

doi: <https://doi.org/10.15446/rcp.v29n2.77173>

Factores de Riesgo para la Salud Sexual de Jóvenes Sordos: Evaluación con un Cuestionario Computarizado

SILVIA SUSANA ROBLES-MONTIJO

YOLANDA GUEVARA-BENÍTEZ

YUMA YOALY PÉREZ-BAUTISTA

Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México



Excepto que se establezca de otra forma, el contenido de esta revista cuenta con una licencia Creative Commons “reconocimiento, no comercial y sin obras derivadas” Colombia 2.5, que puede consultarse en: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/co>

Cómo citar este artículo: Robles-Montijo, S., Guevara-Benítez, Y., & Pérez-Bautista, Y. (2021). Factores de Riesgo para la Salud Sexual de Jóvenes Sordos: Evaluación con un Cuestionario Computarizado. *Revista Colombiana de Psicología*, 30(1), 27-45. <https://doi.org/10.15446/rcp.v29n2.77173>

La correspondencia relacionada con este artículo debe dirigirse a la Dra. Silvia Susana Robles Montijo, e-mail: susana@unam.mx. Dirección postal: Av. de Los Barrios No. 1, Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, código postal: 54090.

Agradecimientos: las autoras agradecen el financiamiento recibido por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico de la UNAM, para el proyecto IN308015, y por el Fondo Sectorial de Investigación para la Educación, para el proyecto SEP-CONACYT 256430.

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA
RECIBIDO: 18 DE ENERO DE 2019 – ACEPTADO: 11 DE ENERO DEL 2020

Resumen

El objetivo del estudio fue analizar un conjunto de factores de riesgo para la salud sexual de jóvenes mexicanos con discapacidad auditiva. Se utilizó un cuestionario computarizado con instrumentos validados y adaptados para la población sorda. En 112 jóvenes con edad promedio de 19.7 años se aplicaron los siguientes instrumentos: comunicación sexual con padres y con madres, apoyo y supervisión parental, conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual y sobre el uso del preservativo, así como prácticas y abuso sexuales. En los jóvenes sexualmente activos se identificó un patrón de conducta sexual de riesgo, con proporciones importantes que han vivido abuso sexual. Se encontraron bajos niveles tanto en comunicación y supervisión parental, como en las pruebas de conocimientos. La comunicación con los padres se relacionó con el uso del preservativo y fue mayor en quienes no han vivido abuso sexual. En los varones sin experiencia sexual, las variables parentales se asociaron con ambas pruebas de conocimientos.

Palabras clave: comunicación con padres, conocimientos, discapacidad auditiva, VIH/SIDA.

Risk Factors for the Sexual Health of Young Deaf: Evaluation with a Computed Questionnaire

Abstract

The objective of the study was to analyze a set of risk factors for the sexual health of young Mexicans with hearing disabilities. We used a computerized questionnaire with instruments adapted and validated to the deaf population. In 112 young people with an average age of 19.7, we applied the following instruments: sexual communication with parents, parental support and supervision, knowledge about sexually transmitted infections and condom use, sexual practices and sexual abuse. We identified a pattern of sexual risk in sexually active young people, with important proportions that have experienced sexual abuse. Low levels were found in both communication and parental supervision, as well as in knowledge tests. Communication with parents was related to the use of condoms and it was greater in those subjects who have not experienced sexual abuse. In men without sexual experience, the parental variables were associated with both knowledge tests.

Keywords: communication with parents, hearing impairment, HIV/AIDS, knowledge.

DIVERSAS INVESTIGACIONES (Bahamón, Vianchá, & Tobos, 2014; Bárcena, Robles, & Díaz-Loving, 2012; Espada, Morales, & Orgilés, 2014; Robles, Frías, Moreno, Rodríguez, & Barroso, 2011; Robles et al., 2012) han analizado las prácticas sexuales de riesgo en la población de adolescentes y jóvenes, tales como iniciación sexual a edad temprana, relaciones sin protección, uso del condón de manera inconsistente o incorrecta, y relaciones con varias parejas sexuales. Tales prácticas hacen altamente probable que adquieran alguna infección de transmisión sexual (ITS), incluyendo la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que tengan un embarazo no deseado y, como consecuencia de este último, un aborto. México ocupa el primer lugar en embarazos de adolescentes, entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (Save the Children, 2016), y registra una tasa de 77 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 19 años de edad, superior a la media mundial que es de 49 (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2017). La cifra relativa al número de abortos practicados en la Ciudad de México, hasta el tercer trimestre del 2018, asciende a 199 230 casos, de los cuales, 51.3% corresponde a mujeres entre 15 y 24 años de edad (Secretaría de Salud de la Ciudad de México, 2018). Por su parte, el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA (2018) reporta un total de 196 227 casos acumulados, de los cuales 24 104 corresponden a personas entre 15 y 24 años.

La manera de prevenir las problemáticas referidas es a través del uso correcto y consistente del condón y de otros métodos anticonceptivos; sin embargo, la evidencia indica que no todos los jóvenes los utilizan. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (Gutiérrez et al., 2013) indicó que 20% de los varones y 39% de las mujeres que tenían relaciones sexuales con penetración no utilizaron condón en su primera relación sexual, y tampoco lo hicieron 22% y 54%, respectivamente, en su última relación. Además, se ha reportado que 99% de las mujeres en edad fértil, sexualmente activas, tenía conocimiento sobre métodos anticonceptivos, pero

solo 72% de ellas los utilizaban (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2015). El panorama expuesto demuestra el grave problema de salud pública que puede ubicarse en la población mexicana de adolescentes y jóvenes.

Un estudio realizado en los 32 estados de la República Mexicana, con estudiantes entre 14 y 19 años de edad, indicó que, en promedio, la vida sexual empieza a los 16 años (Rivera-Rivera et al., 2016). Este dato es importante porque el inicio temprano de la vida sexual se ha asociado con un mayor número de parejas sexuales y un menor número de relaciones sexuales protegidas (Espada et al., 2014); con la repetición o suspensión del curso escolar; con un nivel económico desfavorecido; con ser varón; con consumo de alcohol, tabaco o drogas (Apaza & Vega, 2018); con poco tiempo compartido con la madre o el padre; con tener la percepción de no recibir educación por parte de la madre, y con no vivir con el padre (Holguín et al., 2013).

La familia y el ambiente familiar tienen una gran influencia en el desarrollo conductual, social, emocional y cognoscitivo del individuo (Orcasita, Uribe, & Valderrama, 2013; Ruvalcaba, Gallegos, Caballo, & Villegas, 2016). La comunicación que establecen los padres y las madres con sus hijos, así como el apoyo y la supervisión que les brindan, pueden demorar la edad de la primera relación sexual de los hijos, así como pueden influir en que esta sea protegida y en que usen consistentemente el preservativo en subsecuentes relaciones (Andrade, Betancourt, & Palacios, 2006; Aspy et al., 2007; Atienzo, Campero, Estrada, Rouse, & Walker, 2011; González, Molina, Montero, & Martínez, 2013; Moreno, Robles, Frías, & Rodríguez, 2014; Shuster, Merlmestein, & Waksclag, 2013). Los niveles de supervisión que los jóvenes reportan recibir de sus padres son significativamente menores en aquellos con un debut sexual precoz, o bien en quienes consumen alcohol durante su primera relación (Moreno et al., 2014).

Son pocos los estudios dirigidos a investigar los factores de riesgo para la salud sexual en

jóvenes con discapacidad auditiva. Los principales hallazgos indican que estos jóvenes suelen iniciar sus relaciones sexuales entre los 14 y 15 años de edad (Bisol, Sperb, Brewer, Kato, & ShorPosner, 2008), tienen más parejas sexuales que aquellos sin discapacidad (Rusinga, 2012), así como más encuentros sexuales no protegidos con parejas ocasionales (Gomez, 2011; Robles, Guevara, Pérez, & Hermosillo, 2013), y utilizan en menor medida métodos anticonceptivos (Heiman, Haynes, & McKee, 2015; Mprah, 2013a; Sangowawa, Owoaje, Faseru, Ebong, & Adekunle, 2009; Touko, Mboua, Tohmuntain, & Perrot, 2010). Estas prácticas pueden derivar en embarazos, abortos y adquisición de alguna ITS (Robles et al., 2013). De particular importancia es el hallazgo de que los jóvenes sordos tienen mayor probabilidad de sufrir abuso sexual, comparados con sus homólogos oyentes (Bisol et al., 2008). Esta vulnerabilidad puede deberse a las limitaciones lingüísticas para informarse y expresarse (Moinester, Gulley, & Watson, 2008).

