



**Representaciones sociales sobre la salud sexual y la
sexualidad de adolescentes sordos y oyentes en Bogotá,
Colombia.**

Jaime Collazos Aldana

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Doctorado de Salud Pública
Bogotá, Colombia
2012

**Representaciones sociales sobre la salud sexual y la
sexualidad de adolescentes sordos y oyentes en Bogotá,
Colombia.**

Jaime Collazos Aldana

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:
Doctor en Salud Pública

Directora:

(Ph.D., Doctora,) María Elsa Gutiérrez Malaver Ph.D.

Línea de Investigación sobre estudios de representaciones sociales
Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Doctorado Interfacultades de Salud Pública

Bogotá, Colombia

Año 2012

NOTA APROBATORIA

Aprobada con Mención Meritoria

JURADOS

Dra. María Carolina Morales B. Ph.D.
Universidad Nacional de Colombia
Bogotá, Colombia

Jurado

Dra. Marisol Moreno A. Ph.D.
Universidad Nacional de Colombia
Bogotá, Colombia

Jurado

Dr. James Cuenca. Ph.D.
Universidad Icesi
Cali, Colombia

Jurado

Bogotá, febrero 2 de 2012

A los y las adolescentes que van en busca del amor,
pero especialmente a aquellos y aquellas que por no escuchar
se les trata de arrebatar la felicidad.

A todos y todas las personas sordas
de Colombia, por quienes siento un profundo respeto.

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

A Sandra y Ariadna, por su apoyo permanente. Para ellas un agradecimiento infinito por estar allí, cerca de mi vida.

A mis hermanos y mis hermanas, porque somos parte de la misma historia.

A los y las adolescentes oyentes y sordos(as) quienes participaron de este estudio. A sus familias por su consentimiento para participar en la investigación.

A la Doctora María Elsa Gutiérrez Malaver quien con su apoyo permanente e incondicionado, me enseñó la razón de ser de una verdadera maestra.

A los profesores del Doctorado Interfacultades de Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia.

A las instituciones de educación y rehabilitación, por su disposición y apoyo.

A Leonor Galindo Bejarano y Ana Paola Fonseca Ávila por su interlocución y asistencia comprometida.

A Rodrigo Andrés por su creatividad.

A los intérpretes de Lengua de Señas Colombiana, Mariana Cárdenas, Alejandro Piñeros y Martha Lucía Contento.

A la Dirección de Investigación Sede de Bogotá (DIB) de la Universidad Nacional de Colombia por apoyar financieramente parte del proceso investigativo.

Resumen

El trabajo tiene como propósito describir y analizar la estructura y contenidos de las Representaciones Sociales sobre la salud sexual y la sexualidad de adolescentes sordos usuarios de lengua de señas colombiana (LSC), oyentes, y sordos usuarios de castellano oral, para aportar elementos a la reflexión sobre la salud sexual en poblaciones en situación de vulnerabilidad y su aplicación al campo de la salud pública. El marco conceptual se centra en los avances de la salud pública en relación con las poblaciones en situación de vulnerabilidad, la teoría de las representaciones sociales, la salud sexual y la sexualidad. La metodología implementada fue cualitativa interpretativa de orientación procesual, con la utilización de técnicas analíticas e interpretativas, haciendo uso de redes de asociaciones y entrevistas. Los resultados dan cuenta de las diferentes formas como los adolescentes representan la salud sexual y la sexualidad; los adolescentes sordos usuarios de LSC, focalizan sus representaciones en el cuidado del cuerpo, la enfermedad y el goce sexual. Por su parte los oyentes construyen las representaciones alrededor de la prevención de las infecciones de transmisión sexual y el amor afectivo, mientras los adolescentes sordos usuarios de castellano lo hacen en relación a la educación, el amor afectivo y las relaciones convencionales.

Palabras clave:

Adolescentes sordos usuarios de la lengua de señas colombiana (LSC)

Adolescentes sordos usuarios del castellano oral

Adolescentes oyentes

Población en situación de vulnerabilidad

Representaciones sociales

Salud sexual

Sexualidad

Salud pública

Abstract

The purpose of this paper is to describe and analyze the structure and contents of Social Representations on both sexual health and sexuality of deaf teenagers users of Colombian sign language (LSC), hearing and deaf population user of oral Spanish language, in order to contribute to the reflection on sexual health in populations in vulnerable situation and its application to the public health field. The conceptual framework focuses on the advancements of public health in regards to vulnerable populations, theory of social representations, sexual health and sexuality. The methodology was qualitative-interpretative with a process orientation, using analytic and interpretative techniques, as well as association networks and interviews. Results show the different ways in which teenagers represent sexual health and sexuality; Deaf teenagers users of LSC, focus their representations in body care, illness and sexual enjoyment. On the other hand, hearing build their representations around prevention of sexually transmitted diseases and affective love, while deaf teenagers users of Spanish language, build theirs around education, affective love and conventional relationships.

Keywords

Deaf teenagers users of Colombian sign language

Deaf teenagers users of oral Spanish language

Teenage hearing

Population in vulnerable situation

Social representations

Sexual health

Sexuality

Public

Health

Contenido

Introducción	1
1. Problema de investigación	5
2. Objetivos	40
3. Marco conceptual	42
3.1 Salud Pública y Poblaciones en situación de vulnerabilidad.....	42
3.2 Las personas S/sordas	59
3.3 Salud Sexual y Sexualidad	70
3.4 Representaciones Sociales	93
4. Metodología	109
4.1 Participantes.....	110
4.2 Criterios de inclusión y de exclusión	114
4.3 Método y técnicas	115
4.4 Análisis de datos	123
4.5 Triangulación de resultados.....	128
5. Resultados	130
5.1 Adolescentes Sordos usuarios de lengua de señas	130
5.1.1. Redes de asociaciones “Salud Sexual”	130
5.1.2 Redes de asociaciones “Sexualidad”	150
5.1.3. Entrevistas	168
5.2 Adolescentes oyentes.....	176
5.2.1. Redes de asociaciones “Salud Sexual”	176

5.2.2. Redes de asociaciones “Sexualidad”	191
5.2.3. Entrevistas	208
5.3 Adolescentes sordos usuarios de castellano oral	212
5.3.1 Redes de asociaciones “Salud Sexual”	213
5.3.2. Redes de asociaciones “Sexualidad”	217
5.3.3. Entrevistas	223
6. Análisis	229
6.1 Adolescentes sordos usuarios de lengua de señas	232
6.2 Adolescentes Oyentes	279
6.3 Adolescentes sordos usuarios de castellano oral	323
7. Discusión	356
8. Conclusión: Tesis.....	382
9. Referencias biblio y cibergráficas	387
10. Anexos.....	399

Lista de Tablas

Tabla 1. Acceso a educación. Personas con limitación auditiva en Colombia.	10
Tabla 2. Enfoques sobre la concepción de persona sorda y la sordera	16
Tabla 3. Aseguramiento en salud de las personas con pérdida auditiva en Colombia.....	51
Tabla 4. Distribución de participantes adolescentes Sordos usuarios de lengua de señas colombiana (LSC)	111
Tabla 5. Distribución de participantes adolescentes oyentes	112
Tabla 6. Distribución de participantes adolescentes sordos usuarios de castellano oral.....	113
Tabla 7. Procesos y acciones de interpretación de entrevistas	127
Tabla 8. Categorías semánticas emergentes, Red de Asociaciones “salud sexual”. Adolescentes sordos, Colegio No. 1 para sordos.....	131
Tabla 9. Categorías semánticas emergentes, Red de Asociaciones “salud sexual”, por sexo. Adolescentes sordos, Colegio No. 1 para sordos.	133
Tabla 10. Índices de polaridad y neutralidad, salud sexual. Adolescentes sordos. Colegio No. 1 para sordos.....	138
Tabla 11. Categorías semánticas emergentes, Red de Asociaciones “salud sexual”. Adolescentes sordos del Colegio No. 2 para sordos.....	139
Tabla 12. Categorías semánticas emergentes, Red de Asociaciones “salud sexual”, por sexo. Adolescentes sordos Colegio No. 2 para sordos.	140
Tabla 13. Índices de polaridad y neutralidad, salud sexual. Adolescentes sordos. Colegio No. 2 para sordos.....	143
Tabla 14. Categorías semánticas emergentes, Red de Asociaciones “salud sexual”. Adolescentes sordos Universidad/programa adolescente sordos.	144
Tabla 15. Categorías semánticas emergentes, Red de Asociaciones “salud sexual”, por sexo. Adolescentes sordos Universidad/programa adolescente sordos.	146

Tabla 16. Índices de polaridad y neutralidad, salud sexual. Adolescentes sordos Universidad/programa adolescente sordos.	148
Tabla 17. Categorías semánticas emergentes, Red de Asociaciones “Sexualidad”. Adolescentes sordos. Colegio No. 1 para sordos.	151
Tabla 18. Categorías semánticas emergentes, Red de Asociaciones “Sexualidad”, por sexo. Adolescentes sordos. Colegio No. 1 para sordos.	153
Tabla 19. Índices de polaridad y neutralidad, sexualidad. Adolescentes sordos. Colegio No. 1 para sordos.....	156
Tabla 20. Categorías semánticas emergentes, Red de Asociaciones “Sexualidad”. Adolescentes sordos. Colegio No. 2 para Sordos.....	158
Tabla 21. Categorías semánticas emergentes, Red de Asociaciones “Sexualidad”, por sexo. Adolescentes sordos. Colegio N0. 2 para Sordos.	159
Tabla 22. Índices de polaridad y neutralidad, sexualidad. Adolescentes sordos. Colegio No. 2 para Sordos.	161
Tabla 23. Categorías semánticas emergentes. Red de Asociaciones, “Sexualidad”. Adolescentes sordos. Universidad/programa adolescente sordos.	162
Tabla 24. Categorías semánticas emergentes. Red de Asociaciones “Sexualidad”, por sexo. Adolescentes sordos. Universidad/programa adolescente sordos.....	164
Tabla 25. Índices de polaridad y neutralidad, sexualidad. Adolescentes sordos. Universidad/programa adolescente sordos.	166
Tabla 26. Resultados entrevistas, adolescentes sordos usuarios de lengua de señas, por categorías de análisis.....	169
Tabla 27. Diferencias salud sexual y sexualidad en entrevistas de adolescentes sordos usuarios de lengua de señas.	174
Tabla 28. Categorías semánticas emergentes, Red de Asociaciones “salud sexual”. Adolescentes oyentes. Colegio Distrital -Grupo No. 1-.....	177
Tabla 29. Categorías semánticas emergentes, Red de Asociaciones “salud sexual”, por sexo. Adolescentes oyentes. Colegio Distrital -Grupo No. 1-..	178

Tabla 30. Categorías semánticas emergentes, Red de Asociaciones “salud sexual”, por sexo. Adolescentes oyentes. Colegio Distrital -Grupo No. 1-. . 181	
Tabla 31. Categorías semánticas emergentes, Red de Asociaciones “salud sexual”. Adolescentes oyentes. Colegio Distrital -Grupo No. 2-. 182	
Tabla 32. Categorías semánticas emergentes, Red de Asociaciones “salud sexual”, por sexo. Adolescentes oyentes. Colegio Distrital -Grupo No. 2-. . 183	
Tabla 33. Índices de polaridad y neutralidad, salud sexual. Colegio Distrital - Grupo 2-..... 185	
Tabla 34. Categorías semánticas emergentes, Red de Asociaciones “salud sexual”. Adolescentes Oyentes. Universidad/programa oyentes. 186	
Tabla 35. Categorías semánticas emergentes, Red de Asociaciones “salud sexual”, por sexo. Adolescentes Oyentes, Universidad/programa oyentes. 188	
Tabla 36. Índices de polaridad y neutralidad, salud sexual. Adolescentes oyentes, Universidad/programa oyentes..... 191	
Tabla 37. Categorías semánticas emergentes Red de Asociaciones “Sexualidad”. Adolescentes oyentes, Colegio Distrital. -Grupo No. 1-. 192	
Tabla 38. Categorías semánticas emergentes, Red de Asociaciones “Sexualidad”, por sexo. Adolescentes oyentes, Colegio Distrital -Grupo No. 1- 193	
Tabla 39. Índices de polaridad y neutralidad, sexualidad. Adolescentes oyentes, Colegio Distrital. -Grupo 1-. 196	
Tabla 40. Categorías semánticas emergentes, Red de Asociaciones, “Sexualidad”. Adolescentes oyentes, Colegio Distrital.-Grupo No. 2-. 197	
Tabla 41. Categorías semánticas emergentes, Red de Asociaciones “Sexualidad”, por sexo. Adolescentes oyentes, Colegio Distrital - Grupo No. 2-. 198	
Tabla 42. Índices de polaridad y neutralidad, sexualidad. Adolescentes oyentes. Colegio Distrital. -Grupo 2-. 201	
Tabla 43. Categorías semánticas emergentes, Red de Asociaciones, “Sexualidad”. Adolescentes oyentes. Universidad/programa oyentes. 201	

Tabla 44. Categorías semánticas emergentes, Red de Asociaciones “Sexualidad”, por sexo. Adolescentes oyentes Universidad/programa oyentes.	203
Tabla 45. Índices de polaridad y neutralidad, sexualidad. Adolescentes oyentes, Universidad/programa oyentes.....	207
Tabla 46. Resultados entrevistas, adolescentes oyentes, por categorías de análisis.....	209
Tabla 47. Diferencias salud sexual y sexualidad en entrevistas de adolescentes oyentes.	211
Tabla 48. Categorías semánticas emergentes. Red de Asociaciones “salud sexual”. Adolescentes usuarios de castellano oral.	213
Tabla 49. Categorías semánticas emergentes, Red de Asociaciones “salud sexual”, por sexo. Adolescentes usuarios de castellano oral.....	214
Tabla 50. Índices de polaridad y neutralidad, salud sexual. Adolescentes sordos usuarios de castellano oral.....	217
Tabla 51. Categorías Semánticas Emergentes Red de Asociaciones “sexualidad”. Adolescentes usuarios de castellano oral.	218
Tabla 52. Categorías semánticas emergentes, Red de Asociaciones “sexualidad”, por sexo. Adolescentes usuarios de castellano oral.....	220
Tabla 53. Índices de polaridad y neutralidad, sexualidad. Adolescentes sordos usuarios de castellano.....	222
Tabla 54. Resultados entrevistas, adolescentes sordos usuarios de castellano oral, por categorías de análisis.	224
Tabla 55. Diferencias salud sexual y sexualidad en entrevistas de adolescentes sordos usuarios de castellano oral.....	226

Lista de Gráficos

Gráfico No. 1. Diseño metodológico	128
Gráfico No. 2. Red de asociaciones de salud sexual. Hombres adolescentes sordos usuarios de lengua de señas	233
Gráfico No. 3. Red de asociaciones de salud sexual. Mujeres adolescentes sordas usuarias de lengua de señas.	235
Gráfico No. 4. Red de asociaciones de sexualidad. Hombres adolescentes sordos usuarios de lengua de señas.	240
Gráfico No. 5. Red de asociaciones de sexualidad. Mujeres adolescentes sordas usuarias de lengua de señas.	242
Gráfico No. 6. Red de asociaciones de salud sexual. Hombres adolescentes oyentes	281
Gráfico No. 7. Red de asociaciones de salud sexual. Mujeres adolescentes oyentes	283
Gráfico No. 8. Red de asociaciones de sexualidad. Hombres adolescentes oyentes	287
Gráfico No. 9. Red de asociaciones de sexualidad. Mujeres adolescentes oyentes	289
Gráfico No. 10. Red de asociaciones de sexualidad. Hombres adolescentes oyentes. Universidad/oyentes.	291
Gráfico No. 11. Red de asociaciones de sexualidad. Mujeres adolescentes oyentes. Universidad/oyentes.	291
Gráfico No. 12. Red de asociaciones de salud sexual. Hombres adolescentes sordos usuarios de castellano oral.....	325
Gráfico No. 13. Red de asociaciones de salud sexual. Mujeres adolescentes sordas usuarias de castellano oral.....	326
Gráfico No. 14. Red de asociaciones de sexualidad. Hombres adolescentes sordos usuarios de castellano oral.....	328

Gráfico No. 15. Red de asociaciones de sexualidad. Mujeres adolescentes
sordas usuarias de castellano oral..... 329

Introducción

La atención de la salud sexual de los adolescentes ha sido un tema bastante trabajado en diferentes espacios académicos, políticos y sociales, a pesar de ello, las reflexiones no se agotan, sino que por el contrario se plantean más inquietudes y problemas para resolver. Cuando se especifica que la población adolescente es diversa, no solo por sus características individuales, sino por los contextos que los determinan, los problemas y las reflexiones se amplían tocando diferentes campos del saber como parte de una realidad socialmente construida. Es el caso de los y las adolescentes en situación de vulnerabilidad y específicamente los(as) que presentan pérdida auditiva, denominados en forma genérica como personas sordas, de quienes las políticas de salud sexual poco se han ocupado.

Con el propósito de aportar elementos a la reflexión sobre la salud sexual en poblaciones en situación de vulnerabilidad y su aplicación al campo de la salud pública, este estudio tuvo como objetivo general describir y analizar la estructura y contenidos de las representaciones sociales de la salud sexual y la sexualidad de tres grupos de adolescentes: Sordos usuarios de lengua de señas colombiana (LSC), oyentes y sordos usuarios del castellano oral. Para esto se realizó un estudio con metodología cualitativa interpretativa de orientación procesual con tres grupos de adolescentes de la ciudad de Bogotá.

El capítulo titulado *PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN* presenta las razones que justifican la pregunta de investigación formulada, partiendo de las situaciones críticas en relación a la atención de la salud sexual y la sexualidad de los adolescentes oyentes y sordos a nivel nacional e internacional, algunos estudios desde la perspectiva de las representaciones

sociales y las diferencias entre las personas sordas usuarias de la lengua de señas colombiana (LSC), de aquellas usuarias del castellano oral. Posteriormente se presentan los *OBJETIVOS* de la investigación.

En el capítulo *MARCO CONCEPTUAL*, se desarrollan los referentes teóricos y conceptuales correspondientes a salud pública y su relación con las poblaciones en situación de vulnerabilidad, las personas sordas usuarias de la lengua de seña colombiana (LSC) y aquellas que utilizan el castellano oral para comunicarse, los conceptos sobre la salud sexual y la sexualidad, para finalizar ilustrando sobre los conceptos referentes a la teoría de las representaciones sociales.

LA METODOLOGIA es un capítulo que da cuenta del tipo y diseño de investigación, especificando los tres grupos de participantes, los criterios de inclusión y exclusión, el método y las técnicas de investigación utilizadas. Al respecto se emplearon redes de asociaciones para identificar la estructura inicial de las representaciones sociales y se profundizó en sus contenidos, a través de entrevistas semiestructuradas. Para el presente estudio fue necesario realizar innovaciones metodológicas teniendo en cuenta que los participantes sordos usuarios de lengua de señas y de castellano oral requirieron registros individualizados, intérpretes de lengua de señas colombiana y adecuación de estrategias para la aplicación de los instrumentos de recolección de información. El capítulo concluye ilustrando sobre los procedimientos que se definieron para realizar el análisis de la información.

El capítulo de *RESULTADOS* muestra los significados que surgieron de la aplicación de las redes de asociaciones con los términos inductores “salud sexual” y “sexualidad”, así como los significados generales de las entrevistas organizados en categorías analíticas. El cúmulo de datos cuantitativos y

cualitativos se organizó por grupos de adolescentes, partiendo de las redes de asociación de la salud sexual, seguidas de las de sexualidad y finalizando con los datos gruesos de las entrevistas.

Los anteriores datos sirvieron de insumo para el *ANÁLISIS* correspondiente al siguiente capítulo. Allí se realizó la interpretación de los datos tomando como referente los conceptos teóricos y las categorías analíticas iniciales y emergentes, desde donde se analizaron las estructuras de las representaciones sociales y los contenidos. En este proceso fue necesario recurrir de manera puntual a asociaciones y relatos de los adolescentes, que dieron cuenta de las creencias, opiniones, sentimientos y conocimientos comunes acerca de la salud sexual y la sexualidad.

Para finalizar se presenta la *DISCUSIÓN* y las *CONCLUSIONES* llamando la atención sobre los aspectos más relevantes que constituyen un aporte en el tema y que bien podrían utilizarse con adolescentes sordos y oyentes, tanto en programas de intervención para la salud sexual en el marco de la salud pública como en educación.

1. Problema de investigación

La población con discapacidad física, sensorial, intelectual o mental ha sido objeto de una concepción desexualizante por parte de la sociedad, se ha asumido que no corren riesgos en la adquisición de enfermedades de transmisión sexual, que no enfrentan conflictos de identidad y que no están en condiciones para procrear. A pesar de estos planteamientos, la realidad es otra, ya que según Groce (2003), esta población está en un creciente riesgo de contraer VIH. Este mismo autor menciona que algunas personas con discapacidad, al contrario de lo que se cree, pueden llegar a tener más compañeros sexuales que las personas sin discapacidad, lo cual los convierte en una población vulnerable frente a la adquisición y transmisión de infecciones de transmisión sexual–ITS-.

También informa que para el caso de las poblaciones con sordera y discapacidad mental, los programas de prevención del VIH han sido escasos, además de mencionar la falta de accesibilidad a los medios de comunicación que transmiten diferentes programas preventivos. Al respecto dice que cuando se detectan los casos de VIH en esta población, no cuenta con los servicios y las condiciones de accesibilidad que les proporcione una vida digna.

En una investigación realizada por esta autora en el año 2004, donde se indagó sobre el estado del conocimiento y el impacto de la epidemia del VIH/SIDA en población con discapacidad en 57 países, se menciona que estos individuos están en un riesgo significativo de adquirir el virus, debido a factores tales como la pobreza, falta de educación, falta de información, mayores riesgos de violencia sexual, ausencia de protecciones legales, falta

de acceso a la atención y el estigma que se tiene de la población. (Groce, 2004).

En este sentido vale la pena retomar la información del Center for AIDS Prevention Studies – UCSF ¹, donde se reportó en el año 2000 que en los Estados Unidos entre 7.000 a 26.000 personas carentes del sentido de la audición estaban infectadas con VIH. (Cecconi, 2003)

Por otro lado, Sousa , Freitag, y Lorita (2002), señalaron que a partir de la experiencia con una comunidad de sordos en Fortaleza, Brasil, se detectó la necesidad de trabajar con sus miembros, teniendo en cuenta las dificultades planteadas y su relación con diferentes mitos y tabúes sobre la sexualidad, así como los problemas que enfrentaban por el hecho de no recibir información acertada. Esta situación ha sido común en diferentes comunidades de sordos de todo el mundo, planteándose en primera instancia, que la carencia de audición les impide acceder a información sobre salud sexual.

Otros investigadores han señalado que en lo que respecta a los(as) adolescentes sordos(as), se ha reconocido la carencia de programas educativos sobre salud sexual y por lo tanto el desconocimiento de algunos temas fundamentales para la prevención del contagio del SIDA (Baker – Duncan, 1997). En este sentido se ha señalado en una investigación realizada en Brasil en 2008, que de dos grupos conformados por 42 los adolescentes sordos usuarios de lengua de señas y 50 oyentes, cuyas edades estaban entre 15 y 21 años, los primeros tenían menor conocimiento sobre el HIV/Sida que los adolescentes oyentes; de manera consecuente se planteó la necesidad de proveer instrucción escolar según las características

¹ Para ampliar ver: UCSF en: <http://hivinsite.ucsf.edu/prevention>. University of California. 2000.

de los adolescentes sordos usuarios de lengua de señas (Alquati, Sperb, Brewer y otros, 2008). De manera complementaria surgieron dos hallazgos relacionados con los adolescentes sordos en dicha investigación. Uno que da cuenta del alto índice de abuso sexual que han sido objeto y otro hace referencia a un amplio número de amigos portadores de Sida.

Los anteriores hallazgos confirman el desconocimiento por parte de los adolescentes sordos, sobre temas de la prevención de infecciones de transmisión sexual y la necesidad de implementar programas de prevención.

Por otra parte, Téllez (2005) ha planteado que “aunque no existan diferencias biológicas y fisiológicas entre una persona sorda y una oyente respecto a su desarrollo sexual, en las primeras, generalmente hay una gran falta de información y creencias erróneas acerca del tema” (p. 208). A su vez, esta autora plantea que las personas sordas tienen una estructura de personalidad diferente y tienen dificultad para comprender posiciones medias, si no se les explica claramente las situaciones.

Planteamientos como los de la autora mencionada, responden a una mirada de los sordos y la sordera, fundamentada en la carencia y la discapacidad, desde una perspectiva cognitivista funcional. Estos planteamientos han sido objeto de discusión por parte de académicos en los últimos años, abriendo espacios para el debate entre la discapacidad de los sordos y la particularidad propia de una comunidad. Al respecto vale la pena señalar que existen otras miradas sobre los sordos y la sordera que van más allá de la funcionalidad, teniendo en cuenta las construcciones sociales del conocimiento a partir de la “cultura sorda”, donde se reconoce la sordera como una experiencia visual.

Siguiendo esta línea se puede señalar la investigación realizada por Di Mario, Fulceri. & Cozzolino. (2008), donde se propusieron explorar la relación sordera – sexualidad, considerando que un número significativo de personas sordas se reconocen como un grupo cultural minoritario con una forma de vida diferente. En este contexto se encontró que 50 personas entrevistadas cuyas edades estaban entre 18 y 35 años, el 70% de los hombres dijeron no haber sido informados sobre los nuevos métodos anticonceptivos y que en las relaciones sexuales tienden a no utilizar ninguno. Reportan también que la información sobre fisiología humana es insuficiente. Por otro lado, la mayoría de las mujeres entrevistadas dicen que recibieron información sobre contracepción y fisiología, aunque rara vez utilicen los métodos. También reportan que los amigos son la fuente de información más importante sobre los temas de sexualidad. El estudio concluye señalando que los resultados muestran la importancia de promover adecuada información y entrenamiento sexual para los sordos teniendo en cuenta sus características y el uso de la lengua de señas.

Para tener una mayor comprensión de la dimensión de estas problemáticas alrededor de la salud sexual de las personas sordas, resulta conveniente relacionar esta información con algunos datos demográficos.

En Colombia, el Censo General de 2005, reportó una tasa de prevalencia de la discapacidad de 6.3% correspondiente a 2.632.255 personas con al menos una limitación (DANE, 2005). De este grupo, 454.822 corresponden a personas con limitaciones para oír, con una prevalencia de 17,3 % de toda la población con limitaciones.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS)², plantea que la prevalencia de discapacidad en los países en desarrollo corresponde al 15%

² Para ampliar ver : Informe mundial sobre la discapacidad (2011) who.int/es/

de la población. De ser así, se podría confirmar un subregistro amplio para Colombia, lo cual posibilitaría plantear que el número de personas con pérdidas auditivas es mayor a la señalada por el Censo 2005.

Entre los años 1996 y 1997 se realizó en Colombia un estudio sobre “Calidad de Vida y acceso a servicios sociales de la población con discapacidad”, tomando como muestra, 36 municipios del país – 57.313 personas de estratos 1, 2, y 3, de las cuales el 23.9% presentaron discapacidad. El 4.6% presentaron discapacidad en la comunicación. La limitación auditiva correspondió a 3.3%³

En lo referente a personas sordas, la Federación Nacional de Sordos de Colombia –FENASCOL- reportó, a partir de un estudio realizado en 1996, que “el dos por ciento (2%) de la población total de Colombia padece algún tipo de sordera, esto es, cerca de 800 mil colombianos son sordos” (Hurtado, 2004, p.7).

En Colombia se viene aplicando desde 2005 el “Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad” (RLCPD); en septiembre de 2011 se contaba con 856.637 registros de aproximadamente 2.624.898 correspondientes al Censo del Dane de 2005. De los 856.637 registros de personas con discapacidad se identificaron 113.948 personas con pérdida auditiva, lo cual significa que el 13.30% de las personas con discapacidad corresponden a aquellas que presentan pérdida auditiva. Estos datos son significativamente menores a los que se reporta como prevalencia de pérdidas auditivas (17.3%) en la población con discapacidad en el censo de 2005, lo cual significa que en Colombia es necesario continuar en la

³ Ministerio de Educación Nacional – Universidad Javeriana. Calidad de vida y acceso a servicios sociales de la población con discapacidad. Citado por el Instituto Nacional para Sordos – INSOR- en : “Análisis de la base de datos sobre “Calidad de vida y acceso a servicios sociales de la población con discapacidad de la comunicación”. (1999) Bogotá.

cualificación de los sistemas de información y registros de las personas con deficiencias.

Si se tienen en cuenta los datos de las personas con pérdidas auditivas reportados en el RLCPD, se encuentra que de las 113.948 personas con pérdida auditiva, 65.130 asisten a una institución educativa. Así mismo, del total de la población con pérdida auditiva 66.699 dicen saber leer y escribir. Teniendo en cuenta estos datos, 47.249 no saben leer ni escribir correspondiendo al 41.5% de la población con pérdida auditiva.

Las anteriores cifras muestran la falta de acceso a la educación y las consecuencias que trae en materia de información sobre salud sexual y otros temas del desarrollo humano

Tabla 1. Acceso a educación. Personas con limitación auditiva en Colombia.

Personas con dificultad para oír

Sabe leer y escribir	66.699	58,5%
Ultimo grado aprobado		
1 - PREESCOLAR	2.782	2,4%
2 – PRIMARIA	47.118	41,4%
3 - SECUNDARIA	13.005	11,4%
4 – TECNICO	1.086	1,0%
5 - UNIVERSITARIO	950	0,8%
6 - POSTGRADO	189	0,2%
N - NO APLICA	48.818	42,8%

Total personas con dificultad para oír	113.948	100,0%
---	----------------	--------

Fuente: MPS, Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad, Corte Septiembre 30 de 2011

Por otro lado, la situación de acceso al Sistema de Seguridad Social en Salud no es la mejor como se verá más adelante, ya que de las 113.948 personas con pérdida auditiva, solo el 76% reportan estar aseguradas en alguno de los regímenes existentes; la mayoría como beneficiarias.

Esta información da cuenta de las dificultades para la inclusión social de esta población en los sistemas educativos y de salud del país, lo cual genera mayor vulnerabilidad frente a las problemáticas de la salud sexual.

La anterior descripción no está distante de las voces que expresan la necesidad de trabajar con los adolescentes y jóvenes sordos en el campo de la salud sexual. En ese sentido, vale la pena señalar que FENASCOL construyó a través de la firma FUNDESCOL en el año 2000, un Banco de Datos con las características relevantes de un grupo de personas con limitación auditiva de diferentes lugares del país (648 personas), con el propósito de tomar decisiones en la adopción de planes y programas. Allí, se plantearon situaciones como las siguientes:

- 25% no han tenido ninguna escolaridad y el nivel educativo más frecuente es la primaria. Solamente el 13.5% tiene un nivel de lectura funcional y un 11.2% tiene un nivel de escritura funcional.
- Los mayores de 20 años son dependientes de sus padres en un 40% de los casos.
- Entre los independientes la mayoría son empleados. Es claro que existe un modelo de subempleo remunerado por debajo del mínimo legal, lo cual se constituye en una forma de explotación a quienes en una muy alta proporción no se les reconocen los derechos laborales.⁴

⁴ FENASCOL. Información recibida, por solicitud personal, el 5 de junio de 2006

Se hace notorio que la comunidad de personas sordas en Colombia, sobre todo las usuarias de lengua de señas colombiana, ha vivido en condiciones desfavorables a nivel educativo y socioeconómico. Situación relacionada con una historia de marginalidad y de concepciones alienadoras que los describían como poco capaces de alcanzar logros educativos, laborales y sociales.

Para conocer algunas de las inquietudes y necesidades de la comunidad de los sordos en Colombia vale la pena citar algunos comentarios expresados por líderes sordos en el “Primer Taller Diagnóstico” realizado por FENASCOL en marzo de 2003; planteaban que todavía se presenta entre otros aspectos:

- “Falta el derecho a la privacidad”.
- “Falta el derecho a la igualdad (trabajo, salud, etc.)”
- “Discriminación hacia las Personas Sordas: en la educación, empresa, Salud.”
- “Falta de información o acceso a capacitaciones de temas como drogadicción, sexualidad y otros.”⁵

Es importante tener en cuenta que esta información hizo referencia a las personas sordas usuarias de la lengua de señas colombiana (LSC), agrupadas en asociaciones de diferentes ciudades del país, pero también existen las necesidades de los adolescentes y jóvenes sordos usuarios del castellano oral (comúnmente llamados oralizados), quienes han sido partícipes de los programas de rehabilitación oral y de instituciones

⁵ FENASCOL. Información recibida, por solicitud personal, el 5 de junio de 2006

educativas integradoras que no aparecen en los registros de FENASCOL ni del Instituto Nacional para Sordos – INSOR.

El panorama de la atención en salud sexual para los/as jóvenes sordos/as resulta desalentador, partiendo de sus dificultades comunicativas, pasando por el desconocimiento de sus intereses y conocimientos, hasta la imposibilidad de ofrecer servicios incluyentes que garanticen el derecho a la salud. Las consecuencias en algunos casos resultan críticas, con afectación emocional severa, tal como lo muestra la investigación de Sheppard y Badger (2010), donde el 90% de un grupo de nueve sordos entrevistados en los Estados Unidos, manifestaron que los servicios de salud eran excluyentes para ellos, y que frente a situaciones de atención en salud mental, se enfrentaban con barreras que no se resolvían con el uso de los interpretes de lengua de señas, teniendo en cuenta que se perdía la confidencialidad y se corría el riesgo de ser estigmatizados frente a la comunidad de sordos.

Todo lo anterior posibilita decir que, en términos generales los adolescentes sordos enfrentan riesgos en materia de salud sexual, pero se hace necesario profundizar en la comprensión de las dinámicas y formas de vida de estas personas para identificar con mayor claridad las problemáticas que afectan su bienestar. Esto implica conocer sus ideas y conocimientos cotidianos acerca de la salud sexual y la sexualidad. No se podría seguir planteando que el inconveniente fundamental de los adolescentes y jóvenes sordos está en la falta de información, o que sus dificultades se presentan exclusivamente por carencia de audición, ya que las intervenciones reparadoras a este nivel no han arrojado los resultados esperados. Seguramente hay que explorar los contextos familiares, sociales y políticos que de una manera u otra han incidido en la construcción de identidades y en determinaciones sobre su salud sexual.

Los adolescentes Sordos/sordos.

En Colombia y en general en la mayoría de países del mundo, ha existido un debate sobre la proyección comunicativa y educativa que deben de tener las personas sordas, sobre todo cuando la sordera es de nacimiento o se presenta antes de acceder al uso de la lengua materna (pre locutiva).

Desde comienzos del siglo XX se recibió la influencia de corrientes europeas que resultaron determinantes en la educación de los sordos. Por un lado, la corriente oralista que tuvo hegemonía hasta los años 80, fundamentada en los principios de la medicina y la rehabilitación oral, y por otro, la inclusión de la lengua de señas en la educación, la cual tuvo su origen en Francia, pasando por institutos de enseñanza españoles y estadounidenses, llegando a América de habla hispana en diferentes periodos a partir de la cuarta década del siglo XX. (Oviedo, 1998, p.10).

De esta manera, hacia finales del siglo XX en Colombia se podía ver claramente la presencia de ambas corrientes y su influencia en la educación formal de los sordos, así como en la vida diaria. Estos planteamientos siguen existiendo en la actualidad, de tal manera que de una parte se menciona la importancia de que el niño sordo aprenda a edad temprana la lengua oral de sus padres, haciendo uso de apoyos tecnológicos y terapéuticos (tales como audífonos, implante coclear, etc.) y se integre a un medio escolar con oyentes. De la otra se propone la adquisición de la lengua de señas colombiana (LSC) como primera lengua y posteriormente el aprendizaje del castellano en su forma oral o lecto-escrita como segunda lengua; este último planteamiento ha constituido uno de los principios fundamentales del bilingüismo para sordos.

En relación con este último enfoque se puede anotar que la concepción bilingüe de la sordera ha tenido como sustento la mirada socioantropológica donde se reconoce a la persona sorda desde la diferencia, en lugar de la deficiencia, organizada en comunidades con un entorno cultural propio y con

rasgos particulares. “Desde esta concepción, la lengua de señas anula la consecuencia de la sordera y permite que los sordos se constituyan en comunidad lingüística minoritaria” (Skliar, 1997, p.141).

La situación se complejiza cuando se analiza el contexto familiar, social, político y económico. Se trata de dos enfoques con fundamentaciones epistemológicas totalmente diferentes que definen además, a dos sujetos sordos distantes y prácticamente antagónicos.

Ambos sujetos sordos parten, en su gran mayoría, de un punto común; son hijos de padres oyentes (95%). Así, los sordos que inician el camino del oralismo, dentro del enfoque clínico y terapéutico van a seguir las indicaciones de médicos y terapeutas, de la mano con sus padres, para tratar de alcanzar lo que muchos no lograron: escuchar y hablar la lengua de sus padres; es decir, ser un “normo-oyente”. Los otros dependerán del contacto e ingreso a una institución educativa donde se utilice la lengua de señas y su competencia en dicha lengua dependerá de la calidad de los modelos lingüísticos con los que interactúe; sus padres deberán aprender esta lengua viso gestual si quieren interactuar con sus hijos sordos.

Al respecto Hurtado (2004):

Estas dos miradas confluyen en la lucha por la reivindicación del sordo en la sociedad nacional: los de la línea oralista intentan que el sordo incremente su estatus social mediante una integración que les permite introducirse en el medio educativo convencional y, de esta forma, en la sociedad nacional en general, mientras los de la escuela gestual abogan porque la meta de los proyectos de educación bilingüe para sordos en Colombia sea radicar una diferenciación de los sordos como minoría lingüística. Ambas visiones intentan reivindicar al sordo y se han constituido en la bandera de muchas instituciones. (p, 8).

Sin duda las posibilidades de ir por un camino u otro dependerán del sitio geográfico donde se nazca y crezca, de factores sociales y económicos, así como de determinaciones políticas y legales. Tampoco se puede olvidar que algunos no tendrán a su alcance ninguno de los dos caminos, como en el caso de aquellos que nacen en sitios donde no hay ningún servicio de atención, tales como la mayoría de las zonas rurales del país.

También hay que tener en cuenta como parte de esta heterogeneidad, que muchos jóvenes y adultos sordos iniciaron su vida bajo las orientaciones de un enfoque y a través de su infancia y adolescencia pasaron al otro, independientemente de cuál fuera primero. En estos casos y con el tiempo han surgido preguntas, confusiones y hasta recriminaciones por parte de los jóvenes, dando cuenta así de cuestionamientos sobre su propia identidad. En este sentido, muchos jóvenes sordos colombianos se autodenominan “Sordos” por el hecho de ser usuarios de la lengua de señas, y critican a otros jóvenes sordos por ser exclusivamente oralista.

En este punto resulta pertinente mostrar un paralelo entre ambos enfoques (Tabla No. 1), con el propósito de hacerse preguntas sobre la construcción de identidad que pueden tener los adolescentes Sordos/sordos que han recorrido un camino u otro (o ambos), así como sus diferencias con los oyentes, y la concepción de salud sexual que pueden llegar a vivenciar.

Tabla 2. Enfoques sobre la concepción de persona sorda y la sordera

Enfoque socio antropológico	Enfoque de rehabilitación
Se habla de cultura Sorda	Se habla de rehabilitación
Se habla de persona Sorda (con “S” mayúscula)	Se habla de discapacitado auditivo o sordo (con “s” minúscula)
Los conceptos de cultura Sorda, identidad Sorda y derechos políticos son relacionados con minoría lingüística	Se plantea los conceptos relacionados con los derechos de los discapacitados y la intención de ser “normo-oyentes”
La Lengua de Señas (LS) es una lengua	La Lengua de señas (LS) es un apoyo

Enfoque socio antropológico	Enfoque de rehabilitación
propia de la comunidad	para el desempeño oral de la persona sorda
Se plantea la inclusión social a partir del reconocimiento como comunidad lingüística minoritaria	Se plantea la rehabilitación oral como propósito para la inclusión social
Los intérpretes de LS, los oyentes que aprenden LS y el aprendizaje de la lengua escrita posibilitan la inclusión social de los Sordos al mundo de los oyentes	El aprendizaje del castellano oral posibilita la inclusión social de los sordos al mundo de los oyentes
Las comunidades de sordos en algunas oportunidades rechazan el implante coclear porque consideran que atenta contra la identidad cultural	Se plantea el implante coclear (cuando es viable) como una intervención favorable para el desarrollo y la inclusión social
Se plantea el bilingüismo como una opción de vida	El bilingüismo es asociado con el uso de LS y en la mayoría de los casos es rechazado

Los anteriores planteamientos muestran en parte la complejidad de la sordera y las difíciles situaciones que enfrentan las personas sordas.

Algunos autores como Lane (1992), utilizan la palabra “Sordo” – Deaf- (con “S” mayúscula) para hacer referencia a las personas sordas usuarias de la lengua de señas y que constituyen la llamada “cultura sorda”, en oposición con la palabra “sordo” –deaf- (con “s” minúscula) que hace referencia a aquellas personas que son usuarias de la lengua oral y no son miembros de las comunidades de sordos usuarias de la lengua de señas. De esta manera, en general los Sordos (con mayúscula) no se asumen como personas con discapacidad, sino como miembros de una comunidad lingüística minoritaria, mientras que los sordos (con minúscula), se identifican como personas con limitación o discapacidad.

En este sentido, Oviedo (2007) investigador de la gramática de las lenguas de señas y creador de la página Web <http://www.cultura-sorda.eu/> plantea que hay gente que nace sorda o que se queda sin el sentido del oído cuando todavía son niños, es decir, antes de que se complete el desarrollo de la

lengua que se habla en la región donde vive. O cuando son adolescentes, tiempo en el que todavía no han consolidado su ser social. Estas personas suelen aprender una lengua de señas, a través de la escuela o en la calle, y hacer el resto de su vida a través de esa lengua y unidos a la comunidad de personas que la usan. A estas personas son las que se nombran con el adjetivo “Sordo”, escrito con una “S” mayúscula.

Skelton y Valentine (2003) consideran que tal binariedad ha resultado problemática para los jóvenes sordos si se tiene en cuenta además, que pueden ocurrir cambios según el tiempo y el espacio, ya que un niño sordo (con s minúscula) que habita un lugar determinado según las circunstancias, decisiones y posibilidades de sus padres, puede pasar a convertirse en Sordo (Con S mayúscula) al ingresar -en otro lugar y tiempo-, a una propuesta educativa que se imparte en LS. Se trata entonces de una problemática que implica la identidad del sujeto, ya que por un lado se puede asumir como persona sorda con discapacidad, y por otro como persona Sorda miembro de una comunidad lingüística minoritaria.

Las autoras señalan además que esta situación ha generado (sobre todo en las grandes ciudades donde hay mayor número de Sordos), exclusión y rechazo entre los mismos Sordos/sordos, negando la entrada a clubes de Sordos a aquellos que usan el implante coclear y se comunican oralmente. También plantean que los jóvenes Sordos se ven forzados a usar nuevas señas creadas al interior de los grupos de jóvenes líderes, o de lo contrario son considerados excluidos de la comunidad. Por otro lado, mencionan “la exclusión que realizan los Sordos heterosexuales dentro de las asociaciones, hacia aquellos de identidad homosexual” (p. 465).

Por otra parte, autores como Atkin, Wagar & Lesley. (2002) señalaban las problemáticas de aislamiento que enfrentan algunos jóvenes sordos dentro

de su grupo familiar de oyentes, bajo una situación denominada “muerte social”, por su papel reducido en la familia y la comunidad.

Las anteriores descripciones posibilitan identificar puntos cruciales en las problemáticas que han vivido los adolescentes y jóvenes sordos usuarios de castellano oral y de lengua de señas en diferentes contextos. Aún hoy en día, no es difícil encontrar situaciones excluyentes en los campos de la salud y la educación. En este sentido, cuando se revisa el tema de la salud sexual y la sexualidad como pilar fundamental en la construcción de la identidad de los seres humanos, se puede identificar que los/las adolescentes y jóvenes sordos/as son una población en contexto de vulnerabilidad, lo cual los y las deja expuestos a diferentes riesgos y problemáticas que afectan su bienestar.

No se trata solamente de resolver las llamadas “deficiencias”, sino de comprender las construcciones de identidad y la forma como estas personas construyen su mundo afectivo y social. En este sentido, hay que señalar la distancia de la salud pública frente a temas como el de la salud sexual en las poblaciones vulnerables, lo cual obliga a revisar las políticas y propuestas de intervención en contextos sociales que cada vez más reclaman atención a la diversidad, desde un enfoque de derechos. Esta situación se entiende como parte de la problemática, en la medida que los modelos de intervención de la salud sexual desde la salud pública, históricamente han estado centrados en enfoques biomédicos que han procurado explicaciones unicasales y multicasales de la salud y la enfermedad, mientras que los enfoques que reconocen la salud sexual como producto de determinaciones sociales, donde se reconocen sujetos históricos inmersos en relaciones políticas, sociales y culturales, no ha tenido reconocimiento frente a la salud pública hegemónica (biomédica) desde donde se ha explicado la salud sexual.

A qué se debe tal distancia y qué significado tiene para la salud pública la atención de la salud sexual de las personas en situación de vulnerabilidad? Es probable que un modelo de salud pública que trabaja con una realidad rígida que trata de ser capturada a través de indicadores sobre número de personas enfermas y otras tantas fallecidas, no logre ver procesos ni determinantes de tales enfermedades. En ese contexto las representaciones sociales de las personas en situación de vulnerabilidad, como construcciones de realidad, pierden importancia y se desestiman. Por el contrario se valora la consecuencia denominada sin la presencia del sujeto: “el discapacitado”, “el vulnerable” y no “ la persona en situación de vulnerabilidad”.

Para un modelo de salud pública basado en indicadores cuantitativos, las representaciones sociales no tienen cabida, se distancia desde su fundamentación que trata de capturar una realidad que no es producto de las construcciones de los sujetos, sino que se estructura fuera de ellos e independientemente de ellos.

La salud sexual de los adolescentes; más allá de la enfermedad y el embarazo.

La salud sexual ha sido comprendida de diferentes maneras, como ejemplo se puede señalar que en Colombia desde finales del siglo XIX y el comienzo del siglo XX, existió una concepción fundamentalmente sanitarista que hizo énfasis en el manejo y erradicación de las enfermedades infecciosas, a través de medidas policivas. Noguera (2003) en el libro Medicina y Política, ilustra esta situación al referirse a las medidas tomadas por la alcaldía de Bogotá en el año 1886, debido a la aparición de la sífilis en los soldados acantonados en la ciudad con motivo de la guerra civil que se había iniciado el año anterior. La concepción de salud sexual que predominaba en ese momento correspondía a la ausencia de enfermedad, lo cual posibilitaba que

las personas estuvieran en condiciones favorables y sanas para la procreación.

Así mismo, Estrada (2006) plantea que durante ese periodo, en lo referente a la salud sexual y reproductiva, predominaron las medidas para el control de la sífilis y las políticas para el control de la prostitución, dentro de un enfoque higienista-sanitarista de la salud.

En ese sentido, se podría decir que el concepto de salud sexual estaba relacionado con la función biológica del ser humano, acompañado de ideas moralizantes respecto a la sexualidad, el cuerpo y su intimidad.

Estrada (2006) señala que para la década de los años 50 e inicio de los 60 se privilegió el enfoque epidemiológico, dando prioridad a la atención de los adolescentes, considerados como población de riesgo. Se promovieron políticas de corte preventivista haciendo énfasis en los llamados factores de riesgo y de protección en el ámbito de la sexualidad. El mismo autor señala que para los años 80, predominó el enfoque de la promoción de la salud enfatizando en: “la importancia de los servicios de salud, la participación comunitaria como estrategia para que la población ejerza un mayor control sobre su salud y el surgimiento de discursos y prácticas del auto cuidado y de la autonomía en la toma de decisiones en Salud Sexual (SSR)” (p, 42).

En Colombia se hizo evidente la influencia de la OMS, la Conferencia Internacional de población y Desarrollo del Cairo de 1994, así como de la Conferencia Mundial sobre la Mujer realizada en Beijing en 1995, en la formulación de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de febrero de 2003. Allí se plantea que:

La salud sexual y reproductiva (SSR) se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos (DSR). Un buen estado de SSR implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos, el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, el acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles, la eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos, y el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona, y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital.”(Ministerio de la Protección social, 2003, 9)

Se trata de una definición bastante amplia que da cabida, como elemento central, al bienestar humano relacionado con los derechos sexuales y reproductivos. Es así, como a través del tiempo se ha ampliado el concepto de salud sexual reproductiva, incluyendo además de los aspectos físicos y patológicos, los aspectos emocionales, sociales y culturales.

Al revisar algunas investigaciones sobre la salud sexual de los y las jóvenes, se encuentra que los anteriores enfoques siguen presentes. Se continúa realizando investigaciones enmarcadas en modelos y enfoques médicos, culturales, de riesgo y de epidemiología tradicional, entre otros; a continuación se presentan a manera de ejemplo algunas investigaciones.

Algunos reportes presentados por Pantelides y Bott (2000), posibilitan identificar diferentes aspectos que entran en juego al momento de conceptualizar la salud sexual de los adolescentes:

En el trabajo de Méndez (1994) sobresalen las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA, como entidades opuestas a la salud sexual. La investigación muestra que las personas objeto del estudio, consideran que las infecciones de transmisión sexual ocurren porque la gente vive experiencias sexuales prematrimoniales y extramatrimoniales. Así, el concepto de salud sexual se articula a la institucionalidad del matrimonio o la convivencia, en una posición que muestra clara influencia de la cultura y dentro de ella, la educación tradicional religiosa.

En la investigación de Geldstein y Delpino (1999) se tiene en cuenta la relación entre madre e hija, la transmisión de valores y patrones culturales, en la continuidad generacional y reproductiva. Las investigadoras reportan que, “los contenidos que las madres transmiten a sus hijas se encuentran en estrecha relación con sus propias imágenes y representaciones en torno a los roles de género, sexualidad y reproducción” (p, 207). Así, el concepto de salud sexual está íntimamente ligado a las historias de vida de las madres, determinantes en la transmisión de valores sobre la salud sexual y reproductiva. Muestran además, la salud sexual está relacionada con la ausencia de embarazo temprano, considerando los costos sociales de tener un hijo a temprana edad, ya que según las madres, se vería afectada la escolaridad y proyección laboral de sus hijas.

En esta investigación se puede determinar también, que el concepto de salud sexual está definido en parte por la ausencia de enfermedad ginecológica y según las investigadoras, no existe una mirada sobre la sexualidad que tenga en cuenta la conciencia del deseo y la búsqueda de la satisfacción del ejercicio de la sexualidad.

La investigación de Lozano y otros (2002), sobre la salud sexual en un grupo de adolescentes varones mexicanos, posibilita identificar que éstos

relacionan la salud sexual con la ausencia de enfermedad y los investigadores consideran que los patrones aprendidos a temprana edad se reproducen en la vida adulta.

En lo que respecta a los conocimientos y comportamientos sobre la salud sexual, Peña y otros (2005), realizaron un estudio descriptivo de corte transversal en las 12 escuelas secundarias básicas urbanas del municipio Habana del Este en Cuba. Entre los principales resultados se encontró que los conocimientos son adecuados y que estos se corresponden con los comportamientos. De alguna manera se pone de manifiesto el papel de la familia en la educación sexual de los adolescentes, pues buena parte del grupo estudiado obtuvo la información de sus padres.

Esta investigación, como la mayoría de las mencionadas anteriormente, muestra que el concepto de salud sexual está relacionado con la anticoncepción en la población adolescente y con la prevención de enfermedades de transmisión sexual. De esta manera se hace evidente un enfoque biomédico de la sexualidad, planteándose que los programas de educación y salud deben tener en cuenta estos dos aspectos como fundamentales. Los planteamientos conceptuales posibilitan identificar un modelo determinista en la construcción del conocimiento, el cual puede resultar limitado para abordar la realidad de los adolescentes y la manera como éstos asumen su sexualidad.

Existen también otros trabajos que han pretendido construir modelos de salud sexual en diferentes comunidades, como es el caso del que propusieron Mayor y Sánchez (1999), en una zona urbana al interior de una provincia en Cuba. Esta investigación propuso una serie de variables como determinantes de la salud sexual, tales como la influencia de la convivencia familiar en la aparición de las infecciones de transmisión sexual(ITS),

responsables de la crianza, escolaridad, estado civil, antecedentes de ITS, uso del condón, información-orientación recibida. Así, la investigación está planteada sobre un modelo de causalidad donde se asume que determinadas variables inciden en la aparición de enfermedades, las cuales son consideradas como opuestas a la salud sexual. Desde esta perspectiva, el concepto de salud se define por su oposición a la enfermedad. Aquí se establece una concepción sobre la construcción de conocimientos referentes a la función de la sexualidad, a partir del aprendizaje de ciertos “patrones”. De esta manera, los sujetos son receptores de conocimientos que se instauran como patrones en la sociedad.

Investigaciones como esta, proponen un modelo tradicional de convivencia y valores, desde donde se cree garantizar en parte la salud sexual.

En general las investigaciones también muestran los vacíos educativos de los jóvenes frente a la salud sexual. Tal es el caso del estudio realizado por Vinaccia y otros/as (2007), con adolescentes de la ciudad de Medellín (Colombia). Los resultados muestran que a pesar de que muchos estudiantes han recibido información sobre el VIH/SIDA, existen vacíos conceptuales y de información. Así mismo se reporta que la percepción de riesgo en la adquisición del VIH/SIDA por parte de los estudiantes es muy baja, sin tener claridad de las implicaciones de la enfermedad.

Por otra parte, en un estudio realizado por Campo y otros (2010) mostró la vulnerabilidad de los jóvenes frente a problemáticas de la salud sexual, incluyendo el VIH/SIDA. En el estudio donde participaron 804 estudiantes de la ciudad de Santa Marta (Colombia), se concluyó que uno de cada tres estudiantes adolescentes presenta alto riesgo de ser infectado por el VIH o de sufrir un embarazo no planificado.

Los anteriores reportes dan cuenta de las deficiencias y problemáticas que enfrentan los jóvenes frente a la salud sexual, pero cuando se analiza esta situación con adolescentes y jóvenes sordos(as), la situación es crítica ya que existen pocos reportes y las necesidades de esta población son poco trabajadas.

Para complementar las problemáticas expuestas hasta el momento, es importante acercarse a las ideas, representaciones y creencias que tienen los adolescentes oyentes sobre la salud sexual. En este sentido es importante explorar las representaciones sociales sobre la salud sexual.

Las representaciones sociales de la salud sexual.

Existe un conocimiento social, el cual determina de antemano qué es bueno y qué es malo para la salud. Al implementar programas de promoción de la salud sexual, muchas veces no se tiene conocimiento de lo que piensan los adolescentes, es decir que en la medida que no se reconozcan sus ideas y representaciones, estos programas corren el riesgo de fracasar.

En el caso de la salud sexual en los adolescentes existen estudios y documentos que reportan la distancia entre los conocimientos construidos y sus conductas, las cuales en muchas oportunidades conduce a problemas que afectan su desarrollo y su vida de manera significativa. No se trata de una relación lineal entre información y conductas, sino que entran en juego diferentes factores que constituyen complejidades al momento de plantearse programas de promoción de la salud, así como de prevención sobre problemáticas relacionadas con la sexualidad.

Estos factores han sido explorados en la revisión de diferentes investigaciones y documentos los cuales pueden ser agrupados en dos

enfoques principalmente; uno referente a estudios que hacen énfasis en aspectos comportamentales, y otro correspondiente a los estudios sobre las representaciones sociales de la salud sexual.

En el caso de los estudios que enfatizan en los aspectos comportamentales, predominan las relaciones entre factores de riesgo y factores protectores, teniendo en cuenta la influencia del medio como determinante de las conductas problema para la salud de los adolescentes, además de enfatizar en el aprendizaje como determinante de los comportamientos saludables.

En este tipo de investigaciones se plantea metodologías descriptivas y se hace uso de instrumentos tales como encuestas y entrevistas, se emplean procedimientos estadísticos de regresión logística para calcular la probabilidad de resultados, según la presencia o no de factores de riesgo y de protección. En síntesis, corresponden a estudios diseñados e implementados bajo un paradigma positivista que se diferencian de aquellos de tipo cualitativo que hacen uso de enfoques cualitativos interpretativos.

Desde esta perspectiva han tenido relevancia los trabajos basados en el modelo de Creencias de la Salud y así como en el modelo de la acción razonada. En el primero entra en juego, el reconocimiento de aspectos motivacionales, perceptuales, las creencias de los individuos sobre los riesgos de la salud. Se hace evidente una gran influencia de las teorías de estímulo - respuesta y la teoría cognitiva.⁶ En el modelo de la acción razonada se tratan de articular factores actitudinales y comportamentales para explicar conductas de la salud⁷.

⁶ Para mayor información sobre este tipo de enfoque ver Cabrera, Tascon y Lucumi (2001).

⁷ Para ver la aplicación de estos modelos, se puede consultar la investigación de Arrivillaga y otros (2003)

En los estudios sobre creencias de la salud consultados, el término salud sexual está referido a las creencias y el conocimiento que se tiene sobre el cuerpo humano y el aparato reproductor, métodos anticonceptivos, embarazo, enfermedades de transmisión sexual, entre otros. Subyace un saber institucional planteado por una entidad, por determinados profesionales y por el Estado, desde donde se espera el aprendizaje de estos saberes y que conduzcan a la adquisición de nuevos comportamientos y prácticas.

Autores como Laplantine citado por Gazzinelli (2005) plantean que este modelo es comportamental y determinista, positivista (modelo exógeno) y en él se refuerza la idea que siempre hay un agente externo que causa la enfermedad y debe ser combatido. De manera consecuente, las prácticas educativas se basan en adoptar un modo de vida adecuado que corresponde a la aprehensión del saber instituido, el cual debe llevar a la adquisición de nuevos comportamientos y prácticas.

Desde este modelo que define la educación en salud como una actividad planeada que pretende crear condiciones para producir cambios de comportamientos deseados en relación con la salud⁸; la idea es reforzar patrones de salud que alguien cree que se deben adelantar (sea gobierno, escuela....). Así, lo que tiene que cambiar son los sujetos, y no las situaciones de desigualdad. Desde este modelo se plantea un discurso coercitivo y normativo. Este modelo ha sido cuestionado por diferentes investigadores que plantean que la información no determina necesariamente un cambio de comportamiento (Ochoa, 2000).

En el segundo caso, se pueden plantear algunos estudios sobre la salud sexual desde un enfoque de las representaciones sociales, donde se asume

⁸ Ministério da Saúde – Brasil, 1980. En *Diretrizes da Educação para a Saúde*.

el conocimiento como una construcción social que determina en gran parte las respuestas de los sujetos frente a la salud.

Es el caso de la investigación “Representación social del SIDA en estudiantes de la Ciudad de México”, realizada por Flores y Leyva (2003), donde los investigadores retoman a Denise Jodelet al hacer referencia a las representaciones sociales de orientación cualitativa interpretativa como:

la forma en que los sujetos aprenden los acontecimientos de la vida diaria, las características del medio ambiente, el conocimiento del sentido común o bien el conocimiento natural en oposición al conocimiento científico. Este conocimiento se constituye a partir de la experiencia pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que se reciben y transmiten a través de la tradición, la educación y la comunicación social (p. 625).

Los investigadores consideran que en la actualidad la mayoría de los estudios psicosociológicos tienen como objetivo revelar las relaciones que los elementos cognitivos tienen entre sí y la organización que estructura la representación social, dando sentido a sus prácticas.

Otra investigación sobre la representación social de la salud humana, realizada por Knapp y otros (2003) cuyo objetivo fue conocer la existencia o no de representaciones sociales de la salud, así como sus características, en un grupo de 105 sujetos dividido en tres grupos etáreos, planteó que “la salud devenida en concepto social, en realidad psicosocial no puede desvincularse del contexto y condiciones sociales en que tiene lugar y se desarrolla, todo lo cual permite abordar el estudio de la salud humana desde la Teoría de las Representaciones Sociales, la cual ofrece un marco teórico adecuado para ello, ya que alude al conocimiento socialmente elaborado, utilizado y compartido, que orienta las respuestas de los sujetos ante la

salud.” Las investigadoras mencionan que en la actualidad existen muchas investigaciones que demuestran la etiología psicosocial de la salud, señalando el peso del entorno y las variables sociales.

Estos investigadores consideran que las representaciones sociales que posean las personas de la salud, son importantes ya que determinan en gran medida su apropiación y cuidado. Así, al momento de plantearse programas de prevención sobre problemáticas que atentan contra la salud de los individuos, o la elaboración de programas de promoción de la salud, es conveniente tener en cuenta las representaciones sociales, ya que éstas se relacionan de manera dialéctica con las prácticas de los individuos.

Tal reconocimiento ha sido objeto de debate en la educación para la salud, donde algunos autores han indagado las relaciones entre representaciones y prácticas, además de señalar en esta relación, el carácter multifacético de los procesos educativos. En ese sentido, se resalta la formación de redes de solidaridad entre educadores y educandos, buscando el desarrollo de potencialidades con la intención de superar las dificultades y otorgando autonomía a los sujetos involucrados. Aquí, el educador abandona su “poder ficticio” y se deja seducir por el otro para crear nuevas representaciones (Gazzinelli y otros, 2005).

Representaciones sociales de la salud y personas sordas

Respecto a trabajos que hacen referencia a personas sordas vale la pena mencionar el desarrollado por Sousa y otras (2002), donde a partir de las necesidades manifestadas por jóvenes sordos, sobre el tema de la salud sexual, se planearon y desarrollaron una serie de talleres que les posibilitaran

a los sordos reconocer sus propias representaciones y pudieran construir conocimientos favorables para su vida sexual. En este trabajo, las personas sordas fueron asumidas como una comunidad que posee una cultura propia usuaria de la lengua de señas; esta lengua posibilita reducir el aislamiento informativo frente a la salud sexual.

Otro trabajo que hace referencia a las representaciones de la salud por parte de jóvenes sordos, fue realizado por Belasco (2005). En el se señala la importancia de explorar las creencias e ideas que tienen los jóvenes sordos sobre la salud sexual, y se concluye que los sordos son una población que demanda una educación preventiva que debe tener en cuenta el contexto y el reconocimiento de las particularidades de la comunidad, tales como su lengua, su cultura y su experiencia visual.

El estudio que realizaron Goldstein y otros (2010), mostró que de 700 estudiantes sordos que asistían a 15 instituciones educativas de secundaria de 13 estados de los Estados Unidos de Norteamérica, aproximadamente el 50% desconocían asuntos fundamentales sobre la adquisición y transmisión del VIH/SIDA. Este estudio es considerado como uno de los que han incorporado mayor número de participantes adolescentes sordos hasta la fecha de su realización.

Entre 14 preguntas realizadas a los estudiantes llama la atención que el 65% de ellos respondió de manera equivocada cuando se les preguntó si el VIH se podía transmitir en relaciones sexuales hombre -. Mujer, sin usar el condón. En ese mismo porcentaje hubo equivocación en las respuestas cuando se preguntó si mirando a una persona se podía diagnosticar el VIH/SIDA. También se hizo evidente en un 60% el desconocimiento de los tratamientos médicos para el SIDA.

El estudio concluyó con la necesidad de intervenir con programas formativos y preventivos del VIH/SIDA para esta población, reconociendo sus características y explorando sus necesidades poco indagadas. Así mismo se reconoce que las instituciones educativas tienen las condiciones más favorables para brindar orientación adecuada sobre el VIH/SIDA.

Se podría decir entonces, que en algunos casos se reconocen las particularidades de las comunidades de sordos frente al tema de la salud sexual, pero no se evidencian suficientes estudios que indaguen sobre las representaciones sociales acerca de la sexualidad y la salud sexual.

Como se mencionó antes, esta situación posiblemente obedece a la hegemonía del modelo biologicista sobre la sexualidad en el campo de la salud pública, donde no se han reconocido las creencias y conocimientos cotidianos de las poblaciones en situación de vulnerabilidad sobre la salud sexual. Desde ese enfoque, las representaciones sociales no han ocupado un lugar importante en la medida que corresponden a disciplinas opuestas, que tienen como fundamento epistemológico la fenomenología y el construccionismo social que no es el caso de las corrientes positivistas de la salud pública con enfoque epidemiológico multicausal (Arrivillaga, 2008)

Las políticas de salud sexual en el marco de la salud pública; el caso de las poblaciones en situación de vulnerabilidad

De acuerdo con Vásquez (2008), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), citando el preámbulo del texto constitucional de la Organización Mundial de la Salud (OMS), planteó en 2008 que el disfrute del más alto

estándar de salud es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano sin importar raza, religión, creencia política, económica o condición social. Seguramente habría que complementar citando el derecho a la salud para las personas en situación de vulnerabilidad por diversos asuntos como es el caso de las personas sordas y otros grupos de personas cuyas deficiencias en muchas ocasiones conducen a discapacidades permanentes. También se plantea por parte de este organismo una estrecha relación entre los derechos humanos y la promoción y protección de la salud pública. Se puede decir entonces que se trata de una sinergia, ya que el disfrute de la salud es necesario para el ejercicio de los derechos humanos; y al mismo tiempo, el ejercicio de los derechos humanos posibilita contribuir al desarrollo de la salud. (Pan American Health Organization 2010).

A pesar de estos postulados, el acceso a la salud para las minorías en situación de vulnerabilidad sigue siendo limitado y en muchas oportunidades inexistente debido a desventajas económicas y sociales tal como lo señala R. Rashid y otros(as) (2009). Se presenta exclusión a diferentes niveles, partiendo del acceso a los programas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, pasando por una deficiente atención hasta la exclusión de procesos de participación social.

En este punto es necesario mencionar la salud sexual de las poblaciones en condición de vulnerabilidad como un derecho fundamental, desde donde se debe garantizar el goce del propio cuerpo, la construcción de una identidad, la decisión frente a la maternidad y paternidad responsable, así como la planificación.

Este planteamiento implica un gran reto para la salud pública ya que como disciplina que involucra diferentes campos fundamentales del ser humano, obliga a tener en cuenta a las personas en condiciones de vulnerabilidad al

momento de formular políticas. Tal es el caso de la salud sexual y reproductiva, donde el reconocimiento de las poblaciones en situación de vulnerabilidad es escaso. Al respecto es importante señalar que si bien el Plan Nacional de Salud Pública del Ministerio de la Protección Social de Colombia; año 2007 – 2010 (Decreto 3039 de 2007), menciona la importancia de atender a la “población en condiciones de vulnerabilidad” (Capítulo IV), no fue explícito en las orientaciones y lineamientos para asegurar la salud sexual y reproductiva de esta población.

Para el caso específico de las personas sordas como una población en situación de vulnerabilidad, ya se ha mencionado que su exclusión de los programas de salud sexual se convierte en un atentado a sus derechos fundamentales, ya que invisibiliza el reconocimiento de su identidad desde la diferencia, así como el derecho a tener una vida sexual gratificante y segura.

Como se ha mencionado anteriormente, llama la atención el hecho que haya pocos estudios sobre las representaciones sociales de la salud sexual desde las personas en situación de vulnerabilidad y particularmente los sordos. Por qué no aparecen o su presencia es escasa en el acumulado de investigaciones sobre este tema? Esta pregunta es parte de la problemática expuesta ya que da cuenta del desconocimiento y la negación social de la sexualidad en las personas en situación de vulnerabilidad y particularmente de aquellas que tienen una discapacidad. Las personas con discapacidad son desexualizadas o por el contrario su sexualidad es mostrada como exagerada, lo cual es otra forma de negarla. La sexualidad de las personas con discapacidad es asumida socialmente como una “sexualidad discapacitada y anormal” (Glat, R. 2005)

Es importante señalar como parte de la problemática que justifica la implementación de la presente investigación, el distanciamiento de la salud

pública basada en modelos epidemiológicos positivistas, con las representaciones sociales de la personas en situación de vulnerabilidad. Así, en la medida que no se reconozca o no se tengan en cuenta tales representaciones sociales, constitutivas de la construcción de realidades desde donde los individuos logran explicarse eventos de la cotidianidad, la salud pública se mantiene en un discurso distante, centrado en enfoques positivistas que desconocen las construcciones de realidad de los sujetos, desde donde se tratan de imponer normas y estilos de vida considerados convenientes desde una perspectiva hegemónica social.

Por otro lado, una salud pública que incorpora la complejidad del objeto salud – enfermedad, reconoce que dicho objeto se define según la perspectiva de los sujetos sociales como productores de conocimiento (Almeida-filho, N (2000). Desde esta perspectiva, las representaciones sociales de las personas en situación de vulnerabilidad se convierten en un importante indicador y referente para atender el bienestar y la salud se esta población.

Como parte de la problemática del presente estudio referente a las representaciones sociales de la salud sexual y la sexualidad de los adolescentes sordos y oyentes, está también el papel que juegan los investigadores, quienes tienen sus propias representaciones de la salud sexual y la sexualidad. Los profesionales y trabajadores de la salud pública institucional tienen representaciones sobre las personas en situación de vulnerabilidad y sobre su salud, lo cual plantea un nodo problemático que obliga a revisar la validez de la información y el análisis que se llevó a cabo en las investigaciones consultadas y en lo que tenga que ver con el presente estudio. Esta situación es importante porque reconoce que en el campo de la salud pública entran en diálogo diferentes representaciones, tanto de las personas en situación de vulnerabilidad como de los trabajadores por la salud y los investigadores, quienes se pueden otorgar el derecho de

investigar a otros sin verse a ellos mismos con el riesgo de tomar distancia de los determinantes sociales de la salud, para concentrarse en sujetos individuales.

Pregunta de investigación

Los anteriores apartados muestran varios asuntos relevantes en relación con la salud sexual de los adolescentes Sordos/sordos.

En primera instancia, un desconocimiento de la sexualidad como constitutiva de la identidad de las personas sordas. Esta situación las convierte en una población de riesgo en cuanto a la salud sexual (enfermedades, violencia, embarazos no deseados) pero sobre todo, en objeto de despersonalización, lo cual resulta más grave para alcanzar una vida digna. Así mismo se ha podido constatar una debilidad en cuanto al desarrollo de estudios e investigaciones que tengan en cuenta la sexualidad de los adolescentes con mayores vulnerabilidades, sobre todo desde enfoques que reconozcan la construcción social de los conocimientos de la población.

La anterior situación resulta llamativa, teniendo en cuenta que los índices demográficos dan cuenta de un porcentaje significativo de población en condición de discapacidad y se evidencia así, un desinterés o abandono de este componente de la vida de las personas; en ese sentido se esperaría mayor atención a estas problemáticas.

Por otra parte, la literatura y las anteriores revisiones posibilitan señalar un desconocimiento de las representaciones sociales de adolescentes sordos sobre la sexualidad y la salud sexual, lo cual resulta negativo al momento de proponer programas de atención y formular políticas en beneficio de estas personas. Como se señaló, un número importante de personas sordas han

vivido dificultades al participar de diferentes modelos de educación y rehabilitación, enfrentado conflictos de identidad que entran en juego con su salud sexual. Tal como se mencionó, el hecho de ser objeto de diferentes miradas epistemológicas y ontológicas por parte de los oyentes, les determina su camino, sus deseos y sus decisiones.

Se hace necesario también, un acercamiento a las problemáticas de la salud sexual y la sexualidad, que vaya más allá de las comprensiones biomédicas, de tal manera que al hacer referencia a la salud sexual de los adolescentes Sordos/sordos y oyentes, se pretende ir más allá del concepto funcionalista que tiene en cuenta solamente las infecciones de transmisión sexual y el embarazo no deseado a edad temprana, para asumir dentro del concepto, la identidad como objeto de estudio y determinante de la salud sexual. En ese sentido se pretende indagar sobre la salud sexual y sexualidad en su conjunto y complementación en el caso de los adolescentes Sordos/sordos y oyentes, desde una perspectiva del construccionismo social que posibilite mayor profundización y aporte nuevos elementos a un debate en vía de construcción.

Esta situación resulta crucial, en la medida que los adolescentes Sordos/sordos en muchas oportunidades se convierten en objeto de la mayoría oyente (padres de familia y familiares, profesionales que trabajan con personas sordas) y pierden la posibilidad de decidir sobre sus intereses y en general sobre sus vidas.

