.76	-.619	242	.536
8	Dónde acudir para un aborto	1.74	1.66	.601	245	.548
9	Cómo se transmiten las ITS y VIH/SIDA	1.80	1.75	.310	253	.757
10	Cómo identificar síntomas de ITS y VIH/SIDA	1.78	1.78	.036	250	.971
11	Consecuencias de ITS	1.75	1.74	.050	251	.960
12	Prevención de contagio	1.87	1.83	.245	251	.807
13	Métodos anticonceptivos	1.98	1.79	1.229	249	.220
14	Pastillas anticonceptivas y del día siguiente	1.66	1.64	.187	250	.852
15	Condón femenino	1.89	1.74	1.030	248	.304
16	Elección de método anticonceptivo	1.84	1.71	.954	250	.341
17	Ventajas y desventajas de métodos anticonceptivos	1.78	1.66	.968	250	.334
18	Uso del condón masculino	1.99	1.79	.431	255	.154
19	Uso del condón femenino	1.90	1.69	1.479	253	.140
20	Efectividad del condón femenino para evitar VIH/SIDA e ITS	1.74	1.61	.973	249	.331
21	Efectividad del condón masculino para evitar VIH/SIDA e ITS	1.86	1.66	1.466	253	1.44
22	Donde obtener condones	2.06	1.62	3.037	254	.003

En la Tabla 16 se presentan los resultados correspondientes a la comparación entre hombres y mujeres de las medias obtenidas en cada reactivo de la Escala de Comunicación Sexual con Madres. Se observa que de los 22 temas evaluados, en todos las mujeres se comunican con mayor frecuencia con sus mamás que los hombres, pero sólo en 15 las diferencias de medias fueron significativas; los siete temas en los que no se encontraron diferencias significativas por sexo fueron *cómo se transmiten las ITS y el VIH, métodos anticonceptivos, condón femenino, ventajas y desventajas de métodos*

anticonceptivos, uso del condón masculino, uso del condón femenino y dónde obtener condones.

Tabla 16.

Comparación por sexo de las medias obtenidas en cada reactivo de la Escala de Comunicación Sexual con Madres.

	Tema	Medias		t	gl	p
		Hombres	Mujeres			
1	Relaciones sexuales	2.07	2.52	-2.788	263	.006
2	Posponer relaciones sexuales	1.93	2.36	-2.974	262	.003
3	Decidir NO cuando proponen tener sexo	1.85	2.26	-2.796	260	.006
4	No permitir abuso sexual	1.72	2.17	-3.090	261	.002
5	Embarazos	1.92	2.42	-3.235	260	.001
6	Prevención de embarazo	1.87	2.53	-4.201	259	.000
7	Qué pasa cuando se aborta	1.69	2.15	-3.074	259	.002
8	Dónde acudir para un aborto	1.68	2.06	-2.582	259	.010
9	Cómo se transmiten las ITS y VIH/SIDA	1.81	2.10	-1.814	262	.071
10	Cómo identificar síntomas de ITS y VIH/SIDA	1.72	2.17	-2.964	261	.003
11	Consecuencias de ITS	1.75	2.07	-2.167	260	.031
12	Prevención de contagio	1.86	2.29	-2.723	260	.007
13	Métodos anticonceptivos	1.90	2.14	-1.589	259	.113
14	Pastillas anticonceptivas y del día siguiente	1.75	2.14	-2.531	260	.012
15	Condón femenino	1.84	2.08	-1.619	262	.107
16	Elección de método anticonceptivo	1.84	2.17	-2.239	263	.026
17	Ventajas y desventajas de métodos anticonceptivos	1.83	2.06	-1.559	263	.120
18	Uso del condón masculino	1.96	2.18	-1.403	264	.162
19	Uso del condón femenino	1.83	2.07	-1.558	259	.120
20	Efectividad del condón femenino para evitar VIH/SIDA e ITS	1.69	2.12	-2.844	262	.005
21	Efectividad del condón masculino para evitar VIH/SIDA e ITS	1.74	2.10	-2.380	263	.018
22	Donde obtener condones	1.87	2.06	-1.269	262	.206

En la Tabla 17 se presenta la comparación por sexo de las medias obtenidas en cada factor de la Escala de Comunicación Sexual con Padres (ECSP). No se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres, sin embargo, son los hombres quienes platican con más frecuencia con los padres sobre temas relacionados con métodos anticonceptivos y con la prevención de relaciones de riesgo. Los resultados correspondientes a la comparación por sexo de las medias obtenidas en los dos factores de la Escala de Comunicación Sexual

con Madres se presentan en la Tabla 18, en la cual se observa que las mujeres se comunican con sus madres con mayor frecuencia que los hombres, tanto en temas vinculados con la prevención de relaciones de riesgo como en los relacionados con métodos anticonceptivos.

Tabla 17.

Comparación por sexo de las medias obtenidas en cada factor de la Escala de Comunicación Sexual con Padres (ECSP).

	Tema	Medias		t	gl	p
		Hombres	Mujeres			
F1	Métodos Anticonceptivos	1.85	1.67	1.462	238	.145
F2	Prevención ITS/Embarazo/Aborto	1.78	1.83	-.364	230	.716
F3	Prevención de relaciones de riesgo	1.86	1.82	.293	249	.770

Tabla 18.

Comparación por sexo de las medias obtenidas en cada factor de la Escala de Comunicación Sexual con Madres (ECSM).

	Tema	Medias		t	gl	P
		Hombres	Mujeres			
F1	Prevención de relaciones de riesgo	1.83	2.23	-2.921	245	.004
F2	Métodos anticonceptivos	1.80	2.12	-2.352	250	.01

Los resultados correspondientes a la comparación de medias por experiencia sexual se presentan en las tablas 19 para los reactivos de la Escala de Comunicación Sexual con Padres y 17 para los reactivos de la Escala de Comunicación Sexual con Madres. En ningún caso se encontraron diferencias significativas; esto indica que la frecuencia con la que los jóvenes se comunican con sus padres sobre el cuidado de su salud sexual, no depende de que ellos hayan tenido o no experiencia sexual.

Tabla 19.

Comparación por experiencia sexual de las medias obtenidas en cada reactivo de la Escala de Comunicación Sexual con Padres.

	Tema	Experiencia sexual		t	gl	p
		SI	NO			
1	Relaciones sexuales	2.07	2.10	-.238	272	.812
2	Posponer relaciones sexuales	1.99	1.87	.843	269	.400
3	Decidir NO cuando proponen tener sexo	1.75	1.75	.055	268	.956
4	No permitir abuso sexual	1.85	1.78	.468	270	.640
5	Embarazos	1.85	1.97	-.825	263	.410
6	Prevención de embarazo	1.86	2.08	-1.522	261	.129
7	Qué pasa cuando se aborta	1.67	1.78	-.834	254	.405
8	Dónde acudir para un aborto	1.60	1.78	-1.348	257	.179
9	Cómo se transmiten las ITS y VIH/SIDA	1.85	1.73	.865	265	.388
10	Cómo identificar síntomas de ITS y VIH/SIDA	1.82	1.74	.588	262	.557
11	Consecuencias de ITS	1.74	1.74	.013	263	.989
12	Prevención de contagio de ITS	1.94	1.79	1.072	263	.285
13	Métodos anticonceptivos	1.93	1.88	.372	261	.710
14	Pastillas anticonceptivas y del día siguiente	1.63	1.67	-.337	261	.736
15	Condón femenino	1.89	1.76	.907	259	.365
16	Elección de método anticonceptivo	1.75	1.79	-.269	261	.796
17	Ventajas y desventajas de métodos anticonceptivos	1.70	1.76	-.510	262	.610
18	Uso del condón masculino	1.92	1.90	.112	267	.911
19	Uso del condón femenino	1.73	1.88	-1.050	265	.295
20	Efectividad del condón femenino para evitar VIH/SIDA e ITS	1.64	1.73	-.725	261	.469
21	Efectividad del condón masculino para evitar VIH/SIDA e ITS	1.84	1.74	.731	265	.465
22	Donde obtener condones	1.84	1.89	-.310	266	.757

Tabla 20.