Las limitaciones comunicativas se constituyen en barreras para tener acceso a la información sobre sexualidad, así como para entablar comunicación con los padres. Los hallazgos de diversas investigaciones (Hanass-Hancock & Satande, 2010; Mprah, 2013b; Sangowawa et al., 2009) indican que una proporción considerable de jóvenes sordos no recibe información acerca de temas vinculados con la sexualidad, y que, con frecuencia, inician su vida sexual teniendo conocimientos limitados acerca de cómo se transmiten las ITS y el VIH/SIDA, o de cómo se previene un embarazo. En estudios que han aplicado pruebas de conocimientos sobre salud sexual, los jóvenes sordos suelen mostrar desempeños sumamente bajos (Bat-Chava, Martin, & Kosciw, 2005; Bisol et al., 2008; Goldstein et al., 2010), lo que indica que no cuentan con información suficiente para tomar decisiones adecuadas para el ejercicio de su sexualidad. Se ha reportado, incluso, que algunos jóvenes suponen que las ITS ocasionadas por virus pueden curarse (Shackleton, 2009), que pueden

prevenirse a través del matrimonio (Crowe, 2003) o por medio de una buena alimentación (De Andrade & Baloyi, 2010); también hay quienes suponen que las ITS solo se presentan en personas sin discapacidad, considerándose inmunes a estos problemas de salud sexual (Touko et al., 2010).

En México, es escasa la información sobre los factores que podrían estar asociados al comportamiento sexual de riesgo de los jóvenes sordos. Una de las posibles razones de esta deficiencia tiene que ver con la falta de instrumentos válidos y confiables, adaptados a las características lingüísticas de población sorda, que permitan evaluar el perfil del comportamiento sexual y los factores asociados a conductas de riesgo. Entre los pocos estudios mexicanos enfocados a ello, se encuentra el reportado por Robles et al. (2013), quienes desarrollaron y validaron un instrumento dirigido a jóvenes con discapacidad auditiva, para evaluar el nivel de comunicación que mantienen con sus padres y madres sobre el cuidado de su salud sexual, así como sus prácticas sexuales. Dicho instrumento fue aplicado por Robles et al. (2014) a 300 jóvenes mexicanos con una edad promedio de 19 años, encontrando niveles muy bajos de comunicación sexual con padres y madres, y un perfil de riesgo sexual. Los instrumentos mencionados fueron diseñados para ser respondidos en papel y construidos de manera cuidadosa, considerando la estructura gramatical de las preguntas, adecuada al nivel lingüístico que caracteriza a personas con discapacidad auditiva.

Robles et al. (2014) señalan que una limitación del estudio fue la necesidad de contar con la asistencia de un intérprete de la lengua de señas mexicana (LSM) para lograr una mejor comprensión de los reactivos, afectando, de acuerdo con Anderson et al. (2018), la confidencialidad y el anonimato de la información proporcionada por los jóvenes sordos. Bajo estas circunstancias, llevar a cabo nuevos estudios con poblaciones más amplias sería una labor difícil en términos prácticos, y podría atentar contra la validez y confiabilidad

de los instrumentos utilizados. Por ello, Robles y Guevara (2015) diseñaron un *software* para que un conjunto de instrumentos fueran respondidos a través de una computadora, apoyando cada reactivo con un video que representa su interpretación en la LSM. Dicho *software* fue denominado por las autoras como *Cuestionario Computarizado sobre Salud Sexual para Jóvenes Mexicanos con Discapacidad Auditiva*, que contiene 10 instrumentos desarrollados y adaptados para jóvenes sordos mexicanos siguiendo el procedimiento descrito por Robles et al. (2013). La aplicación de este cuestionario computarizado a jóvenes sordos permite explorar los factores que ponen en riesgo la salud sexual de esta población, ya que cuenta con instrumentos diseñados bajo la perspectiva del modelo de información, motivación y habilidades conductuales (IMB, por sus siglas en inglés) propuesto por Fisher y Fisher (1992), para evaluar aspectos sociodemográficos y familiares, comunicación con padres y madres, apoyo y supervisión parental, conocimientos sobre ITS y sobre el uso del preservativo, así como comportamiento sexual e indicadores de abuso sexual.

Con estos antecedentes, el presente estudio tuvo como objetivo evaluar, a través de la aplicación del cuestionario computarizado diseñado por Robles y Guevara (2015), la relación que guarda la comunicación y supervisión parental con el nivel de conocimientos sobre ITS y sobre el uso correcto del preservativo, y con prácticas sexuales de jóvenes con discapacidad auditiva. Un segundo propósito fue analizar las diferencias de las variables evaluadas, en función del sexo y de la experiencia sexual de los participantes. Considerando que en estudios realizados con jóvenes oyentes (Andrade et al., 2006; Aspy et al., 2007; Atienzo et al., 2011; Bárcena et al., 2013) se ha observado que la comunicación con padres y madres sobre temas de salud sexual, y el apoyo y supervisión parental son factores que promueven comportamientos sexuales preventivos, en el presente estudio realizado con jóvenes sordos se esperaba encontrar hallazgos semejantes.

Método

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

Participantes

El estudio se llevó a cabo con una muestra de 112 jóvenes sordos elegidos (87 con sordera y 25 con hipoacusia), a través de un procedimiento accidental, de seis instituciones educativas de la Ciudad de México que atienden a personas con discapacidad. Se consideraron como criterios de inclusión que los participantes tuvieran discapacidad auditiva y se comunicaran con la LSM; tener otra discapacidad, además de la auditiva, fue definido como criterio de exclusión. La edad promedio de los participantes fue de 19.67 años ($DE=3.183$; $Mo=18$; $IC\ 95\%=19.07-20.27$); 60.7% corresponde a varones; 81.3%, a solteros; 87.5%, con secundaria o preparatoria como nivel máximo de estudios, y 30.4% tenía trabajo remunerado. 75% reportó vivir con uno o ambos padres; 21.4% en casa de otro familiar, y solo 3.6% vivía en su propia casa.

Instrumentos

Cuestionario Computarizado sobre Salud Sexual para Jóvenes Mexicanos con Discapacidad Auditiva. Robles y Guevara (2015) diseñaron un *software* para que un conjunto de instrumentos de evaluación, dirigidos a jóvenes sordos mexicanos, fueran respondidos a través de una computadora. Dicho *software* fue creado con FileMaker Pro Advanced (modo escritorio, versión 12) y puede ejecutarse en sistemas operativos Mac o Windows. Está conformado por seis módulos: (1) Módulo de preguntas y opciones de respuesta, (2) Módulo de administración de usuarios, (3) Módulo para contestar el cuestionario, (4) Módulo de administración de roles, (5) Módulo de acceso al sistema, y

(6) Módulo de exportación a Excel. Este software constituye el Cuestionario Computarizado sobre Salud Sexual para Jóvenes Mexicanos con Discapacidad Auditiva, e incluye 10 instrumentos que permiten obtener información sobre las características sociodemográficas de los participantes, sus prácticas sexuales y variables psicológicas relacionadas con su salud sexual.

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

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

Escalas de Comunicación Sexual con Padres y con Madres. Cada una de las escalas está conformada por 11 ítems que miden la frecuencia (nada, poco, a veces, mucho, mucho más) con la que los jóvenes se comunican con su padre/madre sobre temas vinculados al cuidado de su salud sexual (métodos anticonceptivos, cómo usar el condón masculino y el femenino, dónde adquirir

o comprar condones, efectividad del condón para prevenir ITS, posponer tener sexo, tener relaciones sexuales, evitar embarazo, no dejar que lo obliguen a tener sexo, negarse a tener relaciones, cómo se adquieren las ITS). Con la muestra de este estudio, cada escala fue validada a través de un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal. En la Escala de Comunicación Sexual con Padres se obtuvieron dos factores (prevención de relaciones sexuales de riesgo, con seis ítems, y uso y efectividad de métodos anticonceptivos, con cinco ítems) que explicaron 65.21% de la varianza; mientras que los 11 ítems de la Escala de Comunicación Sexual con Madres se agruparon en un solo factor que explicó 63.03% de la varianza. El Alfa de Cronbach para la primera escala fue de , ,91 (Coeficiente Omega = ,93), y para la segunda fue de ,94 (el Coeficiente Omega también fue de ,94). La medida de esta variable fue el promedio obtenido en cada escala y, en su caso, en cada factor, con valor mínimo de 1 y máximo de 5; a mayor valor, mayor frecuencia de la comunicación.