Por su parte, las anteriores problemáticas deberían estar inscritas en las reflexiones y formulación de lineamientos al interior de la salud pública. Las poblaciones vulnerables deben ser objeto de la salud pública, en temas fundamentales de derechos, a partir de una comprensión del conocimiento cotidiano y las creencias sobre la salud sexual y reproductiva.

Es así como las anteriores exposiciones y justificaciones conducen a la formulación de la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las representaciones sociales de adolescentes Sordos/sordos, comparadas con las de adolescentes oyentes, sobre la sexualidad y la salud sexual?

La pregunta de investigación tal como se enuncia debe ser desagregada para una mayor profundización de la problemática. Se trata de adolescentes de ambos sexos, ubicados en condiciones socioeconómicas particulares, con diferentes bagajes escolares y sujetos de una historia educativa y de rehabilitación determinante en la construcción de sus identidades. En ese sentido se presentan a continuación algunas preguntas específicas:

¿Cuál es el contenido de las representaciones sociales sobre la salud sexual y la sexualidad de adolescentes sordos (usuarios del castellano oral)/Sordos (usuarios de la lengua de señas colombiana) y oyentes?

¿Cuál es la estructura de las representaciones sociales sobre la salud sexual y la sexualidad de adolescentes sordos/Sordos y oyentes?

¿Qué relaciones de convergencia y/o divergencia, existen entre las representaciones sociales sobre la salud sexual y la sexualidad de tres grupos de adolescentes: Sordos, sordos y oyentes?

2. Objetivos

General.

Describir y analizar la estructura y contenidos de las representaciones sociales de la salud sexual y la sexualidad de tres (3) grupos de adolescentes: sordos usuarios de lengua de señas colombiana (LSC), oyentes y sordos usuarios de castellano oral, las convergencias y divergencias, con el fin de aportar elementos a la reflexión sobre la salud sexual en poblaciones en situación de vulnerabilidad y su aplicación al campo de la salud pública.

Específicos

1. Describir y analizar los contenidos de las representaciones sociales que un grupo de adolescentes sordos/Sordos y un grupo de adolescentes oyentes tienen sobre la salud sexual y la sexualidad.
2. Identificar y analizar la estructura de las representaciones sociales sobre la salud sexual y la sexualidad de los adolescentes Sordos/sordos y oyentes.
3. Describir las características de las representaciones sociales sobre la salud sexual y la sexualidad de tres grupos de adolescentes: sordos, Sordos y oyentes.
4. Identificar las relaciones de las representaciones sociales de la salud sexual y la sexualidad entre adolescentes sordos/Sordos y oyentes.

3. Marco conceptual

3.1 Salud Pública y Poblaciones en situación de vulnerabilidad

Terris (1992) definió la Salud Pública, a partir de los planteamientos de Charles Edward Amory Winslow en 1920:

La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida, y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de higiene personal, organizar los servicios para diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud” (p,187- 188)

Esta definición incluye varios aspectos que se consideran necesarios para tener “un nivel de vida adecuado”, desde el saneamiento ambiental, la prevención de dolencias y enfermedades, su diagnóstico y tratamiento, educación, fortalecimiento de la comunidad y la organización que garantice una adecuada salud para la sociedad. Es importante tener en cuenta que se hace referencia a individuos que son miembros de una comunidad y esto implica el reconocimiento de todos, con las diferencias que poseen cada uno de ellos. Así, la salud pública tiene en cuenta a todos los individuos de una comunidad, incluyendo y priorizando a las poblaciones de mayor vulnerabilidad.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que la definición citada por Terris muestra las transformaciones ocurridas en los últimos sesenta y cinco años,

donde, la salud pública le da importancia a los procesos de prevención sin desconocer la atención. Esta situación sigue siendo foco de discusión, teniendo en cuenta las dificultades para establecer un equilibrio entre la atención curativa y la prevención. Al respecto Terris cita a Wilson (1989):

La dificultad para establecer un equilibrio eficaz entre la atención curativa y preventiva ha sido ampliamente reconocida. Los trabajadores comunitarios de salud (TCS) tienen menos credibilidad dentro de la comunidad sino poseen capacidades curativas; no obstante, si las tienen, la tendencia apunta a dar preferencia al tratamiento y no a las actividades rutinarias de prevención. Dado que los supervisores de los TCS pertenecen casi siempre a personal de enfermería con orientación clínica, esta tendencia se ha exacerbado". (Wilson,. 1989. citado por Terris, 1992 p, 191)

Desde mediados del siglo XIX, las bases para la medicina social y la promoción de la salud, los sistemas de salud y las prácticas del mundo occidental han sido cuestionadas por el sostenimiento de un modelo mercantilista, asistencial individualista que hace énfasis en la curación y la terapia. Frente a estos hechos surgieron corrientes que reconocieron la importancia de la comunidad y el papel del Estado para garantizar salud para todos y la necesidad de implementar programas que tuvieran en cuenta además de la atención, la promoción de la salud para todos los miembros de la sociedad. Al respecto Cruz (2005), en un documento referente a la importancia de la inclusión social de las personas con discapacidad, plantea:

En compensación, (al modelo asistencial individualista) ha ganado fuerza teórica, metodológica y práctica la idea de que la salud de las poblaciones está determinada por el grado en que el Estado y la sociedad reconocen, garantizan y respetan los derechos humanos de todos los ciudadanos; por los mecanismos y estrategias que las sociedades usan para asegurarse gobiernos autónomos elegidos libremente, que posibiliten participar, administrar y distribuir con justicia la riqueza producida colectivamente; y finalmente, por la forma

como se imparte justicia social y se respetan las diferencias, la diversidad y la pluralidad en los colectivos humanos presentes en una sociedad.” (p, 92)

Lo anterior señala la importancia que tiene el reconocimiento de la salud como un derecho para todos los ciudadanos, dentro de un concepto que además de la atención, incluya la promoción de la salud, la prevención y la rehabilitación.

Los planteamientos iniciales de Terris, complementados por otros autores, dan cuenta de un enfoque que favorece los modelos de riesgo y causalidades directas para explicar las enfermedades. Se enmarcan en una noción individualista de lo social y lo público (Arrivillaga, 2009) que obligó a la revisión de otros enfoques y procesos no lineales determinantes de la salud. Así mismo fue necesario plantearse enfoques diferenciales que reconocieran las particularidades de los grupos y sobre todo las necesidades de las personas en situación de vulnerabilidad.

Es así como en el caso de los grupos humanos en situación de mayor vulnerabilidad, la salud pública se vio en la obligación de brindarles espacios de atención dentro de la sociedad, con oportunidades y condiciones para su bienestar. Si bien el concepto de vulnerabilidad surge como indicador del riesgo en el marco de un enfoque positivista de la salud pública, en la presente investigación se retoma desde una perspectiva social haciendo referencia a diferentes grupos cuyas condiciones sociales, políticas, económicas y culturales los hacen más vulnerables a la pérdida de salud.

Pérez (2001) citado en los textos sobre factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres, Ministerio de la Protección Social de Colombia, (2009) plantea que el concepto de vulnerabilidad se incorporó en las ciencias sociales, “en particular a partir de los estudios de desarrollo, contribuyendo a

comprender mejor y más ampliamente la situación de los sectores menos favorecidos, y se convierte en un instrumento fértil de estudio de la realidad social”. (p. 13)

Así mismo menciona que la vulnerabilidad se caracteriza por ser multidimensional al manifestarse en distintos individuos, grupos y comunidades en las que adopta diferentes formas y modalidades; es integral porque puede afectar todos los aspectos de la vida de quien la padece; y progresiva porque existe previamente y puede acumularse e incrementar a través del tiempo. Este concepto es aplicable a las personas sordas que se han agrupado por situaciones físicas, sociales, culturales y lingüísticas comunes.

La vulnerabilidad implica la interdependencia de niveles entre el individuo, la colectividad y el Estado, lo cual posibilita analizar las problemáticas desde diferentes contextos, más allá de la condición individual de las personas. Se trata del reconocimiento de sujetos que en este caso presentan deficiencias auditivas, pero que se reconocen con identidades particulares bajo un enfoque de derechos.

“En este sentido la vulnerabilidad es una dimensión relativa, es decir, todas las personas somos vulnerables, pero cada uno tiene su propio nivel y tipo de vulnerabilidad en función de sus circunstancias socioeconómicas, culturales, políticas, religiosas, de género y personales. (Pérez, 2001 citado en los textos sobre factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres, Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2009).

En este contexto es de destacar la relación pobreza – vulnerabilidad, la cual afecta de manera significativa la salud de las personas que hacen parte de esta relación. De hecho, las desventajas sociales determinadas por ingresos,

logros económicos, nivel educativo y discapacidad, entre otros, definen el agrupamiento de las personas en jerarquías sociales que determinan su salud a lo largo de la historia de la vida (Braveman, 2003, citado por Aristizábal, 2007).

Ahora bien, es de señalar que la pobreza tiene diferentes manifestaciones que se ven plasmadas en lo material, lo cultural, lo ambiental, entre otras. “La pobreza debe concebirse como la privación de capacidades básicas y no meramente como la falta de ingresos, que es el cierto habitual con el que se identifica la pobreza” (Sen, 1999, p, 114). En tal sentido, existen grupos de personas que históricamente han acumulado pobreza cultural y exclusión social. De hecho estas personas pobres se ven más afectadas que el resto de la población, en el acceso a la salud como un bien social de derechos.

Según Echeverría, (2009) el grado de vulnerabilidad en la población:

está en función de la capacidad para controlar las fuerzas que la afectan, depende de la posesión o control de activos y de los cambios en los recursos que posee o controla, por cambios en los requerimientos de acceso a la estructura de oportunidades de su medio o por cambios en ambas dimensiones. (Katzman y Figueira, 1999, citado por Echeverría, 2009, p, 8).

Teniendo en cuenta este planteamiento se podría decir que la vulnerabilidad de las personas sordas tiene un gran determinante, no en la sordera como deficiencia fisiológica, sino en la construcción social de exclusión que afecta la participación social y económica de manera activa, debido al estigma social y la negación de derechos fundamentales en sociedades que discriminan la diferencia. De hecho, el acceso a la estructura de oportunidades para las personas sordas en Colombia, se ve bastante comprometida, a pesar de los esfuerzos ocurridos en los últimos veinte años, para abrirse un espacio de participación social con equidad.

La salud pública tiene en su razón de ser, el reconocimiento de las diferencias en el marco de la búsqueda permanente por el bienestar de todas las personas.

Se trata de un conjunto de saberes históricamente contruidos, sobre la salud de las comunidades y de un conjunto de prácticas (de las personas, la sociedad y el Estado) para crear y mantener las condiciones jurídicas, socioeconómicas y ambientales para un equilibrio crítico favorable hacia el bienestar colectivo” (Franco, 2006. Citado por Aristizábal, 2007, p.55).

Así, la salud pública debe tener en cuenta las necesidades particulares de grupos de personas, determinadas socialmente por sus características y particularidades, las cuales se transforman en diferentes contextos y situaciones hacia situaciones de mayor o menor vulnerabilidad.

Como se mencionó antes, la vulnerabilidad no es asunto exclusivamente económico ya que

el concepto de vulnerabilidad no se limita a la no satisfacción de necesidades materiales. Incluye asimismo las conductas discriminatorias, que atentan contra la dignidad de las personas o de los grupos sociales. Estas no son necesariamente el resultado del mal funcionamiento de las instituciones de una sociedad democrática, sino también de la escala de sus valores. El círculo de categorías socialmente vulnerables va, pues, más allá del de la pobreza” (Foster, 1999, p, 329).

Los grupos de mayor afectación frente a situaciones de vulnerabilidad son principalmente, las personas mayores, las familias numerosas, las familias monoparentales, las personas con discapacidad, las minorías y los marginados. Allí, en esos grupos se debe objetivar la intervención de la salud pública, desde la investigación, el conocimiento y las prácticas incluyentes.

En las sociedades perdura la discriminación hacia la diferencia física, lingüística y cultural. Desde esa perspectiva las personas con deficiencias físicas que llegan a denominarse personas con discapacidad auditiva, son objeto de discriminación. Y desde la misma perspectiva, aquellas usuarias de lengua de señas, que constituyen una minoría lingüística, también son objeto de exclusión social.

La situación de vulnerabilidad de las personas sordas se ha estructurado históricamente, desde la construcción social de valores frente a la diferencia y la exclusión en la participación económica y política, lo cual trae consecuencias negativas en la educación y la salud.

En contraparte es necesario señalar que dicha vulnerabilidad podría disminuir, no propiamente por la desaparición de la condición que caracteriza a la persona sorda, su sordera, sino por el reconocimiento de las capacidades y derechos de las comunidades; el mantenimiento de contextos favorables para la inclusión social, teniendo en cuenta que un grupo de personas en situación de vulnerabilidad puede ser más vulnerable en un contexto que en otro; y la identificación real de las problemáticas que acrecientan la situación de vulnerabilidad (Anderson, 2004).

Estos planteamientos entran en crisis cuando se analiza el sistema de salud en países como Colombia, que a pesar de haber realizado una reforma en el sistema de salud en 1993 - Ley 100 – y proponer hoy en día nuevas modificaciones a través de la Ley 1438 de 2011, no se ve claramente una respuesta favorable a las necesidades de la población con altos niveles de vulnerabilidad.

En los nuevos principios de dicha ley se plantea el enfoque diferencial donde se reconoce “que hay poblaciones con características particulares en

razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación”. La puesta en marcha de este principio precisa ir más allá del reconocimiento de patologías y atención médica, ya que no es suficiente, sino se comprende las formas de construcción de realidad y los costos sociales, culturales y económicos que implica la atención en salud de esta población.

Las poblaciones que en determinado momento de sus vidas o permanentemente se encuentran en situación de vulnerabilidad requieren ser objeto de un análisis que permita saber los alcances de una propuesta basada en la atención primaria como es el caso de la Ley 1438 de 2011, porque si bien allí se plantea que “La atención primaria hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud” (Artículo 13), es evidente que la salud sigue determinada de manera exclusiva a los servicios de atención, quedando en un plano marginal la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud. En este sentido, la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades como campo de la salud pública, requiere mayor claridad y profundización frente al sistema.

La ley menciona en el artículo 11, que las Entidades Promotoras de Salud (EPS), “garantizarán la prestación de las intervenciones de promoción de la salud, detección temprana, protección específica, vigilancia epidemiológica y atención de las enfermedades de interés en salud pública, del Plan de Beneficios con las redes definidas para una población y espacio determinados.” Será necesario que en el proceso de reglamentación de este artículo se especifiquen los lineamientos y las acciones referentes a las

poblaciones en situación de vulnerabilidad, atendiendo al principio del enfoque diferencial.

Así mismo, la Ley menciona en el artículo 17 la garantía de la prevención, detección temprana y tratamiento adecuado de enfermedades de los niños, niñas y adolescentes teniendo en cuenta los ciclos vitales, el perfil epidemiológico y la carga de enfermedades. Será necesario también incluir el enfoque diferencial para que no persista la discriminación hacia los y las adolescentes en situación de vulnerabilidad como es el caso de los sordos.

Desafortunadamente desde que se inició la Ley 100 de 1993, los recursos invertidos en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades han sido pocos frente a las inversiones administrativas y de atención de las enfermedades. Se espera que el desprecio que ha existido por los programas de promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, se corrija con los lineamientos y orientaciones de la nueva ley y específicamente del Plan decenal de Salud Pública al que se hace referencia en el Capítulo I.

Ante estas problemáticas es importante ilustrar los datos de aseguramiento en salud para las personas con pérdida auditiva, según el Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad en Colombia.

Tabla 3. Aseguramiento en salud de las personas con pérdida auditiva en Colombia.**Afiliación al SGSSS de personas en el RLCPD**

Tipo de afiliación	Total personas en RLCPD	%	Personas con dificultad para Oír	%
Subsidiado	473.544	55,3%	64.567	56,7%
Contributivo	171.355	20,0%	20.445	17,9%
Régimen especial	13.781	1,6%	1.651	1,4%
Ninguno	197.957	23,1%	27.285	23,9%
Total general	856.637	100,0%	113.948	100,0%

Fuente: MPS, Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad, Corte Septiembre 30 de 2011

El cuadro muestra que de las 113.948 personas con pérdida auditiva 24% no están aseguradas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y de las personas aseguradas (76%), el 56,7% están en el régimen subsidiado, lo cual muestra un nivel de dependencia bastante elevado. El panorama de la salud sigue siendo problemático y complejo, en la medida que se reconoce el progresivo desempleo, las condiciones marginales y exclusión social para un grupo amplio de la población.

No se puede perder de vista que las anteriores situaciones están enmarcadas en transformaciones de manejo del poder, dentro de dinámicas de mercado y globalización. Así según algunos autores, los antiguos modelos y paradigmas científicos que fundamentan las prácticas en el campo de la salud deben ser revaluados.

Sin embargo, romper con los paradigmas vigentes no significa su rechazo puro y simple. Impone movimientos de crítica, elaboración y superación. Se trata de una construcción en el plano epistemológico al tiempo que se movilizan voluntades en

el ámbito de la praxis para alimentar el pensamiento y la acción”..... “las propuestas de consolidación del campo de la salud como forma de superación de la llamada “crisis de la salud pública” puede significar una oportunidad para incorporar efectivamente el complejo “promoción-salud-enfermedad-cuidado” en una nueva perspectiva paradigmática, aumentando así la viabilidad de las metas en Salud para Todos mediante políticas saludables, a través de mayor y más efectiva participación de la sociedad en las cuestiones de la vida, salud sufrimiento y muerte” (Almeida y otros, 1999, 16-17).

Si se tiene en cuenta las dinámicas relacionadas con la salud de las personas en situación de vulnerabilidad en Colombia y particularmente las personas sordas, se hace evidente que la situación va mucho más allá de la atención y la rehabilitación en aquellos casos que se opta por esta posibilidad, sin pretender decir que esto se logra de manera plena. El panorama se complejiza cuando se incorporan en la reflexión, los conceptos de exclusión/inclusión de minorías en la promoción de la salud, prevención de las enfermedades, los servicios de salud cualificados y las posibilidades de participación social.

En tal sentido, las personas en situación de vulnerabilidad pierden la posibilidad de acceder a diferentes servicios (salud, educación, entre otros) y son incorporadas a sistemas asistenciales que casi nunca permiten una inclusión real a la sociedad. De alguna manera se hacen invisibles y se constituyen en dependientes de otras personas (Avaria, 2001). Su exclusión al sistema de salud da cuenta de tres aspectos básicos:

1. Un sistema de salud que todavía no logra profundizar en las necesidades particulares de las poblaciones en situación de vulnerabilidad, desconociendo las construcciones sociohistóricas determinantes en tales situaciones.
2. Como parte del anterior punto, un desconocimiento de las representaciones sociales de las personas en situación de

vulnerabilidad, frente a la salud y el bienestar. Ante los sistemas excluyentes, las personas en situación de vulnerabilidad construyen conocimientos y creencias que les permite tomar distancia de los servicios de salud regulares, a los que debido a diferentes dificultades, no pueden acceder.

3. Una debilidad en la asociatividad y organización de las personas en situación de vulnerabilidad, frente a los sistemas de salud y otros.

La exclusión ha sido comprendida teniendo en cuenta cuatro características:

La primera referente a la idea de que se produce la exclusión cuando no se accede a los bienes básicos y servicios, es decir a través de formas no económicas. La segunda característica está determinada por el acceso desigual a los mercados de trabajo y protección social. La tercera referida a la exclusión de mecanismos participativos. La cuarta hace referencia a al desigual acceso y ejercicio de derechos humanos, políticos y civiles. Es decir, que la exclusión social corresponde a la exclusión del mercado, las instituciones sociales y culturales (Perry, 2000, citado por Avaria, 2001).

Según Gacitúa y Davis (2000) la exclusión tiene que ver con tres dimensiones:

Una primera dimensión económica, en cuanto a la deprivación material y de acceso al mercado y los servicios. Una segunda dimensión relacionada con la exclusión política e institucional que niega la posibilidad de participación política. Una tercera referente a las características de las personas por su identidad sexual, género, etnia, religión y características físicas.

Esta situación se podría asociar a la que viven aquellas personas que debido a sus diferencias físicas y limitaciones, como las personas sordas, resultan

excluidas de diferentes espacios y servicios sociales, trayendo como consecuencia la vulneración de sus derechos.

Es claro que el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia no da aún una respuesta clara frente a la inclusión de las personas en situaciones de vulnerabilidad y esto implica plantearse otras alternativas, o al menos visualizar otros modelos de salud más incluyentes.

Al respecto resulta pertinente citar a Almeida (2006), cuando planteaba que dadas las necesidades de la población y sobre todo en el campo de la salud colectiva, se requería abordar nuevos paradigmas que posibilitaran la construcción de categorías epistemológicas propias, nuevos modelos teóricos y nuevas formas de análisis; todo esto en procura nuevas aplicaciones a la problemática de la salud. Modelos que rompieran con la linealidad temporal-espacial característica de la epidemiología tradicional y que tuvieran en cuenta la pluralidad, la jerarquización de los niveles de ocurrencia en los procesos y la diversidad de las relaciones entre diversos componentes, en el marco de una aplicación a la salud desde el paradigma de la complejidad.

Desde este paradigma

no es posible que exista conocimiento absoluto y aislado, porque el pensamiento complejo es por definición, relativo y contextual. Más aún, el conocimiento científico es integral y por eso mismo, permite una multiplicidad de conocimientos parciales y fragmentarios. Por lo tanto, el pensamiento complejo implica unidad con multiplicidad y unidad en la diversidad. (Morín, 2003. Citado por Almeida, 2006, p. 17).

Estos planteamientos son complementarios a la proposición de “Transdisciplinariedad” planteada por la misma autora, la cual “se sustenta en la relación entre ciencia en cuanto red de instituciones del campo científico y

ciencia como modo de producción del conocimiento, mediada en todas las instancias por el concepto de práctica científica” (p. 21). Se trata de la transdisciplinariedad como proceso, estrategia de acción y modalidad práctica, y no como un atributo de las relaciones complejas que pueden ocurrir entre las diferentes disciplinas. En este sentido, señala Almeida, “la transdisciplinariedad se encuentra en la construcción histórica de la epidemiología como ciencia responsable por la formulación del discurso científico sobre salud/enfermedad en el ámbito de lo colectivo” (Almeida y Silva, 2000).

El movimiento de resistencia a la represión política de los países del cono sur americano de los años 70 y 80, en el campo de la salud se vio reflejado en el movimiento de la salud colectiva bajo los principios de la medicina social. Este movimiento se planteó su objeto (salud-enfermedad) como proceso complejo en una sociedad compleja y contradictoria, recortada por prácticas institucionales y construida por agentes históricos (Almeida y Silva, 2000).

La salud colectiva se desarrolló según estas autoras, desde tres ejes disciplinarios fundamentales: la planificación en salud, las ciencias sociales en salud y la epidemiología. Una epidemiología que según el autor, necesitaba de transformaciones fundamentales en el orden conceptual y metodológico.

Era necesario ir más allá de la epidemiología tradicional basada en los sujetos individuales, para asumir los fenómenos de la salud en las colectividades, porque “considerar a la población como un mero conjunto unidimensional y cuantificado de individuos implica rechazar al colectivo en tanto grupo humano irreductiblemente social e histórico (p.:291).

Desde esta propuesta se planteó que para transformar las políticas en salud, se requería de conceptos y métodos que posibilitaran “una comprensión de la complejidad de los sistemas históricos y la formulación de prácticas

discursivas capaces de interferir en el espacio social de la salud colectiva.” (p, 292).

Lo anterior abre la posibilidad de pensar en un sistema de salud socialmente incluyente para las minorías en situación de vulnerabilidad. Un sistema que se fundamenta en el derecho a la salud y no en la comercialización de servicios, lo cual imposibilita que los grupos sociales excluidos accedan a condiciones de bienestar y salud, aunque se planteé un sistema de subsidiaridad, el cual puede ayudar a la integración social, pero también corre el riesgo de hacer apología a la exclusión social.

La situación de salud de las personas no está determinada exclusivamente por procesos que se manifiestan a nivel individual, cada vez se considera más necesario tener en cuenta los procesos sociales y culturales, que desde los planteamientos de Almeida (2006), corresponden a los modos de vida, que determinan de manera compleja los procesos de la salud colectiva en la cotidianidad de los grupos sociales. “Para eso, es imperativo construir lo colectivo como unidad integral de observación-análisis-interpretación-intervención, tanto a nivel conceptual como metodológico” (p. 293).

De hecho, para las personas en situación de vulnerabilidad, existen razones más contundentes para plantear que su situación de salud está determinada de manera fundamental por los procesos sociales, culturales e históricos. Estos modos de vida dan cuenta de procesos excluyentes que en el caso de los(as) jóvenes sordos(as), se visibilizan en los contextos de participación social, educativos y en muchas ocasiones, al interior de los contextos familiares.

Cuando se hace referencia a la exclusión de las personas en situación de vulnerabilidad, se está planteando aquí un concepto dinámico ya que las

características y particularidades de la exclusión, responden a las realidades de determinados contextos. Se trata de un concepto que favorece la comprensión de los procesos, donde la realidad es multidimensional y pasa a ser una creación cotidiana que se modifica y cambia (Avaria, 2001).

Volviendo a Almeida (2006) los fenómenos salud-enfermedad corresponden a “un objeto modelo totalizado”, el cual debe asumir la forma de “integrales de salud-enfermedad-atención”, dependiendo de las perspectivas de donde se asuma. Esto significa, entre otras cosas que la salud también se determina según la perspectiva del sujeto social productor de conocimiento, como en el caso de los investigadores que participan en redes sociales de institucionalización del saber.

En este contexto, señala Almeida (2006) que:

“los ‘integrales salud-enfermedad-atención’, constituyen objetos-modelo, polisémicos, polifacéticos, plurales, a la vez modelos ontológicos y heurísticos capaces de transitar (y de ser transitados) por distintas instancias y dominios, referidos a distintos niveles de complejidad, contruidos para referencia (y por referencia) a los hechos producidos por las ciencias de la salud colectiva.” (p, 299)

Asumir estos planteamientos implica una reorganización metodológica de los servicios de salud, donde se pueda incorporar o hacer constitutiva la naturaleza histórica y sociocultural de los problemas de salud en los diferentes grupos humanos. No se trata de introducir variables socioculturales a los procesos relacionados con la salud, “no es una simple cuestión de conceder una cierta intromisión social dentro de modelos de enfermedad epidemiológicamente concebidos, pero sí reconocer la pertinencia de los fenómenos de la salud-enfermedad a procesos sociales como una totalidad epidemiológica” .(p.302).

Así, el reconocimiento de los procesos sociales que incorporan grupos humanos en situaciones de vulnerabilidad, son fundamento en el acercamiento al objeto salud. Si además se considera la prevención de enfermedades y la promoción de la salud (por ejemplo, relacionadas con la salud sexual), como parte de la salud, es necesario reafirmar la importancia de reconocer en estos fenómenos, la existencia de poblaciones en situaciones de vulnerabilidad, que desde los modelos tradicionales de salud no han tenido un reconocimiento real.

La apertura hacia un nuevo paradigma en la ciencia epidemiológica, podría extenderse y entenderse como un nuevo paradigma en la salud. Allí, también son aplicables los términos “transdisciplinariedad”, “complejidad”, “pluralidad” y “praxis” tal como lo plantea Almeida (2006); La transdisciplinariedad invita a recorrer campos distintos al de las ciencias médicas, como la psicología social donde tienen gran validez los estudios de representaciones sociales sobre la salud y que aportan valiosos saberes sobre los conocimientos comunes construidos cotidianamente por diferentes grupos humanos. El reconocimiento de lo complejo, que rompe con la linealidad temporal espacial de manifestaciones inscritas de manera arbitraria en variables que intentan ser constitutivas de la realidad. La pluralidad que posibilite referenciar y reconocer los conocimientos construidos desde diferentes lugares. La praxis debe ser visible con modelos organizativos y estrategias de transformación de la salud pública.

En síntesis, se debe abogar por una salud pública que reconozca las minorías en situación de vulnerabilidad, como parte de los procesos sociales e históricos que se desarrollan en diferentes espacios y tiempos, trayendo consigo diferentes construcciones del conocimiento sobre la salud.

3.2 Las personas S/sordas

Los conceptos “sordo” y “sordera”, han tenido diferentes significados a lo largo de la historia, dependiendo de los contextos socio culturales, que en parte han influido en la construcción de diferentes enfoques y formas de atención. Estas conceptualizaciones han servido de marco referencial para los diferentes debates acerca de la salud, educación y la inclusión social de las personas con limitaciones auditivas.

En el Decreto número 2369 de 1997 de la Ley 324 de 1996, de Colombia,⁹ se define:

“a) Persona sorda, es aquella que de acuerdo con valoraciones médicas, presenta una pérdida auditiva mayor de (90) decibeles y cuya capacidad auditiva funcional no le permite adquirir y utilizar la lengua oral en forma adecuada, como medio eficaz de comunicación;

b) Persona hipoacúsica, es aquella que presentando una disminución de la audición, posee capacidad auditiva funcional y que mediante ayudas pedagógicas y tecnológicas, puede desarrollar la lengua oral;

c) Persona con limitaciones auditivas, es el término genérico que designa a toda persona que posee una pérdida auditiva cualquiera, de naturaleza e intensidad diversa, incluyendo las dos categorías anteriores.”

⁹ Ley 324 de 1996 “por la cual se crean algunas normas a favor de la población sorda”. República de Colombia.

Tales definiciones tienen en cuenta los aspectos físicos de la pérdida auditiva y centran la atención en la funcionalidad o limitación de la misma; se podría decir que existe un componente médico audiológico importante que determina la funcionalidad de la audición en relación con el uso de la lengua oral.

Las definiciones centradas en la concepción clínica y terapéutica de la sordera han hecho énfasis en las clasificaciones para referir la gravedad de la pérdida auditiva, teniendo como soporte, la medición audiológica de la audición en decibeles. Estos han sido los casos de las clasificaciones realizadas por Keaster (1948), Mogi (1964), Downs (1981) y expuestas por Fortich (1987) para referir una serie de grados de pérdida que van desde hipoacusia o sordera ligera, hasta hipoacusia profunda o deficiencia auditiva profunda.

Desde esta concepción, la sordera y la persona sorda son entidades que deben ser normalizadas, bajo los dispositivos de rehabilitación, donde dependiendo del momento de haber adquirido la pérdida auditiva (antes o después de haber adquirido la primera lengua), el individuo será objeto de atención terapéutica, con el propósito de recuperar la audición o adquirirla a través del uso de tecnologías, y/o alcanzar la funcionalidad a través de la lengua oral de su comunidad mayoritaria; los oyentes. Así, la sordera es una entidad física que afecta la adquisición o funcionalidad de la lengua y puede afectar el desarrollo del lenguaje.

El proceso de adquisición del lenguaje oral, en el caso de los niños que nacen sordos, resulta diferente al de los niños oyentes, ya que se enfrentan al difícil proceso de aprender una lengua que no pueden oír de manera natural y que por ello necesitan de un aprendizaje planificado de forma sistemática por los adultos (Marchesi, 1987). Frente a este proceso, no se

pueden desconocer los avances médicos, tecnológicos y terapéuticos en los últimos 18 años en Colombia, ya que con el surgimiento del implante coclear, muchas personas sordas - adultos y niños-, resultaron beneficiados de esta tecnología, facilitándose para ellos, el proceso de aprendizaje de la lengua oral.

Se puede decir entonces, que el modelo clínico de la sordera tuvo en cuenta las estrategias de accesibilidad de los sordos al mundo de los oyentes (Teske, 2002, Citado por Medina, 2005), lo cual se hizo notorio en el campo educativo hasta los años 80 del siglo XX, como parte del fortalecimiento de la hegemonía biomédica sobre el saber pedagógico. Allí, el estudiantes sordo se convertía en paciente, la escuela en centro de rehabilitación, y el propósito fundamental era posibilitar el habla, más que el aprendizaje de los contenidos o desarrollo de competencias tal como se plantea en la educación regular.

En este punto resulta pertinente preguntarse por la construcción de identidad de los niños y jóvenes sordos que asistían a las llamadas escuelas de educación especial, donde se trabajaba por y para la “oralización”, descuidando los procesos pedagógicos de la educación formal. Muchos de estos/as estudiantes se identificaban con las personas oyentes, estableciendo así un distanciamiento marcado con las personas que se representaban y enunciaban como sordas.

Resulta difícil hablar del modelo clínico de la sordera, sin hacer referencia al modelo social antropológico surgido en la década de los sesenta, paralelo al impulso de las políticas de integración escolar. Esto no significa que el enfoque social antropológico dependiera o impulsara la integración, por el contrario, más bien se constituyó en una fuerza crítica a dicho proceso. Esta situación trajo transformaciones en la concepción de persona sorda en

Colombia y abrió un nuevo espacio para la integración escolar de estudiantes sordos, en instituciones educativas a las que asistían estudiantes oyentes, haciendo uso de la lengua de señas colombiana (LSC), con la participación y mediación de un intérprete de LSC.

El modelo socio antropológico de la sordera surgió con la participación de profesionales de las ciencias sociales, tales como antropólogos, lingüistas y sociólogos que se interesaron por los sordos y que propusieron una visión totalmente opuesta al modelo clínico terapéutico de la sordera. Desde este enfoque se considera que los sordos constituyen una comunidad lingüística minoritaria caracterizada por compartir una lengua viso gestual (lengua de señas), valores culturales, hábitos y modos de socialización propios. Así mismo, frente a la pérdida auditiva, la comunidad se asume como diferente – no deficiente -, razón por la cual no se tiene en consideración el grado o nivel de pérdida auditiva de sus miembros (Skliar, 1997).

El enfoque socioantropológico de la sordera enfatiza en el concepto de comunidad lingüística que además de la lengua de señas incluye un cuerpo de conocimientos y creencias compartidos que llegaron a constituir una cultura rica y diferenciada, la cual permitió hablar de una “identidad” para los sordos; no solamente una identidad personal sino una identidad social y cultural (Sacks, 2000). En este contexto señala el autor que “los sordos tienen un sentimiento profundo y especial respecto a su propia lengua: suelen alabarla en términos tiernos y reverentes” (p, 182).

La mayor parte de las personas sordas usuarias de las lenguas de señas conforman una comunidad que tiene características que se derivan de experiencias, modos de vida y una lengua en común. Esto no significa que esta comunidad se encuentre aislada de la sociedad general y de otras comunidades diversas. Cada persona sorda pertenece a una familia,

generalmente de oyentes, con una historia particular. “Además, cada persona sorda tiene una personalidad, gustos y formas de ser y de actuar que lo caracterizan como individuo.” (Veinberg, 2010, 3).

La denominada “identidad sorda” ha sido construida en relación con cuatro ideas fundamentales: Comunidad, lengua, cultura e historia; y se relacionan de manera estructural con las características del “mundo sordo” tal como las expone Lane (1992); estas son:

- “Nombre colectivo
- Sentimiento de comunidad: Las personas pertenecientes a este mundo se sienten profundamente identificadas con él y le muestran una gran lealtad, ya que les ofrece aquello que no pueden encontrar en sus hogares: facilidad de comunicación, identidad positiva... El mundo de las personas sordas posee una alta tasa de endogamia: alrededor de un 90%.
- Normas de conducta: Existen normas para relacionarse, para gestionar la información, construir un discurso, adquirir estatus.
- Valores diferenciados: Las personas sordas valoran su identidad sorda, estigmatizadas por el mundo oyente, su lengua de signos, a la que procuran proteger y enriquecer, la lealtad cultural, el contacto físico.
- Conocimiento: las personas sordas poseen un conocimiento cultural específico, por ejemplo, acerca de su historia, conocen los valores del mundo de las personas sordas, sus costumbres y estructura social.
- Costumbres: En el mundo de las personas sordas hay maneras propias de presentarse y decirse adiós, de llevar un orden en las conversaciones, de hablar francamente de expresarse de manera educada. También poseen sus propios tabúes.

- Estructura social: En el mundo de las personas sordas existen numerosas organizaciones deportivas, sociales, literarias, religiosas, políticas
- Lengua: En las lenguas encuentran las minorías étnicas no solo un medio de comunicación sino el espíritu colectivo al que pertenecen. Las lenguas de signos, no basadas en sonidos, desmarcan claramente el mundo de las personas sordas del mundo oyente.
- Arte: En primer lugar, las artes lingüísticas en lenguas de signos, tales como narraciones, Cuentacuentos, humor, juegos de palabras, poesía. También las artes dramáticas y el mimo; las artes visuales (escultura, pintura, fotografía) que tratan sobre las experiencias de las personas sordas.
- Historia: El mundo de las personas sordas poseen un rico pasado relatado en lengua de signos y soportes muy diversos. Muchas asociaciones de personas sordas poseen importantes colecciones de cintas de video y películas de contenido histórico, y hay interés en conocer y aprender de la historia.
- Familiaridad: Solidaridad con las demás personas, continuidad a lo largo de las generaciones, sentimientos de poseer una ascendencia común.

En el marco de la sordera desde el enfoque social antropológico y enfatizando en la “identidad sorda”, llama la atención que para muchas personas sordas no es preocupación tener hijos sordos, incluso en muchos casos lo desean, aunque para otros, según Lane (1992) “hay cierta expectativa ante el embarazo y una ambivalencia entre el deseo de tener descendencia sorda y la consciencia de que la sociedad todavía no es plenamente accesible para las personas sordas.” (p.8)

Históricamente han existido planteamientos y enfrentamientos entre el enfoque clínico terapéutico de la sordera con el clínico terapéutico, sus diferencias se han hecho claramente visibles en el campo de la educación y la salud, donde la posición de educadores, terapeutas e investigadores difieren en lo relacionado con la identidad cultural de los sordos, la proyección frente a la adquisición de la lengua de señas o el aprendizaje de la lengua oral que usa la mayoría oyente, el manejo que se debe dar a la educación, así como en relación con las adecuaciones curriculares cuando se plantea la integración escolar.

Las principales diferencias se remiten al debate entre la escuela oralista y la escuela gestual en cuanto a la educación para los sordos. Al respecto Adriana Hurtado considera que los primeros proponen una integración a la sociedad oyente oralizando al sordo, mientras que desde la escuela gestual se aboga por una diferenciación de los sordos como grupo social poseedor de una lengua propia -lengua de señas-, con la cual se debe impartir su educación, posibilitando así, un proceso de aprendizaje que les posibilita estar en el mismo nivel intelectual que los oyentes. (Hurtado, 2004).

Pero si bien, en el campo de la educación y de la salud se han presentado las mayores confrontaciones por parte de los seguidores de estos dos enfoques, no se puede desconocer el conflicto en otros campos, tal como se mencionó en la presentación del problema de la presente investigación.

la lucha del sordos está inscrita en aspectos culturales mucho más generales, como el conflicto entre la pertenencia del sordo a dos mundos –el de oyentes en el que nacen y el de sordos con el que se involucran-; la capacidad comunicativa de un lenguaje viso-gestual y la incidencia que éste tiene en la percepción del mundo y las relaciones interpersonales; y el tema de la identidad y constitución del sujeto en los sordos.” (Hurtado, 2004, p 8).

La identidad de los adolescentes y jóvenes sordos se convierte en foco de investigación, en la medida que muchos de ellos se han constituido en sujetos Sordos usuarios de la lengua de señas, o sordos usuarios del castellano oral, lo cual muestra diferencias en la manera como interactúan y se desempeñan en la sociedad. También hay que reconocer dentro de la construcción de identidades, tal como se mencionó antes (en el apartado de problema de investigación), a aquellas personas sordas que desde el comienzo de sus vidas asistieron a procesos clínico terapéuticos comúnmente denominados oralistas, pero que por diversas circunstancias tales como un cambio de lugar geográfico o el fracaso en este enfoque al no poder hablar, pasaron a ser miembros de alguna comunidad de personas sordas usuarias de la lengua de señas; o por el contrario, aquellos sordos que adquirieron la lengua de señas como primera lengua, pero ante la adopción de un implante coclear y los procesos de rehabilitación complementarios, se volvieron usuarios de la lengua oral de la mayoría oyente.

Al respecto Skelton y Valentine (2003), plantean que para los sordos, en su última etapa de la adolescencia, la formación de su identidad es fundamental tal como ocurre con otros jóvenes. Para muchos de ellos, el uso de la lengua de señas hace parte de su sensibilidad y adecuada autoestima al sentirse parte de la comunidad de sordos. Sin embargo algunos de ellos enfrentan tensiones frente a esta identidad en construcción, ya que existen muchas barreras comunicativas con el mundo de los oyentes, empezando por su vida familiar; teniendo en cuenta que el mundo de los sordos es relativamente pequeño numérica y espacialmente, con pocas alternativas para elegir en la vida. Así mismo, al interior de los clubes de sordos usuarios de lenguas de señas, que existen normalmente en las grandes ciudades, no todos son bienvenidos, excluyendo a aquellos que expresan identidades no convencionales como son los homosexuales, lesbianas y practicantes de

religiones minoritarias, entre otros. Se sabe que la construcción de identidad es compleja y en muchas oportunidades contradictoria, pero para una minoría como los sordos, las tensiones entre diferentes identidades pueden tener profundas implicaciones sociales.

Las mismas autoras también señalan que la independencia de los adolescentes no se puede generalizar, sobre todo porque depende del contexto social. Para muchos sordos la transición de la independencia se define en términos de aprender lengua de señas e ingresar a la comunidad de los sordos adultos a través de las asociaciones, lo cual significa ingresar a la cultura sorda; pasar de la “s” minúscula a la “S” mayúscula de Sordos (en idioma inglés se plantea pasar de la “d” a la “D” de Deaf).

Estos planteamientos están ligados a un proceso que resulta difícil para muchos padres de adolescentes sordos (en su gran mayoría oyentes), ya que se trata de la decisión que toman sus hijos(as) sordos(as), de pasar de una “familia de origen” hacia “una familia de elección”. Esta situación es semejante a la que ocurre con otras personas que en algún momento de su vida, y como parte de los procesos de identidad, decidieron hacer parte de una comunidad minoritaria en la sociedad. (Skelton y Valentine. 2007).

Para los adolescentes sordos que aprenden lengua de señas e ingresan en el mundo de la denominada “cultura sorda”, los espacios de socialización son de vital importancia para comunicarse, divertirse y establecer nuevas relaciones, pero para muchos de sus padres oyentes estos espacios no son de su agrado al considerar que sus hijos toman distancia de la familia de origen por asistir a estos lugares. Por el contrario los adolescentes encuentran allí la posibilidad de asumirse como Sordos, aunque reconozcan que se aíslan del contexto social de los oyentes, lo cual les trae muchas veces mayor dificultad para acceder a espacios académicos y laborales. Esta

situación está relacionada de manera significativa con la falta de competencia en la lengua oral de los oyentes.

La transición educación – trabajo usualmente ocurre entre los 16 – 24 años, pero para muchos Sordos esto no ocurre así, debido a que obtienen bajas notas escolares y las posibilidades de desempeño laboral en el mundo de los oyentes también es baja. Para ellos la integración al mundo de los oyentes es tan difícil y traumática que optan por abandonar esta posibilidad y más que ver este hecho como negativo lo ven como positivo, aún sabiendo que los trabajos con oyentes pueden ser mejor remunerados. Las personas Sordas reportan discriminación por parte de los oyentes y prefieren actividades mal remuneradas económicamente dentro de la comunidad de los sordos, aún enfrentando la presión y los intereses de sus padres oyentes quienes desean que sus hijos(as) se vinculen a actividades laborales en el mundo de los oyentes. (Skelton y Valentine, 2007)

Estos mismos autores señalan que existen otros sordos(as) que encuentran en el bilingüismo (Lengua de señas y lengua oral) una posibilidad de integración en el mundo de los oyentes y al mismo tiempo les permite ser parte de la comunidad de los Sordos. Teniendo en cuenta este planteamiento, las autoras consideran que una posibilidad de transición hacia la independencia de los sordos(as) es el modelo educativo bicultural.

Hasta aquí se puede decir que en parte debido a la polarización de las conceptualizaciones sobre los sordos y la sordera, se han planteado definiciones que han tratado de conciliar las diferencias entre los enfoques antes mencionados, sobre todo cuando se ha tratado de una mirada estatal. Tal es el caso de la definición expuesta por el Instituto Nacional para Sordos – INSOR (1998), al definir a los sordos de la siguiente manera:

Bajo el concepto de 'persona con limitación auditiva', se designa de modo genérico a toda persona que posee una pérdida auditiva cualquiera, de naturaleza e intensidad diversa, que por dicha circunstancia debe recurrir a apoyos tecnológicos especiales o a medios y lenguajes comunicativos apropiados, pero que no significa deterioro en su desarrollo cognitivo. (p, 16).

En la anterior definición, los “medios y lenguajes comunicativos apropiados” incluyen la lengua de señas.

Así, teniendo en cuenta las anteriores conceptualizaciones y debates que permean las decisiones sobre el bienestar de las personas sordas, para la presente investigación, el concepto de sordera y persona sorda se asume en relación con la competencia lingüística que tenga dicha persona, bien sea usuaria de lengua de señas colombiana, castellano oral o ambas lenguas (bilingüe), teniendo en cuenta el orden de adquisición. En esa medida se asume la sordera en relación con las construcciones sociales y culturales propias de la realidad. También se considera que la sordera es determinante en las construcciones de identidad, bien sea para el caso de los usuarios de la lengua oral o para aquellos que utilizan la lengua de señas. Este asunto es de vital importancia al momento de indagar sobre las representaciones de la salud sexual y la sexualidad en poblaciones en situación de vulnerabilidad, campo que ha sido poco explorado por la salud pública.

Los sordos se han constituido en una población que generalmente vive situaciones de vulnerabilidad debido a varios asuntos: la deficiencia auditiva que impide el acceso a la información, cargar con el estigma de la discapacidad, dificultades para la inclusión social (el mundo está hecho para oyentes), currículos recortados, barreras para acceder a los servicios de salud y pocas oportunidades de participación social e inclusión en el mundo laboral, lo cual genera exclusión en el sistema de protección social vigente. Estas situaciones ocurren en sordos usuarios de lengua de señas y en

sordos usuarios del castellano oral, aunque ambos grupos estén distanciados ontológicamente y por lo tanto no tienen contacto en la vida diaria.

Finalmente se puede decir que las personas sordas registradas en el país, se ubican en su gran mayoría en las franjas de pobreza, lo cual las hace más vulnerables a la exclusión social, teniendo en cuenta que no se trata solamente de pobreza económica, sino también del distanciamiento educativo, cultural y afectivo que históricamente ha enfrentado la población¹⁰.

3.3 Salud Sexual y Sexualidad

La sexualidad y la salud sexual también han sido estudiadas desde diferentes enfoques a través del tiempo, planteando diferentes miradas sobre los seres humanos, sus relaciones afectivas, culturales, sociales y de poder. Para muchos lectores el término sexualidad corresponde a una categoría fija predeterminada, mientras que para otros no, ya que no logran una conceptualización definitiva al respecto.

Una de las ideas más comunes acerca de la sexualidad ha sido su condición biológica que determina formas de actuar para resolver una necesidad física como ocurre con el hambre y el sueño. La satisfacción de dicha necesidad se articula con la función reproductora de los seres humanos y define su conceptualización en la mirada biologicista de la sexualidad, denominada “esencialismo” por diferentes autores.

este paradigma se caracteriza por entender el comportamiento sexual como determinado por motivaciones innatas, asociadas

¹⁰ Recuérdese el índice de analfabetismo de las personas sordas reportadas en el Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con discapacidad en Colombia: 41.5%

principalmente al servicio de la procreación y, muchas veces, autónomo respecto a la voluntad de la persona. El sexo es, según este enfoque, un producto de impulsos fisiológicos y pulsiones psicológicas de los individuos que, a su vez, orientan la forma, la frecuencia y el objeto del comportamiento sexual.” (Brigeiro, 2006, 178).

Este enfoque ha recibido muchas críticas debidas a su carácter biologicista y deterministas, pero a pesar de ello, ha ejercido una gran influencia en los programas educativos de salud sexual, los cuales hacen énfasis en la fisiología del cuerpo humano, sus funciones reproductoras y las enfermedades de transmisión sexual.

Por otro lado, habría que señalar la existencia de un enfoque desde el “construccionismo social”, el cual surgió con relación a varios hechos importantes tales como, el cuestionamiento de las académicas feministas y activistas sociales alrededor de las diferencias sexuales, la necesidad de estos grupos por hacer valer la diferenciación entre la sexualidad y la reproducción, y la denuncia de la dominación masculina en diferentes ámbitos sociales. Otros hechos fueron, el surgimiento de los métodos anticonceptivos hormonales lo cual reconfiguró la noción de placer y el libre ejercicio de las relaciones sexuales, los estudios sobre homosexualidad desde donde se planteó la diferenciación entre actividades sexuales homosexuales y constitución de identidades, y por último, la necesidad de dar respuestas a la epidemia del sida, desde una perspectiva que superara la mirada biologicista teniendo en cuenta los contextos específicos que constituían y determinaban la actividad sexual de los seres humanos (Brigeiro, 2006).

También habría que agregar, que dentro del construccionismo social existen diferentes corrientes que van desde concepciones exclusivamente sociales, hasta otras que concilian la expresión de la sexualidad con lo biológico.

Al respecto este mismo autor, citando a Vance, (1995), plantea que

... bajo la designación de constructivismo social se encuentran desde estudios que defienden el argumento de que la motivación sexual tiene origen en la vida social y no en el cuerpo, hasta otros que, buscando una posición más conciliadora, sugieren que en la base de la sexualidad existe una realidad universal dada biológicamente, reconociendo además, el trabajo cultural sobre la modelación de los comportamientos significados (p, 180).

Autores como Jeffrey Weeks consideran que el término “construccionismo social” se contrapone al esencialismo sexual, y se refiere al reconocimiento del contexto histórico específico, las variantes históricas y culturales, y las relaciones de poder que hacen ver las conductas de la sexualidad como algo normal o anormal, aceptable o inaceptable. (Weeks, 1998).

El mismo autor se interesa por mostrar las corrientes que han alimentado el enfoque del construccionismo social.

La primera, influenciada por la antropología social y la sociología, ilustra el amplio rango de patrones sexuales que han existido en las diferentes culturas, lo cual significa que la sexualidad está sujeta y determinada por aspectos socioculturales. En ese sentido, la sexualidad va mucho más allá de la visión esencialista, que da prioridad a los cuerpos en un marco biológico y de pulsiones psicológicas individuales.

Por otra parte, la influencia del psicoanálisis, partiendo de su perspectiva ortodoxa, donde se reconoce la frecuente contradicción entre lo inconsciente con las certidumbres de la consciencia. Esto implicó un cuestionamiento a la construcción de la identidad sexual en una aparente solidez que desconocía la complejidad de desarrollo emocional y psicosocial de la sexualidad.

Una tercera corriente corresponde a las “nuevas políticas en torno a la sexualidad”, donde se reconocen el feminismo, lesbianismo, movimientos gay y otros movimientos radColegio No. 2 para Sordoses, ya que confrontaron las ideas tradicionales sobre la sexualidad, abriendo un importante espacio para el reconocimiento de las diferencias dentro de las relaciones de poder y dominación social.

Otro desarrollo teórico de gran influencia en el construccionismo social ha sido el de la “nueva historia social”, donde se ha investigado desde una perspectiva histórica, el cuerpo y el género. Uno de los autores más representativos de esta corriente ha sido Thomas Laquer, cuyos estudios han mostrado la transformación de las representaciones y los conocimientos acerca de los cuerpos y la sexualidad.

Finalmente, es inevitable hacer referencia a los aportes de Foucault, quien mostró las transformaciones que se derivaron de la construcción discursiva de la sexualidad a partir del siglo XIX. “La historia de la sexualidad es, para Foucault, una historia de nuestros discursos acerca de la sexualidad, a través de los cuales la sexualidad es construida como un saber que conforma la manera en que pensamos y entendemos el cuerpo” (Weeks, 1998, p.187).

Las diferentes corrientes que han sido constitutivas del construccionismo social han posibilitado ampliar la mirada y obligaron a confrontaciones históricas, sociales y políticas que transformaron los significados y los sentidos acerca de la sexualidad. Esto no supone que se hubiera abandonado el cuerpo biológico, ni el reconocimiento del individuo, pero sí planteó el interés por investigar, desde el construccionismo, los significados culturales alrededor de la sexualidad.

Esta es una de las razones por las cuales Weeks (1998), al plantearse la pregunta “¿Qué queremos decir hablamos de cuerpo y sexualidad?”, responde “Sugiero que muchas cosas, en gran medida condicionadas por nuestra procedencia histórica y cultural” (p, 175).

Retomando a Foucault, se destaca el planteamiento sobre la historia de la sexualidad como una historia de los discursos humanos los cuales se construyeron en relación a las dinámicas de poder en la sociedad. Así, según el autor, la sexualidad fue construida como un saber subversivo que buscaba lugar en un entorno de control y castigo.

Nace hacia el siglo XVIII una incitación política, económica y técnica a hablar de sexo. Y no tanto en forma de una teoría general de la sexualidad, sino en forma de análisis, contabilidad, clasificación y especificación, en forma de investigaciones cualitativas o causales.” (Foucault, 2006, p. 24).

Para el siglo XIX, no es que se hablara menos de sexualidad; en el caso de la sexualidad de los niños Foucault relata que: “No es que se hable menos: al contrario, se habla de otro modo; son otras personas quienes lo dicen, a partir de otros puntos de vista, y para obtener otros efectos.” (Foucault, 2006, p. 24).

Se podría decir que desde el siglo XVIII surgió un nuevo discurso sobre el sexo, con características formales, que dio cuenta del poder de algunos hombres y mujeres (sobre todo a los primeros) dentro de la sociedad; se trataba del poder de la palabra, desde donde se construyen nuevas realidades.

De hecho, las representaciones sociales sobre la sexualidad y la salud sexual se construyen en contextos de poder donde emergen categorías tales

como: clase social y sexualidad, regulación sexual, género, raza y sexualidad, entre otras.

Estas relaciones no han sido ajenas a las fuerzas que se han preocupado por fomentar y administrar las vidas humanas – lo que Foucault denominó el “bio-poder”- y han servido como uno de los referentes para analizar las medidas eugenésicas que se dieron en Europa y América desde el siglo XIX hasta mediados del XX, aunque en las poblaciones con deficiencias físicas, cognitivas y/o mentales se prolongaron por más tiempo.

Los anteriores enfoques posibilitan identificar que la sexualidad está relacionada con un amplio campo situacional que ha merecido la atención de diferentes disciplinas. Allí están presentes asuntos de tipo biológico, psicológico, social, histórico y cultural entre otros. En lo biológico se hace referencia comúnmente a las enfermedades de transmisión sexual, aquellas asociadas al embarazo y en general las patologías que se relacionan con los órganos y funciones sexuales y reproductivas; en este campo también han tomado fuerza las propuestas de promoción de la salud, que van más allá de los factores biológicos. En lo psicológico se han estudiado los procesos afectivos y emocionales, soportados desde diferentes teorías y enfoques del desarrollo humano. En lo social cobraron fuerza los asuntos familiares, sus dinámicas de inclusión o exclusión frente a la diferencia (sobre todo en las minorías sexuales: homosexuales, travestis, entre otras), el aborto, las uniones entre personas del mismo sexo y la adopción por parte de parejas homosexuales. Respecto a lo histórico y cultural sobresalen diferentes construcciones simbólicas sobre el cuerpo y el placer a través de la historia en diferentes grupos humanos. Se pueden mencionar otras situaciones que han tenido una gran influencia y determinación en los planteamientos sobre la sexualidad, como son las derivadas de procesos políticos y religiosos.

Conjugar estas situaciones y las disciplinas relacionadas, hacen de la sexualidad un campo complejo y dinámico que se resiste a miradas reduccionistas, sobre todo por la inherencia a los procesos de desarrollo humano y social. Un ejemplo de ello fueron las transformaciones conceptuales que ocurrieron a partir de la aparición del Sida como epidemia en la década de 1980. En ese momento, los primeros análisis y abordajes de la epidemia partieron del enfoque biológico que se centró en el individuo, sus prácticas sexuales y los denominados “grupos de riesgo”.

Este enfoque centrado en las conductas de riesgo individuales, presupone que los sujetos poseen un dominio absoluto de su cuerpo, su sexualidad, genitalidad y erotismo sin tener en cuenta las complejas relaciones de poder que constituyen el campo de la sexualidad y los contextos en los cuales se encuentran inmersas las personas”. (Ministerio de la Protección Social, 2009, p. 11).

Posteriormente ante las limitaciones del modelo biológico y biomédico para explicar la epidemia, se reconocieron los contextos ambientales y socioculturales de las personas. Esto dio cabida al reconocimiento de procesos determinantes en la epidemia como son las desigualdades sociales, la pobreza, las construcciones religiosas y en general las relaciones de poder que determinan formas de inclusión y exclusión social.

Los procesos descritos llevaron a que a principios del siglo veintiuno se formulara un nuevo enfoque, el cual propone que las desigualdades económicas y sociales constituyen la base de la epidemia y son obstáculos estructurales para los cambios de comportamiento, pensamiento y creencias, y para el avance de procesos más saludables. Esta propuesta desplaza la idea de riesgo individual por el concepto de vulnerabilidad social e individual y exclusión social. Parte de la evidencia de que los sujetos interactúan no solo a partir de sus actitudes individuales y de las pautas sociales, sino también en función de las condiciones estructurales y los capitales materiales y simbólicos con los que cuentan.” (Ministerio de la Protección Social, 2009, p. 12).

Esta confluencia disciplinar y de determinantes de la salud sexual también entra en juego con otros grupos poblacionales, como es el caso de los adolescentes quienes llaman la atención en los diferentes contextos sociales, porque inician las relaciones sexuales a edades más tempranas y los datos estadísticos oficiales muestran mayores tasas de embarazo temprano. Frente a esta situación, Flórez y Soto (2006) plantearon que la fecundidad de los adolescentes está determinada por tres factores:

Un primer factor referente a las políticas y programas gubernamentales en los sectores salud y otros relacionados como son la salud y el empleo. Aquí entran en juego los servicios de salud, la planificación familiar y la educación que tengan los adolescentes

Un segundo factor referente a los asuntos socioeconómicos en el contexto social que viven los adolescentes. Hacen parte de este factor los discursos sociales sobre el matrimonio, la pareja, la familia y el amor.

Un tercer factor correspondiente a los asuntos socioeconómicos en el contexto micro, referente a las características específicas e individuales del adolescente y del hogar en el que vive.

Las autoras señalan que la fecundidad en los adolescentes está fuertemente determinada por el contexto sociocultural y sus determinantes inmediatos. La transmisión de significados sobre el comportamiento sexual de hombres y mujeres, inmerso en un contexto cultural determinado, puede influir en las decisiones de los adolescentes para dar inicio a las relaciones sexuales o de continuar o no con un embarazo temprano.

El discurso cultural sobre la actividad sexual adolescente puede tener también un impacto directo sobre las decisiones de actividad sexual y reproductiva definiendo el contexto normativo de la fecundidad/embarazo. Las influencias sociales incluyen también a los familiares, los pares, la pareja, los maestros y los medios de comunicación.” (Flórez y Soto, 2006, p. 12)

Otros autores como Margulis (2003) enfatizan en la dimensión cultural como generadora de nuevas relaciones, que se hacen visibles en los intercambios simbólicos relacionados con el afecto y la sexualidad, así como en los imaginarios de los jóvenes de diferentes sectores sociales, que inciden en las ideas que éstos tienen sobre sus parejas, el amor y la sexualidad. De hecho, siempre han existido construcciones culturales que han regulado la sexualidad, determinando lo que es permitido y aquello que debe ser reprimido, bajo mediaciones económicas y de poder propias de cada sociedad.

Un ejemplo de la determinación cultural en la sexualidad de los seres humanos lo plantea Jean-Luis Flandrin al referir la desconfianza hacia los placeres carnales, enunciada por la doctrina cristiana desde sus inicios. Desde esta doctrina se consideraba que los placeres carnales hacían al espíritu prisionero del cuerpo e impedían elevarse hacia Dios; las relaciones placenteras se justificaban en la procreación.

Toda actividad sexual fuera del matrimonio era estimada pecaminosa porque no tenía como propósito la reproducción. Incluso dentro del matrimonio había que luchar contra el deseo pecaminoso: la actividad sexual no se reconocía legítima a no ser que estuviera encaminada a tener hijos.” (Flandrin Citado por Margulis, 2003, p. 30).

En la historia de la humanidad, las reflexiones y actuaciones relacionadas con la sexualidad han variado, enmarcadas en procesos culturales cambiantes. Así, mientras en el siglo XVIII se generan nuevos espacios para la sexualidad complementada por la visión romántica, en el siglo XIX se

extremaron las restricciones y las prohibiciones, en el marco del gran desarrollo del capitalismo europeo, enfatizando en el control de la vida privada, del cuerpo y los placeres.

En estos vaivenes culturales han existido muchos momentos en los cuales se ha considerado conveniente, por quienes poseen el poder, callar y ocultar los asuntos relacionados con la sexualidad. Esta situación fue común en el siglo XIX y XX, negando la instrucción sobre la sexualidad a las mujeres adolescentes y jóvenes, considerando que la ignorancia era una buena aliada para alejar los deseos carnales.

Se podrían citar muchos ejemplos de la incidencia cultural a través de las instituciones y los grupos que han determinado qué comportamientos se consideran adecuados o desaprobados sobre la sexualidad. Tal como menciona Margulis (2003), “En toda sociedad y en cada momento histórico se articularon instituciones que regulaban normativamente las relaciones entre los jóvenes, la sexualidad legítima, el matrimonio y la constitución de las familias, la transmisión del patrimonio y del linaje” (p, 42).

El contexto sociocultural debe ser considerado en un marco más amplio que posibilite analizar los fenómenos de la salud sexual y la sexualidad como parte de las construcciones políticas de un colectivo. Es así como las construcciones conceptuales y prácticas sobre la sexualidad se pueden enmarcar en las orientaciones de políticas generales, o mejor aún, una propuesta política general, tiene relación con las construcciones sobre la sexualidad y las formas de vida de sus ciudadanos; de hecho, las apuestas democráticas que tienen como base los derechos humanos, incidirán en diferentes políticas particulares que permean las comunidades, las familias y los hogares, muchas veces sin la conciencia de los ciudadanos.

Un magistral ejercicio para comprender las relaciones entre la democracia y la vida privada de la sexualidad, lo realizó Giddens (2000) en su libro “La Transformación de la Intimidad”. Para dar inicio a la obra, el autor fue motivado por la pregunta sobre la interpretación de las representaciones que tienen muchos pensadores acerca de la sexualidad como un reino potencial de libertad. En ese camino el autor toma los conceptos de democracia de Davis Held para desde allí establecer la comparación con la vida íntima de las parejas.

Los diversos enfoques de la democracia política poseen elementos comunes según Giddens (2000), citando a Held (1993), basados en el principio de las relaciones libres e iguales entre los individuos, desde donde se pretenden resultados fundamentales como son:

1. La construcción de circunstancias que faciliten que las personas desarrollen sus potencialidades y puedan expresar diversas cualidades.

Esto significa generar las condiciones para que los individuos reconozcan sus potencialidades y respete las de los demás.

2. La protección frente al uso arbitrario de la autoridad y del poder represivo.

Se da por supuesta la negociación entre diferentes partes, sobre todo cuando se trata de relaciones desiguales entre una mayoría y una minoría.

3. Que los individuos puedan determinar su propia asociación.

Se plantea entonces la condición fundamental de asociatividad y por lo tanto la interacción y el respeto por posiciones de otros grupos diferentes al propio.

4. La ampliación de oportunidades económicas donde los individuos son capaces de lograr sus propósitos

Los individuos tienen la libertad para proporcionarse condiciones económicas favorables, en un marco de respeto y equidad con los demás.

Así, una propuesta democrática tiene principios fundamentales como son la libertad, la autonomía, el reconocimiento del pluralismo, el reconocimiento de las diferencias y la responsabilidad pública, entre otros. Estos principios que se expresan en la vida pública, a la luz de la vida privada tienen igual validez hasta el punto de decir que “la posibilidad de la intimidad implica una promesa de democracia” (Giddens, 2000, p. 171). En este sentido la democratización de la esfera privada es una cualidad de toda vida personal en la actualidad.

En este contexto Giddens (2000), se plantea la exploración y análisis de asuntos fundamentales como son la relación entre los cuerpos, la auto identidad y las normas sociales; los cambios de las vivencias sexuales que pasaron de ser consideradas perversiones a manifestaciones propias de los seres humanos; y las transformaciones de las organizaciones sociales desde la familia hasta las comunidades constituidas como minorías sexuales. En las sociedades llamadas democráticas, la sexualidad se instauró en la intimidad y la autonomía de los ciudadanos, rompiendo con el silencio y el encadenamiento que vivían algunos de sus miembros, tal como ocurrió con el homosexualismo, que después de la mitad del siglo XX se trasladó al mundo social cotidiano. Estas transformaciones hacia la democracia se relacionan con la construcción social y representaciones del amor, por eso

este autor muestra claramente las diferencias entre el amor romántico, el apasionado y el confluyente.

En el amor apasionado la implicación emocional entre quienes lo viven es fuerte y separa, para bien o para mal, a los individuos de sus obligaciones cotidianas, por eso en la mayoría de las culturas ha sido considerado subversivo. “En el nivel de las relaciones personales, el amor pasión es específicamente desorganizado, en un sentido similar al carisma; desarraiga al individuo de lo mundano...” (Giddens, 2000, p. 44).

Por su parte el amor romántico para este autor se empezó a hacer notar a partir de finales del siglo XVIII como una fuerza social genérica, Se trata de un amor más específico en la cultura, con niveles de reflexividad que llevaban a sus protagonistas a preguntarse por sus sentimientos mutuos y los compromisos que se inscriben en ellos. De hecho, allí tuvo asentamiento el ideal amoroso relacionado con los valores morales del cristianismo.

Es importante tener en cuenta que tales diferencias no fueron radColegio No. 2 para Sordoses, por lo cual el amor romántico incorporó elementos del amor apasionado, pero mantuvo distinciones claras en el orden social:

El complejo de ideas asociadas con el amor romántico, amalgamaba por primera vez el amor con la libertad, considerados ambos como estados normativamente deseables. El amor pasional siempre ha sido liberador, pero sólo en el sentido de generar una ruptura con la rutina y el deber. Esta cualidad del amour passion fue lo que lo puso justamente al margen de las instituciones existentes. Los ideales del amor romántico, en contraste, lo insertaron directamente en los lazos emergentes entre libertad y autorrealización” (Giddens, 2000, p. 46).

Desde esta perspectiva para el siglo XIX, fueron claras las influencias desde las concepciones nacientes de hogar, maternidad y nuevas relaciones entre padres e hijos, con el amor romántico. Allí se consolidó una representación

de la maternidad asociada a la femineidad, sin desconocer la existencia de la privacidad en la vida afectivo – sexual de las mujeres; los hombres por su parte mostraron diferencias con las mujeres en esta construcción social, en la medida que su prestigio social no se estableció en la privacidad del hogar. (Leschziner y Kuasñosky, 2003).

Al respecto Foucault (2006) señalaba que desde el siglo XVII la célula familiar fue constituida y valorada desde sus ejes principales: marido – mujer, y padres e hijos. Desde allí se desarrollaron los elementos principales para definir el dispositivo de la sexualidad, no como una represión sino como un atenuante que se instaura en sus funciones útiles de la maternidad y el cuidado de los hijos. Así, el papel de la familia es anclar la sexualidad en el hogar y al mismo tiempo constituir su soporte permanente.

Además de las construcciones sociales sobre el amor romántico y el amor pasión, en los últimos años surgieron otras formas de relación afectiva, más allá de la proyección de pareja tal como se planteaba en el amor romántico. Es el caso del “amor confluyente”, término usado por Giddens (2000) para referirse a las relaciones que incluyeron los conceptos y las vivencias de amistad, compañerismo, fidelidad, igualdad, etc.

Esta es una forma de relación activa y contingente que tiene a la igualdad entre los géneros como supuesto y que presupone, incluso, la negociación de la sexualidad como parte central de la relación, en contraposición al amor romántico, que tiene su origen y base en la organización sexual de la sociedad. (p, 104).

El amor confluyente no niega la posibilidad que las mujeres y los hombres deseen tener una pareja estable y duradera, pero este no es el fin de la relación.

Hasta aquí se hace más explícito que las diferentes miradas de la sexualidad se relacionan de manera complementaria en algunos casos y de manera antagónica en otros; pero más allá de tal situación, es importante resaltar aquí el papel que ocupa el cuerpo y el placer en estas miradas de la salud sexual y la sexualidad.

El cuerpo es eje en la construcción de la sexualidad, por lo que expresa, sugiere y aquello que no puede decir. Es objeto y sujeto al mismo tiempo, y se construye culturalmente bajo principios cambiantes en relaciones significativas de poder con otros cuerpos. Citando a Cecconi (2003) se puede decir que “el cuerpo abarca un sustrato biológico sobre el que se imprimen pautas culturales propias de cada grupo o subgrupo social” (p, 177). El cuerpo expresa códigos culturales; o dicho de otra manera, la cultura se expresa a través de las manifestaciones y cambios en el cuerpo.

Las construcciones simbólicas alrededor del cuerpo están determinadas por las condiciones sociales y económicas de los individuos, así como las conductas sobre la salud sexual, tal como se señaló anteriormente. Algunos autores plantean que en los grupos socio económicos pobres la representación del cuerpo es más instrumental y funcional que en los sectores medios y altos, en la medida que las condiciones de privacidad, reconocimiento del goce corporal e inclusive el cuidado es más restringido. En este contexto:

...la representación del cuerpo se organiza en torno a creencias y normas según las cuales el cuidado no funciona como valor y en consecuencia, da lugar a pautas de crianza, formas de la sexualidad y conductas menos preocupadas por cuestiones vinculadas con la salud. (Cecconi, 2003, p, 186).

Esta situación entra en contraste con el modelo del cuerpo idealizado que presentan los medios de comunicación y sobre todo la oferta de productos

que hacen del cuerpo un ideal en cuanto a forma, estética y funcionamiento. Así, frente a las limitaciones de las clases sociales pobres, los y las jóvenes se enfrentan a un ideal que no alcanzan por condiciones propias de su realidad corporal, social y económica. El cuidado del cuerpo no depende del sujeto sino de las condiciones socio económicas y culturales en las que está inmerso.

De hecho, el cuerpo no es solo un medio de acción de la sexualidad, sino que se constituye en elemento fundamental de identidad, libertad, control y en muchas oportunidades, en objeto de represión frente a las posibilidades del placer.

En el entorno social de occidente los seres humanos deben articularse a las dinámicas sociales que demandan productividad o al menos, participar en los contextos locales, de tal manera que en la medida que los niños avanzan hacia la juventud, se espera que adquieran un control continuo del cuerpo. Así, para ser un sujeto competente hay que tener control sobre su cuerpo en todas las condiciones de la interacción social (Giddens, 1998). Tener control y disciplina corporal significa protegerse de las situaciones que circulan en la vida diaria y demostrar competencia, “pero sobre todo, el control rutinario del cuerpo es parte integrante de la naturaleza misma tanto de la actuación como del ser aceptable (fiable) para los otros como competente” (p, 78).

Desde esta perspectiva, el cuerpo se constituye en organismo sexuado que incorpora de manera dual a lo largo de la vida el placer y el dolor, incorporando los regímenes alimenticios y sexuales en un contexto de aceptación o rechazo cultural. Tales regímenes son considerados por Giddens (1998), como prácticas aprendidas que implican un control riguroso de las necesidades orgánicas. Así el cuerpo se construye y se define

socialmente, hasta el punto de adquirir un estatus fundamental en la identidad de los sujetos.

El cuerpo no es solo una entidad física que poseemos: es un sistema de acción, un modo de práctica, y su especial implicación en las interacciones de la vida cotidiana es parte esencial del mantenimiento de un sentido coherente de la identidad del yo. (p, 128)

El cuerpo físico que constituye al individuo sirve entonces de referente básico para construir sentidos en el contexto al que pertenece. Así, las personas sordas usuarias de la lengua de señas consideran que es propio de la “Cultura Sorda” y por lo tanto de su identidad, la experiencia visual del mundo y la incorporación de la lengua de señas como una lengua viso gestual que se vive a través del cuerpo.

