



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Carrera de Licenciatura en Psicología



**“Comunicación con padres y comportamiento sexual en jóvenes
con discapacidad visual”**

Reporte de actividad de investigación que para obtener el título de

Licenciado en psicología

Presenta:

LUIS ANTONIO GUTIÉRREZ MENDOZA

Directora de tesis

Dra. Carmen Yolanda Guevara Benítez

Comité Dictaminador

Dra. Silvia Susana Robles Montijo

Lic. Irma Beatriz Frías Arroyo

Lic. Juan Pablo Rugerio Tapia

Dra. Susana Xóchitl Bárcena Gaona

Los Reyes, Iztacala, Edo. Mex. 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.

Tabla de contenido

RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I. INVESTIGACIONES SOBRE PROBLEMAS DE SALUD SEXUAL EN ADOLESCENTES.	6
1.1. Salud sexual de los adolescentes, embarazos, ITS y SIDA	6
1.2. Comunicación con padres	16
CAPÍTULO 2. DATOS SOBRE SALUD SEXUAL EN JÓVENES CON DISCAPACIDAD	19
2.1. Situación actual de los adolescentes con discapacidad	19
2.2. Salud sexual de los adolescentes con discapacidad y comportamientos sexuales de riesgo	21
2.3. Comunicación con padres de adolescentes con discapacidad.....	31
CAPÍTULO III. REPORTE ESPECÍFICO DE INVESTIGACIÓN	35
3.1 Planteamiento del problema	35
3.2 Objetivo general	36
3.3 Objetivos específicos	36
3.4 Hipótesis de investigación	36
RESULTADOS.....	41
DISCUSIÓN.....	58
REFERENCIAS.....	60

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue 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. Se identificaron las diferencias por sexo, por experiencia sexual y por tipo de discapacidad (ceguera o debilidad visual). El estudio se llevó a cabo con una muestra de 32 jóvenes con discapacidad visual, elegidos de dos instituciones educativas, un centro deportivo y una institución hospitalaria de la Ciudad de México, que atienden a personas con esta discapacidad. 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 reportó no haber debutado sexualmente, sin embargo, una proporción considerable de los participantes reportaron ser sexualmente activos. Entre estos últimos se encontró que un alto porcentaje de ellos no utilizaron ningún método anticonceptivo, y mostraron un patrón que puede considerarse de riesgo para su salud sexual. La frecuencia de comunicación con padres y madres fue muy baja en todos los participantes. Los datos permiten concluir que la poca comunicación de los jóvenes con sus padres sobre temas de sexualidad se asocia con patrones de conducta sexual de riesgo en los jóvenes con discapacidad visual. Se propone adaptar el instrumento para ser aplicado a través de una computadora personal, para poder hacerlo de manera más privada ya que muchos de los participantes no conocían la escritura braille, además de investigar el nivel de conocimiento de conductas de salud sexual del que disponen ambos padres, así como entender el contexto normativo con el que se rigen, para entender cuál es el motivo de la escasa comunicación en temas de sexualidad con sus hijos y así poder diseñar un taller de intervención.

Palabras claves: comunicación con padres, conducta sexual, discapacidad visual.

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. En el capítulo 1 se presenta la justificación y los antecedentes del protocolo general de investigación, así como sus objetivos y metodología. El capítulo 2 expone el resultado de la investigación bibliográfica que realicé, relacionada con los problemas de salud sexual en adolescentes, y la comunicación que establecen con sus padres. El capítulo 3 presenta una revisión de investigaciones disponibles, sobre los problemas de conducta sexual y comunicación con padres, relativos a jóvenes con discapacidad. En el capítulo 4 se presentan los objetivos y el método de la investigación específica realizada por mí, así como sus resultados. El capítulo 5 expone la discusión de los resultados del estudio específico y de los avances del proyecto general.

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, 2010a, 2010b). 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

“Comunicación con padres y comportamiento sexual en jóvenes con discapacidad visual”

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.

CAPÍTULO I. INVESTIGACIONES SOBRE PROBLEMAS DE SALUD SEXUAL EN ADOLESCENTES.

1.1. Salud sexual de los adolescentes, embarazos, ITS y SIDA

Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU, en 2009, citado en la United Nations Children's Fund, UNICEF, 2013) había en el mundo 1200 millones de adolescentes, con edades entre 10 y 19 años, abarcando el 18% de la población mundial; el 88% de ellos fueron ubicados en países en desarrollo, y más de la mitad de éstos en la región de Asia. Los países con más adolescentes son India, China y Estados Unidos. En México, según el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), en el 2012 había 31 millones de jóvenes, lo que representaba el 26.5% de la población del país.

Si se consideran los datos reportados por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012 citado en INEGI, 2013), de los adolescentes mexicanos de 12 a 19 años que han iniciado su vida sexual, 14.7% de los hombres y 33.4% de las mujeres no utilizaron ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual, por lo que puede decirse que están en situaciones de riesgo, principalmente las mujeres.

Para poder caracterizar los factores que pueden afectar los conocimientos sobre salud sexual de los adolescentes, y sus comportamientos de riesgo, el presente capítulo expone la revisión de diversas investigaciones realizadas sobre el tema.

Según el estudio llevado a cabo en Chile por González, Molina, Montero, Martínez y Leyton (2007), el rango de edad en el que los jóvenes inician su vida sexual se ubica entre los 12 a 19 años de edad, y el inicio temprano de la vida sexual está asociado a un mayor número de parejas sexuales a lo largo de la vida. A decir de estos autores, tal tendencia influye en la ocurrencia de comportamientos sexuales de riesgo y en la epidemiología del embarazo adolescente, como también en las infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH-SIDA. Un dato interesante de este

estudio es que el uso temprano y problemático del alcohol y otras drogas parece ser un factor fuertemente asociado al inicio de la actividad sexual temprana.

Otra investigación más reciente (González, Montero, Martínez, Mena, & Varas, 2010) fue realizada con el objetivo de estudiar los factores que influyen en el inicio de la actividad sexual en adolescentes chilenos, así como el contexto en el cual ocurre. La muestra fue compuesta por 117 adolescentes sexualmente activos, hombres y mujeres, con edades entre 14 y 19 años, reclutados en el Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA, 2007 citado en González, et al., 2010). Se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas, haciendo análisis temático de los datos reportados por los participantes. Entre los resultados destaca que el grado de control personal que tuvieron los jóvenes sobre los factores que condujeron a su primera experiencia sexual, determinó cómo se sintieron con esta experiencia. Aquellos/as que dijeron que había sido una buena experiencia fueron quienes demoraron el inicio sexual hasta que se sintieron cómodos/as con el momento y con la persona con quien debutaron sexualmente; aunque la mayor parte de éstos reportó sentimientos de culpa que marcaron el evento, porque habían transgredido las normas sociales. En contraste, quienes reportaron experiencias sexuales prematuras y no deseadas indicaron que la coerción de sus parejas y los efectos del alcohol fueron las razones que los llevaron a dicha experiencia sexual. Los autores concluyen que, especialmente en el caso de las jóvenes, el rol que juegan en la interacción con sus pares, el abuso de alcohol y la presión de la pareja, influyen fuertemente en la actividad sexual prematura y no deseada. Por ello, sugieren que las intervenciones educacionales debieran considerar estos aspectos para que tengan relevancia personal y el impacto pueda ser mayor en la postergación del inicio de la actividad sexual o en que ésta sea protegida.

La influencia del género sobre el comportamiento sexual ha sido documentado también por autores como Ateka y Selwyn (2007), quienes señalan que los jóvenes son aplaudidos por tener experiencias sexuales y ganan autoestima como resultado, mientras que de las chicas se espera que controlen o nieguen sus deseos sexuales, y cuando tienen sexo, generalmente resulta en autoestima disminuida. Al parecer,

estas diferencias empiezan a manifestarse bastante temprano en la vida. Un estudio llevado a cabo en el Reino Unido (Smith & Anderson, 2006, como se citó en Ateka & Selwyn, 2007), que analizó el desarrollo de valores sexuales y actitudes en niños de edades comprendidas entre 9 y 10 años, reveló que los chicos estaban más interesados en las relaciones sexuales, la anticoncepción y el aborto; en contraste, las chicas estaban más interesadas en las relaciones interpersonales y más consciente del dolor que puede ser causado por la pérdida de un niño en un aborto.

Ateka y Selwyn (2007) realizaron una investigación de tipo transversal comparativa, en alumnos que asistieron a escuelas secundarias públicas en la Ciudad de Houston. El estudio tuvo como objetivo observar los efectos de un programa de prevención de ITS y VIH/SIDA, por lo que se realizaron comparaciones entre los grupos de intervención y grupos de control (sin intervención), así como entre los participantes por sexo o género. Las principales variables para la comparación fueron nivel de interés y conocimiento del tema (ITS y VIH/SIDA), así como una serie de variables relacionadas con comportamiento sexual de riesgo. El tamaño de muestra fue de 430 adolescentes, 75 niños y 140 niñas en cada grupo, con una edad promedio de 15 años.

Los resultados de este estudio arrojaron una relación entre el género y el interés en el tema de ITS y VIH/SIDA, que fue significativamente mayor en los varones, en todos los subgrupos, excepto en el subgrupo étnico hispano. Ateka y Selwyn (2007) señalan que los hallazgos de su estudio confirman datos previamente publicados, como los contenidos en un informe que abarca los años 1991, 1993, 1995 y 1997, realizados en la misma ciudad, y que indican que las proporciones de jóvenes sexualmente activos fueron consistentemente más altas para los niños en comparación con las niñas. Las proporciones de niños que reportaron el uso del condón durante su última relación sexual también fueron consistentemente más altas. Patrones similares se registraron en la encuesta de comportamiento de riesgo juvenil 2005: 70% de niños reportó haber usado un preservativo durante su último encuentro sexual en comparación con el 55,9% de las niñas. La proporción de niños que reportaron haber tenido relaciones sexuales antes de la edad de 13 años fue más del doble que las niñas (8,8% contra 3,7%).

“Comunicación con padres y comportamiento sexual en jóvenes con discapacidad visual”

Lo anterior tiene relación con lo mencionado por Sánchez et. al. (2003), en el sentido de que la literatura reporta que los varones pueden tener mayores conocimientos sobre anticonceptivos, en especial sobre el uso del condón, en comparación con las mujeres. Y que, la mayoría de tales conocimientos, fueron obtenidos de sus pares. Según estos autores, se ha observado que los adolescentes que ven que sus pares practican sexo seguro tienen mayor probabilidad de hacer lo mismo, y que la educación a través de pares puede mejorar el conocimiento y reducir las conductas de riesgo, la frecuencia de relaciones sexuales y el número de compañeros sexuales.

Por tales motivos, Sánchez et al. (2003) se plantean como pregunta qué estrategia será la mejor: llevar a cabo educación sexual a través de pares o a través de profesionales de la salud. El objetivo de su estudio fue realizar una comparación de los efectos de un programa de educación por pares frente a la educación por profesionales de la salud en consultorios de planificación familiar de dos hospitales de Lima, Perú. Se seleccionó a 206 participantes femeninas que fueron entrevistadas y examinadas; de ellas, 159 (77,2%) regresaron a la visita de evaluación y fueron incluidas en el análisis; también participaron 10 enfermeras trabajadoras de los centros de salud y 10 adolescentes mujeres, quienes impartieron los talleres. El criterio de selección de las 10 adolescentes instructoras fue ser usuarias de los servicios de planificación familiar de ambos establecimientos de salud, y fueron elegidas por su capacidad de liderazgo, luego capacitadas por un total de 10 horas en temas de planificación familiar y prevención de ITS/VIH-SIDA.

Después de llevar a cabo la aplicación del programa de educación sexual con la población de adolescentes, se observó que no hubo diferencias significativas entre los grupos de educación por pares y los grupos que recibieron el programa de las profesionales de la salud (Sánchez et al., 2003).

Por su parte, Alvaré, Pastrana, Victores, Torres, Álvarez y Concepción (2011) realizaron un estudio para conocer la percepción del adolescente varón frente a las conductas sexuales de riesgo. El estudio fue descriptivo, transversal y cualitativo, y se realizó con 48 adolescentes varones de entre 15 y 18 años de edad en una escuela de química del Estado de México. La muestra fue intencional y se obtuvo en

forma operativa, ya que la maestra guía seleccionó a los alumnos. Las técnicas utilizadas fueron la entrevista a profundidad y los grupos focales, que se aplicaron con el consentimiento informado de los adolescentes. Se indagó acerca de la participación del varón en la anticoncepción, su responsabilidad respecto al uso de métodos anticonceptivos, su percepción del embarazo y el aborto de su compañera y su paternidad a esa edad.

Los resultados reportados por Alvaré et al. (2011) indicaron que el inicio de las relaciones sexuales fue a temprana edad, pues la mayoría de los adolescentes las había iniciado antes de los 16 años (promedio de 14.2 años), lo que coincidió con otras investigaciones realizadas en Cuba. La mayoría de los entrevistados reportó que su primera pareja sexual fue una mujer mayor, y que a ellas no les gustaba utilizar el preservativo. Profundizando en las entrevistas individuales, refirieron que no les gustaba usar el preservativo porque disminuía su placer sexual, sentían menos; dijeron que este asunto ya lo habían conversado con su pareja y que preferían que su pareja fuera una muchacha limpia o virgen. Durante los encuentros sexuales, la mayoría respondió que consumían alcohol y cigarrillos, a los que les siguieron consumo de drogas con alcohol.

En el caso del grupo de 15 y 16 años de edad, los participantes respondieron que no estaban preparados para ser padres y que dejaban el asunto del embarazo a las chicas y sus familias. Caso contrario en el grupo de 17 y 18 años, donde las respuestas indicaron que se protegían para evitar los embarazos y en el caso de presentarse se harían responsables (Alvaré et al., 2011).