Escala de Apoyo y Supervisión Parental. La escala consta de seis ítems que miden la frecuencia con la que los participantes reciben apoyo de sus padres y de sus madres en cuanto a educación sexual, bienestar y salud sexual, así como la frecuencia con la que ambos progenitores están pendientes de ellos; en todos los casos las opciones de respuesta tienen un formato en escala tipo Likert de cinco puntos (nunca, poco, a veces, mucho, siempre). Se validó la escala bajo el mismo procedimiento definido para las escalas de comunicación sexual, obteniéndose dos factores que explicaron 68.32% de la varianza; en el primero se agruparon los tres ítems que hacen referencia al apoyo y supervisión por parte de la madre, y en el segundo, los relacionados con el padre. El Alfa de Cronbach de toda la escala para la muestra estudiada fue de ,81 (Coeficiente Omega = ,88). La medida de esta variable fue el promedio de toda la escala y de cada factor, con valor mínimo de 1 y máximo de 5; a mayor valor, mayor apoyo y supervisión.

Conocimientos sobre el Uso Correcto del Preservativo. El instrumento contiene seis afirmaciones que refieren aspectos vinculados con las características del paquete (envoltorio) del preservativo, la forma de colocar el preservativo en el pene, el momento en que debe colocarse, la forma de retirarlo y el momento en que debe retirarse del pene. Los ítems tuvieron un formato de respuesta de cierto (1), falso (2) y no sé (3). Las respuestas correctas se codificaron con el valor de uno y las incorrectas (incluyendo la respuesta no sé) con el valor de cero. Se estimó el poder de discriminación y el índice de dificultad de cada ítem (Crocker & Algina, 1986), considerando este último como el número de personas que contestó correctamente el ítem entre el número total de personas que contestó el ítem; a mayor dificultad del ítem, menor será su índice. Todos los reactivos discriminaron, y el índice de dificultad de toda la prueba fue de ,34. La medida de esta variable fue la suma de ítems que se respondieron correctamente, con valor mínimo de cero y máximo de seis; a mayor puntuación, mayor nivel de conocimientos.

Conocimientos sobre ITS. El instrumento está conformado por ocho afirmaciones sobre aspectos vinculados con la sintomatología (por ejemplo: la diarrea, calentura, sudoración nocturna y pérdida de peso son síntomas de la infección por VIH), transmisión (por ejemplo: el VIH se puede transmitir usando jeringas desechables y esterilizadas), prevención (por ejemplo: tener relaciones sexuales con la misma pareja sana disminuye el riesgo de infectarse con el VIH), tratamiento médico de ITS (por ejemplo: gonorrea, clamidia y tricomoniasis son infecciones de transmisión sexual que no pueden curarse con tratamiento médico) y consecuencias de ITS (por ejemplo: el virus del papiloma humano puede provocar cáncer). El formato de respuesta de esta variable fue igual al descrito en la prueba de Conocimientos sobre el Uso Correcto del Preservativo. Se estimó el poder discriminativo y el índice de dificultad de cada ítem; en el primer caso, el ítem relacionado

con el tratamiento médico de las ITS (ítem 4) no discriminó ($X^2(1) = 2.664; p = ,103$), por lo que la prueba se redujo a siete ítems, con un índice de dificultad de ,38. La medida de esta variable fue la suma de ítems que se respondieron correctamente, con valor mínimo de cero y máximo de siete; a mayor puntuación, mayor nivel de conocimientos.

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

Abuso Sexual. El instrumento consta de cinco preguntas que dan cuenta de situaciones de abuso sexual sufrido por los participantes. Dos de ellas hacen referencia a si los obligaron a tener relaciones coitales en su primera o en posteriores relaciones, y tres preguntas hacen referencia a obligarlos a tocar sus genitales o los de otra persona, o a quitarse la ropa para verlos desnudos, todas con opciones de respuesta dicotómicas (sí-no). La medida de esta variable fue

la proporción de participantes que respondieron a cada opción de respuesta.

Procedimiento

Con la anuencia de las autoridades de las instituciones participantes, ocho instructores previamente capacitados en el manejo y aplicación del programa computarizado acudieron a las distintas instituciones. Las instrucciones generales se dieron en español con la interpretación simultánea en LSM por un intérprete certificado. A los participantes se les enfatizó la necesidad de su participación voluntaria, asegurándoles el tratamiento confidencial y anónimo de la información recabada. Cada uno de los instructores llevó un equipo de cómputo portátil en el que se encontraba instalado el cuestionario, que fue respondido por los participantes de manera individual en un aula designada por la institución. La aplicación tuvo una duración aproximada de 40 minutos por participante.

Análisis de Datos

Los datos se analizaron con la ayuda del programa SPSS, versión 20 para Mac. Para las variables medidas en una escala nominal se realizaron análisis de frecuencias, mientras que para aquellas medidas en una escala numérica se estimaron medidas de tendencia central (media, moda, desviación estándar y rango). Las comparaciones entre grupos (sexo y experiencia sexual) se realizaron con el Chi Cuadrado cuando las variables a comparar estaban en escala nominal, y se utilizó la *t student* para las variables medidas en una escala numérica. Los análisis de relación entre variables se realizaron con el coeficiente de correlación *r* de Pearson.

Condiciones Éticas del Estudio

El presente estudio fue revisado y avalado por el Comité de Bioética de la Universidad de adscripción de las autoras, y contó con el consentimiento informado de todos los participantes y sus padres. El cuestionario computarizado inicia con instrucciones generales por escrito y en videos

con la LSM, donde se señala expresamente a los participantes que no se les solicita su nombre, y que si se sienten incómodos con las preguntas pueden dejar de responder en cualquier momento.

Resultados

Comportamiento Sexual

De los 112 jóvenes que participaron en el estudio, 51% ($n=57$) reportó haber tenido relaciones sexuales (32 hombres y 25 mujeres), con una edad promedio de 17.28 años en su debut sexual ($DE=2.871$; rango=11-28). Se encontró una correlación positiva entre la edad de los participantes y la edad de su primera relación sexual ($r=,324$, $p=,018$, $n=53$), por ello se establecieron cuatro rangos de edad de los participantes para conocer las diferencias en la edad de su debut sexual, aplicando el ANOVA de un factor; los jóvenes entre 15 y 17 años de edad tuvieron su primera relación sexual a los 16.17 años en promedio, mientras que el debut sexual de aquellos que tenían entre 22 y 28 años fue a los 19 años (Tabla 1).

Respecto a las características de la primera relación de los participantes, se encontró que 24.6% de ellos no planificó su debut sexual y 47.4% no utilizó ningún método anticonceptivo; entre quienes sí lo hicieron, el condón masculino fue el método más utilizado (70%). La mayoría (84.8%) tuvo su primera relación sexual con su novio(a) o un(a) amigo(a), pero se registraron tres casos en los que la pareja fue un familiar o una persona desconocida. El lugar más frecuente de esa primera relación fue la casa de los participantes o la de su novio(a) (61.9%), pero también en 15 casos (26.3%) el lugar fue en un hotel, en seis casos (10%) la casa de un amigo y solo en un caso la relación ocurrió en la casa de un familiar. No se encontraron diferencias en función del sexo de los participantes.

En toda la vida, los jóvenes tuvieron en promedio 5.4 parejas sexuales ($Mo=1$; $DE=9.929$); en este periodo, el número promedio de relaciones sexuales fue de 8.89 ($Mo=1$; $DE=11.157$), mientras que el promedio correspondiente al uso del condón

Tabla 1.
Edad de la Primera Relación Sexual por Rangos de Edad de los Participantes

Rangos de edad	Media	DE	F	gl	p
15 a 17 años	16,17	1,193	3,037	3/49	,03
18 a 19 años	16,54	1,664			
20 a 21 años	17,14	1,657			
22 a 28 años	19,07	4,515			

Fuente: Elaboración propia

en dichas relaciones fue de 4.85 ($Mo=0$; $DE=6.057$). En los últimos tres meses previos a la aplicación del cuestionario computarizado, la media de relaciones sexuales fue de 5.2 ($Mo=2$; $DE=8.723$) y del uso del condón de 2.12 ($Mo=0$; $DE=3.380$). En ningún caso se identificaron diferencias en función del sexo de los participantes. Solo en el número de parejas sexuales se encontraron diferencias en función del rango de edad, con 12.13 parejas en toda la vida en los jóvenes de 22 a 28 años y 2.58 parejas en aquellos que tenían entre 15 y 17 años de edad ($F_{(1/51)}=3.636$, $p<.01$).