A partir del cuerpo físico se construye la imagen corporal o cuerpo social: social porque adquiere sentido, sirve a determinados usos y genera determinados discursos en la vida social (Espeitx, 2008). Dicha construcción ocurre a través del tiempo en culturas específicas caracterizando a los sujetos por sus formas de actuar, vestir, adornarse, peinarse, etc.

Aunque el ser humano parece mostrar una extendida predisposición a construir su imagen corporal – y la de los otros -, existen diferentes formas de actuar sobre el cuerpo físico y convertirlo en cuerpo social, y también son diversos los objetivos que se persiguen con esta actuación, los efectos que generan y las consecuencias que tienen. (p, 104-105).

La sexualidad es inherente a la construcción misma de la identidad de los individuos, y ésta a su vez, está determinada en gran parte por la imagen corporal o social, en una relación dialéctica entre el yo y los otros. De hecho, la identidad social del individuo corresponde a aquellas características que los demás le atribuyen (Martín, 2008), mientras que la identidad personal hace referencia al desarrollo personal donde se formula un sentido propio de

lo que se es y la relación con el mundo circundante. Así, “el trato constante del individuo con el mundo exterior es lo que ayuda a crear y conformar su propia idea de sujeto” (p, 200).

Dicha relación con el mundo externo se materializa en las prácticas que los individuos adoptan en su vida diaria, las rutinas, sus hábitos de vestir, los modos de actuar y las formas de relación con los demás; lo que Anthony Giddens denominó “estilos de vida” (1998). Además de estas formas de actuar, se insertan en tales construcciones de identidad, las formas de ser y de verse a sí mismo, las cuales pueden variar dependiendo de diferentes factores, entre los que se encuentran, sociales, culturales y económicos.

Es importante señalar que las construcciones de identidad están determinadas por dinámicas grupales, presiones de grupo, visibilidad de estilos de vida, roles y circunstancias socio económicas y el reconocimiento de sí mismo en contextos que se transforman día a día. Allí, los adolescentes y los jóvenes se han vuelto protagonistas en las últimas tres décadas, en la medida que son el reflejo de las transformaciones sociales que recaen en identidades individuales y colectivas. No se trata de concepciones universalísticas de la juventud, por el contrario, se destaca el reconocimiento de la heterogeneidad en la categoría juventud (Muñoz, 1996. Citado por Duarte, k. 2011)

La categoría de juventud se ha definido de manera progresiva en la medida que se ha distanciado de su singularidad, la mayoría de veces articulada al concepto de familia y clase social, para emerger con identidad propia (Duarte, K. 2011). Surgen así, las producciones juveniles, los consumos culturales y las identidades sexuales que se definen como parte de las estructuras hegemónicas o antihegemónicas de la sexualidad. Esta mirada tiene correspondencia con los enfoques de construcción social y cultural de

las juventudes, donde la clase social, el género, el origen racial, la localización territorial, la adscripción o el rechazo cultural, las producciones culturales, entre otros, tiene un peso significativo en la conformación de identidad y en la experiencia de los jóvenes (Ibíd.).

En el plano específico de la salud sexual en los jóvenes en América latina, en general siguen operando lógicas tradicionales que no responden a los desafíos de la actualidad, a pesar del desarrollo de nuevos enfoques sobre la juventud. Los programas de salud sexual tienen poca articulación con los planes integrales de juventud y se sitúan en enfoques biologicistas en el marco de la salud pública sin incluir las dinámicas propias de los adolescentes y la juventud (Rodríguez, E. 2011). Como se ha dicho antes, esta situación en el caso de los adolescentes y jóvenes en situación de vulnerabilidad y particularmente aquellos que tiene discapacidad, resulta crítica porque no se visibiliza; es inexistente.

A pesar de que se señala la necesidad de enfrentar la salud sexual de los jóvenes y los adolescentes desde un enfoque diferente al de riesgo, como el enfoque de derechos, las acciones no se despliegan desde esta lógica y siguen ancladas en los dispositivos de control descontextualizados de las dinámicas sociales, culturales e ideológicas de los jóvenes. En este sentido, las políticas de salud sexual son tímidas en el reconocimiento de las identidades de los adolescentes y jóvenes.

En este contexto existen algunos elementos que caracterizan las identidades de los adolescentes en la iniciación de actividades sexuales, según Daniel Jones (2010). Se destaca el guión heterosexual tradicional, sobre el cual las mujeres desean tener su primera relación sexual con su novio, lo cual legitima el amor y el afecto, más allá del placer sexual. Esta situación evita la sanción social y legitima el sexo en un contexto que en sí mismo representa

seguridad. Habría que decir, además, que en las adolescentes se hace presente el discurso de los adultos, generalmente de la madre, quien desde una posición moral, aconseja la sexualidad en el marco del amor y no solo por el placer. Se trata de una transmisión identitaria que procura burlar las denominaciones que atentan contra la moral de sus hijas tales como “chica fácil”, “puta” y otros calificativos relacionados con la búsqueda exclusiva del placer sexual. En palabras de Jones, los padres transmiten a sus hijas e hijos (sobre todo a las primeras) un discurso médico y moral que se resume en advertir sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual, el embarazo y relaciones fáciles donde no está presente el afecto.

Por su parte los varones, también señalan la importancia de tener su primer relación sexual con una mujer por quien sienten afecto, pero la presión social ejercida por sus pares hace que en muchas oportunidades esta relación se de con una amiga o una trabajadora sexual. Allí prima la necesidad de ocupar rápidamente una identidad masculina que les permita enunciarse como hombres, por haber tenido su primera relación con una mujer.

Si bien hace parte de la identidad sexual el reconocimiento del placer sexual, los hombres tienen menos restricción que las mujeres en este tema. Lo asumen como parte de su identidad articulada al consumo de pornografía, prácticas sexuales particulares (posiciones sexuales en la relación, sexo oral ,etc) y otras manifestaciones que reafirman su identidad masculina (Jones, D. 2010)

Para las mujeres la continuidad de la relación amorosa después de las relaciones sexuales significa la consolidación del amor romántico, lo cual da cuenta del predominio cultural, donde las relaciones sexuales deben ser una consecuencia lógica del amor y un camino para expresar afectos más allá del acto sexual, mientras para los hombres tienen predominio la curiosidad, la

excitación, la presión de grupo y la necesidad de acceder al estatus que contempla la identidad masculina. (Ibíd.)

La identidad de los y las adolescentes tiene un referente importante en las construcciones y vivencias cotidianas con las personas mayores, sobre todo con los padres y madres. En lo particular referente a la sexualidad, en los últimos veinte años, los padres y madres hablan más sobre sexualidad con sus hijos e hijas que antes, pero jugando diferentes papeles identitarios y reproduciendo además, un modelo predominantemente hegemónico del deber ser de la sexualidad. De hecho, los padres que hablan cada vez más con sus hijos hombres sobre las relaciones sexuales, la importancia del uso del preservativo, e inclusive se los entregan como medida de prevención (Ibíd.). De esta manera reafirman la identidad masculina y avalan las relaciones sexuales para sus hijos como condición y necesidad para ser “hombres”. En el caso de las adolescentes, sus madres les sugieren evitar las relaciones sexuales, pero en caso de que ocurran, subrayan la importancia de los métodos de prevención de infecciones de transmisión sexual y sobre todo el embarazo.

De esta manera se destacan desde los padres y madres, la promoción de una identidad masculina y femenina que promueve para unos el uso del condón y para otras la abstinencia o las relaciones en el contexto del amor., ambos en el marco de un modelo heterosexual que destaca los roles de hombre y mujer frente al amor y el placer sexual.

Lo anterior se inscribe en un modelo preventivista que resaltó las acciones de educación sexual, consejería y programas de educación sexual (Morales, C. 2010) y que subyace la hegemonía de la heterosexualidad. Al respecto vale la pena destacar que a pesar del reconocimiento de nuevas expresiones de la sexualidad desde enfoques de derechos (las personas con diferentes

identidades sexuales a la heterosexual), los discursos de padres y madres orientan a sus hijos desde la perspectiva de las identidades dominantes y el reconocimiento social de la pareja hombre-mujer.

Los anteriores planteamientos sobre la identidad sexual se ven exigidos de mayor reflexión y discusión cuando se trata de personas sordas, sobre todo en aquellos casos de los(as) adolescentes usuarios de lengua de señas, sabiendo de antemano que sus padres generalmente no son competentes en esta lengua. Allí, los procesos de identidad entre hijos(as) sordos(as) y padres se articulan con otras identificaciones dentro de las asociaciones de sordos, lo cual posibilita plantearse preguntas sobre la construcción de “identidades sordas”, en términos usados por Alejandro Oviedo (1998). Qué transmiten los padres y madres oyentes en cuestiones de identidad sexual a sus hijos e hijas sordos(as)? Es una pregunta que se puede descubrir, pero con pocas respuestas, desde las investigaciones actuales sobre la sexualidad de los adolescentes sordos y otros con discapacidad.

Finalmente y para cerrar este capítulo vale la pena situar el cuerpo y la sexualidad en el contexto de la modernidad. Giddens (1998) plantea que a pesar de la privacidad cultural de los comportamientos sexuales a través de la historia, existen pruebas que indican que en muchas culturas no modernas y en la Europa premoderna, la actividad sexual no se mantenía oculta a los ojos de las demás personas. De hecho, existían prácticas sexuales que se hacían públicas en el contexto familiar, en muchos casos debido al hacinamiento o los espacios reducidos para la convivencia y en otros casos la actividad sexual practicada fuera del hogar parece haber sido también frecuente.

La modernidad trajo consigo la privatización de las actividades sexuales, el control del cuerpo y la represión como parte inherente a la civilización y en

este sentido “la sexualidad quedó concienzudamente relegada y pasó al interior del hogar. La familia conyugal la tomó bajo su custodia y la incorporó a la grave función de la reproducción. El silencio se convirtió en regla respecto al tema del sexo” (Foucault, 1981, citado por Giddens, 1998, p. 208). “La sexualidad” fue un invento de la modernidad, que surgió cuando la conducta sexual salió de escena y a partir de ese momento la sexualidad entra en el ámbito del dominio privado del individuo, acompañado del erotismo y la culpa, en una construcción progresiva de la denominada intimidad emergente (Giddens. 1998).

Para la presente investigación se reconoce la existencia histórica de diferentes miradas sobre la sexualidad y la salud sexual, pero se asume aquella que da cuenta de su construcción social en grupos particulares, como es el caso de los adolescentes Sordos/sordos y oyentes, donde es necesario indagar acerca de las condiciones que han rodeado sus construcciones de identidad. En este sentido se cita nuevamente a Weks (1998) para decir que “la sexualidad es, en realidad, una construcción social, una invención histórica que se basa, por supuesto, sobre las posibilidades del cuerpo, pero cuyos significados, y el peso que a ellos atribuimos, están conformados por situaciones sociales concretas.” (p, 179).

Por su parte se asume el concepto de salud sexual en el marco de la sexualidad, referente al desarrollo de la vida, el bienestar y el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, en contextos sociales y culturales específicos. Por lo tanto no se trata solamente de la orientación y atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.

Los anteriores planteamientos obligan a tener una mirada integral de la salud sexual y la sexualidad, razón por la cual en el presente estudio se determinan, durante el análisis, categorías comunes y complementarias.

3.4 Representaciones Sociales

Desde la psicología social, la teoría de las representaciones sociales ofrece un campo importante para comprender la construcción de la realidad de diferentes sujetos sociales e históricos. Tal es el caso de las personas sordas, quienes posiblemente han construido realidades particulares acerca de la salud sexual y la sexualidad que van más allá de un modelo esencialista, para relacionarse con los procesos de construcción de identidades.

En una entrevista realizada a Denise Jodelet, en octubre de 2002, en la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), por Rodríguez (2003). El entrevistador le pregunta acerca de las razones por las cuales algunas personas asocian las representaciones sociales con el constructivismo o con el construccionismo, a lo cual Jodelet responde:

Piaget fue de una importancia grande alrededor de la noción de construcción, la representación con procesos de producción (que son los dos procesos objetivación y anclaje) en donde se hace una construcción del objeto a través de una selección de elementos que son relevantes para los sujetos sociales. (p, 129).

Y en relación con el construccionismo social considera que la representación social tiene en cuenta este proceso descrito así: “en cuanto los sentidos que tienen los objetos están en los productos de la construcción de los sujetos, individuales o sociales, grupales o colectivos” (p, 130).

De igual forma, es necesario resaltar otro de los antecedentes teóricos del concepto de Representaciones Sociales que se sintetiza en el concepto de

representación colectiva planteado por Durkheim¹¹, a partir del cual el autor explica la existencia de sistemas de creencias o saberes preestablecidos que son aceptados y acogidos por los grupos sociales. Según el autor estos saberes, que se transmiten a través de las diferentes generaciones, influyen de manera determinante sobre la manera como los individuos perciben y actúan en el mundo. Por su parte, Moscovici retoma de Durkheim la noción del conocimiento socialmente construido y compartido, así como la idea de la influencia de lo social sobre el individuo.

Desde esta perspectiva, es claro que la teoría de las representaciones sociales abrió un espacio importante para la comprensión del conocimiento popular, yendo más allá del pensamiento positivista racionalista que intentaba separar a los objetos como constitutivos de una realidad incuestionable. Ya Moscovici había planteado, en una entrevista con Ivana Markova, que la teoría de las representaciones sociales surgió en parte como una reacción al pensamiento positivista de la época que consideraba que el conocimiento común era incorrecto (Marková, 2003). De allí que se le diera importancia a un conocimiento corriente enraizado en la lengua y sus significados, que tuviera en cuenta al sujeto como constructor de conocimientos, pero en una relación integral con la construcción de la realidad a través de los significados.

La idea de que el discurso cotidiano de las personas no tiene validez científica sigue presente en relación con muchos grupos sociales en la actualidad, sobre todo cuando se trata de minorías marginadas. Es el caso de los adolescentes Sordos/sordos e incluso algunos adolescentes oyentes; se ignora lo que estas personas puedan pensar acerca de la salud sexual, y

¹¹ Para ampliar ver : Beriain, J. (1990). *Representaciones colectivas y proyecto de modernidad*. Barcelona: Antropos Editorial del Hombre.

se siguen imponiendo programas de salud sexual, desconociendo las construcciones mentales que tienen al respecto.

Es así como la teoría de la representaciones sociales creada por Serge Moscovici se propone aquí como el constructo que permite la comprensión de una problemática, a partir del discurso cotidiano y el sentido común de los adolescentes Sordos / sordos y oyentes.

Se sabe que en el caso de los adolescentes Sordos/sordos, puede existir restricción de la información, pero más allá de esto, sus procesos de identificación, y construcción de conocimiento en su grupo familiar se pueden ver afectados. También se sabe que muchos niños y adolescentes Sordos/sordos, encuentran en la escuela, con sus compañeros y profesores, un lugar primordial para su existencia, ya que dentro de sus familias predomina la incomunicación. Algunos de ellos –sobre todo los usuarios de la lengua de señas-, en la etapa de la adolescencia buscan pares Sordos lo cual les posibilita una construcción colectiva y social del conocimiento común a través de la lengua de señas.

La teoría de las representaciones sociales plantea que

todo conocimiento se construye y se sostiene socialmente. Considera al conocimiento un fenómeno social y o una propiedad de los individuos y afirma que el conocimiento, más que residir en la cabeza de los individuos, se manifiesta en la comunicación social. (Emler, Ohana y. Dickinson, 2003 p, 69-70)

En ese sentido, lo social se hace presente de diferentes maneras: a través del contexto en el que se sitúan los individuos y los grupos, a través de la comunicación, a través de la cultura y a través de los códigos, valores e ideologías relacionados con las posiciones de pertenencia social (Jodelet, 1986)

El hecho de plantear al conocimiento como construcción social tiene varias implicaciones en el orden conceptual, pero aquí se quieren resaltar dos. Por una parte significa que el conocimiento – de sentido común- es objeto de estudio y desde la teoría de las representaciones sociales se plantea el interés por comprenderlo, desde su estructuración hasta su consolidación. Por otra parte, hay que reconocer la presencia de lo subjetivo en tal conocimiento, ya que constituye una realidad construida por los sujetos y en los sujetos; al respecto vale la pena citar a Fernando González quien referencia a Moscovici:

Por tanto, cuando Moscovici afirma que “no hay nada en la representación que no esté en la realidad” no se refiere a una realidad concreta definida en sus atributos objetivos e independientes del sujeto, sino a una realidad social en la que también intervienen los procesos de subjetivación que la configuran, cuyos sistemas y formas de organización en el tejido social he definido como subjetividad social” (González, 2002, p, 111.)

Así, según este mismo autor, las representaciones sociales se constituyen por elementos de sentido y significación que circulan en la sociedad y le otorgan a ésta, la dimensión social, simbólica y subjetiva. Se trata de un conocimiento socialmente elaborado y compartido, donde los sujetos dan sentido y significado a diferentes eventos, objetos y sujetos, no como una reacción sino como una construcción de la que ellos hacen parte; en este sentido, se reconoce la simultaneidad del sujeto individual y del espacio social en la configuración de las representaciones sociales. Para complementar se puede decir que, el sujeto está constituido por la sociedad, pero éste a su vez participa de su configuración.

Este es un aspecto conceptual fundamental para la presente investigación, porque se pretende describir y analizar las producciones de sentido y

significado de los adolescentes Sordos/sordos y oyentes, sobre la sexualidad y la salud sexual, reflejadas en un conocimiento elaborado socialmente que da cuenta de la subjetividad de los adolescentes.

La comprensión del carácter subjetivo de las representaciones sociales implica entonces, asumir una epistemología de construcción de conocimientos de sentido común que no se agotan en su expresión discursiva, sino que tienen en cuenta otras manifestaciones de la subjetividad (González, 2002).

También es importante señalar aquí la función de las representaciones sociales, para referir que se trata de un conocimiento práctico que le sirve a los sujetos para intentar dominar el entorno, así como para comprender y explicar los hechos e ideas del universo (Jodelet, 1986); un conocimiento de sentido común que posibilita significar y dar sentido, así como ser participe en la construcción social de la realidad de los sujetos.

Para propósitos de la presente investigación, vale la pena tener en cuenta algunas características de las representaciones sociales, descritas por Flick (1992), quien a su vez, referencia a Moscovici: El autor plantea las representaciones sociales como un modelo para la construcción social y distribución de conocimiento, considerando que la realidad como tal no existe, sino que son los individuos y los grupos sociales quienes producen esa realidad en diferentes interacciones. Así mismo, considera que las representaciones sociales son un modo por el cual se crea la realidad y el sentido común; es un modo particular de comprensión y comunicación.

Este autor muestra también que es necesario diferenciar las representaciones sociales de la imitación de pensamientos, y tampoco

confundirlas con procesos cognitivos puros (Moscovici, 1987 citado por Flick, 1992).

Ya se había mencionado antes, que muchas de las investigaciones sobre la salud sexual de los adolescentes se ubican en un enfoque epistemológico cognitivista, lo cual le plantea al sujeto la autodeterminación de sus comportamientos, a partir del aprendizaje de determinada información. El enfoque de las representaciones sociales, por el contrario a las teorías de la cognición, sitúa las actividades psicológicas en la vida social; para las representaciones sociales, las actitudes y atribuciones surgen como consecuencia de la participación en la vida social (Duveeny y Lloyd, 2003).

En este punto resulta conveniente señalar que la teoría de las representaciones sociales ha tenido diferentes líneas que se han consolidado a través del tiempo. Una, que se inició con Moscovici y ha tenido continuidad con Jodelet y otros, donde se ha indagado por los procesos y contenidos de las representaciones sociales; esta línea ha sido denominada como enfoque procesual. Otra, centrada en los procesos cognitivos, desarrollada por Jean Claude Abric en torno al estudio de la estructura de las representaciones sociales, y la tercera, más sociológica, desarrollada por Willem Doise, centrada en “las condiciones de producción y circulación de las representaciones sociales” (Pereira de Sá, 1998, citado por Banchs, 2000: 3.1). También se puede decir que las dos primeras líneas o corrientes teóricas han sido de mayor predominio sobre la tercera, pero al mismo tiempo éstas dos se han diferenciado en sus fundamentaciones y procedimientos metodológicos al momento de abordar problemas de investigación. El enfoque procesual de las representaciones sociales se relaciona con algunas características del interaccionismo simbólico procesual, mientras el enfoque estructural asume ciertas características

cercanas a la psicología social cognitiva de la línea estadounidense dominante (Banchs, 2000)

El enfoque procesual se caracteriza por considerar que para acceder al conocimiento de las representaciones sociales se debe partir de un abordaje hermenéutico, entendiendo al ser humano como productor de sentidos, y focalizándose en el análisis de las producciones simbólicas, de los significados, del lenguaje, a través de los cuales los seres humanos construimos el mundo en que vivimos (Banchs, 2000, p. 3.6)

Se puede decir además que desde el orden metodológico, en investigaciones que optan por este enfoque, se privilegian los métodos de recolección y análisis cualitativo de datos, así como la triangulación de técnicas, teorías y resultados, con el propósito de garantizar la confiabilidad en las interpretaciones.

Por otro lado, “el enfoque estructural se caracteriza por buscar en el estudio de las representaciones sociales, metodologías para identificar su estructura o su núcleo y por desarrollar explicaciones acerca de las funciones de esa estructura.” (Banchs, 2000, p. 3.7).

De acuerdo con esta misma autora si bien, algunos autores diferencian ambos enfoques desde lo ontológico y lo epistemológico, habría que mencionar las reflexiones de otros respecto a la complementariedad de lo estructural frente a lo procesual, o mejor aún, la posibilidad de estudiar en la estructura de las representaciones sociales no solo los mecanismos, sino también sus contenidos.

Para el caso de la presente investigación se indagará sobre los contenidos de las representaciones sociales de los adolescentes, acerca de la sexualidad y

la salud sexual, desde una perspectiva procesal, sin desconocer algunos aspectos que pueden ser inherentes su estructura.

A continuación, se considera mencionar algunos elementos conceptuales en torno a las representaciones sociales, que son de fundamentales para su descripción y análisis. Con respecto a su definición, Moscovici las caracteriza como:

sistema de valores, ideas y prácticas que tienen una doble función: en primer lugar, establecer un orden que permita a los individuos orientarse en el su mundo social y material y dominarlo; en segundo término, permitir la comunicación entre los miembros de una comunidad, aportándoles un código para el intercambio social y un código para dominar y clasificar de manera inequívoca los distintos aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal (Moscovici, 1973: XIII, citado por Duveen y Lloyd, . 2003).

Por su parte, para Jodelet (1986) las representaciones sociales constituyen maneras de interpretar y de pensar la realidad cotidiana, formas de conocimiento sobre el mundo, implicando en la definición las operaciones mentales que los individuos realizan en dichos contextos de cotidianidad. Frente a la posibilidad de pensar dichas representaciones y sus procesos como fenómenos netamente individuales o intraindividuales, la autora aclara que estas formas de conocimiento tienen un carácter social, ya que en su construcción y transmisión juegan un papel importante aspectos como el contexto concreto en que se sitúan los individuos, la comunicación que establecen entre si, el marco histórico-cultural en que se da dicha interacción y el código necesario para la misma. De manera consecuente, considera que “la noción de representación social nos sitúa en el punto donde se intersecan lo psicológico y lo social”. (p. 173).

En el mismo sentido y de manera complementaria Moscovici plantea que el conocimiento no es *condicionado* sino *constituido* por la sociedad, lo cual equivale a afirmar que las condiciones objetivas (económicas, políticas) de un colectivo social no determinan de manera causal las ideas de las personas y su expresión a través del lenguaje, sino que dichas ideas se construyen en el marco de dichas condiciones (Markova, 2003), siendo este uno de los puntos capitales que diferencia el pensamiento de Moscovici de abordajes sociológicos convencionales que plantean un determinismo simple y unívoco de lo social sobre el individuo.

Funciones de las representaciones sociales en la vida social

Un aspecto fundamental en la comprensión de las representaciones sociales como concepto explicativo del pensamiento social y sus dinámicas tiene que ver con la utilidad o funcionalidad de las mismas en dicho proceso. En su definición clásica, Moscovici plantea una doble función para las representaciones. La primera, de orientación del ser humano en su mundo, y la segunda de comunicación, la cual le permitire clasificar los diferentes aspectos y dimensiones del mundo bajo un código común. Por otra parte, Abric (2001) complementa el planteamiento de Moscovici, discriminando otras funciones como:

- Funciones de saber: las cuales permiten a los individuos adquirir conocimientos e integrarlos a su sistema cognitivo, posibilitando a su vez, las condiciones necesarias para el intercambio y la comunicación.
- Funciones identitarias. relativas a la posibilidad de que ofrecen las representaciones sociales a los individuos de construir una identidad

personal y una identidad social compatibles con los sistemas normativos y valorativos de su contexto social e histórico particular.

- Funciones de orientación: según las cuales las representaciones sociales constituyen guías para la acción en términos de que señalan a) la finalidad de tal acción, b) las expectativas y anticipaciones cognitivas del sujeto frente a una acción concreta, y c) el valor aceptable o no de dicha acción en un contexto específico.
- Funciones justificadoras: de acuerdo con las que el individuo o grupo justifican su conducta, y de tal modo, confirman o ratifican sus comportamientos e interpretaciones en torno a una realidad individual o grupal.

Esta descripción de las propiedades de las representaciones sociales en términos de sus funciones permite ilustrar el doble carácter cognitivo y social del concepto, al igual que su proceso de generación y reproducción en el nivel de las interacciones cotidianas. Esto permite comprender y explicar la naturaleza de las relaciones de los individuos con su grupo de referencia dado que las representaciones sociales se constituyen en unos de los determinantes más relevantes de los comportamientos y prácticas sociales.

Procesos de producción: objetivación y anclaje

La forma en la cual Moscovici plantea el surgimiento de las representaciones sociales y su transformación e incorporación dentro del sistema de creencias del pensamiento común, busca ilustrar la interdependencia y simultaneidad de las dimensiones social e individual en las representaciones sociales. Para lo anterior, el autor describe dos conceptos fundamentales: la objetivación y el anclaje.

Por objetivación se entiende el proceso de transformación de conceptos o conocimientos abstractos en experiencias y construcciones concretas que puedan ser apropiadas por las personas, lo cual se opera a partir de tres fases: a). *la construcción selectiva* como retención u organización arbitraria de elementos del objeto o idea a representar, b). la formación del *núcleo figurativo* como imagen concreta, sencilla y sintética que captura la esencia del concepto, teoría o idea, y c). *la naturalización* como transformación de dicho núcleo figurativo de carácter arbitrario y simbólico, en una realidad con existencia autónoma.

Por otra parte el anclaje, al igual que la objetivación, es un proceso que busca hacer familiar lo desconocido. Sin embargo, la diferencia fundamental está relacionada con la dirección en que opera este cambio, ya que en el anclaje, el objeto representado es insertado en la red de significaciones y categorías preexistentes. El anclaje permite a los grupos afrontar las innovaciones y el contacto con objetos o conceptos no familiares. Sin embargo, aquí no se piensa que el colectivo sea receptor pasivo, ya que la apertura ante los objetos representados depende de los intereses y valoraciones del grupo en el momento específico.

Objetivación y anclaje son procesos conjuntos e integradores a partir de los cuales se construye conocimiento instrumental sobre el mundo y que tienen una importancia capital en la configuración, selección y orientación de los comportamientos y las prácticas sociales.

Dimensiones de la representación social

La representación social puede ser considerada como una unidad funcional estructurada; esto implica que es una formación multifacética y polimorfa

permeada de elementos culturales, ideológicos y de pertenencia. Del mismo modo, en su constitución participan elementos afectivos, cognitivos, simbólicos y valorativos (Perera, 2004).

En consecuencia con esta concepción de la representación social, Moscovici distinguen en ella tres dimensiones interdependientes que dan cuenta de su carácter complejo: la actitud, la información y el campo de representación.

La actitud

Dentro de los postulados de la teoría, la actitud corresponde a la dimensión afectiva y valorativa de la representación, la cual focaliza la orientación global en relación al objeto (Moscovici y Hewstone, 1998).

La actitud se considera el componente primario de la génesis de la representación, pues en función de la toma de postura frente al objeto es como este va a ser representado. De aquí, que se considere que los elementos afectivos tienen una importancia capital en la constitución de toda representación, al jugar un rol estructurante (Perera, 2004).

La información

La información se refiere a un cuerpo de conocimientos organizados que un determinado grupo posee respecto a un objeto social (Moscovici y Hewstone, 1998). Igualmente, hace referencia a su calidad, cantidad y organización, aspectos que llevan a considerar la multiplicidad de datos, explicaciones y

atribuciones que las personas forman en torno a la realidad representada, a partir de sus dinámicas comunicativas cotidianas.

Diversos autores han hecho énfasis en los factores que influyen en la naturaleza de esta dimensión de la representación, resaltando el hecho de que la pertenencia de grupo, así como la ubicación social son aspectos mediadores de la cantidad y precisión de la información disponible en un momento determinado.

Otro aspecto interesante dentro de la dimensión informativa de la representación es el relacionado con el origen de dicha información, el cual modifica sustancialmente la naturaleza de la misma. De esta manera, es bien sabido que la información proveniente de la relación directa con el objeto social y de las prácticas del sujeto con dicho objeto, es diferente de aquella proveniente de la comunicación social, principalmente la que circula a través de los medios masivos.

El campo de representación

El campo de representación remite a la idea de imagen, de modelo social, al contenido concreto y limitado de las proposiciones acerca de un aspecto preciso del objeto de la representación (Moscovici y Hewstone, 1998).

Esta dimensión hace referencia al orden y la jerarquía que toman los significados de la representación que se organizan en una estructura funcional determinada (Perera, 2004). En resumen, hace referencia al conjunto de imágenes, creencias, valores y vivencias que emergen y constituyen la representación social.

El campo de representación se organiza en torno a lo que Moscovici llamó esquema o *núcleo figurativo* que es construido en el proceso de objetivación y que constituye el componente más sólido y estable de la representación. Posee una función principalmente organizadora en la medida en que los significados y elementos restantes se organizan y adquieren peso en función de este.

A diferencia de las dos anteriores, la dimensión del campo representacional no emerge del análisis fragmentado de las declaraciones de las personas y los grupos; requiere en cambio una mirada global y totalizante del discurso y se deriva de la labor de interpretación propia del investigador.

Representaciones sociales y conocimiento social contemporáneo

A diferencia de Durkheim quien con su concepto de representaciones colectivas, hace énfasis en la influencia de una sociedad preestablecida sobre los sujetos, sin considerar la posibilidad de que estos interviniesen en su transformación, Moscovici enfatiza en la originalidad y diversidad de la vida cotidiana, dando relevancia a la comunicación cara a cara entre los sujetos y el proceso a través del cual lo individual deviene en social.

De esta manera, Moscovici plantea como característica fundamental y diferenciadora de las representaciones sociales su dinamismo y fluidez, derivados de los procesos sociales de la modernidad. En concreto, el autor hace referencia a aspectos como la movilidad social, el desarrollo de la ciencia y las interacciones comunicativas. De esta forma, en lugar de poner el acento en la diferenciación entre producciones individuales y colectivas, lo hace en el tipo de relaciones que establecen los grupos entre sí. En función de este último criterio de análisis describe tres tipos de representaciones,

cuyas características plasman y clarifican el carácter dinámico del pensamiento social (Moscovici, 1988, citado por Banch, Agudo y Astorga, 2007).

Las primeras, denominadas *hegemónicas* son el resultado de un amplio nivel de consenso al interior del grupo; sin ser producidas por el mismo, son compartidas por sus miembros y prevalecen en toda práctica simbólica y afectiva. Son uniformes y coercitivas y reflejan la homogeneidad propia del concepto durkheimiano de representación.

Las segundas, denominadas *emancipadas* corresponden a formas de pensamiento social propias de grupos específicos y que circulan entre los mismos. Tienen cierto nivel de autonomía y resultan de compartir símbolos e interpretaciones. Son sociales en función de la información que se reúne y combina en torno a ellas.

Finalmente, el autor postula la existencia de representaciones denominadas *polémicas* las cuales surgen en momentos de conflicto o controversia social entre grupos en relación con eventos u objetos sociales relevantes. No son compartidas por la sociedad como un todo y son determinadas por relaciones antagónicas entre los miembros, configurando dinámicas de mutua exclusión. Con esta diferenciación, Moscovici pone de relieve una de las características más importantes y diferenciadoras del sentido común en el mundo contemporáneo: su naturaleza versátil y heterogénea, a partir de la cual el consenso convive con la contradicción, y la lógica de la exclusión da paso a la de la complementariedad en constante interacción.

El concepto de *polifasia cognitiva* adoptado por Moscovici (1961), citado por Banch, Agudo y Astorga, 2007), va en este mismo sentido al hacer referencia a la coexistencia de saberes tradicionales y nuevos; a la convivencia en la vida social de diversos modos de pensamiento que corresponde a formas

diferentes de relación entre el sujeto y su ambiente. De igual manera, este concepto pone de relieve la necesidad de abordar y comprender los procesos de generación de esos sistemas de conocimiento, idea que a su vez plantea repercusiones metodológicas para la actividad investigativa.

Es a partir de la aceptación de la antes mencionada pluralidad de las representaciones sociales que se entiende la postura metodológica procesual del presente estudio, en la medida en que busca rescatar la originalidad y singularidad de los saberes de los adolescentes sordos y de los oyentes en torno a un objeto social, así como la manera en que estos saberes interactúan con los sistemas de conocimiento imperantes en torno a la sexualidad y la salud sexual, propios de la tradición cultural, de la producción científica y de la actividad del mundo oyente.

4. Metodología

Teniendo en cuenta los propósitos de la presente investigación, donde se conjugan y reconocen construcciones sociales de conocimiento sobre la salud sexual y la sexualidad de los adolescentes sordos y oyentes que no han sido exploradas, la presente investigación se planteó en el marco de una metodología cualitativa interpretativa de orientación procesual. Esta metodología ha implicado el uso de técnicas analíticas e interpretativas, a partir de los resultados y especificidad de los participantes de la investigación (S/sordos y oyentes).

En investigaciones donde se indaga sobre la manera como comprenden la salud los individuos, las metodologías cualitativas posibilitan profundizar y comprender las construcciones de significado. Algunos autores como Baum 1995, Benavides, 1997, Domingo, 1997 señalan que las técnicas cualitativas son útiles para “conocer cómo la población y los individuos interpretan la salud y la enfermedad y, por tanto, poder explicar determinados comportamientos, miedos y rechazos, adhesión a personas o tratamientos, dudas, temores, satisfacción e insatisfacción...” (March y otros, 2002, p.464)

También se debe decir que se comparte aquella visión de lo cualitativo que tiene en cuenta la concepción ontológica, epistemológica, teórica y metodológica que enmarca la investigación, más allá de las técnicas de recolección de información. En ese sentido vale la pena citar a Menéndez (2002), quien plantea que:

...lo cualitativo no solo refiere a técnicas de recolección, sino que para determinadas tendencias teóricas lo hace también a la concepción que éstas tienen de la realidad y de los sujetos sociales a los cuales una parte de dichas tendencias definen en términos de significado. (p. 102).

De hecho, para la presente investigación se ha reconocido la concepción ontológica y epistemológica de la sordera y los adolescentes sordos. Este reconocimiento ha implicado una postura metodológica de reconocimiento discursivo que construye realidades a partir de unas particularidades que se han tenido en cuenta al momento de implementar técnicas de indagación de las representaciones sociales de la salud sexual y la sexualidad.

Teniendo en cuenta que se ha partido de la exploración de ámbitos prácticamente inexplorados con la población de adolescentes S/sordos en su relación con los oyentes, la presente investigación ha implicado la innovación, sin descuidar el rigor científico, teniendo en cuenta la articulación de las fases que se fueron desarrollando tanto en el marco de la identificación de los problemas, la definición conceptual, la decisión sobre las técnicas de recolección de información, la organización de resultados y los procesos de análisis.

... el rigor científico no debe restringirse a la discusión de métodos para la recolección de la información, tampoco a la rapidez con que se recogen los datos, sino a la calidad de las decisiones que se efectúan en el proceso de investigación. Éste debe ser visto como un todo en el cual cada fase está en interacción dinámica con las otras y con la totalidad del mismo proceso. La definición del problema, el marco teórico conceptual, la generación de hipótesis, el trabajo de campo, la selección de informantes y el análisis e interpretación de los resultados conforman un todo integrado al que hay que añadir los instrumentos y métodos de recolección de información.” (Denman y Haro, 2002, p. 71)

4.1 Participantes

Participaron adolescentes sordos usuarios de lengua de señas colombiana (LSC), de castellano oral y adolescentes oyentes, residentes en Bogotá, teniendo en cuenta que es la ciudad donde se concentran mayor número de

estudiantes Sordos/sordos, muchos de ellos provenientes de otras ciudades debida a una mayor oferta de servicios educativos y en general, mayores posibilidades de integración social.

Participaron tres grupos de adolescentes:

1. Setenta y un (71) Adolescentes Sordos usuarios de lengua de señas colombiana – LSC - (40 hombres y 31 mujeres), cuyas edades estuvieron entre los 16 y 21 años, residentes en la ciudad de Bogotá – Colombia. Estos 71 adolescentes estuvieron distribuidos en tres grupos institucionales de la siguiente manera:

Tabla 4. Distribución de participantes adolescentes Sordos usuarios de lengua de señas colombiana (LSC)

Adolescentes sordos usuarios de lengua de señas colombiana	Institución o procedencia	No. de adolescentes hombres.	No. de adolescentes mujeres.
	Colegio No. 1 para sordos	26	18
	Colegio No. 2 para Sordos	6	6
	Universidad/programa adolescente sordos – Proyecto de inclusión educativa -	8	7
Total		40	31

A los 71 participantes se les aplicaron dos (2) redes de asociaciones; una sobre salud sexual y otra sobre sexualidad. Posteriormente, de estos participantes, se seleccionaron seis (6); tres (3) hombres y tres (3) mujeres, a quienes se les realizó entrevista.

2. Setenta y dos (72) adolescentes oyentes cuyas edades estaban entre 16 y 21 años. Estos participantes estaban agrupados institucionalmente de la siguiente manera:

Tabla 5. Distribución de participantes adolescentes oyentes

Adolescentes oyentes	Institución o procedencia	No. de adolescentes hombres.	No. de adolescentes mujeres.
	Colegio Distrital (Grupo No. 1)	12	13
	Colegio Distrital (Grupo No. 2)	6	9
	Universidad/programa oyentes	11	21
Total		29	43

A los 72 participantes se les aplicaron dos (2) redes de asociaciones; una sobre salud sexual y otra sobre sexualidad. Posteriormente, de estos participantes, se seleccionaron seis (6); tres (3) hombres y tres (3) mujeres, a quienes se les realizó entrevista.

4. Once (11) adolescentes sordos usuarios de castellano oral cuyas edades estaban entre 16 y 21 años. Estos participantes no se encuentran agrupados en ninguna institución y no tienen contacto entre ellos. Están incluidos en diferentes instituciones educativas con estudiantes oyentes y en sus aulas de clase no hay pares sordos. Teniendo en cuenta esta situación y partiendo del principio teórico que las representaciones sociales son una forma de pensamiento práctico y social orientadas hacia

la comunicación de los sujetos (Jodelet, 1986), estos adolescentes fueron considerados para el presente estudio como un “Grupo Tipo”.

Teniendo en cuenta que estos adolescentes no tienen contacto entre ellos, por lo tanto no se puede esperar construcciones de pensamiento práctico colectivas (entre ellos), se plantea para la presente investigación que sus representaciones sociales están determinadas por su entorno y su condición social y particular (personas sordas que han adquirido el castellano oral en procesos de rehabilitación)

La distribución del presente “Grupo Tipo” fue la siguiente:

Tabla 6. Distribución de participantes adolescentes sordos usuarios de castellano oral.

Adolescentes sordos usuarios de castellano oral.	Procedencia	No. de adolescentes hombres.	No. de adolescentes mujeres.
	Adolescentes contactados a través de centros de rehabilitación particulares e instituciones educativas incluyentes.	6	5
Total		6	5

A los 11 participantes se les aplicaron dos (2) redes de asociaciones; una sobre salud sexual y otra sobre sexualidad. De estos, se seleccionaron seis (6); tres (3) hombres y tres (3) mujeres, a quienes se les aplicaron entrevistas.

Como se puede observar el número de participantes de adolescentes sordos usuarios de castellano oral es inferior a los otros adolescentes. Esta situación obedeció al hecho que no estén agrupados y por lo tanto tampoco compartan discursos y experiencias entre sí. Estos adolescentes sordos prácticamente no tienen interacción con otros sordos, excepto cuando se encuentran en centros de rehabilitación.

Teniendo en cuenta que las representaciones sociales se construyen en procesos de comunicación interactiva por miembros de una misma comunidad, los adolescentes sordos usuarios de castellano fueron asumidos como un “grupo tipo”, en este sentido se tomaron las redes de asociaciones aplicadas y las entrevistas como un referente poblacional.

4.2 Criterios de inclusión y de exclusión

En cuanto a criterios de exclusión se planteó que los participantes no podrían estar relacionados con situaciones de delincuencia común, drogadicción y enfermedades crónicas. No serían participantes aquellos adolescentes que además de la sordera presentaran algún tipo de discapacidad asociada tal como discapacidad cognitiva, mental y sensorial visual.

En cuanto a los adolescentes Sordos, deberían ser usuarios de la lengua de señas colombiana (LSC), la cual les debe posibilitar comprender y expresar sus ideas. En cuanto a los adolescentes sordos usuarios de castellano, deberán expresar sus ideas en castellano oral.

4.3 Método y técnicas

El método y las técnicas de la presente investigación sirvieron para establecer la relación entre el problema de investigación y el objeto de estudio; a través de estas técnicas se pudo establecer la ruta e instrumentos para acercarse a las representaciones sociales de la salud sexual y la sexualidad de los adolescentes.

Fue necesario definir de manera coherente los pasos a dar y las opciones que se debieron tomar en la aproximación al objeto de estudios (Calderón C. 2002), sobre todo si se tiene en cuenta que no existen en el país, experiencias previas de este tipo de investigaciones.

El proceso metodológico se enriqueció y constituye una innovación metodológica en este tipo de estudios, en la medida que las características de los participantes (sordos), implicó hacer ajustes a la ruta metodológica para obtener información. Es decir, que fue necesario realizar adecuaciones a los protocolos de aplicación de las redes de asociaciones y las entrevistas, específicamente para el caso de los adolescentes sordos.

Los instrumentos utilizados en la presente investigación fueron las redes de asociaciones y entrevistas semi estructuradas.

- Las redes de asociaciones se constituyen en un método entre otros, no exhaustivo, que posibilita de manera espontánea explorar asociaciones constitutivas de las representaciones sociales de sujetos que comparten significados (De Rosa. 1995).

A través de las redes de asociaciones aplicadas en la presente investigación, se exploró fundamentalmente la estructura del campo

representacional teniendo en cuenta el siguiente orden metodológico: elicitación de palabras a través de un término inductor (Salud sexual y sexualidad en este caso), presentación espontánea de palabras asociadas al término inductor, orden de importancia de palabras, ramificaciones y conexiones entre palabras y valoración actitudinal a través de índices de polaridad y neutralidad. (Ibíd. 1995).

- Entrevistas a partir de un guión que tuvo en cuenta las creencias, opiniones, conocimientos y sentimientos de la salud sexual y la sexualidad. Se profundizó en aquellos asuntos relevantes que surgieron en las redes de asociaciones y que se constituyeron de manera progresiva en categorías de análisis.

A continuación se describen los procedimientos metodológicos que se adelantaron para cada uno de los grupos de participantes:

- Adolescentes Sordos usuarios de lengua de señas colombiana (LSC)
Redes de asociaciones:

El investigador principal organizó grupos de máximo diez (10) adolescentes, conservando una prudente distancia física entre unos y otros. Les explicó en lengua de señas colombiana los procedimientos para realizar la actividad, contando con el apoyo de un intérprete oficial y un asistente de investigación.

Primero se implementó la red de asociaciones con el término inductor “Salud Sexual” y posteriormente con el término “Sexualidad”, pero antes se realizaron ejemplos con otros términos inductores, de tal manera que al iniciar la actividad, los participantes tenían claridad sobre lo que debían hacer.

Teniendo en cuenta que la mayoría de adolescentes sordos usuarios de lengua de señas no tienen competencia en español escrito, el investigador principal y la intérprete de lengua de señas, estuvieron siempre atentos a traducir y escribir en castellano en el formato de respuesta (ANEXO 1 y ANEXO 2) las palabras asociadas por los adolescentes sordos cuando fue necesario, manejando la prudencia y confidencialidad necesaria para que la información no se hiciera pública. Incluso, hubo casos donde se aplicó la red de asociaciones de manera individual.

Este procedimiento particular de confidencialidad se llevó a cabo teniendo en cuenta que la lengua de señas es visogestual y puede ser observada por diferentes adolescentes que comparten un salón de clase.

Entrevistas:

Para la realización de entrevistas se tuvieron en cuenta varios procedimientos fundamentales.

1. Se elaboró un guión temático de entrevista (ANEXO 3), que tuviera en cuenta algunos campos centrales de las representaciones sociales, como son las creencias, opiniones, sentimientos y conocimientos sobre la salud sexual y la sexualidad. Durante la entrevista se indagó sobre estos campos, haciendo énfasis en los temas relacionados con las categorías de análisis que surgieron en la clasificación de la información de las redes de asociaciones.
2. Siempre se dispuso de un espacio con adecuada iluminación (para que las personas sordas pudieran ver al intérprete), cómodo y sobre todo

que posibilitara la privacidad teniendo en cuenta las características visogestuales de la LSC. Se le explicó a los entrevistados el propósito de la investigación, la entrevista y el procedimiento, así como el consentimiento informado (ANEXO 4) para la grabación en video y el uso científico de la información, cambiando nombres, fechas y sitios geográficos de los entrevistados.

3. Para la entrevista se ubicó al entrevistado frente al entrevistador y el intérprete; entre estos dos últimos se colocó una videograbadora. El entrevistador realizó las preguntas o sugirió la temática de conversación, inmediatamente el intérprete tradujo en LSC para comprensión del entrevistado. Seguidamente el/la adolescente Sordo/a respondió en LSC y el intérprete tradujo de manera verbal al castellano oral, para que el entrevistador comprendiera la respuesta y continuara en la orientación de la entrevista.

En este proceso la cámara de video jugó un papel muy importante, porque registró los discursos que posteriormente podían ser revisados, sobre todo cuando hubo dudas acerca de la interpretación.

Después de la grabación de las entrevistas se llevaron a cabo las transcripciones de las traducciones orales realizadas por los intérpretes de lengua de señas. Se contó con intérpretes certificados o que aprendieron LSC en sus familias por tener padres o hermanos sordos. En estos últimos casos se seleccionaron intérpretes con experiencia en interpretación mayor a 10 años.

La realización de entrevistas a los/as adolescentes Sordos/as implicó un manejo ético y respetuoso de sus discursos, ya que para algunos Sordos/as la presencia de intérpretes de lengua de señas puede llegar

a generar cierto grado de desconfianza, al creer que sus discursos pueden ser transmitidos a otras personas, faltando así a un principio ético fundamental; la confidencialidad. Esta preocupación aparece en comunidades pequeñas donde la comunicación circula sin restricciones o diferenciación, además que históricamente los padres o tutores han contado verbalmente lo que llegan a conocer de la intimidad de los Sordos/as. De hecho este asunto se configura como importante al momento de explorar las representaciones sociales en un grupo de terminado.

Frente a esta situación se le explicó a los entrevistados las condiciones y compromisos para conservar la privacidad de la información, aunque se entrevistaran personas cercanas en su vida diaria, como compañeros y compañeras de estudio, o se tuviera contacto con sus padres de familia o profesores. De esta manera se consideró fundamental la ética comunicativa en la presente investigación, teniendo en cuenta que un manejo inadecuado de la información, podría traer a los adolescentes sordos y oyentes, consecuencia negativas como burla o exclusión de su comunidad o grupo de pares.

- Adolescentes oyentes.

Redes de asociaciones:

Se aplicó a los adolescentes el formato de redes e asociaciones de De Rosa con los términos inductores; primero “salud sexual” y posteriormente “sexualidad”.

Como se mencionó antes, los adolescentes fueron estudiantes del Colegio Distrital de la ciudad de Bogotá, organizados en dos grupos y del primer semestre del Programa de Matemáticas de la Universidad/programa oyentes.

Se realizó la aplicación de las redes de asociaciones de manera grupal en los respectivos salones de clase, explicando previamente los propósitos de la actividad y solicitando la aprobación para diligenciar el formato. Cuando los adolescentes solicitaron información durante la aplicación de la red, se les dio la orientación correspondiente.

A diferencia de los adolescentes Sordos usuarios de LSC, con estos adolescentes no se requirieron apoyos adicionales (intérpretes) ni espacios individualizados ya que eran usuarios fluidos del castellano escrito y por lo tanto no se vio comprometida su privacidad.

Entrevista:

Se realizaron entrevistas a tres (3) hombres y tres (3) mujeres oyentes, de manera individual y en espacios que posibilitaran mantener privacidad y confianza. Se utilizó el mismo guión de entrevista aplicado a los adolescentes sordos, pero con las modificaciones correspondientes a los procesos comunicativos funcionales que hacían referencia a la pérdida auditiva.

Se dispuso de un espacio cómodo y privado, se les solicitó el consentimiento informado y autorización para grabar en audio, explicando que posteriormente se transcribiría y se cambiarían los nombres y sitios geográficos, para preservar la privacidad de los entrevistados.

- Adolescentes sordos usuarios de castellano oral.

Redes de asociaciones:

Teniendo en cuenta que se trató de adolescentes contactados de manera individual, a través de sus padres o terapeutas, la aplicación de las redes de asociación sobre salud sexual y sexualidad se llevó a cabo individualmente, realizando algunos ajustes metodológicos a la propuesta de De Rosa (1995).

Tales ajustes metodológicos se centraron en la realización de ejemplos previos con otros términos inductores y apoyo en la escritura o respuestas a pregunta cuando fue necesario.

Es de señalar que hubo dos (2) casos donde no se posibilitó el acercamiento a los adolescentes porque sus padres consideraron que el tema de la salud sexual y la sexualidad no traía ningún beneficio para sus hijas sordas. De igual manera, al tratar de contactar adolescentes a través de centros médicos de otorrinolaringología, hubo profesionales del sector que no facilitaron los canales de comunicación hacia las familias de los adolescentes.

A pesar de las anteriores situaciones, los resultados de las redes de asociaciones, once (11) sobre salud sexual y once (11) sobre sexualidad, fueron muy importantes porque posibilitaron determinar áreas de profundización que se trataron en las entrevistas.

Entrevistas:

Para contactar a los adolescentes de este grupo se realizaron acercamientos a través de terapeutas del lenguaje particulares e institucionales, quienes facilitaron los números telefónicos de las familias de los(as) adolescentes. Al realizar el contacto con los familiares de los adolescentes para proponer la realización de entrevistas, hubo dos (2) casos de adolescentes mujeres en los cuales sus padres no estuvieron de acuerdo con las entrevistas considerando que hablar de la salud sexual y sexualidad no traía ningún beneficio para sus hijos sordos.

De igual manera, al tratar de contactar adolescentes a través de centros médicos de otorrinolaringología, hubo profesionales del sector que no facilitaron los canales de comunicación hacia las familias de los adolescentes.

Las entrevistas se llevaron a cabo en lugares silenciosos y privados, evitando así las interferencias con otros sonidos que pudieran incidir en la comprensión de las preguntas. En ese sentido se repitieron las preguntas o temas cuando fue necesario, hasta tener la certeza que los adolescentes habían comprendido. Se solicitó consentimiento informado a los adolescentes mayores de 18 años o a sus padres cuando se trataba de menores.

Teniendo en cuenta que la mayoría de estos(as) adolescentes no tenían buena calidad en el timbre de su voz (inteligibilidad), se registraron las preguntas y respuestas con una audio grabadora, pero adicionalmente, el entrevistador o las auxiliares de investigación repitieron las respuestas para que al momento de la transcripción no hubiera duda de la información consignada; este procedimiento fue explicado y acordado entre ambos.

Se utilizó el mismo guión temático de entrevista de los otros adolescentes (sordos usuarios de lengua de señas y oyentes), teniendo en cuenta los campos centrales de las representaciones sociales, como son las creencias, opiniones, sentimientos y conocimientos sobre la salud sexual y la sexualidad.

Al igual que con los otros adolescentes, durante las entrevistas se profundizó sobre asuntos que habían sido planteados en términos generales en las redes de asociaciones.

4.4 Análisis de datos

La construcción de categorías para el análisis de la información que surgió en la presente investigación fue el resultado del proceso que se describe a continuación:

1. Se identificaron algunos referentes temáticos a partir de la conceptualización de salud sexual y sexualidad; estos referentes no fueron definidos como categorías de análisis, pero se tuvieron en cuenta para la primera descripción.
2. A partir de la aplicación y obtención de resultados de las redes de asociaciones, se agruparon las palabras (resultados) por frecuencia de aparición y posteriormente se clasificaron en categorías semánticas. Estas categorías se plantearon a partir de los significados que encontró el investigador principal en los referentes temáticos sobre salud sexual y sexualidad planteados en el corpus conceptual del presente estudio, el cual sirvió como base de las categorizaciones elaboradas.

3. Las categorías de análisis iniciales fueron confrontadas, complementadas y reorganizadas a partir de un ejercicio de validación. Para ello se tomó una muestra del 30% de las asociaciones realizadas por los participantes (adolescentes sordos usuarios de lengua de señas, oyentes y sordos usuarios de castellano oral), tanto en la red de asociaciones sobre salud sexual como la de sexualidad y se puso en consideración frente a un grupo de seis (6) profesionales estudiantes del Doctorado de Salud Pública y de la Maestría de Psicología de la Universidad Nacional de Colombia, para que según el criterio de ellos(as) propusieran categorías de análisis. Estos profesionales se constituyeron en un grupo de validación para la formulación de categorías iniciales.

Posteriormente el investigador principal, la directora y una auxiliar de investigación tomaron las categorías propuestas por los profesionales y las clasificaron bajo un proceso de revisión y análisis de las asociaciones realizadas por los adolescentes participantes. Este grupo de categorías de constituyó así en las categorías iniciales del proceso de organización y análisis de resultados.

4. Se inició el proceso de análisis de redes teniendo en cuenta las asociaciones realizadas por los adolescentes y las categorías de análisis establecidas por los profesionales, se agruparon según la frecuencia, de mayor a menor, para definir de esta manera los ejes centrales y periféricos de las asociaciones realizadas por cada grupo de adolescentes.

Este procedimiento condujo a la descripción de las redes de asociaciones sobre la salud sexual y la sexualidad, identificando principalmente los componentes estructurales a partir de las categorizaciones.

Posteriormente se diferenciaron las redes de hombres y mujeres en cada grupo de adolescentes, teniendo en cuenta además, la valoración que se les dieron a las asociaciones. Esto permitió identificar diferencias entre hombres y mujeres, así como las tendencias actitudinales de las asociaciones.

5. Se realizaron las entrevistas, teniendo en cuenta, entre otras, las categorías iniciales para profundizar en los temas que aparecían como constitutivos de la estructura de las representaciones. Posteriormente se transcribieron las entrevistas y se introdujeron los textos en el programa Atlas Ti, para dar inicio al proceso de análisis.

El procedimiento de análisis empleado para las entrevistas fue el Análisis de Contenido Cualitativo, el cual se entiende de manera general como una técnica de interpretación de datos cuyo objetivo es la inferencia de conocimientos en torno a aspectos y fenómenos de la vida social (Krippendorff, 1990; Bardin, 1996). Dicha técnica se basa en el supuesto según el cual la lectura de los textos analizados (escritos o visuales), permite generar información que va más allá del contenido manifiesto, dando cuenta de un sentido latente que a su vez, permite la comprensión del contexto sociocultural de producción y recepción de los sentidos emergentes (Bardin, 1996).

Esta labor interpretativa propia del Análisis de Contenido Cualitativo posee una metodológica sistemática y unas reglas analíticas adaptadas a la realidad bajo análisis, las cuales posibilitan la generación de conocimientos sistemáticos y en profundidad de la realidad analizada.

En el desarrollo de la presente investigación, la labor de interpretación se realizó a partir del uso del programa de análisis cualitativo ATLAS-ti versión 5, teniendo en cuenta su utilidad en la sistematización y manejo

de grandes cantidades de información, así como las posibilidades que ofrece para una lectura exhaustiva y organizada de la misma (Muñoz, 2005).

El programa ATLAS-ti permite desarrollar operaciones de análisis de información en dos niveles: un *nivel textual*, cuyo objetivo es describir la información a partir de operaciones de codificación, categorización y reducción, y un *nivel conceptual* que implica operaciones de generación de relaciones entre categorías, la inclusión de elementos provenientes de referentes teóricos, así como la creación de modelos gráficos que ilustren dichas relaciones. Los niveles textual y conceptual no se desarrollan de manera secuencial; en contraste, el proceso de análisis a través de ATLAS-ti implica un continuo ir y venir entre dichos niveles (Muñoz, 2005), aspecto que para la presente investigación, favoreció el proceso de generación de inferencias e interpretaciones progresivamente más refinadas con relación a los significados analizados.

De la misma forma, el proceso de triangulación se realizó de forma constante durante la generación de interpretaciones. Lo anterior con el fin de verificar la confiabilidad del sistema de categorización-codificación, entendiendo esta como el grado de acuerdo logrado entre los analistas con relación a la asignación de las unidades a las diversas categorías (Krippendorff, 1990; Cáceres, 2003).

Con el fin de mostrar de manera detallada la naturaleza del proceso, en la siguiente tabla se describen los procesos y las operaciones desarrolladas durante la labor de interpretación.

Tabla 7. Procesos y acciones de interpretación de entrevistas

Procesos	Acciones
Preparación de fuentes primarias de información	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión y edición de transcripciones correspondientes a entrevistas. Ingreso de documentos primarios a unidad hermenéutica del programa ATLAS-ti para su correspondiente numeración y codificación.
Análisis de nivel textual	<ul style="list-style-type: none"> • Selección y definición de categorías deductivas con base en los resultados del análisis previo realizado a las redes de asociaciones. • Definición de unidades de análisis correspondientes a frases con sentido completo procedentes de las declaraciones de los participantes. • Lectura y codificación de los textos. Asignación a categorías deductivas. • Definición y delimitación de categorías inductivas, emergentes a partir de la lectura de los textos. • Elaboración de memorandos generados a partir del análisis de códigos y categorías
Análisis de nivel conceptual	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de relaciones de continuidad, complementariedad y contradicción entre las categorías construidas, integrando la información de los memorandos elaborados por los analistas. • Desarrollo de gráficos y tablas ilustrativas de las relaciones establecidas entre categorías. • Desarrollo de una propuesta de contenidos y organización de las representaciones analizadas a partir de la integración de los resultados de la labor interpretativa con referentes teóricos pertinentes para profundizar la interpretación construida.
Verificación de calidad en el proceso de interpretación (confiabilidad).	<ul style="list-style-type: none"> • Triangulación de analistas: lectura y análisis textual independiente desarrollado de manera simultánea por parte de tres investigadores con entrenamiento en interpretación cualitativa. • Revisión y ajuste de categorías: identificación de permanencias y diferencias en las interpretaciones de los analistas. Construcción de consensos de sentido para cada una de las categorías inductivas y deductivas. • Triangulación de instrumentos: contrastación de resultados de la categorización de textos de

Procesos	Acciones
	entrevistas con resultados procedentes del análisis de redes de asociaciones, estableciendo relaciones de continuidad, complementariedad y contradicción.

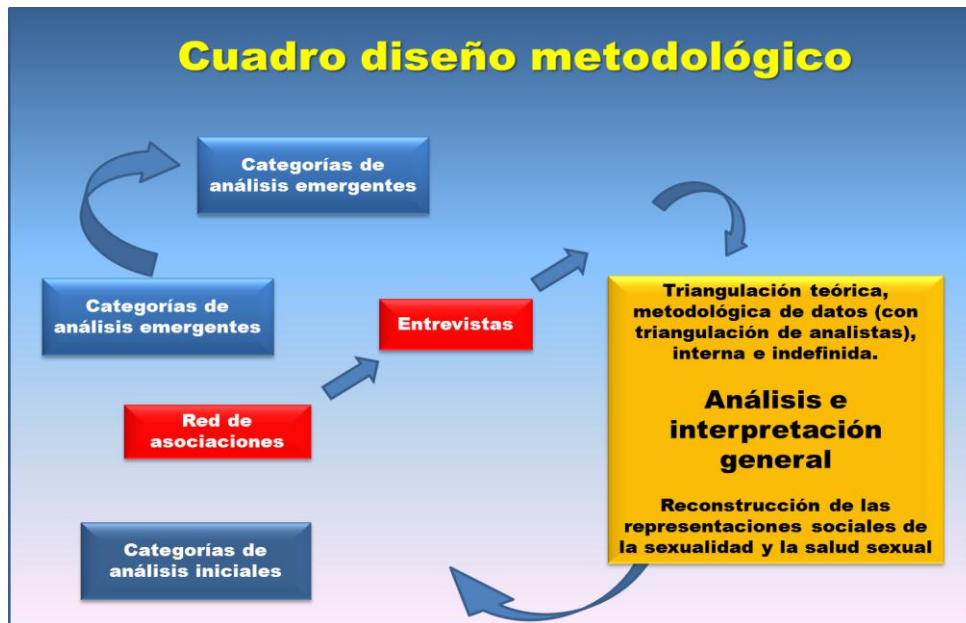
4.5 Triangulación de resultados

Teniendo en cuenta que las representaciones sociales surgen del análisis de varios métodos, técnicas e instrumentos de recolección de información, en esta fase se procedió primero al análisis por separado de los resultados de las redes de asociaciones y las entrevistas, encontrando convergencias y divergencias que posibilitaron la complementariedad y validación de significados, con la participación de pares investigadores. El resultado de este proceso se presenta en el capítulo de Discusión del presente documento.

La triangulación de resultados permitió relacionar los datos cuantitativos de las redes de asociaciones, con la información cualitativa de las entrevistas. De igual manera se complementó con información gráfica proveniente de dibujos elaborados por los adolescentes y que sirvió para constatar componentes del campo representacional de la salud sexual.

A continuación se presenta un gráfico que da cuenta del diseño metodológico del presente estudio.

Gráfico No. 1. Diseño metodológico



5. Resultados

A continuación se presentan los resultados a partir de las técnicas utilizadas para identificar las representaciones sociales de la salud sexual y la sexualidad en los y las adolescentes que participaron en la investigación, como fueron: redes de asociaciones y entrevistas. Estos resultados se presentan por grupos empezando con los adolescentes sordos usuarios de la lengua de señas colombiana, seguidos de los oyentes y finalizando con los adolescentes sordos usuarios de castellano oral.

La presentación de resultados por grupos posibilita identificar elementos comunes en cuanto a edad, situaciones cotidianas e institucionales compartidas, excepto para los(as) adolescentes sordos usuarios de castellano oral, quienes no tenían relaciones comunicativas entre ellos(as). En este último caso, como se señaló antes, las redes de asociaciones individuales, sirvieron para explorar estructuras de representaciones sociales, enmarcadas en sus relaciones cotidianas con familiares, compañeros de colegio o universidad y amigos cercanos.

5.1 Adolescentes Sordos usuarios de lengua de señas

5.1.1. Redes de asociaciones “Salud Sexual”

Adolescentes Colegio No. 1 para sordos

Teniendo en cuenta los procedimientos metodológicos antes señalados, se aplicó la Red de Asociaciones con el término inductor “Salud sexual” a cuarenta y cuatro (44) adolescentes sordos(as) usuarios(as) de LSC; 26 hombres y 18 mujeres cuyas edades estaban en el rango de 16 a 19 años.

Los datos brutos de esta aplicación y las de otros grupos se presentan en los anexos del presente documento (ANEXO 5); allí se reportan los datos, mostrando la palabra o término asociado, el orden de presentación (siempre de izquierda a derecha), el orden de importancia y la valoración positiva (+), negativa (-) o neutra (=) que cada uno de los adolescentes determinó.

A partir de los datos brutos se inició el proceso de categorización por campos semánticos, los cuales fueron ajustados por parte del investigador principal en compañía de otros analistas, en un proceso de triangulación externa. A continuación se presentan dichos resultados:

Tabla 8. Categorías semánticas emergentes, Red de Asociaciones “salud sexual”. Adolescentes sordos, Colegio No. 1 para sordos.

S = Número de sujetos

F = Frecuencia

CATEGORÍAS	PALABRAS ASOCIADAS	S	F
PREVENCIÓN SEXUAL	Prevención (8), Condón (8), Cuidar (4), Cuidado (2), Cuidado de sexual (1), Cuidado de grupo (1), Prevención Today (1), No esperma salud con sexual (1), No condón salud sexual con cuidado (1), Condón Today (1), No toca condón no (1), Necesitar condón (1), Éxito de condón (1), Prevenir (1), Protección (1), Defender (1), No hacer amor (1), Condón de excitar (1), Cuidar sexo (1),	20 de 44	37
SALUD NO ENFERMEDAD	Salud (3), Sano (2), Médico (2), Cuidado vida (1), Cuerpo sano (1), Cuerpo defensa (1), Cuida con cuerpo salud (1), Salud sexual Today (1), Salud de enferma (1), Salud bueno (1), Salud bueno bien (1), Sexual hijo salud (1), Defensa de enferma (1), Ir médico sexo (1), Cuidar sexo (1), Persona fue médico (1), Importante médico de sexual (1), Defensa al virus (1), Defensa (1), Defensa al virus (1), Medicina (1), Evitar VIH (1), No dañar el cuerpo, Hospital (1), Si importante (1).	26	28
	Valores (5), Respeto (4), Derecho (4), Valor	16	25

CATEGORÍAS	PALABRAS ASOCIADAS	S	F
VALORES	del respeto (1), Respeto persona (1), Respeto novia (1), No tocar niños (1), No tocar (1), No abuso (3), Respeto mujer (1), Abusar no (1), Respeto al amor (1), No daña cosas (1),		
GOCE / SEXO	Excitar (3), Sexo (3), Cuerpo de sexual (1), Metido en el cuerpo excitar (1), Relaciones de sexo salud (1), Me gusta el sexo (1), Gusta (1), Cansado todo el día hacer el amor (1), Hacer el amor (1), Sexos (1), Mujer sexo (1), Sexo eterno (1), Vagina (1), Dolor no gustó (1), Culo (1), Buscar pagando una puta (1), Sexual (1), Fuerza de cuerpo (2), Quiero (1),	14	24
HIGIENE	Cuerpo (2), Limpio cuerpo (3), Cuerpo higiene (2), Limpio (2), Sexo higiene (2), Limpiar el cuerpo (1), Cuerpo de limpiar (1), Cuerpo limpio (1), Cuidar cuerpo (1), No limpio cuerpo (1), Cuerpo limpio no otro sexual (1), Limpia (1), Limpio de sexual (1), Higiene (1), Limpiar sexo (1), Baño sexo (1),	18	22
ENFERMEDAD	Sida (4), Enfermo (2), Sida higiene (1), Si estás con sida cosa personal (1), Sida VIH (1), Debilidad cuerpo afectado (1), Sexo hospital ayuda (1), Enferma (1), Enferma de débil (1), Infecciones (1), Asma (1), Estoy muy mal (1), Infección (1), Infección de hijo (1), Enfermedad (1), VIH (1), Persona de VIH compartir (1), Hospitivo (1) = HIV Positivo,	16	22
RELACIONES CONVENCIONALES	Esposa (2), Casado (2), Virgen (1), Mejor futuro esposa (1), Casar (1), saberse manejar (1), Novia (1), Novios bonito (1), Novio no (1), Normal (1),	11	12
CONSECUENCIAS NEGATIVAS	Rechazar (2), Embarazo (1), Rechazo (2), Estomago (1), Arrepentir (1), Grosería grave (1), Menos mal (1), Aborto (1)	9	10
SUJETO / GÉNERO	Hombre (1), Hombre - Mujer (1), Ciudad humana (1), Femenino (1), Personas (1), Lo humano (1), Por mi ven otra persona (1)	6	7
AMOR ROMÁNTICO	Amor (1), Amor es la sexo (1), Te amo (1), Luna de miel (2),	4	5
RESISTENCIA	Fuerza (1), Fortaleza (1), Fuerte equilibrio (1), Seria (1), Firmeza (1)	5	5
	Bailar (1), Fumar (1), Drogas (1), Afecta las	4	4

CATEGORÍAS	PALABRAS ASOCIADAS	S	F
RUMBA	drogas (1)		
EDUCACIÓN	Escuela sexual (1), educación (1), Intivegativo (1) = investigativo	3	3

Los anteriores resultados posibilitan identificar que los y las adolescentes sordos y sordas del Colegio No. 1 para sordos establecieron la mayoría de asociaciones de la salud sexual con términos agrupados en las categorías “Prevención sexual”, seguidas de “Salud no enfermedad”, “Valores”, “Goce/Sexo”, “Higiene” y “Enfermedad”. En este sentido se puede decir que existe una mayor frecuencia asociativa con la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, según los términos utilizados.

Al diferenciar los anteriores resultados entre hombres y mujeres se establecen las siguientes configuraciones:

Tabla 9. Categorías semánticas emergentes, Red de Asociaciones “salud sexual”, por sexo. Adolescentes sordos, Colegio No. 1 para sordos.

S = Número de sujetos

F = Frecuencia

Categorías	Palabras asociadas Hombres	S	F	Palabras asociadas Mujeres	S	F
PREVENCIÓN SEXUAL	Cuidado (1), Prevención (5), Condón (7), Cuidar (3), Condón today (1), Cuidar sexo (1), Cuidado de sexual (1), Prevención today (1), Protección (1), Defender (1), Cuidado de grupo (1), No hacer amor	12 de 26 46.15 %	2 4	Condón (1), Prevención (3), Cuidado (1), No toca condón no (1), No esperma salud con sexual (1), Prevenir (1), No condón salud sexual con cuidado (1), Cuidar (1), Necesitar condón (1), Éxito de condón (1),	8 de 18 44.44 %	1 3

Categorías	Palabras asociadas Hombres	S	F	Palabras asociadas Mujeres	S	F
	(1).			Condón de excitar (1).		
SALUD NO ENFERMEDAD	Cuerpo sano (1), Sano (1), Salud (2), Ir médico sexo (1), Salud sexual Today (1), Defensa (1), Medicina (1), No dañar el cuerpo (1), Importante médico de sexual (1).	8 de 26 30.76 %	1 0	Cuerpo defensa (1), Salud de enferma (1), Evitar VIH (1), Defensa de enferma (1), Salud bueno (1), Persona fue médico (1), Defensa al virus (1), Hospital (1), Sano (1), Salud bueno bien (1), Sano (1), Médico (1), Cuida con cuerpo salud (1), Médico (1), Salud (1), Cuidado vida (1), Sexual hijo salud (1), Sí importante (1).	18 de 18 100 %	1 8
VALORES	Respeto (2), Derecho (2), No abuso (2), Valores (4), Respeta al amor (1), Valor del respeto (1), No daña cosas (1).	8 de 26 30.76 %	1 3	Derecho (2), Respeto (2), No abuso (1), No tocar niños (1), Valores (1), Respeto persona (1), No tocar (1), Respeto mujer (1), Abusar no (1), Respeta novia (1).	8 de 18 44.44 %	1 2
ENFERMEDAD	Sida (4), Enfermo (2), Enferma (1), Sida higiene (1), Si estás con sida cosa personal (1), Infecciones (1), Asma (1), Estoy muy mal (1), Infección (1), VIH (1), Sexo hospital ayuda (1), Infección de hijo (1), Persona de VIH compartir (1).	11 de 26 42.30 %	1 7	Sida VIH (1), Enfermedad (1), Debilidad cuerpo afectado (1), Enferma de débil (1), Hosptivo (1) = HIV Positivo.	5 de 18 27.77 %	5
HIGIENE	Cuerpo (1), Limpia	8 de	1	Cuerpo de limpiar (1),	10 de	1

Categorías	Palabras asociadas Hombres	S	F	Palabras asociadas Mujeres	S	F
	(1), Limpio (1), Sexo higiene (1), Cuerpo higiene (2), Limpio de sexual (1), Limpio cuerpo (1), Higiene (1), No limpio cuerpo (1).	26 30.76 %	0	Limpio (1), Limpiar el cuerpo (1), Sexo Higiene (1), Cuerpo (1), limpio cuerpo (2), Cuidar el cuerpo (1), Limpiar sexo (1), Cuerpo limpio no otro sexual (1), Baño sexo (1), Cuerpo limpio (1).	18 55.55 %	2
RELACIONES CONVENCIONALES	Virgen (1), Esposa (2), Normal (1), Mejor futuro esposa (1), Novia (1), Casado (1).	7 de 26 26.92 %	7	Casar (1), saberse manejar (1), Casado (1), Novios bonito (1), Novio no (1)	4 de 18 22.22 %	5
CONSECUENCIAS NEGATIVAS	Rechazar (1), Rechazo (2), Aborto (1), Menos mal (1), Grosería grave (1), Arrepentir (1).	7 de 26 26.92 %	7	Rechazar (1), Embarazo (1), Estómago (1).	2 de 18 11.11 %	3
PLANIFICACIÓN	Evitar (3), Planificar (2), Pastillas anticonceptivas (1).	6 de 26 23.07 %	6	Planificar (4), Evitar (1), Vacuna (1).	5 de 18 27.77 %	6
SUJETO / GÉNERO	Hombre (1), Lo humano (1), Femenino (1), Personas (1), Por mi ven otra persona (1).	4 de 26 15.38 %	5	Hombre - mujer (1), Ciudad humana (1).	2 de 18 11.11 %	2
AMOR						

Categorías	Palabras asociadas Hombres	S	F	Palabras asociadas Mujeres	S	F
ROMÁNTICO	Luna de miel (2), Amor (1), Te amo (1), Amor es la sexo (1).	4 de 26 15.38 %	5		0 de 26 0 %	
RUMBA	Drogas (1), Fumar (1), Afecta las drogas (1), Bailar (1).	4 de 26 15.38 %	4		0 de 26 0 %	
RESISTENCIA	Fuerza (1), Firmeza (1).	2 de 26 7.69 %	2	Seria (1), Fuerte equilibrio (1), Fortaleza (1).	3 de 18 16.66 %	3
EDUCACIÓN	Escuela sexual (1).	1 de 26 3.84 %	1	Educación (1), intivegativo (1) = Investigativo.	2 de 18 11.11 %	2

Al diferenciar los resultados por sexo, se puede ver que para los hombres del Colegio No. 1 para sordos, el mayor número de asociaciones se presenta con términos agrupados en la categoría “prevención sexual” con una frecuencia de 24 asociaciones enunciada por el 46.1% de los adolescentes. Estas asociaciones están seguidas por aquellas que se agrupan en la categoría “Enfermedad”, “Goce/Sexo”, “Valores”, “Salud no enfermedad” e “Higiene”.

