



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"Conomientos sobre VIH/Sida y su relación con el comportamiento sexual de riesgo de jóvenes con discapacidad auditiva"

**REPORTE DE INVESTIGACIÓN
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)**

NUVIA ALEJANDRA CISNEROS HERNÁNDEZ

Directora: Dra. **Carmen Yolanda Guevara Benítez**
Dictaminadores: Dra. **Silvia Susana Robles Montijo**
Lic. **Martha Rodríguez Cervantes**



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 17/03/2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

La autora del presente reporte de investigación agradece el apoyo financiero otorgado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la UNAM, Proyecto IR308513: Factores de riesgo para la salud sexual de jóvenes con discapacidad visual y auditiva: un estudio exploratorio. Agradezco a la DGAPA UNAM la beca recibida.

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México la invaluable oportunidad de formarme integralmente en cada uno de sus espacios.

A la Facultad de Estudios Superiores Iztacala las valiosas vivencias que enriquecieron mi desarrollo profesional y personal desde el primer día que tuve acceso a ella.

A la Dra. Yolanda Guevara y a la Dra. Susana Robles, su tiempo, paciencia y dedicación en cada asesoría. Agradezco infinitamente la oportunidad que me brindaron de acceder al campo de la investigación, el cual es de suma importancia, pues es pieza clave para realizar acciones en beneficio de la sociedad. Agradezco las llamadas de atención y las críticas constructivas, acciones que me enriquecieron profundamente; me llevo grandes conocimientos y la idea de que la disciplina y constancia generan grandes resultados.

A la Profesora Beatriz Frías, por todo el apoyo que he recibido desde el primer día que me integré a las juntas en la UIICSE que posteriormente se convertirían en CAOPE, por cada experiencia que viví junto a ella, por enseñarme que un maestro no sólo se queda en las aulas sino que puede trascender y ser un gran compañero de viaje. Agradezco el buen ojo que me llevó a ser becaria de este proyecto, por las pláticas, los conocimientos, las risas. Muchas gracias Bety.

A la Profesora Martha por el apoyo brindado desde el primer día, por decir las cosas como son en cada una de las sesiones que tuvimos en la formación como

CAOPEs, por las pláticas fuera de las aulas, por cada experiencia que vivimos durante el proyecto. Muchas gracias.

A Rodolfo por compartir conocimientos, por las pláticas y experiencias que vivimos durante el proyecto, por enseñarme los 20 pasos, ahora ya no me equivoco.

A Odhet por ser mi compañera en este camino, por no dejarme sola, por darme ánimos, por subir cerros, por atravesar la ciudad entera buscando población, por las pláticas, por las risas, por compartir enojos y alegrías, simplemente por estar en este proceso, pues no sólo encontré una compañera sino una amiga. Muchas gracias Odhet.

A todos los maestros de la FES Iztacala que aportaron sus conocimientos a mi formación, llegar a este punto no habría sido posible sin ustedes.

A todas las instituciones y participantes que accedieron a colaborar en la investigación. Su apoyo fue invaluable muchas gracias.

A mis amigas, por ser un extraordinario equipo durante toda la carrera, por las vivencias, los logros, la vida compartida. Somos unas ganadoras.

A ti J. Lozano, por ser mi compañero de vida, por el apoyo incondicional, por la motivación, por el amor. Gracias.

DEDICATORIA:

A mis padres por estar conmigo en este camino llamado vida, por su infinito amor, apoyo y confianza, por enseñarme el valor del trabajo. Sin ustedes no hubiera sido posible cumplir este sueño.

Mi eterno amor y agradecimiento.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	i
INTRODUCCIÓN	iii
CAPÍTULO 1. LA SEXUALIDAD Y LA DISCAPACIDAD AUDITIVA	1
Sexualidad	1
Discapacidad	4
Discapacidad y Sexualidad	10
CAPÍTULO 2. COMPORTAMIENTO SEXUAL DE RIESGO EN JÓVENES CON Y SIN DISCAPACIDAD AUDITIVA	16
VIH/SIDA e ITS: su relación con el comportamiento sexual de riesgo en jóvenes	16
Comportamiento sexual de riesgo en jóvenes con discapacidad auditiva	21
CAPÍTULO 3. CONOCIMIENTOS SOBRE ITS/VIH, PRÁCTICAS DE RIESGO Y ABUSO SEXUAL	25
Conocimientos sobre VIH/SIDA y otras variables de influencia sobre uso del condón en jóvenes	25
Discapacidad auditiva y riesgos para la salud sexual	31
CAPÍTULO 4. REPORTE DE INVESTIGACIÓN	36
Planteamiento del problema	36
Objetivo general	37
Hipótesis	37
Método	38
Tipo de estudio	38
Participantes	38
Instrumentos	39
Procedimiento	41
Análisis de datos	42
Resultados	42
CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	63
Referencias	74
Apéndices	84

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo analizar, en qué medida, el nivel de conocimientos sobre uso del condón y sobre VIH/SIDA y otras ITS, se relaciona con prácticas sexuales de riesgo en jóvenes con discapacidad auditiva, identificando las diferencias por sexo y tipo de discapacidad. El estudio fue 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. Participaron 175 jóvenes de siete instituciones educativas de la Ciudad de México, con discapacidad auditiva (sordera e hipoacusia). El 54.7% de los participantes fueron hombres y el 45.3% mujeres, con una edad promedio de 19.7 años ($DE= 3.36$ $Mo=18$); seleccionados a través de un muestreo accidental. Se aplicó a los jóvenes, de manera individual, un conjunto de instrumentos previamente validados para evaluar perfil sociodemográfico y antecedentes de la discapacidad, patrón de conducta sexual y conocimientos sobre uso del condón y sobre ITS, incluyendo VIH/SIDA. Se encontró que un porcentaje considerable de los jóvenes mencionaron presentar la discapacidad desde su nacimiento, o desde edades muy tempranas, así como vivir en una familia de personas oyentes. El 59.4% de los jóvenes de la muestra aún no habían iniciado su vida sexual, quienes ya lo habían hecho reportaron, en su mayoría, una edad de inicio entre los 15 y los 17 años. Se pudo observar que 57.8% de los participantes sí usó un método anticonceptivo en su primera relación, predominantemente el condón, no obstante, en las relaciones subsecuentes disminuyó la frecuencia del uso de protección. Los hombres fueron quienes más se protegieron usando condón (33.3%), en comparación con las mujeres (23.3%). En cuanto a los conocimientos, los resultados muestran que los hombres tienen mayores conocimientos sobre ITS, VIH, así como sobre

el uso y cuidado del condón. Sin embargo, estos conocimientos son escasos en hombres y mujeres, lo cual los hace vulnerables a contagiarse de alguna ITS y VIH/SIDA. Asimismo se encontró que cuando tienen conocimientos sobre el uso del condón tienen más relaciones sexuales, principalmente los hombres y jóvenes con hipoacusia. En cuanto a los jóvenes con sordera, el análisis indicó que su nivel de conocimiento sobre ITS/VIH se asoció con una mayor edad de inicio de sus relaciones sexuales, y con el uso del condón. También se encontraron porcentajes considerables sobre abuso sexual. Los datos aportados representan un avance en el estudio de la problemática de jóvenes mexicanos con discapacidad auditiva. Sin embargo, se sugiere realizar más investigaciones al respecto, con el objetivo de generar programas de prevención y educación sexual, adaptados a sus necesidades, con el fin de que perciban su sexualidad como una actividad que favorece su realización personal de forma integral.

INTRODUCCIÓN

El presente reporte se ubica dentro del Proyecto de Investigación llamado “Factores de riesgo para la salud sexual de jóvenes con discapacidad visual y auditiva: un estudio exploratorio”, financiado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica 2013-2014 (PAPIIT-IR308513). Dicha investigación está a cargo de la Dra. Silvia Susana Robles Montijo y la Dra. Carmen Yolanda Guevara Benítez.

El presente proyecto de investigación se fundamenta en el hecho de que, en la mayoría de los países, la salud reproductiva de personas con discapacidad generalmente recibe poca atención. Ello ocurre debido a la creencia de que estas personas no son sexualmente activas y no necesitan cuidar su salud sexual. Diferentes tipos de barreras sociales impiden la expresión sexual de personas con discapacidad (Varas, 2010).

Por ello, desde los años noventa, y como una manera de favorecer la integración de las personas con discapacidad dentro de la sociedad, la UNESCO promovió la política de integración educativa vigente en México. Sin embargo, en nuestro país no están dadas las condiciones para que tal integración educativa sea posible, porque nuestras escuelas y maestros no están capacitados para resolver siquiera los problemas educativos de los niños de educación regular, entre otras razones, porque los maestros deben enfrentar demasiadas carencias y problemas para además tener que enseñar a estos alumnos dentro de su aula (Guevara, Ortega & Plancarte, 2008). Tales señalamientos son especialmente pertinentes cuando nos referimos a la educación sexual de ciegos y débiles visuales, así como de personas con deficiencias auditivas, que requieren materiales didácticos particulares.

Se ha documentado que las personas con discapacidad mantienen una vida sexual activa, y que su nivel de exposición a los factores de riesgo asociados con la infección de VIH es igual o superior al de la población en general, por ejemplo, tienen varias parejas sexuales –incluso del mismo sexo, igual que el resto de la

población-, y tiene menos información y recursos adecuados para optar por sexo seguro (Berman, Meresman, Galván & Rodríguez, 2011).

Los embarazos no deseados o no planeados, así como distintas infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH/SIDA, constituyen problemas de salud sexual que se presentan en forma importante en poblaciones de adolescentes y de adultos jóvenes entre los 15 y 29 años de edad (CENSIDA, 2010; Gómez et al., 2005; OMS, 2006; Santos et al., 2003; Weiss, 2004). La incidencia anual de ITS en la población de 15 a 24 años ha presentado niveles superiores a los registrados en la población total (CONAPO, 2000). En el caso del VIH, en 2010 se estimó la ocurrencia de diez mil nuevas infecciones por este virus, cerca de 50% de produjeron en personas entre los 10 y 24 años de edad, siendo la sexual la vía de transmisión más importante (CENSIDA, 2010b). Estos datos indican que adolescentes y jóvenes mexicanos tiene prácticas sexuales no protegidas que ponen en riesgo su salud.

En el caso específico de las personas con discapacidad no se cuenta con estadísticas relativas a los problemas de salud sexual antes referidos, a pesar de que constituyen una proporción numerosa de la población general. Según el Banco Mundial (Berman et al., 2011), la carencia de datos básicos acerca de la exposición de estas personas a las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA coincide con la ausencia de información demográfica y social que refleje sus características y necesidades, representando una forma más de exclusión.

Por lo anterior, los esfuerzos para investigar problemas en esta población representan una labor científica y social importante, especialmente si se dirigen a sentar las bases para el desarrollo de programas que promuevan su educación sexual y conductas saludables.

La exposición del presente reporte de actividad de investigación se ha dividido en dos secciones y cinco capítulos.

Sección I. Marco teórico:

En el Capítulo 1 se exponen, de forma general, conceptos como sexualidad y discapacidad, a fin de puntualizar el eje teórico de dichos temas, que son fundamentales en el proyecto general de investigación.

El Capítulo 2 presenta una revisión de la bibliografía disponible acerca de los factores de riesgo a los que están expuestos los jóvenes sin discapacidad aparente, para contraer VIH/SIDA e ITS. También se expone una revisión de la bibliografía disponible relativa a los factores de riesgo a los que están expuestos los jóvenes con discapacidad auditiva.

El Capítulo 3 muestra una revisión las investigaciones disponibles sobre la relación de conductas de riesgo y diversas variables, como los conocimientos que presentan los jóvenes con discapacidad y sin discapacidad aparente.

Sección II. Reporte de investigación:

En el Capítulo 4 se presenta la primera parte del reporte de investigación, en el cual se aborda el planteamiento del problema, objetivo general e hipótesis.

En el Capítulo 5 se expone el método, el tipo de análisis realizados y los resultados obtenidos en la presente investigación.

PARTE 1

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1

LA SEXUALIDAD Y LA DISCAPACIDAD AUDITIVA

Sexualidad

La sexualidad no tiene una definición única, para algunas personas implica amor, comunicación, unión, sensualidad, erotismo; otros incluyen aspectos como el orgasmo, órganos genitales y sexo. Estas opiniones no son excluyentes entre sí, todas giran alrededor de la sexualidad; por ello, sería complicado encontrar una sola definición, cada persona forma su concepto a medida que crece, obedeciendo a aspectos como su cultura, país, ciudad, familia, y otros.

Los autores definen a la sexualidad desde distintas posturas. Por un lado están los que realizan investigación desde un punto de vista social, por otro lado está la investigación médica y psicológica desde distintos enfoques. De forma general, en dicho concepto se engloban tres aspectos básicos: biológico, psicológico y social.

Lencinas (2010) menciona que la sexualidad incluye no sólo al sexo, sino también al género, al afecto, al amor, a la orientación sexual, a la reproducción, entre otros aspectos. La sexualidad es parte inherente a los seres humanos y tiene múltiples formas de manifestarse. Arango (2008) señala que en el año 2000 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sugirieron una definición para establecer un marco y lenguaje común, donde se menciona que el término sexualidad se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser humano, se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. Es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Ésta se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos.

Aunado a lo anterior, es importante mencionar que, desde antes de su nacimiento, entorno al individuo convergen diversos aspectos sociales que intervienen en la

formación de su sexualidad. Flores, Trejo, Díaz y Hernández (2014) manifiestan que, en un sentido macro, la sociedad en la que se desarrolla el individuo es un punto clave para mediar su comportamiento, porque éste depende de la época, estado, ciudad, municipio y otros aspectos. Y aun dentro de una misma esfera, es posible encontrar variaciones en actitudes y comportamientos sexuales, que se ven marcadas entre individuos.

Con la unión de todos esos elementos, se estructura en cada persona su sexualidad, manifestándose en todas sus acciones, desde la forma de vestir, hablar, caminar, etcétera, hasta en aquéllas en que se demuestran sentimientos, afectos, intimidad, placer y relaciones con los demás.

En este mismo sentido, un factor importante en el desarrollo de la sexualidad es la familia, ya que ésta es la primera relación que establece el ser humano. García, Loredo y Perea (2009) explican que la familia, y en especial los padres, son los principales agentes de socialización; por lo tanto, son partícipes y coprotagonistas del proceso formativo del desarrollo integral de sus hijos e hijas. La familia, en los primeros años de vida del individuo, interviene directamente en su sexualidad, pues es la primera fuente de valores y creencias que pueden llegar a determinar de manera significativa el comportamiento y la actitud que asume la persona respecto al tema.

Asimismo, García (1990) señala que el amor, la familia y la sexualidad tienen un vínculo significativo como ámbito natural para el desarrollo y la realización de la sexualidad y el amor.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2013) respecto a este tema menciona que en la familia se gestan los primeros mensajes sobre la sexualidad, que pueden ser a través del uso del lenguaje oral o mediante gestos, miradas, sonrisas, rubores e incluso cuando se evita o se censura hablar del tema; la familia está comunicando mensajes que pueden ser determinantes en la educación sexual que reciben los hijos.

Por ello, la familia, el contexto social, la interacción con otras personas y la época, son fundamentales para el desarrollo sexual de la persona. No obstante, es importante mencionar que otro factor substancial es el tiempo, ya que si bien es cierto que la sexualidad tiene múltiples expresiones en la forma de ser, sentir, pensar y actuar, no todas se viven en un mismo momento, el tiempo va transformando la sexualidad de la persona y ésta puede variar en cada etapa a medida que crece.

DeLater y Frienderich (2002) mencionan que la sexualidad es dinámica y se desarrolla a lo largo de la vida como consecuencia de una compleja y cambiante interacción entre factores bio-psico-socio-culturales. Debido a esto, sus manifestaciones en cada etapa de la vida varían de acuerdo a las necesidades particulares de la edad en que se encuentra el individuo (citado en Trejo et al., 2014).

Con base en lo anterior, se puede decir que una de las etapas donde se gesta la mayor parte de transformaciones en una persona es la adolescencia. Betancourt, Atach, Cojocarú, Iriarte y Grynberg (2014) señalan que se concibe este periodo como disruptivo y tormentoso, donde los jóvenes pueden tener una mayor probabilidad de involucrarse en algún comportamiento que ponga en riesgo su bienestar. Otros autores como Mitsu y Cava (2002) indican que la adolescencia es un período de desarrollo que no tiene por qué ser negativo, que frecuentemente es descrita como una etapa de necesaria conflictividad, rebeldía y desajuste social, pero eso no significa que la adolescencia sea una etapa difícil.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) indica que se considera a los adolescentes como un grupo sano. Sin embargo, de acuerdo a las estadísticas se considera una etapa dificultosa debido a que muchos mueren de forma prematura, otros tienen discapacidades o problemas de salud como enfermedades graves que comienzan en la adolescencia. Por ejemplo, drogadicción, ITS, VIH, malos hábitos alimentarios, que son causas de enfermedad o muerte prematura, en ésta o en fases posteriores de la vida.

La juventud es otra etapa fundamental. Alpízar y Bernal (2003) mencionan que es un período en el cual la persona debe formarse y adquirir todos los valores y habilidades para una vida adulta productiva y bien integrada socialmente. Se ubicada como proceso de transición.

Por lo anterior, la adolescencia y juventud se ubican como etapas con un gran número de cambios, que pueden llevar a las personas a enfrentarse con algunas dificultades; y si éstas se asocian con otros factores, como es el caso de quienes viven con algún tipo de discapacidad, esta etapa en su vida se podría complejizar aún más. Por consiguiente, es necesario indagar más en el tema.

Discapacidad

La OMS (2014) menciona que, a nivel mundial, más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad. Esta cifra representa alrededor del 15% de la población mundial. Entre 110 y 190 millones de personas tienen grandes dificultades para vivir normalmente.

En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI 2010a) menciona que la población de personas con discapacidad asciende a 5 millones 739 mil personas en el territorio nacional, que declararon tener dificultad para moverse, ver, hablar, comunicarse, atender su cuidado personal, poner atención o aprender o escuchar. Cifra que representa 5.1% de la población total del país. Esta población se caracteriza por tener una mayor proporción de niños de 0 a 14 años y jóvenes de 15 a 29 años, y las entidades federativas con mayor cantidad de población con discapacidad son: Estado de México, Distrito Federal, Veracruz y Jalisco.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (2001) indica que las personas con discapacidad son aquellas que tienen una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales; que dichas deficiencias, al interactuar con distintos aspectos del entorno social, pueden impedir la participación plena y efectiva de estas personas, en desigualdad de

condiciones respecto de las demás. Asimismo, la Secretaría de Salud (SSA, 2012) reconoce que en México la discapacidad es un problema emergente de salud pública, pues en años recientes se ha incrementado, como resultado de la interacción de diversos factores sociales, políticos y poblacionales. Ello tiene que ver con la deficiencia auditiva, intelectual, neuromotora o visual, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de realizar una o más actividades de la vida diaria.

Como ya se mencionó, actualmente la discapacidad se considera como el producto de una limitación física, mental o sensorial, en interacción con barreras sociales que impiden el funcionamiento integral del individuo, y sus posibilidades de realizar una vida cotidiana normal. Sin embargo, este concepto es actual, se ha ido transformando al paso de los años. En 1980, la OMS empleaba el término deficiencia, y lo definía como toda pérdida o irregularidad de la estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica, caracterizada por la presencia de alteraciones o por la pérdida de partes de órganos, aparatos, sistemas del cuerpo humano (citado en Méndez, 1991). Otro término antes utilizado era el de minusvalía, el cual era definido por la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 1993) como la pérdida o limitación de oportunidades de participar en la vida de la comunidad en condiciones de igualdad con los demás. La palabra minusvalía describía la condición de la persona con discapacidad en función a su entorno (citado en Montero, 2003).

Hoy en día, ambos conceptos han dejado de utilizarse, porque las propias personas con discapacidad han señalado que son eufemismos, que pueden llevar implícitamente una connotación compasiva u ofensiva. El término utilizado actualmente, acordado por diversas organizaciones internacionales, es el de discapacidad. Incluye la presencia de una condición limitante, por problemas esencialmente de tipo físico, mental, sensorial, generalmente debida a una enfermedad congénita o adquirida, traumatismo, u otro factor ambiental. Sánchez (1997) indica que la discapacidad es un término correctamente empleado para referirse a las personas con limitaciones físicas o mentales obvias, que por lo

general requieren del apoyo de una instrucción especializada para funcionar en su vida cotidiana.