Pick y Sirkin (2010, como se citó en Barrera & Pick, 2006) elaboraron un modelo explicativo que propone que la conducta sexual protegida en adolescentes se da como consecuencia de la adquisición de conocimientos claros y detallados sobre sexualidad, que incluyen clarificación de creencias conductuales y la facilitación de habilidades de toma de decisiones y comunicación asertiva con la pareja sexual. Dicho modelo se denominó Facilitación de Empoderamiento Agéntico (FENAE por sus siglas en inglés Framework for enabling agentic empowerment) y es la base de la investigación realizada por Barrera y Pick (2006) sobre conducta sexual protegida en adolescentes mexicanos, realizado con el objetivo de identificar predictores

psicosociales de conducta sexual protegida. Se trabajó con 262 hombres y 227 mujeres de la Ciudad de México, que cursaban el bachillerato en una institución privada. Los estudiantes fueron seleccionados de manera no probabilística, y su rango de edad osciló entre los 14 y 20 años. El 40% de los participantes reportó haber tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida, en tanto que el 60% restante nunca las había tenido; sólo se incluyeron los participantes con debut sexual, por tanto la muestra final quedó conformada por 113 hombres y 52 mujeres.

De la muestra elegida, el 58% reportó tener relaciones sexuales al momento de conducir la investigación, de los cuales 62% indicó tenerlas con una pareja sexual regular. Se utilizó un instrumento del que no se refiere el nombre, aunque la construcción y validación del instrumento que se utilizó para identificar los mejores predictores de conducta sexual protegida en adolescentes, formaron parte de la investigación. La elaboración y redacción de los reactivos que conformaron las subescalas del instrumento se llevó a cabo con base en una revisión de literatura especializada en el tema de salud sexual y reproductiva, y habilidades para la vida, incluyendo habilidades para la toma de decisiones, habilidades de comunicación asertiva con la pareja, conductas de comunicación asertiva con la pareja, conocimientos sobre sexualidad y creencias conductuales hacia la sexualidad. En el estudio se encontró que el mejor predictor de la conducta sexual protegida con la pareja sexual regular fue la habilidad de comunicación asertiva. Estos hallazgos coinciden con lo encontrado previamente en México y en otros países (Rickert, Sanghvi, & Wiemann, 2002, como se citó en Barrera & Pick, 2006). Con la pareja sexual ocasional se identificó que las creencias conductuales constituyen el factor que es el mejor predictor de conducta sexual protegida.

En el caso de no presentarse una conducta sexual protegida se pueden correr riesgos de salud, así como de embarazos no deseados. En la investigación realizada por Sáez, Sáez, Martín, Riera y Pérez (2010), denominada “El embarazo y sus riesgos en la adolescencia”, los autores mencionan que más del diez por ciento de los nacimientos que se registran anualmente en el mundo se producen en madres adolescentes. Bajo esa premisa, el objetivo del estudio fue contribuir a elevar el nivel de conocimiento sobre el embarazo y sus riesgos en la adolescencia, por lo que se

llevó a cabo una intervención educativa para contribuir a elevar el nivel de conocimiento sobre el embarazo y sus riesgos en adolescentes embarazadas, atendidas en el Policlínico Universitario “Tula Aguilera”, Municipio Camagüey, en Cuba, durante el año 2008.

La población fue de 97 adolescentes embarazadas, de las cuales se seleccionó una muestra de 70, aplicando un muestreo probabilístico al azar simple. El estudio tuvo tres etapas: diagnóstica, intervención y evaluación. En la primera, se explicó a las participantes las características del estudio. Posteriormente se les aplicó un formulario teniendo en cuenta las siguientes variables: Conocimiento sobre métodos anticonceptivos, riesgos biológicos del embarazo, riesgos psicológicos del embarazo y riesgos socio-económicos. Los módulos fueron elaborados a partir de los desconocimientos detectados en el sondeo inicial. La muestra se dividió en dos grupos de 35 adolescentes. En la etapa de intervención se elaboraron tres módulos de capacitación, que incluyeron técnicas participativas como discusiones grupales y juegos didácticos, que se realizaron en sesiones de dos horas de duración con cada grupo, dos veces a la semana, por un período de tres meses.

Antes de la intervención las adolescentes reconocieron algunos métodos anticonceptivos, 50% los dispositivos intrauterinos, 17.1% los inyectables y 15.7% los preservativos. Después de realizadas las clases, la segunda aplicación del cuestionario indicó que el 100% de las participantes fueron capaces de interiorizar y reconocer la importancia del preservativo, el 91% de la píldora, y los inyectables en un 51.4%.

Sobre los conocimientos acerca de los riesgos biológicos a que están expuestas, se detectó que, antes de la intervención, predominaba el desconocimiento de los riesgos que se presentan con el embarazo; constatándose que las únicas condiciones que se reconocieron fueron el desgarramiento del tracto vaginal, 38.5%, el bajo peso del recién nacido, 17.1%, el aborto, 14.2% y la hipertensión arterial en muy bajo porcentaje. Después de la intervención se mejoraron sustancialmente los resultados de conocimientos: en cuanto a los partos prematuros y los cuadros de hipertensión, en 100%; en cuanto a la rotura prematura de

membranas en un 97.1%, respecto al riesgo de aborto y de bajo peso del recién nacido, 92.8%, y sobre la anemia en un 90%.

Durante la aplicación inicial del cuestionario se observó en las encuestadas poco conocimiento acerca de los riesgos psicológicos a que están expuestas durante el embarazo. Sólo un porcentaje muy reducido reconoció problemas como las preocupaciones, (17.1%) y las frustraciones e infelicidad (14.2%). Después de realizar la segunda evaluación se observó un aumento en los conocimientos de este tema, reconociendo la posibilidad de que se presenten diferentes sentimientos y los complejos cambios psicológicos que pueden presentarse en el curso normal del embarazo. En la primera aplicación de la encuesta también se evidenció el desconocimiento con respecto a las consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia. Más de la mitad sólo reconocieron que su embarazo podría afectar las relaciones familiares o sus estudios, pero no identificaron posibles dificultades laborales, de alimentación, u otros. Después del programa educativo se pudo observar que casi la totalidad de las jóvenes embarazadas identificaron diferentes problemas que deben enfrentar (Sáez et al., 2010).

Otro estudio de intervención en el campo es el llevado a cabo por Rodríguez, Arnaiz, Herrera, Carmona y Oca (2009), pero en este caso se encaminó a la prevención de conductas sexuales de riesgo. La investigación fue denominada “Embarazo en la adolescencia: intervención educativa” y tuvo como objetivo demostrar la eficacia de la intervención educativa sobre el embarazo en la adolescencia. La población de estudio fue de 146 adolescentes de ambos sexos con edades entre 10 y 19 años. La recolección de datos se realizó a través de una encuesta con una serie de preguntas relacionadas con las variables: grupos de edad, el sexo, los antecedentes familiares de embarazo en la adolescencia, el número de partos y abortos, la estabilidad en las relaciones de pareja, la paridad, el uso de anticonceptivos orales, los dispositivos intrauterinos y los anticonceptivos inyectables, el uso del condón, el método del ritmo y coito interrumpido, el conocimiento sobre los factores de riesgo biológicos y psicosociales del embarazo en la adolescencia, y de los métodos anticonceptivos.

Posteriormente se realizó la intervención con una sesión a la semana, con duración de 4 horas, durante seis semanas; cada grupo dividido por rangos de 10-14 y 15-19 años. Según el grupo de edades y el sexo de los adolescentes el mayor número se encontró entre los 14-15 años con un total de 39%, siguieron los de 16-17 años para un 35,6 %.

La distribución de las adolescentes con antecedentes de abortos y partos mostró que el grupo de edad más afectado fue el de 14 a 17 años, con el 12%. Antes de la intervención, los adolescentes seleccionaban como método anticonceptivo el condón, tanto los del sexo femenino como los del masculino (32,2 % y 70,0 % respectivamente). Una vez aplicada la intervención, se incrementó el uso a 98.9% y 100% en cada grupo; en segundo lugar de frecuencia de uso se ubicaron los anticonceptivos orales, el 90,6% para el sexo femenino y para el sexo masculino el 84%. En cuanto al conocimiento de los factores de riesgo psicosociales del embarazo en la adolescencia, para ambos sexos se identificó como principal factor el agravamiento de la situación económica familiar (Rodríguez et al., 2009).

Otro de los temas que se han abordado para realizar una intervención con adolescentes es el relativo a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), dado que éstas se ubican entre los riesgos de iniciar tempranamente las relaciones sexuales. Fdragas (2012) realizó el estudio “Intervención sobre ITS/VIH/SIDA en adolescentes pertenecientes a dos consultorios del policlínico Plaza”, cuyo objetivo fue incrementar el nivel de información acerca de las enfermedades de transmisión sexual. Se realizó en una población de 70 adolescentes, 39 de sexo masculino y 31 de sexo femenino. Se les aplicó una encuesta que sirvió para valorar los conocimientos relacionados con la temática y posteriormente se les impartió un curso, durante un periodo de cuatro semanas, dividido en cuatro clases, utilizando técnicas participativas.

Al finalizar este periodo de intervención, se aplicó nuevamente la encuesta, con el objetivo de valorar la adquisición de conocimientos. Se analizaron las nociones que se tenían sobre ITS/VIH-SIDA. Antes de la intervención se encontró que los adolescentes del sexo masculino mostraban una noción mayor que las del sexo femenino (51,4 % y 41,4 %, respectivamente), la familia fue la fuente de obtención de la información más reconocida por los adolescentes (67,1 %), seguido

“Comunicación con padres y comportamiento sexual en jóvenes con discapacidad visual”

por las revistas (52,8 %). Se encontró un elevado nivel de información en cuanto al uso del condón, ya que 60 adolescentes respondieron afirmativamente antes de la intervención, lo que se logró elevar aún más después de ésta, para alcanzar el 100 % de los encuestados.

La eficacia del uso del condón por parte de los adolescentes, antes de la intervención fue considerada como aceptable (58,5 %) y después de la intervención se elevó al 100 % de los encuestados. En cuanto al nivel de información que tenían los adolescentes sobre las ITS/VIH/SIDA, en el estudio realizado se encontró que fue aceptable para un 92,8% antes de la intervención, lo cual muestra que existía información sobre el tema, debido al interés por parte de los adolescentes de encontrarse informados. Enfermedades como el VIH/SIDA, la sífilis y la gonorrea fueron las más identificadas por los adolescentes, antes y después de la intervención.

Fernández y Cuní (2010) llevaron a cabo otro programa de intervención, relacionado con las ITS. Los autores comentan que en Cuba se ha observado un incremento de las ITS en los adolescentes, relacionado a factores como el desarrollo del turismo, una maduración sexual más temprana, la ruptura de los antiguos patrones de conducta y una confianza excesiva en el tratamiento médico, aspectos que propician los comportamientos sexuales riesgosos. Su programa se denominó “Intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes” y tuvo como objetivo aumentar el nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual. La muestra fue conformada por 100 adolescentes con el rango de edad de 11 a 19 años, 54% mujeres y 46% hombres. Se analizó, por medio de un cuestionario, el conocimiento sobre la vía de adquisición de las ITS, sus síntomas y otros temas relacionados.

La muestra se dividió en cuatro grupos de 25 individuos. La intervención se realizó en dos meses, durante seis sesiones de trabajo, con una frecuencia de una vez por semana para cada grupo. Para la evaluación final se aplicó la misma encuesta inicial, una semana después de finalizar la intervención.

La evaluación aplicada al inicio del estudio indicó que los alumnos tuvieron errores al identificar el condiloma, la gadnerella, la clamidiasis y la trichomoniasis

como enfermedades venéreas (42 adolescentes), no así con el SIDA que, casi de forma unánime, se respondió correctamente desde el inicio. Ello, como es de suponer, se debe al despliegue de información que respecto a esta entidad se ha desarrollado en el mundo entero. Por esta evidencia es importante recalcar la difusión de temas de sexualidad con la familia y los padres.

1.2. Comunicación con padres

La investigación de Caricote (2008), realizada en Venezuela, fue titulada “Influencia de los padres en la educación sexual de los adolescentes”; tuvo como objetivo estimular la reflexión entre los padres y madres sobre conocimientos, prácticas y actitudes sexuales para orientar a sus hijos en el aprendizaje de su sexualidad. La investigación permitió afirmar que los padres/madres poseen deficiente y deformada información sexual.

Se observó que existen estereotipos de género, una desinformación sexual y pobre comunicación que repercute en el manejo inadecuado de la conducta sexual en los adolescentes. Desconocimiento de la sexualidad como integralidad, con tendencia a mirarla y acercarse a ella a través del sexo y el placer, o bien, como función reproductiva, acompañada de miedo, tabú y descalificación. Los autores también reportan que los padres muestran una tendencia a transferir a los docentes su responsabilidad como primeros educadores sexuales de sus hijos. Otros problemas relacionados son: presencia de estereotipos de género de tipo machista que ya vienen modelados por sus padres y que a su vez mantienen ese modelaje en sus hijos de una manera “natural”; deficiente comunicación entre padres e hijos, con una comunicación basada en el control y autoritarismo que provoca miedo, desconfianza y temor. Según Caricote (2008), esta deficiencia comunicativa también obedece, en parte, a la forma como los padres se comunicaban con sus respectivos padres. Se observó baja autoestima entre los padres y líderes de la comunidad. Desconocen cómo son vistos por sus hijos y no tienen conocimientos acerca del proceso de la pubertad y adolescencia por lo que no están preparados para manejarse frente a la adolescencia de sus hijos. Se aprecia una función paterna débil donde los padres tienden a creer que ellos no son tan importantes; de alguna

“Comunicación con padres y comportamiento sexual en jóvenes con discapacidad visual”

manera, las mujeres van suplantándolos en la dinámica hogareña reduciéndose su función a lo puramente material.