Para el caso de las mujeres, la mayoría de las asociaciones se dieron al interior de las siguientes categorías: “Salud no enfermedad”, seguidas por “Higiene”, “Prevención sexual”, “Valores”, “Goce/Sexo” y “Enfermedad”.

Lo anterior posibilita decir que la salud sexual es asociada por la mayoría de los hombres del Colegio No. 1 para sordos, con términos relacionados con la prevención de las infecciones de transmisión sexual y otras enfermedades, mientras que las mujeres plantean mayor número de asociaciones en relación con la salud en oposición a la enfermedad y la higiene. Estas últimas asociaciones se vinculan a actividades de limpieza genital y corporal como particulares de las mujeres y constitutivas de una adecuada salud sexual.

En lo que respecta a las tendencias actitudinales de las representaciones sociales planteadas en las redes de asociaciones, se tuvieron en cuenta los índices estadísticos de polaridad y de neutralidad planteados por De Rosa. (1995). Estos se obtuvieron siguiendo las siguientes formulas:

$$1. \text{ Índice de polaridad (p)} = \frac{\text{Número de palabras positivas} - \text{Número de palabras negativas}}{\text{Número total de palabras asociadas}}$$

$$1. \text{ Índice de neutralidad (N)} =$$

$$\frac{\text{Número de palabras neutras} - (\text{número de palabras positivas} + \text{número de palabras negativas})}{\text{Número total de palabras asociadas}}$$

En anexo se presentan los índices de polaridad y neutralidad (datos brutos) de las asociaciones realizadas por los y las adolescentes (ANEXO 6)

Al aplicar las fórmulas mencionadas anteriormente se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 10. Índices de polaridad y neutralidad, salud sexual. Adolescentes sordos. Colegio No. 1 para sordos

Polaridad

HOMBRES 26	FRECUENCIA	%	MUJERES 18	FRECUENCIA	%
1 NEGATIVA	0	0	1 NEGATIVA	0	0
2 NEUTRA	12	46,2	2 NEUTRA	6	33,3
3 POSITIVA	13	50,0	3 POSITIVA	12	66,7

Neutralidad

HOMBRES	FRECUENCIA	%	MUJERES	FRECUENCIA	%
1 DEBIL	20	76,9	1 DEBIL	18	100
2 MEDIA	5	19,2	2 MEDIA	0	0
3 ALTA	0	0,0	3 ALTA	0	0

Los anteriores índices posibilitan señalar que para los y las adolescentes del Colegio No. 1 para sordos las asociaciones con la salud sexual son positivas en un 58,35% y neutras en un 39,75%; no hay tendencias negativas significativas frente a las asociaciones. Estos datos se corroboran con los índices de neutralidad débiles presentados anteriormente.

Adolescentes Colegio No. 2 para sordos

Se aplicó la red de asociaciones a 12 adolescentes sordos(as) cuyas edades estuvieron entre los 16 y 18 años; seis (6) hombres y seis (6) mujeres. Estos adolescentes son usuarios de la lengua de señas colombiana. Se trató de un grupo homogéneo en cuanto a edades y situaciones de relaciones sociales.

Los datos brutos fueron organizados teniendo en cuenta el orden de las redes de asociaciones (ANEXO 7) para posteriormente realizar las categorizaciones por campos semánticos obteniendo los siguientes resultados.

Tabla 11. Categorías semánticas emergentes, Red de Asociaciones “salud sexual”. Adolescentes sordos del Colegio No. 2 para sordos.

S = Número de sujetos

F = Frecuencia

CATEGORÍAS	PALABRAS ASOCIADAS	S	F
ENFERMEDAD	Enfermedad (3), Enferma (3), Cáncer (1), Gripe (1), Fiebre (1), Dolor de cabeza (1), Sida (1), Problemas (1).	7 de 12	12
AMOR ROMÁNTICO	La vida (5), Amor (4), Sexualidad (1), Corazón (1),	7 de 12	11
GOCE / SEXO	Cuerpo (1) Relación sexual (2), Sexo (1), Placer (1), Emociones (1), Influencias a realizar el acto sexual (1), Sexual (1), Sentir (1), Cuerpo de sexo (1),	6 de 12	10
SALUD NO ENFERMEDAD	Médico (3), Enfermera (1), (2), Vacuna (1), Medicamento (1), Nutrición (1), Cuerpo para salud (1), Saludo (1)	7 de 12	10
CARACTERÍSTICAS CUERPO	El cuerpo como forma (1), El cuerpo forma/diferente sexualidad (1), Como sentir que sirve el cuerpo (1), Cuerpo diferente (1), Propio cuerpo (1), Cuerpo personal (1),	4 de 12	6
SUJETO / GENERO	Humano (2), Diferentes sexo (1), Heterosexual (1), Embraga (1),	4 de 12	5
PREVENCIÓN SEXUAL	Defensa (3), Defensas (1),	4 de 12	4

CATEGORÍAS	PALABRAS ASOCIADAS	S	F
PLANIFICACIÓN	Óvulos (1),	1 de 12	1
RELACIONES CONVENCIONALES	Bonita de novia (1)	1 de 12	1

Los estudiantes del Colegio No. 2 para sordos realizaron la mayoría de asociaciones en el marco de la categoría “Enfermedad”, seguidas de “Amor romántico”, “Goce/Sexo”, “Salud no enfermedad” y “Características del cuerpo”.

Al separar las anteriores asociaciones y categorías según hombres y mujeres se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 12. Categorías semánticas emergentes, Red de Asociaciones “salud sexual”, por sexo. Adolescentes sordos Colegio No. 2 para sordos.

S = Número de sujetos

F = Frecuencia

Categorías	Palabras asociadas Hombres	S	F	Palabras asociadas Mujeres	S	F
ENFERMEDAD	Enfermedad (1), Cáncer (1), Fiebre (1), Dolor de cabeza (1), Enferma (1), Problemas (1).	3 de 6 50%	6	Enfermedad (2), Enferma (2), Gripe (1), Sida (1).	4 de 6 66.6 %	6
AMOR	Sexualidad (1), Amor	4 de 6	7	Propio cuerpo (1),	2 de	2

Categorías	Palabras asociadas Hombres	S	F	Palabras asociadas Mujeres	S	F
ROMÁNTICO	(3), La vida (2), Corazón (1), Frecuencia 7 (Sujetos 4)	66.6%		Cuerpo personal (1), Frecuencia 2 (Sujetos 2)	6 33.3 %	
GOCE / SEXO	Cuerpo de sexo (1), Placer (1), Cuerpo (1), Sexual (1), Sentir (1), Frecuencia 5 (Sujetos 3)	3 de 6 50%	5	Relación sexual (2), Sexo (1), Emociones (1), Influencias a realizar el acto sexual (1), Frecuencia 5 (Sujetos 3)	3 de 6 50%	5
SALUD NO ENFERMEDAD	Cuerpo para salud (1), Médico (1), Salud esto sirve sexual (1), Nutrición (1), Enfermera (1)	3 de 6 50%	5	Médico (2), Vacuna (1), Saludo (1), Medicamento (1)	4 de 6 66.6 %	5
CARACTERISTI CAS CUERPO	El cuerpo como forma (1), El cuerpo forma/diferente sexualidad (1), Como sentir que sirve el cuerpo (1), Cuerpo diferente (1),	2 de 6 33.3%	4	Propio cuerpo (1), Cuerpo personal (1),	2 de 6 33.3 %	2
SUJETO / GENERO	Humano (1).	1 de 6 16.6%	1	Humano (1), Diferentes sexo (1), Heterosexual (1), Embreza (1).	3 de 6 50%	4
PREVENCIÓN SEXUAL	Defensa (1).	1 de 6 16.6%	1	Defensas (1), Defensa (2).	3 de 6 50%	3
PLANIFICACIÓN		0 de 6 0%	0	Óvulos (1),	1 de 6 16.6 %	1
RELACIONES						

Categorías	Palabras asociadas Hombres	S	F	Palabras asociadas Mujeres	S	F
CONVENCIONALES	Bonita de novia (1),	1 de 6 16.6%	1			

Para el grupo de hombres del colegio No. 2 para sordos, frente al término inductor “Salud Sexual”, el mayor número de asociaciones se sitúa en las categorías semánticas de “Amor romántico”, donde el 66.6% de los hombres enunciaron palabras asociadas con esta categorías, la mitad mencionaron palabras relacionadas con la categoría “Enfermedad”, “Goce/sexo” y “Salud no enfermedad”. El 33.3% de los hombres realizaron asociaciones relacionadas con la categoría “Características del cuerpo”.

En el caso de las mujeres el mayor número de asociaciones se vincularon a las categorías “Enfermedad” (66.6% de las mujeres), “Salud no enfermedad” (66.6%), “Goce/sexo” (50%), “Protección sexual” (50%) y “Sujeto Género” (50%).

En este caso se puede identificar que para los hombres la salud sexual se relaciona con asuntos afectivos formales, con enfermedades de transmisión sexual, prácticas sexuales y asuntos de la salud, mientras que para las mujeres son más relevantes las enfermedades y la salud como oposición a las enfermedades. Se puede decir entonces que existen representaciones comunes alrededor de la enfermedad frente a la salud, acompañadas del goce sexual que se puede vincular a relaciones afectivas formales representadas fundamentalmente en el amor.

En lo que respecta a las valoraciones, el 66.7% de los hombres dan una valoración positiva a sus asociaciones, 16.7% valoran de manera neutra y el 16.7% realizan valoraciones negativas. De manera similar, en el caso de las

mujeres la valoración es positiva para un 66.7% de las mujeres y para un 33.3% es neutra; no hubo valoraciones negativas en este caso.

Teniendo en cuenta estos resultados se puede plantear que en general, las asociaciones realizadas por hombres y mujeres frente al término inductor “salud sexual” son positivas en un 66.7%

Respecto a las valoraciones, el índice de neutralidad es débil tanto en el grupo de mujeres como en el de hombres (ANEXO 8). Al aplicar las formulas correspondientes se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 13. Índices de polaridad y neutralidad, salud sexual. Adolescentes sordos. Colegio No. 2 para sordos.

Polaridad

HOMBRES 6	FRECUENCIA	%	MUJERES 6	FRECUENCIA	%
NEGATIVA	1	16,7	NEGATIVA	0	0,0
NEUTRA	1	16,7	NEUTRA	2	33,3
POSITIVA	4	66,7	POSITIVA	4	66,7

Neutralidad

HOMBRES	FRECUENCIA	%	MUJERES	FRECUENCIA	%
1 DEBIL	6	100,0	1 DEBIL	6	100,0
2 MEDIA	0	0,0	2 MEDIA	0	0,0
3 ALTA	0	0,0	3 ALTA	0	0,0

Este grupo corresponde a estudiantes sordos usuarios de LSC que asistían al programa de inclusión educativa - “Semestre Cero” - , denominado así por hacer referencia a un primer semestre introductorio y preparatorio para la vida universitaria, donde los estudiantes al final del semestre, deciden qué programa quieren cursar. El grupo estaba conformado por 15 estudiantes; 8 hombres y 7 mujeres.

Los resultados brutos de Red de Asociaciones sobre la salud sexual de este grupo de adolescentes se presentan en los anexos (ANEXO 9). Estos datos fueron categorizados para identificar los núcleos más fuertes de la estructura inicial de representaciones sociales:

Tabla 14. Categorías semánticas emergentes, Red de Asociaciones “salud sexual”. Adolescentes sordos Universidad/programa adolescente sordos.

CATEGORÍAS	PALABRAS ASOCIADAS	S	F
GOCE / SEXO	Hacer el amor (5), Placer (1), Sexo (2), Necesidad de sexo (1), Sexo Oral (1), Semen (1), Tocarse el cuerpo (1), Piel - penetración relación sexual sin condón (1), Extasis (1), Gusto Placer (1), Senos (1), Pene duro (1), Cola - Nalgas (1), Placer rico (1), Gusto (1), Intercambio Hombre - Mujer (1).	9 de 15	22
SALUD NO ENFERMEDAD	Salud (5), Cuidado del cuerpo (4), Deporte (3), Vida (3), Vida - salud (1), Alimentación (1), Mente (1), Prevenir enfermedad (1), Movimiento (1)	13 de 15	20
SUJETO – GÉNERO	Pareja (1), Personas (1), Hombre (1), Heterosexualidad (1), Mujer (1).	3 de 15	5
HIGIENE	Cuerpo limpio (2), Limpio (1), Limpieza (1).	3 de	4

CATEGORÍAS	PALABRAS ASOCIADAS	S	F
		15	
RUMBA	Beber licor (1), Pasear (1), Compartir con otros (1), Paseo (1).	3 de 15	4
RELACIONES CONVENCIONALES	Destino juntos hasta la muerte (1), Matrimonio (1), Noviazgo (1), Socialización humana (1).	3 de 15	4
PLANIFICACIÓN / EMBARAZO	Pastillas anticonceptivas (1), Preservativo (1), Procreación (1).	3 de 15	3
PREVENCIÓN SEXUAL	Protección (2), Condón (1).	3 de 15	3
AMOR ROMÁNTICO	Amor (1), Fidelidad (1).	2 de 15	2
AUTONOMÍA / RESPONSABILIDAD	Carácter (1), Conocer al otro (1)	2 de 15	2
EDUCACIÓN	Enseñanza (1), Información (1)	2 de 15	2
ENFERMEDAD	Dolor físico - enfermedad (1), Necesidad psicológica (1)	2 de 15	2
VALORES	Amistad (1)	1 de 15	1
CONSECUENCIAS NEGATIVAS	Embarazo (1)	1 de 15	1

Los adolescentes sordos usuarios de lengua de señas de la Universidad/programa adolescente sordos realizaron la mayoría de sus asociaciones sobre “salud Sexual”, relacionadas con la categoría “Goce/Sexo”, “Salud No enfermedad”, “Sujeto/Género”, “Higiene”, “Rumba” y “Relaciones convencionales”, tal como se puede ver en la anterior tabla.

Al identificar las asociaciones por sexo se presentan los siguientes resultados:

Tabla 15. Categorías semánticas emergentes, Red de Asociaciones “salud sexual”, por sexo. Adolescentes sordos Universidad/programa adolescente sordos.

S = Número de sujetos

F = Frecuencia

Categorías	Palabras asociadas Hombres	S	F	Palabras asociadas Mujeres	S	F
GOCE / SEXO	Necesidad de sexo (1), Semen (1), Hacer el amor (4), Tocarse el cuerpo (1), Sexo oral (1), Placer rico (1), Gusto Placer (1), Cuerpo (1), Piel - penetración relación sexual sin condón (1), Pene duro (1), Gusto (1), Éxtasis (1), Placer (1).	5 de 8 62.5%	1 6	Hacer el amor (1), Senos (1), Sexo (2), Cola - Nalgas (1), Intercambio Hombre - Mujer (1).	4 de 7 57.1 %	6
SALUD NO ENFERMEDAD	Salud (2), Vida (1), Vida - Salud (1), Deporte (1), Mente (1), Prevenir enfermedad (1).	7 de 8 87.5%	7	Cuidado del cuerpo (4), Salud (3), Vida (2), Deporte (2), Alimentación (1), Movimiento (1).	6 de 7 85.7 %	6
SUJETO - GÉNERO	Pareja (1), Heterosexualidad (1).	1 de 8 12.5%	2	Personas (1), Hombre (1), Mujer (1).	2 de 7 28.5 %	3
HIGIENE	Cuerpo limpio (1).	1 de 8 12.5%	1	Cuerpo limpio (1), Limpieza (1), Limpio	2 de 7	3

Categorías	Palabras asociadas Hombres	S	F	Palabras asociadas Mujeres	S	F
				(1).	28.5 %	
RUMBA	Beber licor (1), Paseo (1).	1 de 8 12.5%	2	Pasear (1), Compartir con otros (1).	2 de 7 28.5 %	2
RELACIONES CONVENCIONALES	Destino juntos hasta la muerte (1), Matrimonio (1), Noviazgo (1).	2 de 8 25%	3	Socialización Humana (1).	1 de 7 14.2 %	1
PLANIFICACIÓN / EMBARAZO	Pastillas anticonceptivas (1), Preservativo (1).	2 de 8 25%	2	Procreación (1).	1 de 7 14.2 %	2
PREVENCIÓN SEXUAL	Condón (1), Protección (1).	2 de 8 25%	2	Protección (1).	1 de 7 14.2 %	1
AMOR ROMÁNTICO	Amor (1), Fidelidad (1).	2 de 8 25%	2			
AUTONOMÍA / RESPONSABILIDAD	Carácter (1).	1 de 8 12.5%	1	Conocer al otro (1).	1 de 7 14.2 %	1
EDUCACIÓN	Enseñanza (1),	1 de 8 12.5%	1	Información (1),	1 de 7 14.2 %	1
ENFERMEDAD				Dolor físico - Enfermedad (1), Necesidad Psicológica (1).	2 de 7 28.5 %	2

Categorías	Palabras asociadas Hombres	S	F	Palabras asociadas Mujeres	S	F
VALORES	Amistad (1),	1 de 8 12.5%	1			
CONSECUENCIAS NEGATIVAS				Embarazo (1).	1 de 7 14.2 %	1

Al observar los resultados por sexo, se puede precisar que tanto hombres como mujeres establecieron mayor número de asociaciones relacionadas con la categoría “Salud no enfermedad”, seguidas de asociaciones relacionadas con las categorías “Goce/Sexo”.

La anterior situación posibilita identificar que tanto para hombres como mujeres de este grupo, las asociaciones más relevantes a la salud sexual tienen que ver con actividades deportivas, alimentación, cuidado del cuerpo y la salud. Se acompañan por frecuencia de las actividades sexuales relacionadas con el goce, el sexo oral, la penetración, y los órganos genitales (sexo).

En lo que respecta a los índices de polaridad y neutralidad se obtuvieron los datos brutos (ANEXO 10) y posteriormente los índices correspondientes siguientes resultados como se presentan a continuación:

Tabla 16. Índices de polaridad y neutralidad, salud sexual. Adolescentes sordos Universidad/programa adolescente sordos.

Polaridad

HOMBRES 8	FRECUENCIA	%	MUJERES 7	FRECUENCIA	%
-----------	------------	---	-----------	------------	---

NEGATIVA	0	0,0	NEGATIVA	0	0,0
NEUTRA	1	12,5	NEUTRA	0	0,0
POSITIVA	7	87,5	POSITIVA	7	100,0

Neutralidad

HOMBRES	FRECUENCIA	%	MUJERES	FRECUENCIA	%
1 DEBIL	7	87,5	1 DEBIL	7	100,0
2 MEDIA	1	12,5	2 MEDIA	0	0,0
3 ALTA	0	0,0	3 ALTA	0	0,0

Igual que en los anteriores grupos, los índices de polaridad son positivos y corresponden a un promedio entre hombres y mujeres del 93.75%. Así mismo, los índices de neutralidad son débiles y corresponden también a un promedio de 93.75%.

Al revisar de manera simultánea los resultados de las redes de asociaciones sobre la salud sexual de los tres grupos, se pueden destacar algunos asuntos:

Los hombres sordos usuarios de lengua de señas colombiana realizaron la mayoría de las asociaciones (eje central) de la salud sexual, vinculadas a las categorías semánticas de “Salud en oposición a la enfermedad” (Salud – No enfermedad), “prevención sexual” y “Amor romántico”. Estas asociaciones se acompañan de otras categorías centrales correspondientes a: “Enfermedad” y “Goce/Sexo”.

En el caso de las mujeres, la mayoría de las asociaciones se vincularon a categorías tales como “Salud - no enfermedad”, “Enfermedad” e “higiene”, constituyéndose en el eje central de la representación. Estas se acompañan

de asociaciones vinculadas a la “Prevención sexual”, “Protección sexual”, “Goce/Sexo” y “Protección sexual”.

Lo anterior posibilita plantear, en primera instancia, que los hombres sordos usuarios de lengua de señas representan la salud sexual, a partir de asociaciones con los cuidados del cuerpo y actividades saludables en el orden físico, acompañados de la prevención de las infecciones de transmisión sexual y relaciones amorosas formales. En este contexto el goce sexual se articula a las representaciones de la salud sexual, pero con menor énfasis que las categorías señaladas anteriormente.

Las mujeres establecen el eje central de la representación de la salud sexual, alrededor de la “Salud en oposición a la enfermedad”, acompañada de las actividades sexuales (Goce/Sexo) y la higiene.

Llama la atención el hecho que los hombres construyan la representación vinculada a la prevención de las enfermedades, mientras las mujeres lo hacen en función de las actividades saludables (salud - no enfermedad) e higiénicas, teniendo en cuenta que para ambos grupos las actividades sexuales tienen importancia.

5.1.2 Redes de asociaciones “Sexualidad”

Inmediatamente después de aplicar la Red de Asociaciones correspondiente a “Salud Sexual”, se llevó a cabo la Red correspondiente a “Sexualidad”; a continuación se presentan los resultados:

Adolescentes Colegio No. 1 para sordos

Se aplicó la Red de Asociaciones con el término inductor “Sexualidad” a 44 adolescentes sordos usuarios de lengua de señas; 26 hombres y 18 mujeres.

Los resultados brutos pueden ser consultados en los anexos del presente documento (ANEXO 11).

Al igual que con la Red de Asociaciones sobre Salud sexual, los anteriores resultados fueron agrupados en categorías semánticas acordadas con investigadores pares para establecer los ejes estructurales de las representaciones sociales sobre la Sexualidad; a continuación se presentan los resultados:

Tabla 17. Categorías semánticas emergentes, Red de Asociaciones “Sexualidad”. Adolescentes sordos. Colegio No. 1 para sordos.

CATEGORÍAS	PALABRAS ASOCIADAS	S	F
GOCE/ SEXO	Hacer el amor (12), Sexo (9), Pene (4), Puta (3), Paja (1), Sexual (2), Culo (4), Tocar (1), Vagina (5), Tocar sexo (1), Seno (1), Cuerpo (2), Cuerpo toca (1), Pensamiento (1), Sexy (2), Pensar mucho en el sexo (1), Seno (1), Desnudos (1), Pero no me gusta sexo (1), Masturbación (1), Sueño de sexual (1), Que hacer quiere (1), Mira (1), Animales (1), Prostituta (1), Besar (2), Toca (1), Cola (1), Sexo rico (1), Sexo toca (1), Cuca (1), Toque al cuerpo (1), Pornografía (1), Gusto mucho (1), Pensar sexualidad (1), Excitar de cuerpo (1), Placer (1), Excitar (1), Sentir de tocar (1), Sexo mucho (1), Sensación (1), Sentir (2), Relaciones sexo salud (1), Deseo (1), Soñar sexualidad (1), Sexualidad de sano (1), Hacer la (1), Seguir (1),	36 de 44	84
AGRESIÓN SEXUAL	Violencia (1), Grosería (2), Violación (7), Abuso (2), Violar (2), Grosero (1), Abuso de	17 de 44	28

CATEGORÍAS	PALABRAS ASOCIADAS	S	F
	culo (1), Manosear (3), Malo (2), Tocar niños (1), Golpear (1), Manosear (1), Abuso de sexual (1), Pelear (1), Abusar (1), Hombre malo (1).		
SUJETO/GENERO	Hombre (3), Homosexual (4), Mamá (1), Niños Niñas (1), Bisexual (2), Personas compartir (1), Gay (4), Lesbiana (1), Personajes (1), Mujer en el ... (1), Que estoy solo (1), Persona (1), Humana (1), Mujeres (1), Mujer y hombre (2),	19 de 44	25
RELACIONES CONVENCIONALES	Familia (4), Novia (3), Amigos (2), Esposa (2), Familiar (1), Novios (1), Timidez para tener novio (1), Amistad (1), Novia tranquilo (1), Novias (1), No tengo novia (1), Esposo(a) salud (1), Soltero (1), Problema familiar (1), Rechazar / no debilidad (1), Arrepentir (1), Señal (1).	16 de 44	24
AMOR ROMÁNTICO	Amor (7), Mi mejor otra persona (1), Corazón (2), Sensual (1), Te amo (1), Confianza (1), Encontrar (1), Cariño (3), Compartir (2), Consentir (1), Comunicación (1), Amor cariño (1), Celos (1).	16 de 44	23
ENFERMEDAD	Sida (10), Infección (2), Cáncer (1), Sida de enfermo (1), Enfermo (1), VIH (1), Virus (1), Herencia (1), Triste (1), Enfermos (1).	17 de 44	20
SALUD NO ENFERMEDAD	Familia (2), Familiar (1), Herencia salud (1), Familia de salud (1).	4 de 44	5
PLANIFICACIÓN	Embarazadas (1), Embarazo (3),	4 de 44	4
VALORES	Respeto (2), Moral (1).	3 de 44	3
PREVENCIÓN SEXUAL	Protección (1), Prevenir (1),	2 de 44	2

Las anteriores clasificaciones dan cuenta de un mayor número de adolescentes y de asociaciones relacionadas con la categoría “Goce/Sexo”, seguida de “Agresión sexual”, “Sujeto/Género”, “Convenciones Sociales”, “Amor romántico” y “Enfermedad” entre otras. Así, la mayoría de las asociaciones están vinculadas a la genitalidad, las relaciones coitales y sexuales en general. Posteriormente se agrupan con mayor frecuencia las asociaciones referentes a la agresión sexual así como aquellas relacionadas con asuntos de participación social tales como noviazgo, enamoramiento, pareja formal, entre otras.

Los anteriores resultados fueron diferenciados por sexo, para identificar las diferentes estructuras de las representaciones sociales en hombres y mujeres sordas usuarias de la lengua de señas colombiana; se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 18. Categorías semánticas emergentes, Red de Asociaciones “Sexualidad”, por sexo. Adolescentes sordos. Colegio No. 1 para sordos.

S = Número de sujetos

F = Frecuencia

Categorías	Palabras asociadas Hombres	S	F	Palabras asociadas Mujeres	S	F
GOCE/ SEXO	Hacer el amor (7), Sexo (7), Pene (4), Puta (2), Paja (1), Sexual (2), Culo (4), Tocar (1), Vagina (4), Tocar sexo (1), Seno (1), Cuerpo (1), Cuerpo toca (1),	22 de 26 84.6%	4 9	Prostituta (1), Besar (2), Toca (1), Hacer el amor (5), Sexo (2), Cuerpo (1), Puta (1), Cola (1), Sexo rico (1), Sexo toca (1), Cuca (1), Toque al cuerpo (1),	14 de 18 77.7 %	35

Categorías	Palabras asociadas Hombres	S	F	Palabras asociadas Mujeres	S	F
	Pensamiento (1), Sexy (2), Pensar mucho en el sexo (1), Seno (1), Desnudos (1), Pero no me gusta sexo (1), Masturbación (1), Sueño de sexual (1), Que hacer quiere (1), Mira (1), Animales (1).			Pornografía (1), Vagina (1), Gusto mucho (1), Pensar sexualidad (1), Exitar de cuerpo (1), Placer (1), Excitar (1), Sentir de tocar (1), Sexo mucho (1), Sensación (1), Sentir (2), Relaciones sexo salud (1), Deseo (1), Soñar sexualidad (1), Sexualidad de sano (1), Hacer la (1), Seguir (1).		
AGRESIÓN SEXUAL	Violencia (1), Grosería (2), Violación (3), Abuso (1), Violar (2), Grosero (1), Abuso de culo (1), Manosear (3), Malo (1).	10 de 26 38.46 %	1 5	Violación (4), Tocar niños (1), Golpear (1), Manosear (1), Abuso de sexual (1), Pelear (1), Malo (1), Abusar (1), Hombre malo (1), Abuso (1).	7 de 18 38.88 %	13
SUJETO/GENERO	Hombre (2), Homosexual (4), Mamá (1), Niños Niñas (1), Bisexual (2), Personas compartir (1), Gay (2), Lesbiana (1), Personajes (1), Mujer en el ... (1), Que estoy solo (1).	14 de 26 53.84 %	1 7	Persona (1), Humana (1), Mujeres (1), Gay (2), Hombre (1), Mujer y hombre (2).	5 de 18 27.77 %	8
RELACIONES CONVENCIONALES	Novia (3), Familia (2), Familiar (1), Amigos (1), Esposa (1),	10 de 26	1 7	Familia (2), Esposa (1), Amigos (1), Timidez para tener	6 de 18	7

Categorías	Palabras asociadas Hombres	S	F	Palabras asociadas Mujeres	S	F
	Novios (1), Amistad (1), Novias (1), No tengo novia (1), Novia tranquilo (1), Soltero (1), Problema familiar (1), Arrepentir (1), Señal (1).	38.46 %		novio (1), Esposo(a) salud (1), Rechazar / no debilidad (1).	33.33 %	
AMOR ROMÁNTICO	Amor (6), Mi mejor otra persona (1), Corazón (2), Sensual (1), Te amo (1), Confianza (1), Encontrar (1).	10 de 26 38.46 %	1 3	Cariño (3), Amor (1), Compartir (2), Consentir (1), Comunicación (1), Amor cariño (1), Celos (1).	6 de 18 33.33 %	10
ENFERMEDAD	Sida (7), Cáncer (1), Infección (2), Herencia (1), Triste (1).	10 de 26 38.46 %	1 2	Sida (3), VIH (1), Enfermo (1), Virus (1), Sida de enfermo (1), Enfermos (1).	7 de 18 38.88 %	8
SALUD NO ENFERMEDAD	Familia (2), Familiar (1).	3 de 26 11.53 %	3	Herencia salud (1), Familia de salud (1).	1 de 18 5.55 %	2
PLANIFICACIÓN	Embarazadas (1).	1 de 26 3.84%	1	Embarazo (3).	3 de 18 16.66 %	3
VALORES	Respeto (1), Moral (1).	2 de 26 7.69%	2	Respeto (1).	1 de 18 5.55 %	1
PREVENCIÓN SEXUAL	Prevenir (1).	1 de	1	Protección (1).	1 de	1

Categorías	Palabras asociadas Hombres	S	F	Palabras asociadas Mujeres	S	F
		26 3.84%			18 5.55%	

La mayoría de los hombres sordos (84.6%) del Colegio No. 1 para sordos realizaron las asociaciones sobre la Sexualidad vinculadas a la categoría “Goce/Sexo”, mencionando palabras y términos tales como: Hacer el amor (7), Sexo (7), Pene (4), Puta (2), Paja (1), Sexual (2), Culo (4), Tocar (1), Vagina (4), Tocar sexo (1), Seno (1), Cuerpo (1), Cuerpo toca (1), Pensamiento (1), Sexy (2), Pensar mucho en el sexo (1), Seno (1), Desnudos (1), Pero no me gusta sexo (1), Masturbación (1), Sueño de sexual (1). También realizaron otras asociaciones correspondientes a la categoría “Sujeto género”, donde se identifican palabras y términos tales como: hombre, homosexual, bisexual, mamá, niños, gay, entre otros.

En el caso de las mujeres, la mayoría de ellas (77.7%), al igual que los hombres, realizaron asociaciones correspondientes a la categoría semántica “Goce/Sexo”. Se presentan en este caso otras asociaciones de menor frecuencia que se podrían describir como periféricas, correspondientes a las categorías “Agresión sexual”, “Amor romántico” y “Enfermedad”.

En lo que respecta a las valoraciones realizadas por los y las adolescentes se exploraron los índices de polaridad y neutralidad (ANEXO 12) y posteriormente se calcularon los valores como se puede observar a continuación:

Tabla 19. Índices de polaridad y neutralidad, sexualidad. Adolescentes sordos. Colegio No. 1 para sordos.

Polaridad

HOMBRES 26	FRECUENCIA	%	MUJERES 18	FRECUENCIA	%
1 NEGATIVA	5	19,2	1 NEGATIVA	4	22,2
2 NEUTRA	17	65,4	2 NEUTRA	11	61,1
3 POSITIVA	5	19,2	3 POSITIVA	2	11,1

Neutralidad

HOMBRES	FRECUENCIA	%	MUJERES	FRECUENCIA	%
1 DEBIL	19	73,1	1 DEBIL	14	77,8
2 MEDIA	7	26,9	2 MEDIA	3	16,7
3 ALTA	0	0,0	3 ALTA	1	5,6

En lo referente a los Índices de polaridad, el 19.2% de las asociaciones realizadas por los hombres corresponden a una polaridad negativa, el 65,4% a una polaridad neutra y el 19.2% a una polaridad positiva. Para el caso de las mujeres la situación es similar con un 22.2% negativa, 61.1% neutra y 11.1% positiva. Estas valoraciones dan cuenta de actitudes neutras frente a la sexualidad, lo cual puede estar relacionado con interrogantes e inquietudes no resueltas.

En lo referente a los Índices de neutralidad, tanto para hombres como mujeres, la neutralidad es débil.

Colegio No. 2 para Sordos

De igual manera que en las redes de asociaciones sobre “Salud Sexual”, a los adolescentes del colegio No.2 para Sordos se les aplicó la red de asociaciones sobre “Sexualidad”. Como se dijo antes, este grupo estuvo constituido por 12 estudiantes sordos(as) usuarios de LSC, cuyas edades estaban entre los 16 y 20 años; seis (6) hombres y seis (6) mujeres.

Los resultados brutos de la red de asociaciones (ANEXO 13) se clasificaron por frecuencia según las categorías obteniendo los siguientes registros:

Tabla 20. Categorías semánticas emergentes, Red de Asociaciones “Sexualidad”. Adolescentes sordos. Colegio No. 2 para Sordos.

CATEGORÍAS	PALABRAS ASOCIADAS	S	F
GOCE / SEXO	Sexo (3), Masturbación (2), El sexualidad relación sexual (1), Relación sexual (1), Seno (1), Pene (1), Vagina (1), Como sexo (1), Toca de sexo (1), Sensación piel (1), Hacer el amor (1), Relación hombre - Mujer (1).	8 de 12	15
SUJETO / GENERO	Mujer (2), El hombre de sexualidad (1), La mujer de sexualidad (1), Persona (1), Hombre y mujer (1), Hombre (1), La sexualidad personas o animales es diferente (1), Mujer (1), La mujer (1), Personas (2), El hombre (1), Hombre (1).	7 de 12	14
RELACIONES CONVENCIONALES	Novios (3), Novio (3), Bonita de novia (1), Esposo (1), Padres (1).	8 de 12	9
SALUD NO ENFERMEDAD	Médico (1), Salud (1), Para vivir me (1), Mi vida (1), Bienestar (1), Vida (1), La vida de defensa (1), La vida cosas (1), Propio el cuerpo (1).	7 de 12	9
AMOR ROMÁNTICO	El sexualidad (1), Amor (3), Corazón (2), Muy de enamorado (1), Compañía (1), Personas sentir amor (1).	6 de 12	9
ENFERMEDAD	Enfermedad (1).	1 de 12	1
ABUSO	Manosear (1).	1 de 12	1
EMBARAZO	Embarazo (1).	1 de 12	1

La mayoría de las asociaciones de los estudiantes sordos del Colegio No. 2 para Sordos se agruparon en la categoría “Goce/Sexo”, seguidas de “Sujeto/Género”, “Relaciones convencionales”, “Salud No enfermedad” y “Amor romántico” entre otras. Estos resultados son similares a los de los estudiantes sordos del Colegio No. 1 para sordos al compartir las mayores frecuencias de las asociaciones en la categoría “Goce/Sexo”, dando cuenta de una mayor asociación inmediata hacia términos y palabras tales como: Sexo (3), Masturbación (2), El sexualidad relación sexual (1), Relación sexual (1), Seno (1), Pene (1), Vagina (1), Como sexo (1), Toca de sexo (1), Sensación piel (1), Hacer el amor (1), Relación hombre - Mujer (1).

Al distribuir los resultados por sexo se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 21. Categorías semánticas emergentes, Red de Asociaciones “Sexualidad”, por sexo. Adolescentes sordos. Colegio N0. 2 para Sordos.

S = Número de sujetos

F = Frecuencia

Categorías	Palabras asociadas Hombres	S	F	Palabras asociadas Mujeres	S	F
GOCE / SEXO	El sexualidad relación sexual (1), Relación sexual (1), Sexo (2), Seno (1), Pene (1), Vagina (1), Como sexo (1), Masturbación (2), Toca de sexo (1).	6 de 6 100%	1 1	Sexo (1), Sensación piel (1), Hacer el amor (1), Relación hombre - Mujer (1).	2 de 6 33.33 %	4
SUJETO / GENERO	El hombre de sexualidad (1), La mujer de sexualidad (1), Persona (1),	3 de 6 50%	7	Mujer (1), La mujer (1), Personas (2), El hombre (1), Hombre (1).	4 de 6 66.66	7

Categorías	Palabras asociadas Hombres	S	F	Palabras asociadas Mujeres	S	F
	Hombre y mujer (1), Hombre (1), La sexualidad personas o animales es diferente (1), Mujer (1).				%	
RELACIONES CONVENCIONALES	Novios (1), Bonita de novia (1).	2 de 6 33.33 %	2	Novios (2), Novio (3), Esposo (1), Padres (1).	6 de 6 100%	7
SALUD NO ENFERMEDAD	La vida de defensa (1), Para vivir me (1), La vida cosas (1), Propio el cuerpo (1).	2 de 6 33.33 %	4	Médico (1), Salud (1), Mi vida (1), Bienestar (1), Vida (1).	3 de 6 50%	5
AMOR ROMÁNTICO	El sexualidad (1), Amor (2), Muy de enamorado (1), Corazón (1).	3 de 6 50%	5	Amor (1), Personas sentir amor (1), corazón (1), Compañía (1).	3 de 6 50%	4
ENFERMEDAD				Enfermedad (1).	1 de 6 16.66 %	1
AGRESIÓN SEXUAL				Manosear (1).	1 de 6 16.66 %	1
EMBARAZO				Embarazo (1).	1 de 6 16.66 %	1

Los anteriores resultados dan cuenta de que la mayoría de las asociaciones de los hombres sordos del colegio Colegio No. 2 para Sordos se vinculan a la categoría “Goce/Sexo” (frecuencia 11), seguidas de “Sujeto/Género” y “Amor romántico”, mientras que en el caso de las mujeres la mayoría de las asociaciones ocurren en relación con las categorías “Relaciones convencionales”, “Sujeto/Género”, “Salud no enfermedad” y “Amor romántico”.

Lo anterior posibilita identificar las diferencias entre los hombres y mujeres del mismo grupo frente a las asociaciones inmediatas al ver la seña “Sexualidad”. La mayoría de los hombres relacionan la palabra sexualidad con actividades sexuales genitales, mientras las mujeres la asocian con palabras relacionadas con relaciones convencionales tales como: Novios (2), Novio (3), Esposo (1), Padres (1). Se nota así una diferencia entre los elementos pasionales y los sociales relacionados con la sexualidad.

En lo que respecta a las valoraciones se pueden observar los siguientes resultados que surgieron de los datos brutos (ANEXO 14):

Tabla 22. Índices de polaridad y neutralidad, sexualidad. Adolescentes sordos. Colegio No. 2 para Sordos.

Polaridad

HOMBRES 6	FRECUENCIA	%	MUJERES 6	FRECUENCIA	%
NEGATIVA	0	0,0	NEGATIVA	0	0,0
NEUTRA	3	50,0	NEUTRA	4	66,7
POSITIVA	3	50,0	POSITIVA	2	33,3

Neutralidad

HOMBRES	FRECUENCIA	%	MUJERES	FRECUENCIA	%
1 DEBIL	5	83,3	1 DEBIL	6	100,0

2 MEDIA	1	16,7	2 MEDIA	0	0,0
3 ALTA	0	0,0	3 ALTA	0	0,0

Las valoraciones realizadas a las asociaciones con la “Sexualidad”, por parte de los hombres corresponden a un 50% neutras, 50% positivas y 0% negativas. Para el caso de las mujeres las valoraciones neutras corresponden al 66.7%, 33.3% positivas y 0% negativas.

Predominan las valoraciones neutras al igual que los y las adolescentes del Colegio No. 1 para sordos.

En lo que respecta a los Índices de neutralidad, en el caso de los hombres, el 83.3% son débiles y el 16.7% tienen una valoración media. En el caso de las mujeres el Índice es débil para el 100% de las asociaciones.

Universidad/programa adolescente sordos

Se aplicó la red de asociaciones con el término inductor “Sexualidad” a 15 estudiantes sordos usuarios de la lengua de señas colombiana; 8 hombres y 7 mujeres. Se obtuvieron los datos brutos (ANEXO 15), los cuales sirvieron para clasificar por frecuencias obteniendo los siguientes registros:

Tabla 23. Categorías semánticas emergentes. Red de Asociaciones, “Sexualidad”. Adolescentes sordos. Universidad/programa adolescente sordos.

CATEGORÍAS	PALABRAS ASOCIADAS	S	F
GOCE / SEXO	Hacer el amor (2), Sexo (2), Play Boy (1), Sexualidad oral (1), Sexo sin métodos anticonceptivos (1), Acto sexual - sexo (1), Diferentes formas sexo - zoofilia - pedofilia (1), Vida sexual (1), Ano (1), Cuándo vamos al hotel? (1), Estímulo de la relación sexual	9 de 17	17

CATEGORÍAS	PALABRAS ASOCIADAS	S	F
	(1), Experiencia (1), Goce (1), Amar el cuerpo (1), Cuerpo (1).		
SALUD NO ENFERMEDAD	Salud (6), Vida (2), Activo (1), Procesos desarrollo (1).	7 de 17	10
AMOR ROMÁNTICO	Compartir (3), Amor (3), Conocerse (2), Hombre mujer que compartir (1).	5 de 17	9
RELACIONES CONVENCIONALES	Sociedad (1), Cultura (1), Contexto (1), Noviazgo (2), Amigovio (1), Familia (1), Futuro (1).	6 de 17	8
PREVENCIÓN SEXUAL	Prevención (3), Condón (2), Defensa (2).	5 de 17	7
SUJETO / GÉNERO	Homosexual - Bisexual (1), Hombre (1), Mujer (1), Generación (1), Hombre - mujer (1).	4 de 17	5
HIGIENE	Cuidado del cuerpo (1), Cuidado (1), Limpieza (1),	2 de 17	3
EDUCACIÓN	Conocer teoría (1), Pensar (1), Mente abierta (1).	2 de 17	3
ENFERMEDAD	Enfermedad transmisión sexual (1), Enfermedad (1), Morir (1).	2 de 17	3
AUTONOMIA / RESPONSABILIDAD	Carácter (1), Identidad (1).	2 de 17	2
VALORES	Valores (1).	1 de 17	1
EMBARAZO	Reproducción (1).	1 de 17	1

La mayoría de las asociaciones realizadas por los adolescentes sordos de la Universidad/programa adolescente sordos se agrupan en la categoría “Goce/Sexo”, seguidas de “Salud No enfermedad”, “Amor romántico” y

“Relaciones convencionales”. Estos resultados son semejantes (por la categoría con mayor número de asociaciones) con los otros grupos de sordos usuarios de lengua de señas donde se plantearon las asociaciones referentes a “Goce/Sexo” como los ejes centrales de las asociaciones.

Al diferenciar las respuestas entre hombres y mujeres, se encuentran los siguientes resultados:

Tabla 24. Categorías semánticas emergentes. Red de Asociaciones “Sexualidad”, por sexo. Adolescentes sordos. Universidad/programa adolescente sordos.

S = Número de sujetos

F = Frecuencia

Categorías	Palabras asociadas Hombres	S	F	Palabras asociadas Mujeres	S	F
GOCE / SEXO	Hacer el amor (2), Sexualidad oral (1), Sexo (1), Play Boy (1), Acto sexual - sexo (1), Ano (1), Estímulo de la relación sexual (1), Diferentes formas de sexo - zoofilia, pedofilia (1), Sexo sin métodos anticonceptivos (1), Goce (1), Vida sexual (1), Amar el cuerpo (1), Cuándo vamos al hotel ? (1).	7 de 8 87.5%	1 4	Experiencia (1), Sexo (1), Cuerpo (1).	2 de 7 28.57 %	3
SALUD NO ENFERMEDAD	Salud (2), Activo (1), Procesos desarrollo (1).	3 de 8 37.5%	4	Vida (2), Salud (4).	4 de 7 57.14 %	6

Categorías	Palabras asociadas Hombres	S	F	Palabras asociadas Mujeres	S	F
AMOR ROMÁNTICO	Amor (2), Hombre mujer que compartir (1).	2 de 8 25%	3	Compartir (3), Conocerse (2), Amor (1).	3 de 7 42.85 %	6
RELACIONES CONVENCIONALES	Noviazgo (2), Amigovio (1), Futuro (1).	3 de 8 37.5%	4	Familia (1), Sociedad (1), Cultura (1), Contexto (1).	3 de 7 42.85 %	4
PREVENCIÓN SEXUAL	Prevención (3), Condón (1).	3 de 8 37.5%	4	Defensa (2), Condón (1).	2 de 7 28.57 %	3
SUJETO / GÉNERO	Homosexual - Bisexual (1), Generación (1).	2 de 8 25%	2	Hombre - mujer (1), Hombre (1), Mujer (1).	2 de 7 28.57 %	3
HIGIENE				Cuidado del cuerpo (1), Cuidado (1), Limpieza (1).	2 de 7 28.57 %	3
EDUCACIÓN	Pensar (1).	1 de 8 12.5%	1	Mente abierta (1), Conocer teoría (1).	1 de 7 14.28 %	2
ENFERMEDAD	Enfermedad transmisión sexual (1).	1 de 8 12.5%	1	Enfermedad (1), Morir (1).	1 de 7 14.28 %	2
AUTONOMIA / RESPONSABILIDAD				Identidad (1), Carácter (1).	2 de 7	2

Categorías	Palabras asociadas Hombres	S	F	Palabras asociadas Mujeres	S	F
					28.57 %	
VALORES				Valores (1).	1 de 7 14.28 %	1
EMBARAZO	Reproducción (1).	1 de 8 12.5%	1			

La mayoría de las asociaciones de los hombres sordos se vinculan a la categoría “Goce/Sexo”, seguida de “Salud no enfermedad” y “Relaciones convencionales”. En el caso de las mujeres, la mayoría de las asociaciones se vinculan a las categorías “Salud no enfermedad”, seguidas de “Amor romántico” y “Relaciones convencionales”.

De igual manera que con los grupos anteriores de sordos usuarios de lengua de señas, la mayoría de los hombres establecen asociaciones de la sexualidad con términos referentes a las actividades del goce sexual genital. Esta situación es diferente en las mujeres que plantean asociaciones de mayor frecuencia al interior de la categoría “Salud no enfermedad”, “Relaciones convencionales” y “Amor romántico”.

En lo que respecta a las valoraciones asignadas a las asociaciones a partir de los datos brutos (ANEXO 16), a continuación se presentan los resultados de los índices de polaridad y neutralidad.

Tabla 25. Índices de polaridad y neutralidad, sexualidad. Adolescentes sordos. Universidad/programa adolescente sordos.

Polaridad

HOMBRES 8	FRECUENCIA	%	MUJERES 7	FRECUENCIA	%
NEGATIVA	0	0,0	NEGATIVA	0	0,0
NEUTRA	3	37,5	NEUTRA	1	14,3
POSITIVA	4	50,0	POSITIVA	6	85,7

Neutralidad

HOMBRES	FRECUENCIA	%	MUJERES	FRECUENCIA	%
1 DEBIL	6	75,0	1 DEBIL	6	85,7
2 MEDIA	1	12,5	2 MEDIA	1	14,3
3 ALTA	0	0,0	3 ALTA	0	0,0

Los Índices de polaridad dan cuenta de una valoración positiva en la mayoría de hombres y mujeres, esto es importante frente a los anteriores grupos de sordos usuarios de lengua de señas, donde las valoraciones son neutras en su mayoría. Tal situación podría estar relacionada con las diferencias de edad, teniendo en cuenta que los estudiantes de la Universidad/programa adolescente sordos ocupan un rango de edades de los 18 a 21 años y posiblemente han tenido experiencias sexuales compartidas que les permite plantear valoraciones positivas.

Los anteriores resultados posibilitan identificar que la valoración pasa de ser neutra a positiva en la medida que aumenta la edad de los(as) adolescentes

El lo que respecta al Índice de neutralidad predominan los indicadores débiles tanto para hombres (75% de asociaciones) como mujeres (85.7% de asociaciones).

Al observar los resultados de los adolescentes sordos usuarios de lengua de señas frente al término inductor “Sexualidad”, se reconoce que para los hombres sordos de las tres instituciones el eje central de la representación corresponde a las asociaciones agrupadas en la categoría “Goce/Sexo”, mientras que en el caso de las mujeres no hay uniformidad y se da de manera indiferenciada en relación a los ejes centrales “Goce/Sexo”, “Relaciones convencionales” y “Salud no enfermedad”.

Estos resultados muestran para las mujeres una mayor distribución de la red de asociaciones frente a la sexualidad, con otros elementos periféricos agrupados en las categorías: “Agresión sexual”, “Sujeto/Género”, “Amor romántico” y “Relaciones convencionales”.

5.1.3. Entrevistas

Las entrevistas fueron transcritas y posteriormente fueron leídas de manera detenida, estableciendo términos y frases que referían categorías semánticas en el marco del discurso sobre las creencias, conocimientos y sentimientos sobre la salud sexual y la sexualidad. Estas lecturas y categorizaciones se realizaron utilizando el programa Atlas-Ti, lo cual facilitó el proceso de revisión y marcación de textos en las categorías previas y las emergentes.

Las categorías que se establecieron por el investigador principal y los pares investigadores fueron las siguientes:

- Amor romántico
- Valores
- Relaciones convencionales
- Amor pasional (Goce/Sexo)
- Relaciones sexuales

- Cuerpo sexual -- Categoría emergente
- Salud
- Enfermedades
- Prevención/Planificación
- Embarazo
- Comunicación -- Categoría emergente
- Identidad -- Categoría emergente

Después de la revisión de resultados, en el proceso de análisis, las anteriores categorías se consolidaron, como se verá más adelante (Capítulo 6), teniendo en cuenta significados comunes constitutivos de las representaciones sociales de la salud sexual y la sexualidad

A continuación se presentan las anotaciones generales a las entrevistas teniendo en cuenta las anteriores categorías como ordenadores del análisis posterior.

Tabla 26. Resultados entrevistas, adolescentes sordos usuarios de lengua de señas, por categorías de análisis

CATEGORÍA	ADOLESCENTES SORDOS USUARIOS DE LENGUA DE SEÑAS COLOMBIANA (LSC)
Amor Romántico	<p>Para los y las adolescentes sordas la salud sexual y la sexualidad tienen una estrecha relación con la compañía de otro(a) igual. Una relación que incluye afectividad (besos, abrazos, sin llegar a las relaciones sexuales), cuidarse el uno al otro y sobre todo acompañarse en las actividades que implican entrar al mundo de los oyentes; allí juega un papel importante la comunicación compartida en lengua de señas, para enfrentar de manera tranquila la inclusión social en un mundo de oyentes y para oyentes.</p> <p>La anterior situación se ejemplifica en salir juntos a la calle, hacer las tareas entre dos, sentirse comprometidos y proyectarse hacia la representación del matrimonio con hijos y bajo condiciones de</p>

CATEGORÍA	ADOLESCENTES SORDOS USUARIOS DE LENGUA DE SEÑAS COLOMBIANA (LSC)
	<p>seguridad física y económica.</p> <p>El amor romántico excluye las relaciones sexuales y se representa como fundamental para una buena salud sexual, en la medida que prioriza el control y se proyecta hacia la formalidad en el matrimonio y los hijos. Se puede decir entonces que el amor romántico se vincula a las vivencias de pareja en las cuales cobran relevancia los sentimientos de cada uno, la estabilidad del vínculo y la posibilidad de generar familia. Por tanto se vincula fuertemente a la posibilidad de tener hijos.</p>
Valores	<p>En los y las jóvenes usuarias de lengua de señas (LSC) se plantea el cuidado de las infecciones y enfermedades de transmisión sexual; existe temor en adquirir este tipo de enfermedades.</p> <p>Los entrevistados(as) mencionan términos relacionados con los valores al hacer referencia a la salud sexual y la sexualidad. Hacen referencia a términos tales como: Principios, Valores, Cuidarse el cuerpo, Control, Conciencia, Moral, Responsabilidad, Formación y Vida sexual sana; éste último relacionado sobre la importancia de no adquirir ni transmitir enfermedades sexuales</p>
Relaciones convencionales	<p>En la medida que los y las adolescentes inician actividades sexuales compartidas, surge el discurso sobre el control de la sexualidad, posiblemente como una consecuencia del conocimiento limitado sobre la prevención de enfermedades y el embarazo. Este discurso hacer referencia a la necesidad de controlar, limitar y aplazar el impulso sexual.</p> <p>Se hace presente una concepción de sexualidad articulada a la y postergada hasta el momento del matrimonio. (Puede ser esta una consecuencia de la formación en sexualidad impartida).</p>
Amor pasional	<p>El amor pasional esta desligado del concepto de salud sexual y control social, por lo tanto es moralmente censurable.</p> <p>Las relaciones sexuales por fuera de las relaciones convencionales (matrimonio) son consideradas</p>

CATEGORÍA	ADOLESCENTES SORDOS USUARIOS DE LENGUA DE SEÑAS COLOMBIANA (LSC)
	<p>negativas y contrarias a la salud sexual.</p> <p>En el amor pasional se vincula el placer físico, que no se articula a los sentimientos hacia la pareja y se percibe como naturalmente incontrolable y censurable moralmente (algo contra el deber)</p> <p>En las entrevistas no se hace referencia a las relaciones pasionales, pero si se comenta que éstas son propias de la comunidad de los sordos usuarios de la lengua de señas. Los entrevistados refieren que dichas relaciones son desordenadas y rodeadas de promiscuidad.</p>
Relaciones sexuales	<p>Este grupo de adolescentes hablan desde sus vivencias corporales, el sentir (la piel) y la mirada, que son considerados elementos constitutivos de la identidad de los sordos. Así, cuando los adolescentes hacen referencia a las relaciones sexuales, describen y destacan las sensaciones corporales, las actitudes y el manejo del cuerpo.</p> <p>Entre los mismos jóvenes señantes existen valoraciones negativas en torno al manejo de la información sobre las relaciones sexuales. Se consideran a sí mismos como poco informados, con dificultades y barreras en la comunicación sobre la sexualidad, y con un manejo “equivocado” de la privacidad al interior de la comunidad.</p> <p>Los y las adolescentes asumen que la información sobre las relaciones sexuales circula principalmente por vía auditiva y eso dificulta que ellos y ellas puedan acceder. Se verifica que el grupo de sordos señantes es el principal escenario de circulación de saberes sobre lo sexual, pero estos procesos comunicativos se valoran negativamente, considerando que los adolescentes no hacen buen uso de la información privada relacionada con las relaciones sexuales. A pesar de esto hay saberes difundidos especialmente acerca de la anticoncepción (condón como obstáculo para el placer, óvulos como más seguros que el condón), que pueden ser similares a los que predominan entre algunos adolescentes oyentes. Igualmente los discursos transmiten estereotipos de género acerca de la toma de decisiones en lo sexual (el</p>

CATEGORÍA	ADOLESCENTES SORDOS USUARIOS DE LENGUA DE SEÑAS COLOMBIANA (LSC)
	<p>hombre toma la iniciativa, la mujer se percibe como pasiva).</p> <p>Algunas narraciones sugirieron la presencia de situaciones de violencia o vulneración en las prácticas sexuales, así como de estigma hacia la homosexualidad. Estos aspectos son importantes dado que pueden ser indicativos de la vulnerabilidad específica de los y las adolescentes sordos (as) en asuntos de violencia sexual disminuyendo la posibilidad de una adecuada salud sexual.</p>
Cuerpo sexual	<p>Para los sordos usuarios de LSC el cuerpo es fundamental, como escenario (territorio) de socialización, comunicación y afectividad; ocupa un lugar central en los significados sobre la sexualidad y la salud sexual.</p> <p>La representación, creencia y conocimiento de la sexualidad está fuertemente relacionada con el cuerpo en sus sensaciones, estimulación, autoconocimiento, etc. Por tanto, los significados de la sexualidad se vinculan de manera directa con el placer corporal (estar y sentirse bien) generado en la actividad sexual. Este saber convive con las creencias de que la sexualidad debe estar vinculada a la reproducción y la satisfacción de necesidades biológicas.</p>
Salud	<p>Para los y las adolescentes usuarios de lengua de señas colombiana la representación de la salud sexual está asociada con: “prevención”, “respetar mi cuerpo”, buena imagen, dar ejemplo, cuidar el cuerpo y prevenir. Se enfatiza en “Cuidar y tener limpios los órganos genitales, sobre todo en el caso de las mujeres.</p> <p>Consideran que la fidelidad es parte de la salud sexual.</p> <p>Para los jóvenes señantes la salud es sinónimo de cuidado corporal, especialmente de los órganos genitales, los cuales deben estar libres de infecciones.</p> <p>Los aspectos emocionales hacen parte de la salud, resaltando su importancia en las relaciones de pareja.</p>
Enfermedad	<p>Los significados de los y las adolescentes en torno a la enfermedad relacionada con la sexualidad están</p>

CATEGORÍA	ADOLESCENTES SORDOS USUARIOS DE LENGUA DE SEÑAS COLOMBIANA (LSC)
	<p>fuertemente vinculados a la representación del sida como padecimiento mortal que degenera de manera implacable el cuerpo y se vincula a prácticas sexuales fuera de lo moralmente “correcto”.</p> <p>Además del sida se mencionan otras infecciones pero con menor énfasis y carga emocional. El cáncer también aparece vinculado al sida, como extensión de las enfermedades de transmisión sexuales más graves.</p>
Prevención/planificación	<p>La prevención de las infecciones de transmisión sexual para los adolescentes usuarios de LSC se centra en el cuidado del cuerpo, entendida como protección frente a la posibilidad de enfermar por tener relaciones sexuales. Esta protección se vincula a el uso del preservativo, la asistencia al médico (diagnóstico - tratamiento) y la limpieza-higiene corporal.</p> <p>Una de las entrevistadas menciona el derecho a conocer el estado de salud de la pareja, como necesidad dentro de la relación de pareja “estable”.</p>
Embarazo	<p>Para los adolescentes la maternidad-paternidad se construye con base en la identidad de persona sorda usuaria de la lengua de señas. En este sentido se asocia la condición de persona sorda a ser usuario de la LSC, lo cual es importante al momento de pensar en la pareja para tener hijos.</p> <p>La sordera no es una limitación o enfermedad y se convierte en condición deseable para el ejercicio parental (ante las barreras comunicativas de la relación entre padres sordos e hijos oyentes). Se plantea la posibilidad de la crianza y la vida social en torno al ser y vivir como sordo.</p>
Comunicación	<p>Los y las adolescentes sordos (as) señantes muestran unas dinámicas comunicativas fluidas acerca de la sexualidad, el sexo y la salud sexual. No se inscriben en normas de comportamiento prevalentes, donde lo público y lo privado adquieren connotaciones diferentes a las de los oyentes; las conversaciones sobre el sexo y la sexualidad son un tema de abordaje cotidiano entre los adolescentes. Las particularidades del lenguaje de señas hacen que la comunicación cotidiana sobre el tema resalte la corporalidad y las sensaciones referentes a las vivencias sexuales.</p>

CATEGORÍA	ADOLESCENTES SORDOS USUARIOS DE LENGUA DE SEÑAS COLOMBIANA (LSC)
<p>Identidad</p> <p>Identidad</p>	<p>La totalidad de los adolescentes se reconocen y asumen como sordos; se consideran personas portadoras de una identidad sorda. En este sentido, la sordera se entiende como una experiencia de vida sin escucha, acompañada de una forma de comunicación visogestual, no como una deficiencia o inhabilidad. Los jóvenes la narran y la equiparan al bilingüismo, y señalan la comunicación oral como una posibilidad comunicativa igualmente válida y aceptable.</p> <p>Reconocen las dificultades y barreras que implica la condición de sordo dentro de un mundo predominantemente oyente, y perciben que frente a esto tienen menor cantidad de información objetiva, pero al mismo tiempo se asumen como sujetos activos en la búsqueda de formas de comunicación con los oyentes; no se ubican desde la deficiencia sino desde una condición lingüística diferente.</p> <p>Algunos relatos dan cuenta de que la identidad sorda se consolida a través de un proceso dinámico y constante, que posiblemente está condicionado por el momento del ciclo vital y las oportunidades inclusivas que ofrezca el contexto.</p>

Posterior a la revisión de resultados de las entrevistas por categorías de análisis, se procedió a identificar las diferencias entre los discursos correspondientes a la salud sexual y a la sexualidad por parte de los adolescentes sordos usuarios de la lengua de señas colombiana. En este sentido se plantearon anotaciones y reflexiones relacionadas con la salud sexual y la sexualidad. A continuación se presenta dicho paralelo:

Tabla 27. Diferencias salud sexual y sexualidad en entrevistas de adolescentes sordos usuarios de lengua de señas.

Sexualidad	Salud sexual
<ul style="list-style-type: none"> Se advierte que algunos de los jóvenes usan la misma seña para 	<ul style="list-style-type: none"> El saber sobre la salud sexual se vincula al funcionamiento del cuerpo

Sexualidad	Salud sexual
<p>sexualidad y sexo. Los jóvenes hablan de uno y otro término a lo largo de la entrevista, y otros afirman no entender la diferencia con sexualidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La sexualidad se entiende como actividad, como algo que se hace. La sexualidad se remite o es asociada a las relaciones sexuales. (tener en cuenta que algunos de los jóvenes entrevistados enunciaron la sexualidad usando la seña para sexo). • La sexualidad es entendida como una actividad biológica; se entiende como natural y biológica. • La posibilidad de disfrutar de la sexualidad está dada por la formación, referida a la adquisición personal de un sistema de valores y principios que permitan un ejercicio sexual moralmente bueno o socialmente correcto (referencias a la responsabilidad, la madurez y la fidelidad). • El cuidado (usar preservativo y métodos de planificación), es una consecuencia de la formación propia y de la pareja. • A partir de la posición subjetiva de los adolescentes (se asumen como parte de una comunidad lingüística), configuran un discurso que los diferencia de otros sordos y así mismo definen una sexualidad en los sordos con poca privacidad. En este sentido, se entiende al sordo como poco formado, falta de valores en materia de sexualidad. • El componente actitudinal en la concepción de los jóvenes usuarios de LS es doble. La aceptación se relaciona con la actividad sexual vinculada a la experiencia de pareja, al matrimonio y a la procreación. El rechazo se vincula a la actividad sexual individual (masturbación), 	<p>en relación con la actividad sexual (referencias a los órganos genitales y a la erección del pene.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La salud sexual se obtiene o mantiene a través del cuidado del cuerpo, lo cual evita enfermedades derivadas de las prácticas sexuales • Las enfermedades se adquieren por ausencia o falta de formación • personal (valores). Seguir una vida sexual “normativa, correcta” es sinónimo de salud sexual. Al respecto los adolescentes hacen referencia a estar libre de enfermedades como consecuencia de tener sólo una pareja. • A nivel actitudinal en algunos jóvenes se evidencia rechazo frente a prácticas sexuales “inmorales”, y aceptación al referir la salud sexual, en un marco socialmente convencional.

Sexualidad	Salud sexual
fuera de un vínculo de pareja convencional (promiscuidad, homosexualidad), y a la pornografía.	

5.2 Adolescentes oyentes

Para el caso de los adolescentes oyentes, se aplicaron redes de asociaciones a estudiantes de tres grupos institucionales: dos grupos de escolares del Colegio Distrital de la ciudad de Bogotá de grado 11 y un tercer grupo correspondientes a estudiantes universitarios de primer semestre del programa de Matemáticas de la Universidad/programa oyentes. De igual manera que en el caso de los adolescentes sordos usuarios de lengua de señas, se tomaron dos grupos cuyas edades estaban entre 16 y 19 años (del Colegio Distrital) y un tercer grupo cuyas edades estaban entre 18 y 21 años (de la Universidad/programa oyentes). A continuación se presentan los resultados:

5.2.1. Redes de asociaciones “Salud Sexual”

Adolescentes Colegio Distrital – Grupo No. 1 -.

De la misma manera que con los adolescentes sordos usuarios de lengua de señas colombiana (LSC), con estos adolescentes se inició con la aplicación de la Red de Asociaciones sobre “Salud Sexual” e inmediatamente se continuó con la red de asociaciones sobre “Sexualidad”.

A continuación se presentan los resultados de la red de asociaciones con el término inductor de salud sexual, los cuales surgieron de la clasificación de datos brutos (ANEXO 17).

Tabla 28. Categorías semánticas emergentes, Red de Asociaciones “salud sexual”. Adolescentes oyentes. Colegio Distrital -Grupo No. 1-.

CATEGORÍAS	PALABRAS ASOCIADAS	S	F
PREVENCIÓN SEXUAL	Protección (13), Cuidarse (4), Prevención (4), Condón (3), Cuidado (2), Cuidados (1), Temor (2), Sexo seguro (1), Precaución (1), Prevenir (1), Protegerse con el condón (1), Preservativo (1), Cuidarme (1), Condone (1), seguridad (1).	23 de 25	37
AMOR ROMÁNTICO	Amor (8), Comprensión (2), Admiración (1), Respeto (1), corazón (1), Conocer a la otra persona (1), Confianza (2), Comunicación (1), Branq el amor (1), Interés (1), Paz (1).	12 de 25	21
SALUD NO ENFERMEDAD	Vida (7), Hospital (3), Medicina (1), Cura (1), Ayudas (1), Salvación (1), Consultas (1), Ir al médico (1).	16 de 25	17
GOCE / SEXO	Sexo (4), Goce (1), Placer (2), Gusto (1), Tentaciones (1), Plenitud (1), Sensibilidad (1).	8 de 25	11
AUTONOMÍA / RESPONSABILIDAD	Decisión (2), Con quien tengo vida sexual (1), madurez (1), Libertad (1), Responsabilidad (1), Realidad (1), tranquilidad (2)).	8 de 25	9
EDUCACIÓN	Estudio (2), Aprendizaje (1), Enseñanza (1), Vida para actuar (1), Sabiduría (1), Orientación (2), Reflexión (1).	8 de 25	9
ENFERMEDAD	Enfermedad (4), Sida (1), Enfermedad Prevención (1), Enfermedades (1).	7 de 25	7
SUJETO / GÉNERO	Hombre (2), Mujer (1), Familia (2), Pareja (2).	6 de 25	7
RELACIONES	Normalidad (1), Ejemplo (1), Relación (1),	3 de 25	3

CATEGORÍAS	PALABRAS ASOCIADAS	S	F
CONVENCIONALES			
PLANIFICACIÓN	Anticonceptivos (1), Planificación (1),	2 de 25	2
EMBARAZO	Embarazos (1), Embarazo (1),	2 de 25	2

Los anteriores resultados muestran que la estructura de las representaciones sociales sobre la salud sexual por parte de los adolescentes oyentes, se centró en las palabras agrupadas en la categoría “Prevención sexual” (eje central). Se Relacionan otras asociaciones con menor frecuencia, agrupadas en las categorías “Salud no enfermedad” y “Amor romántico”

Al diferenciar las asociaciones entre hombres y mujeres se pueden presentar los siguientes resultados:

Tabla 29. Categorías semánticas emergentes, Red de Asociaciones “salud sexual”, por sexo. Adolescentes oyentes. Colegio Distrital -Grupo No. 1-.

S = Número de sujetos

F = Frecuencia

Categorías	Palabras asociadas Hombres	S	F	Palabras asociadas Mujeres	S	F
PREVENCIÓN SEXUAL	Protección (8), Cuidarse (2), Condón (3), Precaución (1), Prevenir (1), Prevención (1), Cuidado (1), Sexo seguro (1).	12 de 12 100%	1 8	Protección (5), Prevención (3), Cuidarse (2), Cuidado (1), Cuidados (1), Temor (2), Protegerse con el condón (1), Preservativo (1), Cuidarme (1), Condones (1), Seguridad (1).	11 de 13 84.61 %	19
AMOR						

Categorías	Palabras asociadas Hombres	S	F	Palabras asociadas Mujeres	S	F
ROMÁNTICO	Amor (6), Comprensión (1), Admiración (1), Paz (1).	6 de 12 50%	9	Amor (2), Comprensión (1), Respeto (1), Corazón (1), Conocer a la otra persona (1), Confianza (2), Branq el amor (1), Interés (1), Sinceridad (1), Comunicación (1).	6 de 13 46.15 %	12
SALUD NO ENFERMEDAD	Medicina (1), Hospital (1), Ayudas (1), Vida (3), Cura (1), salvación (1), Consultas (1).	9 de 12 75%	9	Vida (4), Hospital (2), Ir al médico (1), Consultas (1).	8 de 13 61.53 %	8
GOCE / SEXO	Sexo (4), Goce (1), Sensibilidad (1).	5 de 12 41.66 %	6	Placer (2), Gusto (1), Tentaciones (1), Plenitud (1).	3 de 13 23.07 %	5
AUTONOMÍA / RESPONSABI LIDAD	Tranquilidad (2), Responsabilidad (1), Decisión (1), Libertad (1).	5 de 12 41.66 %	5	Decisión (1), Con quien tengo vida sexual (1), madurez (1), Realidad (1).	3 de 13 23.07 %	4
EDUCACIÓN	Reflexión (1), Orientación (1).	2 de 12 16.66 %	2	Estudio (2), Aprendizaje (1), Enseñanza (1), Vida para actuar (1), Sabiduría (1), Orientaciones (1).	6 de 13 46.1 %	7
ENFERMEDAD	Sida (1), Enfermedad prevención (1), Enfermedad (2).	4 de 12 33.33 %	4	Enfermedad (2), Enfermedades (1).	3 de 13 23.07 %	3
SUJETO / GÉNERO	Hombre (1), Mujer	3 de	4	Hombre (1), Familia	3 de	3

Categorías	Palabras asociadas Hombres	S	F	Palabras asociadas Mujeres	S	F
	(1), Familia (1), Pareja (1).	12 25%		(1), Pareja (1).	13 23.07 %	
RELACIONES CONVENCIONALES	Normalidad (1), Ejemplo (1).	2 de 12 16.6%	2	Relación (1).	1 de 13 7.69 %	1
PLANIFICACIÓN	Anticonceptivos (1).	1 de 12 8.33%	1	Planificación (1).	1 de 13 7.69 %	1
EMBARAZO				Embarazos (1), Embarazo (1).	2 de 13 15.38 %	2

Los resultados de los hombres y las mujeres son iguales mostrando un mayor número de asociaciones organizadas en la categoría “Prevención sexual”, seguidas de “Salud no enfermedad” y “Amor romántico”. Esta situación resulta coherente con la condición de intercambio cotidiano de información dentro del grupo.