Vista de esta forma, una persona con discapacidad se enfrenta a diversas desventajas: las que son inherentes a su condición, que limitan su funcionalidad, y las desventajas impuestas por el entorno en el que se desenvuelve, derivadas de las actitudes sociales, de la carencia o deficiencia en su educación, y de otras barreras sociales. Por lo tanto, al tener en cuenta tales desventajas en las personas con algún tipo de discapacidad, las organizaciones mundiales se han dado a la tarea de optimizar el tratamiento que se les brinda, dada la diversidad de discapacidades que existen. Por ello, la OMS (2001) aprobó la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud, la cual está basada en el enfoque biopsicosocial y proporciona una visión biológica, individual y social, en las personas con discapacidad.

Dicha clasificación se divide en dos niveles. El primero corresponde a grupos generales de discapacidad:

- Discapacidades sensoriales y de la comunicación.
- Discapacidades motrices o físicas.
- Discapacidades mentales.

El segundo nivel corresponde a los subgrupos, los cuales surgen del nivel general de clasificación, e incluye 18 subgrupos. El INEGI (2007) indica que cada subgrupo está conformado por un listado, en orden alfabético, de descripciones relativas a discapacidades; en él se incluyen tanto nombres técnicos como algunos sinónimos con los cuales la población reconoce la discapacidad.

Dado el enfoque y tema del presente trabajo, se abordarán los aspectos relativos a la discapacidad sensorial. Dentro de esta categoría se encuentran la discapacidad visual, la auditiva y otros tipos relacionados con la disminución en la percepción y sensibilidad de algunos de los sentidos.

Discapacidad Auditiva

Martino y Barrera (2003) mencionan que el mundo exterior es percibido gracias a los órganos, que se integran en sistemas sensoriales. En lo que se refiere a la audición, los autores indican que ésta lleva un valor agregado que es el lenguaje, la máxima expresión de la capacidad de comunicación y relación con el mundo externo del individuo, que a su vez es un medio esencial para el aprendizaje.

La Secretaría de Salud (SSA, 2012) define la discapacidad auditiva como la restricción en la función de percepción de los sonidos externos, alteración de los mecanismos de transmisión, transducción, conducción e integración del estímulo sonoro, que a su vez pueden limitar la capacidad de comunicación. La deficiencia abarca al oído pero también a las estructuras y funciones asociadas a él.

Oviedo (2007) menciona que las antiguas culturas conocidas han dejado referencias sobre la existencia de personas sordas, quienes sustituyen con la vista y los gestos lo que les niega el oído. Por ello el entorno social, en ciertas circunstancias, puede llevar a los sordos a formar comunidades minoritarias con características equivalentes a las de los colectivos oyentes. Ya que su forma de comunicación desarrolla una peculiar manera de sentir, de ver el mundo y de actuar. A lo que hoy se ha nombrado como cultura sorda.

De acuerdo con sus estadísticas, el INEGI (2010b) contabilizó alrededor de 498,640 personas con discapacidad auditiva en México. De este total, 54.8% son hombres, 45.2% son mujeres, un 13% son personas entre 10 y 29 años y los Estados con mayor cantidad de población con discapacidad auditiva son el Estado de México (57,792 personas), seguido del Distrito Federal (45,429 personas), Veracruz (37,662 Personas) y Jalisco (29,960 personas).

Al observar estos datos se puede notar que un número considerable de personas en México tienen discapacidad auditiva, el cual es importante atender pues se considera como un grupo vulnerable. Dentro de esta misma estadística se menciona que un 32.8% del total de la población no cuenta con ningún tipo de

escolaridad, un 45.6% sólo alcanzó a estudiar a nivel primaria y un total de 146,355 son analfabetas.

La falta de información y de educación, que se centren en sus necesidades, los vuelve un sector poblacional con altos grados de vulnerabilidad. Algunas de estas desventajas para las personas con discapacidad auditiva, tal como lo mencionan Figueroa y Lissi (2005) son la adquisición tardía del lenguaje, la dificultad en la adquisición de la conciencia fonológica, y el escaso dominio lexical y sintáctico del lenguaje oral, por ende, la adquisición de la lectura y la escritura suele ser complicada. De la misma forma, Monsalve y Núñez (2006) sugieren que las personas con discapacidad auditiva se desarrollan con alteraciones lingüísticas limitantes que comprometen su aprendizaje y uso correcto del lenguaje escrito. Por lo que ven limitadas su capacidad para adquirir conocimientos y sus posibilidades de aprender de forma autónoma; por consecuencia, en la mayoría de los casos, se puede presentar un evidente aislamiento informativo y cultural, un menor conocimiento de la realidad, así como aislamiento social, problemas laborales, entre otras circunstancias.

La UNICEF (2011) menciona que muchos de los niños, niñas y jóvenes sordos no cuentan con habilidades de lectoescritura, además de que muchos de ellos y ellas, no tienen ningún sistema de comunicación. Prinz y Strong (1998, citado en Figueroa y Lissi, 2005) indican que la mayoría de los niños sordos que se crían en familias de oyentes se enfrentan al problema de que los familiares no dominan una lengua de señas, lo que limita su desarrollo. Muchos de ellos aprenden lengua de señas fuera de sus hogares, en ocasiones de forma tardía con respecto a la edad en que sus pares oyentes adquieren el lenguaje oral.

Aunado a lo anterior, es necesario mencionar que existen otro tipo de carencias para esta población, como la falta de oportunidades educativas, ya que el sistema escolar es deficiente e insuficiente para integrar oportunamente a esta población, lo que tiene por consecuencia la carencia de empleos para ellos. La UNICEF (2011) señala que, en México, la gran mayoría de las personas con discapacidad

trabajan por su cuenta en el sector informal, y por ende, no tienen prestaciones ni servicios de salud, lo que puede llegar a generar situaciones complicadas para las familias que tienen algún integrante con discapacidad, ya que en muchos casos, los ingresos son marginales y los gastos que implica un hijo con necesidades diferentes golpean fuertemente su calidad de vida.

Se considera que la situación en la que vive este sector poblacional es que la mayoría son analfabetas funcionales, datos de la UNICEF indican que pocos niños (as) y jóvenes pueden acceder a un nivel educativo más allá de la secundaria, los cuales, en el mejor de los casos, optan por aprender un oficio. Alrededor del 70% de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad auditiva viven en familias que se encuentran en situación de pobreza y tienen pocas posibilidades de contacto con el mundo. Oviedo (2007) coincide con que el principal problema de los sordos, hoy en día y con seguridad en la mayor parte del mundo, es el educativo. Pues según cifras que maneja la Federación Mundial de Sordos, más del 70% de los niños sordos del mundo no tiene acceso a la educación. Y el resto, que sí accede a la escuela, suele recibir una formación deficiente.

Respecto a este tema, se ha señalado que, a medida que crecen los niños y jóvenes con discapacidad auditiva, se hacen más evidentes sus retrasos respecto a sus contemporáneos sin discapacidad. Polo y López (2012) realizaron un estudio en Bogotá Colombia, con jóvenes con discapacidad auditiva, motora y visual, que cursaban el nivel superior. Los resultados que obtuvieron confirmaron que la presencia de la discapacidad parece asociada con un nivel más bajo de auto-concepto académico y emocional, ello significó que los estudiantes con discapacidad se perciben menos competentes en el ámbito académico y tienen una percepción más negativa de su estado emocional, tanto general como en situaciones específicas.

En la misma línea, se puede señalar que los problemas emocionales también son un factor importante en este sector poblacional y también los hace vulnerables, Pérez y Garaigordobil (2007) realizaron un estudio a personas con deficiencia

auditiva con el fin de comparar su nivel de auto-concepto y síntomas psicopatológicos, con los de personas sin discapacidad. Los resultados muestran que no existen diferencias significativas en la evaluación del auto-concepto, sugieren que esto puede ser debido a que todos los participantes eran parte de grupos especiales. Sin embargo, los participantes con discapacidad auditiva sí mostraron puntuaciones significativamente superiores en la mayoría de los síntomas psicopatológicos respecto a las personas sin discapacidad, como sentimientos de timidez, hipersensibilidad a las opiniones y actitudes ajenas, depresión, ansiedad, ira, irritabilidad, entre otros.

Lo anterior afecta la formación del individuo en general. Y ello se verá reflejado en un importante aspecto de la vida de las personas con discapacidad auditiva, el cual hace referencia a la sexualidad, que es parte inherente al ser humano que se desarrolla, desde el nacimiento hasta la muerte, tal y como se mencionó anteriormente.

Discapacidad y sexualidad

En general, el tema de la sexualidad y la discapacidad suele parecer una cuestión complicada, ya que une dos temas que aún en nuestra cultura son considerados como tabú. La asociación de ambos aspectos son estimados, por lo general, como un problema más que como un atributo natural, el cual suele mantenerse escondido, en la intimidad de las casas e instituciones, e incluso en algunos casos se llega a negar ampliamente, limitando todo tipo de información.

Estas dificultades se generan inicialmente debido a que tratar el tema en general de la sexualidad aún en México parece ser complicado, y se torna mucho más complejo en el caso de las personas con discapacidad. No obstante, es importante conocer que si alguna persona se encuentra con dificultades para moverse, hablar, ver, u otras funciones cotidianas, ello no significa que esté privada de vivir su sexualidad. Al contrario, las personas con discapacidad manifiestan emociones e impulsos sexuales como todos y cada uno de los miembros de la sociedad a la que pertenecen, si bien con algunas otras dificultades dependiendo del grado y

tipo de discapacidad, que llega a repercutir en el hecho de cómo vivan su sexualidad.

La familia y el personal especializado son las guías directas de las personas con discapacidad, sin embargo, es una realidad que ellos desvían su atención de los aspectos relativos a la sexualidad, dedicando más tiempo a la educación y la rehabilitación de otros aspectos cotidianos y habituales.

Otros factores más específicos, que influyen para que las personas con discapacidad no disfruten plenamente de su sexualidad, pueden ubicarse en el plano social y familiar. En lo relativo a aspectos sociales, se ubican la falta de información respecto al tema, es decir, la carencia de entornos en los cuales los jóvenes con discapacidad puedan interactuar y enterarse de sus derechos, de cómo hablar sobre sexualidad, y de cómo cuidar su salud sexual. En el plano familiar puede ubicarse la sobreprotección, la represión hacia la sexualidad del joven con discapacidad, la falta de comunicación y la falta de supervisión de los padres. Estos aspectos, en conjunto, complican la vida de las personas con discapacidad, e intervienen para que ellas no lleguen a vivir con plenitud su sexualidad.

Dado lo anterior, es evidente que el tema de la sexualidad no puede ser excluido de la educación y de la información que deben tener estos niños y jóvenes. Por lo tanto, al dar una mayor apertura a esta cuestión en todos los sectores de la población se abriría la posibilidad de que estas personas tengan acceso a una mejor calidad de vida. El uso de la información nos hace ir más allá de lo visible, nos lleva a pensar en la persona de forma integral y no sólo a centrarnos en las personas con discapacidad reduciendo sus necesidades a lo que las demás personas puedan considerar correcto, o socialmente aceptable. Hace falta mirar a la sexualidad en su totalidad, simplemente como un atributo natural en todos los seres humanos.

Smith, Price y Marsh (1986, citado en Patton, 2000) argumentan que en esta etapa se forma un sentido de sexualidad como parte de la identidad personal, se

desarrolla confianza en las interacciones sociales, se logran aceptar los cambios biológicos, se adquiere un sentido de independencia emocional, se identifican cualidades e intereses personales, se establecen vínculos con coetáneos que muchas veces llevan a prepararse para el matrimonio, la procreación y las relaciones adultas.

Es ese sentido, es importante retomar el tema de la adolescencia y juventud, enfocándolo ahora en la vida de las personas con discapacidad. Considerar que ésta es una etapa de grandes cambios, manifestándose con peculiar énfasis a nivel corporal, y que lleva consigo el inicio de la maduración sexual. Amate y Vázquez (2006) mencionan que este proceso en las personas con discapacidad se puede ver entorpecido por potenciales factores negativos, tales como el retardo o la inhabilidad de asumir responsabilidades, lograr la intimidad, o relacionarse con otras personas. Aun cuando es cierto que la experiencia es única en cada individuo y de trascendencia indudable, sí es ésta una época difícil en términos generales; y tal vez lo sea aún más para el joven con discapacidad.

Amor (2000) indica que el interés por la sexualidad suele aparecer en los jóvenes con discapacidad en edades similares a las de los jóvenes sin discapacidad. Las características sexuales secundarias en la persona con discapacidad se presentan también en la adolescencia, generando del mismo modo cambios en el comportamiento de interacción con el sexo opuesto y un aumento en su interés por el sexo.

Laca (1990) menciona que el autoerotismo en los adolescentes es una de las primeras manifestaciones de conducta sexual; los jóvenes con discapacidad no son ajenos a buscar placer, establecer vínculos con personas externas a su núcleo familiar, explorar su cuerpo y el de otros jóvenes, etcétera, siendo éstas algunas de las características principales de la adolescencia. No obstante, la frecuencia, la necesidad y la expresión de dichas particularidades, sin lugar a duda, puede variar según el grado o tipo de discapacidad que presentan los adolescentes.

Específicamente en el caso de las personas con discapacidad auditiva, surgen otro tipo de consideraciones que es necesario tomar en cuenta al hablar de sexualidad. UNICEF (2011) menciona que la falta de materiales y medios adecuados dificulta a los niños(as) y jóvenes acceder a información seria y científica acerca de su sexualidad, lo cual llega a influir para que adopten prácticas de alto riesgo. Con base en esto, es notable la carencia de servicios y campañas que se centren en estas personas, las cuales deben adecuarse a sus necesidades, comunicando este tema mediante Lengua de Señas adaptada a cada país (en el caso de nuestro país, se cuenta con la Lengua de Señas Mexicana, LSM). La falta de información accesible para esta población dificulta la educación de la salud sexual y reproductiva.

Los jóvenes con discapacidad auditiva se vuelven más vulnerables porque la necesidad de reconocimiento y afecto los hace víctimas de abuso sexual. Debe considerarse que, además de que reciben menos información en comparación con los jóvenes oyentes, pueden presentar problemas para comunicarse. Todo ello los hace vulnerables pues no tienen herramientas para identificar agresiones de este tipo.

También debe señalarse que no existen dependencias educativas especializadas en la atención de personas con discapacidad auditiva, y en los centros de atención existentes se puede observar una carencia de personal que domine la LSM, lo cual se convierte en un obstáculo más y en una situación más de vulnerabilidad, ante la falta de atención oportuna. En muchos de los casos, las personas con discapacidad no expresan sus dudas y problemas, ante la falta de confidencialidad, pues en el mejor de los casos, si se cuenta con un traductor, éste debe estar presente para que ellos expresen su problemática.

Otro aspecto importante para el tema de la sexualidad en personas con discapacidad auditiva, se relaciona con las redes de apoyo, donde puede ubicarse a la familia como una de las principales. Mitsu y Cava (2002) mencionan que uno de los principales recursos de que dispone el adolescente para evitar riesgos, es

el apoyo que percibe de su red social, la cual se conforma de familia, amigos, pareja y proveedores de salud. No obstante, en el tema de la sexualidad, la familia de la persona con discapacidad auditiva puede llegar a tener dificultades para informar a su hijo(a), por deficiencia en el manejo de un sistema de comunicación adecuado a las necesidades de éste. Puede existir un sinnúmero de motivos que lleguen a repercutir para que los padres y familiares no atiendan las necesidades reales de sus hijos, e inclusive para que de alguna forma repriman su sexualidad.

La situación descrita puede revertirse si se orienta a los familiares respecto a las cuestiones aquí abordadas. Como lo mencionan Guevara y González (2012), el trabajo con las familias debe consistir fundamentalmente en proporcionarles recursos para poder tomar decisiones satisfactorias, que les permitan mejorar la calidad de vida no sólo del niño (a) con discapacidad, sino también de la familia en su conjunto. Sin embargo, actualmente, pocas son las fuentes que proveen de la información necesaria a las familias, y menos aún a los jóvenes con discapacidad auditiva del país. Morentin, Arias, Rodríguez y Aguado (2006) señalan que es fundamental desarrollar programas que consideren a las personas con discapacidad, a sus familiares, y a los profesionales que trabajan con ellos.

Por lo tanto, es importante ofrecer una mayor apertura al tema de la sexualidad con los padres y escuelas, ya que son parte fundamental de la formación de los jóvenes, y muchas veces la principal fuente de información para resolver interrogantes, pues por lo regular ellos toman las decisiones e influyen de manera directa. Baldaro (1988) considera a la persona con discapacidad como centro de tres sistemas que son la familia, la escuela y las instituciones de asistencia; cada uno decide lo que es bueno o no para la persona.

En un sentido global, UNICEF (2013) menciona que la educación sexual es necesaria para todos, y también para las personas con discapacidad, pues incluye una parte importante de los conocimientos y habilidades que necesitan para desarrollarse saludables, así como para desempeñarse adecuadamente en el mundo que les ha tocado vivir. Agrega que no se puede privar de educación a

ningún individuo ya que ésta, en términos generales, es un proceso a través del cual se pueden transmitir valores y conocimientos que enriquecen a la persona y la preparan para interactuar con el mundo exterior. León (2007) señala que la educación presupone una visión del mundo y de la vida, gesta una concepción de futuro y una manera de satisfacer las necesidades humanas. Necesidad de vivir y estar seguro, de pertenecer, de conocerse, de crear y producir.

Por todo ello, es cierto que la educación inicia en la familia, sin embargo la escuela hoy en día es una de las instancias más importantes donde los individuos se educan, ya que en la época actual la demanda laboral conlleva a que los padres atiendan por cortos periodos de tiempo a sus hijos. Entonces, sin dejar de lado la responsabilidad de los familiares, la escuela hoy tiene un papel muy importante en la educación general de los niños y jóvenes. De acuerdo con Pere (2009, citado en García, 2012), la finalidad de la escuela no es simplemente facilitar una serie de enseñanzas útiles, de cara al futuro profesional o laboral; la escuela plantea educación en un sentido más amplio, en relación al individuo y al desarrollo de su personalidad, en todos aquellos aspectos relacionados, en definitiva, con la vida misma.

La educación que se brinda a las personas con discapacidad auditiva debe considerar múltiples factores para dar pauta al enfoque integral, el cual les permita obtener las herramientas necesarias para enfrentar situaciones de la vida diaria en torno al tema de la sexualidad, con el fin de evitar conductas de riesgos y promuevan los conocimientos necesarios que los lleven a vivir una sexualidad plena.

CAPÍTULO 2.

COMPORTAMIENTO SEXUAL DE RIESGO EN JÓVENES CON Y SIN DISCAPACIDAD AUDITIVA

VIH/SIDA e ITS: su relación con el comportamiento sexual de riesgo en jóvenes

El tema de la sexualidad en los jóvenes ha tomado mayor relevancia a nivel social y gubernamental. Juárez y Gayet (2005) indican que la educación sexual de los jóvenes figura en la actualidad como uno de los asuntos de mayor preeminencia, tanto en el ámbito académico como político. La preocupación se ha concentrado en reducir las ITS, VIH/SIDA y el embarazo adolescente.

Por ello, existe una creciente demanda de impartir educación sexual a los jóvenes en los diversos sectores del país, debido a que éste es un grupo altamente vulnerable y por consecuencia se ha concentrado en ellos la mayor parte de programas de prevención y educación sexual. Barragán (1999) describe a esto como un proceso de construcción y explicación de la sexualidad humana, acorde con las potencialidades del individuo, que enfatiza el respeto hacia la libertad de los demás.

En México, el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA 2009) se ha encargado de atender este tema, pues menciona que los jóvenes representan un grupo prioritario en el desarrollo social, económico y político del país; dado que ellos se encuentran no sólo en el umbral de su vida productiva, sino en pleno proceso de entrada a la sexualidad activa. La juventud es la etapa en que definen su plan de vida y delinear la personalidad que propiciará su conducta y comportamiento en la vida adulta.

Visto de esa forma, este periodo es un punto crucial en la vida de las personas y por eso es que necesita ser atendido; pues las situaciones a las que no se les preste atención en esta etapa, pueden significar grandes problemas en el futuro.

Por tal motivo, las instituciones gubernamentales señalan que la educación sexual y la prevención, son la opción para prevenir futuros riesgos, como lo son el contagio de ITS o VIH/SIDA, pues además de afectar a la persona, estas infecciones generan grandes costos al gasto público, ya que demandan atención periódica; por eso el papel de la prevención ha cobrado mayor relevancia y se han desarrollado múltiples programas de educación sexual en jóvenes, que se han implementado en escuelas, el sector salud, organizaciones no gubernamentales, entre otras.

CENSIDA (2009) indica que en el año 2005 se estableció que era necesario dar acceso universal y pleno a la salud sexual y reproductiva, poniéndose ésta como meta para el año 2015, y destacando en forma importante la lucha contra las ITS y el VIH/SIDA. Cabe mencionar que han existido muchos avances respecto a la intervención y prevención en estos tópicos, sin embargo, aún existen altos índices de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, principalmente en los jóvenes.