Domínguez (2011) informa aspectos similares al estudiar patrones sexuales en adolescentes cubanos, en la investigación “Influencia de la familia en la sexualidad adolescente”. El objetivo fue conocer el rol de la familia en la esfera sexual de los adolescentes, y la repercusión en la salud reproductiva. La muestra fue de 128 alumnos de secundaria, con edades de 14 y 15 años y sus respectivos padres, todos residentes en la barriada de Cayo Hueso. La investigación arrojó que el 69% de los adolescentes vive con uno de sus padres. El 52 % pertenece a una familia disfuncional y el 48% a familias funcionales. Todos los adolescentes pertenecientes a familias disfuncionales reportaron recibir escasa información sobre temas sexuales por parte de sus padres. En el 100% de los padres participantes se encontró que poseen elevados conocimientos sobre temas sexuales, pero no fue así en el 78% de los adolescentes estudiados. Según el 57% de los adolescentes, la comunicación con sus padres es inadecuada, aunque el 82% de los padres la consideraron adecuada. Las conclusiones del autor indican que el 47 % de los adolescentes se encuentra altamente expuesto a sufrir daños relacionados con la reproducción, pero sólo el 18% de los padres reconocieron que el comportamiento de sus hijos era riesgoso (Domínguez, 2011).

Barbón (2011) realizó un estudio descriptivo y transversal para determinar las principales fuentes de información sobre educación sexual que tienen los adolescentes estudiantes de enfermería del nivel básico de la escuela hospital Dr. Salvador Allende, en La Habana. Se seleccionó una muestra de 656 alumnos de primer y segundo años de enfermería, nivel básico, fundamentalmente adolescentes entre 14 y 15 años de edad, la información se obtuvo a través de una entrevista estructurada. Se determinaron las principales fuentes de información sobre educación sexual de los adolescentes. Las principales variables estudiadas fueron las fuentes de información sobre educación sexual, fuentes de preferencia para recibir educación sexual y la frecuencia de la comunicación con los padres sobre temas de sexualidad.

Se encontró que las principales vías por las cuales los adolescentes consideraron que recibían información sobre educación sexual para prevenir el embarazo fueron, en primer lugar, los medios de comunicación masiva, que correspondió al 92 % (604) de los encuestados. En segundo lugar los amigos, con el 70 % (456) y en tercer lugar los profesores (63,2 %). Los encuestados prefirieron recibir educación sexual preferentemente de la familia (93,75 %); en segundo lugar de los amigos (69,82 %) y en tercer lugar en la escuela (49,85). El 44 % escogió a la comunidad de los clubes y, por último, la literatura impresa, la cual alcanzó el 37% en la preferencia. Sólo el 12 % de los encuestados reportó comunicarse de manera frecuente con sus padres sobre los temas de sexualidad, el 57% reportó que lo hacía con poca frecuencia y el 30% que nunca lo hacía (Barbón, 2011).

En este punto es importante retomar los datos del INEGI (2013), que indican la existencia de 31 millones de jóvenes en México, y que un gran número de jóvenes de 12 a 19 años de edad han iniciado su vida sexual sin utilizar algún método anticonceptivo en su primera relación. Considerando los hallazgos de las investigaciones expuestas, es muy probable que los jóvenes mexicanos (al igual que los jóvenes participantes en las investigaciones descritas) se encuentren en diversas situaciones de riesgo. Dentro de los aspectos que inciden en la problemática cabe recalcar que, según lo reportado en la literatura, el inicio temprano de la vida sexual está asociado a un mayor número de parejas sexuales a lo largo de la vida y a mayor cantidad de conductas sexuales que ponen en riesgo la salud. También es importante considerar que los jóvenes son aplaudidos por tener experiencia sexual, mientras que de las chicas se espera que controlen o nieguen sus deseos sexuales, por lo que no es extraño que los jóvenes varones tengan más interés en el tema de las ITS y el VIH/SIDA, a pesar de lo cual son los adolescentes de 14 a 17 años en los que se pueden observar un gran número de embarazos no deseados y de abortos. Todos los factores de riesgo guardan una estrecha relación con la baja comunicación de los jóvenes con sus padres, en relación con temas sexuales; lo que a su vez está ligado a que generalmente los padres hablan con estereotipos de género, denotando una desinformación sexual. Considerando todo lo anterior, es poco alentador el panorama para los jóvenes que inician su vida sexual.

CAPÍTULO 2. DATOS SOBRE SALUD SEXUAL EN JÓVENES CON DISCAPACIDAD

2.1. Situación actual de los adolescentes con discapacidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2011, señala que la discapacidad forma parte de la condición humana: casi todas las personas sufrirán algún tipo de discapacidad transitoria o permanente en algún momento de su vida. Según la Encuesta Mundial de Salud, cerca de 785 millones de personas (15,6%) de más de 15 años viven con una discapacidad. Para la UNICEF (2013), en esa condición se encuentran alrededor de 93 millones de niños “1 de cada 20 niños menores de 14 años vive con alguna discapacidad” (p.2.)

La Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH, 2012, en INEGI 2013) reporta que, en México, 6.6% de la población presenta alguna discapacidad para caminar, ver, escuchar, hablar o comunicarse, poner atención o aprender, y en el cuidado personal. Mientras que los jóvenes representan el 7.6% de la población total con discapacidad. Las entidades federativas más pobladas (Estado de México, Distrito Federal, Jalisco y Nuevo León) presentan también mayor cantidad de personas con discapacidad, pero en proporción al tamaño de su población los estados con mayor cantidad de personas con discapacidad son Tabasco, Oaxaca, Yucatán y Nayarit, con porcentajes cercanos o por arriba del 10% (p.1.).

En cuanto al tipo y causa de discapacidad, los problemas para caminar son el tipo de discapacidad de mayor presencia (57.5%), seguido de las dificultades para ver (32.5%), oír (16.5%), hablar o comunicarse (8.6%), mental (8.1%), atender el cuidado personal (7.9%) y, finalmente, poner atención (6.5 %).

Bolt (2007) describe que la terminología utilizada históricamente para referirse a las personas con discapacidad ha pasado por diversas etapas para llegar a los términos “políticamente correctos”.

La primera etapa fue la llamada “capacitismo”, cuya etimología hace referencia a la capacidad de la persona para realizar tareas. Aquí se solía llamar a las personas como incapacitados, cuando alguna condición médica generaba una discapacidad. El

caso particular de las personas con discapacidad visual es ilustrativo. En esta etapa se les denominaba “ciegos”. Según Bolt (2007) el término tiene su origen en la consideración de que la sociedad en que nos desenvolvemos está totalmente dominada sensorialmente por la vista, a lo cual se le llama “oculocentrismo”, y dentro de dicho paradigma “ceguera” significa obscuridad, falta de conocimiento, falta de visión. Esa analogía de la palabra ceguera (condición visual) con la acepción social de “vivir en la obscuridad” y “fuera del conocimiento”, implicaba estereotipos. Después se consideró que la palabra “ciego” tenía muchas connotaciones que no guardan relación intrínseca con la discapacidad visual, y que es una manera de excluir a la persona con estas características, por no poder ver. En suma, se consideró que denominarlos ciegos era una manera de discriminación social.

La segunda etapa fue la de minusvalía, en que se intentó no dar una connotación que sonara discriminativa. La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió una minusvalía como “una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que le limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso” (como se citó en Bolt, 2007). Como es evidente, el enfoque siguió estando centrado en una característica inherente a la persona, característica que lo vuelve “minusválido”, etimológicamente “de menor valía”. A las personas con discapacidad visual se les denominó “invidentes”, nuevamente con base en un modelo de deficiencia personal, donde las personas “normales” eran consideradas “videntes”. En suma, las connotaciones discriminatorias continuaron.

La tercera etapa, de la discapacidad, pretende romper con la ideología y el modelo social que estuvo vigente tantos años. El concepto de discapacidad permite reconocer que si las personas no pueden tener un funcionamiento pleno en la sociedad, no sólo se debe a sus características personales, sino también a que en el ambiente social se requiere realizar ajustes para su integración. En teoría, la palabra “discapacidad” es el término políticamente correcto, pero es importante ver cómo se define. Según expone Bolt (2007), la OMS siguió poniendo énfasis en las carencias individuales, al definir: “la deficiencia es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica; discapacidad es toda

“Comunicación con padres y comportamiento sexual en jóvenes con discapacidad visual”

restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano”.

Dicha definición de la OMS se topó con la resistencia proveniente de la Organización Mundial de Personas Discapacitadas (OMPD), que definió “deficiencia” como una limitación funcional consecuencia de una discapacidad física, psíquica o sensorial. Y, lo más importante, definió “discapacidad” como “la pérdida o limitación de las oportunidades de participar en la vida normal de la comunidad, debido a barreras físicas y sociales”, definición que reconoce el potencial de progreso ligado a la eliminación de barreras, en vez de limitarse a una posible cura o rehabilitación, planteando una relación causal entre sociedad y discapacidad, en vez de entre deficiencia y discapacidad. El término discapacidad, además de ser el que a la fecha se considera políticamente correcto, es también reconocido como símbolo de identidad dentro de la comunidad de personas que viven en discapacidad.

2.2. Salud sexual de los adolescentes con discapacidad y comportamientos sexuales de riesgo

La población con discapacidad generalmente se considera una población vulnerable, pero es particularmente vulnerable cuando además es adolescente. García y Nastrib (2011) plantean que uno de los problemas de esta población se relaciona con la negación de la naturaleza sexual del individuo con discapacidad, por parte de la sociedad y la familia, ante la creencia generalizada de que no son sexualmente activos. Aunado a lo anterior, se pueden presentar problemas relacionados con las alteraciones que limitan sus oportunidades sociales y sexuales.

García y Nastrib enfatizan la importancia de la información y la educación, en relación con la afectividad y sexualidad de los jóvenes con discapacidad, dado que son las vías para desarrollar una responsabilidad individual frente a la actividad sexual y sus implicaciones. La información, la educación y la reflexión sobre la

sexualidad ligada a los afectos y valores, puede conducir a estos jóvenes a ser protagonistas de sus propias decisiones y responsables de sus consecuencias.

El estudio de García y Nastrib (2011) tuvo como objetivo estudiar la sexualidad en adolescentes con discapacidades motrices. Señalan que estos jóvenes se enfrentan a un gran número de problemas que el resto de los adolescentes no imagina, y agregan que esa realidad no se debe minimizar o negar. Los adolescentes con discapacidad aspiran a una sexualidad igual a la de los jóvenes de su edad y tienen sus mismas necesidades, pero para satisfacerlas necesitan ayuda. Carecen de intimidad, ya que sus cuerpos están desde edades muy tempranas en manos de otros: sus padres, médicos y fisiatras. Generalmente, no se habla con ellos sobre sexualidad, tanto por falta de información y entrenamiento, como por inhibiciones del paciente y de los mismos profesionales.

Los hallazgos de la investigación señalan que la información que adquieren los chicos sobre sexualidad proviene en más del 60% de sus compañeros. Muchos relatan sus fantasías como si no tuvieran discapacidad, lo cual aumenta en el oyente la ansiedad y el aislamiento al compararlo con su propia realidad. En el 27% de los casos, la información sexual que reciben proviene de integrantes del equipo de rehabilitación, y en el 11% es aportada por los médicos, quienes generalmente hablan de anatomía y fisiología sexual, pero no de sexualidad. El 2% restante se resigna a ser autodidacta.

La actitud del adolescente hacia su deficiencia probablemente refleje la actitud de los adultos que lo rodean, en particular sus padres. Si éstos están angustiados o avergonzados, él también lo estará. Si los padres encaran en forma objetiva y madura la discapacidad es más probable que el joven sea capaz de aceptarla. La mayoría de los adolescentes debe aprender, por ensayo y error, las actitudes de acercamiento, seducción, conquista, y superar las barreras que los separan de los demás. Los principales obstáculos serán la autopercepción negativa y emociones negativas (vergüenza, enojo, culpa).

En el año 2000, la Asociación Mundial de Sexología definió: "Salud sexual es la experiencia del proceso continuado de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad" (como se citó en Brunnberg, Boström y

Berglund, 2009). Ésta se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso, personal y social. No se trata de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Los derechos sexuales de las personas se deben reconocer y garantizar como parte de los derechos humanos universales basados en la libertad, la dignidad y la igualdad.

La sexualidad es dinámica, se construye, se aprende. Cada milímetro de nuestra piel es capaz de brindar sensaciones placenteras siempre que éstas se encuentren inscriptas a nivel cerebral como erógenas (mapas) y se haya realizado un aprendizaje por medio del auto estimulación que prepara para un encuentro sexual satisfactorio. La aceptación del cuerpo resulta un proceso difícil para cualquier persona en esta sociedad y en la adolescencia es especialmente complicado cuando no se lo realiza desde la normalidad. El tema de la sexualidad se debe incluir, desde el comienzo de la rehabilitación, como una actividad normal en el contexto de otros problemas, respetando los tiempos del adolescente y no los de los profesionales. A veces, una atención focalizada en los demás problemas es una excusa para no comprometerse con el tema de la sexualidad.

Brunnberg et al. (2009) estudian la sexualidad de las niñas y niños de entre 15 y 16 años, con y sin discapacidades. Describen que la situación y edad del inicio sexual se rigen por una serie de factores relacionados con el deseo de la persona, y otros aspectos como autoestima, desarrollo físico, atractivo, etcétera; pero también se relacionan con factores ambientales físicos, sociales y actitudinales. El momento de la primera relación sexual puede ser variado y en él pueden influir actitudes de los padres y los amigos. Esto se debe a que, en la cultura occidental, la discapacidad se basa en una concepción del cuerpo, que comienza con la idea de que hay una oposición entre el cuerpo funcional y el cuerpo disfuncional. Por eso se considera que estos jóvenes están excluidos de la competencia reproductiva y no son capaces de tener conductas de autocuidado

Sin embargo, esta idea de las personas con discapacidad como ser asexual no es apoyada por la evidencia empírica. Suris et al. (1996, como se citó en Brunnberg et al., 2009), estudió una muestra de más de 36 000 estudiantes, de los 7

a los 12 años de edad; los resultados indicaron que los estudiantes con discapacidades no difirieron en cuanto a la edad de inicio de la vida sexual.