Se notan algunas deferencias en las asociaciones que se agrupan en categorías periféricas ya que para los hombres el núcleo prevención – salud No enfermedad, se acompaña del goce sexual y la autonomía, mientras las mujeres de educación

En lo que respecta a las valoraciones realizadas por este grupo de adolescentes, a partir de los datos brutos (ANEXO 18), se presentan los resultados clasificados después de aplicar las formulas correspondientes:

Tabla 30. Categorías semánticas emergentes, Red de Asociaciones “salud sexual”, por sexo. Adolescentes oyentes. Colegio Distrital -Grupo No. 1-.

Polaridad

HOMBRES 12	FRECUENCIA	%	MUJERES 13	FRECUENCIA	%
NEGATIVA	0	0,0	NEGATIVA	0	0,0
NEUTRA	4	33,3	NEUTRA	6	46,2
POSITIVA	8	66,7	POSITIVA	7	53,8

Neutralidad

HOMBRES	FRECUENCIA	%	MUJERES	FRECUENCIA	%
1 DEBIL	8	66,7	1 DEBIL	9	69,2
2 MEDIA	4	33,3	2 MEDIA	4	30,8
3 ALTA	0	0,0	3 ALTA	0	0,0

Como se puede observar, los índices de polaridad para los hombres dan cuenta de una mayor tendencia positiva (66.7%), una neutralidad del 33.3% y una polaridad negativa nula. En el caso de las mujeres el índice de polaridad positiva es de 53.8%, el de polaridad neutra es de 46.2% y no existe polaridad negativa. Estos resultados indican una actitud positiva y neutra hacia la salud sexual tanto por hombres y mujeres del Colegio Distrital, Grupo No.1.

Respecto al índice de neutralidad de ambos grupos, éste oscila entre débil y medio.

El segundo grupo del Colegio Distrital estuvo conformado por 15 estudiantes: 6 hombres y 9 mujeres. Al igual que el grupo anterior, se trata de un grupo de estudiantes oyentes que cursan 11° y cuyas edades están entre los 17 y 20 años.

A partir de los datos brutos (ANEXO 19) y después de sistematizar las asociaciones realizadas por los estudiantes del Colegio Distrital (Grupo No.2), se procedió a organizar dichas asociaciones en las categorías de análisis semántico que han sido mencionadas en los grupos anteriores:

Tabla 31. Categorías semánticas emergentes, Red de Asociaciones “salud sexual”. Adolescentes oyentes. Colegio Distrital -Grupo No. 2-.

CATEGORÍAS	PALABRAS ASOCIADAS	S	F
AMOR ROMÁNTICO	Respeto (13), Amor (6), Confianza (4), Comunicación (2), Comprensión (2), Aprecio (1), Tolerancia (2). Delicadeza (1).	14 de 15	31
PREVENCIÓN SEXUAL	Protección (8), Preservativo (2), Seguridad (1), Cuidado (2).	11 de 15	13
VALORES	Fidelidad (4), Monogamia (3), Promiscuidad (3).	10 de 15	9
AUTONOMÍA / RESPONSABILIDAD	Responsabilidad (6).	6 de 15	6
SUJETO / GÉNERO	Pareja (3), Unión (2).	5 de 15	5
GOCE / SEXO	Pasión (1), Hacer el amor (1), Deseo (1), Intimidad (1).	3 de 15	4
ENFERMEDAD	Enfermedades (2)	2 de 15	2

CATEGORÍAS	PALABRAS ASOCIADAS	S	F
SALUD NO ENFERMEDAD	Felicidad (1)	1 de 15	1
HIGIENE	Higiene (1)	1 de 15	1

La mayoría de las asociaciones de los y las adolescentes estuvieron agrupadas en la categoría “Amor romántico”, seguida de “Prevención Sexual” y “Valores”. Estos resultados muestran un eje central del amor, complementado por la prevención sexual, siendo una situación inversa al grupo anterior, pero que resulta similar en la medida que ambas categorías contribuyen al núcleo central Prevención y Amor romántico, complementada con Salud No enfermedad.

Al diferenciar las asociaciones entre hombres y mujeres de este grupo, se puede observar que la estructura central es igual (Amor romántico y Prevención sexual) con diferencias en los elementos periféricos, donde en la mujer se realizan asociaciones correspondientes a los valores, y la responsabilidad, mientras en los hombres se complementa con asociaciones categorizadas en valores, sujeto/género y goce sexual

Tabla 32. Categorías semánticas emergentes, Red de Asociaciones “salud sexual”, por sexo. Adolescentes oyentes. Colegio Distrital -Grupo No. 2-.

S = Número de sujetos

F = Frecuencia

Categorías	Palabras asociadas Hombres	S	F	Palabras asociadas Mujeres	S	F
AMOR ROMÁNTICO	Respeto (5), Confianza (2), Comprensión (1),	6 de 6 100%	1 2	Respeto (8), Amor (4), Confianza (2), Comunicación (2),	8 de 9 88.88	19

Categorías	Palabras asociadas Hombres	S	F	Palabras asociadas Mujeres	S	F
	Amor (2), Tolerancia (1), Delicadeza (1).			Comprensión (1), Aprecio (1), Tolerancia (1).	%	
PREVENCIÓN SEXUAL	Protección (4), Preservativo (2).	6 de 6 100%	6	Protección (4), Cuidado (2), Seguridad (1).	5 de 9 55.55 %	7
VALORES	Fidelidad (1), Promiscuidad (3).	4 de 6 66.66 %	4	Fidelidad (3), Monogamia (3).	5 de 9 55.55 %	6
AUTONOMÍA / RESPONSABILIDAD	Responsabilidad (1).	1 de 6 16.66 %	1	Responsabilidad (5).	5 de 9 55.55 %	5
SUJETO / GÉNERO	Pareja (3).	3 de 6 50%	3	Unión (2).	2 de 9 22.22 %	2
GOCE / SEXO	Hacer el amor (1), Intimidad (1).	2 de 6 33.33 %	2	Pasión (1), Deseo (1),	1 de 9 11.11 %	2
ENFERMEDAD	Enfermedades (2).	2 de 6 33.33 %	2			
SALUD NO ENFERMEDAD				Felicidad (1).	1 de 9	1

Categorías	Palabras asociadas Hombres	S	F	Palabras asociadas Mujeres	S	F
					11.11 %	
HIGIENE				Higiene (1).	1 de 9 11.11 %	1

Tal como se señaló antes, el eje central de la representación es igual para hombres y mujeres, con algunas diferencias en los ejes periféricos; esta situación, posiblemente porque se trata de un grupo que comparte procesos comunicativos de cotidianamente.

En lo que respecta a la valoración de las asociaciones, a partir de los datos brutos (ANEXO 20), se puede identificar una tendencia hacia las valoraciones positivas tal como se verá a continuación por parte de los y las adolescentes:

Tabla 33. Índices de polaridad y neutralidad, salud sexual. Colegio Distrital - Grupo 2-.

Polaridad

HOMBRES 06	FRECUENCIA	%	MUJERES 09	FRECUENCIA	%
NEGATIVA	0	0	NEGATIVA	0	0
NEUTRA	3	50	NEUTRA	2	23
POSITIVA	3	50	POSITIVA	7	77

Neutralidad

HOMBRES	FRECUENCIA	%	MUJERES	FRECUENCIA	%
1 DEBIL	5	84	1 DEBIL	7	77
2 MEDIA	1	16	2 MEDIA	2	23
3 ALTA	0	0	3 ALTA	0	0

Al igual que los adolescentes del grupo No. 1 del mismo colegio, las valoraciones (índice de polaridad) que realizaron estos adolescentes sobre la salud sexual, fue mayoritariamente positiva y neutra.

En lo que respecta a los índices de neutralidad, tanto en hombres como mujeres, la valoración asignada es débil.

Estudiantes Universidad/programa oyentes

En los adolescentes oyentes, al igual que con los sordos usuarios de lengua de señas colombiana, se aplicaron redes de asociaciones sobre salud sexual y sexualidad a un grupo de universitarios, conformado por 32 estudiantes oyentes; 11 hombres y 21 mujeres, de la Universidad/programa oyentes de la ciudad de Bogotá. Estos datos brutos (ANEXO 21), sirvieron para organizar las siguientes categorías semánticas:

Tabla 34. Categorías semánticas emergentes, Red de Asociaciones “salud sexual”. Adolescentes Oyentes. Universidad/programa oyentes.

CATEGORÍAS	PALABRAS ASOCIADAS	S	F
PREVENCIÓN SEXUAL	Protección (8), Cuidado (7), Condón (4), Condomes (3), Seguridad (1), Prevención (3), Precaución (1).	23 de 32	28
AMOR ROMÁNTICO	Amor (12), Respeto (5), Compromiso (4), Comprensión (2), Confianza (2), Estabilidad (1), Atracción (1), Acuerdos (1).	18 de 32	28
AUTONOMÍA / RESPONSABILIDAD	Responsabilidad (8), Autoestima (2), Elección (1), Autonomía (1), Decisión (1), Unidad (1), Presente (1), Realidades (1).	13 de 32	17
ENFERMEDAD	Enfermedades (6), Enfermedad (3), Virus (1),	13 de	15

CATEGORÍAS	PALABRAS ASOCIADAS	S	F
	Gonorrea (1), Infecciones (1), Sida (1), Transmisión (1), Negro (1).	32	
RELACIONES CONVENCIONALES	Promiscuo (1), Sociedad (1), En pareja (1), Pareja(s) (6), Familia (2), Noviazgo (1), Futuro (1).	12 de 32	14
GOCE / SEXO	Sexo (5), Placer (2), Genitales (2), Emoción (1), Pornografía (1), Penetración (1), Pasión (1), Hormonas (1).	10 de 32	14
SALUD NO ENFERMEDAD	Salud (2), Medicamento (1), Bienestar (1), Vida (1), Vida sana (1), Ayuda (1), Medicina (1).	7 de 32	8
SUJETO / GÉNERO	Hombre (3), Mujer (1), Mujeres (1), Yo (1), Genero (1), Niños (1).	5 de 32	7
EDUCACIÓN	Educación (3), Información (2), Libros (1).	6 de 32	6
EMBARAZO	Embarazo (2), Embarazos (1), Reproducción (2), Consecuencias (1).	6 de 32	6
PLANIFICACIÓN	Planificación (2), Anticonceptivos (1), Métodos (1), Planeamiento (1), Futuro (1).	5 de 32	5
HIGIENE	Higiene (4), Aseo (1).	5 de 32	5
VALORES	Libertad (2), Igualdad (1), Amor a uno mismo (1), Tolerancia (1).	4 de 32	5
RUMBA	Experimentación (1), Diversión (1).	2 de 32	2

Los y las estudiantes realizaron la mayoría de las asociaciones agrupadas en la categoría “Prevención sexual” y “Amor romántico” (eje central de la representación), haciendo referencia a la prevención de las infecciones de transmisión sexual por un lado y al amor, respeto, compromiso y estabilidad por el otro.

En este grupo se presentaron diferencias por sexo como se puede ver a continuación:

Tabla 35. Categorías semánticas emergentes, Red de Asociaciones “salud sexual”, por sexo. Adolescentes Oyentes, Universidad/programa oyentes.

S = Número de sujetos

F = Frecuencia

Categorías	Palabras asociadas Hombres	S	F	Palabras asociadas Mujeres	S	F
PREVENCIÓN SEXUAL	Condomes (3), Preservativos (1), Protección (1), Condón (2), Precaución (1), Cuidado (1).	7 de 11 63.63 %	9	Cuidado (6), Protección (7), Condón (2), Prevención (3), Seguridad (1).	16 de 21 76.19 %	19
AMOR ROMÁNTICO	Respeto (1), Amor (3), Atracción (1).	4 de 11 36.36 %	5	Amor (9), Respeto (4), Compromiso (4), Comprensión (2), Confianza (2), Estabilidad (1), Acuerdos (1).	14 de 21 66.66 %	23
RESPONSABILIDAD	Responsabilidad (3), Autoestima (2), Unidad (1), Presente (1).	5 de 11 45.45 %	7	Responsabilidad (5), Elección (1), Autonomía (1), Decisión (1), Presente (1), Realidades (1).	8 de 21 38.09 %	10
ENFERMEDAD	Virus (1), Enfermedad (2), Enfermedades (2), Gonorrea (1), Infecciones (1).	6 de 11 54.54 %	7	Enfermedades (4), Enfermedad (1), Sida (1), Transmisión (1), Negro (1).	7 de 21 33.33 %	8
RELACIONES	En pareja (1).	1 de	1	Promiscuo (1), Pareja	11 de	13

Categorías	Palabras asociadas Hombres	S	F	Palabras asociadas Mujeres	S	F
CONVENCIONALES		11 9.09%		(5), Parejas (1), Sociedad (1), Familia (2), Noviazgo (1), Futuro (1), Cortesía (1).	21 52.38 %	
GOCE / SEXO	Emoción (1), Sexo (4), Genitales (2), Pornografía (1), Penetración (1), Hormonas (1).	7 de 11 63.63 %	1 0	Placer (2), Sexo (1), Pasión (1).	3 de 21 14.28 %	4
SALUD NO ENFERMEDAD	Medicamento (1), Bienestar (1), Vida sana (1).	3 de 11 27.27 %	4	Salud (2), Vida (1), Ayuda (1), Medicina (1).	4 de 21 19.04 %	5
SUJETO / GÉNERO				Hombre (2), Yo (1), Mujer (1), Mujeres (1), Niños (1), Género (1).	5 de 21 23.80 %	7
EDUCACIÓN	Educación (2).	2 de 11 18.18	2	Educación (1), Información (2), Libros (1).	4 de 21 19.04	4
EMBARAZO	Reproducción (2), Embarazo (1).	3 de 11 27.27 %	3	Embarazo (1), Embarazos (1), Consecuencias (1).	3 de 21 14.28 %	3
PLANIFICACIÓN	Planificación (2), Métodos (1).	3 de 11 27.27 %	3	Anticonceptivos (1), Futuro (1).	2 de 21 9.52 %	2
HIGIENE						

Categorías	Palabras asociadas Hombres	S	F	Palabras asociadas Mujeres	S	F
	Higiene (1), Aseo (1).	2 de 11 18.18 %	2	Higiene (3).	3 de 21 14.28 %	3
VALORES	Libertad (1).	1 de 11 9.09%	1	Amor a uno mismo (1), tolerancia (1), Libertad (1), Igualdad (1).	3 de 21 14.28 %	4
RUMBA	Experimentación (1), Diversión (1).	2 de 11 18.18 %	2			

Al diferenciar las asociaciones entre hombres y mujeres, se destaca que la mayoría de los hombres enuncian con mayor frecuencia las palabras asociadas a la categoría “Goce/Sexo”, seguida de “Prevención sexual” y “Enfermedades”.

Por parte de las mujeres las asociaciones de mayor frecuencia se agrupan en las categorías “Prevención sexual”, “Amor romántico” y “Convenciones sociales”.

La diferencia entre un grupo y otro radica en que en el caso de los hombres el eje central de las asociaciones se relaciona con el Goce y el sexo, acompañado de la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, mientras que en el caso de las mujeres el eje central de las asociaciones se plantea desde la prevención de enfermedades y el amor romántico que encierra asociaciones tales como amor, respeto, compromiso, comprensión, confianza, estabilidad, entre otros.

En lo que respecta a las valoraciones se puede señalar una tendencia valorativa positiva a la salud sexual, como se ve en la siguiente tabla:

Tabla 36. Índices de polaridad y neutralidad, salud sexual. Adolescentes oyentes, Universidad/programa oyentes.

Polaridad

HOMBRES 11	FRECUENCIA	%	MUJERES 21	FRECUENCIA	%
NEGATIVA	0	0,0	NEGATIVA	0	0,0
NEUTRA	4	36,4	NEUTRA	5	23,8
POSITIVA	7	63,6	POSITIVA	16	76,2

Neutralidad

HOMBRES	FRECUENCIA	%	MUJERES	FRECUENCIA	%
1 DEBIL	9	81,8	1 DEBIL	18	85,7
2 MEDIA	1	9,1	2 MEDIA	3	14,3
3 ALTA	1	9,1	3 ALTA	0	0,0

Las valoraciones tanto de hombres y mujeres acerca de la salud sexual son positivas y neutras. El índice de neutralidad es débil para ambos grupos.

En general se puede decir que existe la tendencia a valorizar positivamente y de manera neutral, las asociaciones sobre la salud sexual.

5.2.2. Redes de asociaciones “Sexualidad”

De manera inmediata a la aplicación de las redes de asociaciones sobre “Salud Sexual” se diligenció la red sobre “Sexualidad” con estos grupos de

estudiantes. Se trató de 25 estudiantes de grado 11-1 del colegio “Los Alpes”, 15 estudiantes del grado 11-2 del mismo colegio, y 32 estudiantes oyentes de la Universidad/programa oyentes. A continuación se presentan los resultados por cada uno de los grupos.

Estudiantes Colegio Distrital – Grupo No. 1 –

Tal como se mencionó, este grupo estuvo conformado por 25 adolescentes oyentes; 12 hombres y 13 mujeres de grado 11°. A partir de los datos brutos (ANEXO 23), a continuación se presentan la agrupación de asociaciones en categorías semánticas emergentes en el proceso de revisión de datos con pares investigadores:

Tabla 37. Categorías semánticas emergentes Red de Asociaciones “Sexualidad”. Adolescentes oyentes, Colegio Distrital. -Grupo No. 1-.

CATEGORÍAS	PALABRAS ASOCIADAS	S	F
PREVENCIÓN SEXUAL	Preservativo (7), Protección (6), Condón (1), Preservativos (3), Prevención (1), Cuidado (5), Cuidarse (2), Prevenciones (1), Condones (1), Seguridad (2)	20 de 25	29
RELACIONES CONVENCIONALES	Novia (3), Noviazgo (2), Relación (5), Relaciones (1), Relacionarse (1), Familia (1), Aprobación (1), Rutina (1)	12 de 25	15
SUJETO / GÉNERO	Pareja (4), Mujer (2), Mujeres (1), Hombre (3), Género (1), Juventud (1).	10 de 25	12
INCERTIDUMBRE	Gran Paso (1), Realidad (1), Curiosidad (2), Cómo? (1), Dónde? (1), Temor (1), Inseguridad (1), Miedo (1)	6 de 25	9
PROTECCIÓN SEXUAL	Protección (6),	6 de 25	6

CATEGORÍAS	PALABRAS ASOCIADAS	S	F
EMBARAZO	Embarazo (2), Hijos (1), Reproducción (1)	4 de 25	4
VALORES	Honestidad (2), Amor propio (1),	3 de 25	3
ENFERMEDAD	Sida (1), Enfermedad (1)	2 de 25	2
PLANIFICACIÓN	Planificación (1),	1 de 25	1
EDUCACIÓN	Planificación (1),	1 de 25	1
RUMBA	Entretenimiento (1),	1 de 25	1

Los anteriores resultados indican que para los y las adolescentes oyentes del Grupo Grado 11 – 1 del Colegio Distrital, la mayoría de asociaciones frente al término “Sexualidad”, se agruparon en la categoría “Prevención Sexual”, seguida de “Relaciones convencionales” y “Sujeto/Género”. Al revisar de manera particular las asociaciones se puede identificar que las palabras relacionadas con la prevención sexual, hacen referencia a la prevención de las enfermedades de transmisión sexual.

Al discriminar los resultados por sexo se pueden ver las siguientes agrupaciones:

Tabla 38. Categorías semánticas emergentes, Red de Asociaciones “Sexualidad”, por sexo. Adolescentes oyentes, Colegio Distrital -Grupo No. 1-

S = Número de sujetos

F = Frecuencia

Categorías	Palabras asociadas Hombres	S	F	Palabras asociadas Mujeres	S	F
PREVENCIÓN SEXUAL	Preservativo (5), Protección (2), Cuidado (2), Prevención (1), Cuidarse (1).	8 de 12 66.66 %	1 1	Protección (4), Preservativo (2), Preservativos (3), Condón (1), Cuidado (3), Cuidarse (1), Prevenciones (1), Condones (1), Seguridad (2).	12 de 13 92.30 %	18
RELACIONES CONVENCIONALES	Novia (3), Noviazgo (2), Relaciones (1), Relación (3), Relacionarse (1), Familia (1), Aprobación (1).	9 de 12 75%	1 2	Rutina (1), Relación (2).	3 de 13 23.07 %	3
SUJETO / GÉNERO	Mujeres (1), Pareja (3), Mujer (1), Hombre (1), Juventud (1), Género (1).	7 de 12 58.33 %	8	Pareja (1), Hombre (2), Mujer (1).	3 de 13 23.07 %	4
INCERTIDUMBRE	Miedo (1), Curiosidad (1).	2 de 12 16.66 %	2	Curiosidad (1), Temor (1), Gran paso (1), Inseguridad (1), Dónde ? (1), Realidad (1), Cómo ? (1).	4 de 13 30.76 %	7
EMBARAZO	Embarazo (1), Hijos (1).	2 de 12 16.66 %	2	Reproducción (1), Embarazo (1).	2 de 13 15.38 %	2
VALORES	Honestidad (1).	1 de 12 8.33%	1	Amor propio (1), Honestidad (1).	2 de 13 15.38 %	2

Categorías	Palabras asociadas Hombres	S	F	Palabras asociadas Mujeres	S	F
ENFERMEDAD	Sida (1).	1 de 12 8.33%	1	Enfermedad (1).	1 de 13 7.69 %	1
PLANIFICACIÓN				Planificación (1).	1 de 13 7.69 %	1
EDUCACIÓN	Orientación (1).	1 de 12 8.33%	1			
RUMBA	Entretenimiento (1).	1 de 12 8.33%	1			

Como se puede observar, para el caso de los hombres, el mayor número de asociaciones se vinculan a la categoría “Relaciones convencionales”, seguida de “Prevención sexual” y “Sujeto/Género”, sin mencionar otras que tienen menor frecuencia. Se puede observar una relación estrecha entre la representación de la sexualidad con las relaciones convencionales en el orden social; se trata de la representación existente entre la sexualidad, las relaciones y la formación de parejas, noviazgos, familias y aprobación social.

Por su parte las mujeres la mayoría de sus asociaciones se vinculan a las categorías “Prevención sexual” con una participación del 69.23% de las mujeres enunciando términos asociados. Se puede decir que la mayoría de las mujeres asocian la sexualidad a métodos para prevenir infecciones de

transmisión sexual y el embarazo. Las palabras asociadas a las categorías “Incertidumbre” y “Protección sexual” fueron enunciadas por el 30.76% de las mujeres, como constitutivas de la asociación con el término “Sexualidad”. Estas últimas, sin ser las de mayor frecuencia, fortalecen el eje central de la representación, alrededor de la protección de enfermedades, el embarazo y se acompaña de las inquietudes y preguntas que tienen las jóvenes sobre estos temas.

En lo que respecta a las valoraciones, a partir de los datos brutos (ANEXO 24) a continuación se presentan los resultados:

Tabla 39. Índices de polaridad y neutralidad, sexualidad. Adolescentes oyentes, Colegio Distrital. -Grupo 1-.

Polaridad

HOMBRES 12	FRECUENCIA	%	MUJERES 13	FRECUENCIA	%
NEGATIVA	0	0,0	NEGATIVA	1	7,7
NEUTRA	4	33,3	NEUTRA	4	30,8
POSITIVA	8	66,7	POSITIVA	8	61,5

Neutralidad

HOMBRES	FRECUENCIA	%	MUJERES	FRECUENCIA	%
1 DEBIL	7	58,3	1 DEBIL	10	76,9
2 MEDIA	5	41,7	2 MEDIA	2	15,4
3 ALTA	0	0,0	3 ALTA	0	0,0

Los indicadores de polaridad dan cuenta de valoraciones positivas para las asociaciones realizadas por los hombres en un 66.7% y valoraciones neutras en un 33.3%, mientras que en el caso de las mujeres se presenta una mayor dispersión con 61.5% en valoraciones positivas, 30.8% en valoraciones

neutras y 7.7% en valoraciones negativas, lo cual es indicador de expectativas y experiencias negativas en un 7.7%.

En lo referente al Índice de neutralidad se presentan indicadores de neutralidad débil (58.3% para los hombres y 76.9% para las mujeres) y media (41.7% para los hombres y 15.4% para las mujeres).

Estudiantes Colegio Distrital – Grupo No. 2 –

El segundo grupo del Colegio Distrital corresponde al Grado 11 – 2. Estaba conformado por 12 adolescentes: 5 hombres y 7 mujeres. Se trata de un grupo de estudiantes oyentes cuyas edades estaban entre los 16 y 19 años.

A continuación se presentan los resultados que surgieron de los datos brutos (ANEXO 25) y que muestran la configuración de las asociaciones por categorías.

Tabla 40. Categorías semánticas emergentes, Red de Asociaciones, “Sexualidad”. Adolescentes oyentes, Colegio Distrital.-Grupo No. 2-.

CATEGORÍAS	PALABRAS ASOCIADAS	S	F
AMOR ROMÁNTICO	Respeto (11), Amor (7), Confianza (5), Cumplimiento (1), Comprensión (1), Fidelidad (2), Unión (1), Afecto (1), Diálogo (1), Tolerancia (1), Monogamia (1).	12 de 12	32
PREVENCIÓN SEXUAL	Protección (8), Cuidados (1).	8 de 12	9
GOCE / SEXO	Pasión (2), Sexo (1), Relaciones coitales (1), Placer (1), Deseo (1).	4 de 12	6
AUTONOMÍA / RESPONSABILIDAD	Responsabilidad (2), Personalidad (1), Autoestima/Autovaloración (1), Dignidad (1),	3 de 12	6

CATEGORÍAS	PALABRAS ASOCIADAS	S	F
	Autodecisión (1)		
ENFERMEDAD	Enfermedades (2), ITS (1),	3 de 12	3
EDUCACIÓN	Educación (2), Orientación (1).	2 de 12	3
SUJETO / GÉNERO	Pareja (1).	1 de 12	1
HIGIENE	Aseo (1).	1 de 12	1

Los resultados de este grupo muestran que el mayor número de asociaciones a la palabra “Sexualidad” se agrupa en la categoría “Amor romántico”, seguida de “Prevención sexual”, “Goce/sexo” y “Autonomía”.

Al clasificar las asociaciones por sexo en las diferentes categorías se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 41. Categorías semánticas emergentes, Red de Asociaciones “Sexualidad”, por sexo. Adolescentes oyentes, Colegio Distrital - Grupo No. 2.-

S = Número de sujetos

F = Frecuencia

Categorías	Palabras asociadas Hombres	S	F	Palabras asociadas Mujeres	S	F
-------------------	-----------------------------------	----------	----------	-----------------------------------	----------	----------

Categorías	Palabras asociadas Hombres	S	F	Palabras asociadas Mujeres	S	F
AMOR ROMÁNTICO	Respeto (5), Amor (3), Confianza (4), Comprensión (1).	5 de 5 100%	1 3	Respeto (6), Confianza (1), Amor (4), Fidelidad (2), Unión (1), Afecto (1), Diálogo (1), Tolerancia (1), Monogamia (1), Cumplimiento (1).	7 de 7 100%	19
PREVENCIÓN SEXUAL	Protección (4).	4 de 5 80%	4	Protección (4), Cuidados.	4 de 7 57.14 %	5
GOCE / SEXO	Pasión (1), Relaciones coitales (1), Placer (1).	2 de 5 40%	3	Pasión (1), Sexo (1), Deseo (1).	2 de 7 28.57 %	3
AUTONOMÍA / RESPONSABILIDAD				Personalidad (1), Responsabilidad (2), Autoestima/Autovaloración (1), Autodecisión (1), Dignidad (1).	3 de 7 42.85 %	6
ENFERMEDAD	Enfermedades (2), ITS (1).	3 de 5 60%	3			
EDUCACIÓN				Educación (2), Orientación (1).	2 de 7 28.57 %	3
SUJETO / GÉNERO	Pareja (1).	1 de 5	1			

Categorías	Palabras asociadas Hombres	S	F	Palabras asociadas Mujeres	S	F
		20%				
HIGIENE				Aseo (1).	1 de 7 14.28 %	1

Al diferenciar las asociaciones de los hombres con las de las mujeres se encuentra que en ambos grupos la mayoría de las asociaciones se agruparon en la categoría “Amor romántico” y “Prevención sexual”, seguidas para el caso de los hombres, por “Enfermedad” y “Goce/Sexo”, mientras que para las mujeres, por “Autonomía/Responsabilidad”, “Educación” y “Goce/Sexo”

Estos resultados plantean una asociatividad del término “Sexualidad”, fundamentalmente con el amor romántico que tiene en cuenta el respeto, amor, confianza, tolerancia, fidelidad entre otros. Las asociaciones con “Prevención sexual” hacen referencia fundamentalmente con las enfermedades de transmisión sexual.

En este grupo se presenta coincidencia entre hombres y mujeres, en las asociaciones de mayor frecuencia (Amor romántico y Protección sexual), lo que permite suponer una construcción discursiva entre hombres y mujeres del grupo.

En lo que respecta a las valoraciones dadas a las asociaciones por parte de los(as) adolescentes, a partir de los datos brutos (ANEXO 26), se encontraron los siguientes resultados:

Tabla 42. Índices de polaridad y neutralidad, sexualidad. Adolescentes oyentes. Colegio Distrital. -Grupo 2-.

Polaridad

HOMBRES 06	FRECUENCIA	%	MUJERES 09	FRECUENCIA	%
NEGATIVA	0	0	NEGATIVA	0	0
NEUTRA	0	0	NEUTRA	0	0
POSITIVA	3	100	POSITIVA	6	100

Neutralidad

HOMBRES	FRECUENCIA	%	MUJERES	FRECUENCIA	%
1 DEBIL	3	100	1 DEBIL	6	100
2 MEDIA	0	0	2 MEDIA	0	0
3 ALTA	0	0	3 ALTA	0	0

La valoración asignada a las asociaciones por parte de los y las adolescentes, fue positiva y de manera recíproca, el índice de neutralidad fue débil.

Adolescentes Universidad/programa oyentes

Este grupo estuvo conformado por 32 estudiantes (11 hombres y 21 mujeres) de la carrera de matemáticas. Los resultados de las asociaciones se tabularon (ANEXO 27) y se distribuyeron en las diferentes categorías semánticas, tal como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 43. Categorías semánticas emergentes, Red de Asociaciones, "Sexualidad". Adolescentes oyentes. Universidad/programa oyentes.

CATEGORÍAS	PALABRAS ASOCIADAS	S	F
------------	--------------------	---	---

CATEGORÍAS	PALABRAS ASOCIADAS	S	F
GOCE / SEXO	Placer (7), Sexo (6), Satisfacción (3), Cuerpo (2), Coito (1), Penetración (1), Unión genital (1), Genitales (1), Sensibilidad (1), Kamasutra (1), Actividad (1), Pasión (1), Órganos (1), Experiencias (1), Caricias (1), Intimidad (1), Contacto (1), Maratón (1), Agrado (1), Sensaciones (1), Entrega (1), Momento (1).	19 de 32	36
AMOR ROMÁNTICO	Amor (10), Respeto (7), Relación (3), Compromiso (3), Compartir (2), Comprensión (2), Afecto (1), Cariño (1), sensualidad (1), Confianza (1),	20 de 32	31
AUTONOMIA / RESPONSABILIDAD	Responsabilidad (10), Amor propio (1), Conocimiento personal (1), Identidad (1), Interior (1), Voluntad (1), Autonomía (1), Madurez (1), Superioridad (1), Inclinação (1), Presente (1), Opción (1).	13 de 32	21
PREVENCIÓN SEXUAL	Protección (4), Cuidado (3), Condón (2), Preservativos (2), Seguridad (1), Riesgo (1), Hormonas (1),	13 de 32	14
SUJETO / GÉNERO	Pareja (7), Hombre - Mujer (1), Mujer - Hombre (1), Género (1), Mujer (1), Pubertad (1).	9 de 32	12
RELACIONES CONVENCIONALES	Tolerancia (2), Sociedad (1), Negocio (1), Derecho (1), Dinero (2), Unión (1), Pareja relación (1), Noviazgo (1), Familia (1)	10 de 32	11
EDUCACIÓN	Pensamiento (2), Formación (1), Transmisión (1), Desarrollo (1), Educación (1), Comunicación (1), No conocimiento (1).	5 de 32	8
SALUD NO ENFERMEDAD	Salud (2), Ayuda (1), Vida (1), Comodidad (1).	5 de 32	5
ENFERMEDAD	Enfermedad (1), Sida (1), Problemas (1), Degradación (1).	4 de 32	4
VALORES	Libertad (1), Honestidad (1), Valores (1), Valor (1).	3 de 32	4

CATEGORÍAS	PALABRAS ASOCIADAS	S	F
INCERTIDUMBRE	Experimentación (1), Reacciones (1), Insatisfacción (1).	3 de 32	3
EMBARAZO	Embarazo (1), Procreación (1), Espermatozoides (1).	3 de 32	3
HIGIENE	Higiene (2).	2 de 32	2
PLANIFICACIÓN	Planificación (1),	1 de 32	1
RUMBA	Música (1).	1 de 32	1

En este grupo el mayor número de asociaciones fue agrupado en las categorías “Goce/Sexo” (Frecuencia 36), seguido de “Amor Romántico” (Frecuencia 31) y “Autonomía/Responsabilidad” (Frecuencia 21).

De estos resultados se destaca el hecho aparente que en la medida que los adolescentes oyentes crecen, las asociaciones de la prevención de enfermedades sexuales y el amor romántico se vinculan al sexo y el placer, posiblemente como una consecuencia de haber iniciado relaciones sexuales y participar de procesos sociales mediados por la sexualidad.

Al diferenciar los anteriores resultados entre hombres y mujeres se pueden establecer particularidades que caracterizan a estos dos grupos, tal como se puede ver en la siguiente tabla:

Tabla 44. Categorías semánticas emergentes, Red de Asociaciones “Sexualidad”, por sexo. Adolescentes oyentes Universidad/programa oyentes.

S = Número de sujetos

F = Frecuencia

Categorías	Palabras asociadas Hombres	S	F	Palabras asociadas Mujeres	S	F
GOCE / SEXO	Placer (5), Sexo (4), Coito (1), Penetración (1), Unión genital (1), Genitales (1), Sensibilidad (1), Kamasutra (1), Actividad (1), Satisfacción (1).	8 de 11 72.72 %	1 7	Placer (2), satisfacción (2), Sexo (2), Cuerpo (2), Pasión (1), Órganos (1), Experiencias (1), Caricias (1), Intimidad (1), Contacto (1), Maratón (1), Agrado (1), Sensaciones (1), Entrega (1), Momento (1).	11 de 21 52.38 %	19
AMOR ROMÁNTICO	Amor (1), Compromiso (2), Relación (1).	4 de 11 36.36 %	4	Respeto (7), Amor (9), Compartir (2), Afecto (1), Relación (2), Cariño (1), Compromiso (1), Sensualidad (1), Confianza (1), Comprensión (2).	19 de 21 90.47 %	27
AUTONOMIA / RESPONSABILIDAD	Conocimiento personal (1), Autonomía (1), Responsabilidad (4), Madurez (1), Superioridad (1), Inclinación (1), Presente (1).	6 de 11 54.54 %	3	Responsabilidad (6), Amor propio (1), Interior (1), Identidad (1), voluntad (1), Opción (1).	7 de 21 33.33 %	11
PREVENCIÓN SEXUAL	Preservativos (1), Condón (1), Hormonas (1).	3 de 11 27.27 %	3	Preservativos (1), Condón (1), protección (4), Cuidado (3), Seguridad (1), Riesgo (1).	11 de 21 52.38 %	11
SUJETO / GÉNERO	Pubertad (1).	1 de 11	1	Pareja (7), Hombre - Mujer (1), Mujer . Hombre (1), Género	8 de 21	11

Categorías	Palabras asociadas Hombres	S	F	Palabras asociadas Mujeres	S	F
		9.09%		(1), Mujer (1).	38.09 %	
RELACIONES CONVENCIONALES	Unión (1), Tolerancia (1), Negocio (1), Derecho (1), Dinero (1).	4 de 11 36.36 %	5	Pareja relación (1), Noviazgo (1), Familia (1), Sociedad (1), Tolerancia (1), Dinero (1).	6 de 21 28.57 %	6
EDUCACIÓN	Pensamiento (1), Desarrollo (1), No conocimiento (1).	2 de 11 18.18 %	3	Pensamiento (1), Transmisión (1), Formación (1), Educación(1), Comunicación (1).	3 de 21 14.28 %	5
SALUD NO ENFERMEDAD	Salud (2).	2 de 11 18.18 %	2	Ayuda (1), Vida (1), Comodidad (1).	3 de 21 14.28 %	3
ENFERMEDAD	Sida (1), Degradación (1).	2 de 11 18.18 %	2	Enfermedad (1), Problemas (1).	2 de 21 14.28 %	2
VALORES	Libertad (1),	1 de 11 9.09%	1	Honestidad (1), Valores (1), Valor (1).	2 de 21 14.28 %	3
INCERTIDUMBRE	Experimentación (1), Reacciones (1).	2 de 11 18.18	2	Insatisfacción (1).	1 de 21 4.76	1

Categorías	Palabras asociadas Hombres	S	F	Palabras asociadas Mujeres	S	F
		%			%	
EMBARAZO	Embarazo (1), Espermatozoides (1).	2 de 11 18.18 %	2	Procreación (1).	1 de 21 4.76 %	1
HIGIENE	Higiene (1), Frecuencia 1 (Sujetos 1)	1 de 11 9.09%	1	Higiene (1), Frecuencia 1 (Sujetos 1)	1 de 21 4.76 %	1
PLANIFICACIÓN	Planificación (1).	1 de 11 9.09%	1			
RUMBA				Música (1).	1 de 21 4.76 %	1

Los resultados posibilitan establecer que para los hombres el mayor número de asociaciones al término inductor “sexualidad”, se presentan en relación con la categoría “Goce/Sexo” y “Autonomía/responsabilidad”. Para el caso de las mujeres el mayor número de asociaciones se sitúan en la categoría “Amor romántico”, “Goce/Sexo” y “Prevención sexual”.

Lo anterior posibilita mostrar que para los hombre la sexualidad está asociada en primera instancia con las actividades del placer sexual y después con la responsabilidad y el amor romántico, mientras que para las

mujeres ocurre lo contrario; asocian primero el amor romántico y después el goce y el placer sexual.

Al identificar las tendencias valorativas frente a la sexualidad, se encuentran los siguientes índices de polaridad y neutralidad:

Tabla 45. Índices de polaridad y neutralidad, sexualidad. Adolescentes oyentes, Universidad/programa oyentes.

Polaridad

HOMBRES 11	FRECUENCIA	%	MUJERES 21	FRECUENCIA	%
NEGATIVA	0	0,0	NEGATIVA	0	0,0
NEUTRA	5	45,5	NEUTRA	2	9,5
POSITIVA	6	54,5	POSITIVA	18	85,7

Neutralidad

HOMBRES	FRECUENCIA	%	MUJERES	FRECUENCIA	%
1 DEBIL	5	45,5	1 DEBIL	18	85,7
2 MEDIA	6	54,5	2 MEDIA	2	9,5
3 ALTA	0	0,0	3 ALTA	0	0,0

En este grupo los índices de polaridad por parte de los hombres muestran que el 0% de las asociaciones tienen valoración negativa, 45.5% neutra y 54.5% positiva. En el caso de las mujeres, la valoración positiva aumenta con una valoración de 85.7% y en la valoración neutra se asigna un índice de 9.5%.

En cuanto a los índices de neutralidad, para el caso de los hombres se presenta una menor dispersión valorativa que para las mujeres, con un índice de 54.5% en polaridad media, 0.0% polaridad alta y 45.5% polaridad débil. Para las mujeres la polaridad débil es mayor con 85.7%, y la media es

inferior a la de los hombres, con una valoración de 9.5%. No hay indicadores de polaridad alta en las mujeres.

5.2.3. Entrevistas

Las entrevistas realizadas a estos adolescentes fueron transcritas y luego leídas sistemáticamente teniendo en cuenta las categorías de análisis que se habían establecido en las redes de asociaciones, para posteriormente definir las categorías emergentes. De esta manera se señalaron textos en correspondencia a las categorías definidas, haciendo uso del Programa Atlas-Ti.

Al igual que con los otros grupos, las categorías que se establecieron por el investigador principal y los pares investigadores fueron las siguientes:

- Valores
- Salud
- Relaciones sexuales
- Enfermedad
- Cuerpo sexual
- Relaciones convencionales
- Comunicación
- Amor pasional
- Prevención/Planificación
- Identidad

A continuación se presentan las anotaciones a las entrevistas teniendo en cuenta las anteriores categorías como ordenadores de la reflexión.

Tabla 46. Resultados entrevistas, adolescentes oyentes, por categorías de análisis.

CATEGORÍA	OYENTES
VALORES	En los jóvenes oyentes el discurso de los valores ocupa un lugar central en la estructura de las representaciones sobre la salud sexual y la sexualidad.
SALUD	<p>En los jóvenes oyentes, la salud sexual es representada y asociada con: “estar bien, sentirse bien” y “cuidarse”. Está presente el discurso de la prevención de enfermedades en el cuerpo, utilización de métodos anticonceptivos, visitas al ginecólogo y la prevención del embarazo; éste último discurso no ocupa un lugar preponderante en comparación con la prevención de las enfermedades</p> <p>Se reconoce por parte de los y las adolescentes que el conocimiento sobre salud sexual es pobre porque se queda solo en métodos de prevención de enfermedades y prevención del embarazo.</p> <p>La salud es asociada con bienestar y estados de “Alegría”.</p>
RELACIONES SEXUALES	<p>Los oyentes hablan de la sexualidad asociada con las relaciones sexuales desde el saber social y los discursos contruidos alrededor de la cotidianidad con amigos(as), la familia y la escuela. Estos discursos toman sentido y son corroborados a partir de las nuevas experiencias sexuales compartidas.</p> <p>Los discursos muestran más presencia de saberes y conocimientos específicos que en el caso de los adolescentes sordos, lo cual puede indicar que estos jóvenes tienen mayor oportunidad o más exposición a contextos donde esta información circula. Esto corrobora la observación acerca de que una importante parte de la información sobre el sexo y la sexualidad se produce y circula en el mundo de los oyentes.</p>
ENFERMEDAD	En lo jóvenes oyentes la enfermedad sexual se significa desde una concepción médica-biológica. Es fuertemente asociada con los cambios físicos y funciones relacionadas con la actividad sexual, así como al diagnóstico y a la intervención médica. Hacen mención al sida pero en

CATEGORÍA	OYENTES
	<p>menor medida, y con menor implicación emocional en las narraciones. Al respecto mantienen los significados en torno al poder de infección de los fluidos corporales que se tornan como peligrosos e impregnan la sexualidad de “riesgo”</p>
<p>CUERPO SEXUAL</p>	<p>Este grupo reproduce los estereotipos y saberes prevalentes sobre la sexualidad y la afectividad. Así mismo se diferencia el placer sexual de la afectividad.</p> <p>Por otro lado se puede decir que en general, las referencias al placer sexual (Placer corporal) están vinculadas a valoraciones morales negativas.</p>
<p>CONVENCIONES SOCIALES (Relaciones convencionales)</p>	<p>Los oyentes muestran en sus discursos una influencia marcada de discursos tradicionales a nivel de género y afectividad. Muestran de manera más clara que los adolescentes sordos, los estereotipos relacionados con la sexualidad y la afectividad femenina y masculina en la cual surge la imagen del deseo sexual del hombre como incontrolable y la mujer como víctima engañada o vulnerada.</p>
<p>PREVENCIÓN - PLANIFICACIÓN</p>	<p>Los oyentes plantean la prevención desde el cuidado (“cuidarse”) de las infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados, haciendo mayor énfasis en las primeras. La protección de las enfermedades es planteada a través de dos posibilidades: el uso de condón y el “conocer” al otro; el “saber sobre el otro” para tener confianza y así sentirse protegido(a).</p> <p>Las mujeres consideran que la actividad sexual de los hombres, no siempre ocurre con su pareja; es decir que naturalizan la actividad sexual de los hombres fuera de su pareja. Frente a esta situación, las mujeres consideran que es responsabilidad de ellas “cuidarse”. Cuidarse es un asunto de las mujeres ya que representan a los hombres como portadores potenciales de las enfermedades.</p>
<p>IDENTIDAD</p>	<p>Las narraciones que surgen en las entrevistas tanto en hombres como en mujeres dan mayor relevancia a factores de personalidad y las características propias de cada entrevistado. Esta situación contrasta con los planteamientos de los(as) adolescentes sordos, las cuales</p>

CATEGORÍA	OYENTES
	<p>giran en torno a las posibilidades de comunicación con el otro y se extienden a una representación de “comunidad de sordos”.</p> <p>En los adolescentes oyentes la identidad es constitutiva de las características auto descritas por el entrevistado, relacionadas fundamentalmente con los valores que se establecen y construyen en las relaciones con familiares y amigos(as)</p>

Al comparar los contenidos de las representaciones sobre la sexualidad y la salud sexual en estos grupos de oyentes, sobresalen los siguientes aspectos:

Tabla 47. Diferencias salud sexual y sexualidad en entrevistas de adolescentes oyentes.

Sexualidad	Salud Sexual
<ul style="list-style-type: none"> • Se entiende como experiencia compartida. Los jóvenes la asocian con vivencias de pareja que involucran el goce físico y la vinculación afectiva (referencias reiteradas a la comprensión, el amor, la unión). • Las jóvenes enfatizan en mayor medida sobre el componente emocional de la experiencia, mientras que los jóvenes además le dan importancia al placer corporal. • La posibilidad de disfrutar de la sexualidad está dada por la vinculación afectiva. Se reconoce el goce físico como algo pasajero y se hace énfasis en que sólo la experiencia emocional con la pareja garantiza una sexualidad gratificante. 	<ul style="list-style-type: none"> • La salud sexual es entendida de manera unánime como cuidado del cuerpo. El cuidado es la manera a través de la cual se obtiene y se mantiene la salud sexual. • El cuidado se refiere a evitar enfermedades y embarazos no deseados. Se refiere como acción primordialmente individual. • El cuidado tiene una doble dimensión preventiva: el uso de métodos de anticoncepción y preservativo, y la adopción de conductas socialmente correctas o buenas (mantener una pareja, conocer a la persona con quien se tiene actividad sexual). • La consecuencia del cuidado es la salud entendida como estar bien-bienestar (no placer sexual). • A nivel actitudinal la concepción de la

Sexualidad	Salud Sexual
<ul style="list-style-type: none"> • Esta experiencia emocional requiere como en el caso de los jóvenes Usuarios de lengua de señas valores personales relacionados con la vida de pareja. • El componente actitudinal es doble y ambivalente moviéndose en la polaridad placer-miedo. Esta aparece en permanente tensión en los relatos de los jóvenes. El placer se vincula a la posibilidad de goce físico y unión con el otro. El miedo se remite directamente a la adquisición de enfermedades (referencias reiteradas al VIH/sida, sífilis y gonorrea) 	<p>salud sexual tiene pluralidad de valoraciones. Las actitudes positivas (referencias a alegría, tranquilidad), se asocian con la idea de bienestar asociada a la noción de salud. Las actitudes negativas (miedo), se asocian con la posibilidad de enfermedades. Algunos jóvenes expresan actitudes neutras (curiosidad) que coinciden con distanciamiento frente a la vivencia sexual (referencias a posponer la vida sexual o mantenerla controlada).</p> <ul style="list-style-type: none"> • En general, se observa que la concepción de salud sexual está delimitada y definida por las construcciones sociales en torno a la salud como ausencia de enfermedad y bienestar.

5.3 Adolescentes sordos usuarios de castellano oral

Teniendo en cuenta que los adolescentes sordos usuarios de castellano oral no se ubican en un grupo, sino a través de contactos individuales en centros de rehabilitación auditiva y del lenguaje, se conformó un grupo de once (11) adolescentes sordos usuarios de castellano oral, seis (6) hombre y cinco (5) mujeres, cuyas edades están entre 16 y 21 años. Tal como se dijo antes, estos adolescentes no tienen contacto entre ellos, razón por la cual este grupo se asumió como “Grupo Tipo” para la presente investigación.

Por lo anterior se aplicaron de manera individual las redes de asociaciones con los términos inductores “Salud sexual” y “Sexualidad”. Posteriormente se seleccionaron tres hombres y tres mujeres para realizar entrevistas, con la misma guía que se utilizó para los adolescentes sordos usuarios de lengua de señas y los oyentes.

5.3.1 Redes de asociaciones “Salud Sexual”

Se aplicaron once (11) redes de asociaciones con el término inductor “salud sexual”, se tabularon los datos brutos (ANEXO 29) y posteriormente se agruparon en categorías de análisis, tal como se realizó en los grupos de adolescentes sordos usuarios de lengua de señas y oyentes. A continuación se presentan los resultados organizados en dichas categorías:

Tabla 48. Categorías semánticas emergentes. Red de Asociaciones “salud sexual”. Adolescentes usuarios de castellano oral.

CATEGORÍAS	PALABRAS ASOCIADAS	S	F
AMOR ROMÁNTICO	Amor (3), Tolerancia (1), Hablar (1), El corazón (1). Sentimientos (1), Consentir (1), Amor (1).	5 de 11	9
PREVENCIÓN SEXUAL	Cuidado (1), Cuidados (1), Utilizar el condón (1), Usar condones (1), Cuidado (1), Cuidados (1), Cuidarse (1), Protección (1),	5 de 11	8
VALORES	Responsabilidad (1), No abortar (1), Personalización (1), Responsabilidad (2), Respeto (2).	6 de 11	7
SALUD	Cuerpo (2), Salud (1), Consulta médica (1), Vida (1), Medicina (1), Feliz (1),	4 de 11	7
GOCE / SEXO	Aspectos físicos (1), Emoción (1), Relación sexual (1), Sexualidad (1), Genitales (1), Sexualidad (1).	4 de 11	6

CATEGORÍAS	PALABRAS ASOCIADAS	S	F
RELACIONES CONVENCIONALES	Sociedad (1), Familia (1), Trabajar (1), Amistad (1), La amistad (1), Amigos (1).	5 de 11	6
EDUCACIÓN	Aprender (1), Inteligencia (1), estudio de la sexualidad (1), Estudiar (1), Preparado (1)..	5 de 11	5
RUMBA	Actividad (1), Paseo (1), Diversión (1).	3 de 11	3
ENFERMEDAD	Enfermedades (1), Transmisiones (1).	1 de 11	2
EMBARAZO	Embarazo (1).	1 de 11	1

Los resultados dan cuenta de asociaciones que se vinculan en orden de frecuencia a las categorías “Amor romántico”, Prevención sexual”, “Valores” y “Salud”, como las de mayor concentración de asociaciones.

Estos resultados son similares en cuanto a sus ejes centrales, a los de los oyentes, con predominio de las asociaciones referentes al amor sentimental y la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Al separar las asociaciones entre hombres y mujeres, surgen los siguientes resultados:

Tabla 49. Categorías semánticas emergentes, Red de Asociaciones “salud sexual”, por sexo. Adolescentes usuarios de castellano oral.

S = Número de sujetos

F = Frecuencia

Categorías	Palabras asociadas Hombres	S	F	Palabras asociadas Mujeres	S	F
AMOR ROMÁNTICO	Sentimientos (1), Consentir (1), Amor (1).	2 de 6 33.33 %	3	Amor (3), Tolerancia (1), Hablar (1), El corazón (1).	3 de 5 60%	6
PREVENCIÓN SEXUAL	Cuidado (1), Cuidados (1), Utilizar el condón (1), Usar condones (1),	2 de 6 33.33 %	4	Cuidado (1), Cuidados (1), Cuidarse (1), Protección (1),	3 de 5 60%	4
VALORES	Responsabilidad (1), No abortar (1), Personalización (1).	3 de 6 50%	3	Responsabilidad (2), Respeto (2).	3 de 5 60%	4
SALUD	Cuerpo (2), Salud (1), Consulta médica (1), Vida (1), Medicina (1)	3 de 6 50%	6	Feliz (1),	1 de 5 20%	1
GOCE / SEXO	Aspectos físicos (1), Emoción (1), Relación sexual (1), Sexualidad (1)	3 de 6 50%	4	Genitales (1), Sexualidad (1),	1 de 5 20%	2
RELACIONES CONVENCIONALES	Sociedad (1), Familia (1), Trabajar (1).	3 de 6 50%	2	Amistad (1), La amistad (1), Amigos (1).	3 de 5 60%	3
EDUCACIÓN	Aprender (1), Inteligencia (1), estudio de la	4 de 6 66.66	4	Preparado (1),	1 de 5	1

Categorías	Palabras asociadas Hombres	S	F	Palabras asociadas Mujeres	S	F
	sexualidad (1), Estudiar (1).	%			20%	
RUMBA	Actividad (1), Paseo (1).	2 de 6 33.33	2	Diversión (1).	1 de 5 20%	1
ENFERMEDAD				Enfermedades (1), Transmisiones (1).	1 de 5 20%	2
EMBARAZO	Embarazo (1),	1 de 6 16.66 %	1			

Las asociaciones realizadas por los adolescentes sordos usuarios de castellano oral, frente al término “Salud Sexual” se agrupan en diferentes categorías. La mayoría de los adolescentes (el 66.66%) realizan asociaciones vinculadas a la categoría “Educación”. La mitad de los adolescentes mencionan asociaciones relacionadas con las categorías “Salud”, “Valores” y “Goce/sexo”. El 33% de los adolescentes mencionan términos que fueron asociados posteriormente con la categoría “Prevención Sexual”.

Para el caso de las mujeres, la mayoría de las asociaciones al término “Salud sexual” se agrupan en la categoría “Amor romántico”, seguidas de “Prevención sexual”, “Valores” y “Relaciones convencionales”. Las asociaciones vinculadas a las categorías “Salud”, “Educación” y “Goce /Sexo” son débiles y se configuran como periféricas frente a las de mayor frecuencia.

Los anteriores resultados muestran similitudes con los adolescentes oyentes, en cuanto a los ejes centrales y periféricos de la estructura representacional que se empieza a configurar a partir de la red de asociaciones.

En cuanto a las valoraciones, a partir de los datos brutos (ANEXO 30), se encontraron los siguientes resultados:

Tabla 50. Índices de polaridad y neutralidad, salud sexual. Adolescentes sordos usuarios de castellano oral.

Polaridad

HOMBRES 06	FRECUENCIA	%	MUJERES 05	FRECUENCIA	%
NEGATIVA	0	16	NEGATIVA	0	0
NEUTRA	2	34	NEUTRA	2	40
POSITIVA	3	50	POSITIVA	3	60

Neutralidad

HOMBRES	FRECUENCIA	%	MUJERES	FRECUENCIA	%
1 DEBIL	5	83	1 DEBIL	4	80
2 MEDIA	1	17	2 MEDIA	1	20
3 ALTA	0	0	3 ALTA	0	0

Las valoraciones asignadas a las asociaciones tienen la tendencia positiva y neutra, con índices de neutralidad débiles. Esto significa que los hombres y las mujeres en general, realizan asociaciones positivas y neutras sobre los términos que describen la salud sexual. En el caso de los hombres se presentan algunas pocas asociaciones negativas (16%). Para el caso de las mujeres no hubo asociaciones calificadas como negativas.

5.3.2. Redes de asociaciones “Sexualidad”

La red de asociaciones sobre la sexualidad también se aplicó de manera individual y se obtuvieron los datos brutos (ANEXO 31) que sirvieron para organizar la información en categorías tal como se presenta a continuación.

Tabla 51. Categorías Semánticas Emergentes Red de Asociaciones “sexualidad”. Adolescentes usuarios de castellano oral.

CATEGORÍAS	PALABRAS ASOCIADAS	S	F
AMOR ROMÁNTICO	Amor (3), Sentimientos (1), Sentimiento (1), El sentimiento (1), Afecto (1), Diálogo (1), Corazón (1), La confianza (1), El afecto (1).	7 de 11	11
GOCE / SEXO	Caricias (1), Pasión (1), Emoción (1), Sexo (2), Genitales (1), Hacer el amor por primera vez (1), Relaciones sexuales (1), No sexo (1),	5 de 11	9
EDUCACIÓN	Preparación (1), Educación sexual (1), Conocimiento (1), Inteligencia (1), Estudio (1), Educación (1).	5 de 11	6
RELACIONES CONVENCIONALES	Familia (2), La familia (1), La pareja (1), Conducta (1).	4 de 11	5
ENFERMEDAD	Enfermedad (1), Sida VIH (1), Transmisión sexual (1), Gonorrea (1), La enfermedad (1).	2 de 11	5
SUJETO / GÉNERO	Homosexuales (1), Los padres (1), Masculino (1), femenino - Masculino (1), Femenino (1).	4 de 11	5
PREVENCIÓN SEXUAL	Seguridad (1), Protección (1), Condón (1), Vacuna (1).	2 de 11	4
SALUD NO ENFERMEDAD	Vida (1), Alegría (1), Cuerpo (2).	3 de 11	4
AUTONOMÍA / RESPONSABILIDAD	Responsabilidad (1), Madurez (1).	1 de 11	2
EMBARAZO	Embarazo (1).	1 de 11	1
VALORES	Respeto (1).	1 de 11	1

CATEGORÍAS	PALABRAS ASOCIADAS	S	F
AGRESIÓN SEXUAL	La violencia (1).	1 de 11	1

Los resultados muestran una mayor agrupación de las asociaciones en la categoría “Amor romántico”, seguida de “Goce/Sexo” y “Educación”. Esta situación es similar a los resultados globales de los adolescentes oyentes, donde aparecen dentro de la estructura representacional, el amor romántico como eje central.

Al discriminar estas asociaciones entre hombres y mujeres en las categorías señaladas, se obtienen los siguientes resultados:

Tabla 52. Categorías semánticas emergentes, Red de Asociaciones “sexualidad”, por sexo. Adolescentes usuarios de castellano oral.

S = Número de sujetos

F = Frecuencia

Categorías	Palabras asociadas Hombres	S	F	Palabras asociadas Mujeres	S	F
AMOR ROMÁNTICO	Amor (2), Sentimiento (1), Sentimientos (1), Afecto (1), Diálogo (1), Corazón (1).	4 de 6 66.66 %	7	Amor (1), La confianza (1), El afecto (1), El sentimiento (1).	3 de 5 60%	4
GOCE / SEXO	Emoción (1), Sexo (1).	2 de 6 33.33 %	2	Caricias (1), Pasión (1), Sexo (1), Relaciones sexuales (1), Genitales (1), Hacer el amor por primera vez (1), No sexo (1).	3 de 5 60%	7
EDUCACIÓN	Educación Sexual (1), Conocimiento (1), inteligencia (1), Estudio (1), Educación (1).	4 de 6 66.66 %	5	Preparación (1).	1 de 5 20%	1
RELACIONES CONVENCIONALES	Familia (2), la pareja (1).	2 de 6 33.33 %	3	La familia (1), Conducta (1).	2 de 5 40%	2
ENFERMEDAD	Enfermedad (1), Sida (1), Gonorrea (1), Transmisión sexual (1).	1 de 6 16.66 %	4	Enfermedad (1).	1 de 5 20%	1

Categorías	Palabras asociadas Hombres	S	F	Palabras asociadas Mujeres	S	F
SUJETO / GÉNERO	Homosexuales (1), Masculino (1), Femenino (1).	2 de 6 33.33 %	3	Los padres (1), Femenino - Masculino (1).	2 de 5 40%	2
PREVENCIÓN SEXUAL	Condón (1), Vacuna (1).	1 de 6 16.66 %	2	Seguridad (1), Protección (1).	1 de 5 20%	2
SALUD NO ENFERMEDAD	Vida (1), Cuerpo (2).	2 de 6 33.33 %	3	Alegria (1).	1 de 5 20%	1
AUTONOMÍA / RESPONSABILIDAD				Responsabilidad (1), Madurez (1).	1 de 5 20%	2
EMBARAZO	Embarazo (1).	1 de 6 16.66 %	1			
VALORES				Respeto (1).	1 de 5 20%	1

Las asociaciones referentes al término inductor “Sexualidad” para los hombres se agrupan con mayor frecuencia en las categorías “Amor romántico” y “Educación”. Para las mujeres, el mayor número de asociaciones se agrupan en las categorías “Goce/Sexo” y “Amor romántico”.

Se puede decir que los ejes de las representaciones a nivel general (estructura) a través de las redes de asociaciones, muestran una similitud con los de los y las oyentes mayores. De hecho, se trata de sordos usuarios

de castellano oral, que están empezando la vida universitaria y reproducen el discurso social de la salud sexual y la sexualidad.

En lo que respecta a las valoraciones, a partir de los datos brutos (ANEXO 32), se encontraron los siguientes resultados:

Tabla 53. Índices de polaridad y neutralidad, sexualidad. Adolescentes sordos usuarios de castellano

Polaridad

HOMBRES 06	FRECUENCIA	%	MUJERES 05	FRECUENCIA	%
NEGATIVA	1	20	NEGATIVA	0	0
NEUTRA	1	20	NEUTRA	3	60
POSITIVA	4	60	POSITIVA	2	40

Neutralidad

HOMBRES	FRECUENCIA	%	MUJERES	FRECUENCIA	%
1 DEBIL	4	60	1 DEBIL	2	40
2 MEDIA	1	20	2 MEDIA	2	40
3 ALTA	1	20	3 ALTA	1	20

Al igual que en las valoraciones asignadas a la red de asociaciones sobre la salud sexual, aquí los hombres realizaron valoraciones positivas al 60% de las asociaciones, neutras al 20% y negativas al 20%. Existe entonces un mayor número de valoraciones positivas, pero con presencia de neutras y negativas, lo cual puede ser indicador de algunas ideas y experiencias negativas. Para el caso de las mujeres, la mayoría de las asociaciones son calificadas como neutras (60%) y en menor porcentaje como positivas (40%).

Los índices de neutralidad son débiles en general, excepto algunas mujeres que calificaron como media y alta tal neutralidad (40% y 20% respectivamente).

Lo anterior posibilita decir que en general los adolescentes sordos usuarios de castellano oral realizan asociaciones positivas con el concepto “sexualidad”, pero a diferencia de otros grupos, proporcionalmente se plantean más asociaciones negativas, relacionadas con asociaciones tales como: enfermedades de transmisión sexual, y sentimientos de pasión.

5.3.3. Entrevistas

Las entrevistas realizadas a estos adolescentes, al igual que los otros, fueron transcritas y luego leídas sistemáticamente teniendo en cuenta las categorías de análisis que se habían establecido en las redes de asociaciones, para posteriormente definir las categorías emergentes.

Al igual que con los otros grupos, las categorías que se establecieron por el investigador principal y los pares investigadores fueron las siguientes:

- Valores
- Salud
- Relaciones sexuales
- Enfermedad
- Cuerpo sexual
- Relaciones convencionales
- Comunicación
- Amor pasional
- Prevención/Planificación

- Identidad

A continuación se presentan las anotaciones a las entrevistas teniendo en cuenta las anteriores categorías.

Tabla 54. Resultados entrevistas, adolescentes sordos usuarios de castellano oral, por categorías de análisis.

CATEGORÍA	ADOLESCENTES SORDOS USUARIOS DE CASTELLANO ORAL
VALORES	<p>Cuando los adolescentes sordos usuarios de castellano hablan sobre la salud sexual y la sexualidad, hacen énfasis en los valores morales, sin ampliar los conceptos y relaciones entre valores y salud sexual.</p>
SALUD	<p>Los adolescente sordos usuarios de castellano oral no tienen conceptos precisos sobre lo que es salud sexual. La representación de la salud sexual está en el saber y en el deber ser, aunque no tengan argumentos que den cuenta de un conocimiento real.</p> <p>También relacionan los conceptos con alegría, amistad y confianza</p> <p>Los jóvenes oralizados vinculan salud sexual con conocimiento. Para estar sano hay que conocer. Sin embargo hay un vínculo emocional o actitudinal débil con respecto a la sexualidad y la salud sexual, posiblemente porque ninguno de los entrevistados ha iniciado relaciones sexuales (o reportan no haberlo hecho).</p> <p>Una de las entrevistadas señala que el hecho de hablar sobre salud sexual ya le posibilita tener salud sexual; es decir que la salud sexual está en la enunciación del discurso y no en las actividades individuales o compartidas que comprometan el cuerpo y el placer.</p> <p>En general el tema de la salud sexual resulta distante de las vivencias de los entrevistados y queda más bien relacionado con el saber. A pesar de ello, dicho saber es impreciso y superficial.</p>
RELACIONES	<p>Los sordos usuarios de castellano oral hablan de las</p>

CATEGORÍA	ADOLESCENTES SORDOS USUARIOS DE CASTELLANO ORAL
SEXUALES	<p>relaciones sexuales como algo distante de sus vivencias; más bien, hacen referencia a este tema, a través del discurso de los adultos.</p> <p>El ideal de pareja de los y las jóvenes sordos(as) usuarios de castellano oral es el de la pareja oyente. Estos adolescentes se asumen como poco conocedores de la sexualidad y consideran que las personas oyentes están bien informadas al respecto.</p>
EMBARAZO	<p>Los significados sobre la paternidad y la maternidad varían en función de la construcción de identidad (posición subjetiva) y la ubicación que se asignan en su condición de sordo(a).</p> <p>Para los sordos usuarios de castellano oral la sordera es una enfermedad y consideran que deben estar acompañados de procesos de rehabilitación que les permitan asumir las dificultades que se pueden derivar de la sordera y lograr de esta manera una inclusión social. Desde esta perspectiva el ideal del embarazo y de los hijos es que sean oyentes, lo cual facilita su inclusión social.</p>
CUERPO SEXUAL	<p>Los adolescentes sordos usuarios de castellano oral no hacen muchas referencias al cuerpo; en el caso de los jóvenes entrevistados su discurso está marcado por la ausencia de prácticas sexuales con otras personas, indicador de posibles pautas de socialización particulares (en su condición de personas sordas) que los aíslan de relaciones afectivas y sexuales con otras personas oyentes.</p>
CONVENCIONES SOCIALES	<p>Los adolescentes oralizados hacen referencia a estereotipos en torno a la familia, la afectividad, la crianza de los hijos. Sin embargo, estas referencias son generales, sin profundizar o incorporar a la experiencia propia o de personas cercanas.</p> <p>Se podría decir que el eje central del discurso se sitúa alrededor de los valores, la familia, las relaciones de pareja convencionales. Estos discursos son referenciales teniendo en cuenta la ausencia de experiencias afectivas y sexuales compartidas.</p>
COMUNICACIÓN	<p>La comunicación sobre sexualidad entre estos adolescentes sufre unas restricciones dadas no sólo por los obstáculos en la expresión oral, sino por prescripciones de conducta posiblemente inculcadas por los adultos a través de su proceso de socialización y rehabilitación.</p>

CATEGORÍA	ADOLESCENTES SORDOS USUARIOS DE CASTELLANO ORAL
PREVENCIÓN – PLANIFICACIÓN	<p>El concepto de salud sexual se vincula a la protección y el cuidado de las infecciones de transmisión sexual fundamentalmente. Lo particular es que los sordos usuarios de LSC y de castellano oral enuncian la importancia de la prevención de las enfermedades, pero muchas veces no tienen la información clara sobre la prevención.</p> <p>Así mismo, plantean que los hijos deben ser concebidos dentro del matrimonio, pero desconocen algunos métodos de planificación familiar. Al respecto una de las entrevistadas relató que su madre le hizo colocar “unos tubitos en el brazo”, por el hecho de tener novio, pero ella no sabía para qué servían estos dispositivos.</p>
IDENTIDAD	<p>Los adolescentes sordos usuarios de castellano se asumen subjetivamente como oyentes o en proceso de rehabilitación para llegar a ser como los oyentes.</p> <p>La sordera es entendida como limitación funcional (no condición estructural) que se resuelve con terapias y procesos de rehabilitación. No hay una posición subjetiva sobre la sordera, todo lo contrario, se tiene una posición subjetiva donde predomina el deseo y la convicción de ser oyente.</p> <p>Las personas sordas usuarias de la lengua de señas son percibidas como personas con limitación (discapacitados) en función de sus posibilidades y habilidades comunicativas. Son consideradas personas que usan una lengua poco útil para integrarse socialmente con los oyentes.</p> <p>Las dificultades percibidas en la socialización con oyentes se narran con frustración en tanto que los aleja de la posibilidad del “ser oyentes “. Ser oyente es un ideal y un objetivo en el proceso de atención clínica.</p>

Tabla 55. Diferencias salud sexual y sexualidad en entrevistas de adolescentes sordos usuarios de castellano oral.

Sexualidad	Salud Sexual
<ul style="list-style-type: none"> • Se entiende fundamentalmente como un saber, algo que se aprende. • El saber en específico no es referido 	<ul style="list-style-type: none"> • El concepto surge en las narraciones de manera poco definida (algunos jóvenes no conocen el término o no lo diferencian de sexualidad).

Sexualidad	Salud Sexual
<p>directamente por las experiencias de los adolescentes, si no más bien por lo que han escuchado de los adultos. En este contexto hacen referencia al placer del cuerpo, la vida de pareja (noviazgo) y las relaciones sexuales de manera superficial y distante.</p> <ul style="list-style-type: none"> • De de la adquisición del saber sobre la sexualidad, se desprende la posibilidad de disfrutar. La sexualidad no puede ser placentera sin conocimientos. • Dicho aprendizaje se da en el acto de hablar y escuchar (se encuentran referencias reiteradas a la necesidad de hablar sobre el tema o escuchar de otros que saben). De esta manera, el saber de la sexualidad es un saber que se entiende como saber oral. En los sordos usuarios de LSC, el saber está en la práctica y no en el discurso solamente. es más, se podría decir que el saber está en el cuerpo. • Estos adolescentes consideran que los oyentes son poseedores del saber, son sujetos expertos en la medida en que pueden hablar del tema. • La posición subjetiva de los adolescentes (como no oyentes en proceso de tratamiento), los ubica fuera del circuito de transmisión del saber de la sexualidad y fuera de la posibilidad de adquirir este saber (referencias frente al hecho de que los sordos no saben y no pueden ejercer una sexualidad placentera). • El componente actitudinal predominante en la concepción de la sexualidad es el miedo, como consecuencia directa del desconocimiento que asumen para sí mismos. El miedo se refiere directamente a la posibilidad de un 	<ul style="list-style-type: none"> • Algunos jóvenes asocian la salud sexual a aprendizajes sobre sexualidad. Se entiende la salud sexual como aprender sobre sexualidad. • Dichos aprendizajes se refieren al cuidado del cuerpo en relación con las prácticas sexuales (anticoncepción, prevención de enfermedades). • Uno de los jóvenes hace referencia al cuidado como higiene en el doble sentido de aseo y ausencia de enfermedad. • Los jóvenes se conciben alejados de la salud sexual (hacen referencia a que no la conocen o no la poseen, porque no han tenido relaciones sexuales). Posiblemente se asocie con la ausencia de experiencias sexuales de pareja o su inicio reciente. • Una de las entrevistadas considera que en la medida que hable de temas relacionados con la sexualidad, tiene salud sexual. Es decir, que la salud sexual se hace real en la medida que se habla de sexualidad.

Sexualidad	Salud Sexual
embarazo (no aceptado por al familia o que afecte la calidad de vida propia), y a la adquisición de enfermedades de transmisión sexual.	

6. Análisis

Estructura y contenido de las representaciones sociales sobre la salud sexual

Tal como se mencionó en el marco conceptual de la presente investigación, en la construcción y funcionamiento de las representaciones sociales, intervienen dos procesos: la objetivación y el anclaje. Cada uno de ellos posibilita que la representación se instaure de manera dialéctica en el orden social. Así, la representación se inscribe en el orden social de los significados, pero a su vez este orden determina la estructura misma de la representación.