Seda, Colón, Expósito y Argüelles (2011) indican que las ITS constituyen un problema de salud pública a nivel mundial; en las últimas décadas el número de personas infectadas tiende a incrementarse en especial en los países en vías de desarrollo y en grupos sociales de riesgo como son los jóvenes. A su vez, Corona y Mastrapa (2010) advierten que la poca información y el escaso conocimiento que poseen acerca de sus propios cuerpos, convierte a los jóvenes en un grupo vulnerable a las infecciones de transmisión sexual, las toxicomanías, la explotación y la violencia sexual. Como mencionan Navarro y Vargas (2004), la adolescencia y juventud es un período en el que muchos experimentan con diferentes formas de relacionarse sexualmente, en muchas de éstas puede intervenir el uso de drogas y alcohol, los cuales pueden influir en el comportamiento sexual y aumentar el riesgo de que una persona contraiga una infección, ya que se ha comprobado que estas sustancias deterioran la capacidad de tomar decisiones respecto a la protección y el auto-cuidado, aunque se tengan los conocimientos para prevenir enfermedades.

El INEGI (2012) menciona que, en la actualidad, los jóvenes inician cada vez más tempranamente su vida sexual, pero sin la debida protección, ya que muchos de ellos encuentran dificultades con el uso, acceso o disponibilidad de métodos de protección, por lo que incrementan su exposición a las ITS. Estas estadísticas a su vez señalan que en México, entre el año 2005 y 2010, la mayor incidencia de ITS se relaciona con la candidiasis urogenital y el Virus del Papiloma Humano (VPH) en jóvenes de 15 a 24 años, y en recientes años no se ha observado que esta tendencia disminuya.

En esa línea, es importante mencionar que existe evidencia que indica que padecer una ITS aumenta la probabilidad de infectarse de VIH, pues en muchos de los casos los jóvenes desconocen que tienen una infección y por consecuencia mantienen el mismo patrón de conductas de riesgo que los llevó a contagiarse, exponiéndose a contraer VIH.

Referente a esto, ONUSIDA (2007) en su informe de 2007 mencionó que 33.2 millones de personas vivían con VIH; estimaron que aproximadamente 25% son menores de 25 años, dato que significa que alrededor de 6000 jóvenes se infectan diariamente con el VIH y más del 50% de las nuevas infecciones se producen entre los 10 y los 24 años de edad. Este dato señala que las mujeres adolescentes y jóvenes tienen 1.6 veces más riesgo de ser infectadas.

CENSIDA (2015) indica que en 1983 se reportó el primer caso de SIDA en México, y que, desde esa fecha hasta el 30 de septiembre del 2014, existe un registro de 223 mil 995 personas que se han infectado por el VIH o desarrollado SIDA. Por ello, es de suma importancia atender este aspecto, principalmente en jóvenes y adolescentes. Acorde con esto, la UNICEF (2008) señala que, en México, el SIDA es considerado como la cuarta causa de muerte entre el segmento de la población con edades entre 15 y 29 años. Asimismo CENSIDA (2015) hace referencia a que la prevalencia de VIH en la población de 15 y más años fue del 0.2 por ciento, lo que significa que dos de cada mil personas de esas edades estaba viviendo con el VIH.

Un dato importante es que las cinco entidades con las tasas más elevadas de jóvenes contagiados fueron: Distrito Federal (414.7), Yucatán (294.5), Veracruz (280.1), Baja California (272.2) y Campeche (271.7), y que el 95.1% de los casos de VIH son resultado de relaciones sexuales no protegidas. También el INEGI (2012) informó que la principal forma de transmisión de VIH/SIDA en nuestro país, según los casos acumulados en marzo del 2012, es la vía sexual, siendo el grupo de 25 a 29 años el más afectado con un total de 27 449 casos.

Tales datos indican la necesidad e importancia de la información oportuna, específicamente en este sector de la población. Al respecto, Bárcena (2013) menciona que los jóvenes que inician su vida sexual generalmente no tienen intención de posponerla, por lo que la familia, la pareja y la escuela deben transmitir mensajes para prevenir problemas de salud sexual. Por ello, si los jóvenes tienen una educación carente de información, probablemente esto los lleve a iniciar su vida sexual tempranamente y que sus prácticas puedan ser conductas riesgosas, como por ejemplo no usar condón, lo cual podrían repetir subsecuentemente con otras parejas y esto aumenta el riesgo de contagio.

CENSIDA (2008) sugiere que el hecho de no utilizar condón durante la primera relación sexual es en sí mismo un predictor de alto riesgo. Y las principales variables que predicen el uso del condón en la primera relación se asocian con variables como el género, la edad, el nivel de ingresos, la instrucción escolar, la edad a la primera relación, el estatuto de la relación de pareja y tener sexo forzado o sexo planeado. El INEGI (2010c) sustenta lo anterior con los datos que obtuvo a través de la realización de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) en 2009. En ella se reportan como resultados, en el rubro de *Fecundidad, preferencias reproductivas y anticoncepción*, que: el 61.8% de las adolescentes de 15 a 19 años, sexualmente activas, declaró no haber usado un método anticonceptivo durante su primera relación sexual; en las jóvenes de 25 a 29 años esta proporción aumenta a 75 por ciento; información de la misma encuesta indica que 97% de las adolescentes y 98.2% de las jóvenes de 25 a 29

ha oído hablar de métodos anticonceptivos, pero los utilizan esporádicamente o nunca los han utilizado.

Por tales motivos, es primordial sensibilizar a los jóvenes sobre la importancia de usar condón como único método que reduce el riesgo de contagio de VIH e ITS; de esta forma podrán contar con los conocimientos necesarios para su prevención y uso, y por consiguiente llevarlos a la práctica. Sin embargo, no es lo único que se debe hacer, ya que, como señalan Hernández et al (2006), la reducción de conductas de riesgo requiere algo más que la propia habilidad conductual para usar correctamente el condón; porque de nada sirve ser un experto en la colocación correcta del condón si no se tiene la habilidad para solicitarlo a la pareja sexual o la habilidad para negociarlo cuando ésta se resiste a utilizarlo.

Robles, et al (2012) y Rodríguez et al. (2012) indican que es necesario promover en los jóvenes conocimientos y habilidades que los lleven a comportarse preventivamente, puesto que si ellos mantienen una conversación con sus padres antes de iniciar su vida sexual, es más probable que su primer encuentro sexual sea protegido y usen el preservativo cada vez que mantengan relaciones sexuales.

En esta línea, Atienzo, Campero, Estrada, Rouse y Walker (2011) indican que es importante sensibilizar a los padres acerca de las ventajas y beneficios de la comunicación temprana y oportuna con sus hijos, sobre métodos anticonceptivos y prevención de problemas. Y estas acciones contribuirán a la construcción de alternativas para mejorar la salud sexual y reproductiva de los jóvenes.

Por supuesto, la participación de la escuela también es imprescindible, tal y como lo mencionan Carrera, Lameiras y Rodríguez (2007), pues a través de la convergencia entre padres, escuela y sociedad se conseguirá fortalecer cualquier intervención que se lleve a cabo con los y las adolescentes, con el fin de prevenir y atender este tipo de problemáticas de forma exitosa.

Comportamiento sexual de riesgo en jóvenes con discapacidad auditiva

Las estadísticas acerca de las ITS y VIH/SIDA no hacen distinción entre jóvenes con o sin discapacidad, los números señalan que los jóvenes que no presentan ninguna discapacidad así como los que sí la presentan, tienen la misma o mayor posibilidad de contagiarse de alguna ITS o VIH/SIDA, pues los jóvenes con discapacidad también presentan conductas riesgosas que los lleva a poner en peligro su salud. Aunque sabemos que este sector poblacional es aún más vulnerable, dadas las condiciones en las que vive, como fue expuesto anteriormente.

Los números no son excluyentes, por lo que no existe una cifra específica que aborde el total de casos que se presentan, a nivel mundial y en México, de personas con discapacidad que padezcan alguna ITS o VIH/SIDA.

Es importante tomar en cuenta los señalamientos de Berman et al. (2011), que indican la existencia de una larga cadena de barreras y tabúes que impiden el acceso de esta población a servicios de prevención, apoyo y tratamiento, pues se continúa pensando erróneamente que las personas con discapacidad no son sexualmente activas y por lo tanto no están en riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, ni expuestas al abuso o la violencia íntima que los puede llevar a contagiarse de VIH.

A causa de estos mitos, las campañas de prevención y los programas educativos excluyen a estos jóvenes. Por ello, este sector es aún más vulnerable, en primera instancia, por su condición que de manera general hace que se enfrenten a enormes barreras que les impiden incursionar en ciertas actividades cotidianas; en segunda, por la poca inclusión que se les da en el tema de la prevención y atención de las ITS y VIH.

Referente a esto, las personas con discapacidad que llegaran a contagiarse, vivirían un doble estigma. No se puede dejar de lado que ésta es una realidad, pues son aún más propensas a infectarse, dada la carencia de espacios en los

cuales puedan exponer sus dudas, recibir información clara por parte de las instituciones de salud, instituciones gubernamentales, escuelas e inclusive en sus propias familias. Tales instancias están muy lejos de brindar las herramientas necesarias para que este sector poblacional sea incluido en los programas que se realizan para la población en general, con el fin de prevenir las ITS y VIH/SIDA. Específicamente en el caso de las personas con discapacidad auditiva, la comunicación es su mayor problema, dada la escasez de personal experto en la temática que maneje lengua de señas y los escasos programas que existen adaptados a sus necesidades; esto las lleva a vivir inmersas en la desinformación y prejuicios, volviéndolas altamente vulnerables al abuso y el contagio de ITS o VIH.

A su vez, pocas investigaciones se han realizado que den indicio de la situación que viven las personas con discapacidad en general y son aún más escasas las que se centran en la discapacidad auditiva y su situación en torno al tema de ITS y VIH/SIDA.

Una investigación realizada por Groce (2004) reporta que llevó a cabo una encuesta en Estados Unidos, redactada en idioma inglés y traducida posteriormente al español, francés, chino (mandarín), árabe y suahili, que está disponible también en formato de fácil acceso para usuarios ciegos. La encuesta fue enviada por correo electrónico o postal a 2800 sitios. La lista de destinatarios incluía organizaciones generales y específicas en temas de discapacidad y de VIH/SIDA. La encuesta evaluaba los conocimientos que las personas con discapacidad tenían sobre el VIH/SIDA, y también valoraba los modelos de intervención que tienen esas instituciones para abordar el tema. Los resultados indican que existen vacíos en el sistema actual de intervención y prevención, los individuos con discapacidad son pasados por alto o sistemáticamente excluidos de los programas de salud sexual. Igualmente, las personas encuestadas carecen de los conocimientos para prevenir el contagio de ITS y VIH.

En México, Robles, Guevara, Pérez y Hermosillo (2013) efectuaron un estudio en el Distrito Federal, que consistió en identificar conductas sexuales de riesgo en 300 jóvenes con discapacidad auditiva, y relacionar sus prácticas sexuales con el grado de comunicación que tienen con sus madres y padres sobre temas de salud sexual. Los resultados indican que siete de cada diez participantes sexualmente activos no utilizaban ningún método anticonceptivo, lo cual es muestra de que los jóvenes con discapacidad auditiva están en alto riesgo de adquirir diversas ITS o VIH/SIDA, asimismo más de la mitad de los jóvenes reportó que su primera relación fue forzada. Estos datos se asociaron con los bajos niveles de comunicación de los jóvenes con sus padres, acerca de temas de sexualidad.

Estos reportes constatan que la situación en la que viven las personas con discapacidad auditiva es de alto riesgo de contagio. Groce (2004) argumenta que el VIH/SIDA representa una amenaza significativa para individuos y poblaciones de personas con discapacidad, alrededor del mundo, con índices al menos comparables y posiblemente más elevadas que de las personas en general. Además de que los individuos con discapacidad no son incluidos en la mayoría de los esfuerzos de cobertura en SIDA, y es por ello que la crisis del SIDA no puede ser abordada exitosamente a menos que los individuos con discapacidad formen parte de la cobertura.

Groce, Trasi y Yousafzai (2006) enfatizan que una comprensión más clara de los actuales factores que limitan el acceso a los servicios y la información sobre el VIH/SIDA para las poblaciones con discapacidades, llevará a la realización de estrategias y adecuación de mecanismos que pueden mejorar su acceso.

Asimismo Robles et al. (2013) indican que los hallazgos ponen de manifiesto la necesidad de que en México se desarrollen investigaciones con muestras más amplias y representativas de jóvenes con discapacidad auditiva, con el fin de promover la salud sexual y el desarrollo de habilidades de comunicación dirigidos a jóvenes con discapacidad y a sus padres, para que alcancen una vida sexual saludable.

Bárcena (2013) menciona que los programas de intervención en nuestro país deben administrarse desde edad temprana, con el propósito de promover en los jóvenes la adopción de patrones de comportamiento sexual seguro, y de igual manera contemplar la participación de los padres en la promoción de la salud sexual de sus hijos.

Por tales motivos, situarse en la realidad que vive México respecto a este tema es percatarse de los peligros a los que los jóvenes, y en específico los jóvenes con discapacidad auditiva, se encuentran expuestos. Es necesario visualizar la importancia de integrar a los jóvenes con discapacidad a los programas de prevención y educación sexual, con el fin de que perciban su sexualidad como una actividad que favorece la realización de la persona.

CAPÍTULO 3.

CONOCIMIENTOS SOBRE ITS/VIH, PRÁCTICAS DE RIESGO Y ABUSO SEXUAL

Conocimientos sobre VIH/SIDA y otras variables de influencia sobre uso del condón en jóvenes

El tema de la prevención de ITS y VIH/SIDA hoy en día se ha tornado particularmente importante, pues la estadística de contagios continua creciendo a nivel mundial. Esquivel, Casanova y Uc (2001, citado en Sánchez, Robles & Enríquez, 2005) señalan que diariamente en el mundo ocurren aproximadamente 100 millones de relaciones sexuales y cerca de medio millón acaban en alguna Infección de Transmisión Sexual (ITS), trayendo consecuencias como: esterilidad, ceguera, desórdenes mentales, defectos físicos de nacimiento, aumento en las probabilidades de desarrollar un cáncer, enfermedades cardíacas e inclusive la muerte.

Núñez, Hernández, García, González y Walker (2003) mencionan que, a nivel mundial, la prevención se ha centrado sobre todo en adolescentes pues el debut sexual se ha presentado cada vez a edades más tempranas, en hombres a los 16 años y en mujeres a los 19 años, lo que ha posibilitado que se incrementen las relaciones sexuales con diversas parejas.

En México, el INEGI (2012) reporta que los jóvenes también inician de forma más temprana su vida sexual, pero sin la debida protección, ya que muchos de ellos encuentran dificultades con el uso, acceso o disponibilidad de métodos de protección, por lo que incrementan su exposición a las ITS. Estas estadísticas a su vez señalan que, entre el año 2005 y 2010, la mayor incidencia de ITS se relacionó con la candidiasis urogenital y el Virus del Papiloma Humano (VPH) en jóvenes de 15 a 24 años, y en recientes años no se ha observado que esta tendencia disminuya.

No obstante, la preocupación principal se ha concentrado en disminuir la incidencia de casos de VIH/SIDA, dadas las grandes repercusiones que ha tenido esta epidemia a nivel mundial. CENSIDA (2007) señala que desde el comienzo de la epidemia y hasta finales del año 2003, se han reportado un total de 73 mil casos, asimismo un alto porcentaje de mexicanos desconocen que son portadores. Gutiérrez et al. (2004) mencionan que México es el tercer país en América Latina con mayor número de casos de SIDA reportados. El SIDA es la decimosexta causa general de muerte en la población general del país, y es la cuarta causa entre los hombres de 25 a 34 años. La epidemia en México se ha transmitido por vía sexual en un 80% de los casos diagnosticados.

Siguiendo lo anterior, Caballero y Villaseñor (2003) reportan que hay un porcentaje considerable de casos en adolescentes que se contagian entre los 15 y 19 años de edad, pero que no son reconocidos con VIH debido a la existencia de un periodo prolongado de latencia entre la seroconversión en VIH y las manifestaciones del SIDA, que puede durar entre 2 y 11 años. Esto llevaría a pensar que una importante proporción de casos del grupo de 20 a 29 años de edad pudo haberse infectado con el VIH durante su adolescencia.

Por lo anterior, las campañas de prevención de ITS y VIH/SIDA han tenido como objetivo principal incrementar el nivel de conocimientos en los jóvenes sobre las formas de transmisión, manifestaciones y prevención, mediante la práctica de sexo seguro y protegido, con el fin de que los casos disminuyan. El uso del condón es una de las principales herramientas que se han implementado en el tema de la prevención de VIH e ITS.

En cuanto a ese tópico, los conocimientos que reportan los jóvenes sobre VIH/SIDA, Villaseñor, Caballero, Hidalgo y Santos (2003) realizaron una encuesta aleatoria, en 1410 adolescentes de cuatro estratos socioeconómicos de Guadalajara, Jalisco, México. Su objetivo fue evaluar conocimientos sobre VIH/SIDA, mediante 24 preguntas. Los resultados indican que el nivel de

conocimiento objetivo fue regular y tuvo diferencias por estrato socioeconómico, favoreciendo al medio-alto; los de estratos medio y bajo percibieron saber “algo”, y los del marginado “poco”. Asimismo, los varones dijeron usar más el condón (35.4%) que las mujeres (15.3%). Por lo tanto, los autores señalan que tienen un mayor grado de conocimientos los adolescentes varones de estrato socioeconómico alto, en comparación con mujeres, grupos minoritarios o de bajo nivel de escolaridad.

Robles, Frías, Moreno, Rodríguez y Barroso (2011) efectuaron un estudio en una muestra de 141 adolescentes de secundaria y preparatoria, con una edad media de 16.8 años, sexualmente activos, elegidos aleatoriamente de cuatro escuelas públicas de la Ciudad de México. Se encontró que la información que poseen los adolescentes acerca del VIH/SIDA y otras ITS es muy deficiente y no se asocia directamente con el uso consistente del condón. El área en la que ellos obtuvieron un mayor porcentaje de aciertos fue la que refiere aspectos relativos a los mecanismos de prevención del VIH/SIDA. Esto concuerda con lo antes expuesto, en que los temas sobre cómo prevenir las ITS y VIH/SIDA son los que más se han masificado para la erradicación de estas epidemias.

Piña, Robles y Rivera (2007) indican que, a pesar de los conocimientos sobre el VIH/SIDA, los mecanismos de transmisión de esa infección y las formas de prevenirla, los adolescentes y los adultos jóvenes continúan practicando comportamientos de riesgo. Entre estos comportamientos destacan iniciar la vida sexual a edades tempranas, tener relaciones sexuales con múltiples parejas y no utilizar preservativos de manera consistente y correcta.

Por lo tanto, es importante mencionar que aunque los jóvenes cuenten con los conocimientos para la prevención de ITS y VIH/SIDA como es el uso del condón, influyen otros factores que los hacen susceptibles a no protegerse al momento de tener relaciones sexuales. Uno de éstos es la edad. Gayet, Juárez, Pedrosa y Magis (2003) mencionan que iniciar la vida sexual a una mayor edad incrementa el

uso del condón de manera sustancial. Por lo tanto, quienes la inician a edades tempranas tienen menor probabilidad de usarlo en su primera relación, y por ello tienen un riesgo mayor de contraer una ITS.

Lo anterior puede ser resultado de que en la etapa de la adolescencia se tiene una autopercepción de bajo riesgo, sentido de invulnerabilidad, y por ende los adolescentes están expuestos a tener un mayor número de relaciones coitales riesgosas; todo esto, a su vez favorecido por la ausencia de sintomatología producto de algunas ITS e inclusive del VIH (Villaseñor, Caballero, Hidalgo & Santos 2003).

Otro factor importante es la planeación de la primera relación sexual. Un estudio realizado en México (Moreno, Rivera, Robles, Barroso, Frías, & Rodríguez, 2013) llevaron a cabo un estudio que evaluó la relación entre el debut sexual y la consistencia del uso de condón. Evaluaron a una muestra de 105 adolescentes sexualmente activos mediante un cuestionario de opción múltiple. Los datos indicaron que menos de la mitad de los adolescentes participantes planearon su primera relación sexual y sólo 60% señaló haber usado protección. Esto sugiere que la planeación está estrechamente vinculada con el uso del condón.

Sin embargo, los autores hacen mención de que lo antes expuesto no aplica en todos los casos, pues la planeación no garantiza el uso de protección ya que sólo la mitad de los que dijeron haber planeado el encuentro sexual usaron condón; también influyen aspectos como el uso de sustancias y el grado de excitación. Por ello, es necesario tener en cuenta el estado biológico previo a la relación sexual, que puede estar determinado por la excitación o inhibición producida por la privación o por el consumo de sustancias como el alcohol o algunas drogas, aspecto que también es planteado por Sánchez, Robles y Enríquez (2005).