Comparación por experiencia sexual de las medias obtenidas en cada reactivo de la Escala de Comunicación Sexual con Madres.

	Tema	Experiencia sexual		t	gl	p
		SI	NO			
1	Relaciones sexuales	2.24	2.35	-.705	277	.481
2	Posponer relaciones sexuales	2.15	2.13	.156	275	.876
3	Decidir NO cuando proponen tener sexo	2.13	2.00	.876	273	.382
4	No permitir abuso sexual	1.93	1.98	-.328	274	.743
5	Embarazos	2.23	2.13	.617	273	.538
6	Prevención de embarazo	2.25	2.14	.670	272	.503
7	Qué pasa cuando se aborta	1.88	1.92	-.267	272	.789
8	Dónde acudir para un aborto	1.84	1.86	-.087	272	.931
9	Cómo se transmiten las ITS y VIH/SIDA	2.05	1.85	1.317	275	.189
10	Cómo identificar síntomas de ITS y VIH/SIDA	2.07	1.82	1.689	274	.092
11	Consecuencias de ITS	1.97	1.84	.927	273	.355
12	Prevención de contagio	2.16	1.98	1.146	273	.253
13	Métodos anticonceptivos	2.10	1.96	.951	272	.343

14	Pastillas anticonceptivas y del día siguiente	1.98	1.89	.622	273	.534
15	Condón femenino	1.98	1.93	.366	275	.715
16	Elección de método anticonceptivo	2.13	1.89	1.616	276	.107
17	Ventajas y desventajas de métodos anticonceptivos	2.10	1.83	1.828	277	.069
18	Uso del condón masculino	2.19	1.96	1.450	278	.148
19	Uso del condón femenino	1.93	1.93	-.047	273	.963
20	Efectividad del condón femenino para evitar VIH/SIDA e ITS	1.94	1.86	.522	276	.602
21	Efectividad del condón masculino para evitar VIH/SIDA e ITS	1.99	1.84	.972	277	.332
22	Donde obtener condones	2.03	1.92	.728	276	.467

En la Tabla 21 se muestra la comparación por experiencia sexual de las medias obtenidas en cada factor de la Escala de Comunicación Sexual con Padres (ECSP), mientras que en la Tabla 22 se presentan los factores correspondientes a la Escala de Madres (ECSM). En ningún caso se encontraron diferencias significativas, esto indica que la frecuencia con la que se comunican los jóvenes con sus padres y con sus madres, no depende de que hayan o no tenido relaciones sexuales.

Tabla 21.

Comparación por experiencia sexual de las medias obtenidas en cada factor de la Escala de Comunicación Sexual con Padres (ECSP).

Tema	Experiencia sexual		t	gl	p
	SÍ	NO			
F1 Métodos Anticonceptivos	1.76	1.77	-.071	249	.943
F2 Prevención ITS/Embarazo/Aborto	1.80	1.82	-.090	242	.929
F3 Prevención de relaciones de riesgo	1.90	1.85	.381	263	.703

Tabla 22.

Comparación por experiencia sexual de las medias obtenidas en cada factor de la Escala de Comunicación Sexual con Madres (ECSM).

Tema	Experiencia sexual		t	gl	P
	SÍ	NO			
F1 Prevención de relaciones de riesgo	2.04	2.00	.316	258	.753
F2 Métodos anticonceptivos	2.01	1.89	.872	263	.384

El resultado de la comparación de medias por tipo de discapacidad del participante se muestra en la Tabla 23 para la Escala de Comunicación Sexual con Padres y en la Tabla 24 para la correspondiente a la comunicación con madres. Se observa que en el caso de la comunicación con padres los jóvenes hipoacúsicos se comunican con mayor frecuencia que los sordos sólo en cuatro de los 22 temas evaluados (*posponer relaciones sexuales, decir NO cuando les proponen tener sexo, dónde acudir para un aborto y cómo se transmiten las ITS*) mientras que en la comunicación con madres los jóvenes sordos se comunican con mayor frecuencia con ella que los hipoacúsicos, únicamente en el tema que aborda la *prevención de contagio de ITS/VIH*.

Tabla 23.

Comparación por tipo de discapacidad del participante de las medias obtenidas en cada reactivo de la Escala de Comunicación Sexual con Padres.

	Tema	Medias		t	gl	p
		Hipoacúsico	Sordo			
1	Relaciones sexuales	2.19	2.00	1.331	270	1.84
2	Posponer relaciones sexuales	2.08	1.81	1.976	267	.049
3	Decidir NO cuando proponen tener sexo	1.95	1.60	2.832	266	.005
4	No permitir abuso sexual	1.92	1.72	1.457	268	.146
5	Embarazos	2.06	1.83	1.642	261	.102
6	Prevención de embarazo	2.06	1.94	.835	259	.404
7	Qué pasa cuando se aborta	1.89	1.63	1.852	252	.065
8	Dónde acudir para un aborto	1.89	1.60	2.200	255	.029
9	Cómo se transmiten las ITS y VIH/SIDA	1.98	1.63	2.496	263	.013
10	Cómo identificar síntomas de ITS y VIH/SIDA	1.89	1.69	1.442	260	.151
11	Consecuencias de ITS	1.86	1.65	1.495	261	.136
12	Prevención de contagio de ITS	1.88	1.84	.274	261	.704
13	Métodos anticonceptivos	1.86	1.92	-.410	259	.682
14	Pastillas anticonceptivas y del día siguiente	1.72	1.62	.776	259	.439
15	Condón femenino	1.82	1.82	.000	257	1.000
16	Elección de método anticonceptivo	1.78	1.78	-.023	259	.982
17	Ventajas y desventajas de métodos anticonceptivos	1.73	1.75	-.177	260	.860
18	Uso del condón masculino	1.88	1.93	-.324	265	.746
19	Uso del condón femenino	1.79	1.84	-.369	263	.712
20	Efectividad del condón femenino para evitar VIH/SIDA e ITS	1.72	1.69	.222	259	.824
21	Efectividad del condón masculino para evitar VIH/SIDA e ITS	1.82	1.76	.401	263	.689
22	Donde obtener condones	1.82	1.90	-.591	264	.555

Tabla 24.

Comparación por tipo de discapacidad del participante de las medias obtenidas en cada reactivo de la Escala de Comunicación Sexual con Madres.