En los primeros planteamientos sobre las representaciones sociales, Moscovici consideró que éstas se estructuraban en torno a tres dimensiones (Moscovici, 1988):

El campo de representación.

El centro de la representación social es el núcleo figurativo, donde se agrupan diferentes elementos simbólicos asociados al objeto de la representación. Así mismo existen unos elementos periféricos al núcleo figurativo que adaptan la representación a diferentes contextos, lo cual no significa que pierda su composición.

Información.

Esta dimensión corresponde a los conocimientos y creencias que un grupo de personas posee sobre el objeto de la representación.

El origen de la representación proviene de: la comunicación social referida a las relaciones interpersonales y la experiencia que da cuenta de las prácticas sociales relacionadas con el objeto de la representación.

Teniendo en cuenta que las dimensiones de las representaciones sociales son complementarias, la información está articulada al núcleo central, a pesar de la variabilidad contextual que deba existir

Actitud.

Representa la evaluación (consciente o inconsciente) que hacen los sujetos del objeto de la representación. En este sentido, la actitud está relacionada con el componente afectivo de la representación y determina en gran parte, las conductas en la cotidianidad de los sujetos.

La actitud determina acciones y valoraciones, muchas veces sin tener conocimiento del objeto, siendo este aspecto fundamental en la estructuración de las representaciones sociales.

Para el presente capítulo correspondiente al análisis de las representaciones sociales, las cuales se nutren de los significados que surgieron de las redes de asociaciones y las entrevistas, complementando en algunos casos con dibujos libres.

En primera instancia se analizó la estructura general de las representaciones sociales de la salud sexual y la sexualidad, a partir de las redes de asociaciones, mostrando por porcentajes el número de adolescentes hombres y mujeres que realizaron asociaciones en una categoría determinada. Este planteamiento es más confiable para determinar las categorías nucleares (núcleos figurativos del campo

representacional), que hacerlo solamente a través de frecuencias de respuesta, ya que un adolescente podría dar cinco (5) respuestas correspondientes a una misma categoría. De esta manera, los núcleos figurativos y ejes periféricos de las estructuras se configuraron por el número de adolescentes que realizan las asociaciones y no solo por las frecuencias de las asociaciones. Posteriormente se profundiza en el contenido de las representaciones a través del análisis de las entrevistas, desde las categorías que surgieron en las redes de asociaciones, complementadas con categorías emergentes bajo el siguiente orden:

- Salud y prevención de la enfermedad
- Amor romántico y relaciones convencionales
- Amor pasional: Goce/sexo y Cuerpo sexual
- Valores y educación
- Planificación y embarazo
- Higiene
- Identidad y comunicación

Es importante señalar que el análisis permitió identificar elementos constitutivos de las representaciones sociales de la salud sexual y la sexualidad, los cuales se visualizan de manera más clara en el proceso de triangulación de resultados.

A continuación se presenta el análisis por grupos, iniciando con los adolescentes sordos usuarios de lengua de señas colombiana (LSC), seguidos de los oyentes y en tercer lugar los adolescentes sordos usuarios de castellano oral.

6.1 Adolescentes sordos usuarios de lengua de señas

Salud sexual

Los resultados de las redes de asociaciones sobre la “salud sexual” mostraron que la mayoría de adolescentes realizaron asociaciones vinculadas a la categoría “salud como oposición a la enfermedad”; es decir que la ausencia de infecciones de transmisión sexual da por hecho la existencia de la salud sexual. Este planteamiento no es lejano del concepto de salud sexual que se fomentaba en la década de los años 60 del siglo pasado, enfatizando en propuestas de políticas higienistas, lo cual se consideraba importante para que las personas estuvieran en condiciones favorables para la procreación (Noguera. 2003).

La agrupación de la mayoría de adolescentes que realizaron asociaciones en las categorías de Salud – No enfermedad y Goce/Sexo, se constituyen en el núcleo central de la estructura del campo representacional y es coherente con una mirada biologicista de la salud sexual, la cual está acompañada de algunos ejes que hacen referencia a la enfermedad y la prevención de las infecciones de transmisión sexual.

El Ministerio de la Protección Social, en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2003), señaló que la salud sexual no era solamente la ausencia de enfermedad, además de la importancia de que los ciudadanos estén informados sobre los diferentes métodos de planificación de la fecundidad, prevención de ITS y en general acceder a los derechos que posibiliten disfrutar de una vida sexual satisfactoria. De hecho, para los y las adolescentes sordos usuarios de lengua de señas, la asociación que realizan cuando se les presenta el término “salud sexual” dista de estos planteamientos y se presenta más bien un anclaje

en el temor a la enfermedad con algunas diferencias entre hombres y mujeres.

Las asociaciones de los hombres sordos forman un núcleo figurativo correspondiente a “salud – no enfermedad”, acompañado de los ejes periféricos: goce/sexo, amor romántico. Esta estructura da cuenta de una representación de la salud sexual, basada en la “no enfermedad de transmisión sexual”, reconociendo la presencia del goce sexual, preferiblemente en un contexto afectivo convencional (amor romántico). La estructura de la representación determinada por las redes de asociaciones en los hombres se puede dibujar de la siguiente manera:

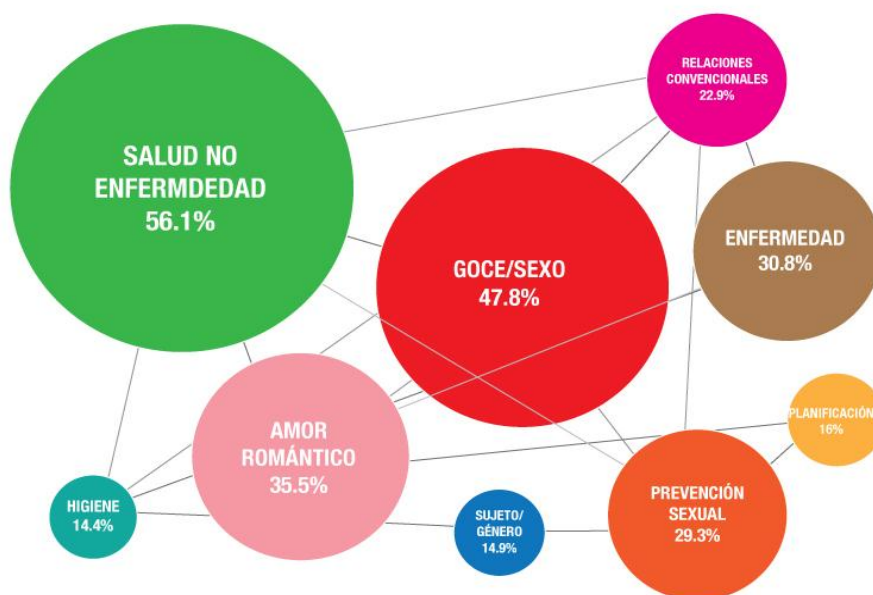


Gráfico No. 2. Red de asociaciones de salud sexual. Hombres adolescentes sordos usuarios de lengua de señas

También hay que tener en cuenta la presencia de otros ejes periféricos que sin ser los de mayor importancia, en su conjunto muestran

particularidades en la representación. El temor a la enfermedad de transmisión sexual, con poco conocimiento de la prevención, acompaña el núcleo figurativo de la representación. Esta situación fue planteada por Pinheiro Filho y otros(as) (2010), al considerar que los jóvenes sordos, aunque tienen conocimiento del VIH – Sida, presentan una mayor frecuencia de comportamientos sexuales de riesgo en comparación con los oyentes ya que no saben como enfrentar las ITS. De igual manera Sawyer y Desmond en 1995 citados por Alquati, (2008), habían dicho que los jóvenes sordos tenían poco conocimiento sobre la salud sexual.

De hecho, en las redes de asociaciones que se presentan aquí, se identifica poco conocimiento en temas relacionados con la prevención de las infecciones de transmisión sexual y la prevención de embarazos no deseados. Esta situación se profundizará con las entrevistas realizadas.

Por su parte en las redes de asociaciones sobre la Salud sexual, las mujeres adolescentes sordas usuarias de la lengua de señas, al igual que los hombres, establecieron una serie de asociaciones enmarcadas en la categoría “Salud- no enfermedad” y que por su frecuencia constituye el núcleo figurativo de la estructura representacional. Este núcleo se acompaña de los ejes periféricos: “Goce/sexo”, “enfermedad”, “prevención sexual” e “higiene”, como los más representativos:

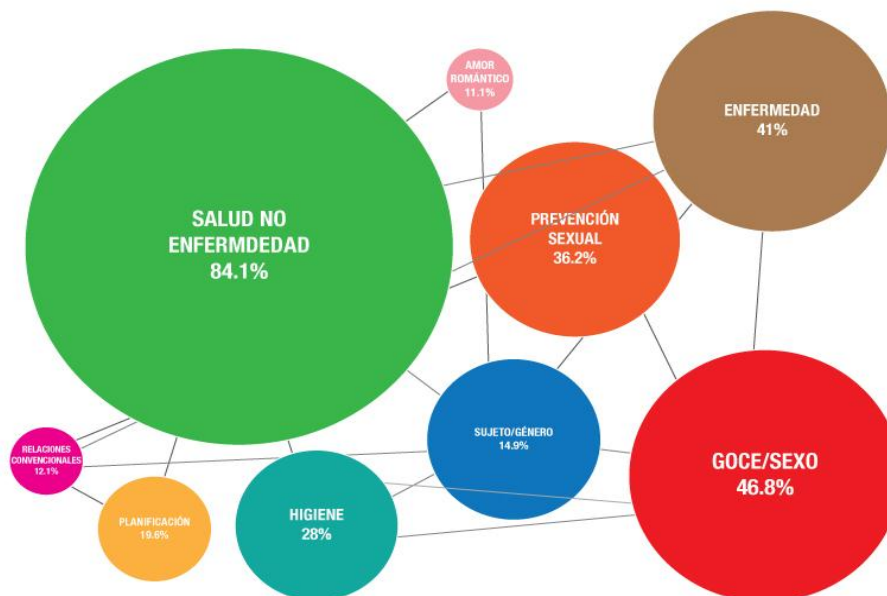


Gráfico No. 3. Red de asociaciones de salud sexual. Mujeres adolescentes sordas usuarias de lengua de señas.

El concepto de salud – no enfermedad, más común en las mujeres que en los hombres, hace referencia a la defensa del cuerpo frente a un virus y las enfermedades, por lo cual es necesario intervenir a través de vacunas, medicamentos, cuidados, alimentos y actividad física (ver tablas de resultados); la salud sexual está articulada al bienestar de la persona, resaltando la importancia del cuerpo. Se podría decir que responde a un modelo común de la salud y que las adolescentes sordas lo asumen desde el sentir con la poca información que reciben del mundo de los oyentes.

Las mujeres mencionan en mayor proporción, asociaciones relacionadas con la prevención de las infecciones de transmisión sexual que los hombres, pero adicionalmente complementan con términos relacionados con la higiene como una medida de prevención. Esta situación es fundamental y como se verá más adelante ameritó mayor profundización

con las entrevistas, ya que para las mujeres la limpieza física con agua y jabón, así como la “higiene general” (tener relaciones sexuales con personas limpias – sin enfermedades), resulta determinante para la salud sexual. Desde esta perspectiva entra en escena el cuerpo como elemento central de comunicación, salud e identidad.

Los resultados generales de las redes de asociaciones posibilitan señalar dos elementos importantes, la masculinidad de los adolescentes sordos ligada a las relaciones de placer sexual con un componente de temor a la enfermedad, y la feminidad de las mujeres relacionada con la representación de la higiene y la necesidad de cuidarse de las infecciones de transmisión sexual en las actividades sexuales. Desde esta perspectiva se podría plantear que los hombres enuncian el temor a la enfermedad, pero son las mujeres las que realizan acciones para evitarlas como se verá posteriormente.

Por otro lado, es importante señalar que los grupos correspondientes a los Colegio No. 1 para Sordos y Colegio No. 2 para sordos (los más jóvenes), aproximadamente el 20% de la asociaciones dentro de la categoría Salud – No enfermedad, corresponden a la atención del médico, la enfermera, los servicios hospitalarios y los medicamentos. Esta situación sin llegar a ser fundamental en el núcleo representacional muestra que para algunos de los adolescentes sordos usuarios de LS, la salud tiene una relación directa con el médico, a pesar de que generalmente, por barreras comunicativas, no acceden a consultas en salud sexual y reproductiva tal como se expuso en el capítulo correspondiente al problema de investigación.

Llama la atención, que solo en un grupo de adolescentes sordos, la configuración del núcleo figurativo de la salud sexual fue el “amor

romántico”. Se trata de un grupo cuyas edades están entre los 16 y 19 años, del colegio No. 2 para Sordos, en su mayoría residentes de zona rural o de un municipio pequeño (Chía), cercano a la ciudad capital - Bogotá. Esta representación centrada en el amor romántico puede tener correspondencia con una construcción cultural (Giddens, 2000) que se adquiere por la transmisión comunicativa en su contexto inmediato del hogar y la escuela. Para ellos el amor romántico es el eje de la salud sexual, acompañado de otros elementos, como son: “salud – no enfermedad”, enfermedad y goce sexual. Esta situación reafirma el planteamiento de que las representaciones sociales se adaptan a diferentes contextos, pero dicha condición variable y relativa no se desliga del núcleo central (Flamment, 1994) común a los otros grupos de adolescentes sordos usuarios de lengua de señas.

También llama la atención las diferencias entre los hombres sordos cuyas edades están entre los 16 y 19 años, frente a los que tienen entre 19 y 21 años. Los primeros, del Colegio No. 2 para Sordos, asocian la salud sexual con las enfermedades (“enferma”, “sida”, “problemas”), pero no todas corresponden a las de transmisión sexual mencionando: “cáncer”, “gripa”, “dolor de cabeza”. Los segundos, de la Universidad/programa adolescentes sordos y el Colegio No. 1 para sordos, quienes hacen mayor énfasis en la salud, mencionan también (en menor medida) la prevención de enfermedades reales de transmisión sexual. Esta situación se explica desde la diferencia entre unos y otros, donde los adolescentes sordos más jóvenes, están más desinformados que los mayores sobre los contenidos oficiales de la prevención de las infecciones de transmisión sexual, además de tener menos experiencias sexuales compartidas.

Lo anterior no se puede desligar de los determinantes geográficos en el acceso a información sobre salud sexual, teniendo en cuenta, como se mencionó antes, que los adolescentes del Colegio No. 2 para sordos por su contexto posiblemente tienen un acceso menor a información y experiencias grupales. Esta situación, al igual que en los oyentes, da cuenta de las inequidades geográficas entre aquellos adolescentes sordos que están en zona rural frente a los que viven en zona urbana; para estos últimos existe mayores oportunidades de acceso al sistema educativo, el empleo y pueden acceder más fácilmente a la información y a los métodos de planificación familiar (Flórez y Soto, 2006)

De manera complementaria se puede hipotetizar que las barreras en el acceso a la información sobre la salud sexual, debido a la pérdida auditiva, debilitan la información como elemento constitutivo del contenido de las representaciones sociales, impidiendo la inserción social con el mundo de los oyentes.

SEXUALIDAD

Redes de Asociaciones

Las redes construidas a partir de las asociaciones de los adolescentes sordos usuarios de lengua de señas sobre la sexualidad, mostraron que la mayoría de las asociaciones se agruparon en la categoría “Gose/Sexo”, para el caso de los hombres y “Relaciones Convencionales”, para el de las mujeres. Para los primeros, el núcleo de la representación se acompaña por los ejes “Sujeto/género”, “Amor romántico” y “relaciones convencionales” como los más significativos, mientras para las mujeres, “Goce/sexo”, “Amor romántico”, “Sujeto/género” y “Salud no enfermedad”.

Se puede decir que hay una similitud en las dos estructuras pero se identifica una particularidad: En los hombres hay predominio del goce sexual, acompañado del reconocimiento de sí mismo como sujetos sordos (heterosexual, homosexual, bisexual), que desean relaciones enmarcadas en el amor romántico y convencional. En las mujeres hay predominio de las relaciones convencionales, acompañadas del goce sexual, teniendo en cuenta el temor de adquirir una enfermedad de transmisión sexual. Es decir que piensan primero en las relaciones convencionales y el amor romántico, y después en las relaciones sexuales, sin perder de vista la preocupación por la salud como oposición a las enfermedades.

El núcleo goce/sexo, tiene una estrecha coincidencia con el concepto de “amor pasión” citado por Giddens (2000) y hace referencia, como se mencionó en el capítulo III de esta investigación, al sentir y la atracción sin mediación definitiva por la cultura. Así, el amor pasión, dice Giddens, es desorganizador y saca al individuo de lo mundano, hasta el punto de ser considerado peligroso frente al orden social del deber ser. El amor pasión no está sujeto a las relaciones convencionales de pareja, sino que responde a la atracción entre individuos independientemente de las reglas y el deber ser; se procura acceder al placer sexual bajo el principio de la atracción, sin que necesariamente se proyecte una relación formal o duradera.

En la presente investigación, en todos los grupos de hombres sordos usuarios de lengua de señas, la mayoría de las asociaciones al término inductor “sexualidad” se vincularon a la categoría “Goce/sexo”. Se hace presente el concepto de “amor pasión”, como eje o núcleo central de la representación social.

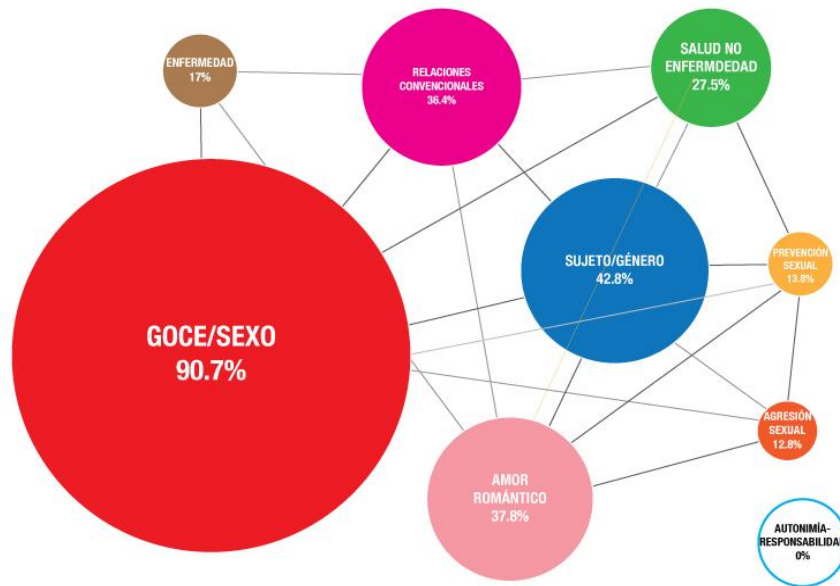


Gráfico No. 4. Red de asociaciones de sexualidad. Hombres adolescentes sordos usuarios de lengua de señas.

Esta situación posibilita considerar que para la mayoría de los sordos hombres la sexualidad tiene correspondencia con los actos sexuales donde se busca el placer genital, independientemente de los postulados educativos como parte de la cultura de los oyentes. En este sentido, dentro de las asociaciones de sordos señantes, donde se afirma por ellos mismos, la existencia de una “cultura sorda”, la sexualidad es ante todo la creencia y la vivencia sobre el placer corporal y genital.

Siguiendo en este orden de ideas, el goce/sexo que asocian estos adolescentes se articula a los planteamientos del amor pasional como una posibilidad liberadora, en el sentido de generar una ruptura con la rutina y el deber ser, en un contexto donde los sordos señantes son reconocidos en el contexto local (Bogotá), como “desordenados sexualmente” por tener relaciones con diferentes mujeres (generalmente sordas), lo cual se convirtió

en una alerta para algunos maestros y maestras de las instituciones educativas; de hecho, se trata de una preocupación porque los hombres sordos señantes no se insertan en “orden y la autoridad” hegemónica de la sexualidad aceptada socialmente.

A pesar del distanciamiento de los sordos con la cultura oyente, no se podría plantear de manera absoluta que los adolescentes sordos usuarios de la lengua de señas colombiana, carecen de construcciones y determinaciones culturales relacionadas con el “amor romántico” (en términos de Giddens), ya que a pesar de la fuerte carga de amor pasional (goce/sexo) en sus asociaciones, están presentes otras asociaciones que remiten a las relaciones de pareja formales (convencionales), la salud sexual y el reconocimiento de la subjetividad. En este último se enuncia la relación entre sexualidad y: hombre, mujer, ser humano, homosexual, bisexual, lesbiana, entre otras asociaciones, como un reconocimiento a sí mismo como sujeto sexuado que siente atracción por otras personas. Estos hallazgos rompen con la representación social que tienen un número importante de personas oyentes sobre los sordos, al considerarlos seres sin intereses sexuales que no necesitan educación ni atención médica en estos asuntos (Glat, 2005).

La dimensión subjetiva referente al reconocimiento de sí mismo como sujeto, juega un papel fundamental en la construcción de la identidad sexual para los sordos, quienes desde el reconocimiento de la diferencia se asumen como minoría lingüística con una cultura propia. Allí se diferencian los roles de lo masculino y lo femenino con algunas particularidades que caracterizan al hombre como dominante y poseedor de la mujer.

En el caso de las mujeres sordas usuarias de lengua de señas, la mayoría de las asociaciones realizadas frente al término inductor “sexualidad”, tal como se dijo antes, corresponde a las “relaciones convencionales”, “la salud – no

enfermedad” y el “amor romántico”; aunque en un grupo se priorizó el goce/sexo, al igual que los hombres (Colegio No. 1 para sordos). A continuación se muestra la estructura gráfica de esta red de asociaciones:

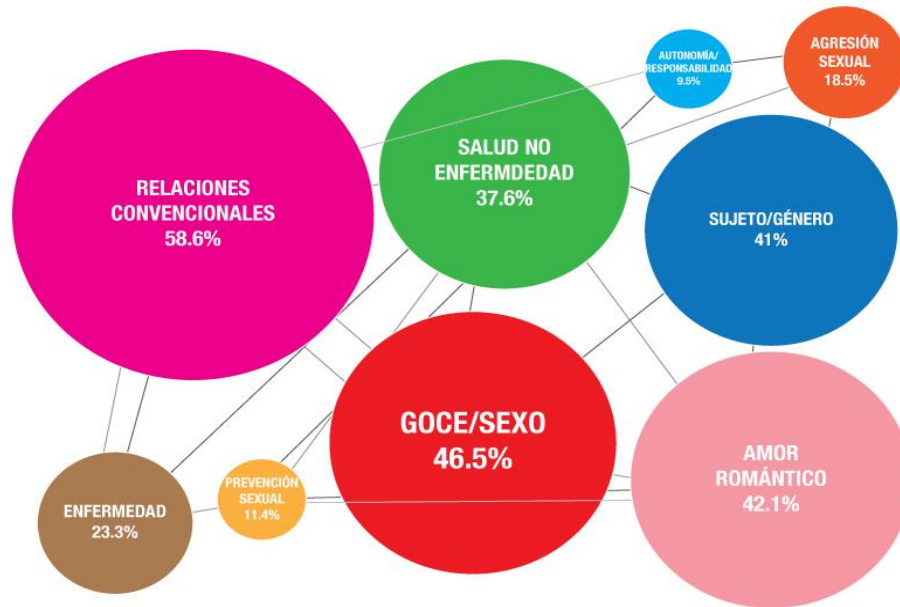


Gráfico No. 5. Red de asociaciones de sexualidad. Mujeres adolescentes sordas usuarias de lengua de señas.

El núcleo representacional se configura de manera más articulada a los principios de la cultura de los oyentes y el deber ser de la sexualidad es mucho más definido por las reglas del afecto, la fidelidad y la salud en el marco de lo convencional, correspondiente a la pareja hombre – mujer.

La anterior estructura tuvo su excepción en el grupo de mujeres del Colegio No. 1 para sordos, quienes al igual que los hombres de las otras instituciones, priorizaron en sus asociaciones los términos correspondientes a la categoría “goce/sexo”.

Si bien, en los hombres se ve claramente la magnitud de las asociaciones del término “sexualidad” con palabras correspondientes al goce sexual (90%), en las mujeres es menor (46.5%), ocupando el segundo lugar después de las asociaciones vinculada a la categoría “relaciones convencionales”. Estos hallazgos posibilitan hipotetizar un mayor vínculo de las mujeres a las estructuras ordenadoras de la sexualidad de la sociedad oyentes, pero también suponer un papel más pasivo por parte de las mujeres sordas frente a los hombres en materia de goce sexual. Este tema fue explorado en las entrevistas como se verá posteriormente.

Por otro lado y en lo particular es importante señalar que en el grupo del Colegio No. 1 para sordos, tanto en hombres como en mujeres, se presentaron una serie de asociaciones de la sexualidad con actos de agresión sexual, lo que hace suponer la existencia de experiencias dolorosas y violentas en los adolescentes hombres y mujeres.

De hecho se ha señalado en la descripción del problema de la presente investigación, la vulnerabilidad de los niños, niñas y adolescentes sordos frente al abuso sexual, que debido a la dificultad para comunicar este tipo de experiencias, quedan sumergidas en la impunidad y la repetición por parte de los agresores(as); es importante recordar que se trata de hombres y mujeres adolescentes cuyas edades están entre los 16 y 20 años.

Entrevistas

Para el análisis de las entrevistas, tal como se explicó antes, se tuvieron en cuenta las categorías determinadas en las redes de asociaciones y aquellas que surgieron en el proceso de análisis como categorías emergentes.

El análisis de contenidos de las entrevistas permitió destacar el núcleo figurativo de la representación social de la salud sexual y la sexualidad en las categorías: goce sexual, el amor romántico y convencional (relaciones convencionales), la salud como una situación opuesta a las infecciones de transmisión sexual y la identidad de las personas sordas usuarias de la lengua de señas. En cuanto a los ejes periféricos se destacan los conocimientos sobre la prevención de las infecciones de transmisión sexual, los cuales se han integrado al sistema cognitivo de la comunidad con imprecisiones y confusiones. Así mismo, sobre todo en las mujeres, existe la creencia de que la higiene física es un elemento importante para la prevención de infecciones de transmisión sexual.

A través de las entrevistas también surgieron otros elementos constitutivo de las representaciones sociales de la salud sexual y la sexualidad correspondiente a la educación, los valores y el cuerpo.

Es importante destacar que en los adolescentes (hombres y mujeres) sordos(as) usuarios de lengua de señas, las creencias y conocimientos comunes sobre la planificación y el embarazo no ocupan un lugar destacado, posiblemente por la dificultad para acceder a la información relacionada con el tema, además de la exclusión social que históricamente se consolidó para este grupo de seres humanos.

A continuación se presentan los desarrollos analíticos en las categorías antes señaladas:

Amor Pasional (Goce/sexo) y relaciones sexuales:

Las relaciones sexuales independientemente del afecto, son descritas por los y las entrevistadas, como una actividad común en los hombres sordos usuarios de la lengua de señas colombiana (LSC). Esta representación tiene una connotación negativa compartida, sobre todo porque consideran que la mujer sorda se convierte en objeto de placer sin importar sus sentimientos

- A. “creo que los sordos son como muy placenteros, que les gusta tener....., son como muy afanados de tener la relación ya sexual de inmediato y simplemente buscan en la mujer el placer, no les importa como el sentir o los sentimientos que tenga la mujer.Creo que en ese sentido las que más sufren son las mujeres sordas porque son como utilizadas.”

(Adolescente sorda usuaria de LSC . 19 años)

La representación de la sexualidad es definida en gran parte según la imagen que se tiene de la comunidad. Así, los y las entrevistadas consideran que los hombres sordos describen la intimidad sin importar sus efectos frente a hombres y mujeres

- A. “Bueno, pues que me han contado, no?, que las mujeres, bueno, después de la relación sexual, después de que tienen la relación sexual, los hombres empiezan a ser como descriptivos. “No, mire, ella tiene la vagina así o mire cómo tiene el cuerpo” y tienden como a contar las cosas o las experiencias sexuales que vivieron, creo que es como, como que, les falta respetar a la mujer y creo que son como, como muy curiosos, muy chismosos y están indagando por la vida los demás, creo que eso forma parte de ellos y siempre se ha visto eso, ese comportamiento en ellos.”

“no sé, pues lo que me han contado, es que a los sordos les gusta,lo que he visto es que a ellos como que viven viendo muchas películas de porno, practican diferentes cosas, pero son..... es eso lo que me han contado”.

(Adolescente sorda usuaria de LSC . 19 años)

Este tipo de representaciones sobre los adolescentes sordos se ven reflejados en dibujos como el que se presenta a continuación:



Dibujo realizado por adolescente sordo estudiante de secundaria, grado 11.

Al respecto otra adolescente sorda opina:

A. "A veces pienso que los hombres solamente se quieren aprovechar de la mujer para tener sexo y ya"

(Adolescente sorda usuaria de LSC . 19 años)

En la presente investigación se encontró también que la mayoría de mujeres sordas usuarias de lengua de señas consideran que los sordos buscan aprovecharse de las mujeres para tener relaciones sexuales sin ningún compromiso posterior. Así, la mujer se describe a sí misma como víctima o e una condición pasiva frente a los intereses sexuales de los hombres sordos.

En este contexto surgen creencias de las mujeres que muestran los miedos al embarazo o las infecciones de transmisión sexual, producto de hombres que tienen interés de hacerles daño

I. "Por ejemplo, también puede ser que los dañen, les.... con una agujita y los dañan (haciendo referencia a los condones).

E. ¿Y quién lo puede dañar?

I. Algunas personas, algunas personas y los venden así. Donde los venden, no son de buena calidad. Personas vivas."

(Adolescente sorda usuaria de LSC. 18 años)

Aquí también es importante traer como ejemplo, la creencia de un adolescente sordo, quien considera que la sexualidad se asocia de manera negativa al sexo y la pornografía, además de la representación que se tiene de los sordos usuarios de la LSC sobre las manifestaciones sexuales. Estas expresiones públicas del goce sexual son consideradas por los entrevistados(as) como características de la comunidad de los sordos, bien sea por las conductas que se dan públicamente (tocar a la mujer) o por la expresión comunicativa viso-gestual de la lengua de señas.

J. "Pues no sé, yo interpreto "sexualidad" como una seña grosera, que eso de relaciones sexuales, el dejarse influenciar uno por la pornografía, por ejemplo la televisión."

"Pues en los amigos yo he visto que se ennovian rápido, que se la pasan es besándose, eh, no se respetan, se la pasan cogiéndose y las mujeres se dejan tocar los senos, la cola, no sé, me parece que es algo como extraño y de pronto lo que es característico como en ellos"

(Adolescente sordo usuario de LSC . 19 años)

La práctica de contar las experiencias íntimas se constituye también en una característica negativa de la comunidad y de la representación de la sexualidad, la cual se explica o justifica por la falta de información y orientación de sus padres.

J. "Porque en los sordos se tiende como a contar las cosas muy rápido, no se puede decir nada o hacer nada porque ya sabe toda la comunidad sorda, inclusive llegan hasta inventar cosas que no sucedieron.

E. Eh, ¿y por qué crees que se da eso?

J. No, yo creo que de pronto les falta experiencia, de pronto que sus padres no los apoyaron en la parte de formación, entender de que uno no tiene que andar contando las cosas. No tener relaciones sexuales así porque sí, sino...., de pronto el contagio”

(Adolescente sordo usuario de LSC . 19 años)

Tal como se puede ver en los anteriores textos, los sordos y sordas entrevistados(as) opinan de manera negativa sobre las manifestaciones sexuales de otros sordos (la comunidad de sordos señantes), situándose en un lugar diferente de ellos; a pesar de esto, se plantean identificaciones significativas con la comunidad, sobre todo en lo relacionado con la lengua de señas y las actividades lúdicas que comparten. Esta situación posibilita explicar que la estructura de la representación social de la sexualidad que emergió de las redes de asociaciones y que tuvo como eje nuclear el goce/sexo en los hombres y Relaciones convencionales para las mujeres, se complementa con las categorías “sujeto-género” y “relaciones convencionales” para los hombres; Para las mujeres se complementa con “salud no enfermedad” y “amor romántico”, aunque en las entrevistas se hace presente con mayor fuerza la categoría “valores”.

A lo largo de las entrevistas y las redes de asociaciones se evidenció que para los adolescentes sordos usuarios de la lengua de señas, los temas relacionados con el goce sexual – el amor pasional -, no les representa ningún problema o represión discursiva, muestran unas dinámicas comunicativas fluidas acerca de la sexualidad y la salud sexual sin restricciones y con naturalidad. Lo asumen de manera natural, aún reconociendo la importancia de otros ejes periféricos en la representación social de la sexualidad. Esta situación pareciera tener una relación importante con el distanciamiento de las normas sociales creadas en el

mundo de los oyentes y que emergen en la construcción de identidad sorda como se analizará más adelante.

En este contexto los pensamientos y creencias sobre el cuerpo, como parte de las representaciones sociales de la sexualidad de algunos de los entrevistados (dos en particular), se complementan con sus opiniones referentes a las funciones biológicas del cuerpo humano, las cuales son expresadas de manera natural, centradas en las características corporales y su función reproductora.

“E. ¿y cuál es tu concepción personal sobre la sexualidad, para ti qué es la sexualidad?

I. Para mí como mujer, eh.. pues tengo unos senos, una vagina, el hombre me penetra y yo como mujer puedo tener un bebé.”

(Adolescente sorda usuaria de LSC . 19 años)

“Pues sí, de pronto en la erección, yo lo vería normal como cuando un hombre tiene erección o cuando uno tiene el pene erecto, no sé.”

Este tipo de manifestaciones ocurren también en los dibujos que elaboran los adolescentes, cuando dibujan la sexualidad como se puede ver en el siguiente dibujo:



Dibujo realizado por adolescente sordo estudiante de secundaria, grado 11.

La naturalización de las sensaciones sexuales se hacen evidentes y manifiestas a través de la lengua de señas tanto en el caso de los hombres como las mujeres sordas, lo cual da cuenta de una dinámica comunicativa particular y sin las restricciones que pueden ocurrir comúnmente en el discurso público de los adolescentes oyentes

“E. ¿Cuando piensas en relaciones sexuales qué sientes?

I. Yo siento como un placer, como una excitación, de pronto solamente el pensar en eso.”
(Adolescente sordo usuario de LSC . 19 años)

“E. Con qué asocias la sexualidad?

I. Sí, como con la excitación pensaría, pues siempre nosotras las mujeres pensamos eso, no?”

(Adolescente sorda usuaria de LSC . 19 años)

Para los(as) adolescentes Sordos(as) el cuerpo y particularmente las manos son fundamentales en su identidad como usuarios de la lengua de señas, de igual manera frente a las creencias, sentimientos y conocimientos sobre la sexualidad, las entrevistas muestran la importancia del cuerpo y sus sensaciones placenteras; sus comentarios sobre las sensaciones placenteras son abiertos y sinceros.

“E. ¿Cómo es esa relación sexualidad y placer?

I. No sé, si hay dos personas que estamos haciendo algo y nos estamos tocando, eso genera una sensación, genera placer, genera algo rico, se siente uno rico.”

(Adolescente sorda usuaria de LSC. 18 años)

El cuerpo ocupa un lugar fundamental en la experiencia sexual, es descrito y reconocido desde las sensaciones corporales; en ese sentido el sentir desplaza las explicaciones racionales sobre la sexualidad., hasta el punto que en algunos casos no se puede responder de manera racional.

E. ¿Cuáles son tus sentimientos frente a la sexualidad?

I. No sé, en cierta medida, siento como el placer, creo que es natural en nosotros, no? se siente placer, pero ahí sí, como que no opino frente a eso

(Adolescente sordo usuario de LSC. 20 años)

El cuerpo se convierte en objeto de interacción social, comunicativa y afectiva; allí confluyen de manera natural sensaciones placenteras de la sexualidad. Pareciera que por razón de la falta de audición, los adolescentes sordos esquivaran los rigores de la represión del discurso social sobre la sexualidad, hablando de manera libre sobre sus sensaciones. Así mismo, la representación social se alimenta de creencias y sentimientos que los posibilita incluir al cuerpo y sus sensaciones en el discurso cotidiano de la sexualidad.

E. ¿Con qué asocias la sexualidad?

I. Yo, con la excitación en mi cuerpo, con el placer, con el disfrute. Eso que sentimos todas, no?

(Adolescente sorda usuaria de LSC. 19 años)

La sexualidad también es representada por una adolescente Sorda, como un territorio donde se dan procesos de comunicación e interacción, ligados a la sensibilidad y la estimulación. El cuerpo como objeto, pero al mismo tiempo como sujeto que caracteriza la cultura sorda que se comunica a través de la lengua de señas.

“E. Cuando tú ves la seña “sexualidad”, en qué piensas?

I. Sexo, en compartir, en comunicación, sensibilidad, estimulación...”

(Adolescente sorda usuaria de LSC. 18 años)

En el caso de los hombres, al igual que las mujeres entrevistadas, el cuidado cuerpo se constituye en el objeto de la salud sexual; la parte visible de sí mismo que da cuenta de la condición saludable.

E. ¿Para ti qué es la salud sexual?

J.J. Pues, yo pensaría en el cuidado de mi cuerpo, el cuidar de nuestras partes genitales, tanto el hombre como la mujer, el cuidarme yo mismo, el ayudarme yo mismo, lo entendería así como salud sexual.

(Adolescente sordo usuario de LSC; 19 años)

La salud – no enfermedad como núcleo central de la representación social de la salud sexual, identificado desde las redes de asociaciones, se inserta en una red de significados correspondientes a las actividades higiénicas y de prevención de las enfermedades.

Por otra parte, las entrevistas permitieron identificar que en las representaciones sociales de la sexualidad, sobre todo en el caso de los hombres, las relaciones sexuales ocupan un lugar importante en dicha representación. Los adolescentes se ubican en un lugar diferente al de otros sordos para hablar de “ellos” (los sordos), como una comunidad que tiene particularidades frente a las relaciones y el goce sexual, a pesar de que en otros momentos y frente a otras temáticas como la identidad, se consideran parte de la comunidad.

E. ¿Consideras que existen diferencias en el comportamiento sexual en un sordo y el de un oyente?

I. Pues no sé, yo en realidad nunca he visto cómo es el comportamiento de un oyente, pero sería bueno conocer porque no sé como es el comportamiento del oyente. Yo de pronto, pues ya conozco un poco el comportamiento del sordo, pero, pues tendría que tener como idea de cómo es el comportamiento sexual del oyente.

E. ¿Y como es el comportamiento de un sordo?

I. Bueno, algo muy natural donde está implicado el gusto, de pronto, en cierta medida, creo que a todos los sordos, no sé, les falta como ese cuidado de la, como de la imagen, eh, en realidad a veces veo que el sexo o la sexualidad es trabajada o es vista en ellos como muy violenta, no sé, de pronto, con los oyentes se podrían ver otras cosas.

E. Sí, qué otras cosas identificas?

I. No sé, en cierta medida yo trato como de estar a la defensiva de los comportamientos de ellos, no los obligo a que actúen como yo actuaría...no sé, trato de estar como muy ajeno a eso. Ellos, de pronto han copiado modelos que no me gusta ver, de pronto que ellos quieran seguir esas cosas, pues ya es decisión de ellos.

E. ¿Podrías ser más específico?

I. No sé, tienen relaciones o sea como de, o sea gay, creo que se ven ahí, como homosexuales.

E. Por qué ocurre eso?

I. de pronto les falta experiencia, de pronto que sus padres no los apoyaron en la parte de formación.....

(Adolescente sordo usuario de LSC; 20 años)

La representación de las relaciones sexuales es negativa y consideran que esta determinada por la falta de educación en los contextos familiar e institucional (colegio y universidad), teniendo en cuenta que la familia, los amigos y adultos con quienes se relacionan, hacen parte de los determinantes en el comportamiento sexual (Ministerio de la Protección Social, UNFPA, 2008), pero para el caso de estos adolescentes se presenta una ruptura con los adultos oyentes encargados de su educación.

E. Qué has visto de los sordos sobre ese tema?

J. Por ejemplo, yo lo he visto que hablan de la cama, del baño, de la cama, del baño, de cosas así entonces como que yo cuando yo los veo así, realmente, yo prefiero alejarme del grupo...

(Adolescente sorda usuaria de LSC; 18 años)

E. Tú dices que en la comunidad sorda eh, son más abiertos a la relaciones sexuales?

I. Sí, correcto, yo he visto....cuando hay veces veo que conoció tal persona y ya tuvieron relaciones sexuales, ya se enovieron y yo no quiero eso para mí, entonces por eso trato en buscar una persona con un nivel más alto, no?, que me respete más porque en los sordos se tiende como a contar las cosas muy rápido, no se puede decir nada o hacer nada porque ya sabe toda la comunidad sorda....

E. ¿Tú crees que existen diferencias entre el comportamiento sexual de un sordo y de un oyente?

I. Pues yo pensaría que es diferente, en los oyentes yo pensaría que es como más rápido el acto sexual, en los sordos yo diría que es como más lento, no sé. Esa es la comparación que hago.

(Adolescente sordo usuario de LSC; 19 años)

En general la representación que tienen los y las entrevistadas sobre la sexualidad de los adolescentes sordos usuarios de lengua de señas, da cuenta de formas de relación distantes de los preceptos sociales y morales. Ellos(as) mencionan que en la comunidad de los sordos son comunes las

relaciones donde lo fundamental es el placer sexual, los intercambios de pareja, las relaciones homosexuales y en general el predominio del goce sexual. Esta representación se puede explicar desde la postura de Giddens (2000), quien subraya el carácter subversivo y desorganizado del amor pasión. Desde allí, la comunidad Sorda (usuaria de lengua de señas), se ubica distante de las normas sociales de los oyentes y reivindica el placer sexual y la diversidad como una expresión de la sexualidad. Esta representación tiene sustento histórico ya que las posibilidades de que las parejas sordas constituyeran hogares o familias de manera independiente de sus padres oyentes, es relativamente nueva, así el dispositivo regulador de la célula familiar constituida y valorada desde los ejes principales: marido mujer, padres e hijos, surgida desde el siglo XVII (Foucault, 2006), donde el papel de la familia es anclar la sexualidad en el hogar, es reciente en pocos casos de la comunidad sorda. Este hecho no niega la existencia de parejas de sordos, pero su inserción al dispositivo social de la familia, así como la representación de la sexualidad se ubica distante de esa estructura de fidelidad y constitución de la familia monogámica.

Amor romántico y relaciones convencionales

Para los(as) adolescentes Sordos(as) usuarios de la LSC, a pesar de que se consideran parte de la comunidad sorda y mencionan como una de las características de esta comunidad, la promiscuidad y las relaciones sexuales por placer y sin ningún compromiso, al referirse al amor y la pareja, todos y todas esperan relaciones formales donde primero haya un conocimiento y acompañamiento en actividades diarias y posteriormente, preferiblemente casados(as), tener relaciones sexuales. Esta situación es coherente con el hecho de que la mayoría aún no han tenido relaciones sexuales y el ideal de la relación de pareja está enmarcada en el deber ser social.

E. Qué hacías con tu novio?

I. Nosotros sí compartíamos más porque también estudiábamos en el mismo colegio, entonces nosotros salimos, damos una vuelta, conversamos, a veces peleamos, nos acompañamos, eh, él me presta atención, yo le presto atención a él, él me acompaña al bus, me acompaña a natación y así.”

E. Hablaban de temas sexuales?

I. Sí, claro, claro, sí a veces sí queríamos saber, tener experiencias....

E. Y nunca se plantearon tener relaciones sexuales?

I. Nunca, no.

E. ¿Por qué?

I. No, no yo siento que no, no hay que aprovechar las cosas, yo quiero tener relaciones cuando sea casada.”

(Adolescente sorda usuaria de LSC. 18 años)

Las relaciones se describen bajo una condición de racionalidad, desexualizadas y se proyectan en el marco del amor romántico con la expresión de sentimientos y compromisos mutuos (Giddens, 2000).

“E. ¿Cuál sería la mujer ideal para ti?

I. Yo pensaría que fuera inteligente, que tanto yo como ella nos apoyáramos, eh...no tener relaciones sexuales. Apoyarnos en las tareas y en algún momento que tengamos algún problema, apoyarnos el uno al otro.

E. ¿Tú cómo te imaginas en el futuro en términos de pareja?

I. Pues, yo pensaría, de pronto, en una relación ya estable, mi pareja, que estuviéramos casados, que nos consintiéramos, que nos abrazáramos, que nos amáramos.

(Adolescente sordo usuario de LSC. 19 años)

Se articula a la estructura de la representación social de la sexualidad, descrita en la red de asociaciones, el amor acompañado de los valores morales, promovidos por algunos sectores sociales como la iglesia, donde se promueven las relaciones sexuales dentro de la institución matrimonial y se plantea un ideal de familia que se articula al sistema social de manera productiva poseedora de valores como la fidelidad y la productividad. Así, la sexualidad se enmarca en lo que Foucault (2006) denominó la célula familiar con los ejes marido – mujer, y padres e hijos.

E. ¿Cómo crees tú que sería la vida sexual de una persona?

I. Yo pensaría que es importante la confianza, el enamoramiento, el noviazgo, el compromiso, la fidelidad y posteriormente, pues el matrimonio y ya, pues como tener relaciones sexuales.

(Adolescente sordo usuario de LSC. 19 años)

I. Bueno, pienso que primero es terminar el estudio, la Universidad y luego, cuando esté bien, esté bien económicamente, tenga trabajo y comparta con personas, con una persona sorda, con esa persona, que seamos los dos profesionales, establecer una relación y luego casarme con esa persona, que nos vaya en todo bien.

(Adolescente sorda usuaria de LSC. 19 años)

La representación social e la sexualidad se enmarca en el deseo de estar incluido socialmente, como se puede observar en los anteriores textos, donde las relaciones sexuales son planteadas en la medida que se acceda al matrimonio y al trabajo, como un modelo dominante de la condición de ser adulto. Este hecho resulta llamativo, teniendo en cuenta que las personas sordas usuarias de la LSC han tenido menores posibilidades de participación en proyectos educativos y laborales del contexto de las personas oyentes. De hechos, estas circunstancias adversas se articulan a la importancia de mostrar a otras personas sordas la construcción de un modelo de familia avalado por el orden hegemónico.

“I. Me gusta que el hombre sea juicioso, que no sea grosero o irrespetuoso, que sea educado, porque así podemos mostrar una familia bonita, dar ejemplo y mostrarle a otras personas sordas una familia segura, bien.”

(Adolescente sorda usuaria de LSC. 19 años)

La construcción de la representación de la sexualidad además de centrarse en el goce sexual para los hombres, se acompaña en la mayoría de los casos, de condiciones aceptadas socialmente en la institucionalidad. Así, las relaciones sexuales tienen sentido y aprobación dentro del matrimonio en un marco de confianza, sinceridad y honestidad.

E. “¿Cuál es para ti la relación de pareja ideal?”

M. Bueno, considero que es importante donde se consoliden los valores, la sinceridad, la honestidad de la otra persona, donde se comparta, donde se tenga confianza, donde haya o exista la afectividad, en donde se sienta uno como tranquilo y pueda confiar en su pareja, pero ante todo la honestidad y la sinceridad.”

(Adolescente sorda usuaria de LSC. 19 años)

La ausencia de la audición en los y las adolescentes no impide que en su relación con sus padres, maestros u otras personas que desempeñan para ellos papeles maternos y paternos, encuentren un modelo ideal de pareja el cual es aprobado socialmente. Tal como lo menciona Margulis y otros (2003), la incidencia cultural a través de diferentes grupos sociales, ha determinado los comportamientos adecuados o desaprobados sobre la sexualidad. Esta incidencia cultural se materializa en las instituciones que plantean la sexualidad y el goce sexual dentro del matrimonio y la constitución familiar.

Salud y Prevención de la enfermedad

En el caso de adolescentes sordos usuarios de lengua de señas que ya iniciaron actividad sexual compartida, se nota una mayor información sobre los temas referentes a la salud sexual convencional. En esos casos, a pesar de la existencia de dudas y preguntas, se ha logrado incorporar el saber social sobre los métodos de planificación familiar, el cuidado del cuerpo y la prevención de las infecciones de transmisión sexual.

M. “Pues, yo pensaría la salud sexual como los métodos de planificación, la parte como higiénica de mi cuerpo, ir seguidamente al médico, estar haciéndome chequeos médicos y más para uno de mujer. Tratar de mantener su aparato reproductor limpio.....”

(Adolescente sorda usuaria e LSC; 19 años)

Se puede decir que en el caso de las adolescentes sordas, las entrevistas aportaron significados y fueron complementarias en la profundización de los contenidos del núcleo figurativo de la representación social de la salud sexual (salud – no enfermedad), apareciendo con mayor fuerza los elementos correspondientes al cuidado higiénico del cuerpo y con menor fuerza los temas correspondientes a los métodos de planificación familiar y de prevención de las infecciones de transmisión sexual.

Los(as) adolescentes hacen referencia al cuidado de las infecciones de transmisión sexual y la planificación, pero con pocos conocimientos sobre estos temas. Es decir que al eje central de la representación de la salud sexual se articula el eje de prevención y planificación pero de manera generalizada y con poca profundidad.

E. ¿Cómo crees tu que es la salud sexual en los adolescentes sordos?

I. No sé, yo nunca me he detenido a mirar eso.

E. ¿tú qué piensas de la salud sexual?

I. No sé, no tengo ninguna opinión.”

(Adolescente sorda usuaria de LSC; 19 años)

“E. ¿Cómo crees que es la salud sexual de los adolescentes sordos?

I. No sé, pues la verdad no sé; conozco poco. No tengo como mucho conocimiento, he visto y sé que ellos hablan del embarazo, están hablando del embarazo y del embarazo, pero no, realmente no sé.”

(Adolescente sorda usuaria de LSC; 18 años)

Aunque en las redes de asociaciones, los(as) sordos(as) usuarios de LSC enuncian algunas señas relacionadas con la prevención de las infecciones de transmisión sexual y un poco menos referentes a la prevención del embarazo, en las entrevistas profundizan poco en estos campos. Como se ha mencionado antes, esta situación correspondiente a la dimensión informativa de la representación social, que depende en gran parte del

acceso a los medios de comunicación y a la pertenencia en grupos que manejan dicha información, resulta reducida para los adolescentes sordos y trae como consecuencia permanente la exclusión social.

E. ¿y de las pastillas anticonceptivas?

I. Sí, mencioné las pastillas. Son de color blanco o de color amarillito, pueden ser de las dos.

E. ¿Qué métodos conoces para no tener enfermedades sexuales?

I. El condón, no sé, el condón; creo que el condón, los otros no sé, no los conozco.

(Adolescente sorda usuaria de LSC; 18 años)

El cuerpo tiene una importancia fundamental en la construcción de la representación sobre la salud sexual y la sexualidad según se pudo observar en las redes de asociaciones de la salud sexual; el cuerpo es territorio de identidad y comunicación a través de la LSC. Así mismo en las entrevistas se evidencia la importancia que los adolescentes le dan al cuerpo en su relación con la representación de la salud sexual y la sexualidad, pero con algunas imprecisiones sobre los hechos.

E. ¿y tú qué piensas, eh de la salud sexual?

I. Yo pensaría más como en prevenir, en cuidar mi pene, que no me contagiaran de un virus, de una infección”

E. ¿Y te gustaría saber cómo protegerte?

I. Bueno, estoy hablando del sida como tal y que produce, de pronto promiscuidad, de pronto cuando un hombre está con muchas mujeres o cuando una mujer está con muchos hombres, eh, empieza a atacar los genitales, la parte de las células, la infección también se empieza a llenar como de unos puntitos blancos no sé, algo así. Así como cuando uno tiene una laceración en un brazo, entonces algo así como parecido.

(Adolescente sorda usuaria de LSC; 19 años)

A pesar de los conocimientos confusos sobre la prevención de las infecciones de transmisión sexual y su incidencia en la representación social de la salud sexual, se encuentran algunos pocos casos con mayor información debido al contacto y comunicación que logran tener con personas oyentes. Este es el caso de una de las entrevistadas quien reportó

que sus conocimientos se los debe a una prima oyente que está con ella de manera casi permanente.

“E. ¿Qué cosas has escuchado sobre la salud sexual?

I. Bueno, a mí me han dicho con respecto a la salud sexual, el cuidado que debe tener uno, la parte de la planificación, él no caer en embarazos sin planear, el no exponerse uno a infecciones y igual también el conocer, el conocer las otras personas, de pronto qué intenciones puedan tener con uno, el cuidarse muy bien de los hombres.”

(Adolescente sorda usuaria de LSC; 19 años)

En algunos casos los adolescentes tienen conocimientos comunes (como parte de las representaciones sociales) que asocian la salud sexual con infecciones de transmisión sexual, destacándose el sida como uno de los problemas fundamentales.

E. ¿Qué preguntas tienes?

A. Bueno, en cuanto al Sida, sí a contagiarse uno de Sida, de pronto uno pues muchas veces puede tener una relación sexual con una persona, pero uno no conoce como esa vida sexual que ha tenido ella, lo pueda contagiar a uno de alguna enfermedad.

(Adolescente sordos usuario de LSC. 19 años)

E ¿ Y consideras que la sexualidad es buena para la vida, es problemática, ah , eh, te produce miedo, eh, te produce bienestar?

I. Pues no sé, de pronto causaría problemas, no? sería, de pronto, una influencia negativa para mí, es dejarme, de pronto, contagiar de un Sida, de pronto contagiar a mis hijos, no sé , es más como de cuidado y no me gustaría dejarme contaminar por esas cosas.

(Adolescente sordo usuario de LSC. 19 años)

Por otra parte, los adolescentes sordos asocian enfermedades no relacionadas con la actividad sexual, pero asumidas como parte de la representación de la salud sexual. Es el caso del cáncer, el cual fue descrito por varios adolescentes sordos como una enfermedad de transmisión sexual. Como se señaló antes, esta representación da cuenta de la desinformación que viven muchos(as) adolescentes sordos(as) en los temas relacionados

con la salud sexual y significa la exclusión y distanciamiento del flujo de información que circula en los oyentes.

E. ¿Y qué cosas has escuchado sobre la salud sexual?

A. Pues no, de pronto la información que le dan a uno es muy simple. A uno le dan información sobre enfermedades.

E. ¿Cómo qué enfermedades?

A. Bueno de un cáncer, no sé, del sida, la transmisión del sida.”

(Adolescente sordo usuario de LSC. 19 años)

Identidad y comunicación

Los adolescentes sordos usuarios de la lengua de señas afirman su identidad de “Sordos” como parte de su sexualidad, reconociendo varios elementos fundamentales como son; el uso de la lengua de señas colombiana, la pertenencia a una comunidad, la experiencia visual de la sordera y la participación en actividades propias de la comunidad (Pino, Felisa. 2007). Estos elementos se articulan de manera complementaria a la representación social de la sexualidad en una estrecha relación con la categoría “Sujeto/género”.

En las redes de asociaciones sobre la sexualidad aplicadas a este grupo de adolescentes no surgieron las categorías “Identidad” y “Comunicación”, mientras que en las entrevistas se destacan como categorías emergentes constitutivas de las representaciones sociales. Su presencia en los discursos de los y las adolescentes es significativa y nuestra justamente la construcción social de la sexualidad en su relación con las formas de ser y hacer, en contextos sociales determinantes en la representación.

De esta manera resulta pertinente citar algunas de las ideas y creencias expuestas por los adolescentes sobre el hecho de “ser Sordo”:

“E. ¿cómo puedes describir a una persona sorda, para ti quién es una persona sorda?”

I. Una persona que no escucha, que se comunica con la lengua de señas”

(Adolescente sorda usuaria de LSC. 18 años)

“no se, de pronto algo muy propio de ellos es que van diciendo las cosas, van actuando, sin importarles de pronto qué pueda pasar. No sé, creo que es algo como muy propio de ellos.”

(Adolescente sordo usuario de LSC. 18 años)

“A ver, las personas sordas, eh..., somos de un carácter..., muy acostumbrados a la gestualidad, la expresión facial, es una costumbre, eh, yo, yo como persona sorda, me gusta, me gusta ser sorda, me identifico”

(Adolescente sorda usuaria de LSC. 19 años)

La descripción subjetiva de la persona Sorda parte del reconocimiento de la deficiencia (“Persona que no escucha”) y se complementa con la forma de comunicación; así, ser Sordo implica una forma alternativa de comunicación, no una deficiencia o inhabilidad.

El acceso a la lengua de señas es fundamental en la construcción de la subjetividad y por lo tanto de la identidad de los(as) adolescentes sordos, su uso y apropiación posibilitan el ingreso a una comunidad que construye sus representaciones a través de esta lengua visogestual.

Tal como señalaba Oliver Sacks (2000), las personas sordas usuarias de la lengua de señas se refieren a ésta en términos positivos hasta el punto de alabarla.

“... amo, me gusta mucho mi comunicación, mi lengua de señas, la parte de la expresión también”

(Adolescente sordo usuario de LSC. 19 años)

Esta apropiación lingüística resulta determinante en la auto estima de la mayoría de los sordos señantes, quienes reconocen su condición y la ratifican bajo el principio de sentirse bien como persona sorda perteneciente a una comunidad particular.

E. ¿Tú te sientes bien siendo sordo o te gustaría escuchar?

I. No, yo me siento bien siendo sordo, amo ser sordo, me siento feliz, tengo mi lengua de señas que me facilita todo, no me siento frustrado

(Adolescente sordo usuario de LSC. 19 años)

La mayoría de las personas sordas usuarias de las lenguas de señas conforman una comunidad que tiene características que se derivan de experiencias y modos de vida visuales, lo cual tiene incidencia en la construcción de la identidad y la representación de la sexualidad de sus miembros. Así, el ingreso a la “Cultura sorda” tal como lo planteó Harlan Lane (1992), incluye actividades compartidas desde donde surgen diferentes representaciones de la realidad. Estas características de las comunidades de sordos dan cuenta de una gran identidad positiva ya que allí encuentran lo que no tienen en sus hogares con padres y demás familiares oyentes. Situación determinante al momento de elegir pareja, ya que buscan otras personas que utilicen la misma lengua. Al respecto es importante recordar que el mundo de las personas sordas posee una alta tasa de endogamia: alrededor de un 90% (Ibíd.). Así, la representación social de la sexualidad está articulada de manera estrecha con la identificación hacia otras personas sordas que hacen parte de la denominada cultura sorda.

A. “...también de pronto algo propio de los sordos es, el que tienen unos lugares de encuentro y siempre son como muy constantes en encontrarse en comunidad, verse allá, el, el hablar, el compartir un rato y eso ya forma como parte de, de la comunidad sorda. En este caso, por ejemplo, los viernes, los viernes es como ese día especial que buscan ellos para encontrarse.”

(Adolescente sordo usuario de LSC. 19 años)

M. "...los sordos me invitan a salir a bailar, a tomar, normalmente los viernes; a veces vamos a un cumpleaños, no reunimos, lo acordamos ir al cine y siempre todo el grupo de sordos,"

(Adolescente sorda usuaria de LSC. 19 años)

En el contexto de socialización, los(as) adolescentes sordos(as) proyectan sus deseos de pareja e hijos, generalmente enmarcados en la "identidad sorda"; una identidad individual y colectiva que determina la representación de la sexualidad.

E. ¿cómo te imaginas el futuro en términos de pareja?, ¿te gustaría una pareja sorda o una pareja oyente?

I. Para mí, mejor con una pareja sorda."

(Adolescente sorda usuaria de LSC. 19 años)

E. ¿Y tú cómo te imaginas en el futuro con una pareja oyente o con una pareja sorda?

I. Con una pareja sorda

E. ¿Y qué más te imaginas hacia el futuro?

I. Me imagino con hijos, mi esposo sordo con hijos

E. ¿Y esos hijos te los imaginas oyentes o sordos?

I. Sordos."

(Adolescente sorda usuaria de LSC. 19 años)

La representación de la sexualidad entre los adolescentes muestra las características propias de la experiencia visual de la sordera, lo cual determina preferencias al momento de elegir o desear pareja. Así mismo da cuenta del papel que juega el cuerpo en dicha representación

E. ¿Preferirías tener experiencias sexuales con sordos o con oyentes y por qué?

I. Bueno, me gustaría con sordos porque con los sordos es mucho más el contacto visual, nos entendemos, me gusta estar entre iguales para compenetrarnos estar compartiendo con sordos, con oyentes no."

I. Porque para mí es mucho más difícil con oyentes, sentiría pena, no se. Con la gente sorda sería diferente, la identidad....., con el sordo sí sería capaz de mirarlo y de dejarme mirar (refiriéndose a la desnudez)."

(Adolescente sorda usuaria de LSC. 19 años)

La elección de pareja sorda tiene su justificación en el temor a convertirse en sujeto de dominación por el oyente, lo cual da cuenta de relaciones de poder entre los oyentes y los sordos y que a su vez se constituye en elemento determinante en la construcción de las representaciones sociales de la sexualidad. Las relaciones de pareja se conforman en relaciones de poder que determinan la elección hacia los Sordos u oyentes (Skelton y. Valentine, 2007).

J.J. "...yo nunca he tenido una novia oyente, pues de pronto tuve un goce como un momento, pero dicen que de pronto se la dedican, se la montan a uno por la misma facilidad que tienen de oír"

(Adolescente sordo usuario de LSC. 19 años)

J. "Tener un novio oyente es difícil porque el oyente tiene la posibilidad de escuchar y es mucho más ágil sí? y guardar cosas que no le quiere decir al sordo; y el sordo no se da cuenta qué es lo que está pasando, está inocente como de todo porque no sabe qué pasa y eso puede originar situaciones difíciles"

(Adolescente sorda usuaria de LSC. 18 años)

Es importante señalar que aunque la mayoría de los sordos usuarios de lengua de señas se identifican con una pareja sorda e incluso con hijos sordos, algunos pocos plantean lo contrario; pareja oyente e hijos oyentes.

E. ¿Te gustaría tener novia sorda u oyente?

I. Me gustaría que fuera oyente y, en cierta medida, pues podría apoyarme, ya cuando estuviera viejito, pues estaría conmigo ayudándome, no sé. Que fuera como una bendición de Dios que el hijo que yo tuviera fuera oyente. No lo digo porque yo desprecie esa condición de sordo, pero no quisiera que él pasara por ese mismo sufrimiento que yo tuve que pasar."

(Adolescente sordo usuario de LSC. 18 años)

Esta situación se justifica en la necesidad o el deseo de hacer parte del mundo de los oyentes, con mayores oportunidades para la inclusión social, pero al mismo tiempo planteando el conflicto de identidades que conducen al deseo de participar más en el mundo de los oyentes, con mayores dificultades, o estar más cómodos en el mundo de los sordos, con menos

oportunidades de inclusión social, tal como lo plantean Skelton y Valentine (2007).

Los discursos que dan cuenta de los contenidos de las representaciones sociales de la sexualidad en los y las adolescentes sordas, en parte debido al uso de una lengua viso gestual, se caracterizan por ser abiertos y públicos, lo cual pone en cuestionamiento la intimidad. Así, las representaciones sociales de la sexualidad circulan entre los adolescentes sin mayor restricción y en algunos casos toman medidas para que el discurso no sea público.

- E. ¿Cómo crees que se viven la intimidad, porque si ellos se comunican y todo el mundo los ve, entonces qué pasa?
- I. Ah, no realmente son muy pocos los que se reservan la intimidad porque sus padres les han enseñado, los han orientado y saben qué es guardar la intimidad, pero hay otros que no les importa y lo van diciendo, no entienden y lo van diciendo donde estén.
- E. ¿Y qué es más común, que lo digan o que lo mantengan como privacidad?
- I. No, que lo digan, que no respeten la intimidad, huy, eso es un pedo... muchísimos, muchísimos son así."

(Adolescente sorda usuaria de LSC. 18 años)

- I. Yo me he dado cuenta que en las relaciones que tienen los novios con los sordos no manejan la privacidad cuando tienen una relación, se la cuentan a las otras personas sin importarles que eso fue algo como muy, muy privado, muy de ellos."

(Adolescente sorda usuaria de LSC. 19 años)

La anteriores situaciones obligan en algunos casos, que los adolescentes encubran el discurso y realicen acuerdos sobre nuevas señas u omitan algunas que ponen en evidencia la intimidad de sus interlocutores. De esta manera la representación de la sexualidad, que como se ha señalado generalmente para los sordos señantes es abierta, en algunas ocasiones se encubre bajo circunstancias propias de la represión social, donde se reglamenta el sexo mediante discursos útiles y públicos (Foucault, 2006)

- E. Cómo manejan los temas de las novias, el sexo; todos se dan cuenta?
- I. Bueno, eso depende. Por ejemplo, estamos un grupo de compañeros y estamos hablando algún tema, entonces tratamos como de manejar el espacio, no?, buscamos como el lugar más apropiado, miramos si el espacio está bien, depende del lugar donde nos encontremos. Frente a temas como de sexo y masturbación tratamos de omitir las señas como tal, bueno, cuando estamos hablando del sexo y de pronto llega una parte como muy grosera, muy subida de tono, entonces tratamos como de eliminar algunas señas.
- E. Ah ya. ¿Y entienden sin esas señas?
- I. Las reemplazamos por otras señas.”

(Adolescente sordo usuario de LSC. 19 años)

Las representaciones sociales sobre la sexualidad de los y las adolescentes sordos(as) están determinadas por procesos comunicativos vinculados al conocimiento cotidiano. Un conocimiento de sentido común que permite significar y dar sentido a las vivencias de los adolescentes sordos, en una relación de sujetos partícipes de la construcción social (Jodelet, 1986). En este contexto ocurren representaciones que distan del conjunto de conocimientos de los oyentes, posiblemente por las restricciones en el acceso a la información que viven los Sordos, sumadas a las particularidades de la lengua, lo cual hace que en muchos casos las intervenciones políticas para la salud sexual, dejen por fuera a esta población.

- I. No sé si de pronto uno puede estar con una persona que tiene un tipo de sangre diferente al de uno, si pueda uno tener sexo con esa persona o no, no sé.”

- I. Cuando tienen una relación un hombre con una mujer, en el momento de eyacular, no sé si ese esperma, de pronto pueda producir como la muerte en esa otra persona.”

(Adolescente sordo usuario de LSC. 19 años)

Más allá de las preguntas que puedan tener los adolescentes sordos usuarios de LSC, se presentan afirmaciones que difieren del conocimiento común de los oyentes y que se constituyen en elementos de las representaciones sociales de la sexualidad:

I. Bueno, hay una cosa que no sabía. Una mujer que quedó embarazada y luego me contó que estando embarazada podía tener relaciones con el hombre para que la vagina cediera un poco más, eso fue lo que me contó la mujer. A mí me pareció increíble, me pareció casi que imposible, como que no creo, o sea, si está embarazada, cómo se deja penetrar nuevamente?. Eso fue lo que me contaron.

(Adolescente sorda usuaria de LSC. 19 años)

Reconociendo que una de las mayores dificultades que enfrentan las personas sordas de nacimiento en su desarrollo es el acceso tardío a una lengua, sumado al hecho de que un 95% son hijos(as) de padres oyentes (en la presente investigación todas las personas S/sordas entrevistadas fueron hijos(as) de oyentes), la incomunicación en los primeros años de vida hasta la adolescencia con las personas oyentes es una situación casi permanente. Este hecho genera particularidades que asume la “Cultura sorda” y que consideran solucionada cuando acceden a la comunidad de sordos o en otros casos, cuando aprenden la lengua oral. Sin embargo para muchos su relación con la familia (oyente) ha significado el enfrentamiento de tensiones en un medio de constante incomunicación (Skelton y Valentine 2003).

Los(as) adolescentes sordos(as) manifiestan sus dificultades comunicativas con sus padres y entorno de oyentes, lo cual incide en la construcción de representaciones que tienen particularidades en relación con las de la mayoría oyente. Respecto a las dificultades comunicativas los adolescentes plantearon en las entrevistas:

E. ¿Cómo te comunicas en tu casa?

I. Bueno, a ver, la comunicación ha sido un poco difícil, porque, pues mi papá y mi mamá, pues de pronto ellos me hablan cosas muy elementales, o sea me tratan de oralizar y no, siento que ha sido como una gran limitación, entonces a veces siento que como que he padecido mucho con este problema de comunicación.....muchas veces les pregunto, bueno, por qué se presentó esta noticia en un programa y ellos cuentan algo pero muy general.”

(Adolescente sorda usuaria de LSC. 19 años)

Una de las funciones primordiales de las representaciones sociales es que permiten a los individuos adquirir conocimientos e integrarlos a su sistema cognitivo, posibilitando a su vez, las condiciones necesarias para el intercambio y la comunicación (Abric. 2001), pero esto no ocurre de manera descontextualizada ya que la pertenencia a un grupo determinado y la ubicación social resultan determinantes en la disponibilidad de información.

Los adolescentes sordos enfrentan situaciones críticas comunicativas que inciden de manera directa en las representaciones sociales, partiendo de sus intercambios comunicativos primarios en el núcleo familiar.

E. ¿Cómo te sientes frente a la comunicación que estableces eh, con las demás personas de tu casa?

I. Pues personalmente, eh, pensaría yo que en esa comunicación, pues se siente uno como ignorado, mi mamá siempre está es como atendiendo a mi hermana, me siento como desplazado porque, bueno, si ella es mi mamá, entonces para qué se puso a tenerme si en cierta medida no puede comunicarse conmigo.”

(Adolescente sordo usuario de LSC. 19 años)

I. Bueno, la mayor dificultad de comunicación es con mi, con mi papá, mi hermana me ayuda un poco a veces como a interpretar”

(Adolescente sorda usuaria de LSC. 19 años)

Frente a las limitaciones comunicativas en el contexto familiar, surge como posibilidad de desarrollo humano, el vínculo hacia la “familia de elección” donde todos sus integrantes utilizan la lengua de señas. Es allí en ese espacio fundamentalmente (asociación de sordos, colegio y grupo de amigos) donde ocurren las construcciones y representaciones sociales que dan cuenta de una forma de realidad particular. En ese contexto la sexualidad se vive con sus amigos(as) y compañeros(as) de colegio o universidad ya que allí se posibilita la comunicación, la identidad y el afecto.

I. En el colegio me comunicaba con mis amigos sordos a través de la lengua de señas, pues nos gusta y es mucho más clara la comunicación; así me comunico mucho más con los sordos a través de la lengua de señas.

E. Y cómo te sientes frente a esa comunicación?

I. Me gusta, me gusta... a veces cuando me voy a comunicar con oyentes, hay dificultades, me interesa más comunicarme con sordos, que seamos personas sordas comunicándonos porque es mucho más fácil y nos entendemos, por eso me gusta, o sea, es como mi sentimiento hacia la comunidad sorda, me gusta mucho más."

(Adolescente sorda usuaria de LSC. 19 años)

Los(as) adolescentes sordos(as) reconocen las necesidades en materia de información sobre asuntos relacionados con la salud sexual y la sexualidad y ven en esta posibilidad un aporte al bienestar, razón por la cual solicitan a las instituciones educativas apoyo y orientación.

I. Realmente estoy cansada de pedir y de pedir, eh, nosotros en el consejo estudiantil estamos haciendo la propuesta para que por favor nos den más charlas sobre drogadicción y sobre sexo; es una urgencia, no tenemos esa información. Necesitamos a una persona que sea experta y nos forme en esos temas, para que los jóvenes dejemos de tener esas angustias y estemos más tranquilos"

(Adolescente sorda usuaria de LSC. 18 años)

I. Me gustaría que esos temas fueran parte de la universidad, es muy importante capacitarse porque, pues hay muchas personas que quedan embarazadas o tienen infecciones y sobre todo los jóvenes es importante que aprendan sobre el tema."

(Adolescente sorda usuaria de LSC. 19 años)

Valores y Educación

En la estructura de la representación social de la sexualidad y la salud sexual identificada a través de las redes de asociaciones, los valores y la educación están presentes como ejes periféricos complementarios, pero en las entrevistas estos ejes toman mayor importancia, destacándose el reconocimiento de la fidelidad como elemento fundamental.