El uso del condón es una conducta compleja que necesita ser repetida en el tiempo para que sea efectiva, asimismo, no basta con tener los conocimientos y

posteriormente utilizarlos, sino que también es preciso vincular en el ejercicio de la prevención de VIH e ITS los conocimientos que los jóvenes tienen sobre cómo usar un preservativo, su habilidad para usarlo correctamente y su uso adecuado durante el acto sexual (Robles, Moreno, Frías & Rodríguez, 2015).

Rodríguez, Barroso, Frías, Moreno y Robles (2009) llevaron a cabo un programa de intervención conductual con 70 estudiantes sexualmente activos, con el fin de observar la habilidad para colocar y retirar un condón en un pene artificial de enseñanza. Los estudiantes contaban con algunos conocimientos para usar el condón, pero no todos los que se requieren para su uso correcto. Después de la intervención la ejecución mejoró en el grupo experimental y las diferencias con el grupo control fueron estadísticamente significativas, en lo relativo a la habilidad conductual para usar el condón. Los autores coinciden con los planteamientos de autores como Warner et al. (1998, citado en Rodríguez et al., 2009) acerca de que las personas que dicen usar consistentemente el condón y que no lo usan correctamente tienen la misma probabilidad de contagiarse de ITS o VIH que aquellas que lo usan inconsistentemente.

Otra variable que se relaciona con el uso de condón tiene que ver con el tipo de pareja con la que se tenga contacto sexual. La investigación de Díaz-Loving y Robles (2009) indicó que, cuando los jóvenes tienen una nueva pareja, la frecuencia del uso del preservativo es alta; pero con el paso del tiempo, cuando esta pareja es considerada por los jóvenes como una pareja regular, la frecuencia del uso del preservativo baja considerablemente. El uso de condón es menos probable cuando se tiene una relación romántica, y más probable cuando hay sólo atracción física o amor pasional.

Lo anterior lleva a mencionar otra variable que influye para llevar a cabo conductas preventivas, y que se refiere al género. Tal y como se ha señalado anteriormente, esta variable también interviene en la toma de decisión de usar condón, al menos en países como México, donde los hombres tienen una mayor

apertura en la toma de decisión de usar condón a diferencia de las mujeres, quienes todavía se enfrentan a estigmas sociales sobre su uso.

La investigación realizada por Piña, Robles y Rivera (2007), con una muestra compuesta por 1346 estudiantes universitarios de México, reporta que los hombres tienen un patrón de comportamiento sexual de mayor riesgo que las mujeres, si se toma en cuenta que es mayor el porcentaje de hombres que inicia su vida sexual a edades tempranas (16 años) y que tienen mayor número de parejas sexuales en toda la vida (en promedio cuatro parejas, y en mujeres dos parejas). Pero la relación se invierte si se considera que es mayor el porcentaje de hombres que son consistentes en el uso del condón y que un mayor porcentaje de mujeres no usan el condón en sus relaciones sexuales.

Asimismo, Díaz-Loving y Robles (2009) encontraron diferencias en relación al género, porque sus datos indican que, en los hombres, la intención de tener sexo y usar condón se vincula en mayor medida con la atracción física; mientras que, en las mujeres, la intención de tener sexo se asocia más con la atracción física y el amor romántico que con la intención de usar condón. Por ende, la frecuencia del uso del condón en las mujeres es menor.

Río et al. (1995) indican que el sexo (género) también hace diferencias importantes biológicamente. Las mujeres están en mayor riesgo de contagio, al ser de dos a cuatro veces más vulnerables que los hombres, a la infección por VIH. Ello se debe a que el semen de un varón infectado contiene una cantidad de células infectadas por VIH muy superior a la presente en los fluidos vaginales de una mujer infectada.

Retomando lo planteado hasta aquí, son diversas las variables que influyen en el uso del condón en jóvenes y adolescentes. Por un lado, los conocimientos sobre VIH/SIDA y otras ITS, y por otro lado, aspectos como el sexo, el nivel socioeconómico, la edad y el género. Todo eso influye en la persona para que

lleve a cabo prácticas sexuales riesgosas y por ende se contagie de alguna ITS o VIH/SIDA. Gayet, Juárez, Pedrosa y Magis (2003) señalan que el adolescente que inicia la vida sexual a una mayor edad, de residencia urbana, que no pertenece a un grupo vulnerable, mediana o altamente escolarizado, o de sexo masculino, tienen menor probabilidad de contagio.

Lo anterior resume de manera precisa los argumentos para atender las necesidades de toda la población, a fin de tener una mayor apertura a la problemática que conlleva las ITS y el VIH/SIDA, llevando los conocimientos a todos los sectores poblacionales, a modo de trabajar en aspectos más allá de lo biológico o de la parte conceptual y anatómica de la sexualidad, con el objetivo de que los sesgos y los contagios vayan en declive.

En la siguiente sección se abordan dos temas claves relacionados con uno de los sectores poblacionales de mayor riesgo.

Discapacidad auditiva y riesgos para la salud sexual

Las personas con discapacidad se ubican en una posición más vulnerable que el resto de la población. A las variables que influyen en el contagio de ITS y VIH/SIDA, deben agregarse los prejuicios existentes sobre la sexualidad y la exclusión social que este sector enfrenta cotidianamente, dadas las condiciones de su entorno. Este grupo social afronta serias limitaciones para acceder a procesos de educación, prevención y atención.

Druet y Escalante (2000) exponen que los sordos son población de alto riesgo en asuntos de sexualidad, por lo tanto son una población que puede contraer VIH/SIDA, debido a los siguientes factores: (a) la falta de información concerniente a la sexualidad y enfermedades; (b) un alto grado de conductas sexuales y sociales inapropiadas; (c) la falta de educación sobre el SIDA y programas de

prevención para la comunidad de sordos; (d) una alta incidencia de asaltos sexuales, violencia doméstica, abuso de alcohol y otras drogas dentro de la comunidad de sordos, y (e) una inadecuada educación para la salud pública y educación sexual para la comunidad de sordos.

La falta de información adaptada para los jóvenes con discapacidad auditiva, es uno de los principales generadores de riesgo. Trejo (2005) considera que el lenguaje utilizado en las publicaciones que abordan este tipo de temas no es sencillo o accesible para ellos, lo que provoca, además de un aislamiento social, que la persona sorda construya la concepción de su sexualidad de manera diferente a la del oyente; generalmente, con conocimientos escasos o distorsionados, cargados de mitos y tabúes, porque les son transmitidos por personas que, en su mayoría, no cuentan con información suficiente y correcta.

Un dato relevante es que la Lengua de Señas Mexicana (LSM) no tiene señas que hagan mención a las ITS o al VIH/SIDA, lo cual limita el conocimiento de las mismas pues no son parte de su contexto. Esto abre una brecha en la comprensión ya que en un inicio la gente sorda tiene una visión limitada de la anatomía y la medicina. Además, cabe recordar que la severidad del déficit auditivo (sordera superficial o profunda) y la edad de pérdida de la audición (antes o después de la aparición del lenguaje) tienen repercusiones psicológicas distintas según la persona afectada (Domínguez & Torres, 1998).

Los jóvenes sordos cuentan con escasos o nulos conocimientos sobre sexualidad debido a que tienen un retraso en la lectura y la escritura, así como una dificultad para comprender conceptos de anatomía y fisiología. Así, se presentan condiciones que llevan a que sus prácticas sexuales sean de riesgo (Druet & Escalante, 2000).

Entre los riesgos a los que está expuesta la población de jóvenes con discapacidad auditiva, se encuentra el abuso sexual.

Las habilidades de comunicación en las personas sordas son menos efectivas, y esto conlleva entre muchos otros riesgos a que estén más propensos de ser abusados sexualmente. Sullivan, Vernon y Scanlan (1987) exponen que la incidencia de abuso sexual para los niños sordos se estima de alrededor del 50%, comparado con el 10% para los niños oyentes y el 25% para las niñas oyentes. Los niños y jóvenes sordos constituyen un grupo minoritario que, por su condición y las dificultades en la comunicación, se convierten en un grupo vulnerable hacia el abuso sexual y la violencia. No sólo por la falta de información sobre salud sexual, sino también porque, al vivir aislados en muchos sentidos pueden desarrollar miedo al rechazo, al castigo y a la pérdida del afecto. Estas condiciones están relacionadas, al mismo tiempo, con que ellos pueden permitir el abuso sexual, y con que sean incapaces de denunciarlo.

Cortés y Justicia (2008) definen el abuso sexual como cualquier hecho en el que se involucra una actividad sexual inapropiada, que genera una experiencia extraña y desagradable para la víctima, a quien se le pide que guarde el secreto sobre dicha actividad y/o se le hace percibir que si lo relata provocará algo malo a sí mismo, al perpetrador y/o a la familia. Además del acto sexual mismo, el abuso sexual presenta expresiones como tocamientos, expresiones verbales obscenas, exhibicionismo u obligar a la víctima a observar imágenes con contenido erótico, entre otros

Chavez et al. (2009) mencionan que el abuso sexual es un evento que se presenta desde etapas tempranas de la vida siendo los doce años el promedio de edad en que ocurre el abuso sexual. Asimismo, indican que ambos sexos pueden ser víctimas de abuso sexual, sin embargo, este evento es más frecuente en las niñas. Las mujeres presentan una mayor prevalencia de intento de abuso sexual en comparación con los hombres. Soto (1996) señala que, en México, sólo se denuncia entre el 5% y 50% de los delitos sexuales, y que si se calcula que en la Ciudad de México el promedio por día es de ocho delitos sexuales; puede estimarse que se cometen entre 16 y 160 diariamente; muchos actos de abuso

sexual no son denunciados ni por la víctima ni por los testigos, por ignorancia, culpa, vergüenza o estigmas sociales, morales o religiosos.

Cortés y Justicia (2008) realizaron una encuesta en un grupo de 110 estudiantes, hombres y mujeres, con el fin de indagar el porcentaje de personas que había sufrido algún tipo de abuso sexual antes de los 13 años. El porcentaje de víctimas de abuso sexual fue de 9.46% del total de participantes, un 9.96% de las mujeres y un 6,5% de los hombres. Según UNICEF (2011), en México, es muy alta la incidencia de abuso sexual en personas con discapacidad, dado que el Instituto Nacional de Pediatría reportó en el 2009 que los niños con discapacidad sufren 2.2 veces más incidencia de abuso sexual que los niños sin esta condición.

Retomando los datos antes expuestos, ser mujer, ser menor de edad, y tener alguna discapacidad, son factores que, en aislado incrementan el riesgo de sufrir abuso sexual. Por obvias razones, contar con las tres características puede considerarse de mayor riesgo. Maya, Rodríguez y Macías (2006) indican que las mujeres con discapacidad y la violencia de género a la que son sometidas, hace que se conviertan en un grupo con un altísimo riesgo de sufrir algún tipo de violencia.

El Instituto Andaluz de la Mujer (2003), en España, reporta algunos de los factores que hacen que las mujeres con discapacidad sean consideradas una de las de mayor riesgo de sufrir violencia. Por un lado, las mujeres con discapacidad tienen en su mayoría dificultad para defenderse y comunicarse, además de que existe poco acceso a los centros de información y asesoramiento, principalmente dada la existencia de todo tipo de barreras físicas y de comunicación. Por otro lado, es digno de considerar que las condiciones de discapacidad pueden llevar a baja autoestima, dependencia, miedo a denunciar el abuso por la posibilidad de la pérdida de los vínculos y la provisión de cuidados, así como menor credibilidad a la hora de denunciar hechos, entre otros aspectos relacionados con su género, edad y condición.

Todo lo expuesto en los tres capítulos anteriores, permite situarnos en las condiciones en que viven los jóvenes, y en específico los y las jóvenes con discapacidad auditiva, respecto al tema de su sexualidad. Lo que lleva a percatarse de los peligros a los que se encuentran expuestos, como falta de conocimientos sobre sexualidad y salud sexual, ignorancia de los peligros que pueden enfrentar, prácticas sexuales de riesgo, abuso, violencia, ITS, VIH/SIDA, y embarazos no deseados, entre los principales. Por todo ello, es necesario visualizar la importancia de integrar a los jóvenes con discapacidad dentro de programas de prevención y educación sexual, con el fin de que perciban su sexualidad como una actividad que favorece el desarrollo integral de su persona.

PARTE II

REPORTE DE

INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO 4.

REPORTE DE INVESTIGACIÓN

Planteamiento del Problema

Los estudios reportan que los jóvenes son una población vulnerable que está en riesgo de contagiarse de una ITS y/o VIH/SIDA, dado que muchos de ellos inician de forma temprana su vida sexual, sin la debida protección, y encuentran dificultades con el uso, acceso o disponibilidad de métodos de protección, por lo que incrementan su exposición a las ITS, (INEGI 2012). Diversos autores dan cuenta de esto (Caballero & Villaseñor 2003; Sánchez, Robles & Enríquez, 2005) y mencionan que el inicio de la vida sexual a temprana edad propicia que tengan mayor número de parejas sexuales, incrementando su exposición a las ITS y el VIH/SIDA.

Además de que los jóvenes inician su vida sexual a edades cada vez más tempranas, se encuentran factores como la falta de conocimientos que ellos tienen sobre esta temática (Robles et. al. 2011; Villaseñor, Caballero, Hidalgo & Santos 2003). Estos factores contribuyen a que los jóvenes se encuentren en riesgos de salud sexual. Piña, Robles y Rivera (2007) mencionan que los adolescentes y adultos jóvenes continúan practicando comportamientos de riesgo, como tener relaciones sexuales con múltiples parejas y no utilizar preservativos de manera consistente y correcta. Asimismo, reportan que aunque algunos jóvenes cuenten con algunos conocimientos sobre el uso del condón, éstos no necesariamente son suficientes para usarlo correctamente, lo cual también incrementa el riesgo (Rodríguez et. al. 2009).

Los jóvenes con discapacidad se ubican en una posición aún más vulnerada, ya que este grupo social afronta serias limitaciones para acceder a procesos de educación, prevención y atención. A las variables que influyen en el contagio de ITS y VIH/SIDA, deben agregarse factores como los prejuicios existentes sobre su

sexualidad, así como la exclusión social que enfrentan cotidianamente en su entorno.

La falta de información adaptada para estos jóvenes es uno de los principales factores de riesgo, porque la persona sorda construya la concepción de su sexualidad de una manera distorsionada, cargada de mitos y tabúes. Por consecuencia, los jóvenes con discapacidad auditiva están en alto riesgo de adquirir diversas ITS o VIH/SIDA. Además, la literatura reporta que ésta es una población susceptible de sufrir abuso sexual desde su primera relación (Robles, Guevara, Pérez & Hermosillo, 2013; Trejo, 2005).

En suma, se puede observar que los jóvenes con discapacidad auditiva se encuentran en una situación vulnerable que aumenta el riesgo de que se contagien de una ITS y VIH/SIDA, por la escasa apertura de programas de prevención, información y atención que se adapte a sus necesidades.

Por lo anterior, el objetivo de este estudio fue analizar en qué medida los conocimientos sobre ITS y VIH/SIDA se relacionan con la incidencia de prácticas sexuales de riesgo en una muestra de jóvenes mexicanos con discapacidad auditiva.

Objetivo General

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

Hipótesis

Los jóvenes con discapacidad auditiva que tienen menos conocimientos sobre uso del condón y sobre ITS (incluyendo VIH/SIDA) están más propensos a llevar a cabo prácticas sexuales de riesgo.

Los hombres con discapacidad auditiva tienen mayores conocimientos sobre VIH/SIDA y uso correcto del condón, que las mujeres en la misma condición.

Existe una diferencia significativa entre el tipo de discapacidad (sordera/hipoacusia) y la frecuencia con la que han usado condón en toda su vida.

Método

Tipo de Estudio

De acuerdo con Méndez, Namihira, Moreno y Sosa (1997), este estudio fue 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.

Participantes

El estudio se llevó a cabo con una muestra de 175 jóvenes con discapacidad auditiva, seleccionados a través de un muestreo accidental. Se visitaron diez instituciones del Distrito Federal y área metropolitana, que atienden a personas con discapacidad, se pidió autorización a sus respectivos directores, y se expidió un oficio en el cual se explicaba el objetivo general del estudio. Siete de las diez instituciones aceptaron participar en la investigación. El 54.7% de los participantes fueron hombres y el 45.3% mujeres, con una edad promedio de 19.7 años (DE= 3.36 Mo=18); la mayoría reportaron ser solteros (86.4%); 70.7% dijeron que no trabajan y 60% que vive en casa de sus padres. En la Tabla 1 se muestran los datos familiares de los participantes.

Tabla 1.
Datos familiares.

Característica	n	%
Dónde vive el participante		
En casa de papá y mamá	90	60
En casa de la mamá	23	15.3
En casa del papá	4	2.7
En casa de otro familiar	27	18
En un internado	1	7
En su propia casa	5	3.3
Vive el papá		
Sí	144	83.7
No	28	16.3
Nivel de estudios del papá		
Primaria	22	17.5
Secundaria o carrera técnica	42	33.3
Preparatoria	16	12.7
Universidad	22	17.5
Aprender oficio	10	7.9
Sin estudios	14	11.1
Vive la mamá		
Sí	162	95.9
No	7	4.1
Nivel de estudios de mamá		
Primaria	24	17.8
Secundaria o carrera técnica	46	34.1
Preparatoria	23	17
Universidad	16	11.9
Aprender oficio	7	5.2
Sin estudios	19	14.1
Viven juntos mamá y papá		
Juntos	104	82.5
Separados	22	17.5

Instrumentos

Perfil sociodemográfico y antecedentes de la discapacidad. Se utilizó el instrumento de Robles, Guevara, Pérez y Hermosillo (2013) diseñado para ser respondido por jóvenes mexicanos con discapacidad auditiva. Evalúa los aspectos siguientes: edad, sexo, estado civil, personas con quienes vivían los participantes (casa paterna/materna, de otro familiar, internado o su propia casa), nivel de escolaridad (desde primaria hasta universidad, incluyendo oficios), nivel de discapacidad auditiva (hipoacusia/sordera) y edad en que apareció la misma. Se incluyeron cinco reactivos para conocer datos de cada uno de sus progenitores,

como edad, estado civil, formación escolar, presencia de discapacidad (visual, auditiva o motriz) y situación laboral.

Patrón de conducta sexual. Se utilizó el instrumento de Robles et al. (2013) validado para ser aplicado en poblaciones de jóvenes mexicanos con discapacidad auditiva. Consta de 14 reactivos que permiten obtener información acerca de la primera relación sexual de los jóvenes (edad, tipo de pareja, uso de algún método anticonceptivo, planeación y lugar), así como de relaciones subsecuentes, incluyendo: número de parejas sexuales que han tenido en toda su vida, número de relaciones sexuales en los últimos tres meses y uso del condón; se incluyen reactivos para preguntarles si han tenido embarazos, abortos o ITS, y si se han hecho pruebas para identificar estas últimas. Se agregan dos reactivos como indicadores de abuso sexual sufrido por los participantes en su primera o en subsecuentes relaciones sexuales.

Por último se utilizaron dos pruebas de conocimientos: 1) sobre VIH/SIDA y otras ITS, y 2) sobre el uso correcto del condón. *Conocimientos sobre VIH/SIDA y otras ITS.* Se utilizaron ocho reactivos de la prueba de conocimientos diseñada y validada por Robles y Díaz-Loving (2011) en población adolescente, con afirmaciones que refieren aspectos relativos a la sintomatología, transmisión y prevención del VIH, otras infecciones de transmisión sexual (por ejemplo, Virus del Papiloma Humano, Clamidia, Gonorrea) y embarazo. Cada reactivo tiene un formato de respuesta cierto, falso y no sé. La respuesta a cada reactivo se codificó como correcta (1) o incorrecta (0); para todos los reactivos la opción de respuesta “no sé” fue considerada como incorrecta por indicar que la persona no posee la información respectiva. El número máximo posible de respuestas correctas corresponde al total de reactivos definidos en todo el instrumento.

Conocimientos sobre la forma correcta de usar un condón. Se utilizó una prueba de conocimientos conformada con seis afirmaciones que refieren aspectos vinculados con las características del paquete del condón, la forma de colocar el condón en el pene, el momento en que debe colocarse, la forma de retirarse y el momento en que debe retirarse del pene. Los nueve reactivos tiene un formato de

respuesta de cierto, falso y no sé. Las respuestas correctas se codifican con el valor de 1 y las incorrectas (incluyendo la respuesta *no sé*) con el valor de cero, de tal forma que al sumar las respuestas a los 9 reactivos mayor puntuación indica mayor conocimiento sobre esta variable.

En el Apéndice 1 se presentan los instrumentos antes referidos.