	Tema	Medias		t	gl	p
		Hipoacúsico	Sordo			
1	Relaciones sexuales	2.19	2.37	-1.141	275	.255
2	Posponer relaciones sexuales	2.06	2.17	-1.745	273	.457
3	Decidir NO cuando proponen tener sexo	2.07	2.04	.202	271	.840
4	No permitir abuso sexual	1.94	1.97	-.170	272	.865
5	Embarazos	2.08	2.22	-.869	271	.385
6	Prevención de embarazo	2.03	2.28	-1.574	270	.117
7	Qué pasa cuando se aborta	1.94	1.90	.255	270	.799
8	Dónde acudir para un aborto	1.88	1.84	.271	270	.787
9	Cómo se transmiten las ITS y VIH/SIDA	1.88	1.98	-.609	273	.543
10	Cómo identificar síntomas de ITS y VIH/SIDA	1.81	2.01	-1.324	272	.187
11	Consecuencias de ITS	1.81	1.85	-.935	271	.350
12	Prevención de contagio de ITS	1.85	2.19	-2.131	271	.034
13	Métodos anticonceptivos	1.89	2.09	-1.305	270	.193
14	Pastillas anticonceptivas y del día siguiente	1.91	1.93	-.151	271	.880
15	Condón femenino	1.88	1.99	-.762	273	.447
16	Elección de método anticonceptivo	1.86	2.08	-1.470	274	.143
17	Ventajas y desventajas de métodos anticonceptivos	1.83	2.02	-1.327	275	.187
18	Uso del condón masculino	1.92	2.16	-1.535	276	.126
19	Uso del condón femenino	1.88	1.98	-.600	271	.549
20	Efectividad del condón femenino para evitar VIH/SIDA e ITS	1.78	1.98	-1.311	274	.191
21	Efectividad del condón masculino para evitar VIH/SIDA e ITS	1.77	2.00	1.488	275	.138
22	Donde obtener condones	1.89	2.02	-.823	274	.411

La Tabla 25 presenta la comparación por tipo de discapacidad del participante de las medias obtenidas en cada factor de la Escala de Comunicación Sexual con Padres (ECSP). Se observa que existen diferencias significativas entre jóvenes hipoacúsicos y sordos en *prevención de relaciones de riesgo*. Mientras que la Tabla 26 presenta los factores correspondientes a la Escala de Comunicación Sexual con Madres (ESCM), donde se observa que no existen diferencias significativas en ninguno de los dos factores, pero el factor con el puntaje más alto corresponde a los jóvenes sordos, con el tema *prevención de relaciones de riesgo*

Tabla 25.

Comparación por tipo de discapacidad del participante de las medias obtenidas en cada factor de la Escala de Comunicación Sexual con Padres (ECSP).

	Tema	Medias		t	gl	p
		Hipoacúsico	Sordos			
F1	Métodos Anticonceptivos	1.76	1.78	-.191	247	.84
F2	Prevención ITS/Embarazo/Aborto	1.93	1.72	1.698	240	.09
F3	Prevención de relaciones de riesgo	2.02	1.76	2.221	261	.02

Tabla 26.

Comparación por tipo de discapacidad del participante de las medias obtenidas en cada factor de la Escala de Comunicación Sexual con Madres (ECSM).

	Tema	Medias		t	gl	p
		Hipoacúsico	Sordos			
F1	Prevención de relaciones de riesgo	1.94	2.07	-.961	256	.33
F2	Métodos anticonceptivos	1.84	2.01	-1.237	261	.21

Correlación entre comunicación con padres y madres y el comportamiento sexual de los participantes

Para conocer en qué medida la frecuencia con la cual los jóvenes se comunican con sus padres y con sus madres, se asocia con el comportamiento sexual de riesgo, se llevó a cabo un análisis de correlación de Pearson entre los factores de cada escala y la frecuencia de relaciones sexuales y de uso del condón en toda la vida y en los últimos tres meses, así como el número de parejas sexuales en toda la vida. Los resultados muestran que únicamente la frecuencia con la cual los jóvenes se comunican con su papá sobre dónde adquirir y comprar condones, se asoció con el número de veces que usaron condón en los últimos tres meses ($r = .260$, $p = .05$).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.

Este estudio tuvo como objetivo determinar en qué medida la frecuencia de la comunicación con cada uno de los progenitores sobre distintos temas de sexualidad, se asocia con la conducta sexual protegida de jóvenes con discapacidad auditiva, identificando las diferencias por sexo, por experiencia sexual y por tipo de discapacidad, con el fin de aportar elementos sobre la salud sexual en jóvenes en situaciones de vulnerabilidad y su aplicación al campo familiar y de salud pública. Los hallazgos dan respuesta a este objetivo y abren un camino para el diseño e implementación de investigaciones sobre la comunicación de educación sexual de jóvenes con discapacidad auditiva con sus padres y la sexualidad con otras poblaciones en situación de vulnerabilidad, en el marco de la salud sexual.

Como bien se sabe, la salud pública comprende conocimientos y prácticas multidisciplinarias que procuran el bienestar colectivo. Franco (2006) señala que esto obliga al reconocimiento de las particularidades de las personas, su participación, así como los determinantes sociales, económicos, culturales y políticos en su salud y la enfermedad. En este orden de ideas, no es suficiente reconocer que las poblaciones en situación de vulnerabilidad tienen necesidades, también hay que escuchar sus formas de significar y representar el mundo cotidiano, de tal manera que haya un acercamiento a su realidad, para desde allí trabajar para su bienestar.

La población con la que se trabajó en la presente investigación fue con jóvenes de la zona metropolitana y en su mayoría fueron sordos. Gran parte de los jóvenes de la muestra no había debutado sexualmente; comparando esta información con la que reportan otros autores, es posible señalar que hay concordancia con respecto a jóvenes sin discapacidad aparente. Se ha señalado que la edad promedio de iniciación sexual es de 12 a 19 años de edad, y que es mayor el porcentaje de jóvenes que ya habían debutado sexualmente que el porcentaje de quienes no lo habían hecho (Andrade et al., 2006; González et al., 2005; Piña, 2009; Parra y Pérez, 2010).

En este estudio también se encontró que una tercera parte de la muestra, sufrió de violencia en su primera relación sexual. De acuerdo con Krug et al. (2002), a pesar de la importancia del tema, hay un número limitado de estudios enfocados a dar cuenta de las relaciones sexuales forzadas. Entre los pocos datos disponibles, se sabe que entre 7% (en Nueva Zelanda) y 48% (en nueve países caribeños) de las mujeres, han reportado que su primera relación sexual fue forzada. En menor medida, también los hombres han reportado una primera relación forzada, aunque en un porcentaje menor, de igual forma Koenig et al. (2006) en los resultados de su estudio concuerda con lo encontrado, dado que, un porcentaje de su muestra señaló que las mujeres jóvenes indicaron que su primera relación sexual había sido forzada. Asimismo, Ramos et al. (1998) reportaron una proporción más elevada de abusos por parte de familiares, mientras que los hombres mencionaron principalmente a los amigos como los agresores más frecuentes.

Otro dato que se obtuvo en esta investigación es que, en su mayoría, los jóvenes que habían tenido relaciones sexuales no habían empleado algún método anticonceptivo; esto concuerda con lo señalado por Banda et al. (2009) respecto al uso incorrecto e inconsistente de los métodos anticonceptivos y del condón. En el estudio realizado por esos autores, con jóvenes sin discapacidad aparente, el 97% conocía métodos anticonceptivos, pero no su funcionamiento, y la información la adquirieron de la escuela y a través de amigos. Dicho estudio también reportó que la actividad sexual había iniciado más tempranamente en los hombres que en las mujeres y que el uso de métodos anticonceptivos no fue frecuente ni en la primera relación sexual ni en la más reciente.

En la presente investigación con jóvenes con discapacidad auditiva también se encontró que es el hombre quien utiliza con mayor frecuencia el preservativo, lo cual difiere de lo reportado por Saturno (2012), quien encontró que los adolescentes masculinos tienden a ejercer más conductas sexuales de riesgo que las mujeres, exponiéndose así a más conductas de riesgo, aunque su muestra fue con jóvenes sin discapacidad.