El porcentaje de participantes sexualmente activos que respondió haber tenido un embarazo, un aborto o una ITS fue de 10.5% ($n=6$), 7% ($n=4$) y 15.8% ($n=9$), respectivamente. No se encontraron diferencias en función del sexo de los participantes en relación con el embarazo ($X^2=,103$, $(gl)=1$, $p=,749$), el aborto ($X^2=,066$, $(gl)=1$, $p=,797$) e ITS ($X^2=,528$, $(gl)=1$, $p=,467$).

Abuso Sexual

De los 57 jóvenes sexualmente activos, 35.1% ($n=20$) reportó abuso sexual en su primera relación y 21.1% ($n=12$) en relaciones subsecuentes; solo en el primer caso, las proporciones fueron mayores en las mujeres (52%) que en los hombres (21.9%), con diferencias estadísticamente significativas ($X^2=5.592$, $(gl)=1$, $p=,01$). Se realizó un análisis cruzado entre el tipo de pareja de la primera relación sexual y el abuso sufrido en

dicha relación, encontrándose que en 75% de dichos casos la pareja fue el (la) novio(a) y en el 25% un(a) amigo(a); solo en un caso, la pareja fue una persona desconocida para el participante. De toda la muestra (112 participantes), 20.5% ($n=23$) respondió que les han tocado sus genitales sin su consentimiento, 19.6% ($n=22$), que los han obligado a tocar los genitales de otra persona, y 13.4% ($n=15$), que los han obligado a quitarse la ropa para verlos desnudos; no se encontraron diferencias significativas por sexo ($X^2=2.016$, $(gl)=1$, $p=,156$; $X^2=1.318$, $(gl)=1$, $p=,251$; y $X^2=,396$, $(gl)=1$, $p=,529$, respectivamente).

Variables Parentales

En las figuras 1 y 2 se muestra el porcentaje de participantes, de toda la muestra, que respondieron a la frecuencia con la cual se comunicaron con sus padres y con sus madres, respectivamente, sobre 11 temas vinculados al cuidado de su salud sexual. Se puede apreciar que una proporción considerable de los jóvenes nunca han conversado con sus padres o con sus madres sobre ninguno de los temas. La media obtenida en la escala de comunicación con padres fue de 1.85 ($M=1.27$; $DE=,845$), y la correspondiente a cada factor fue de 1.82 ($Mo=1$; $DE=,893$) para *Prevención de relaciones sexuales de riesgo* y 1.87 ($Mo=1.20$; $DE=,927$) para *Uso y efectividad de métodos anticonceptivos*. El promedio de la frecuencia de la comunicación con las madres fue de 1.99 ($Mo=1$; $DE=,948$). La prueba *t student* para muestras relacionadas indicó que la media obtenida en la comunicación con padres fue significativamente menor ($t_{(1/86)}=-1.956$, $p=,05$) que la obtenida en la comunicación con madres.

La media obtenida en la Escala de Apoyo y Supervisión Parental fue de 2.38 ($Mo=2$; $DE=,943$), la correspondiente al apoyo y supervisión recibidos de los padres fue de 2.23 ($Mo=1$; $DE=1.006$), mientras que los recibidos de las madres fue de 2.45 ($Mo=1$; $DE=1.163$). La prueba *t student* para muestras relacionadas indicó que el apoyo y supervisión de los padres fue significativamente menor al de las madres ($t_{(1/86)}=-2.299$, $p=,02$).

Los resultados correspondientes a las diferencias significativas por sexo y por experiencia sexual de los participantes en temas específicos de la comunicación con padres y con madres se muestran en la Tabla 2. Al aplicar la *t student* para muestras independientes, se encontraron

diferencias significativas por sexo en los siguientes ítems: comunicación con padres sobre *posponer las relaciones sexuales* y sobre *cómo usar el condón masculino*, con puntuaciones más altas en los hombres que en las mujeres, y en comunicación con madres sobre las *relaciones sexuales*, con la media

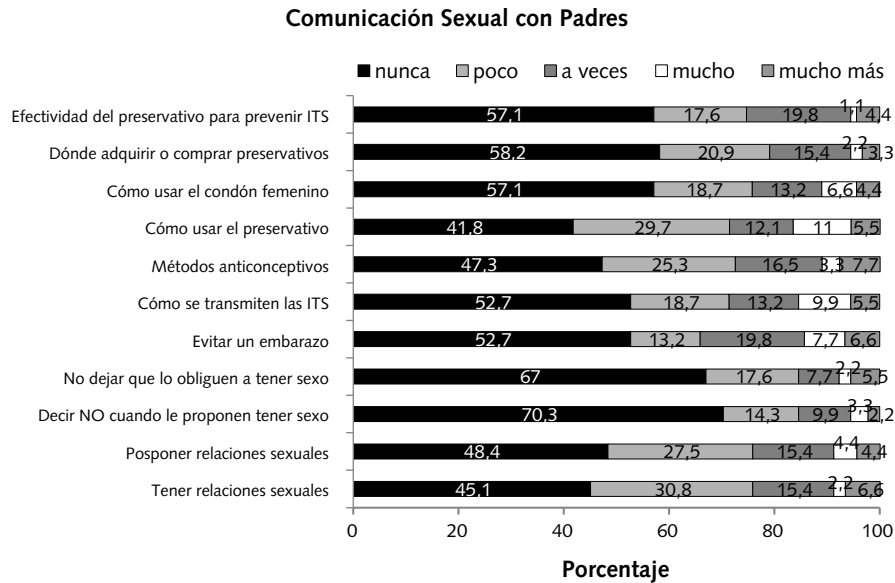


Figura 1. Porcentaje de participantes que respondieron a la frecuencia con la cual se comunican con sus padres sobre once temas de salud sexual.

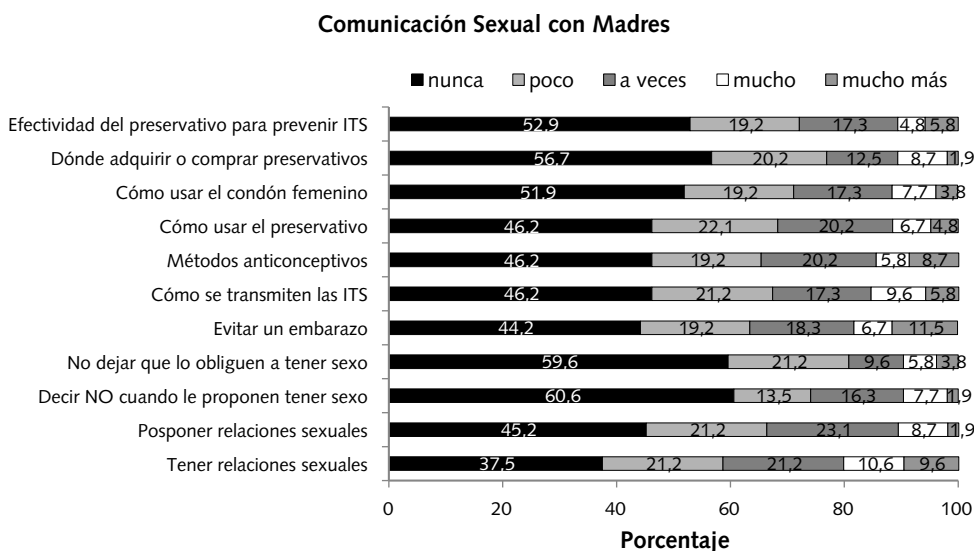


Figura 2. Porcentaje de participantes que respondieron a la frecuencia con la cual se comunican con sus madres sobre once temas de salud sexual.

más alta en las mujeres que en los hombres. Las diferencias significativas por experiencia sexual de los participantes se encontraron únicamente en la comunicación con padres y con madres sobre evitar abuso sexual (*no dejar que te obliguen a tener sexo*); en ambos casos la media fue mayor en el grupo de jóvenes con experiencia sexual. No se encontraron diferencias significativas por sexo ni por experiencia sexual en ninguno de los ítems correspondientes al apoyo y supervisión parental.