Procedimiento

Se ubicaron las instituciones que atienden a personas con discapacidad auditiva en la zona metropolitana de la Ciudad de México. Posteriormente se acudió a cada una de ellas para exponer el propósito del estudio solicitando su colaboración. En este proceso se obtuvo información sobre la cantidad de personas con discapacidad auditiva que son atendidas en cada institución, además se identificó la proporción que corresponde a las personas con discapacidad auditiva (varones y mujeres) que estén ubicadas entre los 15 y 29 años de edad.

Después de lo anterior, y de establecerse un acuerdo de colaboración con las instituciones que accedieron a participar en el estudio, se definieron las fechas y horarios para acudir a las instalaciones a solicitar la colaboración de los jóvenes con discapacidad auditiva que estuvieran presentes en tales ocasiones. El maestro a cargo del grupo, con dominio de Lengua de Señas Mexicana (LSM), les explicó brevemente el propósito del estudio, enfatizando la necesidad de su participación voluntaria y anónima, y asegurándoles el tratamiento confidencial de la información que proporcionaran. A quienes aceptaron colaborar en la investigación, se le aplicó el instrumento de evaluación de manera grupal y respondieron de forma individual en el área designada por cada institución. En este punto el maestro interpretó en LSM lo que explicaba el aplicador, como el contenido del cuestionario y la forma de responderlo; los participantes utilizaron bolígrafo o lápiz para marcar sus respuestas a cada una de las preguntas presentadas en los instrumentos de evaluación. El aplicador e instructor estuvieron siempre presentes para aclarar a los participantes cualquier duda que surgiera

sobre el contenido de los instrumentos de evaluación. Los instrumentos se respondieron en un lapso de entre 40 y 60 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 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 los conocimientos que tienen sobre el VIH e ITS, se utilizó el índice de correlación r de Pearson.

Resultados

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

Análisis Descriptivo

Antecedentes de la discapacidad

Los datos obtenidos en relación con los antecedentes de la discapacidad de los participantes se presentan en la Tabla 2. Se observa que son más los participantes con sordera que los que tienen hipoacusia. Respecto a la edad de inicio de la discapacidad, se encontró que un porcentaje considerable de la muestra la tiene desde el nacimiento; en el caso de la discapacidad adquirida después, las edades de inicio que obtuvieron mayor frecuencia fueron al año y a los tres años de vida. Los datos sobre los padres indican que la mayoría de ellos

no presenta discapacidad, sin embargo, en quienes sí la presentan se observa que la discapacidad auditiva es el porcentaje de mayor proporción.

Tabla 2.
Antecedentes de la discapacidad.

Característica	N	%
Tipo de discapacidad auditiva del participante		
Hipoacusia	38	22.5
Sordera	131	77.5
Momento en que se presentó la discapacidad del participante		
Nacimiento	47	43.9
Después del nacimiento	60	56.1
Tipo de discapacidad del papá		
Visual	4	2.8
Auditiva	18	12.7
Otra	7	4.9
No tiene discapacidad	113	79.6
Tipo de discapacidad de la mamá		
Visual	5	3.3
Auditiva	13	8.5
Otra	8	5.2
No tiene discapacidad	124	81

Primera relación sexual

La media de edad de la primera relación sexual de los jóvenes de esta muestra se ubicó en los 16.69 años. En la Tabla 3 se pueden observar los datos sobre la primera relación sexual de los participantes. Un porcentaje considerable de jóvenes aún no iniciaban su vida sexual (59.4%). De aquellos que ya habían tenido relaciones sexuales, la mayoría reportó su debut sexual con su novio(a); un porcentaje considerable reportó que su primer encuentro fue planeado (69.4%), y que éste se llevó a cabo en un hotel; 57.8% de los participantes sí usó un método anticonceptivo, siendo el condón masculino el más utilizado. Cabe mencionar que un 31.7% señaló que su primera relación sexual fue forzada.

Tabla 3.
Características de la primera relación sexual.

Característica	n	%
Debut sexual		
Sí	71	40.6
No	104	59.4
Tipo de pareja		
Novio	46	69.7
Amigo	17	25.8
Familiar	2	3.0
Desconocido	1	1.5
Planeación		
Sí	43	69.4
No	19	30.6
La primera relación sexual fue forzada		
Sí	19	31.7
No	41	68.3
Lugar		
Mi casa	13	22.0
Hotel	20	33.9
Casa del novio (a)	17	28.8
Casa de un amigo	5	8.5
Casa de un familiar	4	6.8
Uso de algún método anticonceptivo		
Sí	37	57.8
No	27	48.2
Método anticonceptivo usado		
Condón masculino	31	47.7
No eyacular	2	3.1
Práctica anal	3	4.6
Pastillas anticonceptivas	2	3.1
Ninguno	23	35.4
Otro	4	6.2

En la Figura 1 se muestra el porcentaje de participantes que reportaron haber tenido su primera relación sexual en cada edad; se puede observar que el rango de mayor porcentaje corresponde a las edades comprendidas entre los 15 y los 17 años (17.74% en cada edad dentro de dicho rango), seguido de los 19 años con un 16.13%.

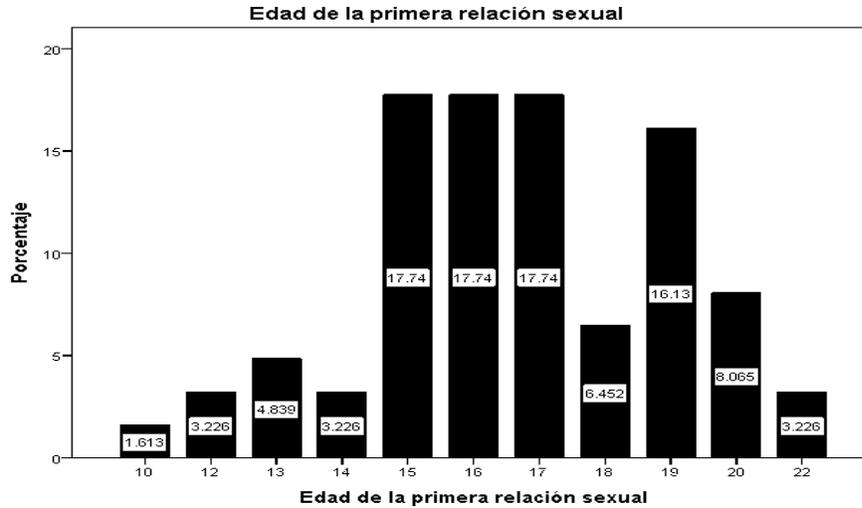


Figura 1. Edad de la primera relación sexual de los participantes.

Relaciones sexuales subsecuentes

En la Tabla 4 se muestra la estadística descriptiva de las variables medidas en escala numérica, referente a las relaciones sexuales subsecuentes. El promedio de relaciones sexuales que los jóvenes reportaron haber tenido en toda su vida fue de 7.88 aunque debe considerarse que el rango es amplio (de 1 a 60). El rango y la desviación estándar son menores en las cifras relativas al número de parejas sexuales que reportan haber tenido, y la media se ubica en 1.6; los datos sobre el número de relaciones sexuales en los últimos tres meses vuelven a mostrar alta variabilidad. Es digno de resaltar que, de los encuentros sexuales que han tenido en toda su vida, los datos indican que sólo se protegieron la mitad de las veces. Otro punto importante es que muy pocos jóvenes reportaron haber tenido relaciones sexuales con parejas ocasionales.

Tabla 4.
Relaciones sexuales subsecuentes

Conducta sexual subsecuente	N	Media	Moda	D.E.	Rango
Número de relaciones sexuales en toda la vida	41	7.88	2	11.03	1-60
Número de veces que ha usado condón en toda la vida	39	4.67	1	8.98	0-50
Número de relaciones sexuales en los últimos 3 meses	38	3.89	1	9.69	0-60
Número de veces que ha usado condón en los últimos 3 meses	36	2.44	0	5.23	0-30
Número de parejas sexuales en toda la vida	57	1.60	1	.94	1-4
Número de relaciones sexuales con parejas ocasionales	44	.70	0	1.37	0-7
Número de veces que ha usado condón con parejas ocasionales	43	.47	0	1.35	0-8

Conducta Sexual

En la Tabla 5 se muestran los datos sobre embarazo, aborto e ITS que reportaron los participantes, como consecuencia de relaciones sexuales no protegidas. Los resultados indican que un bajo porcentaje de participantes ha tenido un embarazo, un 22.2% mencionó haber abortado, un 8.1% informó haberse contagiado de una ITS, y sólo un pequeño porcentaje de los participantes se había realizado una prueba para detectar ITS. Cabe agregar que un porcentaje considerable de los participantes afirmó haber tenido relaciones sexuales con personas de su mismo sexo.

Tabla 5.
Reporte de embarazo, aborto e ITS.

Característica	N	%
Embarazo		
Sí	16	28.6
No	40	71.4
Aborto		
Sí	12	22.2
No	42	71.4
Sexo con parejas del mismo sexo		
Sí	17	32.1
No	36	67.9
Realización de pruebas para ITS		
Sí	34	20.4
No	133	79.6
Contagio de ITS		
Sí	14	8.1
No	158	91.9

Abuso Sexual

La Tabla 6 muestran los datos sobre los reportes de abuso sexual que han vivido los participantes. El 12.7% mencionó que han tocado sus partes íntimas sin su consentimiento, un porcentaje considerable señaló que han sido obligados a tocar las partes íntimas de otras personas, así como a desnudarse frente de otras personas. Además, un 24.6% indicó que después de una primera relación sexual sin su consentimiento, alguna de las subsecuentes se llevó a cabo de la misma manera.

Tabla 6.
Reporte de Abuso Sexual

Característica	n	%
Alguien tocó sus partes íntimas sin consentimiento		
Sí	22	12.7
No	151	87.3
Alguien te obligó a tocar sus partes		
Sí	20	11.6
No	153	88.4
Alguien te obligó a desnudarte		
Sí	27	15.7
No	145	84.3
Después de la primera relación sexual ha vivido abuso		
Sí	14	24.6
No	43	75.4

Conocimientos sobre uso del condón y VIH/SIDA

El porcentaje de participantes que respondió correctamente a cada uno de los reactivos de la prueba de conocimientos se puede observar en la Tabla 7. En todos los reactivos se obtuvieron porcentajes por debajo del 40% de respuestas correctas. Los reactivos del 1 al 6 corresponden a la prueba que evaluó los conocimientos sobre el uso correcto del condón; los menores niveles de respuestas correctas correspondieron a las preguntas que tienen relación con la fecha de caducidad del condón, el uso de lubricante en condones de látex, y los

pasos a seguir para la colocación del condón. Los reactivos 6 al 14 se relacionan con la prueba de conocimientos sobre ITS/VIH; en estos casos, el porcentaje de respuestas correctas se ubicó por debajo del 35%, siendo el reactivo número 10 el de menor número de respuestas correctas, y que hace referencia a los nombres de algunas ITS.

Tabla 7.

Porcentaje de participantes que respondieron correctamente a cada reactivo de la prueba de conocimientos sobre el uso del preservativo, ITS y VIH

	Reactivo	Opción correcta	Frecuencia	%
1	Exponer los condones al calor, traerlos en la bolsa del pantalón o en la cartera daña su calidad.	Cierto	59	35.3
2	Un condón cuya fecha de caducidad vence en un año puede utilizarse sin riesgo de que se rompa	Falso	12	7.2
3	Antes de abrir la envoltura el condón se debe recorrer con los dedos para evitar que se dañe	Cierto	49	38.3
4	Los lubricantes a base de agua deben usarse sólo con condones de látex.	Cierto	29	17.4
5	Cuando se coloca un condón en el pene NO debe dejarse un espacio en la punta.	Falso	11	6.5
6	Es necesario colocar el condón en la base del pene porque si no se desliza durante el acto sexual.	Cierto	56	33.3
7	Son síntomas de la infección de VIH: diarrea, fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso.	Cierto	50	29.6
8	El VIH se puede transmitir usando jeringas desechables y esterilizadas.	Cierto	41	24.6
9	Tener relaciones sexuales con la misma pareja sana disminuye el riesgo de infectarse con el VIH	Cierto	53	31.4
10	La gonorrea, la clamidia y tricomoniasis son infecciones de transmisión sexual que no pueden curarse con tratamiento médico.	Falso	12	7.1
11	Usar métodos anticonceptivos orales disminuye el riesgo de padecer infecciones de transmisión sexual.	Falso	20	11.8
12	Tener relaciones sexuales sin penetración evita contraer algunas infecciones de transmisión sexual.	Cierto	45	26.8

13	Las infecciones de transmisión sexual pueden provocar abortos, partos prematuros e infertilidad en hombres y mujeres.	Cierto	44	26.2
14	El virus del papiloma humano puede provocar cáncer.	Cierto	58	34.3

Análisis Comparativo

Comparaciones por sexo

Primera relación sexual

El primer análisis comparativo fue realizado respecto a las características de la primera relación sexual, considerando el sexo de los participantes. Las variables que se tomaron en consideración fueron: tipo de pareja, relación forzada, planeación, lugar y uso de método anticonceptivo. En la Tabla 8 se muestran los resultados de este análisis, después de la aplicación de la prueba Ji Cuadrada. Se puede observar una diferencia notable, en cuanto al porcentaje de hombres que reportaron haber iniciado vida sexual, que fue mayor en comparación con las mujeres. En cuanto a las demás variables, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 8.
Comparación por sexo en variables nominales primera relación sexual

Variables	Sexo		X ²	gl	p	
	Hombres %(n)	Mujeres %(n)				
Tener relaciones sexuales						
	Sí	38.7%(36)	40.3%(31)	.042	1	.837
	No	61.3%(57)	59.7%(46)			
Tipo de pareja primera relación sexual						
	Novio	63.6%(21)	82.8%(24)	5.536	3	.136
	Amigo	30.3%(10)	13.8%(4)			
	Familiar	6.1%(2)	0.0%(0)			
	Desconocido	0.0%(0)	3.4%(1)			
La primera relación fue forzada						
	Sí	39.3%(11)	27.6%(8)	.877	1	.349
	No	60.7%(17)	72.4%(21)			
Planeación de la primera relación sexual						
	Sí	67.7%(21)	77.8%(21)	.728	1	.394
	No	32.3%(10)	22.2%(6)			

Lugar de la primera relación sexual						
	Mi casa	19.4%(6)	26.9%(7)	4.738	4	.315
	Casa de un amigo	12.9%(4)	0.0%(0)			
	Casa de novio@	32.3%(10)	26.9%(7)			
	Hotel	29%(9)	42.3%(11)			
	Casa de algún familiar	6.5%(2)	3.8%(1)			
Uso de método anticonceptivo en la primera relación sexual						
	Sí	66.7%(20)	46.7%(14)	2.443	1	.118
	No	33.3%(10)	53.3%(16)			
Método anticonceptivo usado en la primera relación sexual						
	Ninguno	31.3%(10)	41.4%(12)	5.070	5	.407
	Condón masculino	56.3%(18)	37.9%(11)			
	Patillas anticonceptivas	0.0%(0)	6.9%(2)			
	No eyacular	0.0%(0)	3.4%(1)			
	Sexo anal	6.3%(2)	3.4%(1)			
	Otro	6.3%(2)	6.9%(2)			

Relaciones sexuales subsecuentes

En la Tabla 9 se muestran las comparaciones por sexo, en lo relativo a relaciones sexuales subsecuentes, incluyendo variables como embarazo, aborto, sexo con personas del mismo sexo e ITS. No se encontraron diferencias significativas entre sexos, en ninguno de los casos. Un dato sobresaliente es que un porcentaje considerable de hombres y mujeres no se han realizado una prueba de detección de ITS, situación que puede influir en el bajo porcentaje que señaló haber tenido una de estas infecciones.

Tabla 9.
Comparación por sexo en relaciones sexuales subsecuentes

Variables	Sexo		X ²	gl	p	
	Hombre %(n)	Mujer %(n)				
Haber tenido un embarazo						
	Sí	25.0%(7)	34.6%(9)	.598	1	.439
	No	75.0%(21)	65.4%(17)			
Haber tenido un aborto						
	Sí	25.0%(7)	20.0%(5)	.189	1	.664
	No	75.0%(21)	80.0%(20)			
Haber tenido relaciones sexuales con personas del mismo sexo						
	Sí	37.5%(9)	19.2%(5)	2.066	1	.151
	No	62.5%(15)	80.8%(21)			
Haberse hecho la prueba para identificar ITS						
	Sí	17.2%(15)	22.7%(17)	.748	1	.387

	No	82.8%(72)	77.3%(58)			
Haber tenido alguna ITS	Sí	4.4%(4)	11.8%(9)	3.199	1	.074
	No	95.6%(87)	88.2%(76)			

Abuso sexual

En cuanto a los indicadores de abuso sexual, las comparaciones por sexo de los participantes no arrojaron diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, es importante considerar que varios jóvenes reportaron haber vivido una relación forzada, en una primera o en subsecuentes relaciones, y que algunos mencionaron que los han obligado a tocar, a desnudarse o a ser tocados.

Tabla 10.

Comparación por sexo del porcentaje de participantes que respondieron afirmativamente a los reactivos que indican abuso sexual

	Reactivo	Sexo		X ²	gl	p
		Hombre %(n)	Mujer %(n)			
1	La primera relación fue forzada	39.3%(11)	27.6%(8)	.877	1	.349
2	Después de la primera relación sexual ha vivido abuso sexual	21.4%(6)	29.6%(8)	.487	1	.485
3	Alguien ha tocado tus partes íntimas sin que tú quieras	11.0%(10)	15.6%(12)	.774	1	.379
4	Alguien te ha obligado a tocar sus partes íntimas	11.0%(10)	13.0%(10)	.159	1	.690
5	Alguien te ha obligado a quitarte para verte desnuda o desnuda	11.0%(10)	20.8%(16)	3.056	1	.080

Conducta Sexual

Se aplicó la prueba t de Student para muestras independientes, para conocer en qué medida el sexo de los participantes se asocian con distintas variables, como edad de la primera relación sexual, número de relaciones en toda la vida, uso del condón en los últimos tres meses y en toda la vida, así como relaciones con parejas ocasionales. En la Tabla 11 se presentan los resultados de la comparación de las medias. Se encontró que los hombres tuvieron puntuaciones más elevadas que las mujeres, en cuanto al número de relaciones sexuales y al número de veces que han usado condón.

Tabla 11.*Comparación de medias por sexo del participante.*

Variables	Sexo		t	gl	p
	Hombres	Mujeres			
Edad de la primera relación sexual	16.70	16.52	.289	57	.449
Número de relaciones sexuales en toda la vida	9.0	6.81	.631	39	.297
Número de veces que ha usado condón en toda la vida	6.95	2.26	1.665	37	.052
Número de relaciones sexuales en los últimos 3 meses	5.68	2.11	1.142	36	.111
Número de veces que ha usado condón en últimos 3 meses	3.71	.67	1.774	34	.064
Número de parejas sexuales en toda la vida	1.66	1.56	.360	52	.726
Número de relaciones sexuales con parejas ocasionales	.96	.47	1.118	40	.145
Número de veces que ha usado condón con parejas ocasionales	.73	.21	1.202	39	.046

Conocimientos sobre uso correcto del condón e ITS y VIH/SIDA

En la Tabla 12 se presentan los resultados correspondientes a la comparación por sexo en cada reactivo de las pruebas de conocimientos sobre VIH/SIDA y uso correcto del condón. Las diferencias por sexo no fueron significativas. En los primeros seis reactivos, que evalúan el uso correcto del condón, un porcentaje mayor de hombres contestó acertadamente en comparación con las mujeres, y en los siguientes ocho reactivos, que evaluaron los conocimientos sobre ITS y VIH/SIDA, las mujeres obtuvieron un mayor porcentaje de respuestas correctas.

Tabla 12.

Comparación por sexo, del porcentaje de participantes que respondieron correctamente a cada reactivo de las pruebas de conocimientos sobre VIH/SIDA y uso correcto del condón.