Por otra parte, y en relación con el tema de la comunicación de los jóvenes con sus progenitores, es importante señalar las diferencias por género. Se encontró que son los hombres quienes se comunican más con el padre y la mujer es la que se comunica más con la madre. Esto es consistente con lo reportado para jóvenes sin discapacidad, aunque sólo parcialmente. De acuerdo con Noller y Callan (1990) y Lanz et al. (1990), las chicas suelen hablar con sus progenitores más que los chicos. En la presente investigación también se encontró que, tanto unos como otras, en general, se comunican con mayor frecuencia con sus madres. Dato que difiere un poco con lo reportado para jóvenes sin discapacidad (Andrade et al., 1992), que señalan el hecho de que algunos jóvenes se comunican más con sus madres y otros lo hacen más con sus padres (independientemente de su sexo). En dicho estudio se señala incluso que los hombres que mantienen comunicación con su madre sobre temas de sexualidad tienen una actividad sexual tardía, mientras que la comunicación con su padre, por el contrario, se asocia con una actividad sexual más temprana. En el caso de la presente investigación se observó lo contrario, las mujeres que reportaron mantener cierta comunicación con su padre sobre temas sexuales no reportaron llevar a cabo actividad sexual.

Los resultados descritos pueden estar relacionados con la propia discapacidad auditiva de los jóvenes. Se hizo evidente que la comunicación con ambos padres sobre temas sexuales es escasa, seguramente por las barreras comunicativas, pero también por la preocupación de los progenitores sobre si su hijo(a) debe ser protegido de ciertos peligros y asumiendo que tal protección se realiza simplemente no abordando temas sexuales. Esto parece confirmarse por el hecho de que, entre los pocos temas que se abordan, está decir No y la “prevención de relaciones de riesgo”.

También es un dato digno de considerarse, el hecho de que fueron los jóvenes con hipoacusia quienes reportaron comunicarse con mayor frecuencia con sus padres, lo cual es comprensible porque tienen menos restricciones comunicativas, dado que sólo un pequeño porcentaje de los padres presentan algún tipo de discapacidad. Además, los jóvenes con hipoacusia pueden escuchar

ayudándose con algún aparato, y así no es tan necesario que los padres aprendan un lenguaje especial para poder lograr la comunicación.

Es importante mencionar que, en este estudio, participaron más jóvenes sordos que hipoacúsicos, y es muy probable que por ello se encontraran niveles tan bajos de comunicación entre padres e hijos, sobre temas sexuales. Esto, a su vez, puede estar fuertemente relacionado con el comportamiento sexual de riesgo en los jóvenes. Podría concluirse que la escasa comunicación sobre temas sexuales entre padres e hijos con deficiencias auditivas se ve fuertemente influida por el grado de discapacidad, y que ante la falta de comunicación –donde los jóvenes y los padres no encuentran un lenguaje especial para comunicarse sobre temas sexuales- los jóvenes muestren patrones de conducta sexual que pueden considerarse de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA.

- Álvarez, I., Andrade, P. & Pick, W. (1990). Estudio comparativo de varones que han y no embarazado a una adolescente. *La Psicología Social en México*, 3, 289-294.
- Andrade, P., Bentancourt, O. & Palacios, D. (2006). Factores familiares asociados a la conducta sexual en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, (15), 91-101. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/804/80401510.pdf>
- Andrade, P., Camacho, V. & Díaz-Loving, R. (1992). Comunicación con padres y su relación con conducta sexual y percepción de riesgo de contraer SIDA. *La Psicología Social en México*, 4, 102-107.
- Banda, G., Medrano, R., De Los Reyes, N. & Ibarra, G. (2009). Conducta sexual de los adolescentes de 12 a 19 años. Cd. Victoria, Tamaulipas. 2008. *Contribuciones a las ciencias sociales*. Disponible en: www.eumed.net/rev/cccss/06/gmng.htm
- Bianco, M. & Re, M. (2007). *Cartilla educativa para docentes: la prevención del VIH/SIDA y la equidad de género van a la escuela*. Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer. Argentina. Disponible en: http://www.feim.org.ar/pdf/publicaciones/cartilla_docentes_VIH.pdf
- Brower, L. & Burt, J. (1972). *Educación sexual*. México: Nueva editorial Interamericana.
- Caricote, A. (2008). Influencia de los padres en la educación sexual de los adolescentes. *Educere*, 12(40) 79-87. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35604010>
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (CENSIDA). (1998). *Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)*. Disponible en <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/letras/1998/junio.html>
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (CENSIDA). (2007). *Panorama Epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México. 30 de junio del 2007*. Disponible en <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2007/panoepide30jun2007.pdf>

- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (CENSIDA). (2010). *El VIH/SIDA en México 2010*. Disponible en http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/elvihsida_mexico2010.pdf
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (CENSIDA). (2012). *VIH/SIDA en México 2012*. México. 11-48. Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/>
- Collazos, A. (2012). Representaciones sociales de la salud sexual de adolescentes sordos y oyentes en la ciudad de Bogotá. *Pensamientos Psicológicos*. 10(2), 35-47. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80125017002>
- Conde, S. & Vidales, I. (2000). Responsabilidad y toma de decisiones individuales. En S. Conde e I. Vidales, *Formación cívica y ética 3* (pp. 115-216). México: Larousse.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2009). *Situación actual de los jóvenes en México*. Dirección de Estudios Sociodemográficas. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2010/04.pdf>
- Córdoba, V. (2009). Atención integral a la salud de las personas con discapacidad. *Programa de atención pública*. Secretaría Pública. México. Disponible en: http://salud.chiapas.gob.mx/doc/biblioteca_virtual/programas/Programa_accion_especifico_salud_mental.pdf
- Correa, C., Faur, E., Re, M & Pagani, L. (2003). *Manual de capacitación. Sexualidad y salud en la adolescencia. Herramientas teóricas y prácticas para ejercer nuestros derechos*. Disponible en: <http://www.rednacadol.org.ar/pdf/ManualSaludSexualidad.pdf>
- Cruz, A. (2008). Diccionario de la lengua de señas mexicano. *EMEEQUIS*. México.
- De la Barrera, L. (2000). Adolescencia y juventud. En L. De la Barrera, *Formación cívica y ética 1* (pp. 61-116). México: Santillana.
- De los Ángeles P. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la adolescencia: Análisis de Contenidos a través de Grupos de Discusión. *Terapia Psicológica*, 1(29), 85-95.

- Dirección General de Epidemiología. (2011). Descripción y Comportamiento de las Enfermedades de Notificación Semana. *Síntesis Epidemiológica*. 143-181 pp.
- Domingo, A. (2005). *Enfermedades de transmisión sexual*. Disponible en: [http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Enfermedades_transmision_sexual\(1\).pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Enfermedades_transmision_sexual(1).pdf)
- Druet, D. & Escalante, T. (2000). Conocimientos y actitudes hacia la sexualidad de jóvenes con discapacidad auditiva, *Educación y ciencia. Nueva Epoca*, 4(7), 57-69.
- Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales (2003). Jóvenes, relaciones sexuales y riesgo de infección por VIH. España, 16-90 pp. Disponible en: http://www.ine.es/revistas/cifraine/cifine_sida0704.pdf
- Espinoza, H. & López L. (2003). Aborto inseguro en América Latina y el Caribe: definición del problema y su prevención. *Gaceta Médica de México*, 139 (supl.1), S9-S15.
- Faneite, P., Amato, R., Rodríguez, F., Faneite, J., Rodríguez, Y., & Rivera, C. (2007). Aborto séptico en el Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" 1977-2006. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 67 (3), 174-178.
- Fisher, J. & Fisher, W. (1992). Changing AIDS risk behavior. *Psychological Bulletin*, 111, 455-174.
- Fleiz, C., Villatorio, J., Medina, M., Alcántar, E., Navarro, C. & Blanco, J. (1999). Conducta sexual en estudiantes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 22(4), 14-19. Disponible en <http://inprf.bi-digital.com:8080/bitstream/123456789/1786/1/sm220414.pdf>
- Flores, G. & Mendoza, M. (2001). El SIDA: su percepción de riesgo de contagio en estudiantes universitarios. *Educación y Ciencia. Nueva época*, 5(9), 53-66. Disponible en: <file:///C:/Users/LIZ%20ALEGRIA/Desktop/TESIS%20FINAL/flores%20y%20mendoza%202001.pdf>