- A. “Frente a la salud sexual yo me siento como una persona responsable, soy una persona fiel, estoy con una pareja solamente con esa pareja, no estoy andando con uno y con otro, me cuido, cuido mi cuerpo, no me expongo a infecciones, no, no tengo relaciones con otras personas, sino solamente con mi novio, porque considero que es importante, porque yo le he dado, o sea, lo mejor de mí que es la intimidad, la parte de la sexualidad y tengo un compromiso pleno con esa otra persona.”

(Adolescente sorda usuaria de LSC; 19 años)

Estas valoraciones son constitutivas de la dimensión actitudinal como parte del contenido de la representación social de la salud sexual. Allí entran en juego las reacciones emocionales de una de las entrevistadas al determinar un juicio de valor sobre la conveniencia de la fidelidad como parte de la salud sexual. En este sentido los valores sociales se vinculan a la representación social tal como se puede apreciar en el siguiente fragmento:

- A. “Pensaría también, el respeto, la privacidad de la pareja, no entregarle el cuerpo a otro sino ese compromiso que tenemos el uno con el otro; no contagiarnos de una infección, tener ese compromiso de fidelidad.”

(Adolescente sorda usuaria de LSC; 19 años)

La comunidad de los sordos usuarios de la lengua de señas se convierte en un referente de oposición a la salud sexual, en la medida que los(as) adolescentes entrevistados(as) identifican allí (en la comunidad), actividades que según ellos, no corresponden a la salud sexual y dan cuenta de valores particulares con connotación negativa para los entrevistados:

- E. ¿Cómo crees que es la salud sexual en los sordos, en la comunidad sorda?
J. Yo pensaría que no hay salud sexual. Es peor porque solamente como que ellos piensan en los placeres, en los placeres no más. Pues, por la excitación, ellos tienden el pensar en eyacular más.... manejar esa parte, en eyacular, la parte la erección. No es manejable en ellos.”

(Adolescente sordo usuario de LSC. 19 años)

Lo anterior da cuenta de dos elementos fundamentales:

Un primer elemento donde la información y la actitud (como parte del contenido de la representación) sobre la salud sexual de la comunidad de sordos, por parte de los adolescentes entrevistados, es negativa al considerar que la comunidad no tiene salud sexual por estar en función del placer a través de la actividad genital.

Un segundo elemento que da cuenta de las creencias enmarcadas en un modelo biologicista de la sexualidad, donde los sordos son descritos en función de la necesidad de “eyacular” para manejar el impulso sexual. En ese contexto representacional se considera que no existe la salud sexual, ya que es antagónica al placer, a la excitación y a la erección.

Al respecto vale la pena recordar los planteamientos de Brigueiro (2006) quien hace referencia al enfoque escencialista de la sexualidad de la siguiente manera: “Desde este enfoque de la sexualidad, el sexo es un producto de impulsos fisiológicos y pulsiones psicológicas de los individuos que, a su vez, orientan la forma, la frecuencia y el objeto del comportamiento sexual.” (p. 178). Al mismo tiempo se podría decir que subyace un enfoque machista representado en el hombre que necesita eyacular para calmar y controlar el deseo sexual.

La mayoría de los entrevistados plantearon una valoración negativa del goce/sexo (amor pasión en términos de Giddens) y se justificaron destacando conceptos tales como: “responsabilidad”, “respeto”, “convivencia”, “principios”, “afecto”, “comprensión” y “fidelidad”. En ese sentido, se destacan los valores mencionados como construcción positiva

frente al goce sexual que tiene una representación negativa en el discurso consciente, aunque en la práctica muestre lo contrario.

E. Tú asocias la sexualidad con el placer, con el disfrute?

A. Sí, sí como con, como la excitación pensaría, pues siempre nosotras las mujeres pensamos eso, no?

E. ¿Y qué piensas sobre la sexualidad responsable?

A. Pues, no sé, controlarse uno, el ser responsable con su propio cuerpo, pues cuidarlo, eeh, el manejar el cuerpo, pero primero, ante todo, como estar atento ante, ante uno, no? para mí la sexualidad responsable sería, de pronto, que el conocer la otra persona, en que esa persona también tenga como unos principios y como que estemos los dos en la misma línea.”

(Adolescente sorda usuaria de LSC. 19 años)

A partir de la creencia y vivencia sobre la sexualidad relacionada con el placer y la excitación, se considera fundamental, como parte de los principios y valores, la responsabilidad con el propio cuerpo.

E. “Y para ti qué es la sexualidad?

A. Pues yo pensaría, bueno, la sexualidad, yo la asociaría también como con la responsabilidad, yo como persona ser responsable con esa parte, de protegerme,..... Considero que es importante la sexualidad desde que se tenga unos buenos principios, si yo no tengo unos principios y voy a practicar, voy a tener sexo con alguien, considero que no, no estaría bien.”

(Adolescente sorda usuaria de LSC. 19 años)

El respeto se plantea como inherente a la sexualidad por parte de las mujeres Sordas y en algunos casos es antagónico con las relaciones sexuales; es decir, las relaciones sexuales en sí mismas riñen con el concepto de “respeto”:

E. “¿Y hasta dónde llegaba el acercamiento afectivo?”

J. “Cogerse de las manos, sí claro, obvio cogerse de la mano, darse besos, pero de ahí no pasábamos porque yo si sé que teníamos que respetarnos.”

(Adolescente sorda usuaria de LSC. 19 años)

El respeto va más allá de la relación con otros, para situarse también en sí mismo, como un componente importante de la autoestima. Respetarse a sí mismo(a) es constitutivo de la estructura representacional de la sexualidad haciendo énfasis en el cuerpo.

- M. "Pienso en el cuidado, pienso en las dificultades que hay, entonces quiero ser una persona más preventiva, respetar mi cuerpo,....."

(Adolescente sorda usuaria de LSC. 19 años)

En el contexto de los valores y su relación con la sexualidad, los adolescentes enfatizan en la fidelidad, el respeto con el cuerpo de los demás, la atención a la pareja, la honestidad y la sinceridad.

- J.Yo soy una persona, con, pues con una buena formación, respeto a las otras personas, no estoy cogiendo ni a las mujeres, ni faltándoles al respeto"

(Adolescente sordo usuario de LSC. 19 años)

- A. Bueno, soy una persona con unos valores, unos principios, de responsabilidades, de respeto, eh, tengo unos principios morales, soy sensible, cariñosa, tierna, humm, no me gusta de pronto ser muy explosiva, estoy atenta, de pronto, si tengo una relación, estar atenta en mi noviazgo en mi pareja.

(Adolescente sorda usuaria de LSC. 19 años)

Llama la atención que mientras en la red de asociaciones sobre "sexualidad", de los hombres, el núcleo figurativo se configura en el goce/sexo, en las entrevistas las relaciones sexuales se presentan con restricciones y prohibiciones cuando ocurren a edad temprana o en relaciones no convencionales. Estos planteamientos son más comunes en las personas que no han iniciado relaciones sexuales que aquellas que ya tienen actividad sexual compartida.

- J. "Bueno, el noviazgo lo considero que es importante, el respeto de una pareja, el no estar con uno y con otro, él que no lo vayan a engañar a uno, el que le digan las cosas a uno de frente si de pronto no se sienten bien, el compromiso entre los dos y pues, de pronto, ya

va pensando uno en matrimonio, el... siento respeto tanto por esa otra persona como por uno, el no pensar en tener relaciones sexuales temprano.”

(Adolescente sordo usuario de LSC. 19 años)

Higiene

La comunicación a través del cuerpo y de la imagen corporal reviste una gran importancia para la vida social de las personas (Espeitx, 2008). El cuerpo es objeto de consumo social, transformación estética, manifestación afectiva, espiritual y expresión individual y colectiva, entre otras. Para los adolescentes sordos usuarios de LSC, el cuerpo es lenguaje, significativo y significado, pero además en él recae la salud y la enfermedad; allí cobra gran importancia la imagen que los(as) adolescentes sordos(as) tienen de sí mismos.

E. “¿cuál es la idea que tú tienes sobre salud sexual?”

J. No sé, higiene, cuidado del cuerpo del hombre y la mujer. Respetarse y querer el cuerpo, estar bien presentado, cuidarse de las enfermedades.

(Adolescente sorda usuaria de LSC; 18 años)

La representación del cuerpo bañado y limpio es una condición fundamental para vivir las relaciones sexuales, en una articulación entre limpieza y sexualidad, la cual se articula al campo representacional:

M. “Pues pienso que primero uno se baña y entra a la cama, se acuesta y tiene relaciones con su pareja debajo de las cobijas.”

(Adolescente sorda usuaria de LSC; 19 años)

Estas creencias resultan cercanas a aquellas que circulaban en la nobleza europea de mediados del siglo XVIII y XIX, cuando se trataba de la preparación para una boda, tal como lo describe el duque de Croy, haciendo

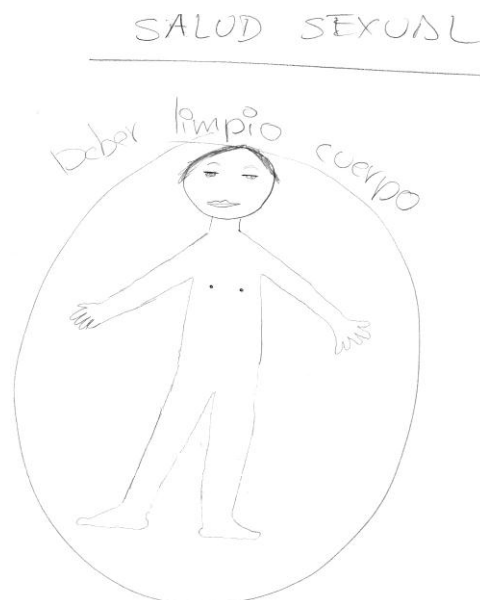
referencia a la boda de la hija del duque de Havré en 1762: “El baño de su hija se asemeja al del siglo XVIII, reservado a las grandes ocasiones de la vida, aquel que, en particular la víspera de las bodas distinguidas, tenía por escenario el establecimiento público de los baños” (Vigarello, 1991, p. 128).

Resulta llamativa la relación entre el cuidado del cuerpo y la higiene corporal cuando se piensa en la salud sexual. El aseo de los genitales se plantea como importante para la ausencia de infecciones de transmisión sexual.

J. Ah, bueno, sí es limpieza de baño, de agua, pero también limpieza de por ejemplo las personas que tienen relaciones, que sean personas limpias, sin enfermedades

(Adolescente sorda usuaria de LSC; 18 años)

En los dibujos realizados por algunos adolescentes sordos usuarios de LSC, sobre la salud sexual, aparece un predominio de temas genitales y del cuidado del cuerpo. Un ejemplo de este tipo de situaciones se puede ver a continuación



Dibujo realizado por adolescente sordo, estudiante de secundaria, grado 11

Planificación y Embarazo:

De manera particular en este grupo de adolescentes, las creencias, opiniones y conocimientos comunes sobre la planificación familiar y el embarazo, no ocupan un lugar primordial en la representación social de la salud sexual y la sexualidad, aunque en los contenidos de la representación se presentan algunas características que es importante resaltar.

Se puede decir que existe un conocimiento general de los métodos anticonceptivos y de prevención de la transmisión de enfermedades sexuales (ITS), sumado a las confusiones y construcciones de saberes particulares, posiblemente debidos a la falta de información.

E. ¿Para qué sirve el condón?

I. Evita las infecciones y que el hombre transmita la infección a la mujer y para prevenir embarazos.

(Adolescente mujer sorda usuaria de LSC. 18 años)

I. Bueno al comienzo, no sé, de pronto, pues como yo nunca había vivido eso, como yo nunca había tenido esa experiencia, pues él (el novio oyente) creo que era como muy comprensible, me decía que no me angustiara, trataba como de explicarme, pues de los diferentes métodos que había.... fue cuando él me llevó los óvulos, entonces yo pensé tomarlos vía oral y fue cuando me dijo que no, que era vía vaginal.

E. Entonces planificas con óvulos.

I. Pues yo estoy utilizando píldoras y también óvulos, pero en este momento estoy utilizando más los óvulos. El condón, pues también, pero de pronto me da miedo tener que arriesgarme, de pronto un condón por ahí roto o algo, entonces considero que pues lo mejor, son los óvulos, los óvulos vaginales. En este momento estoy utilizando es óvulos.

(Adolescente mujer sorda usuaria de LSC. 19 años)

En el relato anterior, la adolescente explica el uso de los óvulos anticonceptivos como un método más seguro que el condón. Se sabe que el uso de los óvulos tiene una efectividad del 82% (Al respecto la OMS

señala una tasa de fallo en usuarios típicos del 18%)¹², mientras que en los condones la tasa de fallo de usuarios típicos es de 10%. Este tipo de situaciones son comunes en los(as) entrevistados(as) y se acentúan en aquellos casos donde todavía no hay experiencias sexuales compartidas.

E. ¿Tienes otras preocupaciones además del Sida?

I. Bueno no sé, también tengo alguna con respecto a la parte del sexo. En cuanto a los métodos anticonceptivos, no sé, pues yo sé que las mujeres planifican, no sé los hombres, sé que las mujeres tienen la operación de las trompas de Falopio, no sé nosotros los hombres?.

(Adolescente hombre sordo usuario de LSC. 19 años)

El embarazo aparece en las representaciones de la sexualidad como una situación negativa, un problema que genera preocupación y temor en algunos adolescentes sordos. De hecho, históricamente la mayoría de los Sordos(as) han sido dependientes de sus padres oyentes en la crianza de sus hijos, lo cual es considerado parte de su realidad. Las nuevas generaciones de sordos usuarios de lengua de señas, que se caracterizan por haber alcanzado niveles superiores de educación (bachilleres y estudiantes universitarios que se integraron al sistema educativo con intérpretes), se plantean otras posibilidades diferentes frente a la paternidad y el control del embarazo, pero aún falta información y orientación para asumir de manera autónoma su sexualidad reproductiva.

E. ¿Y tú qué piensas sobre la sexualidad de los adolescentes y jóvenes sordos?

I. No, yo pienso que es super negativa, se han visto muchos embarazos, pues por eso mismo por desconocimiento, o que quedan embarazadas

(Adolescente sordo usuario de LSC. 19 años)

¹² OMS (1988). Anticonceptivos de barrera y espermicidas. En: <http://whqlibdoc.who.int/publications/1988/9243561014.pdf>.

- I. No sé, de pronto, lo que yo he podido ver tanto en sordos como oyentes o en los contextos que he estado, veo que se han presentado muchas, muchos accidentes, ya sea por falta de información.....
- E. ¿Cuáles son los problemas o los accidentes a los que te refieres?
- I. No sé, yo lo que he notado muchísimo es, no es porque sea chismoso, pero, eh, de pronto lo que he visto es más embarazos en adolescentes

(Adolescente hombre sordo usuario de LSC. 20 años)

De las personas sordas usuarias de lengua de señas, se puede observar que el imaginario popular construyó una visión estigmatizante, que los considera como personas que tienen una adolescencia diferente de los otros jóvenes oyentes, revistiendo esta etapa del desarrollo de mitos y tabús (Pinheiro Filho, T. Y otros. 2010). Esta situación hace que ellos mismos se asuman en desventaja frente al manejo de los temas relacionados con la salud sexual y la sexualidad. De hecho, la comunidad de personas sordas que históricamente ha sido dependiente en temas como la crianza de sus hijos (95% oyentes) y que actualmente empieza a cambiar su papel por el acceso a nuevos espacios educativos y sociales, se define con miedos y temores frente a la maternidad y la paternidad.

- I. Bueno yo tengo dudas y miedos
- E. ¿Y qué dudas y miedos tienes?
- I. No sé, como la curiosidad de qué es estar con otros, con un hombre, pero al mismo tiempo siento mucho miedo,
- E. ¿Por qué miedo?
- I. Porque hay hombres que de pronto son muy vivos, yo no quiero quedar embarazada, no quiero sufrir, no quiero sentir dolor y eso me da mucho miedo?

(Adolescente mujer sorda usuaria de LSC. 18 años)

6.2 Adolescentes Oyentes

Salud sexual

Los resultados de las redes de asociaciones sobre la “salud sexual” de este grupo de adolescentes, mostraron que la mayoría de ellos y ellas realizaron asociaciones agrupadas en un núcleo central correspondiente a la categoría de “Prevención Sexual”, lo cual significa que la primera imagen mental que llega a este grupo de adolescentes, frente al término inductor “salud sexual”, se relaciona con todo aquello que es considerado conveniente para evitar la adquisición de infecciones de transmisión sexual.

Esta situación es coherente con la propuesta de salud sexual que se inició en los años 70 del siglo pasado en nuestro país y que sigue vigente en la mentalidad de los adolescentes, la cual plantea una relación estrecha entre el ejercicio de la sexualidad, centrada en las relaciones sexuales, acompañada de la prevención de infecciones de transmisión sexual en un contexto ideal de amor, autonomía y responsabilidad que tiene aprobación social.

Es importante subrayar que las asociaciones referentes a la autonomía y responsabilidad, que en este caso hacen parte de los ejes periféricos de la representación, dan cuenta de las posibilidades de hacer propia la intimidad y defenderla., teniendo en cuenta que una propuesta democrática incorpora los principios de autonomía y libertad, entre otros, y en esa medida da cabida al derecho que tienen los ciudadanos a la intimidad. (Giddens. 2000).

Aproximadamente el 37% de los adolescentes oyentes reivindican los principios de autonomía y responsabilidad en las redes de asociaciones, situación que se transforma con mayor potencia en las entrevistas como se verá más adelante.

Si bien, la prevención sexual es el núcleo figurativo en las redes de asociaciones para hombres y mujeres, el campo representacional de la salud sexual en su conjunto presentan algunas características que los diferencian.

Para los hombres el núcleo figurativo de la prevención sexual tiene una relación complementaria con los ejes periféricos del goce sexual, el amor romántico y las enfermedades que deben ser atendidas por los servicios hospitalarios. Esta situación se puede ilustrar de la siguiente manera:

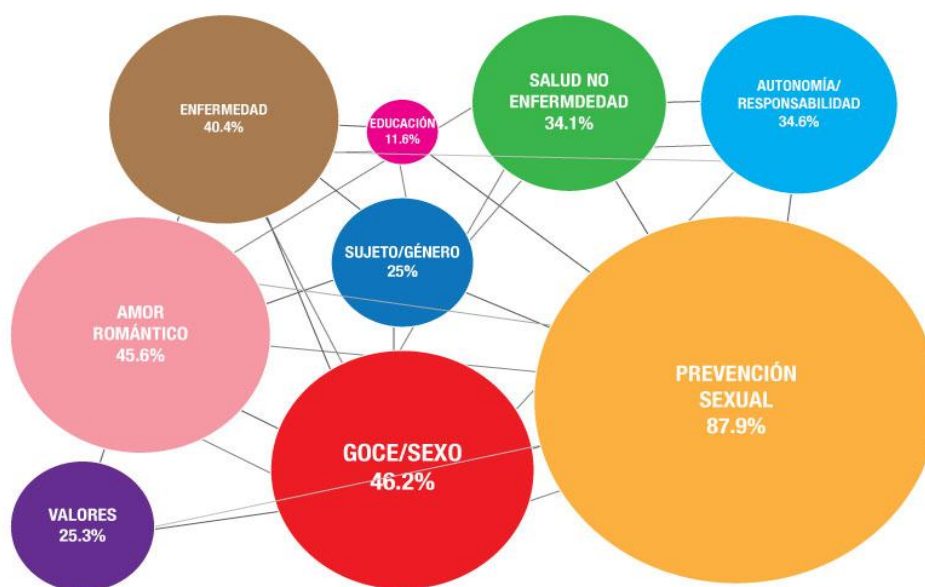


Gráfico No. 6. Red de asociaciones de salud sexual. Hombres adolescentes oyentes

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede identificar que la construcción representacional de la salud sexual basada en la prevención de las enfermedades, continúa su estrecha relación con el campo biológico, incluyendo el goce sexual, pero acompañada de las relaciones amorosas que tienen aprobación social. Allí tienen sentido dos elementos propuestos

por el sistema de formación y educación sexual: asumir los servicios médicos (ojala bajo la perspectiva de los denominados servicios amigables) y la autonomía y responsabilidad como elemento integral de la salud sexual. Se reconoce así, en las redes de asociaciones, la demanda social de la responsabilidad sexual de los adolescentes.

Por otra parte, resulta llamativo que de todos los adolescentes, solo tres (3) realizaron asociaciones entre la salud sexual y el embarazo, como si no existiera preocupación por este evento como parte de la salud sexual. Este asunto es observado en los contenidos de las representaciones a través de las entrevistas y se analiza su correspondencia con los fenómenos culturales tal como lo plantea Cecconi (2003).

También llama la atención que aunque en la actualidad se promueven los servicios “amigables” de salud sexual para los adolescentes y jóvenes, solamente 9 de los 72 adolescentes que realizaron las redes de asociaciones mencionaron al menos una vez los servicios médicos. Esta situación da cuenta de la distancia que aún existe entre los adolescentes y los servicios oficiales de promoción de la salud sexual.

En lo que respecta a la estructura representacional de la salud sexual en las mujeres y enfatizando en el núcleo figurativo, se pueden destacar las siguientes características:

La mayoría de las asociaciones de las mujeres se agruparon, al igual que los hombres, en la categoría “Prevención Sexual” seguida de “Amor Romántico”; es decir que se reconoce que la actividad sexual debe estar acompañada de actividades o dispositivos que prevengan las enfermedades, pero en un contexto de relaciones afectivas formales como el noviazgo.

El campo representacional que se estructura a partir de las redes de asociaciones, además del amor romántico, involucra otros ejes periféricos tales como “Autonomía/responsabilidad”, “valores” y “salud no enfermedad”. Se nota de esta manera una organización determinada por el deber ser consecuente con lo políticamente correcto en materia de salud sexual.

A continuación se presenta la estructura de la red de la salud sexual para el caso de las mujeres:

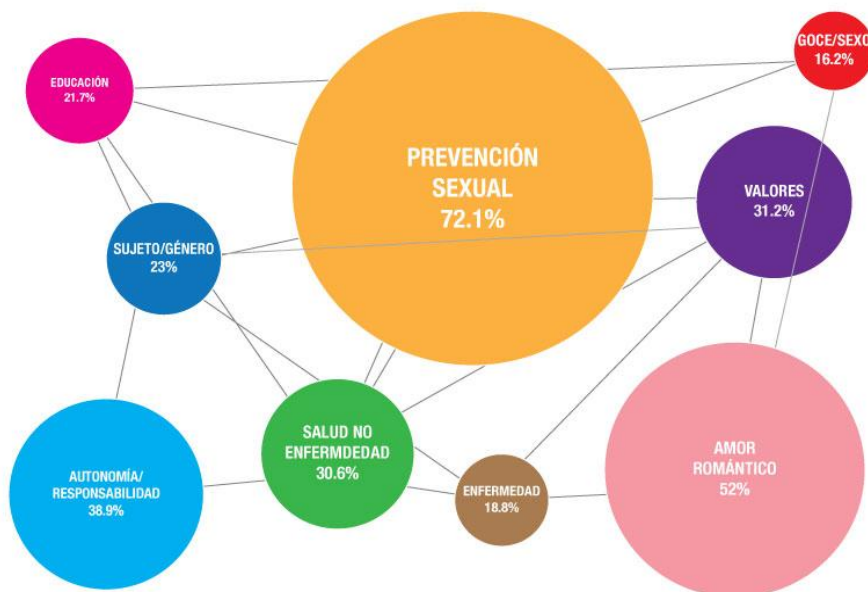


Gráfico No. 7. Red de asociaciones de salud sexual. Mujeres adolescentes oyentes

Lo anterior posibilita identificar que para las adolescentes la salud sexual se estructura en una relación que articula principalmente la prevención de las enfermedades, el amor romántico, reconocido socialmente como una forma de acceder a la sexualidad y la autonomía para tomar decisiones responsables sobre la actividad sexual.

También para las mujeres las asociaciones con los servicios hospitalarios y los medicamentos se ubican como un eje periférico en la estructura representacional de la salud sexual; se reconoce la existencia de tales servicios para utilizarlos si fuera necesario.

Al igual que los hombres, el tema del embarazo no ocupa un lugar importante en las asociaciones de las adolescentes. Pareciera que este tema no fuera preocupación para los(as) adolescentes oyentes de la presente investigación, es decir que el embarazo temprano no planificado no se articula a la estructura representacional de la salud sexual como un elemento significativo. Esta situación se profundizará en las entrevistas.

Es importante diferenciar las respuestas de asociación de los adolescentes de los tres (3) grupos, ya que se identifican diferencias entre los adolescentes menores (escolares) con los adolescentes universitarios. Para los hombres de la Universidad/oyentes, la mayor frecuencia de asociaciones correspondió a las categorías Prevención sexual y Goce/Sexo (amor pasión); ésta última no tuvo la misma relevancia en los otros grupos. Se puede explicar esta situación teniendo en cuenta las diferencias de edad, para decir que en los adolescentes cuyas edades corresponden a la franja 16-19 años, predomina la prevención y el amor romántico, mientras que los adolescentes cuyas edades están entre los 18-21 años, y que ya han tenido mayor número de experiencias sexuales compartidas, el goce sexual toma mayor relevancia constituyéndose en elemento principal del núcleo figurativo de la representación de la salud sexual. Esta situación no ocurre de igual manera en las mujeres universitarias, en quienes la prevención y el amor romántico, como núcleo figurativo, se complementa con el componente periférico de la categoría “Relaciones Convencionales”, donde se incluyen

asociaciones tales como “noviazgo”, “pareja”, “parejas”, “familia” y “sociedad” entre otras.

Los resultados de las redes de asociaciones en los diferentes grupos de adolescentes oyentes posibilitan reconocer que en la medida que aumenta la edad de éstos(as), sus asociaciones de la salud sexual basadas en el deber ser (el discurso políticamente correcto) se van transformando con las experiencias sexuales que empiezan a vivir hasta hacer visible los temas eróticos.

Los lineamientos de política sobre salud Sexual y reproductiva que se presentaron en el año 2003 en Colombia, plantearon que la salud sexual y reproductiva tenía que ver con varios asuntos: Bienestar físico, mental y social; ausencia de enfermedades; disfrute de la vida sexual satisfactoria sin riesgos; derecho a procrear; derecho a obtener información para la toma de decisiones libres; elección de métodos de regulación de la fecundidad; eliminación de la violencia doméstica y sexual; derecho a recibir servicios adecuados de atención en salud; acceso a programas de promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, en los diferentes grupos humanos.

Al observar los anteriores asuntos mencionados en la definición de salud sexual de la política y al compararlos con las asociaciones libres de la red que realizaron los adolescentes oyentes, se puede identificar que algunas categorías no tienen cabida en dicha definición. Es el caso de las categorías “Amor romántico”, “valores” e “identidad”. Pareciera que estos elementos no hicieran parte de la definición de salud sexual en la política y por lo tanto no se tuvieron en cuenta al momento de generar lineamientos de trabajo con los adolescentes. Esta situación amerita un trabajo más profundo sobre la relación entre la prevención de las infecciones de transmisión sexual y las

creencias y opiniones sobre el amor romántico y pasional (utilizando los conceptos de Anthony Giddens).

Sexualidad

Los resultados de las redes de asociaciones sobre la “sexualidad” permiten identificar en primera instancia, que la mayor frecuencia de asociaciones está agrupada en la categoría “Prevención sexual” y tiene como ejes periféricos las categorías de “Amor romántico” y “Goce/Sexo” para hombres y mujeres; esta estructura es similar a la de la salud sexual.

En el caso específico de los hombres, el núcleo central de la representación correspondiente a la prevención de las infecciones de transmisión sexual, se acompaña de ejes periféricos correspondientes al amor romántico, el goce sexual, las relaciones convencionales y el sujeto/género. Se identifica así una fuerte relación entre la prevención de las enfermedades frente al goce sexual, pero acompañada de elementos reguladores en el ámbito social; las relaciones convencionales (pareja, novios, hombre/mujer, entre otros) y las condiciones de género, donde se destaca la heterosexualidad. Dicha estructura se dibuja de la siguiente manera:

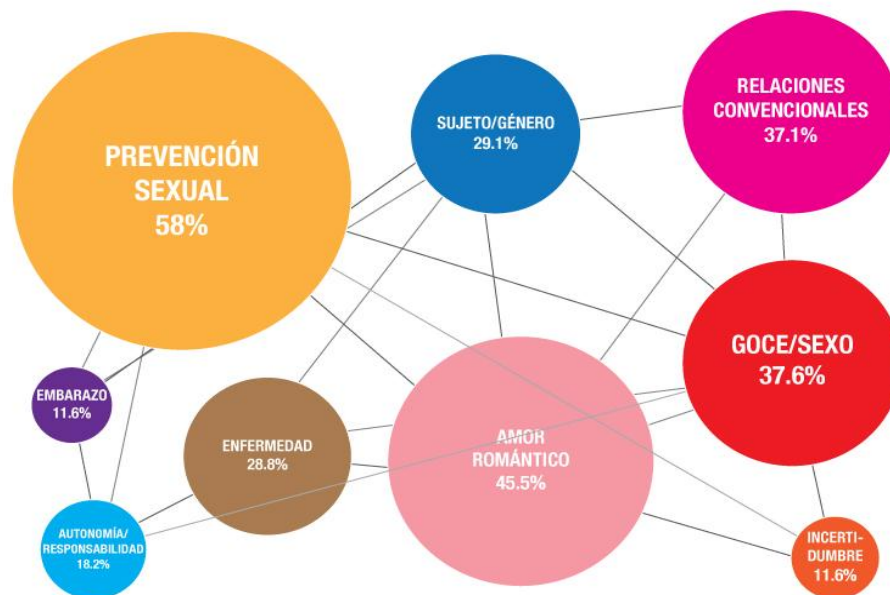


Gráfico No. 8. Red de asociaciones de sexualidad. Hombres adolescentes oyentes

Aunque se nota en el anterior gráfico que la sexualidad está asociada con la prevención de las enfermedades y el amor romántico, como un ordenador social de las actividades sexuales, esta estructura cambia en la medida que aumenta la edad de los adolescentes. Mientras en los escolares la prevención se complementa, en primera instancia, con el amor romántico, en los adolescentes universitarios se complementa con el goce sexual. Esto significa que frente al término inductor de la sexualidad, los más jóvenes asocian este término principalmente con la prevención de las enfermedades sexuales y con el discurso social normativo donde se considera que las relaciones sexuales deben ocurrir en una pareja formalmente constituida (novios, convivencia o matrimonio). Por su parte los adolescentes universitarios quienes ya han iniciado actividades sexuales de pareja, asocian la sexualidad, después de la prevención, con el goce sexual; es decir que surge mayor interés por el goce seguido de las relaciones convencionales. En otras palabras, lo que se hace evidente es que en la

medida que aumenta la edad de los adolescentes hombres, el discurso de las sensaciones sexuales y el erotismo se convierte en un elemento importante de la representación social de la sexualidad, como se podrá constatar más adelante con las entrevistas realizadas. Vale la pena mencionar aquí que esta situación ocurre de manera inversa con los adolescentes sordos usuarios de la lengua de señas, quienes empiezan asociando la sexualidad con las sensaciones y el erotismo, pero en la medida que aumenta su edad, se surge en ellos el discurso normativo y regulador que encuentra consentimiento y autorización del sexo en la pareja convencional.

De hecho, los adolescentes hombres y mujeres con menor edad (los estudiantes del Colegio Distrital) reproducen a través de las redes de asociaciones, un modelo biologicista de la sexualidad donde lo fundamental es el control de las infecciones de transmisión sexual a través del amor romántico que remite a la fidelidad y el compromiso en relaciones socialmente aceptadas y avaladas.

El núcleo figurativo de la prevención está acompañado con otras asociaciones menos visibles que se agrupan en las categorías: “Autonomía/responsabilidad”, “sujeto/Género” e “Incertidumbre”. Estas categorías muestran la necesidad de consolidar la identidad y el temor frente a las experiencias nuevas en sexualidad que los(as) adolescentes empiezan a vivir.

Esta organización del campo representacional de la sexualidad a partir de las redes de asociaciones se inscribe en la institucionalidad y tiene el reconocimiento que les permite a los adolescentes iniciarse en la vida adulta. Los sentimientos de este tipo de amor (romántico y convencional) se convierten en garantía para enfrentar las infecciones de transmisión sexual,

haciendo uso de métodos de protección que los adolescentes mencionan con amplio conocimiento. Lo anterior se complementa con el reconocimiento de los sujetos sexuados (mujer, hombre, pareja, género) desde una óptica hegemónica heterosexual.

El caso de las mujeres, la estructura de la representación, muestra características similares a la de los hombres, pero con algunas diferencias en los ejes periféricos que dan mayor importancia al amor romántico, la autonomía y la responsabilidad sexual como se puede apreciar en el siguiente gráfico:

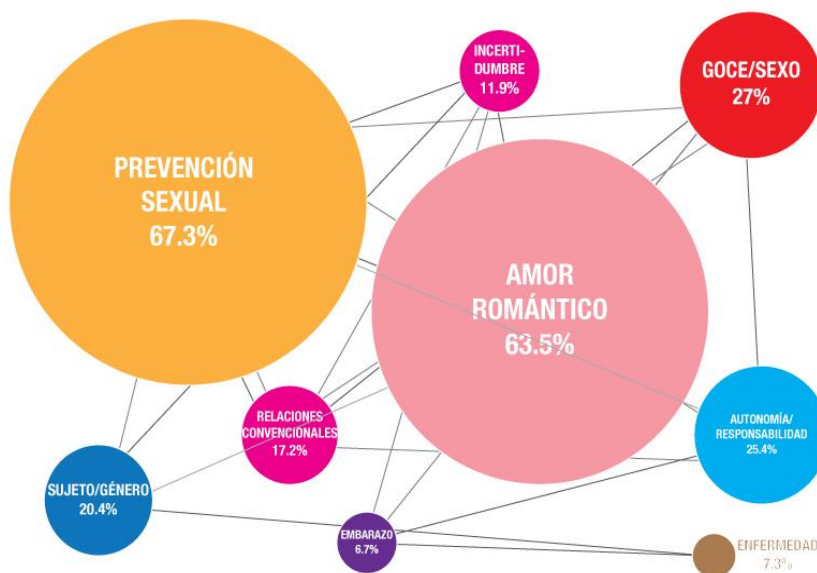


Gráfico No. 9. Red de asociaciones de sexualidad. Mujeres adolescentes oyentes

Simultáneamente con la atracción por otras personas, los y las adolescentes después de los 18 años empiezan a consolidar su identidad sexual, luchan por romper con la dependencia familiar al mismo tiempo que van ganando

autonomía, es decir que se van independizando emocionalmente de su familia (Ministerio de la Protección Social, 2008). Así mismo, los hombres y las mujeres se estructuran en diferentes procesos de identidad, los cuales se expresan con diferentes opiniones, sentimientos y creencias hacia la sexualidad. Estas diferencias se hacen visibles en los hombres y mujeres universitarios(as) que participaron en la presente investigación.

Para los hombres de la Universidad/oyentes la mayoría de asociaciones se agrupan en la categoría Goce/Sexo, acompañada de tres categorías complementarias: Amor romántico, Relaciones convencionales y Autonomía/responsabilidad. Se identifica así un eje central basado en las pulsiones del amor pasional basado en las experiencias del cuerpo y el placer, mediado por las instancias sociales y culturales del amor racional, la autonomía y la responsabilidad.

Esta situación es coherente con el momento que empiezan a vivir los estudiantes universitarios, quienes a partir del distanciamiento de sus hogares, experimentan la libertad y el deseo de vivir el sexo de manera intensa y liberadora, pero están inscritos en los ordenadores del amor racional y romántico, así como de la autonomía y responsabilidad que se les ha asignado en el orden social. En esta estructura la prevención de las infecciones de transmisión sexual ocupa un lugar secundario, al contrario de lo que ocurre con los adolescentes más jóvenes. Se presenta entonces una organización que se constituye como eje central de la representación de la siguiente manera:

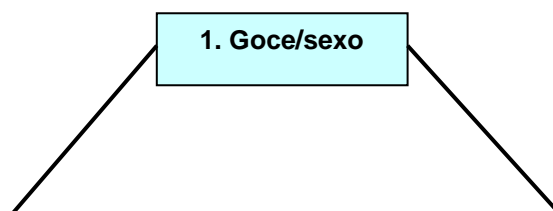




Gráfico No. 10. Red de asociaciones de sexualidad. Hombres adolescentes oyentes. Universidad/oyentes.

Para el grupo de las mujeres universitarias sus principales asociaciones frente al término inductor “Sexualidad”, constituyen una organización del núcleo central diferente a la de los hombres:

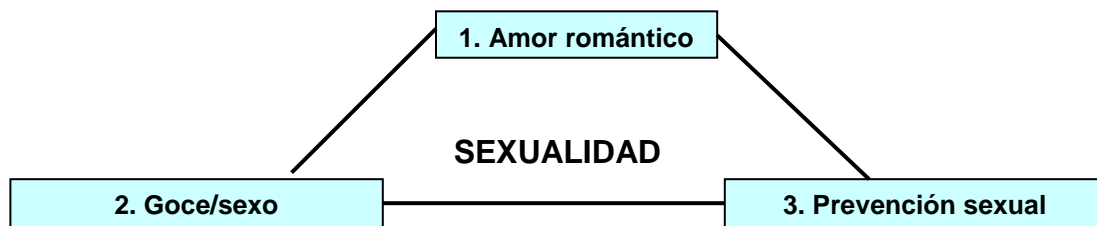


Gráfico No. 11. Red de asociaciones de sexualidad. Mujeres adolescentes oyentes. Universidad/oyentes.

Las mujeres priorizan, como núcleo central de la representación, las asociaciones agrupadas en la categoría “Amor Romántico”. Este eje está complementado por las categorías “Goce/Sexo” y “Prevención Sexual” en orden de frecuencia. Dicha estructura da cuenta de la importancia que tiene para las mujeres, el amor convencional con reconocimiento y compromiso social en el contexto de la sexualidad; tener una pareja en el marco del amor romántico.

La diferencia con los hombres es puntual, ya que para las mujeres el eje es el amor romántico y se soporta en el goce sexual y la prevención de

enfermedades, mientras que para los hombres el eje central es el goce sexual y se soporta en el amor romántico y la responsabilidad.

Estos hallazgos tienen relación con los estudios de Nenchí y otros (2000) y Pantelides y Domínguez (1995), donde se muestra que las mujeres adolescentes se inician mayoritariamente en relaciones amorosas con quienes identifican como sus novios, mientras que la mayoría de los varones lo hacen en relaciones más disociadas y ocasionales, mostrando mayor heterogeneidad en cuanto a la pareja elegida para la iniciación.

Entrevistas

Las entrevistas realizadas a este grupo de adolescentes posibilitaron profundizar en los contenidos de las representaciones sociales, indagando las creencias, opiniones, actitudes y conocimientos comunes de la salud sexual y la sexualidad. En este proceso se identificaron los mismos componentes de las redes de asociaciones pero con mayor profundización y caracterización en el siguiente orden:

Salud y prevención de la enfermedad, Amor romántico, relaciones convencionales y amor pasional como eje central de la representación. En los ejes periféricos se encontraron las categorías correspondientes a: valores, educación, planificación y embarazo. Se menciona también la categoría “Identidad y comunicación”, para señalar la importancia de los procesos comunicativos en la educación sexual de los adolescentes y para aportar elementos comparativos con las representaciones sociales de la salud sexual y la sexualidad realizadas por los adolescentes sordos usuarios de la lengua de señas.

Salud y prevención de la enfermedad:

Los conocimientos comunes sobre la salud sexual por parte de los(as) adolescentes contemplan cuatro áreas fundamentalmente: la prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS), asistencia a servicios médicos, el bienestar general, y la fidelidad.

1. La reflexión sobre la salud sexual se centra fundamentalmente en la prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS), enfatizando en el cuidado al momento de tener relaciones sexuales. Se trata de un planteamiento médico bastante difundido en las políticas de salud sexual y reproductiva de los últimos años en el país. De hecho, una de las líneas de acción más sobresalientes en la política actual de salud sexual y reproductiva es la “promoción de la salud sexual y reproductiva mediante estrategias de intervención” (Ministerio de la Protección Social, 2000) que promuevan el autocuidado de los adolescentes frente al embarazo temprano y la prevención de algunas de las ITS.

Eh, ¿A qué tipo de prevención se refiere?

AE. De las enfermedades en el cuerpo de uno, como en el de la pareja, o sea, con la persona con la que se haya tenido la experiencia.

(Mujer adolescente oyente 21 años)

Las opiniones sobre el cuidado de las infecciones de transmisión sexual, como elemento central de la representación se acompaña del deber ser social que resalta tenencia de pareja y la fidelidad. En ese sentido la protección de la enfermedad se soporta en las relaciones monogámicas como escenario idóneo y normativo para el ejercicio de las relaciones sexuales.

E. ¿qué piensas tú que es lo más importante de la sexualidad?

Y. No, cuidarse, hum, cuidarse, cuidarse y estar con una persona, pues con la pareja de uno.

E. ¿A la que tú quieras?

Y. A la que uno quiere, sí, o al novio de uno, pues para eso uno tiene su novio.

(Mujer adolescente oyente. 19 años)

Para los hombres las ITS tienen además una connotación simbólica con su cuerpo, que afecta de manera rigurosa la autoimagen de la masculinidad. Tener una enfermedad que se visibilice en el pene significa desvalorización como hombre y riesgo de perder la procreación. De alguna manera es “dejar de ser”.

E. Cuál es tu concepción personal o sea tu creencia sobre lo que es la salud sexual?

S. La salud sexual para mí es protegerme al máximo porque para mí la parte que mas me dolería que diera una enfermedad sería ahí (refiriéndose al pene). Digamos que la enfermedad ya esté muy avanzada eso para mí sería muy doloroso. Yo he visto en Internet unas fotos y uff no, para mí es muy fuerte, a mí no me gustaría estar mirando una foto de mis genitales vueltos nada, entonces yo prefiero cuidarme demasiado bañarme bien.

E. ¿Entonces, el significado de la salud sexual en tu vida, cuál es, qué significa la salud sexual en tu vida?

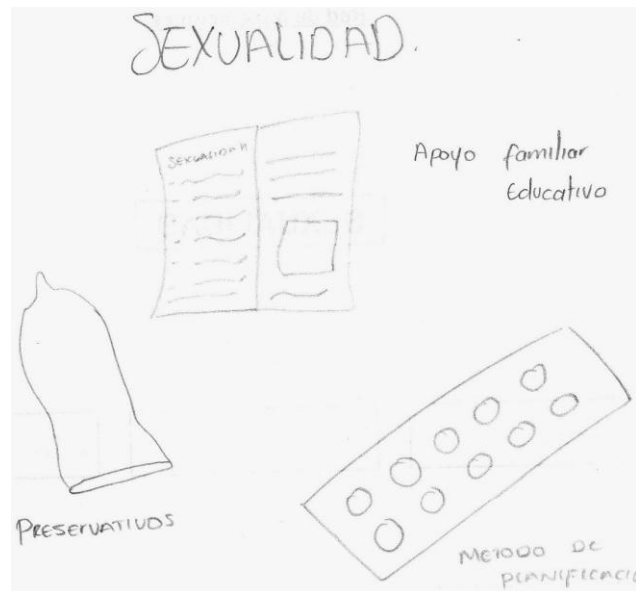
S. Para mí cuidarme.

(Hombre adolescente oyente. 19 años)

El temor a la enfermedad se acompaña de una postura higienista asociada con la limpieza que se realiza con agua y jabón. Este tipo de planteamientos siguen presentes en algunas representaciones de la salud sexual y evocan las propuestas higienistas de la salud pública hasta entrados los años 60 del siglo pasado.

Al solicitar a algunos adolescentes que dibujaran el concepto de la salud sexual, fue común que en primera instancia representaran temáticas asociadas con métodos de planificación, seguidas de servicios médicos y sobre parejas en un contexto romántico.

A continuación se presenta un dibujo referente a métodos de prevención de ITS y de embarazo:



Dibujo realizado por adolescente oyente estudiante de secundaria, grado 11

A pesar que en los adolescentes oyentes entrevistados, el temor al sida no presenta una carga emocional significativa, toma mayor forma la representación de la sangre como vehículo de transmisión de enfermedades. La sangre alcanza una representación importante porque en ella se transportan las enfermedades y por lo tanto los riesgos.

E. ¿qué cosas has escuchado sobre la salud sexual?

Y. Pues, las enfermedades, eso sí me parece, me da miedo, me da miedo eso porque, sí?, me da miedo esas enfermedades, que por nada, o sea, en sangre, o el Sida, o sea, de todo que lleve con sangre, ya uno, no?, me parece como muy riesgoso.

(Mujer adolescente oyente. 19 años)

Por otra parte la transmisión de ITS y su prevención está relacionada con las condiciones sociales, económicas y culturales de los adolescentes. De hecho, uno de los determinantes de la adquisición de ITS y de la fecundidad adolescente está determinado por las características del hogar y las características de los individuos (Ministerio de la Protección Social. 2009).

En las características del hogar se encuentran elementos determinantes en la adquisición de infecciones de transmisión sexual tales como. Estructura familiar, activos, ingresos, estatus socioeconómico; en las características de los individuos están la educación, el empleo y la edad. También es importante mencionar el nivel contextual referente a los factores de la comunidad y los factores culturales tales como el uso de la planificación familiar, edad promedio a la unión, valores, normas sociales y significados (Flórez, y Soto (2006), citando a Simmons, 1985)

E. ¿Cómo crees tú que es la salud sexual de los adolescentes?

S. Pues no hay, porque los adolescentes ahorita, pues prefieren gastarse el dinero en una cerveza que comprarse un condón y cuando ya ven los riesgos, ya dicen, ay, por qué no me compré el condón.

E. ¿Y los riesgos serían cuales?

S. Tener gonorrea, eh, cómo es que le dicen..., que lo vacunan, que uno no puede orinar bien.

(Hombre adolescente oyente. 19 años)

La representación de la salud sexual tiene el núcleo central en la prevención de las ITS, articuladas al goce sexual. Dicha prevención representa la necesidad de tomar distancia de la enfermedad, que es imaginada (las imágenes mentales de la enfermedad) como destructora del pene a través de la infección y que afecta además su función sexual y fisiológica (orinar).

El temor a enfermedades en los órganos genitales también se presenta en la mujer con las mismas características que en los hombres.

E, Y por qué no vas al ginecólogo?

A. Pues del mismo miedo a que me digan que tengo algo o que no puedo, no sé...

E. ¿Qué?

A. Como una enfermedad o una infección o algo.

E. ¿O sea, una enfermedad causada por la sexualidad?

A. No sólo por la sexualidad, sino por infecciones que dan.

(Mujer, adolescente oyente. 21 años)

2. La asistencia a los servicios médicos resulta prioritaria sobre todo para algunas de las adolescentes entrevistadas. Consideran fundamental asistir al ginecólogo, aunque algunas reconocen la importancia de esta visita pero no la realizan. El tema de la asistencia a los servicios médicos es expresado por las mujeres y muy esporádicamente por los hombres

E. ¿Para qué sirve la salud sexual?

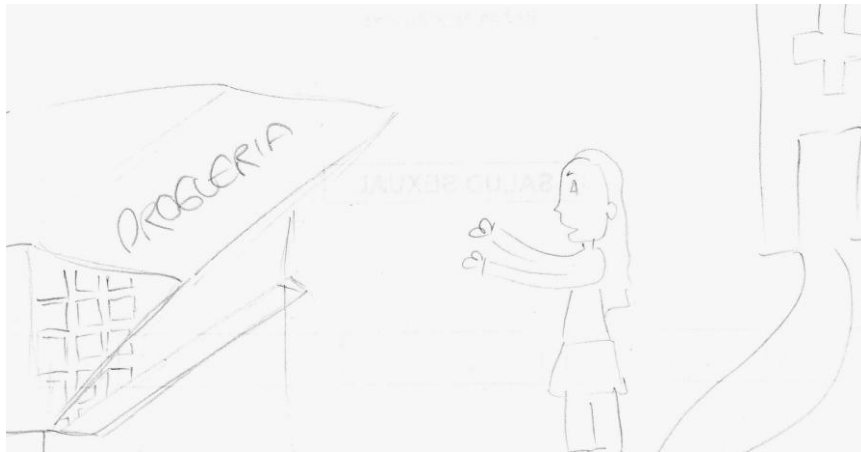
AE. Para eso, para cuidarse.

E. ¿qué cosas has escuchado sobre salud sexual?

AE. No. Hasta ahora, pues como lo básico: que hay que ir al ginecólogo, que hay que cuidarse, que no sé como las prevenciones

(Mujer adolescente oyente. 21 años)

Así mismo, en los dibujos de las adolescentes oyentes aparece como prioridad los temas relacionados con servicios médicos, pero en la práctica no acuden a ellos. Un ejemplo de esta situación realizado por una adolescente estudiante de grado 11.



La visita al ginecólogo está enmarcada en el concepto de cuidado, suponiendo que allí se presta orientación y se realizan exámenes, pero las adolescentes no lo expresan de manera directa. El hecho de reconocer la importancia de esta visita al médico(a), pero que en la realidad no se concreta, da cuenta de un desconocimiento o falta de convencimiento de la misma; posiblemente no se tiene claro a qué ir.

E. ¿Tú te consideras saludable en términos de salud sexual?

I. Nooo. (Risas).

E. ¿Por qué?

I. No sé. Primero, nunca he asistido a una cita con un ginecólogo o algo así por el estilo, no me he hecho exámenes de ginecología no sé si tengo una enfermedad, no sé nada. Tengo que hacerlo.

(Mujer adolescente oyente. 21 años)

3. La salud sexual y la sexualidad en muy pocos casos es relacionada con el bienestar general. Solamente uno de los entrevistados hizo referencia a este tipo de sentimientos, teniendo en cuenta que es muy joven y no ha tenido aún relaciones sexuales.

E. Tú te consideras saludable en términos de salud sexual?

N. Sí señora.

E. ¿Qué es ser saludable en términos de salud sexual?

N. Estar bien, sentirse bien.

(Mujer adolescente oyente. 16 años)

Respecto a este último punto es importante señalar que algunos de los adolescentes plantean que la salud sexual debería explorar más el bienestar, tener un planteamiento integral y no quedar en función de la prevención de las enfermedades y el embarazo.

E. ¿Qué cosas has escuchado sobre la salud sexual? 36:00

I. Muy poco, o sea, he escuchado muy poco sobre la salud sexual, porque puede que a uno le digan cómo cuidarse, pero ya. Se quedan en eso, pero en cambio no le dicen a uno que se cuida por tales y tales razones, y que hay otras maneras para tener una mejor salud sexual, una mejor vida sexual.

(Hombre adolescente oyente. 20 años)

En este contexto, la salud se relaciona con la alegría y las posibilidades de un mejor vivir.

E. ¿cuándo piensas en la palabra salud sexual qué sientes?

I. Alegría, alegría porque sí, o sea, es la salud de uno, o sea, sí, alegría.

(Adolescente oyente. 19 años)

4. La prevención de las ITS, no solamente se lleva a cabo con el uso de preservativos sino con actitudes y posiciones que remiten a la autonomía, la responsabilidad, el afecto y el compromiso; todos estos elementos constitutivos del amor romántico y los valores sociales.

E. ¿cuáles crees tú que sean los problemas más importantes con relacionados con la sexualidad?

M. ¿Los problemas? Pues infecciones supongo, pues los virus, el sida. Tal vez, no sé, en cierta parte, en ciertas ocasiones como la infidelidad eso sería un problema muy grande, cuando uno, pues siente algo muy especial por una persona.

(Hombre adolescente oyente. 20 años)

La representación negativa de la sexualidad, además de las ITS, se articula con un concepto de valoración moral; la fidelidad. Así, la enfermedad física o

el temor a contraerla está relacionada con una construcción cultural que regula la sexualidad y determina qué es permitido y qué no lo es y qué debe ser reprimido (Margulis y otros, 2003).

Amor romántico y relaciones convencionales

En general para este grupo de adolescentes, el amor romántico es un eje importante al momento de definir sus creencias, conocimientos y valoraciones sobre la salud sexual y la sexualidad. Esta situación se puede observar en la red de asociaciones donde la estructura del campo representacional de la salud sexual se configura con el núcleo figurativo correspondiente a la prevención de las infecciones de transmisión sexual, pero acompañado del amor romántico como regulador social de las actividades sexuales.

Las entrevistas por su parte posibilitan profundizar en los contenidos que muestra la estructura representacional de las redes, dando cuenta de elementos centrales relacionados con el amor romántico, tales como la valoración de los sentimientos, el carácter y la autonomía al momento de buscar pareja.

En este contexto llama la atención que en general en los(as) entrevistados(as), la proyección hacia el futuro, en cuanto a la búsqueda y convivencia con una pareja, se presenta como algo incierto y determinado por el azar. Es decir que los y las adolescentes no se proyectan en términos de pareja porque predomina la vivencia presente. En esa medida lo que se presenta es una reivindicación del amor confluyente, el cual choca con las expresiones de “para siempre” que se hacen presente en el amor romántico. El amor confluyente plantea relaciones consolidadas, pero no hacen proyecciones al futuro, reconociendo una relación especial (Giddens, 2000).

E. ¿cómo te imaginas el futuro en términos de pareja?

N. Uy no.

E. No te imaginas?

I. No se.

(Mujer adolescente oyente. 16 años)

E. ¿Y tú cómo te imaginas el futuro en términos de pareja?

S. Pues nunca había pensado en eso, pues yo no me veo en el futuro

(Hombre adolescente oyente. 19 años)

La sexualidad se relaciona con el amor como soporte del disfrute sexual. Esta situación predomina en las mujeres entrevistadas y es coherente con la estructura representacional que surgió en las redes de asociaciones, al considerar que lo importante no es solo el placer sino la construcción amorosa en un contexto convencional.

E. ¿Qué piensas sobre el disfrute de la sexualidad?

N. Pues que uno no lo debe hacer por disfrutar, sino que se quieran y sientan que sí lo pueden hacer y no sólo por placer.

E. ¿Tú no lo harías sólo por placer?

N. No.

(Mujer adolescente oyente. 16 años)

En ese contexto el goce sexual es secundario y predomina el afecto sobre el goce mismo; este discurso es más predominante en las mujeres que en los hombres y es consecuente con los estudios enunciados antes, donde se ha mostrado que en la primera relación sexual, la mayoría de las mujeres la viven con el novio, mientras que los hombres tienen su primera relación con una amiga, novia o una trabajadora sexual. (Geldstein, 1995; Trumper y Bagnati, 1994)

E. Qué es importante para ti, querer o disfrutar?

N. El querer.

- E. ¿Prima para ti el querer?
N. Sí.
E. ¿El disfrutar el goce es secundario?
N. Sí.

(Mujer adolescente oyente. 19 años)

En este contexto, las mujeres valoran más los sentimientos sobre que la apariencia física y que el goce sexual corporal

- E. Qué pareja te gustaría tener?
A. Ummm, ahorita está muy difícil, porque nada, eh, porque, pues no se consiguen como lo que uno espera, pero.....
E. ¿Qué esperas?
A. (Risa)... Que sea tierno, responsable, cariñoso
E. ¿Eso es lo que me dices que no encuentras?
A. Sí, eso es lo que no encuentro.
E. Qué es lo común que encuentras en los chicos que no te llama la atención?
A. que primero... solo buscan el físico de las chicas que les agradan, eh, no buscan los sentimientos y yo busqué un chico que sí que busque lo mismo en mí, los sentimientos.

(Mujer adolescente oyente. 21 años)

La imagen de la sexualidad vinculada al amor afectivo tiene una carga importante en el campo representacional, un ejemplo de esta situación se puede ver en el siguiente dibujo



Dibujo realizado por una adolescente, estudiante de secundaria, grado 11

Los deseos, creencias y opiniones de las adolescentes sobre el ideal de la pareja, contrasta con el temor al engaño o a ser utilizadas para fines exclusivos de goce sexual. En ese sentido se hacen presentes estereotipos sobre la sexualidad masculina que utiliza a las mujeres para satisfacer los deseos sexuales, en una situación biológica propia que impide el autocontrol. Se trata pues de una representación coherente con el enfoque escencialista de la sexualidad donde los deseos y los impulsos deben ser expulsados del cuerpo masculino.

E. ¿Cuál crees tú que son los problemas más importantes relacionados con la sexualidad?

Y. Pues la precocidad de los hombres. Yo no sé cómo se llama eso quee.....

E. ¿Precocidad, de los hombres?

Y. Sí, me parece que... machismo, um, qué más, que los hombres sólo buscan lo que quieren y ya, y después lo dejan en un momento que tan lindo y después se acaba eso y ya como que ya sí?

(Mujer adolescente oyente. 19 años)

Por su parte las creencias de los hombres se estructuran en el deseo de tener mujeres “interesantes”, inteligentes, de carácter fuerte y vanidosas. Este deseo muestra el interés por compartir con una mujer autónoma que en el contexto de la sexualidad tome decisiones por sí misma.

M. Me gusta que sean inteligentes, que sean bonitas, que sean vivas, que no se dejen de las demás personas, que hagan lo que les parece que está bien, que uno no tenga que estarles diciendo lo que tienen que hacer y que ¡hay que me da pena esto!, no; me gusta que sean interesantes.

(Hombre adolescente oyente. 20 años)

E. ¿Cómo sería tu pareja?

S. Mi pareja tendría que ser... pues como muy sencilla, que no sea creída, que sea muy vanidosa también, que no me gusta que se vean como cochinas.

E. Que sea vanidosa.

S. Sí

(Hombre adolescente oyente. 19 años)

Dos de los hombres entrevistados hacen referencia a la sexualidad como un proceso de conquista, donde hay que ser activos para alcanzar la aceptación en un noviazgo. Se trata de un modelo tradicional socialmente aceptado que posibilita reafirmar la identidad masculina, donde se hacen visibles los intercambios simbólicos relacionados con el afecto y la sexualidad, en un contexto de construcciones culturales que regula lo permitido y lo desaprobado. (Margulis, 2003).

E ¿y cómo fue ese proceso de conquista con tu pareja?

S. Con mi pareja, cómo yo la conquisté? primero que todo yo la conocí acá en el colegio porque ella ya salió, terminó el año pasado. Ella me gustaba mucho, en este tiempo yo era muy tímido, yo a ella le mandaba, pues saludos, cuando ella me contestó que lo mismo y todo, pues yo le puse una cita y empezamos a hablar y empecé a conocerla a ella, cómo era y después yo le dije que me gustaba muchísimo y que si me podía, que quería cuadrarme con ella y hasta ahí vienen las cosas hasta el momento.

(Hombre adolescente oyente. 19 años)

En la construcción de la estructura representacional se hace presente de manera tímida en los hombres, la idea del matrimonio, como soporte del deseo de tener como pareja a una mujer inteligente y atractiva. Estas imágenes complementan la estructura tradicional y aceptada socialmente para vivir la sexualidad de una manera plena.

E. ¿Cómo te imaginas el futuro en términos de pareja?

M. Pues a mí sí me gustaría casarme y tener hijos y estar con esa persona hasta el final, hasta el día que envejezca.

E. ¿Qué pareja te gustaría tener? ¿Cómo es esa pareja?

M. Me gustaría que fuera inteligente, atractiva, sagaz, viva. Que siempre esté como buscando la manera de hacer algo diferente, que no caigan como en la monotonía, de que sea interesante, de que haga cosas que realmente como que lo marquen a uno.

(Hombre adolescente oyente. 20 años)

En este contexto, los hombres hablan más del goce sexual que las mujeres, pero lo enmarcan en los cánones tradicionales de la sexualidad acompañada

de amor; es decir que en la presente investigación los hombres plantean el amor romántico como fundamento de la sexualidad pero en menor medida que las mujeres.

E. ¿Cuál es tu concepción personal sobre la sexualidad, o para ti qué es la sexualidad?

M. La sexualidad?, algo que uno tiene que disfrutar, pero con una persona que uno realmente quiera, no con alguien por hacerlo, o sea estar con alguien porque sí, sino que tiene que ver el cariño, amor.

(Hombre adolescente oyente. 20 años)

Valores y Educación

La autonomía y la responsabilidad acompañan el núcleo figurativo de la estructura de la representación social de la salud sexual y la sexualidad emergente en la red de asociaciones en este grupo de adolescentes. Al profundizar en los contenidos de la representación a través de la entrevista, se identifica que el concepto de “responsabilidad” tiene gran peso en la configuración y orden de dicha representación.

Todos los(as) adolescentes entrevistados(as) utilizaron la palabra “responsabilidad” al referirse a la salud sexual y la sexualidad, haciendo referencia a las acciones que se deben asumir para prevenir el embarazo a edad temprana y en menor medida la adquisición y contagio de infecciones de transmisión sexual.

E. ¿Cuál es su concepción personal sobre la sexualidad qué crees que es la sexualidad para ti qué es?

AE. Eso es responsabilidad de una pareja, es llevar una vida sexual muy sana. La sexualidad, creo que ya lo he dicho, es un acto de responsabilidad, ya sea en una pareja de noviazgo, de matrimonio, del libre, de lo que sea: es un acto de responsabilidad más que todo.

(Mujer adolescente oyente. 21 años)

Este tipo de planteamientos también se expresaron a través de dibujos por algunos(as) adolescentes como el que se presenta a continuación:



Dibujo elaborado por adolescente de primer semestre, carrera universitaria

A diferencia de los planteamientos de las adolescentes entrevistadas, los hombres no descartan las experiencias sexuales independientemente del vínculo amoroso, pero bajo una condición de prevención. Así, para los hombres, la responsabilidad no es solamente un asunto de relaciones sexuales en un marco de formalidad y noviazgo, sino de prevención de enfermedades.

E. ¿Cómo crees tú que debe ser la salud sexual de los adolescentes?

MC. Debe ser....., sí deben tomarlo con algún, con mucha seriedad, con mucha responsabilidad eso es lo que sí, o sea, no es hacerlo por hacerlo, sino hay que informarse bien y si van a hacerlo, tal vez, por hacerlo, pues que bueno, tienen, tiene cómo para cuidarse para evitar muchos problemas.

(Mujer adolescente oyente. 20 años)

Al profundizar un poco más sobre el significado de la responsabilidad en el contexto de la salud sexual y la sexualidad, surgen cuatro elementos los

cuales son señalados por los adolescentes como opuestos a la responsabilidad: la poligamia, el inicio de relaciones sexuales a edad temprana, la posesión para obtener beneficio en una relación y el disfrute antepuesto a los sentimientos.

Vivir varias relaciones simultáneamente donde predomina el placer sobre los sentimientos es considerado un acto de irresponsabilidad y falta de respeto con una pareja, aún a edad temprana.

E. ¿Has tenido experiencias compartidas, experiencias sexuales compartidas?

S. Con diferentes, sí.

E. ¿Y cómo te has sentido?

S. Pues cuando hacía eso, lo máximo, me creía el ser más grande de este mundo por hacer eso.

E. ¿Y eso ha cambiado?

S. Sí

E. ¿Por qué ha cambiado?

S. Porque yo ya no veo la vida de la misma manera que la veía hace 2 o 3 años de estar con muchas mujeres. Gracias a Dios pues llegó ahorita mi hijo y me hizo cambiar, me hizo valorar más a la persona que tengo a mi lado No faltarle al respeto.

(Hombre adolescente oyente. 19 años)

Así mismo, tener relaciones sexuales con el propósito exclusivo de tener para sí una pareja es considerado como un valor negativo en el contexto de la sexualidad y la salud sexual.

E. ¿La sexualidad es buena o es mala?

N. Pues yo digo que es mala.

E. ¿Por qué?

N. No, porque sí, porque de pronto muchas niñas caen en eso sólo por querer tener a un hombre.

(Mujer adolescente oyente. 16 años)

Lo anterior se plantea como situaciones que riñen con los valores de la sexualidad basada en sentimientos amorosos y la monogamia, considerándose un desacierto moral dar prioridad al placer del goce sexual

frente a los sentimientos amorosos; este tipo de vivencias puede traer según la representación dominante de los(as) adolescentes, infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados

- E. ¿Qué cosas has escuchado sobre la sexualidad?
AE. Eso ha sido más que todo en mi casa; de los embarazos, de los métodos anticonceptivos, de, pues las distintas relaciones que puede haber en un..., las parejas o si son con varias, eh...
E. ¿Cuándo son con varias, qué piensas de ese tipo de relaciones?
AE. Que es una falta de respeto hacia el cuerpo de uno.
E. ¿Ahí, para ti habría más disfrute que sentimientos?
AE. Más disfrute, los sentimientos ahí ya no existen.

(Mujer adolescente oyente. 21 años)

Estas construcciones mentales negativas sobre la sexualidad son justificadas en parte por considerar que actualmente los adolescentes inician relaciones sexuales a edad temprana, lo cual da cuenta del discurso predominante de la prevención de ITS y embarazo, desde las actuales políticas públicas sobre la salud sexual y reproductiva.

- E. ¿Cómo crees tú que es la salud sexual de adolescentes?
N. Mal.
E. ¿Por qué?
N. Porque desde ahorita, desde muy pequeñitos empiezan la vida sexual.
E. Y tú más bien con eso prefieres mantenerse al margen?
N. Sí.
E. Eh, ¿cómo crees tú que debe ser la salud sexual en los adolescentes?
N. Todo a su debido tiempo.

(Mujer adolescente oyente. 16 años)

En el marco de los valores frente a la sexualidad y la salud sexual también se destaca el respeto, para hacer referencia a la responsabilidad en la protección de infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados. Es decir que la protección es considerada en la representación de la salud

sexual, como una manifestación de respeto hacia la pareja, como se puede ver en este planteamiento:

E. ¿Qué es para ti la sexualidad?

D. No sé. Respeto entre pareja, saber qué es lo bueno, que es lo malo, no, pues en realidad no significa sexo, sino el respetar la otra persona, saber que, pues si uno no quiere la otra persona y pues no se protege.... Para mí es más un sentido de responsabilidad.

(Hombre adolescente oyente. 18 años)

D. Para mí la sexualidad como, como te dije antes es responsabilidad, responsabilidad para mí es eso principalmente.

E. ¿Qué piensas tú sobre la sexualidad en adolescentes y jóvenes?

D. Que está muy mal enseñada porque los adolescentes y los jóvenes están... pues estamos en una sociedad que cada vez está peor, porque uno ve las niñas muy jóvenes y muy, pues hacen cosas muy locas,

(Hombre adolescente oyente. 18 años)

Teniendo en cuenta los elementos mencionados anteriormente (la poligamia, inicio de relaciones sexuales a edad temprana, la posesión y el disfrute sexual) los cuales son considerados opuestos a la responsabilidad, se puede decir que este concepto ocupa un lugar fundamental como elemento periférico de la representación social de la salud sexual y la sexualidad. Entonces a qué se refieren los adolescentes con “responsabilidad”? Se refieren a dos campos principalmente, el primero referente al cuidado de contraer y/o transmitir infecciones de transmisión sexual, así como evitar el embarazo precoz no deseado, y el segundo hace referencia a los valores, sentimientos y actitudes positivas frente a la sexualidad.

En la medida que los adolescentes crecen y se acercan a los 21 años para vivir la juventud, el disfrute y el goce sexual ya no se considera irresponsable, sino que se incorpora en el campo representacional como núcleo central, sobre todo en los hombres. En este sentido es de señalar que las entrevistas muestran un choque de valores entre hombres y mujeres ya que mientras los primeros reivindican las experiencias sexuales protegidas independientemente del amor afectivo con la pareja (pueden ser

experiencias por conocer y disfrutar el goce sexual), las segundas consideran que también debe existir fidelidad, compromiso, amor y lucha por una mujer.

La anterior situación se reflejó en las redes de asociaciones, donde los hombres estructuran la representación de la salud sexual alrededor de la prevención de las infecciones de transmisión sexual, acompañadas por el goce sexual y el amor romántico, mientras las mujeres acompañan la prevención por el amor romántico y la responsabilidad. Así mismo en el caso de la representación de la sexualidad tanto para hombres y mujeres universitarios(as), se hace presente la responsabilidad como eje periférico que acompaña el goce sexual para los primeros y el amor romántico para las mujeres. De esta manera se identifica una característica dominante de la influencia cultural y socio económica que se ve reflejada en la representación social de la salud sexual y la sexualidad (Margulis, 2003).

E. ¿qué piensas sobre la sexualidad de los adolescentes y jóvenes?

Y. No, pues que la sexualidad a la edad de nosotros está muy, pero muy mal, o sea, umm, eh, la gente no se cuida, hay muchos embarazos no deseados en niñas pequeñas, eh, mucha promiscuidad, mucho facilismo hacia las mujeres; los hombres también no respetan a sus novias, sino..., o sea, lo que uno cuenta a la edad que yo tengo es eso.

E. ¿Y por qué crees que se da eso?

Y. No sé, yo creo que los hombres siempre han sido así, o sea..., buscan lo que caiga y nosotras las mujeres, pues hay muchas niñas que son muy débiles de pensamiento, o sea..., si el hombre les suelta plata, si las lleva a la Calera (un mirador donde los jóvenes llegan a bares y estaderos generalmente en automóvil) porque esos son los que yo... siempre son así. O sea, las niñas que yo he escuchado acá dicen, “es que a mí me llevaron a la Calera y no sé qué, que él tiene carro”, y por allá dentro del carro resultan enredadas con tipos. O sea, no sé, son muy fáciles y yo pienso que eso es lo que causa pues que tanta niña esté así.

(Mujer adolescente oyente. 19 años)

E. ¿qué piensas tú de que los hombres asistan a donde las trabajadoras sexuales?

Y. Me parece un asco, porque, eh.... pues no sé, para eso tienen su novia o por qué tienen que conseguir lo fácil por un momento, o sea, me parece que para ellos es mejor luchar una persona y tenerla, o sea, conseguir una niña que les guste y luchar para que esa niña

esté con ellos si eso es lo que quieren, pero no..., lúchenlas, ah, por qué tienen que ir a conseguir una vieja ahí y por \$ 2000 por \$ 30.000 porque ya, o sea, me parece eso muy feo.

(Mujer adolescente oyente. 19 años)

Al indagar sobre las creencias y opiniones de la educación sexual, en general tanto hombres como mujeres coinciden en que este campo educativo es importante porque aporta en la reducción de embarazos precoces y no deseados, los adolescentes aprenden a cuidarse de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y en general se adquieren conocimientos sobre la sexualidad, pero también son conscientes de lo poco que han recibido.

E. ¿Y qué opinas de la educación sexual?

S. Que es buena porque acá me gustaría que en el colegio la hicieran, mejor dicho, que fuera como una clase más, para que así nosotros los adolescentes, más que todo mujeres como hombres, pues no tendrían ese aspecto de... ¡uy, vamos a hacer el amor para tener hijos y dejarlos votados!, para que dejaran de haber tantas niñas que ya no son mujeres y que quedan ya embarazadas.

(Hombre adolescente oyente. 19 años)

Se destacan los medios de comunicación como contribuyentes al conocimiento y formadores de opinión, lo cual se relaciona con la pertenencia grupal y la inserción social de los adolescentes. Es por eso que a pesar de considerar que las instituciones educativas no aportan mucho en educación sexual, buscan información a través de medios de comunicación y amigos, los cuales se constituyen en aportantes de la representación social de la sexualidad y la salud sexual.

E. ¿Y tú qué opinas sobre la educación sexual?

MC. Me parece muy buena. Porque hay muchas personas que no saben muchas cosas, y, pues no es que me crea experto, pero, pues he leído mucho, he escuchado mucho, me han hablado a mí mucho, mucho de sexualidad, eh, veo programas acerca de eso, veo cómo hay que cuidarnos, cómo, tal vez hay que hacerlo, de qué manera, eh, las opciones que hay... infinitas formas de cuidarse y de evitar, tal vez, un contagio o un

embarazo no deseado, hay muchas formas para evitar eso, me parece algo muy bueno porque al igual eso lo educa a uno y lo cuida a uno.

(Hombre adolescente oyente. 20 años)

E. ¿Dónde has aprendido lo que conoces acerca de sexualidad y salud sexual?

Y. En los libros en los folletos en los compensatorios en el Internet pues yo me fue yo me meto para leer.

(Mujer adolescente oyente. 19 años)

A pesar de reconocer la importancia de la educación sexual, los adolescentes cuestionan el modelo educativo porque lo consideran distante de sus intereses y motivaciones en el tema de salud sexual y sexualidad

E. ¿Qué opinas acerca de la educación sexual?

N. Pues por ejemplo acá en el colegio nunca nos hablan de eso, casi no nos hablan y pues deberían darnos más clases, como darnos más sobre sexualidad de pronto no queda tanta niña embarazada o algo así.