Tema	Sexo		X ²	gl	p
	Hombre	Mujer			
1 Exponer los condones al calor, traerlos en la bolsa del pantalón o en la cartera daña su calidad.	36.8%	36.0%	.011	1	.918
2 Un condón cuya fecha de caducidad vence en un año puede utilizarse sin riesgo de que se rompa	6.9%	5.3%	.170	1	.680
3 Antes de abrir la envoltura el condón se debe recorrer con los dedos para evitar que se dañe	30.7%	28.4%	.102	1	.749
4 Los lubricantes a base de agua deben usarse sólo con condones de látex.	21.8%	12.0%	2.727	1	.099
5 Cuando se coloca un condón en el pene NO debe dejarse un espacio en la punta.	3.4%	9.3%	2.468	1	.116
6 Es necesario colocar el condón en la base del pene porque si no se desliza durante el acto sexual.	37.5%	29.3%	1.208	1	.272
7 Son síntomas de la infección de VIH: diarrea, fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso.	27.0%	34.7%	1.139	1	.286
8 El VIH se puede transmitir usando jeringas desechables y	25.8%	24.7%	.030	1	.863

	esterilizadas.					
9	Tener relaciones sexuales con la misma pareja sana disminuye el riesgo de infectarse con el VIH	32.2%	29.7%	.118	1	.731
10	La gonorrea, la clamidia y tricomoniasis son infecciones de transmisión sexual que no pueden curarse con tratamiento médico.	4.5%	9.5%	1.583	1	.208
11	Usar métodos anticonceptivos orales disminuye el riesgo de padecer infecciones de transmisión sexual.	7.8%	16.2%	2.823	1	.093
12	Tener relaciones sexuales sin penetración evita contraer algunas infecciones de transmisión sexual.	21.1%	34.2%	3.526	1	.060
13	Las infecciones de transmisión sexual pueden provocar abortos, partos prematuros e infertilidad en hombres y mujeres.	25.6%	28.8%	.211	1	.646
14	El virus del papiloma humano puede provocar cáncer.	30.0%	40.5%	1.990	1	.158

Comparaciones por tipo de discapacidad

Primera relación sexual

Las variables de la primera relación sexual que se tomaron en consideración para conocer su relación con el tipo de discapacidad (hipoacusia/sordera) fueron: tipo de pareja, relación forzada, planeación, lugar y uso de método anticonceptivo. En la Tabla 13 se observa que es mayor la proporción de jóvenes con hipoacusia que han iniciado su vida sexual (57.9%), en comparación con los jóvenes que tienen sordera (35.9%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas, relacionadas con el tipo de discapacidad, en ninguna de las variables nominales sobre la primera relación sexual.

Tabla 13.

Comparación por tipo de discapacidad en variables nominales primera relación sexual

Variables	Discapacidad		X ²	gl	p
	Hipoacusia %(n)	Sordera %(n)			
Tener relaciones sexuales					
	Sí	57.9%(22)	35.9%(47)	5.910	1
	No	42.1%(16)	64.1%(84)		
Tipo de pareja primera relación sexual					
	Novio	77.3%(17)	69.0%(29)	1.715	3
	Amigo	22.7%(5)	23.8%(10)		
	Familiar	0.0%(0)	4.8%(2)		
	Desconocido	0.0%(0)	2.4%(1)		

La primera relación fue forzada						
	Sí	36.8%(7)	30.0%(12)	.276	1	.599
	No	63.2%(12)	70.0%(28)			
Planeación de la primera relación sexual						
	Sí	70.0%(14)	72.5%(29)	.041	1	.839
	No	30.0%(6)	27.5%(11)			
Lugar de la primera relación sexual						
	Mi casa	16.7%(3)	25.0%(10)	6.872	4	.143
	Casa de un amigo	11.1%(2)	7.5%(3)			
	Casa de novio@	50.0%(9)	20.0%(8)			
	Hotel	22.2%(4)	40.0%(16)			
	Casa de algún familiar	0.0%(0)	7.5%(3)			
Uso de método anticonceptivo en la primera relación sexual						
	Sí	65.0%(13)	54.8%(23)	.583	1	.445
	No	35.0%(7)	45.2%(19)			
Método anticonceptivo usado en la primera relación sexual						
	Ninguno	19.0%(4)	42.9%(18)	6.551	5	.256
	Condón masculino	57.1%(12)	45.2%(19)			
	Patillas anticonceptivas	4.8%(1)	2.4%(1)			
	No eyacular	4.8%(1)	0.0%(0)			
	Sexo anal	9.5%(2)	2.4%(1)			
	Otro	4.8%(1)	7.1%(3)			

Relaciones sexuales subsecuentes

En la Tabla 14 se muestran los resultados de la comparación entre ambos tipos de discapacidad, con respecto a las variables relativas a las relaciones sexuales subsecuentes de los participantes. No se encontraron diferencias significativas relacionadas con el tipo de discapacidad. Un dato importante es que un porcentaje considerable de jóvenes no se ha realizado pruebas para identificar ITS/VIH, sin embargo en su mayoría indican no haber padecido alguna ITS.

Tabla 14.
Comparación por tipo de discapacidad en relaciones subsecuentes

Variables	Discapacidad		X ²	gl	p	
	Hipoacusia %(n)	Sordera %(n)				
Haber tenido un embarazo						
	Sí	23.5%(4)	31.6%(12)	.369	1	.544
	No	76.5%(13)	68.4%(26)			

Haber tenido un aborto	Sí	13.3%(2)	26.3%(10)	1.035	1	.309
	No	86.7%(13)	73.7%(28)			
Haber tenido relaciones sexuales con personas del mismo sexo	Sí	25.0%(4)	31.4%(11)	.219	1	.640
	No	75.0%(12)	68.6%(24)			
Haberse hecho la prueba para identificar ITS	Sí	27.8%(10)	18.4%(23)	1.508	1	.219
	No	72.2%(26)	81.6%(102)			
Haber tenido alguna ITS	Sí	8.3%(3)	7.7%(10)	0.16	1	.899
	No	91.7%(33)	92.3%(120)			

Abuso Sexual

La Tabla 15 hace referencia a la comparación por tipo de discapacidad entre los participantes que respondieron afirmativamente a los reactivos que indican abuso sexual. No se encontraron diferencias significativas entre los jóvenes con hipoacusia y los jóvenes con sordera. No obstante, un porcentaje mayor de chicos con sordera respondieron afirmativamente al reactivo que indica que su primera relación fue forzada.

Tabla 15.

Comparación por tipo de discapacidad del porcentaje de participantes que respondieron afirmativamente a los reactivos que indican abuso sexual

	Reactivo	Discapacidad		X ²	gl	p
		Hipoacusia %(n)	Sordera %(n)			
1	La primera relación fue forzada	36.8%(7)	63.2%(12)	.276	1	.599
2	Después de la primera relación sexual ha vivido abuso sexual	22.2%(4)	26.3%(10)	.109	1	.741
3	Alguien ha tocado tus partes íntimas sin que tú quieras	25.0%(9)	9.9%(13)	5.612	1	.018
4	Alguien te ha obligado a tocar sus partes íntimas	22.2%(8)	9.2%(12)	4.570	1	.033
5	Alguien te ha obligado a quitarte para verte desnuda o desnuda	22.2%(8)	14.5%(19)	1.241	1	.265

Conducta Sexual

Se aplicó la prueba t de Student para muestras independientes, para conocer en qué medida el tipo de discapacidad de los participantes se asocia con distintas variables, como edad de la primera relación sexual, número de relaciones en toda

la vida, uso del condón en los últimos tres meses y en toda la vida, así como relaciones con parejas ocasionales. En la Tabla 16 se presentan los resultados de la comparación de las medias. En ninguna de las variables evaluadas se encontraron diferencias significativas.

Tabla 16.
Comparación de medias por tipo de discapacidad del participante.

Variables	Tipo de discapacidad		t	gl	p
	Hipoacusia	Sordera			
Edad de la primer relación sexual	15.70	17.10	-2.215	59	.031
Número de relaciones sexuales en toda la vida	11.88	5.32	1.916	39	.063
Número de veces que ha usado condón en toda la vida	7.13	3.13	1.370	37	.179
Número de relaciones sexuales en los últimos 3 meses	6.13	2.27	1.217	36	.232
Número de veces que ha usado condón en últimos 3 meses	3.27	1.86	.792	34	.434
Número de parejas sexuales en toda la vida	1.83	1.50	1.236	54	.222
Número de relaciones sexuales con parejas ocasionales	.29	.93	-1.450	41	.155
Número de veces que ha usado condón con parejas ocasionales	.21	.61	-.876	40	.386

Conocimientos sobre el uso correcto del condón y VIH/SIDA

En la Tabla 17 se presentan los resultados correspondientes a la comparación por tipo de discapacidad en cada reactivo de las pruebas de conocimientos sobre VIH/SIDA y uso correcto del condón. Las diferencias por tipo de discapacidad no fueron significativas, ni en los primeros seis reactivos que evalúan el uso correcto del condón, ni en los siguientes ocho que evalúan los conocimientos sobre ITS y VIH/SIDA. El número de respuestas correctas de los jóvenes con ambos tipos de discapacidad fue variable, y no se encontró una mayor proporción de jóvenes con sordera o con hipoacusia que respondieran acertadamente. En general, los resultados muestran que un bajo porcentaje de participantes respondió correctamente los reactivos.

Tabla 17.

Comparación por tipo de discapacidad, del porcentaje de participantes que respondieron correctamente a cada reactivo de las pruebas de conocimientos sobre VIH/SIDA y uso correcto del condón.

	Tema	Discapacidad		X ²	gl	P
		Hipoacusia	Sordera			
1	Exponer los condones al calor, traerlos en la bolsa del pantalón o en la cartera daña su calidad.	40.0%	35.7%	.217	1	.642
2	Un condón cuya fecha de caducidad vence en un año puede utilizarse sin riesgo de que se rompa	2.9%	7.9%	1.110	1	.292
3	Antes de abrir la envoltura el condón se debe recorrer con los dedos para evitar que se dañe	36.1%	26.4%	1.292	1	.256
4	Los lubricantes a base de agua deben usarse sólo con condones de látex.	16.2%	17.7%	.046	1	.830
5	Cuando se coloca un condón en el pene NO debe dejarse un espacio en la punta.	10.8%	4.8%	1.781	1	.182
6	Es necesario colocar el condón en la base del pene porque si no se desliza durante el acto sexual.	40.5%	32.0%	.929	1	.335
7	Son síntomas de la infección de VIH: diarrea, fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso.	43.2%	25.4%	4.385	1	.036
8	El VIH se puede transmitir usando jeringas desechables y esterilizadas.	35.1%	21.8%	2.724	1	.099
9	Tener relaciones sexuales con la misma pareja sana disminuye el riesgo de infectarse con el VIH	35.1%	30.2%	.329	1	.566
10	La gonorrea, la clamidia y tricomoniasis son infecciones de transmisión sexual que no pueden curarse con tratamiento médico.	2.7%	8.0%	1.266	1	.261
11	Usar métodos anticonceptivos orales disminuye el riesgo de padecer infecciones de transmisión sexual.	8.1%	12.7%	.585	1	.444
12	Tener relaciones sexuales sin penetración evita contraer algunas infecciones de transmisión sexual.	29.7%	25.6%	.250	1	.617
13	Las infecciones de transmisión sexual pueden provocar abortos, partos prematuros e infertilidad en hombres y mujeres.	37.8%	23.2%	6.137	1	.077
14	El virus del papiloma humano puede provocar cáncer.	43.2%	31.7%	1.676	1	.195

Análisis de Correlación entre conocimientos y conducta sexual

Las medias de respuestas correctas para ambas pruebas de conocimientos, fueron muy bajas en toda la muestra de jóvenes participantes. La Tabla 18 muestra que la media obtenida en la prueba de conocimientos sobre el uso correcto del condón fue de 1.31, de un total de 6 reactivos. En la prueba de conocimientos sobre ITS y VIH/SIDA, la media fue de 1.86, de un total de 8 reactivos.

Tabla 18.

Medias obtenidas en toda la muestra en pruebas de conocimientos

	Conocimientos uso correcto del condón	Conocimientos sobre ITS y VIH/SIDA
N	175	175
Media	1.31	1.86
Moda	0	0
D.E	1.471	2.294
Rango	1-4	1-8

Correlaciones en el total de la muestra

La Tabla 19 muestra los resultados del análisis de correlación realizada con los datos de la muestra total del estudio. Se analizó la relación entre los datos obtenidos en las dos pruebas de conocimientos aplicadas y las variables numéricas que hacen referencia al comportamiento sexual de los participantes, incluyendo: la edad de la primera relación sexual, frecuencia de relaciones sexuales y frecuencia de uso del condón, así como número y tipo de pareja sexual.

Los resultados indican que los conocimientos sobre VIH no se correlacionaron con ninguna variable relativa al comportamiento sexual de los jóvenes. Sin embargo, los datos obtenidos en la prueba de conocimientos sobre el uso correcto del condón sí se correlacionaron positivamente con algunas de las variables del comportamiento sexual de los participantes, particularmente con la frecuencia de relaciones sexuales y con la frecuencia de uso del condón en toda la vida.

Tabla 19.

Correlaciones de las pruebas de conocimientos sobre uso correcto del condón y sobre VIH/SIDA, con el comportamiento sexual. Análisis de toda la muestra.

	Conocimientos sobre:	
	Uso del condón	VIH/Sida
Edad del debut sexual		-
Frecuencia de relaciones en toda la vida	.324*	-
Frecuencia del uso del condón en toda la vida	.333*	-
Frecuencia de relaciones en los últimos 3 meses	-	-
Frecuencia del uso del condón en los últimos 3 meses	-	-
Número de parejas sexuales en toda la vida	-	-
Frecuencia de relaciones con parejas ocasionales	-	-
Frecuencia del uso del condón con parejas ocasionales	-	-

*p<.05; **p< 0.01

Correlaciones por sexo de los participantes

La Tabla 20 muestra el resultado del análisis de correlación, entre las pruebas de conocimientos sobre uso correcto del condón y sobre VIH/SIDA, y el comportamiento sexual de los jóvenes de sexo masculino. Los resultados indican que los conocimientos sobre el uso correcto del condón se correlacionaron con la frecuencia del uso del condón en toda la vida, así como con el número de parejas sexuales en toda la vida. Los conocimientos sobre VIH no se correlacionaron con ninguna otra variable.

Tabla 20.

Correlaciones de las pruebas de conocimientos sobre uso correcto del condón y sobre VIH/SIDA, con los datos de comportamiento sexual. Análisis con los datos de los participantes de sexo masculino.

	Conocimientos sobre:	
	Uso del condón	ITS y VIH/SIDA
Edad del debut sexual		-
Frecuencia de relaciones en toda la vida		-
Frecuencia del uso del condón en toda la vida	.487*	-
Frecuencia de relaciones en los últimos 3 meses		-
Frecuencia del uso del condón en los últimos 3 meses		-
Número de parejas sexuales en toda la vida	.542*	-
Frecuencia de relaciones con parejas ocasionales		-
Frecuencia del uso del condón con parejas ocasionales		-

*p<.05; **p< 0.01

Al realizar la prueba de correlación con los datos de las mujeres de la muestra, ninguna de las dos pruebas de conocimientos se correlacionó con las variables relativas a su conducta sexual (ver Tabla 21).

Tabla 21.

Correlaciones de las pruebas de conocimientos sobre uso correcto del condón y sobre VIH/SIDA, con los datos de comportamiento sexual. Análisis con los datos de las mujeres de la muestra.

	Conocimientos sobre:	
	Uso del condón	ITS y VIH/SIDA
Edad del debut sexual	-	-
Frecuencia de relaciones en toda la vida	-	-
Frecuencia del uso del condón en toda la vida	-	-
Frecuencia de relaciones en los últimos 3 meses	-	-
Frecuencia del uso del condón en los últimos 3 meses	-	-
Número de parejas sexuales en toda la vida	-	-
Frecuencia de relaciones con parejas ocasionales	-	-
Frecuencia del uso del condón con parejas ocasionales	-	-

*p<.05; **p< 0.01

Correlaciones por tipo de discapacidad

En la Tabla 22 se ilustran los resultados obtenidos con los jóvenes con hipoacusia. En ellos, los conocimientos sobre el uso correcto del condón se correlacionaron con la frecuencia del uso del mismo, en toda su vida; los conocimientos sobre VIH no se correlacionaron con ninguna variable en estos jóvenes.

Tabla 22.

Correlaciones de las pruebas de conocimientos sobre uso correcto del condón y sobre VIH/SIDA, con los datos de comportamiento sexual, en jóvenes con hipoacusia.

	Conocimientos sobre:	
	Uso correcto del condón	VIH/Sida
Edad del debut sexual		-
Frecuencia de relaciones en toda la vida		-
Frecuencia del uso del condón en toda la vida	.556*	-
Frecuencia de relaciones en los últimos 3 meses		-
Frecuencia del uso del condón en los últimos 3 meses		-
Frecuencia de relaciones con parejas ocasionales		-
Número de parejas sexuales en toda la vida		-
Frecuencia del uso del condón con parejas ocasionales		-
Frecuencia de relaciones con parejas del mismo sexo		-

*p<.05; **p< 0.01

La Tabla 23 muestra los resultados de la correlación entre variables, considerando los datos de los jóvenes con sordera. En este caso, los conocimientos sobre el uso correcto del condón no se correlacionaron con las variables de conducta sexual. Sin embargo, los conocimientos sobre ITS/VIH sí se correlacionaron con variables como la edad del debut sexual y la frecuencia con que ellos han usado condón en los últimos tres meses.

Tabla 23.

Correlaciones de las pruebas de conocimientos sobre uso correcto del condón y sobre VIH/SIDA, con los datos de comportamiento sexuales, en jóvenes sordos.

	Conocimientos sobre:	
	Uso del condón	VIH/Sida
Edad del debut sexual	-	.394*
Frecuencia de relaciones en toda la vida	-	-
Frecuencia del uso del condón en toda la vida	-	-
Frecuencia de relaciones en los últimos 3 meses	-	-
Frecuencia del uso del condón en los últimos 3 meses	-	-.538*
Frecuencia de relaciones con parejas ocasionales	-	-
Frecuencia del uso del condón con parejas ocasionales	-	-
Frecuencia de relaciones con parejas del mismo sexo	-	-

*p<.05; **p< 0.01

En las tablas 24 y 25 se muestran las medias obtenidas, en ambas pruebas de conocimientos, por parte de los participantes con hipoacusia y con sordera, respectivamente. Puede observarse que los primeros obtuvieron puntajes ligeramente superiores a los segundos.

Tabla 24.

Medias obtenidas en ambas pruebas de conocimiento por los jóvenes con hipoacusia.

	Conocimientos uso correcto del condón	Conocimientos sobre ITS y VIH/SIDA
N	38	38
Media	1.53	2.31
Moda	0	0
D.E	1.502	2.471
Rango	0-4	0-7

Tabla 25.*Medias obtenidas en ambas pruebas de conocimiento por los jóvenes con sordera.*

	Conocimientos uso correcto del condón	Conocimientos sobre ITS y VIH/SIDA
N	131	131
Media	1.26	1.71
Moda	0	0
D.E	1.469	2.229
Rango	0-4	0-8

CAPÍTULO 5.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Como ya se mencionó en la introducción del trabajo, diversos autores (Amate & Vázquez, 2006; Baldaro, 1988; Berman et al., 2011; Druet & Escalante, 2011) han planteado que las personas con discapacidad auditiva se encuentran en una situación vulnerable que aumenta el riesgo de que se contagien de una ITS y VIH/SIDA, dada la escasa apertura a programas de prevención, información y atención que se adapte a sus necesidades. Sin embargo, pocos han sido los esfuerzos para realizar estudios sistemáticos que aporten datos acerca de la problemática que viven los jóvenes con discapacidad auditiva en México, en cuanto a su salud sexual, considerando diversas variables sociodemográficas y educativas.

El presente estudio arroja datos que, analizados en su conjunto, permiten avanzar en la caracterización de dicha problemática, en jóvenes de nuestro país, que viven con discapacidad auditiva y todo lo que ello implica.

Vale la pena resaltar que este trabajo de investigación contó con una muestra de jóvenes con sordera (77.5%) y con hipoacusia (22.5%), y ello permitió realizar comparaciones por tipo de discapacidad auditiva, además de las comparaciones por sexo, ya clásicas en este tipo de estudios.

Otro aspecto importante es que este trabajo tuvo como antecedentes diversos investigaciones sistemáticas, encaminadas a desarrollar y validar instrumentos para evaluar diversos aspectos relacionados con conocimientos sobre uso del condón e ITS/SIDA (Robles & Díaz-Loving, 2011), así como las características sociodemográficas, antecedentes de la discapacidad y patrón de conducta sexual de jóvenes con discapacidad auditiva (Robles et al., 2013). El uso de estas herramientas permite asegurar que, en esta investigación, se obtuvieron datos que pueden considerarse confiables.

Los primeros datos a discutir tienen relación con el primer instrumento utilizado, para evaluar el *Perfil sociodemográfico y antecedentes de la discapacidad*.

Se encontró que, la gran mayoría de los participantes, mencionó que la discapacidad auditiva se presentó desde el nacimiento, o bien, que fue adquirida durante los primeros dos años de vida. Ese hecho permite suponer que la adquisición de sus conocimientos y su desarrollo psicológico general, se han visto limitados. De los planteamientos de diversos autores (Figueroa & Lissi, 2005; Monsalve & Núñez, 2006; UNICEF, 2011; Prinz & Strong, 1998) se concluye que la discapacidad auditiva temprana lleva, con mucha frecuencia, a limitaciones lingüísticas, orales y escritas. Estas limitaciones, a su vez, se relacionan con barreras para la comunicación con su medio social, incluyendo el trato social cotidiano y la adquisición de la lectura y la escritura.