- Franco, S. (2006). Apuntes del Seminario de Salud Pública II, segundo periodo académico 2006. Doctorado Interfacultades en Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia.
- García, R., Cortés, A., Vila, A., Hernández, S. & Mesquia, V. (2006). Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 1(22), 22-35.
- Gasman, N., Villa, T., Billings, T. & Moreno, C. (2006). Violencia sexual en México. Informe Nacional sobre la Violencia y la Salud en México. Disponible en: <http://www.svri.org/nacional.pdf>
- Gonçalves, C., Castellá, S. & Carlotto, M. (2007). Predictores de conductas sexuales de riesgo entre adolescentes. *Revista Interamericana de Psicología*, 2(41), 161-166. Disponible en: <http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP041a5/RIP04117.pdf>
- Gonzales, A., Montero, V., Martínez, N., Mena, G. & Varas, L. (2010). Percepciones y experiencias del inicio sexual desde una perspectiva de género, en adolescentes consultantes en un centro universitario de salud sexual y reproductiva. *Revista Chilena Obstet. Ginecol.*, 55(2), 84-90.
- González, O., Echeburúa, E. & Corral, P. (2008). Variables significativas en las relaciones violentas en parejas jóvenes: Una revisión. *Psicología Conductual*, 16(2), 207-225. Disponible en: <http://www.uv.mx/cendhiu/files/2012/09/Variablespsic.manoella.pdf>
- González, G., Rojas, M., Hernández, S & Olaiz, F. (2005). Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000. *Salud Pública de México*. 47.3, 209-218. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v47n3/a04v47n3.pdf>
- Gonzalez, P. & Rubicelia, P. (2007). Actitudes de los adolescentes acerca de la Sexualidad. (Tesis). Universidad Veracruzana. Minatitlán, Veracruz.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). (2005a). Recuperado de <http://www.gire.org.mx/contenido.php?informacion=104>

- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). (2005b) *¿Qué esperar después de un aborto?* Recuperado <http://www.gire.org.mx/contenido.php?informacion=152>
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). (2011). *Derecho reproductivo*. Recuperado de <http://www.gire.org.mx/>
- Gutiérrez, J., Rivera, J., Shamah, T., Villalpando, H., Franco A, Cuevas, N., Romero, M. & Hernández, A. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX)
- Ibáñez, B. (1998). Conducta sexual y embarazo en adolescentes de Tijuana, B.C. *La psicología social en México*. 7, 288-293 pp.
- Infante, H., & Hernández, G. (2001). Reproducción humana. En H. Infante y G. Hernández, *Biología 2* (pp. 137-172). México: Santillana.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) (2004). Las personas con discapacidad en México: una visión censal. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2000/discapacidad/discapacidad2004.pdf
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) (2012). Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud. Aguascalientes. México. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2012/juventud12.asp?s=inegi&c=2844&%23038;ep=99>
- Jones. D. (2010). Bajo presión: primera relación sexual de adolescentes de Trelew (Argentina). *Revista Estudios Feministas*, 2(18), 339-358.
- Koenigl, M., Zablotska, I., Lutalo, T., Nalugoda, F., Wogman, J. & Gray, R. (2006). La primera relación sexual bajo coerción y la salud reproductiva entre las adolescentes de Rakai, Uganda. *Selección Especial de Artículos sobre Violencia Basada en Género y Salud Reproductiva*, 30(4):156–163. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/pubs/journals/3000506S.pdf>

- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. & Lagina, R. (2002). Comunicación entre padres de familia e hijos, para promover una juventud sexualmente saludable. *Advocates for Youth*. Washington. U.S.A. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275315884_spa.pdf
- Lagina, N. (2002). Comunicación entre padres de familia e hijos, para promover una juventud sexualmente saludable. *Advocates for Youth*. Washington. U.S.A.
- Lamotte, J. (2004). Infección-enfermedad por VIH/SIDA. *MEDISAN*, 8 (4), 49-63.
- Lanz, M., Lafrate, R. Rosnati, R. & Scabini, E. (1990). Parent-child communication and adolescent self-esteem in separated, inter-country adoptive and intact nonadoptive families. *Journal of Adolescence*, 22, 784-794.
- León, P., Minassian, M., Borgoño, R. & Bustamante, F. (2008). Embarazo adolescente. *Revista Pediatría Electrónica*. 5 (1). Recuperado de <http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/5resumen.html>
- López, A. & Lizano, M. (2006). Cáncer cérvicouterino y el virus del papiloma humano: La historia que no termina. *Cancerología*, 1 (1), 31-55.
- Luterman, D. (1979). *Counseling parents of hearing-impaired children*. USA: Little, Brown and Company (Inc.).
- Markovin, B. (1963). *Rehabilitación del niño sordo*. México: Prensa Médica Mexicana.
- Martín, P. (2005). Prácticas sexuales y riesgos asociados en la población adolescente-joven. Datos y comentarios. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DPr%C2%A0cticas+sexuales+y+riesgos+asociados+en+la+poblaci%C2%A2n+adolescente-joven.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220433868242&ssbinary=true>

- Medline Plus. (2011). *Infección por VIH*. Recuperado de 6 de septiembre de 2011, desde <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000602.htm>
- Méndez, I., Namihira, D. Moreno, L. y Sosa, C. (2001). El protocolo de investigación. México. Trillas.
- Moreno, D., Robles, S., Frías, B., Rodríguez, M. & Barroso, R. (2011). *Encuesta Universitaria sobre Salud Sexual (EUSS). Resultados preliminares*. Documento interno no publicado. Grupo de Investigación en Psicología y Salud Sexual de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Noller, P. & Callan, V. (1990). Adolescents' perceptions of the nature of their communication with parents. *Journal of Youth and Adolescence*, 19, 349-362.
- Océano (1985). Enciclopedia Océano de la Sexualidad, Tomo II. Barcelona: José María Farre Marti. Educación y Ciencia, 57-69.
- Ochaita, A. & Espinosa, B. (2003). Las prácticas sexuales de los adolescentes y jóvenes españoles. *Revista de Estudios de juventud*. 49-62 pp. Disponible en:
<http://www.injuve.es/sites/default/files/07%20PRACTICAS%20SEXUALES63.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (1995). *Prevención de los defectos de la audición*. 48ª Asamblea Mundial de la Salud, 12 de mayo de 1995. OMS. Disponible en: <http://www.cajpe.org.pe/RIJ/BASES/pcd/pre.pdf>
- Palacios, J. (2005). Estilos parentales y conductas de riesgo en adolescentes (Tesis de Licenciatura). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Palacios, V, Pérez, H. & Crisanto, R. (2012) Prototipo de tablero interactivo de Lenguaje de Señas Mexicanas para reforzar el aprendizaje en niños sordos. *Revista de Educación y Desarrollo*, 55-63. Disponible en: http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/23/023_Palacios.pdf
- Palazón, A. & Nadal, M. (2009). La reproducción. En A. Palazón y M. Nadal, *Ciencias 1. Biología* (pp. 172-227). México: Oxford.