Con tales antecedentes, Brunnberg et al. (2009) se plantearon como objetivo de investigación comparar niños y niñas de entre 15 y 16 años de edad, en la localidad de Örebro, Suecia. La comparación se realizó con base en las respuestas que dieron los participantes, en un cuestionario que evaluó haber iniciado o no una vida sexual, y la edad de inicio, en su caso; también se recopilaron datos sobre discapacidad, salud mental, uso de sustancias y rendimiento escolar. Los estudiantes participaron de manera voluntaria y anónima. El cuestionario constó de 87 preguntas y el análisis incluyó contexto social y familia, síntomas de salud mental y física, tabaquismo, alcohol y drogas, así como relaciones sexuales y escuela.

Participaron 3 084 estudiantes, que asistían a clases en una escuela regular, 97% respondió a la pregunta sobre el debut sexual y 92% respondió a las preguntas sobre discapacidad. Los resultados arrojaron que fue mayor la proporción de los participantes con discapacidad que habían iniciado su vida sexual, en comparación con los que no tenían discapacidad. En los participantes sin discapacidad se dio una proporción de 38% para las participantes femeninas y 34% para participantes de sexo masculino, que reportaron haber tenido debut sexual; en los participantes con discapacidad la proporción fue de 44% y 38%, respectivamente. En general, aquellos que reportaron experiencia sexual también informaron tasas más elevadas de síntomas físicos y mentales, uso de tabaco, alcohol y drogas, así como problemas con el rendimiento escolar en comparación con los otros. Lo cual ocurrió en estudiantes con y sin discapacidad.

Gómez (2011) menciona que una de las causas de los problemas que se relacionan con la sexualidad está en la carencia de información adecuada, lo cual ocurre de manera generalizada. Pero si a ello se le agrega la situación de discapacidad, las complicaciones pueden ser muy grandes para los adolescentes. En su estudio sobre comportamiento sexual entre estudiantes sordos de secundaria, realizado en Filipinas, este autor describió una serie de temas de sexualidad que, si no son debidamente tratados, pueden causar problemas médicos, emocionales y

sociales. Entre tales temas ubicó qué comprenden por sexo los adolescentes sordos, qué factores impulsaron sus actividades sexuales y la naturaleza de éstas.

El estudio de Gómez identificó el comportamiento sexual entre los estudiantes seleccionados, a través de la narración de sus experiencias sexuales y presenta su nivel de comprensión sobre cuestiones relacionadas con el sexo. Todos los participantes se consideraban a sí mismos como personas sordas que usan lenguaje de señas como un medio de comunicación. Se ofrecieron a participar en esta investigación. Su rango de edad fue de entre 16 y 26 años. Los participantes provenían de secundaria. Sus identidades fueron codificadas como participante 1, 2 y así sucesivamente. Había 5 hombres y 5 mujeres participantes. Inicialmente, había 30 estudiantes que informaron tener experiencias sexuales. Sin embargo, cuando fueron sondeados por sus maestros, sólo 10 habían tenido contacto sexual. Los otros participantes que fueron excluidos sólo tenían experiencia viendo películas pornográficas.

Específicamente, la pregunta que se les hizo a los alumnos fue “¿cómo definir el sexo?”. Después de la pregunta, algunos participantes respondieron rápidamente. Sin embargo, hubo algunos encuestados que no entendía la pregunta. Y respondieron preguntando “¿qué es sexo?” Además, en esta pregunta, la palabra sexo fue expresada con ambas manos en el lenguaje de señas para sordos (“V-shape” una mano encima de la otra mientras la mano derecha se mueve arriba y abajo; este signo simboliza sexo, porque esta pregunta se refiere a las relaciones sexuales y no de género). Casi todos los participantes dijeron que el sexo se refería al coito o penetración. Simbolizaron las relaciones con las dos manos en posición V uno encima del otro. Por otro lado, firmaron la penetración con tener todos los dedos de la mano izquierda, formando una O y con el dedo índice insertarla para ilustrar la penetración del pene.

En cuanto a la edad de inicio de la vida sexual, la pregunta fue representada como: “edad empezar sexo”. Esta pregunta se transcribe como “¿A qué edad empezaste a tener sexo?” Se observó que los participantes narraron historias de sus primeros encuentros sexuales. Excepto el participante 7, todos los demás reportaron haber tenido sexo con otra persona. La participante 6 afirmó que ella había tenido

sexo “incompleto” cuando su prima le estimuló desde la cabeza hasta la cintura. En el caso de la participante 3, dijo que su prima empezó a acariciarla dentro del baño, que inicialmente ella odiaba lo que le pasó y luego, con el tiempo, empezó a disfrutar de lo que hizo su prima; ella dijo que tenía sentimientos de culpabilidad porque estaba disfrutando del sexo, que cuando la trasladaron a residencia, ella quiso tener la misma experiencia y entonces empezó a tener relaciones sexuales con sus novios sordos. La Participante 4 tenía 25 años de edad cuando tuvo su primera experiencia sexual con su novio; dijo que ella no quería tener sexo todavía, pero que él insistió.

La participante 5, por el contrario, tuvo su primera relación sexual porque su primo la forzó, cuando vivía en su provincia; su primo inicialmente acariciaba sus pechos y después de algún tiempo no estaba satisfecho con sólo estimularle, que un día a arrastró a la habitación y la obligó a tener sexo con él; al principio fue doloroso, pero el incidente fue repetido y que cada vez sentía una sensación diferente. Cuando denunció el incidente a su madre, ella le dijo que debía mantenerlo en secreto, y la trasladaron a la residencia para que dejara de sufrir abuso sexual. Sin embargo, ella continuó a teniendo relaciones sexuales con los novios sordos que tenía.

Todos los participantes encuestados de sexo masculinos informaron haber tenido su primer encuentro sexual con un hombre mayor (descrito con las manos como gay mayor, que se transcribe como persona mayor con la orientación del mismo sexo). Aunque en lugares diferentes (algunos en la calle, en su provincia, o en la casa de un hombre con orientación homosexual). Los encuentros sexuales de los participantes incluyeron desde simple masturbación hasta penetración.

La participante 7 fue la única del grupo que reportó usar la masturbación como su única forma de actividad sexual. Ella dijo que lo hace al ver películas pornográficas, y que empezó a masturbarse cuando fue invitada por su madre a ver películas pornográficas juntas, quien le ordenó “no le digas a nadie lo que vimos”. Por esto, ella encontró placer en acariciarse a sí misma.

El sexo con un desconocido también fue reportado. El Participante 8 dijo que tuvo sexo con una prostituta, que era bailarina en un club; comento que “la bailarina era hermosa”, y un día él siguió a esta hermosa chica hasta su hogar, entraron en su casa y ella se desnudó, lo besó y lo desnudó y tuvieron sexo en diferentes

posiciones. El Participante 1 dijo que tuvo sexo durante unas vacaciones que pasó en la provincia, cuando sus padres estaban fuera y una mujer se le acercó y empezó a besarlo; eventualmente tuvieron relaciones sexuales completas en el granero.

Los participantes dijeron que su actividad sexual implica besar y tocar, hacían estas actividades antes de la cópula real. A veces, terminaban viendo una película pornográfica, y el sexo oral fue realizado por seis participantes del estudio. Dijeron que usan su lengua y algunos de ellos hicieron un gesto simulando un movimiento de estar comiendo. Sólo un participante dijo que a veces usa un condón. El sexo anal fue reportado por varias participantes de sexo femenino, como una manera de evitar embarazo, indicaron "Sí, es doloroso pero lo disfrutamos. No saldremos embarazadas". Agregaron que "con condón, no satisface". Ante la pregunta ¿no estás enfermo? que se transcribe como "¿no tiene miedo de enfermarse?", los encuestados femeninos afirmaron "limpio, fuerte" que significa que sus parejas no tienen enfermedades porque son fuertes. También los participantes masculinos confiaron que no les gusta usar condones porque les dificultan el placer.

Kef y Bos (2006) reportan un estudio con el nombre “¿Es amor ciego? Comportamiento sexual y ajuste psicológico de los adolescentes con ceguera”; refieren que pocos son los estudios sobre la sexualidad de los adolescentes con discapacidad, en relación con su conocimiento sobre temas sexuales, su educación sexual, creencias y comportamientos. Mencionan que, entre los pocos estudios sobre el tema de la sexualidad con personas que viven en discapacidad, la mayoría incluyen jóvenes con discapacidad física y que los resultados no son constantes en relación con el grado al que los adolescentes con discapacidades físicas participan en comportamientos sexuales. Estudios recientes sobre sexualidad y calidad de vida entre los adultos jóvenes con una discapacidad física ilustran la frecuencia relativamente baja de interacciones sexuales, particularmente formas más íntimas de interacción sexual. Lo que sí se sabe es que los jóvenes con una discapacidad física reportaron sufrir problemas sexuales, dado el hecho de que estos adolescentes son a menudo aislados de otros de su edad y que, como consecuencia, esto puede conducir a una falta de oportunidades para aprender acerca de la sexualidad o para participar en actividades sociales o experiencias sexuales.

Kef y Bos (2006) agregan que los reportes de estudios previos indican que, en términos generales, los adolescentes con discapacidad visual experimentan más dificultades y riesgos en sus relaciones con sus compañeros, pero que hace falta contar con más información sobre sus experiencias con la sexualidad y la relación de éstas con su ajuste psicológico. El primer objetivo de su estudio fue describir los aspectos de educación sexual, comportamiento sexual y ajuste psicológico de adolescentes holandeses que son ciegos. El segundo objetivo del estudio fue explorar las diferencias entre los subgrupos dentro de la muestra, de acuerdo a variables como sexo de los participantes, diferentes situaciones de vida, antecedentes de educación integrada y tiempo de aparición de la discapacidad visual. En tercer lugar, se investigaron las relaciones de conocimiento sexual con aspectos del comportamiento sexual y los indicadores de ajuste psicológico como la autoestima y la aceptación de la discapacidad, y las relaciones entre los indicadores de ajuste psicológico y variables de comportamiento sexual.

Este estudio se llevó a cabo en cooperación con la Federación Holandesa de Padres de Niños con Impedimentos Visuales (FOVIG), la muestra inicial estuvo compuesta por 800 adolescentes entre 14 y 24 años de edad con ceguera o baja visión, de ellos, 316 accedieron a participar, y se seleccionaron 46 para participar en el estudio sobre la sexualidad y la ceguera, por ser quienes saben el sistema de escritura Braille. La edad promedio de esta muestra fue de 21,2 años, 16 de sexo femenino y 20 de masculino; la mayoría (75%) eran ciegos como resultado de un desorden congénito. Sólo una minoría (22%) de los participantes vivía en un Instituto, 86% había seguido siempre o a veces en los servicios de educación especial. No hubo diferencias en estas características demográficas entre chicos y chicas.

Se recogieron datos mediante entrevistas usando una laptop, porque ello facilita la recopilación de datos sobre temas sensibles. Se realizaron entrevistas piloto para probar los procedimientos. Los entrevistadores fueron alumnos de psicología, que asistieron a un programa de formación en la Universidad, a continuación, visitaban a los participantes en sus hogares y realizaron una entrevista personal asistida por computadora (CAPI). Algunos participantes prefirieron ser entrevistados por teléfono sin la presencia de otras personas.

Los resultados muestran que el 92% de los participantes sentían que tienen suficiente información sobre la sexualidad. Cuando los adolescentes ciegos quieren información sobre sexualidad recurren sobre todo a sus padres (33,3%) y a los medios de comunicación (por ejemplo, internet y televisión o libros) (30,6%). Sólo el 19,4% de los adolescentes entrevistados ciegos recurrían a algún amigo cuando deseaban tener información acerca de la sexualidad. Casi todos los encuestados (94,4%) informaron que alguna vez habían estado enamorados. La mayoría de ellos (75%) también había tenido citas románticas. Del grupo total 86.1% había tenido menos de dos parejas sexuales y 13,9% tenía más de dos parejas; 57.7% eran menores de 16,5 años de edad cuando tuvieron su primera cita romántica y 42,3% eran mayores de 16,5. Doce participantes no quisieron responder a la pregunta sobre si tenían experiencia con las relaciones sexuales. De los restantes 24 adolescentes, 54,2% (N = 13) respondió que tenían experiencia sexuales. De ellos, 53,8% eran menores de edad cuando tuvieron sus primeras relaciones sexuales y 46,2% eran mayores de 18 años al momento de su primer contacto sexual.

Kef y Bos (2006) reportan también que los participantes de su estudio informaron una alta autoestima y un alto nivel de aceptación de la discapacidad. Se encontraron diferencias significativas entre participantes masculinos y femeninos, en la variable autoestima. Se encontró una diferencia significativa para la situación de la educación: los participantes que siempre asisten a educación regular informaron puntuaciones más altas de la autoestima que los participantes que asisten a educación especial.

Pinquar y Pfeiffer (2011) mencionan que, además de las experiencias sexuales, es importante estudiar las relaciones personales que juegan un importante papel en la vida de los adolescentes. Sobre tales bases, llevan a cabo su estudio denominado “Lo esencial es invisible a los ojos: relaciones íntimas de los adolescentes con discapacidad visual”. Mencionan que los adolescentes con discapacidad visual pueden tener más dificultades con el desarrollo de relaciones íntimas que sus pares sin discapacidad; que tienen menos oportunidades para formar relaciones románticas y que a menudo encuentran reacciones negativas de sus compañeros en cuanto a atractivo físico y su idoneidad como compañero.

Estos autores señalan que, en estudios previos se ha reportado que los adolescentes con discapacidad visual parecen tener menos oportunidades de citas que los jóvenes videntes, puede ser más difícil para ellos encontrar a alguien que satisfaga sus necesidades. Además, la debilidad visual puede afectar la calidad de la comunicación con la pareja romántica. Estos factores pueden conducir a la baja calidad de la relación íntima. De hecho, la baja calidad en las relaciones y las tasas de divorcio más altas se han observado en adultos mayores con discapacidad visual. Además, los jóvenes con discapacidad visual toman más tiempo para encontrar a una pareja romántica.