Por lo anterior, los niños y jóvenes con discapacidad auditiva ven limitadas sus capacidades para adquirir conocimientos, y sus posibilidades de aprender de forma autónoma. En muchos casos, estas situaciones pueden llevarlos a vivir bajo un aislamiento informativo y cultural que genera un menor conocimiento.

Dicha situación se agudiza al considerar otro de los datos obtenidos en este estudio, que es el hecho de que la mayoría de los jóvenes crecieron en una familia compuesta en su totalidad por personas oyentes. Un porcentaje considerable mencionó que sus papás no presentan ningún tipo de discapacidad, lo cual significa que éste es un factor importante que abre una brecha para la comunicación familiar.

Este hallazgo concuerda con lo que mencionan Figueroa y Lissi (2005), acerca de que la mayoría de los niños sordos se crían en familias de oyentes y se enfrentan al problema de que los familiares no dominan una lengua de señas. Hecho que, como ya fue señalado, limita su desarrollo, y está asociado con que muchos de ellos aprenden a comunicarse de forma tardía, en comparación con sus pares oyentes.

La falta de comunicación familiar, el poco acceso a las fuentes escritas de documentación, y el aislamiento en que pueden vivir las personas con discapacidad auditiva, se asocian, a su vez, con pocos conocimientos sobre métodos anticonceptivos y prevención de problemas de salud sexual y reproductiva de los jóvenes (Atienzo et al., 2011).

Los datos de estudios sistemáticos con jóvenes sin discapacidad (Robles et al, 2012; Rodríguez et al, 2012) indican que, si los jóvenes mantienen comunicación sobre temas sexuales con sus padres, antes de iniciar su vida sexual, es más probable que su primer encuentro sexual sea protegido y que usen el preservativo cada vez que mantengan relaciones sexuales.

El segundo bloque de datos obtenidos en esta investigación son los relativos a las características de la conducta sexual de los jóvenes con discapacidad auditiva.

En cuando a la edad de su debut sexual, se encontró que el rango de edad más reportado fue entre los 15 y los 17 años. Aquí cabe aclarar que, si bien no se ubican diferencias en comparación con los jóvenes sin discapacidad aparente (INEGI 2012), estas edades de inicio sí puede considerarse tempranas y, por tanto, un factor de riesgo para contraer alguna ITS y/o VIH/SIDA (CENSIDA, 2009; INEGI, 2012).

La edad temprana en el inicio de relaciones sexuales de los jóvenes del presente estudio confirma lo reportado por estudios previos (Robles et al., 2011), en el sentido de que la presencia de discapacidad no es un impedimento para que los jóvenes descubran su sexualidad. Lo cual, como señalan Berman et al. (2011), va en contra del mito y la errónea creencia social generalizada, de que las personas con discapacidad no son sexualmente activas, y que por lo tanto no están en riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, ni de contagiarse de VIH. Situación que se agrega a la larga cadena de barreras y tabúes que impiden el acceso de esta población a servicios de prevención, apoyo y tratamiento.

Debe considerarse también que, en la muestra participante en este estudio, el 59.4% de los jóvenes aún no habían iniciado su vida sexual. Estos jóvenes representan una oportunidad para intervenir, con el fin de promover el cuidado de su salud sexual (Bárcena, 2013; Atienzo, et al, 2011; Corona & Mastrapa, 2010). Aunque, desde luego, también puede intervenir con aquellos que ya iniciaron su vida sexual, para evitar un problema futuro o resolver los ya presentes.

En este estudio se encontró que es mayor la proporción de jóvenes con hipoacusia que han iniciado su vida sexual (57.9% de ellos), en comparación con los jóvenes que tienen sordera (35.9% de ellos). Este dato puede relacionarse con el hecho de que los jóvenes con hipoacusia tienen mayor contacto con personas sin discapacidad, dado que tienen menos barreras comunicativas y menor necesidad del uso de la Lengua de Señas Mexicana (LSM).

Otros aspectos en los que hubo coincidencia con hallazgos de estudios previos (con jóvenes sin discapacidad), son los relativos a la planeación de la primera relación sexual, y su posible asociación con el uso del condón, así como el tipo de parejas y lugares de debut sexual.

Moreno et al (2013) reportaron que el uso del condón parece estar asociado con la planeación de la relación sexual, lo cual concuerda con los datos de la presente investigación, dado que se encontró que el 69.4% planeó su primera relación sexual y un 57.8% de los jóvenes que planearon su encuentro mencionaron haber usado condón masculino.

Asimismo, el debut sexual de estos jóvenes, en su mayor parte, fue con su novio(a), así como sus relaciones subsecuentes. Los jóvenes de esta muestra, en promedio, han tenido una sola pareja sexual en los últimos tres meses, ya que muchos de ellos recién iniciaron su vida sexual. Además, muy pocos reportaron haber tenido sexo con parejas ocasionales en los últimos tres meses. Esta situación, de acuerdo con Díaz-Loving y Robles (2009), disminuye la probabilidad de contagiarse de alguna ITS o VIH/SIDA.

A pesar de lo anterior, pueden ubicarse algunas prácticas de riesgo entre los participantes de esta investigación. Los jóvenes, en promedio, han tenido ocho encuentros sexuales en los últimos tres meses, de los cuales sólo en cuatro han usado condón. Al respecto, Robles et al. (2015) y Rodríguez et al. (2009) mencionan que el uso del condón es una conducta compleja que necesita ser repetida en el tiempo para que sea efectiva. Por lo tanto, los jóvenes que muestran una tasa tan baja de uso del condón están en riesgo de contagiarse de alguna ITS y/o VIH/SIDA.

Los datos aquí expuestos indican que los jóvenes, aunque se protejan la primera vez, en las relaciones subsecuentes disminuyen la frecuencia en que usan protección, por lo que el uso del condón pierde efectividad y los pone en peligro. La inconsistencia en el uso del condón se considera una conducta de riesgo para la salud sexual.

Aunado a ello, los resultados mostraron que el 28.6% de los jóvenes indicaron haber tenido un embarazo, el 22.2% se ha realizado un aborto, y 14 personas del total de la muestra se han contagiado de una ITS. Si bien no representan porcentajes altos, es importante prestar atención a estos datos, pues implican que los jóvenes con discapacidad auditiva están expuestos a los mismos riesgos que los jóvenes sin discapacidad aparente.

Ningún participante de este estudio reportó tener VIH, pero un 79.6% no se ha realizado una prueba de detección de VIH o de ITS, lo cual es riesgoso. Caballero y Villaseñor (2003) señalan que hay un porcentaje considerable de casos de adolescentes que se contagian entre los 15 y 19 años de edad, pero que no son reconocidos con VIH debido a la existencia de un periodo prolongado de latencia entre la seroconversión en VIH y las manifestaciones del SIDA, que puede durar entre 2 y 11 años. Esto lleva a pensar en la posibilidad de que algunos jóvenes puedan haberse infectado con el VIH, sin saberlo. El riesgo puede ser mayor en los jóvenes con discapacidad auditiva, ante la ausencia de sintomatología, dada la

falta de personal capacitado que atienda a esta población y que logre romper las barreras comunicativas.

Al realizar las comparaciones por sexo y tipo de discapacidad, se encontraron algunas diferencias.

Un porcentaje mayor de hombres ha iniciado su vida sexual (21.2%), en comparación con las mujeres (18.2%). Este dato concuerda con las investigaciones realizadas con jóvenes sin discapacidad, por Piña, Robles y Rivera (2007) y Díaz-Loving y Robles (2009), en donde se señala que los hombres inician primero su vida sexual.

Además, un porcentaje mayor de varones señalaron que usaron condón en la primera relación sexual (33.3%), así como en las relaciones subsecuentes. En general, ellos son los que más se protegen, y lo hacen utilizando el condón masculino.

Respecto a las pruebas de conocimientos sobre ITS, VIH/SIDA y uso del condón, fueron los hombres quienes mostraron mayor número de respuestas correctas, lo cual concuerda con las investigaciones realizadas con jóvenes sin discapacidad (Díaz-Loving & Robles, 2009; Gayet et al., 2003; Piña, Robles & Rivera, 2007) quienes encontraron que los hombres son los que tienen mayores conocimientos sobre VIH, ITS y uso del condón, y por ende tienden a tener con mayor frecuencia encuentros sexuales.

A pesar de tales diferencias por sexo, en general puede decirse que son escasos los conocimientos que mostraron los jóvenes con discapacidad auditiva de este estudio. La media de respuestas correctas es muy baja, tanto en la prueba de conocimientos sobre uso correcto del condón (1.31, de un total de 6 reactivos)

como en la de conocimientos sobre VIH/SIDA (1.86, de un total de 8 reactivos), en toda la muestra.

Estos resultados señalan la importancia de que los jóvenes con discapacidad auditiva adquieran mayores conocimientos sobre el uso del condón y las ITS, incluyendo el VIH/SIDA. Este debe ser un punto clave en la educación sexual que se les brinde, lo cual no implica que se priven de tener relaciones sexuales, sino que tengan información clara y precisa sobre las responsabilidades que éstas conllevan.

En la muestra total, los resultados de correlación indicaron que los conocimientos sobre VIH no se correlacionaron con ninguna variable relativa al comportamiento sexual de los jóvenes. Aunque es digno de considerar que los conocimientos sobre el uso correcto del condón sí se correlacionaron positivamente con dos aspectos del comportamiento sexual de los participantes. A mayores conocimientos, los jóvenes tuvieron un mayor número de relaciones sexuales y mayor frecuencia de uso del condón.

En el caso de los hombres, los conocimientos sobre el uso correcto del condón se correlacionaron con la frecuencia del uso del condón en toda la vida, lo cual resulta congruente. Sin embargo, tales conocimientos también correlacionaron con el número de parejas sexuales en toda la vida. Este último dato es un tanto alarmante, porque el nivel de conocimientos es bajo en general; lo que puede estar sucediendo es que los jóvenes que confían en tener conocimientos pueden estar ejerciendo una práctica de riesgo: tener varias parejas sexuales. Aunque esto último tendría que explorarse con mayor precisión.

Similarmente, los resultados de correlación realizados con los datos de los jóvenes con hipoacusia mostraron una relación entre los conocimientos del uso del condón y la frecuencia de su uso, dato que no se encontró en la población de jóvenes con sordera. Debe recordarse que los jóvenes con hipoacusia mostraron

conocimientos ligeramente mayores que los jóvenes con sordera, principalmente en cuanto a ITS y VIH/SIDA. En relación con este punto, es importante tener en cuenta que dentro de la Lengua de Señas Mexicana no existen señas que correspondan a palabras relacionen con estas infecciones de transmisión sexual, por lo que autores como Groce et al. (2006) enfatizan la necesidad de adaptar métodos para el entendimiento de las ITS/VIH en esta población, o de lo contrario continuarán excluidos de los temas de educación y salud.

Por otra parte, el análisis de los datos de los jóvenes con sordera fue el único que permitió establecer una relación entre los conocimientos sobre ITS/VIH y algunas variables relativas al comportamiento sexual. Las variables relacionadas fueron la edad del debut sexual y la frecuencia con que ellos han usado condón en los últimos tres meses. Cabe recordar también que, según arrojó la comparación por tipo de discapacidad, fue menor la proporción de jóvenes con sordera que han iniciado su vida sexual, en comparación con los que tienen hipoacusia.

En cuanto al tema de abuso sexual, un 24.6% de los participantes mencionó haber vivido abuso sexual; el porcentaje difiere de los datos expuestos por Sullivan et al (1987) quienes exponen que la incidencia de abuso sexual para los niños sordos se estima alrededor del 50%. Desde luego, se requieren estudios con muestras más extensas y variadas para poder establecer la verdadera magnitud de este problema, tanto en México como en diversas partes del mundo. Es necesario tener claro que un porcentaje considerable de jóvenes ha vivido situaciones de abuso sexual, y que existe una urgente necesidad de atender esta problemática. Los niños y jóvenes sordos constituyen un grupo minoritario que, por su condición y las dificultades en la comunicación, se convierten en un grupo vulnerable, en lo relativo al abuso sexual y la violencia.

Cortés y Justicia (2008) señalan que el abuso sexual presenta expresiones como tocamientos, palabras obscenas, exhibicionismo u obligar a la víctima a observar imágenes con contenido erótico, entre otros aspectos importantes de profundizar.

En la presente investigación, el 12.6% de los jóvenes indicó que han tocado sus partes íntimas, los han obliga a tocar las partes íntimas de alguien (11.6%), o a desnudarse (15.7%), y después de la primera relación han sufrido abuso (24.6%).

Un dato que llama la atención de esta investigación es que un mayor porcentaje de hombres (19.3%), en comparación con las mujeres (14%), indicaron que la primera relación sexual fue forzada. Esto difiere con los planteamientos que sugieren que las mujeres están en mayor riesgo de sufrir abuso en comparación con los hombres (Chávez et al, 2009; Maya et al, 2006). Nuevamente, surge la necesidad de realizar más investigación sobre este tema, y de detectar el mayor número posible de casos.

Para concluir, puede decirse que se cumplió con el objetivo general de la presente investigación, que consistió analizar en qué medida el nivel de conocimientos sobre uso del condón y sobre VIH/SIDA y otras ITS, se relaciona con prácticas sexuales de riesgo, en jóvenes con discapacidad auditiva, identificando las diferencias por sexo y tipo de discapacidad.

Se presentaron tres hipótesis en la presente investigación. La primera hipótesis menciona que los jóvenes con discapacidad auditiva que tienen menos conocimientos sobre uso del condón y sobre ITS (incluyendo VIH/SIDA) están más propensos a llevar a cabo prácticas sexuales de riesgo. Esta hipótesis no se cumplió, si se toma en cuenta la muestra total de jóvenes, porque no se encontraron correlaciones entre conocimientos y conducta sexual. Aquí cabe señalar que el nivel de conocimientos fue tan bajo, que deberá realizarse otro estudio con una muestra que incluya jóvenes con un alto nivel de conocimientos y jóvenes con un bajo nivel.

Las comparaciones por sexo sí indican que los hombres tienen mayores conocimientos y también una mayor frecuencia en el uso del condón. Lo mismo ocurrió con los jóvenes que presentan hipoacusia, en comparación con los que presentan sordera. En estas dos submuestras sí se encontraron indicios para

confirmar la hipótesis mencionada, aunque sólo parcialmente, porque los datos también indican que, en general, los jóvenes no se protegen en todos los encuentros, a pesar de tener algunos conocimientos.

La segunda hipótesis indica que los hombres con discapacidad auditiva tienen mayores conocimientos sobre VIH/SIDA y uso correcto del condón, que las mujeres en la misma condición. Esta hipótesis se cumplió, pero sólo en lo relativo a conocimientos sobre uso y cuidado del condón, en cuanto a conocimientos sobre ITS y VIH/SIDA no se encontró que los hombres tuvieran más conocimientos que las mujeres.

La tercera hipótesis no se cumplió, ya que no se encontró una diferencia significativa entre el tipo de discapacidad (sordera/hipoacusia) y la frecuencia con la que han usado condón en toda su vida.

En relación a la sexualidad de las personas con discapacidad auditiva, es necesario considerar la existencia de barreras culturales, sociales, físicas, comunicativas, entre otras, que promueven la exclusión de esta población de las campañas de prevención y de los programas educativos. Por ello, este sector es aún más vulnerable, en primera instancia por su condición que de manera general hace que se enfrenten a enormes muros que les impiden incursionar en ciertas actividades cotidianas, y en segunda, por la poca inclusión que se les da en el tema de la prevención y atención de las ITS y VIH.

Por ello, el VIH/SIDA, las ITS, las conductas de riesgo, la violencia, la desinformación, entre otros aspectos, representan una amenaza significativa para los individuos y poblaciones de personas con discapacidad auditiva alrededor del mundo, que es importante atender.

Situarnos en la realidad que vive México respecto a este tema es percatarse de los peligros a los que los jóvenes, y en específico los jóvenes con discapacidad auditiva, se encuentran expuestos. Es necesario visualizar la importancia de integrar a los jóvenes con discapacidad a los programas de prevención y

educación sexual, con el fin de que perciban su sexualidad como una actividad que favorece la realización de la persona y que ésta debe estar relacionada con aspectos como el amor, la comunicación, el diálogo, la solidaridad, la confianza, el respeto, la equidad y, de manera específica, el papel de la responsabilidad. Sin perder de vista que, para que esto se vuelva una realidad, es necesario el compromiso de todos aquellos que se encuentran involucrados. Como señalan Robles et al. (2013), los esfuerzos para investigar problemas para esta población representan una labor científica y social importante, especialmente si se dirigen a sentar las bases para el desarrollo de programas que promuevan su educación sexual y las conductas saludables.

REFERENCIAS

- Alpízar, L. & Bernal, M. (2003). La construcción social de las juventudes. *Última Década*, 11(19), 105-123. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22362003000200008
- Amate, A. & Vázquez, A. (2006). Discapacidad: lo que todos debemos saber. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/166080/1/9275316163.pdf?ua=1>
- Amor, R. (2000). *Sexualidad y personas con discapacidad psíquica*. Madrid: Colección Feaps.
- Arango, I. (2008). *Sexualidad humana*. México: Manual Moderno.
- Atach, O., Cojocarú, L., Iriarte, M. & Grynberg, S. (2014). Conducta prosocial y empatía en adolescentes. *La Psicología Social en México*, 15, 317-323.
- Atienzo, E., Campero, L., Estrada, F., Rouse, C. & Walker, D. (2011). Intervenciones con padres de familia para modificar el comportamiento sexual en adolescentes. *Salud Pública de México*, 53, 160-171.
- Baldaro, J. (1988). *La sexualidad del deficiente*. España: Ediciones CEAC.
- Bárcena, S (2013). Efectos diferenciales de un programa de prevención del VIH dirigido independientemente a padres e hijos. Tesis inédita de Doctorado en Psicología. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Berman, R., Meresman, S., Galván, J. & Rodríguez, E. (2011). Desarrollo inclusivo: la experiencia de VIH/SIDA y discapacidad en Centroamérica. *PortaSIDA*, 167, 1-5. Boletín del Banco Mundial. Disponible en: <http://www.portalsida.org/repos/DB-0064S.pdf>

- Barragán, F. (1996). La educación sexual y la educación secundaria obligatoria: enseñar a creer o aprender a crear. *Materiales Curriculares Educación Secundaria Obligatoria*. España: Junta de Andalucía. Consejería de Educación y Ciencia. Disponible en: www.educagenero.org/ESJunta/Secundaria/esexual.pdf
- Caballero, R. & Villaseñor, A. (2003). Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres. *Salud Pública de México*, 45(1) 108-114. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10609514>
- Carrera, M., Lameiras, M. & Rodríguez, Y. (2007). Intervención y evaluación de un programa de educación afectivo-sexual en la escuela para padres y madres de adolescentes. *Diversitas-Perspectivas en Psicología*, 3(2), 191-202.
- CENSIDA (2008). El VIH y SIDA en México al 2008. Hallazgos, tendencias y reflexiones. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/VIHSIDA_MEX2008.pdf
- CENSIDA (2009). 25 años de SIDA en México: logros, desaciertos y retos. Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/SIDA25axos-26mar.pdf>
- CENSIDA (2015). La epidemia del VIH y SIDA en México. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/L_E_V_S.pdf
- Chavez, R., Rivera, L., Angeles, A., Díaz, E., Allen, B. & Lazcano, E. (2009). Factores del abuso sexual en la niñez y la adolescencia en estudiantes de Morelos, México. *Revista de Salud Pública*, 43(3) 506-514. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/177.pdf>

- CONAPO (2000). Situación actual de las y los jóvenes en México. Diagnostico Sociodemográfico Obtenido el 3 de noviembre de 2009 en: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/CuaTec/pdf/jovenes.pdf>
- Corona, Y. & Mastrapa, C. (2010). Estrategia de intervención sobre sexualidad e infecciones de transmisión sexual en adolescentes del Municipio Quime, Bolivia. *Ciencias Holguín*, 18 (4) Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181524363014#>
- Cortés, D. C., & Justicia, F. J. (2008). Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo. *Psicothema*, 20(4), 509-515. Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/28230984_Afrontamiento_del_abuso_sexual_infantil_y_ajuste_psicologico_a_largo
- Díaz-Loving, R. & Robles, M. (2009). Atracción, romance, sexo y protección en adolescentes. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14(2) 215-228. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29211992001>
- Domínguez, N. & Torres, R. (1998). Percepciones entre los padres y madres de niños sordos oralizados y poco oralizados, en cuanto a verse como educadores de la sexualidad de sus hijos. *Educación y Ciencia* 2(18) 55-63. Disponible en: <http://educacionyciencia.org/index.php/educacionyciencia/article/view/143/pdf>
- Druet, D. & Escalante, T. (2011). Conocimientos y actitudes hacia la sexualidad de jóvenes con discapacidad auditiva. *Revista Educación y Ciencia*, 4(21) 57-67.
- Figueroa, V. & Lissi, M. (2005). La lectura en personas sordas: consideraciones sobre el rol del procesamiento fonológico y la utilización del lenguaje de señas. *Estudios Pedagógicos (Valdivia)*, 31(2), 105-119. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052005000200007

- Flores, G., Trejo, P., Díaz, L. & Hernández, E. (2014). Valores y permisividad sexual en el Sureste mexicano. *La psicología social en México*, 15, 310-315.
- García, H. V. (1990). *Educación en la sexualidad*. España: Ediciones Rialp.
- García, N. (2012). Que dejen toditos los libros abiertos. La educación sexual en preparatorias del Estado de México. *Revista Mexicana de Orientación Educativa*, 9(22), 4-9. Recuperado el 26 de abril de 2014, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-75272012000100002&lng=pt&tlng=es
- García, P., Loredó A. & Perea, M. (2009). La discapacidad y su asociación con maltrato infantil. *Acta Pediátrica de México*, 30(6), 322-326.
- Gayet, C., Juárez, F., Pedrosa, L. & Magis, C. (2003). Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. *Salud Pública de México*, 45(5) S632-S640. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10609908>
- Groce, N. (2004). Encuesta Global sobre VIH/SIDA y Discapacidad. Manuscrito inédito, Escuela de Salud Pública. Yale University, New Haven, Connecticut, E.U.A. Disponible en: http://www.portalsida.org/repos/capturing_hidden_voices_spanish.pdf
- Groce, N., Trasi, R. & Yousafzai, A. (2006). Pautas de inclusión de los individuos con discapacidades dentro de los esfuerzos de extensión relacionados con el VIH/SIDA. Manuscrito inédito, Escuela de Salud Pública. Yale University, New Haven, Connecticut, E.U.A. Disponible en: <http://siteresources.worldbank.org/DISABILITY/Resources/2806526944612/HIVGuidelinesESP.doc>
- Guevara, Y. & González, E. (2012). Las familias ante la discapacidad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(3), 1023-1050.