- Paredes, A. (2009). Diagnóstico situacional de la educación sexual que es impartida por los maestros de niños de 6 a 12 años con discapacidad auditiva en instituciones especializadas del Distrito Metropolitano de Quito. (Tesis). Facultad de Ciencias Sociales y Comunicación. Quito, Ecuador.
- Parra, J. & Oliva, D. (2002). Comunicación y conflicto familiar durante la adolescencia. *Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia*, 2(18), 215-231.
- Parra, V. & Pérez, V. (2010). Comportamiento sexual en adolescentes y su relación con variables biosociales. *Perinatología y Reproducción Humana*. 1(24), 7-19.
- Perpiñá, J., García, J. & Pérez, E. (2001). Enfermedades de transmisión sexual y adolescencia: entidades nosológicas. En C. Buil, I. Lete, R. Ros, y J. De Pablo (coord.), *Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos* (pp. 539-579). España: INO Reproducciones. Disponible en: <http://www.sidastudi.org/es/registro/2c9391e41fb402cc011fb44b3f1f5262>
- Piña, L. (2009). Predictores del comportamiento sexual con múltiples parejas en estudiantes de educación superior: un análisis por género. *Acta Colombiana de Psicología*, 12(1), 53-65.
- Ramos, L., Saldivar, H., Medina, M., Rojas, G. & Villatoro. V. (1998). Prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación con el consumo de drogas. *Salud Pública de México*, 3(40), 221-233.
- Robles, S., Guevara, Y., Frías, B. & Rodríguez, M. (2014). Conductas Sexuales de riesgo en jóvenes con discapacidad auditiva. *La Psicología en México*, volumen XV, 798-799. En: S. Rivera, R. Díaz-Loving, I, Reyes y M. Flores (ed).
- Robles, S., Guevara, Y. Pérez, B. & Hermosillo, G. (2013). Comunicación con padres y conducta sexual en jóvenes mexicanos con discapacidad auditiva. *Psicología y Salud*, 23(2), 227-239.

- Robles, S. & Díaz-Loving, R. (2011). *Validación de Encuesta Estudiantil sobre Salud Sexual (EESS)*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Rodríguez, A. & Klein, I. (2010). Los adolescentes ante situaciones que enfrentan en los ámbitos donde participan. En A. Rodríguez e I. Klein, *Formación cívica y ética 1* (pp. 108-137). México.
- Rodríguez, A., & Álvarez, L. (2006). Percepciones y comportamientos de riesgos en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 23 (1), 1-9.
- Rodríguez, M., Frías, I. & Barroso, R. (2006). Sexualidad en el adolescente. En J. Orozco, C. Peña y E. Calleja (Eds.), *Ciencias biomédicas. Generalidades*. (pp. 363-402). México: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Rojo, H. (2006). Métodos anticonceptivos. En J. Orozco, C. Peña y E. Calleja (Eds.), *Ciencias biomédicas. Generalidades* (pp. 338-362). México: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Santana, P., Ovies, C., Verdeja, V. & Fleitas, R. (2006). Características de la primera relación sexual en adolescentes escolares de Ciudad de La Habana. *Revista Cubana de Salud Pública*, 3 (32). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21420864006>
- Saturno, H. (2012). Sexo y edad en las conductas sexuales de riesgo en adolescentes de 13 a 18 años. Universidad Centro-occidental "Lisandro Alvarado". Barquisimeto Venezuela, 3-20.
- Secretaría de Educación Pública (SEP) e Instituto Mexicano de la Juventud (IMJ) (2000), Encuesta Nacional de Juventud 2000. México, IMJ.
- Servin, R., Varela, T., Orozco, O., Piño, G., Nery, M., Andrade, V., Rivero, V., Pérez, U., Meléndez, C., Muñoz, V., García, R., Pérez, A., Aguilar, E. & Reynos, H. (2009). Guía de enfermería para la atención de las personas con VIH. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/guia_enf_09.pdf

- Sheppard, K. & Badger, T. (2010). The lived experience of depression among culturally deaf adults. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(9), 783-789
- Singh, S., Wulf, D., Samara, R. & Cuca, Y. (2000). Diferencias según sexo en el momento de la primera relación sexual: Datos de 14 Países. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*. 14-22. Disponible en: <http://familyplanningperspectives.org/pubs/journals/2601400S.pdf>.
- Souza, A. (2002). Problemas de investigación y diseños en estudios cualitativos. En F. Mercado, D. Gastaldo y C. Calderón (Comps.), *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud*. México: Universidad de Guadalajara, Universidad Autónoma de Nuevo León, Servicio Vasco de Salud Osakidetza y Asociación Médica de Jalisco.
- United Nations Children's Fund. UNICEF. (2011). "enSEÑA Sexualidad". Educación para promover los derechos y la salud sexual y reproductiva de niños, niñas y jóvenes con discapacidad auditiva. Compartiendo saberes y transformando realidades (CSTAC). 1-90. Disponible en: http://www.unicef.org/mexico/spanish/mx_enSENA_SexualidadMH2.pdf
- Varas, J. (2010). Salud y reproductividad en personas con discapacidad física. *Revista Obstetricia y Ginecología*, 5(2), 169-172.
- World Health Organization (WHO). (2011a). *Sexually transmitted infections*. Recuperado de <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/communicable-diseases/sexually-transmitted-infections/definition>
- World Health Organization (WHO). (2011b). *Sexually transmitted infections*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/>
- World Health Organization (WHO). (2011c.). *Sexually transmitted infections*. Recuperado de http://www.wpro.who.int/health_topics/sexually_transmitted_infections/
- Zalazar, C. (2013). Lengua de señas mexicana información teórica para su evaluación. Disponible en: http://portalsej.jalisco.gob.mx/sites/portalsej.jalisco.gob.mx.educacion-especial/files/pdf/lengua_se%C3%B1as_mexicana.pdf

APÉNDICE A

**CUESTIONARIO SOBRE
SEXUALIDAD EN PERSONAS
CON DISCAPACIDAD AUDITIVA.**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Estudio sobre sexualidad en personas con discapacidad auditiva

Instrucciones generales:

Este cuestionario quiere información para hacer programas educativos para cuidado infecciones sexuales, SIDA y embarazos adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva, por eso, preguntaremos acerca de esos problemas **salud sexual**.

Es importante tú saber tus respuestas secretas, **NO pedimos pongas tu nombre**, cuestionario nosotros **no saber de quién es**, por eso muy importante respondas cada pregunta con **VERDAD**. Sí tú sentir mal con preguntas, puedes dejar responder cuestionario y levantar tu brazo para dar cuestionario persona.

Cuestionario tener 89 preguntas, por favor marca con **X** hoja respuesta opción cada pregunta. Si tener alguna duda puedes levantar brazo para persona ayudarte. Gracias por tu ayuda.