Conocimientos sobre el Uso del Preservativo y sobre ITS

En las tablas 3 y 4 se muestra el porcentaje de participantes que respondieron correcta e incorrectamente a cada uno de los ítems de las pruebas de conocimientos sobre el uso del preservativo, y sobre ITS, respectivamente. Se observa que más de la mitad de los participantes respondieron incorrectamente a la mayoría de los ítems de ambas pruebas. Únicamente se encontraron diferencias por sexo en dos ítems: *Un preservativo cuya fecha de caducidad vence en un año puede usarse sin riesgo de que se rompa* fue respondido incorrectamente por 85,3% de los hombres y 65,3% de las mujeres ($X^2=5,790$, $(gl)=1$, $p=,01$), mientras que 77,3% de las mujeres y 55,9% de los hombres contestaron incorrectamente al ítem *Tener relaciones sexuales*

con la misma pareja sana disminuye el riesgo de infectarse con el VIH ($X^2=5,324$, $(gl)=1$, $p=,02$). Las diferencias por experiencia sexual también se encontraron únicamente en dos ítems: *Son síntomas de la infección por el VIH: diarrea, fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso* y *Tener relaciones sexuales sin penetración evita contraer algunas infecciones de transmisión sexual*; en ambos casos, 67,3% de los jóvenes sin experiencia sexual y 49,1% con experiencia sexual lo respondieron incorrectamente ($X^2=3,786$, $(gl)=1$, $p=,05$).

En promedio, los jóvenes obtuvieron 2.13 ($Mo=2$; $DE=1,343$) respuestas correctas en la prueba de conocimientos sobre el uso del preservativo, y 2.71 ($Mo=4$; $DE=1,778$) en la correspondiente a ITS. Recuérdese que el valor máximo posible para la primera prueba es de seis y para la segunda es de siete. Solo en esta última prueba se encontró un nivel de conocimientos significativamente mayor ($t_{(110)}=2,535$; $p=,013$) en quienes contaban con experiencia sexual ($M=3,12$), comparados con los jóvenes que nunca habían tenido una relación sexual ($M=2,29$).

Relación entre Variables

En toda la muestra de participantes, el nivel de conocimientos sobre ITS se correlacionó positivamente con la comunicación con padres ($r=,284$, $p<,01$) y con madres ($r=,232$, $p<,01$). A su

Tabla 2.

Medias Obtenidas por los Participantes en Temas Específicos de la Comunicación con Padres y con Madres, en Función del Sexo y Experiencia Sexual

	Sexo		Experiencia sexual					
	Hombre	Mujer	t	p	Sí	No	t	p
	M (n)	M (n)			M (n)	M (n)		
Comunicación con padres								
posponer tener relaciones	2,09 (58)	1,55(33)	2,38	,02				
cómo usar el condón masculino	2,34 (58)	1,64 (33)	2,767	,007				
evitar abuso sexual					1,84 (49)	1,36 (42)	2,127	,03
Comunicación con madres								
relaciones sexuales	2,11 (66)	2,74 (38)	-2,374	,01				
evitar abuso sexual					2,02 (54)	1,42 (50)	2,87	,005

Nota: M=media; n=número de participantes.
Fuente: Elaboración propia

Tabla 3.

Porcentaje de Participantes que Respondieron Correcta e Incorrectamente a cada Ítem de la Prueba de Conocimientos sobre el Uso del Preservativo.

	Ítem	Opción correcta	Correctamente		Incorrectamente	
			Frecuencia	%	Frecuencia	%
1	Exponer los preservativos al calor, traerlos en la bolsa del pantalón o en la cartera daña su calidad.	Cierto	47	42	65	58
2	Un preservativo cuya fecha de caducidad vence en un año puede usarse sin riesgo de que se rompa.	Falso	25	22,3	87	77,7
3	Antes de abrir su envoltura el preservativo debe recorrerse con los dedos hacia abajo para evitar que se dañe al abrirlo.	Cierto	63	56,2	49	43,8
4	Los lubricantes a base de agua deben usarse con preservativos de látex.	Cierto	38	33,9	74	66,1
5	Cuando se coloca un preservativo en el pene no debe dejarse un espacio en la punta.	Falso	23	20,5	89	79,5
6	Es necesario colocar el preservativo hasta la base del pene, porque, si no, se desliza durante el acto sexual.	Cierto	42	37,5	70	62,5

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4.

Porcentaje de Participantes que Respondieron Correcta e Incorrectamente a cada Ítem de la Prueba de Conocimientos sobre ITS.

	Ítem	Opción correcta	Correctamente		Incorrectamente	
			Frecuencia	%	Frecuencia	%
1	Son síntomas de la infección por el VIH: diarrea, fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso.	Cierto	47	42	65	58
2	El VIH se puede transmitir usando jeringas desechables y esterilizadas.	Falso	35	31,2	77	68,8
3	Tener relaciones sexuales con la misma pareja sana disminuye el riesgo de infectarse con el VIH.	Cierto	40	35,7	72	64,3
5	Usar métodos anticonceptivos orales disminuye el riesgo de padecer infecciones de transmisión sexual.	Falso	27	24,1	85	75,9
6	Tener relaciones sexuales sin penetración evita contraer algunas infecciones de transmisión sexual.	Cierto	47	42	65	58
7	Las infecciones de transmisión sexual pueden provocar abortos, partos prematuros e infertilidad en hombres y mujeres.	Cierto	48	42,9	64	57,1
8	El virus del papiloma humano puede provocar cáncer.	Cierto	60	53,6	52	46,4

Fuente: Elaboración propia.

vez, la comunicación con padres sobre *Prevención de relaciones de riesgo* correlacionó positivamente con la frecuencia del uso del preservativo en toda la vida ($r=,315, p<.01$). También se encontró que la comunicación con padres fue significativamente mayor ($t_{(47)}=2.195; p=,03$) en los jóvenes que no

sufrieron abuso sexual en su primera relación coital ($M=2.12$), comparados con aquellos en quienes sí ocurrió este tipo de abuso ($M=1.58$).

El nivel de conocimientos mostrado por los jóvenes en ambas pruebas aplicadas no se correlacionó con la frecuencia con la cual ellos usaron

el preservativo en toda su vida ni con su uso en los últimos tres meses. Sin embargo, el nivel de conocimientos sobre el uso del preservativo fue significativamente mayor ($t_{(55)}=3.416$; $p<.001$) en los jóvenes que planearon su primera relación coital ($M=2.56$), comparados con aquellos que no la planearon ($M=1.36$).

Se estimó el índice de correlación de Pearson entre las variables parentales y el nivel de conocimientos de los jóvenes, por separado, por sexo y por experiencia sexual. Solo se encontraron correlaciones significativas en el grupo de jóvenes varones que no habían tenido relaciones sexuales. En la Tabla 5 se muestran dichas correlaciones; se observa que el nivel de conocimientos sobre el uso correcto del preservativo correlacionó con todas las variables parentales. En el mismo sentido, el nivel de conocimientos sobre ITS se correlacionó con todas las variables parentales, excepto con apoyo y supervisión por parte del padre.

Tabla 5.
Índice de Correlación r de Pearson Obtenido entre Variables Parentales y Conocimientos sobre Uso del Preservativo y sobre ITS, en el Grupo de Jóvenes sin Experiencia Sexual.

Variables parentales	CUP	CITS
ESCP (padres)	0,374*	0,355*
F1 PRSR (padres)	0,316*	0,392*
F2 UYEMA (padres)	0,384*	-
ECSM (madres)	0,297*	0,310*
ASP	0,329*	0,373*
F1 ASP-M (madres)	-	0,325*
F2 ASP-P (padres)	0,401**	-

Nota: ESCP=Escala de Comunicación Sexual con Padres; F1 PRSR =Factor 1: Prevención de relaciones sexuales de riesgo; F2 UYEMA =Factor 2: Uso y efectividad de métodos anticonceptivos; ASP=Apoyo y Supervisión Parental; F1 ASP-M =Factor 1: Apoyo y supervisión parental por parte de las madres; F2 ASP-P=Factor 2: Apoyo y supervisión parental por parte de los padres; CUP=Conocimientos sobre el Uso del Preservativo; CITS=Conocimientos sobre Infecciones de Transmisión Sexual.

Fuente: Elaboración propia.

Discusión

Los resultados de este estudio muestran que los jóvenes sordos mantienen una vida sexual activa con un patrón de comportamiento que los pone en riesgo de infección por el VIH y otras ITS, de tener un embarazo no deseado, así

como estar expuestos a prácticas de abuso sexual. Dicho patrón de comportamiento se caracteriza por el inicio temprano de su vida sexual, la falta de planificación de su primera relación, no usar el condón en sus relaciones y haber vivido algún tipo de abuso sexual.