El estudio de Pinquar y Pfeiffer (2011) incluyó estudiantes de seis escuelas secundarias que incorporaron jóvenes con discapacidad visual. Su muestra fue de 712 adolescentes; 180 de ellos eran jóvenes con discapacidad visual, 63 adolescentes con discapacidad visual eran ciegos (agudeza visual inferior a pérdida del campo visual de 20/400, o correspondientes a menos de 10, en el mejor ojo con la mejor corrección posible) y los otros tenían baja visión (que es la agudeza visual de menos de 20/60, pero igual o de pérdida del campo visual de 20/200 o correspondiente, en el mejor ojo con la mejor corrección posible).

Los hallazgos de estos autores indicaron que los jóvenes con discapacidad visual experimentaron su primera relación romántica antes que sus pares videntes, sin embargo, los dos grupos no difirieron en el momento de la primera relación sexual. El atractivo físico y recursos materiales de parejas potenciales eran más importantes para la selección de pareja para los adolescentes videntes que para sus compañeros con discapacidad visual. Además, ambos grupos reportaron una calidad similar de su relación íntima. Sin embargo (coincidiendo con estudios anteriores) los resultados indican que algunos adolescentes con discapacidad visual pueden tener problemas para obtener citas, porque la debilidad visual restringe el uso de los sitios para citas que son típicos para adolescentes sin discapacidad, tales como pubs.

Se encontraron algunos indicios de que los adolescentes varones con discapacidad visual tardan más tiempo en encontrar pareja, en comparación con sus pares femeninas. Las diferencias de género se redujeron probablemente por el hecho de que la mayoría de los adolescentes con discapacidad visual había formado

relaciones románticas con compañeros que también eran invidentes. De manera similar a investigaciones previas con ciegos adultos, se encontró que el atractivo físico y los recursos materiales jugaron un papel menor para los adolescentes con discapacidad visual que para sus pares sin discapacidad. Los jóvenes con discapacidad visual le prestan mayor importancia a los "valores internos" y consideran que "lo esencial es invisible a los ojos". Respecto a este tema, la madurez emocional de la pareja fue el aspecto de mayor importancia para los adolescentes con y sin discapacidad visual.

También se encontró que se le concedía menor importancia a la atracción física en el caso de los adolescentes ciegos que en las personas con baja visión. Probablemente, este resultado indica que los estudiantes con baja visión tenían suficientes habilidades visuales para percibir el atractivo de los compañeros, aunque todos los encuestados tenían niveles graves de pérdida de la visión. La calidad de las relaciones íntimas no difirió entre adolescentes con y sin discapacidad visual. Según los autores, la discrepancia de este dato con los resultados de estudios previos con adultos de más edad, puede explicarse porque los adultos mayores tenían pérdida de la visión relacionada con la edad, y una pérdida de visión emergente puede tener efectos más negativos sobre la calidad de la relación que la debilitación visual que ya existía antes de formar la relación.

2.3. Comunicación con padres de adolescentes con discapacidad

La necesidad e importancia social de la educación sexual son mayores en las personas con discapacidad. Generalmente las actitudes negativas de los padres frente a la sexualidad de su hijo con discapacidad se derivan de los miedos de recibir malos juicios por parte de su grupo social, a consecuencia de las manifestaciones sexuales de sus descendientes. Por eso, en la mayoría de los casos, los padres niegan la existencia de la sexualidad de sus hijos y los conciben como seres asexuados o como eternos niños, como seres incapaces de percibir placer y de ser responsable de su salud sexual.

Cortéz y Loeza (2004) realizaron un estudio que tuvo como objetivo analizar las actitudes de los padres ante la educación sexual de sus hijos con discapacidad intelectual. Examinaron la problemática de la educación sexual expuesta en los discursos de un grupo de padres de familia asistentes a un taller de sexualidad para personas con discapacidad; el método utilizado fue el análisis de contenido, ya que el propósito fue dar respuestas a cuestiones centradas en la interacción verbal, los contenidos y las formas del diálogo de los padres con sus hijos sobre temas de educación sexual.

La investigación se realizó con 10 padres de familia (nueve mujeres y un hombre), quienes participaron en el taller de sexualidad. Sus edades estuvieron entre los 47 y los 60 años, y su nivel socioeconómico fue medio bajo, el 90% estaban casados y el 10% restante refirió estar separado.

A través del método de análisis de contenido se estudiaron las intervenciones de los padres de familia durante el taller de sexualidad. Dentro de la concepción de sexualidad expuesta por los padres de familia, las principales palabras que expresaron, se refirieron a aspectos de tipo biológico, afectivo y cultural. Las mujeres indicaron que no existe ninguna diferencia a nivel biológico, pero sí hay distinción en los ámbitos cognoscitivo y social, porque en el caso de las personas con discapacidad en ocasiones no pueden externar lo que desean o sienten; además de ser relegadas por la sociedad al considerar que no tienen la capacidad de ejercer la sexualidad responsablemente.

Durante el taller, la mayoría de las madres de familia destacaron entre sus principales preocupaciones: “¿cuándo sus hijos realizarán el acto sexual (penetración)?”, y si “¿es posible que puedan sobrevivir sin llevarlo a cabo?”. Una situación que provoca angustia es saber que ellos “como padres ya se realizaron”, están casados y han “sentido esa satisfacción de mantener relaciones sexuales con su pareja”, por lo que no logran comprender las necesidades sexuales de sus hijos. Indican que “actualmente dichas necesidades se mantienen dormidas o reprimidas y quizás al proporcionarles educación sexual los estimulen a interesarse por este aspecto”.

“Comunicación con padres y comportamiento sexual en jóvenes con discapacidad visual”

En cuanto a las alternativas para satisfacer los requerimientos sexuales de sus hijos y la necesidad de estar con alguien, el padre de familia señaló que una opción sería “llevarlos con una persona” o “comprar a una persona y adaptarla al cuidado y satisfacción de mi hijo”, considerando que los padres no van a estar toda la vida a su lado, por tanto, requieren de alguien que pueda ver por el bienestar de sus hijos. La mayoría de las madres asistentes al taller concibe a la masturbación como un desahogo y algo normal en el ser humano; sin embargo, una persona opinó lo contrario, al preocuparle que esta práctica llegue a ser "perturbadora" para su hijo. Es preciso comentar que al tratar este tema se hizo una diferencia acerca de la necesidad de la masturbación entre géneros, permitiendo observar algunos mitos y falta de información.

Al opinar acerca de la relevancia de la escuela en la orientación sexual de sus hijos, los participantes propusieron la realización de talleres en los que se proporcionen ideas claras que reafirmen constantemente los conocimientos sobre el tema. Resaltaron la influencia de los maestros sobre sus hijos, dejando en segundo lugar sus propias necesidades de orientación sobre el tema y el hecho de que la educación sexual de los menores es responsabilidad de ambas partes. Asimismo, una cantidad menor de las madres refirió hablar con sus hijos acerca de la sexualidad utilizando un lenguaje claro.

Desafortunadamente, durante la búsqueda bibliográfica sobre este tema, no se encontraron más reportes sobre la comunicación entre padres e hijos con discapacidad, en lo relativo a temas sexuales. Por ello, si se considera que el 7 % de la población mexicana con discapacidad corresponde a jóvenes, y que la discapacidad visual es la segunda en relación al número de casos (sólo después de la discapacidad motriz), resulta preocupante que no se encuentren estudios que permitan conocer la situación real de estas personas. Sin embargo, con los datos disponibles puede asegurarse que esta población es sumamente vulnerable, en especial hacia el abuso sexual. La evidencia refleja que los estudiantes con discapacidades no difirieron en cuanto a la edad de inicio de su vida sexual, y que los padres generalmente tienen actitudes negativa frente a la sexualidad de su hijo con discapacidad que se derivan de los miedos de recibir malos juicios de la sociedad y

de los mitos como que los adolescentes con discapacidad son seres no sexuados, o por el contrario incontrolables sexualmente.

Todo ello da como resultado que la educación sexual esté rezagada y que, en el mejor de los casos, los padres se planteen cómo satisfacer los requerimientos sexuales de sus hijos y la necesidad de estar con alguien que los cuide cuando los padres fallezcan, olvidando la enseñanza de aspectos tan importantes como la salud sexual y dejando para la escuela la educación sexual.

Son muchas las necesidades de información que tienen los jóvenes con discapacidad visual, respecto a la sexualidad, la salud sexual y la prevención de abusos. Aspectos que podrían atenuarse con una buena comunicación con sus padres. El capítulo siguiente expone los resultados del estudio de evaluación realizado con adolescentes mexicanos con discapacidad visual.

CAPÍTULO III. REPORTE ESPECÍFICO DE INVESTIGACIÓN

3.1 Planteamiento del problema

Uno de los problemas que la población joven está presentando se relaciona con el comportamiento y la salud sexual. Algunas investigaciones (Alvaré et al, 2011; Brunnberg et al, 2009; González, et al, 2007, 2010; ENSANUT, 2012, citado en INEGI, 2013) reportan que la edad promedio del debut sexual se encuentra entre los 12 y 19 años de edad. En directa relación con tales datos se señala que la falta de información suficiente sobre sexualidad, por parte de los jóvenes, está asociada con relaciones sexuales prematuras –algunas con personas desconocidas-, estar expuestos a abuso sexual, y que no se utilice preservativo para prevenir ITS o embarazos no deseados.

Otras investigaciones (Barbón, 2011; Cortéz & Loaeza 2004; Dominguez, 2011) muestran que los jóvenes sin discapacidad prefieren recibir la información sobre temas de sexualidad por parte de sus padres, pero que eso no ocurre en muchos casos; los datos indican que los padres son quienes menos información proporcionan a los jóvenes y cuando la proporcionan ésta puede ser escasa o errónea.

Puede suponerse que los jóvenes con discapacidad visual reciben poca información sobre sexualidad, y que están igual o más propensos a enfrentar algún problema en su desarrollo sexual (González, et al, 2010; Martínez & Leyton, 2007). Sin embargo, con esta población de jóvenes, son muy escasas las investigaciones que se han realizado en relación a temas de salud sexual, y en lo relativo a comunicación con sus padres sobre temas sexuales. Con tales antecedentes, y para aportar datos sobre estos importantes aspectos, se planeó la realización del presente estudio.

3.2 Objetivo general

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, identificando las diferencias por sexo, por experiencia sexual y por tipo de discapacidad (ceguera o debilidad visual).

3.3 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 comportamiento sexual y comunicación con padres y madres.
3. Analizar las diferencias por tipo de discapacidad (ceguera o debilidad visual) en comportamiento sexual y comunicación con padres y madres.
4. Conocer la relación entre la frecuencia de la comunicación con padres y madres y el comportamiento sexual de los participantes.

3.4 Hipótesis de investigación

1. En jóvenes con discapacidad visual será baja la frecuencia de comunicación con cada uno de sus progenitores sobre distintos temas de sexualidad.
2. Dicha comunicación en bajos niveles estará asociada con conducta sexual de riesgo.
3. Se identificarán diferencias por sexo, por experiencia sexual y por tipo de discapacidad (ceguera o debilidad visual).

MÉTODO

Participantes

El estudio se llevó a cabo con una muestra intencionada de 32 jóvenes con discapacidad visual, elegidos de dos instituciones educativas, un centro deportivo y una institución hospitalaria de la Ciudad de México que atienden a personas con esta discapacidad. El 41.9% fueron varones y el 58.1% mujeres, el 31.3% tenía entre 18 y 20 años de edad; la mayoría eran solteros (90.6%) y vivían con uno o ambos padres (84.5%). En cuanto al nivel de estudios concluidos la mayor proporción correspondió a secundaria (31.3%) y preparatoria (31.3%). En la Tabla 1 se muestran todas las características sociodemográficas evaluadas en este estudio.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes.

Característica	n	%
Vive el papá		
Si	27	84.4
No	5	15.6
vive la mamá		
Si	29	90.6
No	3	9.4
Viven juntos mamá y papá		
Juntos	20	69
Separados	9	31
Nivel de estudios del papá		
Primaria	11	37.9
Secundaria	5	17.2
Preparatoria	7	24.1
Universidad	1	3.4
Otras actividades	2	6.9
Sin estudios	3	10.3
Nivel de estudios de mamá		
Primaria	14	45.2
Secundaria	5	16.1
Preparatoria	4	12.9
Universidad	3	9.7
Otras actividades	2	6.5
Sin estudios	3	9.7
Dónde vive el participante		
En casa de papá y mamá	18	56.3
En casa de la mamá	6	18.8
En casa del papá	3	9.4
En casa de otro familiar	3	9.4
En su propia casa	2	6.3
Trabaja el papá		
Si	26	96.3
No	1	3.7

Característica		n	%
Trabaja la mamá	Si	18	60
	No	12	40
Trabaja el participante	Si	11	34.4
	No	21	65.6

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.

Instrumentos

Los instrumentos que a continuación se describen, fueron adaptados para jóvenes ciegos por Robles, Guevara, Moreno, Frías y Rodríguez (2013 INFORME TÉCNICO PAPIIT 308513) a partir de aquellos propuestos y validados por Robles y Díaz-Loving (2011) y Moreno, Robles, Frías y Rodríguez (2011) con jóvenes sin discapacidad aparente. En el Apéndice 1 se presenta el conjunto de instrumentos utilizados en este reporte de investigación.

Antecedentes de la discapacidad. Este instrumento consta de cuatro reactivos que hacen referencia a la condición de discapacidad visual del participante (ceguera/debilidad visual), 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

“Comunicación con padres y comportamiento sexual en jóvenes con discapacidad visual”

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, Rodríguez y Moreno (2014). Cada una consta de 22 reactivos en escala tipo Likert de 5 puntos (nunca, poco, a veces, mucho, mucho más). En el Apéndice B se presentan los reactivos correspondientes a cada escala.