I) DATOS GENERALES

1. Tú eres:

Hipoacúsico ()

Sordo ()

2. Desde qué edad tienes esta **discapacidad?** _____

3. Tú eres:

Hombre ()

Mujer ()

4. Cuántos años tienes **ahorita?** _____

5. Tú eres:

Soltero ()

Casado ()

Unión libre ()

Otro ()

6. Tú nivel estudios hasta

Primaria ()

Secundaria ()

Preparatoria ()

Universidad ()

Otras actividades, experiencias u oficios ()

Sin estudios ()

7. Tu papá vive

Sí ()

No ()

8. Tu papá tiene discapacidad:

Visual  ()

Auditiva  ()

Motriz  ()

No tiene ninguna discapacidad ()

9. Tu mamá vive

Sí ()

No ()

10. Tu mamá tiene discapacidad:

Visual  ()

Auditiva  ()

Motriz  ()

No tiene ninguna discapacidad ()

11. Tu papá y mamá viven:

Juntos ()

Separados ()

12. Cuántos años tiene tu papá ahorita? _____ (poner número)

13. Cuántos años tiene tu mamá ahorita? _____ (poner número)

14. Nivel estudios tu papá:

Primaria ()

Secundaria ()

Preparatoria ()

Universidad ()

Otras actividades, experiencias u oficios ()

Sin estudios ()

15. Nivel estudios tu mamá:

Primaria ()

Secundaria ()

Preparatoria ()

Universidad ()

Otras actividades, experiencias u oficios ()

Sin estudios ()

16. ¿Ahorita dónde vives?

En casa de papá y mamá () En casa de otro familiar ()

En casa de tu mamá () En un internado ()

En casa de tu papá () En tu propia casa ()

17. ¿Trabaja tu papá?

Sí ()

No ()

18. ¿Trabaja tu mamá?

Sí ()

No ()

19. ¿Tú trabajas?

Sí ()

No ()

20. ¿En qué trabajas? _____
 21. ¿Dónde trabajas? _____

22. ¿Con qué persona comprende, platicas y estás más tiempo semana?

- Mamá ()
- Papá ()
- Hermano ()
- Amigos ()
- Pareja (novio, esposo) ()
- Maestro ()
- Otro ()

II) COMUNICACIÓN CON PADRES

Este apartado opción responder **cuanto** platicas NUNCA, POCO, A VECES, MUCHO, MUCHO MÁS, con tu **papá** y con tu **mamá** cada cosa. No tienes papá o mamá deja NO responder y pasa siguiente apartado.

Ejemplo:

99	Yo platicar papá futbol	NUNCA	POCO	AVECES	MU X HO	MUCHO MÁS
----	-------------------------	-------	------	--------	--------------------	-----------

	<u>Cuánto platicas con tu papá</u>					
						
23	Bueno y malo cuando hay relaciones sexuales	NUNCA	POCO	AVECES	MUCHO	MUCHO MÁS
24	Esperar después sexo	NUNCA	POCO	AVECES	MUCHO	MUCHO MÁS
25	Decir si o no cuando tener sexo	NUNCA	POCO	AVECES	MUCHO	MUCHO MÁS
26	No dejar otros a fuerza yo tener relaciones sexuales	NUNCA	POCO	AVECES	MUCHO	MUCHO MÁS

	<p><u>Cuánto platicas con tu papá</u></p> 					
27	Que pasa embarazo	NUNCA	POCO	AVECES	MUCHO	MUCHO MÁS
28	Cómo cuidar para no embarazo	NUNCA	POCO	AVECES	MUCHO	MUCHO MÁS
29	Que pasa cuando aborto	NUNCA	POCO	AVECES	MUCHO	MUCHO MÁS
30	Dónde ir hacer aborto	NUNCA	POCO	AVECES	MUCHO	MUCHO MÁS
31	Cómo se pegan infecciones sexuales y VIH/SIDA	NUNCA	POCO	AVECES	MUCHO	MUCHO MÁS
32	Cómo saber que pasa tu cuerpo cuando hay infecciones sexual y VIH/SIDA	NUNCA	POCO	AVECES	MUCHO	MUCHO MÁS
33	Que pasa cuando pegan una infección sexual y VIH/SIDA	NUNCA	POCO	AVECES	MUCHO	MUCHO MÁS
34	Cómo cuidar futuro no infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA	NUNCA	POCO	AVECES	MUCHO	MUCHO MÁS
35	Diferentes métodos anticonceptivos, ejemplo pastillas no embarazo, condón, dispositivo...	NUNCA	POCO	AVECES	MUCHO	MUCHO MÁS
36	Pastillas no embarazo y pastilla del día siguiente	NUNCA	POCO	AVECES	MUCHO	MUCHO MÁS
37	Condón mujer	NUNCA	POCO	AVECES	MUCHO	MUCHO MÁS
38	Cómo escoger métodos anticonceptivos, ejemplo cual usar, pastillas no embarazo, condón, dispositivo...	NUNCA	POCO	AVECES	MUCHO	MUCHO MÁS
39	Bueno y malo, métodos anticonceptivos, ejemplo pastillas no embarazo, condón, dispositivo...	NUNCA	POCO	AVECES	MUCHO	MUCHO MÁS

<u>Cuánto platicas con tu papá</u>						
40	Cómo usar condón hombre	NUNCA	POCO	AVECES	MUCHO	MUCHO MÁS
41	Cómo usar condón mujer	NUNCA	POCO	AVECES	MUCHO	MUCHO MÁS
42	Seguro condón mujer para no pegar infección sexual y VIH/SIDA	NUNCA	POCO	AVECES	MUCHO	MUCHO MÁS
43	Seguro condón hombre para no pegar infección sexual y VIH/SIDA	NUNCA	POCO	AVECES	MUCHO	MUCHO MÁS
44	Dónde comprar o regalar condones	NUNCA	POCO	AVECES	MUCHO	MUCHO MÁS

<u>Cuánto platicas con tu mamá</u>						
45	Bueno y malo cuando hay relaciones sexuales	NUNCA	POCO	AVECES	MUCHO	MUCHO MÁS
46	Esperar después sexo	NUNCA	POCO	AVECES	MUCHO	MUCHO MÁS
47	Decir si o no cuando tener sexo	NUNCA	POCO	AVECES	MUCHO	MUCHO MÁS
48	No dejar otros a fuerza yo tener relaciones sexuales	NUNCA	POCO	AVECES	MUCHO	MUCHO MÁS
49	Que pasa embarazo	NUNCA	POCO	AVECES	MUCHO	MUCHO MÁS
50	Cómo cuidar para no embarazo	NUNCA	POCO	AVECES	MUCHO	MUCHO MÁS
51	Que pasa cuando aborto	NUNCA	POCO	AVECES	MUCHO	MUCHO MÁS
52	Dónde ir hacer aborto	NUNCA	POCO	AVECES	MUCHO	MUCHO MÁS

	<p><u>Cuánto platicas con tu mamá</u></p> 					
53	Cómo se pegan infecciones sexuales y VIH/SIDA	NUNCA	POCO	AVECES	MUCHO	MUCHO MÁS
54	Cómo saber que pasa tu cuerpo cuando hay infecciones sexual y VIH/SIDA	NUNCA	POCO	AVECES	MUCHO	MUCHO MÁS
55	Que pasa cuando pegan una infección sexual y VIH/SIDA	NUNCA	POCO	AVECES	MUCHO	MUCHO MÁS
56	Cómo cuidar futuro no infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA	NUNCA	POCO	AVECES	MUCHO	MUCHO MÁS
57	Diferentes métodos anticonceptivos, ejemplo pastillas no embarazo, condón, dispositivo...	NUNCA	POCO	AVECES	MUCHO	MUCHO MÁS
58	Pastillas no embarazo y la pastilla del día siguiente	NUNCA	POCO	AVECES	MUCHO	MUCHO MÁS
59	Condón mujer	NUNCA	POCO	AVECES	MUCHO	MUCHO MÁS
60	Cómo escoger métodos anticonceptivos, ejemplo cual usar, pastillas no embarazo, condón, dispositivo...	NUNCA	POCO	AVECES	MUCHO	MUCHO MÁS
61	Bueno y malo, métodos anticonceptivos, ejemplo pastillas no embarazo, condón, dispositivo...	NUNCA	POCO	AVECES	MUCHO	MUCHO MÁS
62	Como usar condón hombre	NUNCA	POCO	AVECES	MUCHO	MUCHO MÁS
63	Cómo usar condón mujer	NUNCA	POCO	AVECES	MUCHO	MUCHO MÁS
64	Seguro condón mujer para no pegar infección sexual y VIH/SIDA	NUNCA	POCO	AVECES	MUCHO	MUCHO MÁS

	<u>Cuánto platicas con tu mamá</u>					
65	Seguro condón hombre para no pegar infección sexual y VIH/SIDA	NUNCA	POCO	AVECES	MUCHO	MUCHO MÁS
66	Dónde comprar o regalar condones	NUNCA	POCO	AVECES	MUCHO	MUCHO MÁS

III) COMPORTAMIENTO SEXUAL

67. ¿Tú ya antes tener relaciones sexuales?