En promedio, los jóvenes de este estudio tuvieron su primera relación sexual a los 17 años; sin embargo, se observaron diferencias en función de la edad de los participantes. En aquellos con edades comprendidas entre 15 y 19 años, su debut sexual fue alrededor de los 16 años, mientras que en los que tenían entre 20 y 21 años, su debut fue a los 17 años. Estos hallazgos coinciden con los reportados en población mexicana de adolescentes y jóvenes oyentes, y en quienes presentan discapacidad visual o auditiva. La media nacional de edad del debut sexual, en adolescentes mexicanos entre 14 y 19 años, fue de 16 años (Rivera-Rivera et al., 2016), mientras que la media reportada en estudiantes universitarios de 18 a 24 años fue de 17 años (Hurtado de Mendoza & Olvera, 2017; Robles et al., 2007). En jóvenes mexicanos con discapacidad auditiva o visual, Robles y Guevara (2017) encontraron que 39% iniciaron su vida sexual entre los 15 y 17 años y una proporción semejante (42.9%) la inició entre 18 y 20 años. En investigaciones realizadas en otros países como Brasil (Bisol et al., 2008), Colombia (Holguín et al., 2013), Cuba (Cutíé, Laffita, & Toledo, 2005), España (Teva, Bermúdez, & Buena-Casal, 2009) y Perú (Apaza & Vega, 2018), la edad del debut sexual en adolescentes oyentes de 13 a 19 años ha sido de 15 años, y es semejante a la reportada por Bisol et al. (2008) y Sangowawa et al. (2009) en adolescentes sordos. Esto sugiere que la discapacidad auditiva no retrasa el inicio de la vida sexual, aunque tampoco implica que sea un factor de riesgo para su inicio temprano. De hecho, Bisol et al. (2008) no encontraron diferencias en la edad del debut sexual entre adolescentes sordos y oyentes.

Respecto a las características de la primera relación sexual, los resultados muestran que la pareja más frecuente fue el (la) novio(a) o un(a)

amigo(a); que la relación ocurrió en su propia casa o en la de su novio(a); que cerca de la mitad de los jóvenes no utilizó ningún método anticonceptivo, y que uno de cada cuatro no la planificó. En estudios realizados con jóvenes oyentes mexicanos (Díaz-Loving & Robles, 2009; Enríquez, Sánchez, & Robles, 2005; Robles et al., 2011) se ha reportado un perfil de la primera relación sexual semejante al que presentaron los jóvenes sordos de este estudio. En encuentros sexuales posteriores a la primera relación, se encontró que el número de veces que los jóvenes usaron el preservativo fue menor al número de relaciones sexuales que reportaron tener en toda la vida y en los tres meses previos a la aplicación del cuestionario. Resultados como estos han sido reportados en otras investigaciones que demuestran que el uso de métodos anticonceptivos en jóvenes sordos es poco frecuente, e incluso pueden llegarse a presentar niveles más bajos que los obtenidos por jóvenes oyentes (Bisol et al., 2008; Sangowawa et al., 2009; Touko et al., 2010).

Parte de los problemas referidos han sido atribuidos a la poca información que tiene la población sorda sobre temas vinculados a la sexualidad (Bisol et al., 2008; Job, 2004; Sangowawa et al., 2009). Los estudios de Hanass-Hancock y Satande (2010), Mprah (2013b) y Sangowawa et al. (2009) muestran que con frecuencia los jóvenes sordos inician su vida sexual teniendo conocimientos limitados acerca de cómo se transmiten las ITS y el VIH/SIDA, o de cómo se previene un embarazo. La falta de información adecuada puede tener consecuencias importantes en el estado de salud de los jóvenes sordos, propiciando una baja percepción de riesgo que los hace considerarse inmunes a las ITS y a los embarazos no planeados, y creer que estos problemas son exclusivos de la población oyente (Rusinga, 2012; Touko et al., 2010).

En el presente trabajo se buscó explorar el nivel de conocimientos referentes a estos temas y su relación con la conducta sexual protegida, encontrándose un nivel muy bajo en las pruebas que evaluaron conocimientos sobre transmisión y prevención del VIH/SIDA, y conocimientos sobre

el uso correcto del condón; en ninguno de los dos casos, dicho nivel se relacionó con el uso del condón en las relaciones sexuales de los jóvenes. Sin embargo, los conocimientos sobre el uso correcto del preservativo sí se relacionaron con la planificación de la primera relación sexual.

La falta de información que caracteriza a los jóvenes sordos es comprensible, porque la educación sobre salud sexual es impartida, generalmente, a través de los programas escolares que son dirigidos a población sin discapacidad. En México, se ha reportado que aún los programas denominados de educación sexual integral que se imparten en escuelas regulares de educación media superior, tanto públicas como privadas, pueden mostrar serios problemas de cobertura, homogeneidad e integralidad; no se imparte la totalidad de los temas recomendados por instancias nacionales e internacionales, solo se abordan algunos aspectos de salud sexual y reproductiva (Rojas et al., 2017). Por otro lado, también debe tomarse en cuenta que las características lingüísticas de los jóvenes sordos, así como sus bajos niveles de lectoescritura, pueden estar limitando su acceso a la información (Collazos, 2012; Job, 2004; Mprah, 2013b).

Uno de los principales hallazgos de este estudio se relaciona con los bajos niveles de comunicación entre los jóvenes y sus progenitores, lo cual puede ser explicado por la falta de conocimientos sobre sexualidad, por parte de los padres, que les impide brindar educación sexual a sus hijos (Orcasita, Cuenca, Montenegro, & Garrido, 2018), así como por las barreras comunicativas que existen entre padres oyentes e hijos sordos, que corresponden a los casos más comunes (Barnett, 1999; Freeman, Dieterich, & Rak, 2002; Job, 2004); muchos de los padres no aprenden la lengua de señas para comunicarse con sus hijos, o las palabras que llegan a aprender no están relacionadas con temas como la salud sexual y reproductiva (García, 2010; Goldstein et al., 2010; Job, 2004). A pesar de lo anterior, fue posible ubicar que los jóvenes que mantuvieron mayores niveles de comunicación con ambos

progenitores fueron los que mostraron mayores conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual, lo cual confirma que dicha comunicación se convierte en la principal fuente de educación sexual de estos jóvenes (García, 2010; Guevara, Robles, Aguilar, & Luna, 2016).

Otro hallazgo importante fue que los jóvenes se comunicaron más con sus madres que con sus padres, pero fueron estos últimos quienes marcaron la diferencia, porque aquellos jóvenes que mantenían más comunicación con sus papás fueron quienes se protegieron más en sus relaciones y los que vivieron menos situaciones de abuso en su primera relación sexual. Robles y Guevara (2017) encontraron, en una muestra conformada por jóvenes sordos y jóvenes ciegos, que la presencia del padre, más que de la madre —particularmente cuando el progenitor no tenía discapacidad—, se asoció con el uso del condón en la primera relación sexual; asimismo, la ausencia del padre se asoció con abuso sexual y con embarazo en los jóvenes. Estos hallazgos, aunados a los aquí reportados, son indicadores de la gran influencia que pueden tener los padres cuando se involucran en la educación sexual de sus hijos sordos.

Los análisis de datos, en función del sexo y de la experiencia sexual de los participantes, mostraron que los hombres vivieron menos situaciones de abuso sexual que las mujeres, y que se comunicaron más con sus padres sobre posponer relaciones sexuales y sobre cómo usar el condón; mientras que las mujeres se comunicaron más con sus madres sobre relaciones sexuales. Quienes ya tuvieron experiencia sexual se comunicaron más con sus progenitores sobre cómo evitar un abuso sexual y mostraron mayores conocimientos sobre ITS. Un dato que llama la atención es que solo en los jóvenes varones que no habían tenido experiencia sexual, los conocimientos sobre ITS y uso del condón se correlacionaron con todas las variables parentales. Esto corrobora que aquellos progenitores que se comunican más con sus hijos y que les brindan mayor supervisión realizan un trabajo a nivel preventivo (Shackleton, 2009).