- Guevara, Y., Ortega, P. & Plancarte, P. (2008). *Psicología conductual, Avances en educación especial*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Gutiérrez, J., López, Z., Valencia, M., Pesqueira, E., Ponce de León, S. & Bertozzi, S. (2004). Haciendo frente a la epidemia de VIH/SIDA en México: ¿Una respuesta organizada? *Revista de Investigación Clínica*, 56(2), 242-252.
- Hernández, R., Rodríguez, M., Moreno, D., Robles, S., Frías, B., Rodríguez, M., Díaz, E. & Barroso, R. (2006). Entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual en la pareja y uso correcto del condón. *Anales de Psicología*, 22(1), 60-71.
- Instituto Andaluz de la Mujer (2003). Violencia hacia las mujeres con discapacidad. Guía informativa. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/institutodelamujer/catalogo/doc/web/catalogo-iam.pdf>
- INEGI. (2007). Clasificación de tipos de discapacidad. Disponible en: file:///C:/Users/usuario/Downloads/clasificacion_de_tipo_de_discapacidad.pdf
- INEGI (2010a). Discapacidad en México. Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/discapacidad.aspx?tema=P>
- INEGI (2010b). La discapacidad en México, una visión al 2010. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/discapacidad/702825051785.pdf
- INEGI (2010c). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009: Panorama sociodemográfico de México Principales resultados. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/encuestas/hogares/enadid/enadid2009/ENADID_2009_Pan_Soc.pdf

- INEGI (2012). Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2012/juventud12.asp?c=2844>
- Juárez, F. & Gayet, C. (2005). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas. *Papeles de Población*, 11 (45), 177–219.
- Laca, R. (1990). *Integración familiar, afectividad y sexualidad*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- Lencinas, C. (2010) La educación sexual desde la perspectiva de género. *Gaceta Iztacala*, 11 (365). Disponible en:<http://www.iztacala.unam.mx/gaceta/375.pdf>
- León, A. (2007). Qué es la educación. *Educere*, 11(39), 595-604. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35603903>
- Martino, R. & Barrera, L. (2003). *El niño discapacitado*. Madrid: Nobuko.
- Maya, A., Rodríguez, M., & Macías, M. (2006). Discriminación en mujeres con discapacidad: una propuesta de prevención e intervención educativa. *Educación Siglo XXI*, 24, 314-320.
- Méndez, E. (1991). *Introducción al estudio de la invalidez*. Costa Rica: EUNED.
- Méndez R., Namihira G., Moreno A., & Sosa M. (1997). *El protocolo de investigación*. México: Editorial Trillas.
- Misitu, G. & Cava, M. (2002). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención Psicosocial*, 12, 179-192. Disponible en:<https://www.uv.es/lisis/mjesus/8cava.pdf>
- Monsalve, A. & Nuñez, F. (2006). La importancia del diagnóstico e intervención temprana para el desarrollo de los niños sordos. Los programas de detección precoz de la hipoacusia. *Intervención Psicosocial*, 15, 7-28. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v15n1/v15n1a02.pdf>

- Montero, C. (2003). *Estrategias para facilitar la inserción laboral a personas con discapacidad*. Costa Rica: EUNED.
- Morentin, R., Arias, B., Rodríguez, J. & Aguado, A. (2006). Pautas para el desarrollo de programas eficaces de educación afectivo-sexual en personas con discapacidad intelectual. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 37 (217), 41-58.
- Moreno, D., Robles, S., Frías, B., Rodríguez, M. & Barroso, R. (2011). *Encuesta Universitaria sobre Salud Sexual (EUSS). Resultados preliminares*. Documento Interno no publicado. Grupo de Investigación en Psicología y Salud Sexual de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Moreno, D., Rivera, P., Robles, S., Barroso, R., Frías, B. & Rodríguez, M. (2013). Características del debut sexual de los adolescentes y determinantes del uso consistente del condón desde el análisis contingencial. *Psicología y Salud*, 18(2), 207-225.
- Navarro, E. & Vargas, R. (2004). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre SIDA en adolescentes escolarizados. *Salud Uninorte*, 19(2), 14-24.
- Núñez, R., Hernández, B., García, C., González, D. & Walker, D. (2003). Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto. *Salud Pública de México*, 45(1) 92-102. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10609512>
- OMS (2012). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/
- OMS (2014). 10 Datos sobre la Discapacidad. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/disability/facts/es/>

- ONUSIDA (2007). Situación de la epidemia del SIDA. Disponible en:http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_es.pdf
- Oviedo, A. (2007). La cultura sorda. Notas para abordar un concepto emergente. Extraído el 18 de febrero del 2015 de la página web: http://www.cultura-sorda.eu/resources/Oviedo-concepto_cultura-sorda-2007.pdf
- Patton, J. (2000). *Casos de educación especial*. México: Limusa.
- Pérez, J. & Garaigordobil, M. (2007). Deficiencia auditiva: autoconcepto, autoestima y síntomas psicopatológicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 33(148), 159-183.
- Piña, J., Robles, S. & Rivera, I. (2007) Instrumento para la evaluación de variables psicológicas y comportamientos sexuales de riesgo en jóvenes de dos centros universitarios de México. *Revista Panamericana Salud Pública*, 22(5) 295–303.
- Polo, M. & López, M. (2012). Auto-concepto de estudiantes universitarios con discapacidad visual, auditiva y motora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44 (2), 87- 98. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80524058007.pdf>.
- Río, A., Liguori, A., Magis, C., Valdespino, J., García, M. & Sepúlveda, J. (1995). La epidemia de VIH/SIDA y la mujer en México. *Salud Pública de México*, 37(6) 581-591. Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10637613>
- Robles, S., Solano, C., Díaz, L., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M. & Barroso, R. (2012). Efectos de un programa de prevención de problemas de salud sexual sobre variables psicosociales y conductuales en adolescentes sin experiencia sexual. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(3), 1129-1155.

- Robles, S., Guevara, Y., Pérez, Y. & Hermosillo, A. (2013). Comunicación con padres y conducta sexual en jóvenes mexicanos con discapacidad auditiva. *Psicología y Salud*, 23(2), 227-239.
- Robles, M., Frías, A., Moreno, R., Rodríguez, C. & Barroso, V. (2011). Conocimientos sobre VIH/SIDA, comunicación sexual y negociación del uso del condón en adolescentes sexualmente activos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14, 4, 317-340.
- Robles, M., Rodríguez, C., Frías, A. & Moreno, R. (2015). Indicadores del uso eficaz del preservativo. México. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 25(2) 244-258.
- Rodríguez, M., Barroso, R., Frías, I., Moreno, D. & Robles, S. (2009). Errores en el uso del condón: efectos de un programa de intervención. *Psicología y Salud*, 19(1): 103.
- Sánchez, P. (1997). *Compendio de educación especial*. México: El Manual Moderno
- Sánchez, M., Robles, M. & Enríquez, N. (2005). Variables relativas al uso del condón en hombres y mujeres universitarios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 8(2) 81-98.
- Santos, J., Villa, J., García, M., León, G., Quezada, S. & Tapia, C. (2003). La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. *Salud Pública de México*, 45(S1), S140-S152.
- Seda, M., Colón, D., Expósito, H. & Argüelles, H. (2011). Características clínico-epidemiológicas y conocimiento sobre las Infecciones de Transmisión Sexual en Adolescentes. Holguín. 2009. *Ciencias Holguín*, 18(1) 58-66. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181522292002>
- Secretaría de Salud (2012). Norma Oficial Mexicana para la Atención Integral a personas con Discapacidad. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5268226&fecha=14/09/2012

- Soto F. (1996). La violencia sexual en la mujer y el trauma silenciado. *Psicología Iberoamericana*, 4(3) 31-36.
- Sullivan, P., Vernon, M., & Scanlan, J. (1987). Sexual abuse of deaf youth. *American Annals of the Deaf*, 132(4), 256-262.
- Trejo, F., Padilla, J., Reyes, N., López, A., Díaz, P. & Díaz, R. (2014). El significado del sexo: edad y sexo como características determinantes. *La Psicología Social en México*, 15, 310-315.
- Trejo, T. (2005). La construcción de la sexualidad en adolescentes sordos y sordas. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, 11(2).
- UNICEF (2008). La infancia y el VIH/SIDA. Colocando a la niñez y la adolescencia en el centro de la respuesta al VIH/SIDA. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/documentos/La_infancia_y_el_VIH.pdf
- UNICEF (2011). EnSeña sexualidad. Recuperado el 29 de Julio del 2014, de: http://www.unicef.org/mexico/spanish/mx_enSENA_SexualidadMH2.pdf
- UNICEF (2013). Es parte de la vida. Material de apoyo sobre educación sexual y discapacidad para compartir en familia. Recuperado el 1 de Diciembre del 2013 en: http://www.unicef.org/uruguay/spanish/Es_parte_de_la_vida_tagged.pdf
- Varas, J. (2010a). Salud y reproductividad en personas con discapacidad física. *Revista Obstetricia y Ginecología*, 5(2), 169-172.
- Villaseñor, A., Caballero, R., Hidalgo, A. & Santos, I. (2003). Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso de condón en adolescentes. *Salud Pública de México*, 45(1) 73-80. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10609510>
- Weiss H. (2004). Epidemiology of herpes simplex virus type 2 infection in the developing world. *Herpes*, 11(Suppl. 1), 24A-35A.

APÉNDICE



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**



Cuestionario para jóvenes con discapacidad auditiva

Autores:

Dra. Silvia Susana Robles Montijo

Dra. Yolanda Guevara Benítez

Psic. Yuma Yoaly Pérez Bautista

Dra. Diana Moreno Rodríguez

Psic. Beatriz Frías Arroyo

Psic. Martha Rodríguez Cervantes

Asesoría técnica: Libre Acceso, A.C.

Dudas y sugerencias:

Dra. Susana Robles Montijo.

Grupo de Investigación en Psicología y Salud Sexual

UIICSE, Segundo Piso, cubículo 21.

Tel. 56231333/Ext.39753

E-mail: susana@campus.iztacala.unam.mx

Instrucciones generales:

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

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

Cuestionario tener 93 preguntas, por favor marca con **X** hoja respuesta opción cada pregunta. Si tener alguna duda puedes levantar brazo para persona ayudarte. Gracias por tu ayuda.

SECCIÓN I: DATOS GENERALES

1. **Tú:**
 - (a) Hipoacúsico
 - (b) Sordo

2. **Tú** sordo o hipoacusia **ASÍ NACIÓ** o cuando **NIÑO** tu sordo o hipoacusia cuantos años: _____ años.

3. **Tú:**
 - (a) Hombre
 - (b) Mujer

4. **Tú** cuantos **años** ahorita: _____ años.

5. **Tú:**
 - (a) Soltero
 - (b) Casado
 - (c) Unión libre
 - (d) Otro

6. **Tú** nivel estudios hasta:
 - (a) No tiene escuela
 - (b) Aprender oficio
 - (c) Primaria
 - (d) Secundaria o carrera técnica
 - (e) Preparatoria
 - (f) Universidad

7. ¿Tu **papá** vive?
 - (a) Sí
 - (b) No

8. ¿Tu **papá** tiene discapacidad?
 - (a) Visual 
 - (b) Auditiva 
 - (c) Motriz 
 - (d) Otra
 - (e) **NO** tiene discapacidad

9. ¿Tu **MAMÁ** vive?
 - (a) Sí
 - (b) No

10. ¿Tu **MAMÁ** tiene discapacidad?
 - (a) Visual 
 - (b) Auditiva 

- (c) Motriz 
- (d) Otra
- (e) **NO** tiene discapacidad

11. Tu **PAPÁ** y tu **MAMÁ** viven:

- (a) Juntos
- (b) Separados

12. Tu **PAPÁ** cuantos años ahorita: _____ años.

13. Tu **MAMÁ** cuantos años ahorita: _____ años.

14. Tu **PAPÁ** nivel estudios:

- (a) No hay estudios
- (b) Aprender oficio
- (c) Primaria
- (d) Secundaria o carrera técnica
- (e) Preparatoria
- (f) Universidad

15. Tu **MAMÁ** nivel estudios:

- (a) No hay estudios
- (b) Aprender oficio
- (c) Primaria
- (d) Secundaria o carrera técnica
- (e) Preparatoria
- (f) Universidad

16. ¿**TÚ** ahorita dónde vives?

- (a) Casa papá y mamá
- (b) Casa mamá
- (c) Casa papá
- (d) Casa otra persona mi familia
- (e) Internado- Casa gobierno
- (f) Casa yo dueño

17. ¿Tu **PAPÁ** trabaja?

- (a) Sí
- (b) No

18. ¿Tu **MAMÁ** trabaja?

- (a) Sí
- (b) No

19. ¿**TÚ** trabajas?

- (a) Sí
- (b) No

SECCIÓN III: COMPORTAMIENTO SEXUAL

48. ¿TÚ ya antes hay sexo?
(a) Sí
(b) No
49. ¿TÚ cuántos años cuando **PRIMERO** sexo?
_____ años.
_____ **NO** hay sexo
50. TÚ cuál persona **PRIMERO** sexo?
(a) Novio o novia
(b) Amigo o amiga
(c) Un familiar
(d) Alguien desconocido
(e) **NO** hay sexo
51. TÚ **PRIMERO** relación sexo **otra persona A FUERZA** y TÚ no gusta o no quiere
(a) Sí
(b) No
(c) **NO** hay sexo
52. TÚ piensa dónde, cómo y cuándo **PRIMERO** relación sexo
(a) Sí
(b) No
(c) **NO** hay sexo
53. TÚ dónde **PRIMERO** sexo
(a) Mi casa
(b) Casa amigo o amiga
(c) Casa mi novio o novia
(d) Hotel
(e) Casa familia
(f) **NO** hay sexo
54. TÚ **PRIMERO** sexo tú **USAR** método anticonceptivo, ejemplo; condón, pastilla no embarazo, dispositivo
(a) Sí
(b) No
(c) **NO** hay sexo
- 
55. TÚ cuál **USAR PRIMERO** relación sexo
(a) Nada
(b) Condón hombre
(c) Pastillas anticonceptivas o del día siguiente (pastilla para **NO** bebé)
(d) No eyacular (moco blanco hombre) adentro mujer
(e) Sexo ano
(f) Otro
(g) **NO** hay sexo

56. **TÚ** cuántas veces tener relaciones sexo hasta ahora

_____ veces.
_____ **NO** hay sexo

57. **TÚ** cuántas veces usar condón  hasta ahora

_____ veces.
_____ **NO** hay sexo

58. **TÚ** cuántas relaciones sexo últimos 3 meses

_____ veces.
_____ **NO** hay sexo

59. **TÚ** cuantas veces usar condón  últimos 3 meses

_____ veces.
_____ **NO** hay sexo

60. **TÚ** cuántas parejas (novio(a), esposo(a), amigo(a)) para sexo hasta ahora

- (a) 1 (sólo una)
- (b) 2 (dos)
- (c) 3 (tres)
- (d) 4 (cuatro o MÁS)
- (e) **NO** hay sexo

61. **TÚ** cuántas veces tener relaciones sexo personas otras **NO** novio o novia

_____ veces.
_____ **NO** hay sexo

62. **TÚ** tener relaciones sexo otra persona **NO** novios o novias cuántas veces **USAR CONDÓN**



_____ veces.
_____ **NO** hay sexo

63. **TÚ** después PRIMERO relación sexo de tu primera relación sexual **otra persona** a fuerza y **TÚ** **NO** gusta o **NO** quiere

- (a) Sí
- (b) No
- (c) **NO** hay sexo

64. **TÚ** ya antes embarazada o **TÚ** embarazada tu novia

- (a) Sí
- (b) No
- (c) **NO** hay sexo

SECCIÓN IV: CONOCIMIENTOS

En las siguientes preguntas escribe la letra de la opción de respuesta que consideres correcta.

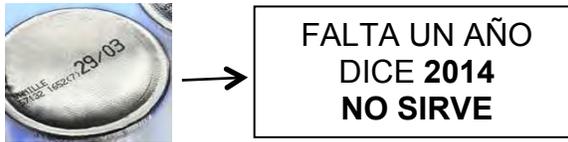
80. Tú piensas cuando CONDÓN calor sol, guardar pantalón o cartera (dinero) ya no sirve

- (a) Verdad
- (b) Mentira
- (c) No sé



81. Condón cuya fecha de caducidad vence en un año puede usarse sin riesgo de que se rompa.

- (a) Verdad
- (b) Mentira
- (c) No sé



82. Antes abrir bolsa adentro condón TÚ baja condón con dedos, después abrir para no romper condón.

- (a) Verdad
- (b) Mentira
- (c) No sé

83. Los lubricantes a base de agua deben usarse sólo con condones de látex.

- (a) Verdad
- (b) Mentira
- (c) No sé

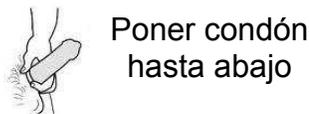
84. Cuando se coloca un condón en el pene NO dejar aire punta.

- (a) Verdad
- (b) Mentira
- (c) No sé



85. Es necesario colocar el condón hasta la base del pene porque si no se desliza durante el acto sexual.

- (a) Verdad
- (b) Mentira
- (c) No sé



86. Infección VIH hay diarrea, calentura, sudar noche y pierde de peso (flaco).

- (a) Verdad
- (b) Mentira
- (c) No sé



87. VIH pega usar jeringas desechables y esterilizadas.

- (a) Verdad
- (b) Mentira
- (c) No sé



Puede pegar
VIH/Infección sexo

88. Tiene relaciones sexuales con la misma pareja sana disminuye el riesgo de infectarse con el VIH.

- (a) Verdad
- (b) Mentira
- (c) No sé



**PERSONA enfermo
infección sexo
NO PUEDE CURAR**

89. *Gonorrea, Clamidia y Tricomoniasis* **INFECCIONES SEXO NO puede curar doctor.**

- (a) Verdad
- (b) Mentira
- (c) No sé

90. Métodos anticonceptivos **PASTILLAS PARA NO BEBÉ** ayuda para **NO INFECCIONES SEXO.**

- (a) Verdad
- (b) Mentira
- (c) No sé



**AYUDA PARA NO
INFECCIÓN**

91. Tener relaciones sexuales sin penetración evita contraer algunas infecciones de transmisión sexual.

- (a) Verdad
- (b) Mentira
- (c) No sé

92. Mujer hay **INFECCIÓN SEXO** puede abortos bebé o bebé nace antes. Hombre o Mujer **NO PUEDE HIJOS** después.

- (a) Verdad
- (b) Mentira
- (c) No sé

93. *Virus del papiloma humano* puede **CÁNCER.**

- (a) Verdad
- (b) Mentira
- (c) No sé



Persona enfermo
INFECCIÓN SEXO
Virus papiloma
humano



Enfermo **CÁNCER**

GRACIAS POR AYUDAR