Sí ()

No ()

68. ¿Cuántos años cuando PRIMERO relación sexual? _____ (poner número)

Yo no tener relaciones sexuales todavía ()

69. ¿Cuál persona PRIMERO relación sexual?

Mi novio(a) ()

Amigo(a) ()

Familiar ()

No conocer persona ()

Yo no tener relaciones sexuales todavía ()

70. ¿PRIMERO relación sexual a fuerza?

Sí ()

No ()

Yo no tener relaciones sexuales todavía ()

71. ¿Tú pedir tener relación sexual?

Sí ()

No ()

- Yo no tener relaciones sexuales todavía ()
72. ¿Tú piensa dónde, cómo y cuando PRIMERO relación sexual?
- Sí ()
- No ()
- Yo no tener relaciones sexuales todavía ()
73. ¿Dónde PRIMERO relación sexual?
- Mi casa ()
- Casa de un amigo(a) ()
- Casa de mi novio(a) ()
- Hotel ()
- Casa familia ()
- Yo no tener relaciones sexuales todavía ()
74. ¿PRIMERO relación sexual tú usar método anticonceptivo, ejemplo: condón, pastilla no embarazo, dispositivo?
- Sí ()
- No ()
- Yo no tener relaciones sexuales todavía ()
75. Cuáles tú USAR PRIMERO relación sexual:
- | | | | |
|----------------------------|-----|---|-----|
| Nada | () | No eyacular en la pareja | () |
| Condón hombre | () | Sexo anal | () |
| Condón mujer | () | Otro | () |
| Pastillas para no embarazo | () | Yo no tener relaciones sexuales todavía | () |
| Pastilla del día siguiente | () | | |
76. ¿Cuántas veces tú tener sexo hasta ahorita? _____ (poner número)
- Yo no tener relaciones sexuales todavía ()
77. ¿Cuántas veces tú usar condón hasta ahorita? _____(poner número)
- Yo no tener relaciones sexuales todavía ()
78. ¿Cuántas relaciones sexuales tú tener últimos 3 meses _____(poner número)
- Yo no tener relaciones sexuales todavía ()

79. ¿Cuántas relaciones sexuales tú usar condón últimos 3 meses?
_____ (poner número)
Yo no tener relaciones sexuales todavía ()
80. Cuántas parejas (novio, esposo) para sexo tener hasta ahorita?
_____ (poner número)
Yo no tener relaciones sexuales todavía ()
81. ¿Tú tener sexo persona no conocer?
Sí ()
No ()
Yo no tener relaciones sexuales todavía ()
82. ¿Cuántas veces tener sexo otras personas NO novios o novias? _____ (poner número)
Yo no tener relaciones sexuales todavía ()
83. Cuántas veces sexo usar condón? _____ (poner número)
Yo no tener relaciones sexuales todavía ()
84. ¿Después de PRIMERO relación sexual tú tener sexo a fuerza?
Sí ()
No ()
Yo no tener relaciones sexuales todavía ()
85. ¿Tú ya antes embarazada o tú embarazar tu novia?
Sí ()
No ()
Yo no tener relaciones sexuales todavía ()
86. ¿Tú o tu novia ya ir aborto?
Sí ()
No ()
Yo no tener relaciones sexuales todavía ()

87. ¿Tú tener antes o ahora sexo homosexual?

Sí ()

No ()

Yo no tener relaciones sexuales todavía ()

88. ¿Tú ya antes o ahorita ir prueba para tu saber tener infección sexual?

Sí ()

No ()

89. ¿Tú antes tener infección sexual?

Sí ()

No ()

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN



APÉNDICE B

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO.

Propiedades psicométricas de la Escala de Comunicación Sexual con Padres (ECSP) dirigida a jóvenes con discapacidad auditiva.

No. de reactivo y factores de la escala	Carga factorial	Alfa de Cronbach
F1 Métodos anticonceptivos		0.95
19P Cómo usar el condón femenino	.866	
18P Cómo usar el condón masculino	.845	
16P Cómo elegir los métodos anticonceptivos	.792	
15P Condón femenino	.789	
20P Efectividad del condón femenino para evitar ITS	.776	
17P Ventajas y desventajas de métodos anticonceptivos	.766	
22P Dónde adquirir o comprar condones	.757	
21P Efectividad del condón masculino para evitar ITS	.748	
14P Pastillas anticonceptivas y pastilla del día siguiente	.730	
13P Métodos anticonceptivos	.661	
F2 Prevención de ITS/embarazo/aborto		0.95
11P Consecuencias de las ITS	.769	
9P Cómo se transmiten las ITS y VIH/SIDA	.764	
10P Cómo identificar los síntomas de las ITS	.758	
7P Qué pasa cuando se aborta	.757	
12P Cómo prevenir ITS	.715	
8P Dónde acudir para un aborto	.705	
5P Embarazo	.680	
6P Evitar embarazo	.592	
F3 Prevención de relaciones riesgosas		0.89
2P Posponer sexo	.841	
3P Decir NO cuando le proponen tener sexo	.836	
4P No dejar que lo obliguen tener sexo	.748	
1P Relaciones sexuales	.633	
Toda la escala		0.97

Propiedades psicométricas de la Escala de Comunicación Sexual con Madres (ECSM) dirigida a jóvenes con discapacidad auditiva.

	Carga	Alfa de
F1 Prevención de ITS/embarazo/abuso sexual		0.97
4M No dejar que obliguen tener sexo	.847	
7M Qué pasa cuando se aborta	.835	
5M Embarazo	.816	
6M Evitar embarazo	.815	
8M Dónde acudir para un aborto	.778	
3M Decir NO cuando proponen tener sexo	.776	
10M Cómo identificar los síntomas de las ITS	.764	
9M Cómo se transmiten las ITS y VIH/SIDA	.729	
11M Consecuencias de las ITS	.725	
1M Relaciones sexuales	.720	
2M Posponer sexo	.715	
12M Cómo prevenir ITS	.669	
F2 Métodos anticonceptivos		.097
22M Dónde adquirir o comprar condones	.856	
19M Cómo usar el condón femenino	.848	
18M Cómo usar el condón masculino	.812	
20M Efectividad del condón femenino para evitar ITS	.803	
21M Efectividad del condón masculino para evitar ITS	.795	
15M Condón femenino	.738	
13M Métodos anticonceptivos	.964	
17M Ventajas y desventajas de métodos anticonceptivos	.664	
16M Cómo elegir los métodos anticonceptivos	.650	
14M Pastillas anticonceptivas y pastilla del día siguiente	.616	
Toda la escala		0.98