Conclusiones del Estudio

La presente investigación es la primera en México en utilizar un cuestionario computarizado que contiene instrumentos válidos y confiables para estudiar diversos aspectos relacionados con la salud sexual de jóvenes sordos mexicanos, y fue diseñado después de haber realizado estudios preliminares para la adaptación cuidadosa de la estructura gramatical de las preguntas escritas (Robles et al., 2013). En su versión computarizada, el cuestionario contiene, además, videos con la interpretación simultánea en LSM de las instrucciones y de cada pregunta o ítem, lo que implica aportaciones metodológicas importantes, tales como proporcionar a los participantes el ambiente de confidencialidad necesario para abordar temas vinculados con su vida sexual y personal, así como hacerlos sentir más cómodos al poder utilizar un sistema de comunicación que comúnmente utilizan para relacionarse con otros.

Respecto al objetivo planteado en el presente estudio, la única variable parental que tuvo un impacto positivo sobre la frecuencia del uso del condón en las relaciones sexuales de los jóvenes sordos fue la comunicación con sus padres sobre temas relacionados con la prevención de relaciones sexuales de riesgo. La comunicación con los padres y con las madres tuvo un impacto positivo en el nivel de conocimientos que los jóvenes sordos tienen sobre transmisión, prevención y consecuencias de las ITS.

Este estudio tiene implicaciones para el diseño de políticas públicas e investigaciones sobre la salud sexual y reproductiva de jóvenes sordos, ya que proporciona información sobre los temas que suelen abordar con sus progenitores y sobre aquellos temas en los que requieren información. Los programas educativos dirigidos a los padres para promover la comunicación con sus hijos sordos sobre temas sexuales deben dirigirse a ampliar sus conocimientos, incluyendo los relacionados con abuso sexual y con la efectividad del preservativo para prevenir ITS, que nunca o pocas veces se discutieron entre padres/madres e hijos.

Limitaciones del Estudio

El tamaño de la muestra fue pequeño debido a las dificultades que se tuvieron para acceder a las instituciones educativas que atienden a personas con discapacidad auditiva. De quince instituciones que se visitaron, solo en seis se logró el consentimiento de los directivos, de los padres de familia y de los jóvenes sordos para aplicar el cuestionario computarizado. Al no poder contar con un procedimiento de selección de la muestra aleatorizado, los resultados de este estudio no pueden generalizarse a otros jóvenes sordos de México. Se requiere mayor investigación con una muestra más amplia que incluya a jóvenes sordos que vivan en otras ciudades de la república mexicana para conocer los factores que ponen en riesgo la salud de la población de jóvenes sordos mexicanos.

Por otra parte, las barreras lingüísticas podrían seguir siendo un punto a considerar. Al seleccionar a los jóvenes sordos, no se tomó en consideración que todos los participantes contarán con el mismo nivel de manejo de la LSM, ni tampoco se les preguntó cómo se comunicaban con sus padres y con sus madres, si con la LSM, con gestos-signos o con señas propias de su familia. Por ello, actualmente se está trabajando en la incorporación de estos elementos para que en futuras investigaciones se consideren en la interpretación de los resultados.

Referencias

- Anderson, M. L., Riker, T., Gagne, K., Hakulin, S., Higgins, T., Meehan, J. ... & Wolf, K.S. (2018). Deaf qualitative health research: leveraging technology to conduct linguistically and socio-politically appropriate methods of inquiry. *Qualitative Health Research*, 28(11), 1813-1824. <https://doi.org/10.1177/1049732318779050>
- Andrade, P. P., Betancourt, O. D., & Palacios, D. J. (2006). Factores familiares asociados a la conducta sexual en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 15, 91-101.
- Apaza, L. C. & Vega, E. Q. (2018). Factores personales y sociales relacionados con el inicio de la actividad sexual en estudiantes de una institución educativa (Lima, Perú). *Matronas Profesión*, 19(2), 59-63.
- Aspy, C., Vesey, S., Oman, R., Rodine, S., Marshall, L., & McLeroy, K. (2007). Parental communication and youth sexual behavior. *Journal of Adolescence*, 30(3), 449-466. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2006.04.007>
- Atienzo, E. E., Campero, L., Estrada, F., Rouse, C., & Walker, D. (2011). Intervenciones con padres de familia para modificar el comportamiento sexual en adolescentes. *Salud Pública de México*, 53(2), 160-171.
- Bahamón, M., Vianchá, M., & Tobos, A. (2014). Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género. *Psicología desde el Caribe*, 31(2), 237-353. <https://doi.org/10.14482/psdc.31.2.3070>
- Bárcena, S., Robles, S., & Díaz-Loving, R. (2013). El papel de los padres en la salud sexual de sus hijos. *Acta de Investigación Psicológica*, 3(1), 956-968. [https://doi.org/10.1016/S2007-4719\(13\)70945-1](https://doi.org/10.1016/S2007-4719(13)70945-1)
- Barnett, S. (1999). Clinical and cultural issues in caring for deaf people. *Family Medicine*, 31, 17-22.
- Bat-Chava, Y., Martin, D., & Kosciw, J. (2005). Barriers to HIV/AIDS knowledge and prevention among deaf and hard of hearing people. *AIDS Care*, 17(5), 623-634. <https://doi.org/10.1080/0954012041233129175>
- Bisol, C., Sperb, T., Brewer, T., Kato, S., & Shor-Posner, G. (2008). HIV/AIDS knowledge and health-related attitudes and behaviors among deaf and hearing adolescents in southern Brazil. *American Annals of the Deaf*, 153(4), 349-356. <https://doi.org/10.1353/aad.o.0055>
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA. (2018). *Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización al 1er. trimestre del 2018*. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/328400/RN_1er_trim_2018.pdf
- Collazos, J. (2012). Representaciones sociales de la salud sexual de adolescentes sordos y oyentes en la ciudad de Bogotá. *Pensamiento Psicológico*, 10(2), 35-47. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v10n2/v10n2a05.pdf>
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2015). La situación demográfica de México 2015. Recuperado

- de www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/La_situacion_demografica_de_Mexico_2015
- Crocker, L. & Algina, J. (1986). *Introduction to classical and modern test theory*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Crowe, T. (2003). Using focus groups to create culturally appropriate HIV prevention material for the deaf community. *Qualitative Social Work*, 2(3), 289-308. <https://doi.org/10.1177/14733250030023005>
- Cutié, J. R., Laffita, A., & Toledo, M. (2005). Primera relación sexual en adolescentes cubanos. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 70(2), 83-86. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262005000200004>
- De Andrade, V. & Baloyi, B. (2010). HIV/AIDS knowledge among adolescent sign-language users in South Africa. *African Journal of AIDS Research*, 9(3), 307-313. <https://doi.org/10.2989/16085906.2010.530189>
- Díaz-Loving, R. & Robles, S. (2009). Atracción, romance, sexo y protección en adolescentes. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14(2), 215-228.
- Enríquez, D., Sánchez, R., & Robles, S. (2005). Variables relativas al uso del condón en hombres y mujeres universitarios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 8(2), 81-98.
- Espada, J. P., Morales, A., & Orgilés, M. (2014). Riesgo sexual en adolescentes según la edad de debut sexual. *Acta Colombiana de Psicología*, 17(1), 53-60. <https://doi.org/10.14718/ACP.2014.17.1.6>
- Fisher, J. D. & Fisher, W. A. (1992). Changing AIDS risk behavior. *Psychological Bulletin*, 111(3), 455-474. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.111.3.455>
- Freeman, B., Dieterich, C.A., & Rak, C. (2002). The struggle for language: Perspectives and practices of urban parents with children who are deaf or hard of hearing. *American Annals of the Deaf*, 147(5), 37-44. <https://doi.org/10.1353/aad.2012.0237>
- García, C. (2010). Las familias en el abordaje de la sexualidad de su hijo sordo. *Revista Transformación*, 6(2), 1-8.
- Goldstein, M. F., Eckhardt, E. A., Joyner-Creamer, P., Berry, R., Paradise, H., & Cleland, C. M. (2010). What do deaf high school students know about HIV? *AIDS Education and Prevention*, 22(6), 523-537. <https://doi.org/10.1521/aeap.2010.22.6.523>
- Gomez, M. (2011). Sexual behavior among Filipino high school students who are deaf. *Sexuality and Disability*, 29(4), 301-312. <https://doi.org/10.1007/s11195-011-9215-7>
- González, E., Molina, T., Montero, A., & Martínez, V. (2013). Factores familiares asociados al inicio sexual temprano en adolescentes consultantes en un centro de salud sexual y reproductiva en Santiago de Chile. *Revista Médica de Chile*, 141(3), 313-319. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000300005>
- Guevara, Y., Robles, S., Aguilar, Y., & Luna, N. (2016). *Educación sexual en personas con discapacidad. Fundamentos para talleres de intervención*. Ciudad de México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gutiérrez, J. P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L. ... Hernández-Ávila, M. (2013). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales*. 2a. ed., Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado de <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales2Ed.pdf>
- Hanass-Hancock, J. & Satande, L. (2010). Deafness and HIV/AIDS: A systematic review of the literature. *African Journal of AIDS Research*, 9(2), 187-192. <https://doi.org/10.2989/16085906.2010.517488>
- Heiman, E., Haynes, S., & McKee, M. (2015). Sexual health behaviors of Deaf American Sign Language (ASL) users. *Disability and Health Journal*, 8(4), 579-585. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2015.06.005>
- Holguín, Y. P., Mendoza, L. A., Esquivel, C. M., Sánchez, R., Daraviña, A. F., & Acuña, M. (2013). Factores asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes de Tulá, Colombia. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 78(3), 209-219. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262013000300007>
- Hurtado de Mendoza, T. & Olvera, J. (2017). Características del debut sexual en una población de jóvenes mexicanos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(4), 1602-1617. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repj/article/view/62827/55216>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2017). *La anticoncepción: implicaciones en el embarazo*