Procedimiento

Adaptación de los instrumentos para jóvenes con discapacidad visual. En primera instancia se llevó a cabo la traducción del español al Braille de cada uno de los instrumentos antes referidos, acudiendo a instituciones que brindan este servicio, y se solicitó la impresión de 10 juegos. Se aplicaron los instrumentos, en forma individual, a cinco jóvenes con discapacidad visual. Un instructor le presentó a cada uno de ellos la traducción al Braille del conjunto de instrumentos y les solicitó que leyeran en voz alta cada una de las preguntas, explicándoles que el propósito de esta actividad era asegurar la correspondencia de cada reactivo con el instrumento original, y por ello, se procedería a realizar los ajustes que fueran pertinentes. Al finalizar esta actividad, a cada participante se le hicieron una serie de preguntas que permitieron saber si para ellos las instrucciones para responder cada apartado eran claras, cuál sería la mejor manera de responder a cada reactivo de los instrumentos (usando un punzón, utilizando una crayola, un plumón, o simplemente presionando el correspondiente generador de respuestas –que correspondería al paréntesis que

antecede a la opción de respuesta-), y si la extensión de los instrumentos le provoca cansancio o aburrimiento.

Aplicación de los instrumentos. La versión final de los instrumentos generada a partir del proceso de adaptación previamente referido, se aplicó con los jóvenes que accedieron a participar (que asistían a las instituciones referidas), previo acuerdo de colaboración, enfatizando su participación voluntaria, anónima y confidencial. El evaluador explicó a los participantes el contenido y forma de responder de los instrumentos de evaluación. A quienes accedieron a participar, se les aplicaron los instrumentos en forma individual, a través de la versión en escritura Braille, o a través de una entrevista (donde el evaluador leía cada pregunta y anotaba cada respuesta del joven) cuando no conocían dicho sistema de escritura. En promedio los jóvenes se tardaron en responder entre 30 y 40 minutos.

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.

RESULTADOS

Análisis descriptivo

Los datos correspondientes a los antecedentes de la discapacidad de los participantes se describen en la Tabla 2. La muestra estuvo conformada en mayor proporción por jóvenes con ceguera, ellos reportaron que sus padres y madres en su mayoría no tenían ninguna discapacidad, aunque hubo algunos con discapacidad visual.

Tabla 2. Antecedentes de la discapacidad del participante.

Característica	N	%
Tipo de discapacidad		
Debilidad visual	10	31.3
Ceguera	22	68.8
Tipo de discapacidad del papá		
No tiene discapacidad	25	78.1
Visual	5	15.6
Sin respuesta	2	6.3
Tipo de discapacidad de la mamá		
No tiene discapacidad	27	87.1
Visual	3	9.7
Motriz	1	3.2

En la Tabla 3 figuran los datos correspondientes a la primera relación sexual. Más de la mitad de los participantes ya había tenido relaciones sexuales, de ellos la mayoría la tuvo antes de los 17 años de edad. La primer relación sexual generalmente fue con el novio o con un amigo, siendo pocos los que reportaron haber planeado esa primera relación; el lugar de debut sexual fue variable, aunque la opción con mayoría de respuestas fue la referida a su propia casa; una proporción considerable de los jóvenes utilizaron algún método anticonceptivo, principalmente el condón masculino. Se destaca el hecho de que aunque sea en un porcentaje menor

hubo participantes que reportaron haber tenido su primer encuentro sexual de manera forzada.

Tabla 3. Características de la primera relación sexual.

Característica	N	%
Debut sexual		
Sí	22	68.8
No	10	31.3
Edad debut sexual		
Menos de 14 años	3	13.6
Entre 15 y 17 años	9	40.9
Entre 18 y 20 años	10	45.5
Tipo de pareja		
Novio	10	45.5
Amigo	9	40.9
Familiar	2	9.1
Desconocido	1	4.5
Planeación		
Sí	6	30
No	14	70
Sin respuesta	2	10
Lugar		
Casa	7	31.8
Hotel	3	13.6
Casa del novio	5	22.7
Casa de un amigo	5	22.7
Sin respuesta	2	9.1
Uso de algún método anticonceptivo		
Sí	13	59.1
No	7	31.8
Sin respuesta	2	9.1
Método anticonceptivo usado		
Condón masculino	10	45.5
Nada	8	36.4
Coito interrumpido	1	4.5
Pastillas del día siguiente	1	4.5
Sin respuesta	2	9.1
Relación forzada		
Sí	5	22.7
No	17	77.3

Las características de las relaciones sexuales subsecuentes se presentan en la Tabla 4, en la cual se observa que la mayoría de los jóvenes en sus relaciones sexuales posteriores no fueron forzados, y algunos de ellos (poco más de una quinta parte) reportaron haber tenido algún embarazo; menos de una décima parte se había sometido a algún aborto y un porcentaje bajo se había realizado alguna prueba de ITS.

Tabla 4. Características de las relaciones sexuales subsecuentes.

Característica	N	%
Relación forzada		
	Sí	2 9.1
	No	18 81.8
	Sin respuesta	2 9.1
Embarazo		
	Sí	5 21.7
	No	18 78.3
Aborto		
	Sí	2 9.1
	No	19 86.4
	Sin respuesta	1 4.5
Realización de pruebas para ITS		
	Sí	5 15.6
	No	26 81.3
	Sin respuesta	1 3.1

Las variables medidas en escala numérica correspondientes a relaciones sexuales subsecuentes son presentadas en la Tabla 5. Los reportes indicaron que los participantes han tenido, en promedio, dos parejas sexuales en toda su vida, y que han utilizado el condón; en los últimos tres meses (previos a la aplicación del instrumento), el número promedio de relaciones sexuales se ubicó cerca de tres, con un número cercano en cuando a uso del condón.

Tabla 5. Relaciones sexuales subsecuentes (variables numéricas).

	<i>Conducta sexual subsecuente</i>	<i>n</i>	<i>Media</i>	<i>D.E.</i>	<i>Moda</i>	<i>Rango</i>
1.	Número de relaciones sexuales toda la vida	19	3.84	2.218	2	1-7
2.	Número de veces que se usó el condón en toda la vida	21	4.29	2.171	3	1-8
3.	Número de relaciones sexuales en los últimos tres meses	20	2.55	1.701	1	1-6
4.	Número de veces que se usó el condón en los últimos tres meses	21	2.48	1.401	2	1-6
5.	Número de parejas sexuales en toda la vida	23	2.26	1.176	1	1-4

Los datos respecto a la comunicación con padres sobre temas sexuales, descritos en la Tabla 6, muestran que en general los jóvenes platican muy poco con sus padres sobre los diversos temas evaluados, ya que la moda en prácticamente todos los temas, fue de 1, que corresponde a que “casi nunca” han platicado sobre eso. Los pocos temas que han llegado a abordar con sus padres hacen referencia a: no permitir abuso sexual, tener relaciones sexuales, posponer relaciones sexuales, prevención de embarazos y métodos anticonceptivos.

Tabla 6. Comunicación con padres sobre temas sexuales.

	Tema	N	Media	D.E.	Moda	Rango
1	Comunicación sobre tener relaciones	20	2.25	1.482	1	1-5
2	Posponer relaciones sexuales	20	2.25	1.482	1	1-5
3	Decidir NO cuando proponen tener sexo	27	1.89	1.086	1	1-5
4	No permitir abuso sexual	13	2.38	1.121	3	1-5
5	Prevención de embarazo	27	2.15	1.199	1	1-5
6	Cómo se contraen las ITS	27	1.95	1.072	1	1-5
7	Métodos anticonceptivos	26	2.15	1.461	1	1-5
8	Uso del condón femenino	27	1.33	0.961	1	1-5
9	Uso del condón masculino	27	1.70	1.203	1	1-5
10	Donde obtener condones	27	1.63	1.149	1	1-5
11	Prevención con condones	13	1.54	0.877	1	1-5

Los datos respecto a la comunicación con madres, descritos en la Tabla 7, muestran que en general los jóvenes se comunican muy poco con ellas sobre los once temas evaluados; sin embargo, tomando en cuenta la frecuencia promedio obtenida en cada tema, puede verse que los temas que más se llegan a tratar con las madres son: cómo prevenir un embarazo, no permitir el abuso sexual, cómo se contraen las ITS, tener relaciones sexuales y métodos anticonceptivos, mientras que

“Comunicación con padres y comportamiento sexual en jóvenes con discapacidad visual”

los dos temas de los que menos se habla es el uso del condón femenino y dónde comprar condones.

Tabla 7. Comunicación con madres sobre temas sexuales.

	Tema	n	Media	D.E.	Moda	Rango
1	Comunicación sobre tener relaciones	29	2.21	1.398	1	1-5
2	Posponer relaciones sexuales	29	1.97	1.017	1	1-5
3	Decidir NO cuando proponen tener sexo	28	2.11	1.286	1	1-5
4	No permitir abuso sexual	15	2.33	1.397	1	1-5
5	Prevención de embarazo	28	2.43	1.372	1	1-5
6	Cómo se contraen las ITS	28	2.25	1.372	1	1-5
7	Métodos anticonceptivos	29	2.21	1.264	1	1-5
8	Uso del condón femenino	28	1.46	1.036	1	1-5
9	Uso del condón masculino	28	1.64	0.870	1	1-5
10	Donde obtener condones	28	1.61	1.031	1	1-5
11	Prevención con condones	14	1.93	1.328	1	1-5

Comparaciones por sexo, experiencia sexual y tipo de discapacidad

Antecedentes de la discapacidad

Las variables a considerar en cuanto a antecedentes de la discapacidad fueron origen de la discapacidad (edad de inicio), tipo de discapacidad del padre y tipo de discapacidad de la madre. Para ubicar la relación de tales variables con el sexo de los participantes, su experiencia sexual y el tipo de discapacidad (ceguera o debilidad visual), se realizaron aplicaciones de la prueba Chi Cuadrada.

La Tabla 8 muestra que existieron diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la edad de inicio de la discapacidad. Aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas por rango, puede observarse que la discapacidad se presentó antes de los 6 años en una proporción mayor de mujeres (41.2) que de hombres (30.8), pero en ambos casos, fue la edad de inicio más reportada. En cuanto al tipo de discapacidad del padre y de la madre, en general los resultados indican que no presentaban ninguna discapacidad.

Tabla 8. 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					
De 0 a 5 años	30.8	41.2	1.512	4	0.825
De 6 a 10 años	7.7	17.6			
De 11 a 15 años	23.1	11.8			
De 16 a 20 años	23.1	17.6			
Después de los 20 años	15.4	11.8			
Tipo de discapacidad del padre					
Visual	23.1	12.5	0.562	1	0.453
Sin discapacidad	76.9	87.5			
Tipo de discapacidad de la madre					
Visual	7.7	11.8	0.971	2	0.615
Motriz	0.0	5.9			
Sin discapacidad	92.3	82.4			

En la Tabla 9 puede apreciarse que la mayoría de los participantes que no había tenido relaciones sexuales adquirieron la discapacidad en una edad temprana.

Tabla 9. Antecedentes de la discapacidad por experiencia sexual de los participantes

Variables	Experiencia Sexual		X ²	gl	p
	Sí %(n)	No %(n)			
Origen de la discapacidad					
De 0 a 5 años	22.7	66.7	7.409	4	0.116
De 6 a 10 años	18.2	0.0			
De 11 a 15 años	18.2	11.1			
De 16 a 20 años	18.2	22.2			
Después de los 20 años	22.7	0.0			
Tipo de discapacidad del padre					
Visual	23.8	0.0	2.571	1	0.109
Sin discapacidad	76.2	100.0			
Tipo de discapacidad de la madre					
Visual	14.3	0.0	2.187	2	0.335
Motriz	4.8	0.0			
No tiene ninguna discapacidad	81.0	100.0			

En la Tabla 10 se presentan las variables relacionadas con el tipo de discapacidad y su edad de inicio. Se observa que los jóvenes con ceguera adquirieron la discapacidad a edad temprana, a diferencia de los jóvenes con debilidad visual. En estas dos tablas se puede observar que los padres y las madres de la mayoría de los participantes no tenían ninguna discapacidad.

Tabla 10. Antecedentes de la discapacidad y tipo de discapacidad de los participantes

Variables	Tipo de discapacidad		X ²	gl	P
	Debilidad visual %(n)	Ceguera %(n)			
Origen de la discapacidad					
De 0 a 5 años	20.0	42.9	2.995	4	0.559
De 6 a 10 años	10.0	14.3			
De 11 a 15 años	30.0	9.5			
De 16 a 20 años	20.0	19.0			
Después de los 20 años	20.0	14.3			
Tipo de discapacidad del padre					
Visual	30.0	10.0	1.920	1	0.166
No tiene ninguna discapacidad	70.0	90.0			
Tipo de discapacidad de la madre					
Visual	10.0	9.5	0.492	2	0.782
Motriz	0.0	4.8			
No tiene ninguna discapacidad	90.0	85.7			

Conducta sexual

Las variables estudiadas en relación a la conducta sexual fueron la edad de debut sexual, el tipo de pareja, si fueron presionados para tener sexo, la planeación del debut sexual, el lugar, uso de anticonceptivos y en el caso de haber usado cuál fue el método.