- adolescente, fecundidad y salud reproductiva en México. *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014 (ENADID)*. Versión actualizada. México. Recuperado de http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825094393.pdf
- Job, J. (2004) Factors involved in the ineffective dissemination of sexuality information to individuals who are deaf or hard of hearing. *American Annals of the Deaf*, 149(3), 264-273. <https://doi.org/10.1353/aad.2004.0025>
- Méndez, I., Namihira, D., Moreno, L., & Sosa, C. (2001). *El protocolo de investigación. Lineamientos para su elaboración y análisis*. México: Trillas.
- Moinester, M., Gulley, S., & Watson, S. (2008). The nature of risk. HIV/AIDS and the deaf community in the United States. *Disability Studies Quarterly*, 28(4). <https://doi.org/10.18061/DSQ.V28I4.144>
- Moreno, D., Robles, S., Frías, B., & Rodríguez, M. (2014). Impacto de la supervisión parental sobre comportamientos vinculados con la primera relación sexual. En S. Rivera-Aragón, R. Díaz-Loving, I. Reyes-Lagunes, & M. Flores-Galaz (Eds.), *La Psicología Social en México*, Vol. xv (pp. 815-822). México: Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Mprah, W. K. (2013a). Sexual and reproductive health needs assessment with deaf people in Ghana: Methodological challenges and ethical concerns. *African Journal of Disability*, 2(1), 1-9. <https://doi.org/10.4102/ajod.v2i1.43>
- Mprah, W. K. (2013b). Perceptions about barriers to sexual and reproductive health information and services among deaf people in Ghana. *Disability, CBR & Inclusive Development*, 24(3), 21-36. <https://doi.org/10.5463/DCID.v24i3.234>
- Orcasita, L. T., Cuenca, J., Montenegro, J. L., Garrido, D., & Haderlein, A. (2018). Diálogos y saberes sobre sexualidad de padres con hijos e hijas adolescentes escolarizados. *Revista Colombiana de Psicología*, 27(1), 41-53. <https://doi.org/10.15446/rcp.v27n1.62148>
- Orcasita, L. T., Uribe, A. F., & Valderrama, L. J. (2013). Conocimientos y actitudes frente al VIH/SIDA en padres de familia de adolescentes colombianos. *Revista Colombiana de Psicología*, 22(1), 59-73.
- Rivera-Rivera, L., Leyva-López, A., García-Guerra, A., de Castro, F., González-Hernández, D., & de los Santos, L. M. (2016). Inicio de relaciones sexuales con penetración y factores asociados en chicos y chicas de México de 14 a 19 años de edad con escolarización en centros públicos. *Gaceta Sanitaria*, 30(1), 24-30. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.08.011>
- Robles, S. & Guevara, Y. (2015). *Factores de riesgo para la salud sexual de jóvenes con discapacidad auditiva y visual: un estudio exploratorio. Informe Técnico final*. México: DGAPA-UNAM, proyecto IN308513.
- Robles, S. & Guevara, Y. (2017). Comportamientos de riesgo y abuso sexual en varones y mujeres con discapacidad visual o auditiva. *Revista Española de Discapacidad*, 5(1), 133-151. <https://doi.org/10.5569/2340-5104.0501.08>
- Robles, S., Frías, B., Moreno, D., Rodríguez, M., & Barroso, R. (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, S., Guevara, Y., Frías, B., Rodríguez, M., & Moreno, D. (2014). Conductas sexuales de riesgo en jóvenes con discapacidad auditiva. En S. Rivera, R. Díaz-Loving, I. Reyes, & M. Flores (Eds.), *La psicología social en México. Volumen XV* (pp. 798-806). México: Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Robles, S., Guevara, Y., Pérez, Y., & Hermosillo, A. (2013). Comunicación con padres y conducta sexual en jóvenes mexicanos con discapacidad auditiva. *Revista Psicología y Salud*, 23(2), 227-239. <https://doi.org/10.25009/pys.v23i2.504>
- Robles, S., Moreno, D., Rodríguez, M., Barroso, R., Frías, B., Rodríguez, M.L. ... & Hernández-Pozo, R. (2007). Predictores del uso consistente del condón con base en un modelo psicológico de prevención del VIH/SIDA. En S. Robles & D. Moreno (Coords.), *Psicología y Salud Sexual*

- (pp. 61-102). Ciudad de México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Robles, S., Solano, R., Díaz-Loving, R., 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.
- Rojas, R., Castro, F., Villalobos, A., Allen-Leigh, B., Romero, M., Braverman, A., & Uribe, P. (2017). Educación sexual integral: cobertura, homogeneidad, integralidad y continuidad en escuelas de México. *Salud Pública de México*, 59(1), 19-27. <http://dx.doi.org/10.21149/8411>
- Rusinga, O. (2012). Perceptions of deaf youth about their vulnerability to sexual and reproductive health problems in Masvingo District, Zimbabwe. *African Journal of Reproductive Health*, 16(2), 271-282.
- Ruvalcaba, N., Gallegos, J., Caballo, V., & Villegas, D. (2016). Prácticas parentales e indicadores de salud mental en adolescentes. *Psicología desde el Caribe*, 33(3), 223-236. <https://doi.org/10.14482/psdc.33.3.9485>
- Sangowawa, A. O., Owoaje, E. T., Faseru, B., Ebong, I. P., & Adekunle, B. J. (2009). Sexual practices of deaf and hearing secondary school students in Ibadan, Nigeria. *Annals of Ibadan Postgraduate Medicine*, 7(1), 26-30. <https://doi.org/10.4314/aimp.v7i1.64060>
- Save the Children. (2016). *Las y los adolescentes que México ha olvidado. Una aproximación integral a la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes. Resumen ejecutivo*. Recuperado de <https://resourcecentre.savethechildren.net/node/10202/pdf/las-y-los-adolescentes-que-mexico-ha-olvidado.pdf>
- Secretaría de Salud de la Ciudad de México (2018). *Interrupción legal del embarazo (ILE). Estadísticas Abril 2007-9 de Agosto 2018*. Recuperado de <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/Interrupcion-Legal-del-Embarazo-Estadisticas-2007-2017-9-de-agosto-2018-copia.pdf>
- Shackleton, J. (2009). Exploring perceptions of deaf persons for recommendations towards effective HIV/AIDS Programming in Nairobi. *Journal of Human Development, Disability, and Social Change*, 18(2), 59-76.
- Shuster, R. M., Merlmestein, R., & Waksclag, L. (2013). Gender-specific relationships between depressive symptoms, marijuana use, parental communication and risky sexual behavior in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(8), 1194-1209. <https://doi.org/10.1007/s10964-012-9809-0>
- Teva, I., Bemúdez, P., & Buena-Casal, G. (2009). Variables sociodemográficas y conductas de riesgo en la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. España, 2007. *Revista Española de Salud Pública*, 83(2), 309-320. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v83n2/original8.pdf>
- Touko, A., Mboua, C., Tohmuntain, P., & Perrot, A. (2010). Sexual vulnerability and HIV seroprevalence among the deaf and hearing impaired in Cameroon. *Journal of the International AIDS Society*, 13(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1758-2652-13-5>