En las Tablas 11 y 12 se presenta el resultado de los análisis realizados tomando como variable el sexo de los participantes. Se encontró que la mitad de los participantes, tanto hombres como mujeres, habían tenido su debut sexual antes de los 18 años de edad. La edad de debut sexual fue un poco menor para el caso de los varones porque 20% de ellos tuvieron relaciones antes de los 14 años a edad. Los hombres reportaron en mayor medida haber tenido esa primera relación sexual con

un amigo o amiga y las mujeres con un novio o novia. La mayoría reportó no haber tenido una relación forzada, pero un porcentaje significativo de mujeres (36%) y un poco menor de hombres (10%) sí fueron presionados para tener sexo. También se encontró que dos terceras partes de los participantes no planearon el debut sexual, en los hombres fue generalmente en casa de un amigo o amiga y en las mujeres en su propia casa. La mitad de los participantes varones y el 30% de las mujeres reportaron no haber usado ningún método anticonceptivo, quienes reportaron utilizar alguno, se refirieron al condón masculino. En ningún caso se observaron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 11. Debut sexual y sexo de los participantes

Variables	sexo		X ²	gl	P
	Hombres %(n)	Mujeres %(n)			
Edad de debut sexual					
Menos de 14 años	20.0	9.1	0.788	2	0.675
Entre 15 y 17 años	30.0	45.5			
Entre 18 y 20 años	50.0	45.5			
Tipo de pareja en debut sexual					
Novio o novia	40.0	45.5	4.073	3	0.254
Amigo o amiga	60.0	27.3			
Familiar	0.0	18.2			
Alguien desconocido	0.0	9.1			
Presión para tener sexo					
Si	10.0	36.4	2.007	1	0.157
No	90.0	63.6			

Tabla 12. Planeación del debut sexual y sexo de los participantes

Variables	sexo		X ²	gl	p
	Hombres %(n)	Mujeres %(n)			
Planeación del debut sexual					
Si	30.0	22.2	0.148	1	0.701
No	70.0	77.8			
Lugar del debut sexual					
En casa del participante	22.2	40.0	1.351	3	0.717
En casa de un amigo	33.3	20.0			
En casa de novio(a)	22.2	30.0			
En un hotel	22.2	10.0			
Uso de método anticonceptivo					
Si	70.0	55.6	0.425	1	0.515
No	30.0	44.4			
Métodos anticonceptivos usados					
Ninguno	50.0	30.0	3.611	4	0.461
Condón masculino	50.0	44.4			
Pastillas del día siguiente	0.0	10.0			
Evitar eyacular en la pareja	0.0	10.0			

En el caso del análisis por el tipo de discapacidad, expuesto en las Tablas 13 y 14, se observa que, para los participantes con debilidad visual el promedio de edad de debut sexual se ubicó entre 18 y 20 años, mientras que en los participantes con ceguera la edad promedio de inicio fue antes de los 18 años. Estas diferencias sí fueron estadísticamente significativas.

En el rubro de tipo de pareja no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, pero los participantes con ceguera reportaron mayor presión para tener sexo que los participantes con debilidad visual.

Tabla 13. Debut sexual y tipo de discapacidad de los participantes

Variables	Tipo de discapacidad		X ²	gl	p
	Debilidad visual %(n)	Ceguera %(n)			
Edad de debut sexual					
Menos de 14 años	0.0	23.1	6.878	2	0.032
Entre 15 y 17 años	22.2	53.8			
Entre 18 y 20 años	77.8	23.1			
Tipo de pareja en debut sexual					
Novio o novia	62.5	35.7	2.554	3	0.466
Amigo o amiga	37.5	42.9			
Familiar	0.0	14.3			
Alguien desconocido	0.0	7.1			
Presión para tener sexo					
Sí	10.0	36.4	0.037	1	0.848
No	90.0	63.6			

Los jóvenes con debilidad visual tuvieron mayor porcentaje en debut sexual en casa de un amigo, mientras que los jóvenes con ceguera tuvieron su debut sexual, mayormente, en su propia casa. El dato más relevante es que los jóvenes con debilidad visual utilizaron métodos anticonceptivos en mayor proporción que los jóvenes con ceguera; de estos últimos, menos del 50% reportó utilizar algún método anticonceptivo, y el uso del condón en ellos mostró sólo un 23% (Tabla 14).

Tabla 14. Planeación del debut sexual y tipo de discapacidad de los participantes

Variables	Tipo de discapacidad		X ²	GI	P	
	Debilidad visual %(n)	Ceguera %(n)				
Planeación del debut sexual						
	Sí	25.0	33.3	0.159	1	0.690
	No	75.0	66.7			
Lugar del debut sexual						
	En casa del participante	0.0	53.8	6.520	3	0.89
	En casa de un amigo	42.9	15.4			
	En casa de novio(a)	28.6	23.1			
	En un hotel	28.6	7.7			
Uso de método anticonceptivo						
	Sí	87.5	50.0	2.967	1	0.085
	No	12.5	50.0			
Métodos anticonceptivos usados						
	Ninguno	12.5	53.8	8.385	4	0.078
	Condón masculino	87.5	23.1			
	Pastillas del día siguiente	0.0	7.7			
	Evitar eyacular en la pareja	0.0	7.7			

Las relaciones subsecuentes fueron analizadas en cuanto al número de relaciones sexuales en toda la vida, uso del condón en toda la vida, número de parejas en toda la vida y sexo forzado después del debut. En la Tabla 15 se muestra el análisis por sexo de los participantes. En relaciones sexuales en toda la vida los hombres reportaron mayor porcentaje en los rangos de 2 a 4, 8 a 10 y 11 a 15, con igual proporción en cada rango; las mujeres reportaron el mayor porcentaje en el rango de 2 a 4. En el uso del condón en toda la vida los hombres son los que reportaron mayor porcentaje, en cuanto a número de parejas los hombres han tenido en promedio dos parejas y las mujeres una; el 11% de hombres y 10% de mujeres reportaron haber tenido sexo de manera forzada en relaciones subsiguientes.

Tabla 15. Relaciones sexuales subsecuentes y sexo de los participantes

Variables	Sexo		X ²	gl	p
	Hombres %(n)	Mujeres %(n)			
Relaciones sexuales en toda la vida					
Solo 1	11.1	22.2	5.867	6	0.438
Entre 2 y 4	22.2	33.3			
Entre 5 y 7	0.0	11.1			
Entre 8 y 10	22.2	0.0			
Entre 11 y 15	22.2	0.0			
Entre 16 y 20	11.1	22.2			
Más de 20	11.1	11.1			
Uso del condón en toda la vida					
Ninguna	0.0	18.2	6.734	7	0.457
Solo una vez	11.1	18.2			
Entre 2 y 4	10.0	15.0			
Entre 5 y 7	22.2	27.3			
Entre 8 y 10	0.0	9.1			
Entre 11 y 15	33.3	9.1			
Entre 16 y 20	22.2	9.1			
Más de 20	0.0	9.1			
Número de parejas en toda la vida					
Solo una	30.0	41.7	3.951	3	0.267
Dos	40.1	8.3			
Tres	20.0	16.7			
Cuatro o mas	9.9	33.4			
Sexo forzado después del debut					
Sí	11.2	10.1	0.006	1	0.937
No	88.8	89.9			

En el caso del análisis por el tipo de discapacidad, la Tabla 16 muestra que la mayoría de los jóvenes con debilidad visual reportaron haber tenido entre 11 y 20 relaciones sexuales en toda su vida, mientras que los jóvenes con ceguera reportaron haber tenido entre una y 10. Se observa una mayor proporción de uso del condón por parte de los jóvenes con debilidad visual. Sin embargo, en ninguna de las variables analizadas en esta sección se observaron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 16. Relaciones sexuales subsecuentes y tipo de discapacidad de los participantes

Variables	Tipo de discapacidad		X ²	gl	P
	Debilidad visual %(n)	Ceguera %(n)			
Relaciones sexuales en toda la vida					
Sólo una	0.0	27.3	9.444	7	0.222
Entre 2 y 4	37.5	18.2			
Entre 5 y 7	0.0	9.1			
Entre 8 y 10	0.0	18.2			
Entre 11 y 15	25.0	0.0			
Entre 16 y 20	25.0	9.1			
Más de 20	12.5	18.2			
Uso del condón en toda la vida					
Ninguna	0.0	15.4	13.0852	7	0.070
Sólo una vez	0.0	23.1			
Entre 2 y 4	37.5	15.4			
Entre 5 y 7	0.0	7.7			
Entre 8 y 10	0.0	15.4			
Entre 11 y 15	50.0	0.0			
Entre 16 y 20	12.5	15.4			
Más de 20	0.0	7.7			
Número de parejas en toda la vida					
Sólo una	30.0	41.7	3.951	3	0.267
Dos	40.1	8.3			
Tres	20.0	16.7			
Cuatro o más	9.9	33.4			
Sexo forzado después del debut					
Sí	0.0	16.7	1.481	1	0.224
No	100.0	83.3			

En la Tabla 17 se presenta la frecuencia de relaciones sexuales en los últimos tres meses, así como el uso del condón en esos meses, tomando en consideración el sexo de los participantes. Se encontró que una mayor proporción de los hombres no había tenido sexo en los últimos tres meses, en el caso de las mujeres la mitad había tenido solo una relación sexual; las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Tampoco hubo diferencias en cuanto al uso del condón en los últimos tres meses.

Tabla 17. Frecuencia de relaciones sexuales en los últimos 3 meses y sexo de los participantes

Variables	Sexo		X ²	gl	P
	Hombres %(n)	Mujeres %(n)			
Relaciones sexuales en los últimos 3 meses					
Ninguna	40.0	22.2	8.304	5	0.140
Sólo una	10.0	55.5			
Entre 2 y 4	10.0	0.0			
Entre 5 y 7	29.9	0.0			
Entre 8 y 10	0.0	11.2			
Más de 10	10.0	11.2			
Uso del condón en los últimos 3 meses					
Ninguna	30.0	20.0	4.686	4	0.321
Sólo una vez	20.0	50.0			
Entre 2 y 4	20.0	0.0			
Entre 5 y 7	30.0	20.0			
Más de 10	0.0	10.0			

En el análisis por discapacidad descrito en la Tabla 18, no se obtuvo ninguna diferencia estadísticamente significativa, pero se encontró que una mayor proporción de jóvenes con debilidad visual habían tenido entre 5 y 7 relaciones sexuales en los últimos tres meses y que la mayor proporción de los jóvenes con ceguera no habían tenido relaciones en ese lapso de tiempo, o habían tenido sólo una. En cuanto al uso del condón se observó que la mayor proporción de los jóvenes con discapacidad visual y ceguera, no habían utilizado este método anticonceptivo y en el caso de usarlo, fue una sola vez.

Tabla 18. Frecuencia de relaciones sexuales en los últimos 3 meses y tipo de discapacidad de los participantes

Variables	Tipo de discapacidad		X ²	gl	p
	Debilidad visual %(n)	Ceguera %(n)			
Relaciones sexuales en los últimos 3 meses					
Ninguna	13.6	44.8	8.095	5	0.151
Sólo una	14.4	39.3			
Entre 2 y 4	14.4	0.0			
Entre 5 y 7	43.1	0.0			
Entre 8 y 10	0.0	7.9			
Más de 10	14.4	7.9			
Uso del condón en los últimos 3 meses					
Ninguna	24.9	30.7	0.869	4	0.929
Sólo una vez	37.5	30.7			
Entre 2 y 4	12.6	7.8			
Entre 5 y 7	24.9	23.1			
Más de 10	0.0	7.8			

Comunicación con padres y con madres sobre temas sexuales

La Tabla 19 muestra la comparación de las medias obtenidas por los participantes (hombres y mujeres) en la escala de comunicación con padres. Las diferencias observadas fueron mínimas, ninguna estadísticamente significativa. El tema que obtuvo una media ligeramente mayor fue *No permitir que te toquen*, en los jóvenes de ambos sexos.

Tabla 19. 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			
Tener relaciones	2.00	2.45	-0.0672	18	0.510
Posponer encuentro sexual	1.78	2.00	-0.334	18	0.743
Querer tener sexo	1.92	1.71	0.496	24	0.624
No permitir que te toquen	2.29	2.50	-0.331	11	0.747
Como evitar un embarazo	2.00	2.14	-0.306	24	0.762
Como se contraen las ITS	2.08	1.71	0.872	24	0.392
Métodos anticonceptivos	2.08	2.15	-0.116	23	0.908
Como usar el condón	1.75	1.57	0.372	24	0.713
Como usar el condón femenino	1.25	1.43	-0.457	24	0.652
Donde comprar condones	1.67	1.57	0.203	24	0.841
Prevención con condones	1.57	1.50	0.140	11	0.891

La Tabla 20 contiene las medias obtenidas en la escala de comunicación con madres, por sexo de los participantes. En todos los casos se observan bajos niveles de comunicación, sin diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, los niveles de comunicación son ligeramente mayores con las madres que con los padres, en la mayoría de los temas. También se observan niveles de comunicación ligeramente mayores entre madres e hijas que entre madres e hijos.

Tabla 20. 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			
Tener relaciones	1.73	2.59	-1.632	26	0.115
Posponer encuentro sexual	1.91	2.06	-0.374	26	0.712
Querer tener sexo	1.90	2.29	-0.759	25	0.455
No permitir que te toquen	2.29	2.38	-0.119	13	0.907
Como evitar un embarazo	2.19	2.63	-0.805	25	0.428
Como se contraen las ITS	1.91	2.56	-1.126	25	0.271
Métodos anticonceptivos	2.09	2.24	-0.287	26	0.776
Como usar el condón	1.64	1.63	0.032	25	0.975
Como usar el condón femenino	1.27	1.63	-0.851	25	0.403
Donde comprar condones	1.55	1.63	-0.190	25	0.851
Prevención con condones	1.57	2.29	-1.007	12	0.334

La Tabla 21 muestra la comparación entre los jóvenes que habían tenido experiencia sexual con los que no, en cuanto a la escala de comunicación con padres. Se observó que los primeros obtuvieron frecuencias mayores en prácticamente todos los temas. Aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Tabla 21. 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			
Tener relaciones	2.21	2.33	-0.160	18	0.874
Posponer encuentro sexual	1.93	1.83	0.131	18	0.897
Querer tener sexo	2.06	1.56	1.134	25	0.268
No permitir que te toquen	2.64	1.00	2.274	11	0.052
Como evitar un embarazo	2.44	1.56	1.286	25	0.068
Como se contraen las ITS	2.11	1.56	1.286	25	0.210
Métodos anticonceptivos	2.41	1.67	1.251	24	0.223
Como usar el condón	1.83	1.44	0.786	25	0.486
Como usar el condón femenino	1.17	1.67	-0.116	25	0.209
Donde comprar condones	1.61	1.67	-0.116	25	0.908
Prevención con condones	1.64	1.00	0.936	11	0.368

La Tabla 22 presenta la comparación en la escala de comunicación con madres. No se observan diferencias entre los jóvenes con y sin experiencia sexual.

Tabla 22. Comparación por sexo de las medias obtenidas en cada reactivo de la Escala de Comunicación Sexual con Madres.

Tema	Experiencia sexual		T	gl	p
	Si	No			
Tener relaciones	2.15	2.33	-0.321	27	0.750
Posponer encuentro sexual	2.00	1.89	0.268	27	0.741
Querer tener sexo	2.10	2.13	0.046	26	0.964
No permitir que te toquen	2.46	1.50	0.900	13	0.385
Como evitar un embarazo	2.53	2.22	0.540	26	0.594
Como se contraen las ITS	2.05	2.67	-1.025	26	0.315
Métodos anticonceptivos	2.35	1.89	0.906	27	0.373
Como usar el condón	1.60	1.75	-0.406	26	0.688
Como usar el condón femenino	1.35	1.75	-0.921	26	0.365
Donde comprar condones	1.60	1.63	-0.057	26	0.955
Prevención con condones	2.08	1.00	1.074	12	0.304

Al comparar la comunicación con padres no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los jóvenes con ceguera y con debilidad visual (Tabla 23). Los temas que muestran una frecuencia un poco mayor son: *No permitir que te toquen* en el caso de los jóvenes con ceguera y *Cómo evitar un embarazo* en el caso de los jóvenes con debilidad visual.

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	Tipo de discapacidad		t	gl	p
	Debilidad visual	Ceguera			
Tener relaciones	2.10	2.40	-0.443	18	0.663
Posponer encuentro sexual	1.50	2.30	-1.255	18	0.226
Querer tener sexo	1.60	2.06	-1.063	25	0.298
No permitir que te toquen	2.30	2.67	-0.481	11	0.640
Como evitar un embarazo	2.40	2.00	0.834	25	0.413
Como se contraen las ITS	2.10	1.82	0.640	25	0.528
Métodos anticonceptivos	2.25	1.70	-0.417	24	0.680
Como usar el condón	1.71	1.00	-0.012	25	0.990
Como usar el condón femenino	1.53	1.20	-1.409	25	0.171
Donde comprar condones	1.88	1.70	1.529	25	0.139
Prevención con condones	1.00	2.30	1.239	11	0.241

Al comparar la comunicación con madres tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas entre los jóvenes con ceguera y con debilidad visual (Tabla 24). Sin embargo, los niveles de comunicación fueron ligeramente mayores en el caso de los jóvenes con debilidad visual. Los temas que muestran una frecuencia un poco mayor son: *No permitir que te toquen* y *Cómo evitar un embarazo* en el caso de los jóvenes con debilidad visual y con ceguera.

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	Tipo de discapacidad		T	gl	P
	Debilidad visual	Ceguera			
Tener relaciones	2.30	2.16	0.256	27	0.800
Posponer encuentro sexual	2.10	1.89	0.510	27	0.614
Querer tener sexo	2.50	1.89	1.215	26	0.235
No permitir que te toquen	2.90	1.20	2.660	13	0.020
Como evitar un embarazo	2.80	2.22	1.070	26	0.294
Como se contraen las ITS	2.20	2.28	-0.131	26	0.897
Métodos anticonceptivos	2.50	2.05	0.903	27	0.375
Como usar el condón	1.70	1.61	0.255	26	0.801
Como usar el condón femenino	1.30	1.56	-0.618	26	0.542
Donde comprar condones	1.50	1.67	-0.404	26	0.690
Prevención con condones	2.30	1.00	1.789	12	0.099

DISCUSIÓN

La descripción realizada en la sección de resultados, acerca de antecedentes de la discapacidad, comportamiento sexual y comunicación con padres y madres, permite decir que se cumplió el primer objetivo del presente estudio. Aunque cabe señalar que la muestra conseguida fue pequeña, puede decirse que se aportan datos que permiten ubicar que el comportamiento sexual de jóvenes con discapacidad visual se puede considerar de riesgo, y que ello se asocia con la poca comunicación que tienen con sus padres y madres sobre temas sexuales.

Recapitulando los hallazgos, se encontró que el 68% de los participantes ya habían debutado sexualmente. De ellos, 45% iniciaron su vida sexual entre los 18 y los 20 años de edad, y 54% ubicó su debut sexual antes de los 18 años. Estos datos coinciden con los reportados para los jóvenes sin discapacidad (González, et al, 2007; ENSANUT, 2012, citado en INEGI, 2013; González, et al, 2010; Alvaré et al, 2011; Brunberg et al, 2009), y son indicativos de que la discapacidad visual no retarda la edad de inicio de la vida sexual.

Como se ha señalado a lo largo de este escrito, el inicio de la vida sexual a una edad temprana se asocia con situaciones que se consideran de riesgo (Gómez, 2011), en el presente estudio se ubicaron algunos de estos factores, en una proporción considerable de la muestra: que no se planeó la primera relación sexual, que la llevaron a cabo sin utilizar algún método anticonceptivo, que la tuvieron con algún familiar y que la relación fue forzada.

En cuanto a las relaciones sexuales subsecuentes también pudieron ubicarse factores de riesgo para la salud sexual, en una proporción considerable de la muestra: el uso del preservativo no fue consistente y las relaciones sexuales fueron realizadas de manera forzada.

Un dato relevante es que los jóvenes con debilidad visual utilizaron métodos anticonceptivos en mayor proporción que los jóvenes con ceguera; de estos últimos, menos del 50% reportó utilizar algún método anticonceptivo, y el uso del condón en ellos mostró sólo un 23%. Dato que indica que los riesgos para la salud sexual y los

“Comunicación con padres y comportamiento sexual en jóvenes con discapacidad visual”

embarazos no deseados son mayores en los jóvenes con ceguera que en los que tienen debilidad visual.

Los siguientes objetivos del estudio aquí expuesto se relacionaron con analizar las diferencias entre los participantes, tomando en consideración su sexo, su experiencia sexual y tipo de discapacidad, para conocer la relación entre la frecuencia de la comunicación con padres y madres y el comportamiento sexual de los participantes.

Los datos indicaron que, en general, los participantes reportaron bajos niveles de comunicación sobre temas sexuales con sus padres y con sus madres, confirmándose con ello la primera hipótesis de la presente investigación, que señaló: En jóvenes con discapacidad visual será baja la frecuencia de comunicación con cada uno de sus progenitores sobre distintos temas de sexualidad.

Sin embargo, las comparaciones de los datos indicaron algunas diferencias: 1) las madres se comunican más con sus hijos que los padres, independientemente del sexo y el tipo de discapacidad de los hijos, y 2) la comunicación con las madres es ligeramente mayor con sus hijos cuando éstos tienen debilidad visual que ceguera, y con las hijas en mayor medida que con los hijos. Los temas que muestran una frecuencia un poco mayor son: *No permitir que te toquen* en el caso de los jóvenes con ceguera y *Cómo evitar un embarazo* en el caso de los jóvenes con debilidad visual.

Otro punto a destacar es que los jóvenes que ya habían tenido experiencia sexual son los que se comunicaron más con ambos padres, esto concuerda con los datos encontrados en la investigación de Cortéz y Loeza (2004) con población de jóvenes sin discapacidad.

Lo anterior permite confirmar las hipótesis 2 y 3 de la presente investigación: La comunicación en bajos niveles está asociada con conducta sexual de riesgo, y se identificarán diferencias por sexo, por experiencia sexual y por tipo de discapacidad (ceguera o debilidad visual).

Un rasgo interesante de la investigación es que en general en toda la escala de comunicación con progenitores, los padres fueron los que menos se comunicaron con los jóvenes, por lo que sería un rasgo importante a investigar el nivel de

conocimiento de conductas de salud sexual del que disponen ambos padres, así como entender el contexto normativo con el que se rigen, para entender cuál es el motivo de la escasa comunicación en temas de sexualidad con sus hijos.

Un punto en el que se podría mejorar la investigación sería especialmente el de contar con el instrumento adaptado para su uso en computadora personal, para poder aplicarlo de manera más privada, ya que muchos de los participantes no conocían la escritura Braille y se tuvo que realizar por medio de entrevista.

REFERENCIAS

- Alvaré, A., Pastrana, L., Victores, M., Torres, B., Álvarez, L. y Concepción, G. (2011). Percepción del adolescente varón frente a las conductas sexuales de riesgo. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 16(3), 133-138.
- Ateka, K., & Selwyn, J. (2007). Adolescent human immunodeficiency virus and sexually transmitted disease prevention programmes: Are gender-blind approaches justified? *Public Health*, 121(9), 682-689. doi:10.1016/j.puhe.2007.01.013
- Barbón, G. (2011). Fuentes de información sobre educación sexual en adolescentes estudiantes de enfermería. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 49(2), 238–246.
- Barrera, P. y Pick, S. (2006). Conducta sexual protegida en adolescentes mexicanos. *Interamerican Journal of Psychology*, 40(3), 333-340.
- Bolt, D. (2007). De “ceguera” a “discapacidad visual”: la tipología terminológica y el modelo social de la discapacidad. *Entre dos mundos: Revista de traducción sobre discapacidad visual*, 33, 65-76.
- Brunnberg, E. Boström, M. & Berglund, M. (2009). Sexuality of 15/16-year-old girls and boys with and without modest disabilities. *Sex Disabil*, 27, 139-153.
- Caricote, A. (2008). Influencia de los padres en la educación sexual de los adolescentes. *Educere*, 12(40), 79-87.

“Comunicación con padres y comportamiento sexual en jóvenes con discapacidad visual”

- Cortéz, M. y Loaeza, P. (2004) Actitud de los padres de familia ante las necesidades de educación sexual de un hijo con discapacidad. *Universidad del Valle de México: Dirección General Académica. Episteme, 1*, Disponible en: http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero1-04/jovenes/a_actitud.asp.
- Domínguez, I. (2011). Influencia de la familia en la sexualidad adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 37(3)*, 387-398.
- Fadragas, L. (2012). Intervención sobre ITS/VIH/SIDA en adolescentes pertenecientes a dos consultorios del policlínico "Plaza". *Revista Cubana de Medicina General Integral, 28(3)*. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252012000300005&script=sci_arttext
- Fernandes, R. Carmo, M. & Jiménez, S. (2009). “La promoción de la salud y la prevención de enfermedades como actividades propias de la labor de los psicólogos” *Arquivos brasileiros de psicologia No 2*. Disponible en: <http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/351/335Comportamiento%20sexual>.
- Fernández, H. y Cuní, V. (2010). Intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Cuba, 14(3)*. Disponible en: <http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/682/0>
- Fisher, D. & Fisher, A. (1992). Changing AIDS risk behavior. *Psychological Bulletin, 111*, 455-174.
- García, P. y Natri, M. (2011). Sexualidad en adolescentes con discapacidades motoras. *Arch Argent Pediatr. 109*, 447-452
- Gómez, M. (2011) Sexual behavior among Filipino high school students who are deaf. *Sex Disabil. 29*. 301–312
- González E. Molina T. Montero, A., Martínez, V. & Leyton, C. (2007). Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios

de un sistema público de salud universitario. *Revista Médica de Chile*, 135(10), 1261-1269.

González, E. Montero, A. Martínez, V. Mena, P. & Varas, M. (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 de Obstetricia y Ginecología*, 75(2), 84-90.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2013). Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/juventud0.pdf>

Kef, S. & Bos, H. (2006). Is love blind? Sexual behavior and psychological adjustment of adolescents with blindness. *Sex Disabil* 24, 89–100.

Moreno, D., Robles, S., Frías, B., Rodríguez, M. y 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.

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011). Informe mundial sobre la discapacidad. Disponible en http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/accessible_es.pdf

Pinquar, M. & Pfeiffer, J. (2011). What is essential is invisible to the eye: Intimate relationships of adolescents with visual impairment. *Sexuality and Disability*, DOI:10.1007/s11195-011-9248-y

Robles, S. y Díaz-Loving, R. (2011). *Validación de la Encuesta Estudiantil sobre Salud Sexual (EESS)*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Robles, S., Guevara, Y., Frías, B., Rodríguez, M. y Moreno, D. (2014). Conductas sexuales de riesgo en jóvenes con discapacidad auditiva. En S. Rivera, R. Díaz-Loving, I. Reyes y M. Flores (Eds.), *La psicología social en México. Volumen XV* (pp. 798-806). México: Asociación Mexicana de Psicología Social. ISBN 978-607-96539-2-7.

“Comunicación con padres y comportamiento sexual en jóvenes con discapacidad visual”

- Robles, S., Guevara, Y., Moreno, D., Frías, B. y Rodríguez, M. (2013). Factores de riesgo para la salud sexual de jóvenes con discapacidad visual y auditiva: un estudio exploratorio. Informe Técnico del Proyecto de Investigación PAPIIT 308513. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rodríguez, L. Arnaiz, Q. Herrera, F. Carmona, A. & Oca, S. (2009). Embarazo en la adolescencia: intervención educativa. *Archivo Médico de Camagüey*, 13(1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=211116124009>.
- Sáez, G. Sáez, H. Martín, C., Riera, H. & Pérez, B. (2010). El embarazo y sus riesgos en la adolescencia. *Archivo Médico de Camagüey*, 14(1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=211116130013>
- Sánchez, S. Atencio, G. Duy, N. Grande, M. Flores, M. Chiappe, M. & Holmes, K. (2003). Comparación de la educación por pares y por profesionales de la salud para mejorar el conocimiento, percepción y la conducta sexual de riesgo en adolescentes. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 20(4), 206-210.
- United Nations Children's Fundation, UNICEF (2013). Datos fundamentales del Estado Mundial de la Infancia. Recuperado de: http://www.unicef.org/lac/Datos_fundamentalesSOWC11%282%29.pdf
- Varas, J. (2010a). Salud sexual y reproductiva en personas con discapacidad física. *Revista Obstetricia y Ginecología*, 5(2), 169-172.
- Varas, J. (2010b). Adolescentes con discapacidad psíquica: Salud sexual y reproductiva. *Revista Obstetricia y Ginecología*, 5(2), 139-144.