E. De..., eso sería dar de sexualidad o de salud sexual, o de quién o piensas que deberían dar de las dos cosas.

N. De las dos.

(Mujer adolescente oyente. 16 años)

Sin duda en la actualidad existe una deuda en materia de educación sexual, lo cual afecta de manera directa la representación social que puedan tener los adolescentes oyentes. En las políticas de salud sexual y reproductiva se promueve la educación sexual, e inclusive, se plantea como área obligatoria en la educación básica, pero no logra impactar a los adolescentes, ni transformar de manera positiva las representaciones sobre la salud sexual y la sexualidad. Lo que si se hace presente es la reproducción del discurso oficial de la prevención de enfermedades y el embarazo, pero este discurso no siempre afecta las prácticas sexuales de los adolescentes.

Es decir que los procesos de comunicación se caracterizan por una dualidad dinámica de saberes. Por una parte el saber teórico-racional-preventivo

asociado con el mundo adulto siendo la escuela el escenario pro excelencia donde a veces se socializa y circula. Por otra parte, el saber vivencial-emocional asociado con el mundo de las experiencias propias y de los pares que se socializa en escenarios informales propios del mundo juvenil como son los grupos, las redes de informática, el barrio, los juegos y la rumba.

Finalmente habría que señalar que en varios casos los jóvenes legitiman y asumen como válido el saber teórico de la sexualidad y se consideran carentes de ese saber, lo cual les impide reconocer sus experiencias y emociones como elementos válidos en torno a la sexualidad

Amor pasional (Goce/sexo) y relaciones sexuales:

Las creencias y conocimientos comunes de los(as) adolescentes oyentes sobre la salud sexual y la sexualidad vinculados al goce sexual, tienen una serie de características que vale la pena destacar.

En el caso de los hombres el goce sexual en la estructura representacional de la salud sexual, ocupa un lugar importante después de la prevención de las enfermedades, pero cuando hacen referencia a las prácticas sexuales, se estructura como núcleo figurativo de la representación. Así, para este grupo el goce sexual es fundamental y determinante en las relaciones de pareja, asumido idealmente en el marco de una relación afectiva donde exista la prevención de la adquisición o transmisión de enfermedades sexuales.

E. ¿Para ti qué es la sexualidad?

MC. ¿Qué es la sexualidad...? Un placer

(Hombre adolescente oyente. 19 años)

E. ¿Cuál es tu concepción personal sobre la sexualidad, o para ti qué es la sexualidad?

MC. La sexualidad? algo que uno tiene que disfrutar, pero con una persona que uno realmente quiera

(Hombre adolescente oyente. 20 años)

Al explorar el contenido del campo representacional de la sexualidad y su relación con el goce sexual de los(as) adolescentes surgen sentimientos y pautas determinadas socialmente tanto para hombres como para mujeres, pero con roles diferentes (Margulis, 2003). Esto es consecuente con los resultados de las redes de asociaciones sobre la sexualidad, donde los hombres priorizan en el campo representacional el “Goce/sexual”, mientras las mujeres priorizan el “Amor romántico”.

Es así como frente a la atracción sexual por alguien, los hombres plantean unas etapas que deben cumplir para llegar a tener una relación las cuales están enmarcadas en la conquista. Las mujeres por su parte esperan que el hombre (cuando se trata de relaciones heterosexuales) proponga actividades de conquista y seducción, sobre las cuales ellas puedan decidir. Se trata de aprender a asumir los roles esperados en la cultura para conquistar a alguien o ser conquistada.

Estos elementos del campo representacional de la sexualidad tienen una estrecha relación con los sentimientos y las actitudes al enfrentar situaciones donde hay atracción por alguien.

E. ¿y qué haces cuando alguien te gusta en términos afectivos y sexuales?

S. Conquistarla.

E. y cómo?

S. Eh, poniéndonos citas, trato de saber si también le agrado, si también soy como de su interés y ya al saber eso, pues no sé, la invito a salir, a comer a barcitos, a bailar y hablar, hablarle de tal vez como soy yo, o sea cosas interesantes que tengo yo y ya, y esperar a ver, no sé, uno de hombre tal vez sabe un punto en el que una mujer también, como que desea un beso de uno, así como tanto uno desea un beso de ella y ya. Después que

lleguemos a cierta etapa, pues uno habla con ella, que... mejor dicho que la desea o algo para estar con ella.

(Hombre adolescente oyente. 20 años)

E. ¿qué sientes cuando alguien te gusta en términos afectivos y sexuales?

Y. Umm, pues no sé siento como deseos, deseos sí.

E. ¿Y tú qué haces cuando alguien te gusta en términos sexuales y afectivos?

Y. Ah no, pues espero, espero a ver la persona, o sea, qué dice, pues para yo seguirle la corriente o si no, pues yo no me voy a poner a lanzarme, no, o sea...

E. ¿Esperas que la otra persona actúe?

Y. Sí

E. ¿Y si no actúa?

Y. Ah no, pues no hubo nada.

E. No haces nada.

Y. No.

(Mujer adolescente oyente. 20 años)

El campo representacional de la sexualidad está determinado y organizado por los roles esperados socialmente tanto para hombres como para mujeres. Los adolescentes tienen que aprender las etapas de la conquista bien sea para seducir o dejarse seducir.

Los adolescentes que se van acercando a la juventud apropian y recrean características y atributos de la historia social de aquellas personas que hacen parte de su mundo (Ministerio de la Protección Social. 2008). Esta apropiación se articula al campo representacional de la sexualidad y determina patrones de conducta que no siempre se cumplen ya que los adolescentes reconocen las dificultades para asumir el deseo frente al control y manejo social.

E. ¿Qué piensas sobre la sexualidad de los adolescentes y los jóvenes?

MC. Que está como muy alocada, quieren estar con todo el mundo, se puede tornar como peligroso porque hay muchas personas que tal vez no se saben controlar y no se cuidan y vienen los problemas.

E. ¿Y por qué crees que no se cuidan?

MC. Así como nosotros lo decimos, por la calentura del momento.

E. Eso pesa.

MC. Sí demasiado, y más, tal vez, eso se da cuando está uno en una fiesta, tal vez uno tomado, entonces la calentura a uno no lo deja pensar bien, uno solo quiere estar en ese momento y ya, no piensan en nada más.

(Hombre adolescente oyente. 20 años)

Por otra parte y de manera opuesta también es importante señalar que en el mundo de los adolescentes algunos de ellos reconocen sus dificultades para acercarse a una pareja, aunque les resulte atractiva. Esta situación, por oposición, hace parte de la configuración representacional del placer deseado pero no vivido.

E ¿Que sientes cuando alguien te gusta en términos afectivos y sexuales?

D. Umm, no sé, miedo.... nervios, alegría.

E. Bueno. Eso es lo que sientes. ¿Y qué haces cuando alguien te gusta en términos afectivos y sexuales?

D. Umm, nada.

E. ¿Nada?

D. No. Soy muy tímido.

(Hombre adolescente oyente. 20 años)

En general, los adolescentes reconocen en sus narraciones la dimensión del placer físico vinculado a la sexualidad, la necesidad del control y cuando se sale de la estructura hegemónica, esta dimensión es valorada de manera negativa.

E. ¿Qué tipo de relaciones sexuales conoces?

Y. Eh, de parejas, de mujeres con mujeres, hombres con hombres, hombre y mujer y, como se llama eso.... orgías,

E. Ah, orgías.

Y. No conozco más.

E. ¿y qué piensas de esos tipos de relaciones?

Y. No, me parece muy cochino, no sé, no me gusta (risa), parece muy feo (risa).

(Mujer adolescente oyente. 19 años)

Finalmente es importante señalar que dentro de la estructura representacional de la sexualidad, los adolescentes oyentes, contrario a los adolescentes sordos, expresan fantasías sexuales sin dificultad. Estas fantasías hacen parte de las imágenes constitutivas del campo representacional de la sexualidad y son expresadas tanto por hombres como mujeres.

E. ¿Qué fantasías has tenido sobre la sexualidad?

S. Muchas, demasiadas, pues.

E. ¿Cómo de qué tipo?

S. Como estar ... venga le digo esta: en un solo día con dos personas, no a la misma vez, sino con una y después me hago con otra.

(Hombre adolescente oyente. 19 años)

E. ¿Y qué fantasías has tenido sobre la sexualidad?

AE. Uh, solo una, pues con una persona que me gustaba y se fue; él y yo en una playa, solos o un buen jacuzzi, no sé.

(Mujer adolescente oyente. 21 años)

E. ¿qué fantasías has tenido sobre la sexualidad?

Y. ¿Qué fantasías? No sé, pues no sé, hay lugares que uno se imagina, pues no sé, como placenteros.

(Mujer adolescente oyente. 19 años)

La expresión de fantasías sexuales ocurre de manera más fluida en los hombres que en las mujeres, estas últimas hacen referencia fundamentalmente a los contextos, mientras que los hombres hacen referencia a las relaciones sexuales. También se puede plantear en este punto una fuerte determinación cultural donde los hombres, construyen y ponen en circulación discursos relacionados con los actos sexuales, mientras las mujeres construyen otros discursos más contextualizados y enmarcados en las dimensiones del amor afectivo.

Planificación / Embarazo:

Al indagar sobre la prevención del embarazo, al igual que en las redes de asociaciones, se nota que éste no es un tema central o de preocupación manifiesta para los adolescentes, solo en algunos casos se relaciona con la prevención de las ITS.

E. ¿la prevención haría parte de la salud sexual?

MC. Sí, claro.

E. ¿Qué tan importante es para ti?

MC. Muy importante, demasiado importante, porque pues prevenir, precisamente los problemas hace parte de la salud, uno se cura mucho en salud previniendo muchas cosas, previniendo enfermedades, previniendo embarazos

(Hombre Adolescente oyente. 20 años)

Adicionalmente el bienestar se asocia con la no presencia de enfermedades y embarazos no deseados, en este sentido, el disfrute de la sexualidad no es mencionado como experiencia emocional y corporal gratificante

E. ¿cuál es tu concepción personal, cuál es la idea que tú tienes sobre la salud sexual, como las creencias que tú tienes de la salud sexual?

MC. Esas creencias, pues, pienso yo que son de preservativos, sobre cómo cuidarse, sobre cómo estar bien para no tener problemas, contagios o embarazos no deseados.

E. Estar bien es estar saludable?

MC. Sí.

E. ¿O disfrutar?

MC. No. estar bien es estar saludable.

(Hombre adolescente oyente. "20 años)

Solo un entrevistado hace referencia a los problemas que trae un embarazo no deseado a edad temprana

E. ¿Y tú cómo crees tú que debe ser la salud sexual en los adolescentes?

D. Pues que deben tener un sentido de responsabilidad a esa edad y si no..., que si no se cuidan y, pues no pueden adquirir una enfermedad de lo que más sucede que es que dejen una mujer embarazada, o sea, en esa edad que una mujer que va a estudiar o que quiera hacer algo con su vida, pues realmente se vuelve algo muy difícil, sí?, hay que

pensar en que, en que uno se... entre comillas se daña la vida al no..., al estar teniendo un hijo porque, pues, por ejemplo, en el hombre, pues no tanto porque igual puede estudiar igual, sí?, pero en cambio una mujer no, imagínate un año que pierde, que tiene que estar con el hijo, todo el tiempo que, que dejan de disfrutar de su juventud, hum.

E. Sobre estos temas. ¿Para qué sirve la salud sexual?

D. Para, para preservar la vida, para, para evitar que las personas, que sí, que siga creciendo la población habiendo tanta miseria porque cada vez nacen más y más y más niños que, pues o sea están dados a situaciones precarias porque la mayoría de niños que nacen son de bajos recursos, entonces traer niños a sufrir al mundo, niños a, si que las mamás, por ejemplo, jóvenes ya no los quieren, sí, son niños que, o sea, no les espera nada bueno en el futuro.

(Hombre adolescente hombre. 18 años)

Llama la atención que las mujeres entrevistadas no enfatizan en el embarazo, quizá porque no hace parte de sus preocupaciones, o porque ya tienen resuelta la información y las práctica anticonceptiva. Por esta razón, en la presenta investigación se indagó sobre la proyección que puedan tener los y las adolescentes sobre la maternidad y la paternidad, como parte de la estructura cultural en la que están inmersos(as).

E. ¿Tú te imaginas como mamá?

N. Sí.

E. ¿Cómo te imaginas?

N. Siendo buena mamá.

E. Siendo una buena mamá ¿Y qué es ser una buena mamá?

N. Pues, no sé cómo decirlo.

E. Eh, ser una buena mamá ees qué... ser amorosa, ser protectora?

N. Cariñosa, no dejarlo hacer lo que quiera a su hijo, pero tampoco amarrarlo tanto.

(Mujer adolescente oyente. 16 años)

La representación de la sexualidad desde su eje central y periféricos se relaciona con situaciones de riesgo por la cuales debe existir prevención de ITS, amor con compromiso, autonomía y goce sexual. En esa estructura el embarazo y las proyecciones de la maternidad y paternidad se presentan en la dualidad deseo – temor.

E. ¿Cómo te imaginas como mamá?

AE. Me imagino, eh, siendo una buena mamá, excelente mamá, cambiando pañales, eh, sacando a pasear a mis niños; lo digo porque lo viví con mis tres hermanos, me encantan los bebés, aunque todavía lo estoy pensando, pero sí, sí me imaginó como una buena mamá me han dado fundamentos.

E. ¿consideras que la sexualidad es buena para tu vida, es problemática, es un tema que te produce miedo, bienestar, placer, qué?

AE. Me produce miedo.

E. ¿Y por qué?

AE. Porque uno no sabe en cualquier momento una violación o alguna relación con un embarazo no deseado, un niño que uno noo..., no que uno no lo vaya a querer, sino que un niño que llegue en un momento en que no se puede sostener: eso me produce miedo.

(Mujer adolescente oyente. 20 años)

Identidad y comunicación

Los(as) adolescentes oyentes no se plantean en la estructura representacional de la salud sexual y la sexualidad el tema de la identidad como algo significativo, a pesar de ello, se puede identificar que los procesos de comunicación de éstos(as) tienen características determinantes en la construcción de sus representaciones.

Se sabe que las representaciones sociales son formas de conocimiento social y que en su construcción juegan un papel importante el contexto de los individuos, su comunicación y el marco histórico cultural (Jodelet, D. 1984). Para el caso específico, la comunicación es determinante en la construcción del conocimiento social sobre la salud sexual y la sexualidad. Tanto hombres como mujeres, en general, manifiestan compartir saberes sobre sus gustos e intereses sexuales en su entorno familiar y su grupo de amigos en la institución educativa y el barrio.

Generalmente, los adolescentes hombres y mujeres hablan de la sexualidad con sus amigos y amigas respectivamente, pero en estas últimas los diálogos se extienden al espacio del hogar con sus madres.

- E. ¿Esa conversación sobre es entre hombres exclusivamente o con mujeres también se comenta eso?
- S. Pues yo a veces le comenté a las mujeres, pero no así como estar con un compañero. Uno se suelta más que con una mujer.
- E. Ah ya, ¿y tú, con cuáles personas hablas sobre tus asuntos personales, incluyendo temas, por ejemplo, de sexualidad?
- S. Con J..., mi amigo del colegio, del salón, y por fuera con N... y S.... que son como los que me la mantengo más.
- E. ¿Y te comunicas con ellos, porque tienes confianza o por qué?
- S. Sí porque, pues acá, pues siempre he estado con él, estamos en las buenas y en las malas y en el barrio yo crecí con ellos, pues tengo suficiente confianza para contarles algo.
(Hombre adolescente oyente. 19 años)

- E. ¿dónde has aprendido lo que sabes sobre salud sexual?
- N. En el colegio, en mi casa, con mi mamá.
- E. ¿Y sobre eso tienes una imagen positiva o negativa?
- N. Positiva.
- E. Positiva. ¿Por qué?
- N. Porque son digamos clases buenas, que uno aprende.
(Mujer adolescente oyente. 16 años)

- AE. Con mi madre me siento muy segura al hablar de ese tema (salud sexual y sexualidad).
Mi papá me genera miedo al hablar del tema porque no le tengo como la confianza para hablar de eso.
(Mujer adolescente oyente. 21 años)

Las representaciones sociales de la salud sexual y la sexualidad posibilitan la comunicación entre los adolescentes, bien sea en el hogar o en la institución educativa, aportando códigos que facilitan el manejo de situaciones relacionadas y que en determinados momentos pueden ser problemáticas.

- E. ¿con quiénes te comunicas más?
- MD. Con mis amigos.
- E. Con tus amigos.
- MD. Demasiado.
- E. ¿Cómo te sientes frente a la comunicación que estableces con ellos?
- MD. Pues bien, porque cuando hablo con ellos me siento muy confiado en contarles las cosas y pues, o sea....., tengo muchos conocidos, pero pues pocos amigos; yo cuando hablo de cosas importantes le hablo a mis amigos y pues con ellos me siento muy bien diciéndoles mis cosas, contándoles mis cosas. Igual ellos también me cuentan cosas, entonces...
- E. ¿Le cuentas las cosas a tus amigos o amigas?

MC. Amigos.

(Hombre adolescente oyente. 20 años)

La relación con los medios de comunicación posibilita intercambios comunicativos que generan nuevas construcciones de realidad en diversos grupos sociales. Las personas en el día a día hablan sobre lo que ven en la televisión, lo que escuchan en la radio y en el caso de los jóvenes cada vez es más común la construcción de conocimientos cotidianos a partir de su relación con las redes informáticas. Este intercambio ha traído en los últimos años nuevos conocimientos en salud sexual y sexualidad para los adolescentes y jóvenes, desde allí se generan nuevos códigos que se insertan en las redes sociales y son constitutivos de las representaciones sociales.

E. ¿Dónde has aprendido lo que sabes acerca de la sexualidad y la salud sexual?

MC. En televisión, veo mucha televisión y hay varios programas que se dedican a hablar de eso en Internet, el colegio; cuando recién empecé el colegio, había una clase en sexto grado.

(Hombre adolescente oyente. 20 años)

Finalmente habría que señalar el deseo y la necesidad de algunos adolescentes sobre la construcción de una identidad que otorgue seguridad frente a las opciones sexuales. Dicha construcción se articula al campo representacional de la sexualidad acompañada de la necesidad de tener autonomía y responsabilidad en torno a la sexualidad.

E. ¿qué cosas has escuchado sobre la sexualidad?

MC. Muchas cosas. La inseguridad que tiene cada persona de su misma sexualidad....., los problemas se dan a raíz de eso.

E. ¿Cómo cuáles?

MC. La infidelidad o que tal vez, he escuchado a muchas personas que dicen, ah, ese man no dio la talla o esa niña nada que ver. Hay gente que creo yo que no sabe, no ha definido bien su sexualidad, no sabe lo que realmente le gusta o con quién se siente más cómodo.

E. ¿En cuanto a opciones sexuales?

MC. Sí.

E. Hombre - hombre, mujer - mujer ese tipo de relaciones?

MC. Sí señora.

E. ¿Por qué crees tú que hay esa inseguridad?

MC. Falta de información, me parece que es mucha falta de información, porque a la vez la ignorancia de este mismo tema, hacen pensar otras cosas que no tienen nada que ver, entonces pienso yo que es la falta de información.

(Hombre adolescente oyente. 20 años)

6.3 Adolescentes sordos usuarios de castellano oral

Los(as) adolescentes sordos(as) usuarios de castellano oral interactúan cotidianamente con sus familiares, amigos y compañeros de su institución educativa, además con los profesionales que les brindan servicios médicos, tecnológicos y de rehabilitación. Todas estas personas son oyentes y se comunican con los adolescentes usando el castellano oral. Este tipo de interacción, a la que se suma el contacto con los medios de comunicación, resulta fundamental en la construcción y consolidación (anclaje) de las representaciones sociales de los adolescentes sordos.

Teniendo en cuenta que los(as) adolescentes sordos usuarios de castellano oral generalmente no tienen contacto entre ellos y por lo tanto sus representaciones sociales no dependen de esta interacción, para la presente investigación se realizaron redes de asociaciones en salud sexual y sexualidad con once (11) adolescentes, de manera individual, quienes constituyen un “Grupo Tipo”. De los once (11), se seleccionaron seis (6), tres hombres y tres mujeres, a quienes se les realizaron entrevistas.

Al hacer referencia a un “Grupo Tipo”, se plantea que sus integrantes no tienen contacto porque no frecuentan espacios comunes y sus representaciones se asumen como producto de su construcción de realidad, propia en sus contextos particulares.

Los adolescentes de este grupo fueron contactados a través de redes personales y centros de rehabilitación oral, solicitando su participación en la investigación de manera personal o a través de sus padres cuando se trataba de menores de edad. El 80% de los adolescentes usuarios de castellano oral tenían implante coclear y estaban en procesos de rehabilitación oral.

A continuación se presenta el análisis de las redes de asociaciones sobre salud sexual y sexualidad, y posteriormente las entrevistas.

Salud sexual

Los resultados de las redes de asociaciones frente al término inductor “salud sexual”, mostraron una mayor concentración de adolescentes que realizaron asociaciones en la categoría “educación”, mientras que en el caso de las mujeres se concentraron en las categorías “Amor romántico”, “Relaciones convencionales”, “prevención sexual” y “valores”, a pesar de que la mayor frecuencia de respuestas se asoció a la categoría “Amor romántico”.

En el caso de los hombres donde el núcleo figurativo de la representación se empieza a configurar alrededor de la “Educación”, pero la mayor frecuencia de asociaciones ocurrió se agruparon en la categoría “salud no enfermedad”. Las asociaciones que acompañan este núcleo (periféricas) corresponden a: goce/Sexo”, “valores”, “relaciones convencionales” y con menor asociación, las categorías de “Prevención sexual”, “amor romántico”, “Rumba” y “embarazo”. Esta última solo recibió una asociación mencionada por uno de los adolescentes. A continuación se presenta el gráfico que muestra por porcentaje el número de adolescentes que realizaron asociaciones agrupadas en las diferentes categorías.

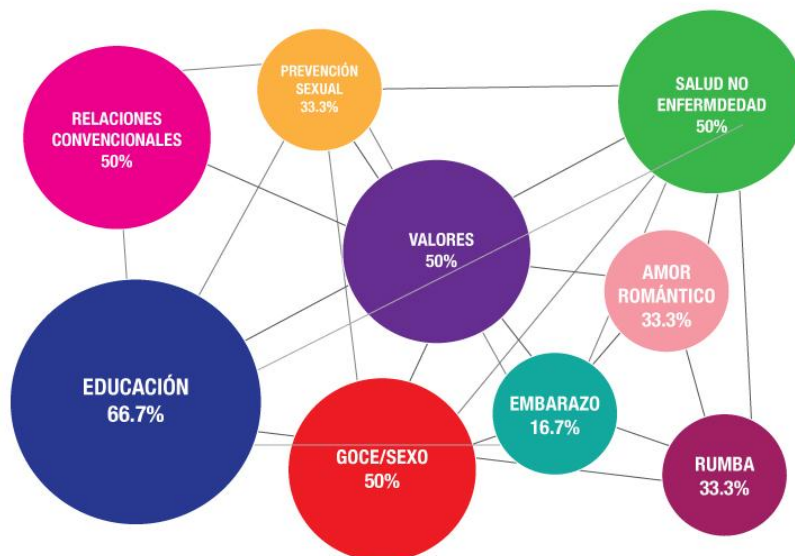


Gráfico No. 12. Red de asociaciones de salud sexual. Hombres adolescentes sordos usuarios de castellano oral.

La gráfica anterior muestra que para este grupo de adolescentes la educación y la asistencia a centros médicos y hospitalarios constituyen el eje central de la salud sexual. Esta asociación es bastante cercana a la forma de vida de estos adolescentes quienes han estado vinculados por varios años a las propuestas de educación inclusiva y a de manera paralela a los centros de atención terapéutica para la rehabilitación auditiva y oral. La estructura del campo representacional de la salud sexual se complementa con el goce sexual en un contexto de relaciones convencionales y valores.

El hecho de darle mayor importancia a la educación es indagado posteriormente a través de las entrevistas, encontrando un mayor conocimiento teórico (con imprecisiones) que vivencias afectivas.

Para el caso de las mujeres las asociaciones dan cuenta de una representación centrada en los elementos culturales que priorizan el amor romántico, las relaciones convencionales, los valores y la prevención de las infecciones de transmisión sexual como se puede ver a continuación:

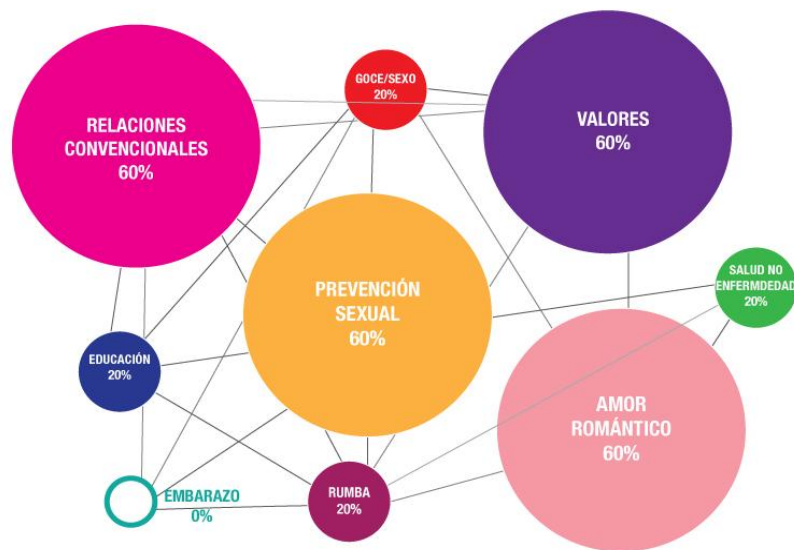


Gráfico No. 13. Red de asociaciones de salud sexual. Mujeres adolescentes sordas usuarias de castellano oral.

La anterior estructura es cercana a la que se configuró en el caso de las mujeres oyentes pero con una diferencia importante. Para las mujeres oyentes el núcleo central de la estructura está en la prevención de las infecciones de transmisión sexual, seguido del amor romántico, mientras que en las adolescentes sordas usuarias del castellano oral ocurre al contrario. Se podría plantear como hipótesis, al igual que en los hombres, una

idealización del amor debido a la ausencia de relaciones afectivas y sexuales en este grupo de adolescentes. De hecho, se trata de personas protegidas en su núcleo familiar, con algunas restricciones propias del medio al momento de socializar con adolescentes oyentes de su misma edad.

En la estructura representacional se identifican también otras asociaciones con menor participación de las mujeres, agrupadas en las categorías: “goce/sexo”, “enfermedad”, “salud”, “valores”, “educación” y “rumba”. Estos componentes de la estructura están presentes en los otros grupos, pero por su distancia al núcleo central hacen suponer un distanciamiento de las prácticas afectivas y sexuales.

Sexualidad

Redes de asociaciones

Las asociaciones frente al término inductor “sexualidad”, tuvieron una mayor concentración de sujetos en las categorías “Amor romántico” y “Educación” para los hombres, mientras para las mujeres la mayor concentración de asociaciones ocurrieron en las categorías “Amor romántico” y “Goce/Sexo”.

Para el caso de los hombres, el núcleo figurativo se estructura en el “Amor Romántico”, acompañado por las asociaciones correspondientes a la educación. Se plantea así una reacción al término inductor que le da importancia a la racionalidad, antes que a la emoción. El núcleo figurativo está complementado en sus ejes periféricos con las categorías “Relaciones convencionales”, “sujeto/género” y “salud no enfermedad”. Estas tres categorías están seguidas en frecuencia de asociaciones por la categoría “goce/sexo” como puede observarse en el siguiente gráfico:

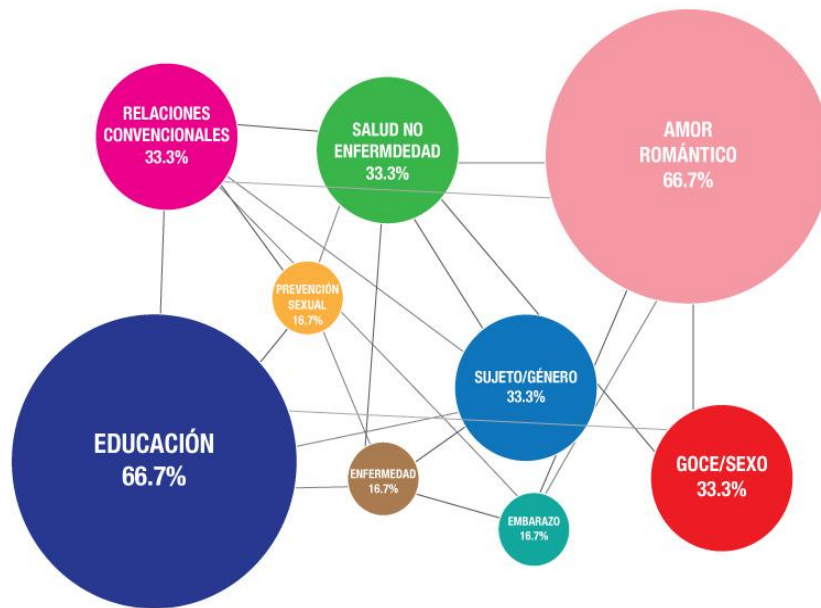


Gráfico No. 14. Red de asociaciones de sexualidad. Hombres adolescentes sordos usuarios de castellano oral.

La estructura da cuenta del distanciamiento de estos adolescentes con los oyentes para quienes la salud sexual y la sexualidad están centradas en la prevención de las infecciones de transmisión sexual. Para estos adolescentes en cambio, predomina el amor desexualizado, el cual es reconocido después de asegurar el conocimiento teórico y las relaciones formalmente constituidas (amor romántico y relaciones convencionales). Esta estructura sirvió para definir algunos de los contenidos a explorar en las entrevistas como se verá más adelante.

Por su parte y de manera totalmente contraria a los hombres, las adolescentes realizaron asociaciones cuya agrupación principal estuvo en las

categorías “Goce/sexo” y “Amor romántico”, complementadas, como ejes periféricos, con las categorías “Relaciones convencionales”, “sujeto/género” y con menor frecuencia las de: “autonomía y responsabilidad” y “prevención sexual” entre otras, tal como se puede ver a continuación:

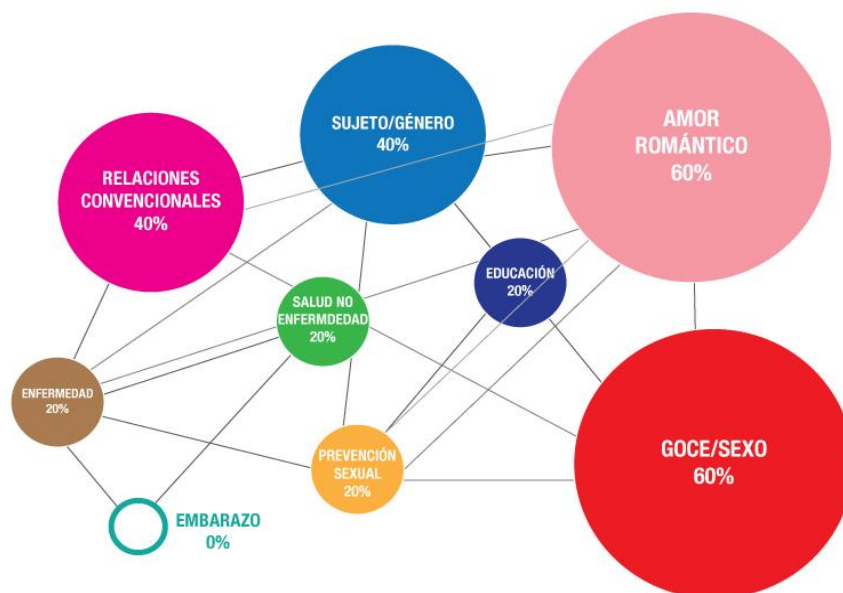


Gráfico No. 15. Red de asociaciones de sexualidad. Mujeres adolescentes sordas usuarias de castellano oral.

Esta Estructura da cuenta de la relación entre el amor afectivo, caracterizado por la posibilidad de construir compromiso y proyección, acompañado del goce sexual, rodeada de elementos hegemónicos correspondientes al convencionalismo socio cultural que determina a demás los roles masculinos y femeninos (categoría sujeto/género).

Para las adolescentes sordas usuarias de castellano oral es común la representación de la sexualidad enmarcada en el modelo de los adultos más cercanos (padres, otros familiares y maestros), teniendo en cuenta que éste modelo se fortalece en la medida que sus experiencias sociales y afectivas

fuera de su hogar son reducidas, posiblemente por la limitación que impone la pérdida auditiva.

Entrevistas

Teniendo en cuenta que las redes de asociaciones no son producto de la interacción entre sus miembros, razón por la cual se ha denominado a estas personas como un “grupo tipo”, se trató de conocer sobre las representaciones sociales de la salud sexual y la sexualidad de estos adolescentes, a través de las entrevistas. A continuación se presentan los hallazgos más importantes en los contenidos del campo representacional, partiendo del núcleo central (amor romántico, valores y educación) hasta los ejes periféricos correspondientes al amor pasional, la identidad que tienen los y las adolescentes, la salud y prevención de infecciones de transmisión sexual, para finalizar en el embarazo y la planificación.

Amor romántico y relaciones convencionales

Los y las adolescentes de este grupo reconocen el enamoramiento como parte de sus experiencias afectivas, pero en la mayoría de los casos esos enamoramientos hacia parejas oyentes se convierten en vivencias imposibles, debido a diferentes circunstancias como el rechazo, la distancia o el desinterés de la otra persona. El ideal del amor romántico está presente en los entrevistados(as), pero la posibilidad de ser correspondidos(as) no siempre ocurre en un contexto real. Esta situación muestra que el ideal del amor romántico sigue vigente y aún dominante en el imaginario social de los jóvenes (Leschziner y Kuasñosky, 2003), pero la posibilidad de vivirlo se dificulta, posiblemente porque sus características estéticas vocales (timbre y tono de la voz) no les favorecen y tienen restricción en la participación social, muchas veces impuesta por sus padres (sobre protección).

- E. ¿Y ha habido alguien que te guste?
 D. Sí. En la época del colegio.
 E. ¿Y cómo era, qué sentías?
 D. Yo me sentía atraída, pero es con un amor imposible.
 E. ¿Qué pasó?
 D. Porque un amigo que me gusta, pero él sabía que me gustaba y entonces me explicó muchas cosas, para entender, ¿me entiende? me explicaba muchas cosas para poder entender.
 E. ¿Qué cosas?
 D. Sobre que compartíamos muchísimas cosas y cuando él se enteró que a mí me gustaba, y me explicaba muchas cosas y yo lo respeto, la decisión de mi amigo.
 E. ¿Cuál fue la decisión, me puedes contar?
 D. La decisión es, le pregunté si él quería ser mi novio y No me aceptó.
 E. Ah, y él te explicó por qué?
 D. Y él me explico por qué, entendí.
 (Adolescente sorda usuaria de castellano oral. 20 años)

- E. ¿Te has sentido atraído por alguien afectivamente, te ha gustado alguien?
 C. El semestre pasado, una compañera mía del mismo semestre. Ahoritica está fuera del país.
 C. Eh, ¿qué sentías?
 C. Um, pues, la admiro mucho. Así como el corazón parpadea.
 E. El corazón parpadea... palpita.
 C. Un poquito, no mucho, un poquito, pero palpita?
 (Adolescente sordo usuario de castellano oral. 18 años)

Se reconoce la dificultad para conseguir pareja

- MD. Sí, que a veces, sí me gustan las mujeres, pero no he conseguido la mujer para enamorar.
 E. Te gustan las mujeres, pero no...
 MD. No consigo nada, mujeres para enamorar.

(Adolescente sordo usuario de castellano oral. 18 años)

Se ha planteado que en la mayoría de casos se trata de relaciones imposibles rodeadas de circunstancias adversas o rechazos, pero en los casos que se cuentan vivencias de pareja como parte de la representación social de la sexualidad, se trata de relaciones no estructuradas que

corresponden más bien a un juego que no llega a consolidarse como una relación concreta y objetiva, algunas de ellas enmarcadas en los recuerdos de la infancia.

E. Y cómo fue esa relación con esa novia?

MD. Eso si fue peor.

E. ¿Peor?

MD. Y que me enamoré y que se llamaba XXXX.

E. Se llamaba XXXX.

MD. Entonces, sólo me enamoré un día... eh, una semana.

E. Solo te enamoraste una semana, y por qué, qué paso?

MD. Porque dice que ella terminó conmigo porque no la acompaño, no comparto.

MD. Porque siempre salgo tarde en el colegio y ella no me cree que me quedé, lo mismo que dice que voy a salir para muy tarde...y ella se puso brava porque yo le prometía salir.

(Adolescente sordo usuario de castellano oral. 16 años)

E. ¿Has tenido novias?

MD. Antes, pero ya no.

E. Antes, ¿cuánto...¿cuántas novias has tenido?

MD. Como tres.

E. Tres novias, y quieres contarme cómo fue el noviazgo?

MD. Es que casi no me acuerdo.

E. ¿Cuántos años tenías?

MD. Tenía como ocho años.

E. Ahh, tenías ocho años, bueno, ¿y tú conquistaste a la chica?

MD. ¿Cómo?

E. ¿Tú conquistaste a la chica?

MD. No.

E. ¿No?, ¿Ella te conquistó a ti?

MD. (no responde)

E. Y tu otra novia, tu segunda novia?

MD. Con mi segunda novia tenía como 10 años.

E. Cuando tenías como diez años fue tu segunda novia. Um hu, ¿y qué sentías?

MD. Pues yo sentí como si fuera como amigos, pero como amor.

E. Sentías como amigos, pero también amor.

MD. Compartir, jugar, me acompañar, pero ella terminaba conmigo porque se aburría conmigo.

(Adolescente sordo usuario de castellano oral. 16 años)

Más allá de las dificultades para lograr relaciones de pareja reales, las ideas proyectadas sobre el deber ser, referentes a la familia tradicional ocupan un lugar importante en el discurso de estos adolescentes. Se plantea un modelo de familia aprendido de los adultos, pero con muy pocos argumentos para profundizar en el.

E. ¿cómo te imaginas tú el futuro en términos de pareja?

C. ¿El futuro?

E. Sí.

C. ¿Si se separan o si se quedan juntos?

E. ¿cómo te imaginas el futuro con una pareja?

C. Vivir juntos..... y tener una familia.

E. Tener una buena familia y qué más?

C. Dialogar.

(Adolescente sordo usuario de castellano oral. 18 años)

Aquí entra a jugar un papel muy importante la representación de familia asociada a la salud sexual y la sexualidad como se puede observar en el siguiente dibujo:



Dibujo elaborado por adolescente estudiante de secundaria, grado 11

Las proyecciones de algunos adolescentes se sitúan en el modelo de padres que cuidan a su pareja y a los hijos

- E. ¿Te imaginas como papá?
C. Sí.
E. ¿Te gustaría ser papá?
C. Si señora.
E. ¿cómo te imaginas como papá?
C. Pues, para ser papá ... Hay que estar atento de los hijos...
E. y qué más?
C. También de la esposa.
E. También de la esposa
C. Y cuidar a mi familia.

(Adolescente sordo usuario de castellano oral. 20 años)

Llama la atención en el contexto del amor romántico que los y las adolescentes visibilicen o deseen relaciones en las cuales la pareja les ayuda a enfrentar su dificultades: estas dificultades se pueden comprender en el contexto de la limitación auditiva y expresiva (vocal) como personas con discapacidad.

- E. En este momento tienes una relación?
C. Ahorita sí.
E. La persona con la que tienes la relación es sorda u oyente?
C. Oyente.
E. Oyente. ¿Y cómo es esa relación con ella, con esa persona?
C. Con un oyente normal, siempre compartir.
E. Comparten.
C. Sí. Me ayuda mucho.
E. Te ayuda mucho.
C. Sí, porque en unas cosas tiene experiencias que no sé. Me ayuda mucho, pero me gusta mucho, la experiencia que me hace sentir bien.

(Adolescente sordo usuario de castellano oral. 20 años)

Una de las características de este grupo es la dificultad para expresar ideas, creencias y opiniones sobre el amor, pero se debe resaltar que son las

mujeres quienes visualizan las relaciones acompañadas de valores en el marco del matrimonio como una posibilidad real basada en la aceptación social.

E. ¿Cómo te la imaginas una pareja ideal?

A. Como confianza, con cariño, con.... para mí con confianza...

E. confianza...

A. Respeto, responsable, y mi sentimiento.

(Adolescente sorda usuaria de castellano oral. 17 años)

Finalmente es importante mostrar que las imágenes mentales referentes a las fantasías en el contexto del amor romántico no son expresadas porque consideran que todavía no es el momento para ese tipo de expresiones.

E. ¿Y qué fantasías puedes tener sobre la sexualidad, ya tu sola qué te imaginas, que cosas te imaginas?

M. No me gustaría hablar de eso, cuando yo me case si

(Adolescente sorda usuaria de castellano oral. 17 años)

Valores y Educación

Las redes de asociaciones sobre la salud sexual y la sexualidad de este grupo de adolescentes plantean los valores y la educación como elementos periféricos importantes en el campo representacional. Al explorar en las entrevistas estos elementos se encontró que están articulados a la red de significaciones del deber ser de la sexualidad y la salud sexual. Se destacan conceptos tales como: responsabilidad (al igual que los oyentes pero con menos intensidad), control, confianza, consciencia, cuidado y respeto.

E. Cómo sería una relación de pareja ideal?

C. ¿Para mí, mi pareja?

E. Sí.

C. Pues, para que sea.... que sea responsable entre nuestra pareja, responsable.

- E. Responsable con tu pareja.
- C. Y que tenga familia, que sepa tener confianza a mí, la familia de mi pareja.
- E. Que la familia de tu pareja te tenga confianza.
- C. Sí

(Hombre adolescente sordo usuario de castellano oral. 20 años)

La responsabilidad no explícita hace parte del discurso de la salud sexual y la sexualidad

- E. Cómo crees que deben ser las relaciones sexuales?
- A. Yo creo respeto, confianza y responsabilidad.
- E. y qué opinas de la sexualidad?
- A. Yo opino..., yo creo en lo responsable, en el respeto, en mis sentimientos, en la confianza y ya.

(Mujer adolescente sorda usuaria de castellano oral. 17 años)

Tres adolescentes entrevistados al hablar de salud sexual y sexualidad enfatizan en el respeto y la responsabilidad, pero no especifican si se trata de protección de enfermedades, o cuidado del embarazo u otras aplicaciones del concepto. Se trata del uso de los términos y el énfasis en el saber teórico de la sexualidad, con una carga representacional importante de control pero con muy pocas experiencias concretas

- E. ¿cuando hay salud sexual la persona cómo se siente?
- A. Pues, no sé. No, no, pues algunos, me cuentan mis amigas que se siente rico, algo de confianza, un amor respetable, respeto y mucho más.

(Mujer adolescente sorda usuaria de castellano oral. 17 años)

- E. ¿Qué le recomendarías a los adolescentes y jóvenes sordos frente a estos dos temas?
- C. Que me recomiendo... mejorar sordos adolescentes y que trate de que aprendan mucho, sí, libremente... aprenden mucho de teoría, para hacer práctica tienen que tener mucho cuidado porque, como un control porque el joven piensa que es fácil.

(Hombre adolescente sordo usuario de castellano oral. 20 años)

La propuesta de aprender desde la teoría y posteriormente acceder a las prácticas sexuales bajo condiciones de control da cuenta del dispositivo

social que se le transmite a los adolescentes, pero en este grupo particularmente donde se presentan situaciones de distancia social frente a otros adolescentes, sumado a la falta de claridad en la información, se puede generar mayor vulnerabilidad frente a ITS y la consolidación de una identidad propia.

- E. O sea, que consideras que deben mucha teoría y después practicar.
- C. Práctica, pero con control, con cuidado.
- E. Con control.
- C. Con conciencia.
- E. Con conciencia.
- C. Si es por primera vez, si toca con mucho cuidado, con dedicación.

(Hombre adolescente sordo usuario de castellano oral. 20 años)

Los y las adolescentes reconocen la importancia de la educación, pero no logran profundizar en los temas de la sexualidad. Así mismo señalan el beneficio de aprender de otros, a través de su experiencia y testimonios, pero no logran especificar los saberes. Es decir que el discurso sobre la sexualidad es débil y no constituye en sí mismo la pertenencia del poder de la sexualidad (Foucault, 2006)

- D. Pues, el profesor me explicó sobre el tema, a todos mis compañeros. Me explicaron cómo se trata el tema y tomar las opiniones críticas sobre este tema, pero hay personas que no entienden sobre ese tema, entonces hay que tomar de las personas que saben de sexualidad. , que saben mucho.
- E_ Hay personas que saben mucho sobre la sexualidad y te enseñan en el colegio. ¿Y qué saben esas personas de sexualidad?
- D. Como un testimonio.
- E. Como un testimonio, ¡ah ya!
- D. En sexto grado llamaron a mis compañeras y fuimos a hablar con la directora del curso y del colegio. Me contaba un testimonio sobre una compañera de quinto primaria que quedó embarazada a los 14 años. Eso fue algo que me cambió y también a mis compañeras, me cambió para tomar más seguridad y más madurez porque hay que cuidarse.

(Mujer adolescente sorda usuaria de castellano oral. 20 años)

El saber sobre la sexualidad está en los otros y se asimila en la medida que se recibe a través de la instrucción. También se adquiere al intercambiar vivencias, lo cual posibilita ayudarse entre si

E. ¿qué cosas has escuchado sobre la sexualidad?

C. ¿Cosas?

E. Sí.

C. ¿Pues, como cuáles?, ¿Como... todas?

E. Sí, con tus amigos, qué has escuchado sobre ese tema?

C. Ah, pues mis amigos, cosas, pues que la gran mayoría se repiten, las cosas se repiten sobre que ya tiene novia, por qué no explica, se cuenta todo. Que qué pasó, por qué separé, uno cuenta, por ejemplo,... ayudarme, por qué me separé como novia... pregunta, pregunta, pregunta.

E. Se cuentan cosas para ver cómo pueden ayudarse?.

C. Sí.

(Hombre adolescente sordo usuario de castellano oral. 20 años)

Para el caso de los(as) adolescentes sordos usuarios del castellano oral, a diferencia de los oyentes, el colegio representa un importante espacio de transmisión de saberes sobre la sexualidad, pero no se recuerda lo aprendido o quizá no quedo claro. Así, los conocimientos y la organización de estos conocimientos, como parte del contenido de la representación social de la sexualidad y la salud sexual, se articulan de manera débil al campo representacional.

E. ¿Dónde has aprendido lo que sabes sobre sexualidad y salud sexual?

M. En el colegio.

E. ¿En el colegio? ¿Y te parece que está bien la enseñanza, lo que les dicen o falta algo o tienes curiosidad por algo más?

M. Esta bien. No me falta nada.

(Hombre adolescente sordo usuario de castellano oral. 16 años)

E. Alguna vez se ha tratado este tema en tu colegio?

A. Sí

E. ¿Y cómo te sientes con respecto a lo que se trató en el colegio?

A. Pues en el colegio hablaba sobre el tema sexualidad, es como..., los compañeros hacían preguntas; cómo es el amor, hay muchas cosas que no recuerdo eso fue en grado sexto, nos explicaron mucho aprendí cosas de sexualidad.

E. ¿Y había muchas preguntas sobre el tema?

A. Sí, pero no me acuerdo.

E. ¿Tu no tenías ninguna pregunta?

A. Sí, pero no me acuerdo.

(Mujer adolescente sorda usuaria de castellano oral. 17 años)

Llama la atención que para este grupo de adolescentes, el saber sobre la sexualidad está en los oyentes y no en los sordos, por el contrario, consideran que las personas sordas no tienen nada que enseñar. Este hecho hace parte de la falta de identidad y reconocimiento como personas sordas por parte de este grupo de adolescentes.

E. ¿Qué piensas sobre la sexualidad en los adolescentes y jóvenes sordos?

D. Las personas sordas piensan diferente porque no conocen muy bien ese tema con respecto a las personas oyentes, obviamente, unos conocen el tema, pero otros no, pero los oyentes saben más sobre este tema, entonces es conveniente que se enseñe más sobre este tema a las personas sordas, que se trate este tema porque no se sabe.

(Mujer adolescente sorda usuaria de castellano oral. 20 años)

Se ratifica la representación de que los adolescentes sordos no saben sobre sexualidad y consecuentemente se reclama orientación del colegio.

E. ¿Tú crees que sería importante que aquí en el colegio se hicieran conferencias o charlas sobre ese tema?

M. Sí porque aquí las personas sordas quieren aprender, ver como es eso, pero aquí no se habla de ese tema

E. ¿Y tú piensas que sería importante hablar de ese tema?

M. Sí para que ellos aprendan y capten como es ese tema de la sexualidad

(Mujer adolescente sorda usuaria de castellano oral. 18 años)

Amor pasional (Goce/sexo) y relaciones sexuales:

El periodo de vida entre los 17 y 21 años es descrito como una etapa en la cual los adolescentes se van independizando emocionalmente de su familia, construyen un criterio propio frente a ella y luchan por conquistar su autonomía (Ministerio de la Protección Social, 2008). En este grupo de adolescentes sordos usuarios de castellano oral se identifican, a través de la representación social sobre la sexualidad, creencias y opiniones que dan cuenta de la dependencia de sus padres y otras personas mayores.

Los adolescentes reconocen el placer como un elemento central de la sexualidad, aunque sus vivencias y experiencias compartidas son pobres. Consideran que las vivencias compartidas del placer sexual hacen parte del mundo de los adultos y las valoraciones también.

E. ¿Con qué asocias las relaciones sexuales?

C. Con placer.

E. ¿Las asocias con placer?

C. Sí.

E. ¿Y eso es bueno o malo?

C. Depende de lo que diga la gente.

E. Depende de lo que diga la gente.

C. Si quiere tener o no quiere tener.

(Hombre adolescente sordo usuario de castellano oral. 18 años)

Las representaciones sociales de la sexualidad se acompañan de imágenes mentales y sentimientos que dan cuenta del cuerpo y los placeres, pero las vivencias están lejos de esas construcciones mentales.

E. ¿Si alguien te llega a gustar, cómo crees que te sentirías?

A. Con caricias, como sentir sentimientos, amor o sea con besos en confianza y muchos más.

E. ¿Y con quién has sentido eso?

A. No

E. ¿Alguien particular?

A. No

(Mujer adolescente sorda usuaria de castellano oral. 17 años)

Estas situaciones donde se plantean las imágenes mentales y los sentimientos frente al placer sexual, pero distantes de las vivencias, responden a los temores de algunos padres de hijos(as) sordos(as), ya que consideran que la sordera como limitación o discapacidad, se constituye en un riesgo de abuso o violencia sexual. Desde esa perspectiva, los padres de los adolescentes sordos usuarios de castellano oral limitan la participación social de sus hijos(as) con otros adolescentes. (Atink., Alunad y Jones, 2002).

Desde esta perspectiva algunos adolescentes sordos usuarios de castellano oral consideran que el ejercicio de la sexualidad compartida es asunto de los padres.

E. ¿Pero quiénes deben tener relaciones sexuales?

M. Los padres

(Mujer adolescente sorda usuaria de castellano oral. 18 años)

En el contexto del amor pasional donde hay un predominio del goce sexual, los y las adolescentes entrevistados(as) consideran que las actividades relacionadas con el goce sexual llegan con el tiempo; son parte del futuro y llegarán en algún momento.

MD. Pues mis compañeros dicen que en el futuro quieren una relación sexual.

E. ¿Qué dicen tus compañeros?

MD. Que piensa que en el futuro va a pasar una relación sexual.

E. y qué más piensan?

MD. No más.

(Hombre adolescente sordo usuario de castellano oral. 16 años)

Las relaciones sexuales son representadas como parte del desarrollo y la maduración, tienen correspondencia con una mirada biologicista, donde los

procesos de crecimiento y desarrollo de los adolescentes conducen hacia relaciones sexuales adultas.

Frente a las fantasías sexuales, como imágenes propias que hacen parte de las representaciones sociales de la sexualidad, los adolescentes no realizan ninguna descripción ni comentario. Se nota así una posición racional en la constitución del campo representacional de la sexualidad, determinado posiblemente por el discurso de los adultos.

E. Has tenido fantasías sobre la sexualidad?
C. No.

(Hombre adolescente sordo usuario de castellano oral. 18 años)

Identidad y Comunicación:

La representación social de la sexualidad está ligada a la construcción de la identidad, en un proceso que vincula de manera significativa el mundo afectivo y social de los adolescentes. En esa medida, las creencias, imágenes y valoraciones que tienen de sí mismos los adolescentes sordos usuarios de castellano oral, se vinculan a su identidad social e individual.

En general este grupo de adolescentes se consideran personas que tienen dificultades para escuchar y por esa razón han estado vinculados a procesos de rehabilitación auditiva y oral. El hecho de considerarse personas en rehabilitación les permite verse diferentes de las personas sordas, que para ellos son las que utilizan la lengua de señas. En otras palabras, los(as) adolescentes entrevistados(as) no se consideran personas sordas, para ellos y ellas, las personas sordas son aquellas que utilizan la lengua de señas.

E. ¿Cómo te describes a ti mismo?

MD. Normal, igual que una persona normal.

E. ¿Para ti Qué significa ser sordo?

MD. Ser sordo adulto significa que escucho bien.

(Hombre adolescente sordo usuario de castellano oral. 16 años)

Los(as) adolescentes se identifican con las personas oyentes y en ellos(as) surgen creencias, imágenes, conocimientos y sentimientos que los diferencian del mundo de los sordos. De hecho, desde el modelo médico clínico, donde han estado incluidos estos adolescentes a lo largo de su vida, la sordera es una entidad que debe ser normalizada y el éxito del tratamiento se visibiliza en la emisión del habla; poder hablar. (Skliar, 1997).

La identidad de estos(as) adolescentes se estructura en el deseo y el trabajo para alcanzar la normalidad auditiva y vocal (la rehabilitación), lo cual implica tomar distancia de los Sordos para asegurar su identidad de oyentes.

E. ¿Qué significa ser sordo adulto?

D. Explícame otra vez

E. Cómo es una persona sorda en la vida adulta?

D. Lo que pienso es que hay que tomar actitud como si fuera oyente.

(Mujer adolescente sorda usuaria de castellano oral. 20 años)

Lo importante es sentirse y asumirse como una persona oyente y tomar distancia de las personas Sordas (usuarias de la lengua de señas), de quienes se tiene en general una representación negativa.

E. Cómo es una persona sorda?

C. Casi todas las personas sordas, pues habla con las manos, sí.

E. Habla con las manos.

C. Sí, y para..... dificultades para comunicarse con una persona oyente, no es fácil.

E. No es fácil?

C. Sí, no es fácil, toca con papel..., para escribir qué es lo que está diciendo, porque no entiende nada. Cuando una persona oyente habla para la persona sorda no entiende nada.

E. No entiende nada.

- C. Y menos la persona sorda para oyente, menos.
- E. Um hu.
- C. Eso es más difícil y casi no es inteligente.
- E. Cómo así?
- C. Las mujeres oyentes son más sentimentales, son mucho más inteligentes, son mucho que saben cómo van las cosas y que saben qué va a pasar después.

(Hombre adolescente sordo usuario de castellano oral. 20 años)

La inteligencia de los seres humanos está ligada a la expresión verbal, en esa medida, este grupo de adolescentes sordos usuarios de castellano oral, consideran poco inteligentes a los sordos usuarios de lengua de señas porque no hablan.

La oralización se plantea como sinónimo de integración social, desde allí se estructura la identidad, lo cual implica tener una posición frente a sí mismo y el mudo que lo rodea (Hurtado, 2004).

- MD. Ellos hacen como la terapia... (Refiriéndose a las personas sordas en procesos de rehabilitación)
- E. Hacen como la terapia, sí...
- MD. Aprenden a decir qué tamaño, de qué color...

(Hombre adolescente sordo usuario de castellano oral. 16 años)

- E. ¿cómo te describes a ti mismo?
- C. Pues yo... Nací sordo.
- E. Naciste sordo.
- C. Y ya por ahora... Puedo hablar por parte de los labios.
- E. Puedes hablar por parte de los labios.
- C. Y que la parte de los labios... comprenden más palabras.
- E. Aprenden más palabras.
- C. Idiomas.

(Hombre adolescente sordo usuario de castellano oral. 18 años)

La sexualidad y la salud sexual de los adolescentes se inscribe en una estrecha relación con la identidad y la proyección en la vida, en términos de

pareja, roles paternos y maternos, estructuración de familia, etc. Al indagar sobre las opiniones y valoraciones referentes a la pareja se puede confirmar la identidad oyente de este grupo de adolescentes, pero también las dificultades para vivir de esa manera.

E. ¿Te gustaría tener una pareja sorda u oyente?

C. Una oyente.

E. ¿Una oyente?, ¿por qué?

C. Pues, umm, me gusta eso, hablar de la parte comunicar..... Pues, yo pienso que voy a tener una pareja oyente

(Hombre adolescente sordo usuario de castellano oral. 18 años)

Se sabe que la construcción de identidad es compleja y en muchas oportunidades contradictoria, pero particularmente para los adolescentes sordos, las tensiones que viven entre diferentes identidades pueden llegar a tener profundas implicaciones sociales (Skelton y Valentine, 2003). En este sentido, la proyección paterna y materna se orienta hacia la identidad oyente bajo el principio de: estudiar, prepararse y aprender a hablar.

E. ¿cómo te los imaginas tú, si tuvieras hijos?

MD. _Tuviera, tuviera oyentes.

E. _¿Oyentes?, ¿por qué?

MD. Porque, como si fueran..... (Posiblemente pensó en decir "sordos"), pienso que me gusta que hablen bien.

E. _Pienzas que te gusta que hable bien, ¡aja!.

MD. Y a mí me gustaría que los sordos, que hablen, que los pasen a terapia, si me hago entender?.

(Hombre adolescente sordo usuario de castellano oral. 16 años)

D. La verdad siempre pienso en el futuro teniendo un esposo oyente, tener una familia, pero respetando primero la preparación.

E. Ah, prepararse, estudiar quieres decir?

D. Sí. Preparación, la responsabilidad y después formar como una familia.

(Mujer adolescente sorda usuaria de castellano oral. 20 años)

En general, la literatura científica reporta discriminación social hacia las personas con deficiencias y en el caso de los adolescentes sordos usuarios del castellano, también se enfrentan a situaciones desagradables que los excluyen de su contexto social.

E. ¿Entonces en esa comunicación con tus amigos en el colegio cómo te sentías, cómo era esa comunicación?

MD. Pues que más o menos, que mis compañeros que no me agradan como compañeros, porque mis compañeros dicen que tengo un implante, que siempre me dicen que soy sordo que no escucha y siempre se me burlan de mí.

(Hombre adolescente sordo usuario de castellano oral. 16 años)

E. Qué es lo que pasa?

A. Yo no me siento mal, pero hay gente, hay muchos amigos que no saben, que me caen muy bien, me molestan, se han estado burlando porque no saben bien por eso me da rabia y le expliqué a ellos para que me entiendan, para que no se rían. Me molesta que mis amigos no me entiendan.

(Mujer adolescente sorda usuaria de castellano oral. 17 años)

La representación social de la salud sexual y la sexualidad de los adolescentes depende en gran medida de la interacción que se tenga con los conocimientos que circulan por diferentes medios de comunicación y en la interacción cotidiana con las personas de su entorno inmediato. En este grupo de adolescentes, en general se menciona que el conocimiento que se tiene sobre la salud sexual y la sexualidad proviene de la comunicación con sus padres y profesores del colegio. Así, se identifican conocimientos adquiridos frente a un capital de pocas experiencias sociales, lo cual se traduce en la reproducción del discurso social de los adultos.

E. ¿Con quien has hablado sobre sexualidad y salud sexual?

D. Con mi mamá, con mi profesora de educación sexual y mis amigas.

E. ¿En el colegio cómo sientes eh, este tema, cómo sientes que lo manejan en el colegio?

D. Yo me siento como interesada sobre ese tema para entender cómo se trata. En el colegio hay personas que hablan cosas sobre este tema de la sexualidad para estar muy

preparados y hay personas que no. Entonces hablan cosas, o harán tonterías. A los hombres, tener novia y todo, falta de madurez.

(Mujer adolescente sorda usuaria de castellano oral. 20 años)

De hecho, hace parte de la representación, la censura a las experiencias amorosas y se valorizan los conocimientos teóricos sobre la salud sexual y la sexualidad. En otras palabras, se le da valor positivo a la transmisión y reproducción de del discurso “oficial” eminentemente informativo, mientras se excluye el discurso que surge a partir de las creencias y las vivencias de la sexualidad.

E. ¿Con quién has conversado sobre temas de sexualidad y salud sexual?

A. Me ha enseñado...

E. ¿Con quién has conversado?

A. Con mi mamá.

E. ¿Y sientes que lo que ella te ha dicho es importante o quisieras saber más sobre este tema?

A. No sé

(Mujer adolescente sorda usuaria de castellano oral. 17 años)

Salud y prevención de la enfermedad:

Las entrevistas muestran que la representación de la salud y la prevención de las infecciones de transmisión sexual es débil, ya que los(as) entrevistadas no tienen argumentos para referirse al tema. Sus intervenciones se refieren a cuatro (4) elementos fundamentalmente: la salud sexual como el cuidado del cuerpo y la sensación de alegría que esto produce, la relación con las enfermedades, el conocimiento racional frente a pocas experiencias y el desconocimiento del tema como un elemento común en todos los entrevistados. En este orden de ideas se pueden citar las siguientes intervenciones:

1. La salud sexual relacionada con el cuidado del cuerpo lo cual es sinónimo de alegría.

E. ¿Cuándo piensas en la palabra salud sexual qué sientes, alegría, emoción, qué sientes?

MD. Pienso que alegría en la salud sexual.

E. ¿En la salud sexual? ¿Por qué?

MD. Porque alegría, porque me gusta que... cuidar mi cuerpo porque no me gusta que se me dañe.

(Adolescente sordo usuario de castellano oral. 16 años)

En ese sentido, la salud sexual está asociada al bienestar y el buen vivir sin mayor explicación sobre los procesos que conducen a ella.

E. ¿Y para qué sirve la salud sexual?

MD. ¿Para qué sirve la sexual? Para que la vida mejore.

E. Para que la vida mejore.

(Adolescente sordo usuario de castellano oral. 16 años)

2. La relación salud sexual – enfermedad ocurre de manera directa sin claridad sobre los procesos de prevención de infecciones de transmisión sexual, en oposición a los planteamientos y propuestas de educación sexual desde la mayoría de políticas de salud sexual y reproductiva. En esa situación ocurre una relación entre salud sexual- enfermedad – muerte, haciendo referencia al sida.

E. ¿Qué has escuchado sobre la salud sexual?

D. He escuchado sobre los diferentes tipos de enfermedades.

E. ¿Puedes mencionar cuáles?

D. Como el sida, infecciones venéreas, infecciones: hay muchos tipos de infecciones.

E. ¿Cuándo tú piensas en la palabra “salud sexual” qué sientes?, alegría, temor..... qué sientes?

D. Cuando escuché la palabra sobre el sida, la primera vez que la escuché, sentí miedo porque es una enfermedad que no se puede curar.

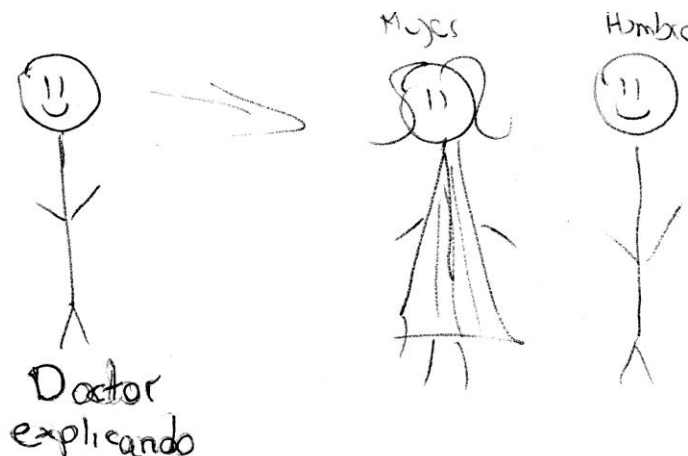
(Adolescente sorda usuaria de castellano oral. 20 años)

La salud sexual en oposición a las enfermedades se constituye en uno de los elementos del campo representacional de la salud sexual y la sexualidad, como ocurre con la mayoría de los adolescentes de la investigación, pero en este grupo solo hubo un entrevistado que asoció de manera directa las enfermedades con la ausencia de salud sexual.

E. ¿y cuál es tu concepción personal sobre la sexualidad?, ¿para ti qué es la sexualidad?
M. ¿Para mí qué es la sexualidad? Pues es una persona que tiene que cuidar el cuerpo, que no le da la enfermedad de transmisión sexual, el Sida, gonorrea y otras.

(Adolescente sordo usuario de castellano oral. 16 años)

Este tipo de representaciones se complementan con la atención médica para que haya salud sexual, como se puede ver con el siguiente dibujo, donde un médico le da explicaciones a una pareja.



Dibujo elaborado por adolescente sordos usuario de castellano oral, estudiante de secundaria, grado 11

3. La racionalización de la salud sexual en la mayoría de los entrevistados(as) da cuenta de los conocimientos que han adquirido en

su relación con personas mayores, pero también dan cuenta de la distancia con experiencias sociales, afectivas y sexuales; en ese sentido, existe un predominio de la palabra de los otros a través de su lenguaje.

- E. ¿y cómo te sientes tú frente a la salud sexual?
C. ¿Salud sexual, cómo me siento? Satisfecho, contento, porque estoy mi salud está bien.
E. Tu salud está bien, te sientes contento.
C. Está muy bien porque aprendió muy bien.
E. Has aprendido muy bien.
C. Muy bien, con profundización. Con la familia ayuda mucho, me ayudan muchos amigos, amigas, compañeros, profesores: todo, para que esté bien preparado, ya había tenido todo eso.
(Adolescente sordos usuario de castellano oral. 20 años)

Así, la salud sexual está en unos conocimientos que se aprenden de manera formal, no tanto vivencial, y que se pueden adquirir en espacios familiares o en instituciones educativas.

- E. ¿qué significa la sexualidad?
C. La sexualidad significa que es un tipo...una clase
E. Una clase académica?
C. Sí, un ejercicio, una actividad que representa a la persona.

(Adolescente sordos usuario de castellano oral. 20 años)

4. El desconocimiento del tema es el elemento común en los(as) entrevistados, lo cual muestra una debilidad de contenido en los elementos que conforman la representación social de la sexualidad

- E. ¿Qué es la salud sexual?
A. Pues amistad, alegría, amistad y la confianza y ya.
E. Bueno, ¿cuál es el significado de la salud sexual en tu vida?
A. En mi vida?
E. ¿Piensas que es importante la salud sexual en la vida o no?
A. No sé

(Adolescente sorda usuaria de castellano oral. 17 años)

En este contexto la salud sexual es asociada con las relaciones sexuales entre hombres y mujeres, como un modelo predominante y hegemónico de las relaciones humanas.

E. ¿Tú cómo sabes que un adolescente sordo tiene salud sexual?

A. Ni idea.

E. No sabes. ¿La salud sexual sirve para algo?

A. ¿Para qué?

E. ¿Para qué sirve la salud sexual, para qué crees que sirve la salud sexual?

A. Para hacer el amor un hombre y una mujer.

(Adolescente sorda usuaria de castellano oral. 17 años)

También se hacen presentes como parte de las dimensiones de la representación social de la salud sexual, los conocimientos generales sobre la protección de infecciones de transmisión sexual, pero sin poder clarificar el tipo de protección, lo cual da cuenta de escasa información y posibles confusiones comunicativas.

E. ¿Qué significa sexualidad?

M. La sexualidad es cuando los jóvenes no piensan tener una relación con protección

E. ¿O sea la sexualidad es una relación sin protección?

M. Si

(Adolescente sorda usuaria de castellano oral. 18 años)

Para los(as) adolescentes sordos(as) usuarios de castellano oral se hace notoria la distancia entre los saberes de la salud sexual y las prácticas, identificándose un vínculo actitudinal y emocional débil con el tema, posiblemente porque han vivido pocas experiencias sexuales de pareja y el acceso a la información es restringido debido a la pérdida auditiva y exclusión social. En ese contexto las infecciones de transmisión sexual se mencionan pero sin mayor conocimiento sobre su adquisición y forma de prevenirlas.

Es así como el discurso sobre los derechos reproductivos y salud reproductiva de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo realizada en el Cairo en 1994, distan de la realidad de este grupo poblacional, cuando se planteó que: “La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias...entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con que frecuencia.”

Planificación y embarazo:

Para este grupo de adolescentes, el tema de la planificación y el embarazo no constituyó en la red de asociaciones un eje significativo, a pesar de ello en las entrevistas se exploró este componente en el campo representacional y se encontró un desconocimiento y confusión sobre el tema, excepto en uno de los entrevistados.

Teniendo en cuenta que uno de los propósitos de la política de salud sexual y reproductiva del país (2002-2006) hace referencia al derecho que tienen los ciudadanos de obtener información que posibilite la toma de decisiones libre e informada sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, se supone que los(as) adolescentes y jóvenes son las personas que deben recibir mayor beneficio al respecto. Al analizar las respuestas y reflexiones de este grupo de adolescentes, se puede identificar una realidad diferente a lo que pretenden las políticas en materia de conocimiento sobre anticoncepción del embarazo

- E. Bien. ¿Qué métodos anticonceptivos conoces?
- D. ¿Cómo?
- E. ¿Qué métodos anticonceptivos conoces?
- D. No entiendo.

- E. Métodos para... me refiero a los métodos que previenen el embarazo.
- D. Ah!
- E. ¿Qué métodos conoces?
- D. El embarazo, el anticonceptivo, el aborto.

(Mujer adolescente sorda usuaria de castellano oral. 20 años)

La falta de contacto social de los adolescentes posibilita suponer que impide el acceso a información sobre métodos de planificación y prevención del embarazo. Esta situación se hace evidente en las respuestas a las preguntas del entrevistador.

- E. ¿qué conoces, qué métodos conoces?
- C. Usar el condón.... Y a la mujer...
- E. Que más?
- C. Le toca tomar pastillas.
- E. A la mujer le toca tomar pastillas.
- C. Y tener tampones?.
- E. Y tener tampones.

(Hombre adolescente sordo usuario de castellano oral. 18 años)

Como se dijo, solo uno de los seis (6) entrevistados, quien aparentemente ha tenido experiencias sexuales con pareja, plantea mayor conocimiento sobre el tema.

- E. ¿Qué métodos anticonceptivos conoces?
- C. Pues conozco condones...
- E. El condón.
- C. Una pastilla, unas inyecciones, una crema, el diafragma para mujeres.
- E. ¿y cuál empleas?
- C. ¿Ah?
- E. ¿Cuál usas?
- C. Los condones.....los condones yo uso.

(Hombre adolescente sordo usuario de castellano oral. 18 años)

Es importante señalar que para algunos entrevistados el uso de métodos anticonceptivos corresponde a la decisión de la mujer. Esta situación da

cuenta de la reproducción de modelos culturales donde la mujer toma decisiones sobre el control de la fecundidad.

MD. ¿Qué otras cosas tienen que estar en la salud sexual?

MD. Como.....eeh, si va a hacer una relación sexual, sí?

E. Si vas a hacer una relación sexual...

MD. Pero si, si la muchacha dice que tienes que utilizar condón, tienes que utilizar el condón.

(Hombre adolescente sordo usuario de castellano oral. 18 años)

En otras situaciones los padres intervienen el cuerpo de sus hijas sordas, a través del personal de salud, sin que éstas sepan realmente lo que está pasando. El temor de los padres al embarazo genera intervenciones de prevención no consultadas con sus hijas, quienes ni siquiera saben lo que ocurre con su cuerpo.

M. A mí me pusieron unas cositas en el brazo, aquí (se señala en la parte interior del antebrazo, debajo de la piel)

E. ¿Por qué te pusieron eso en el brazo?

M. Porque mi familia decía que era mejor tener cuidado, que les daba temor, pero yo no entiendo eso

E. Dónde te pusieron eso?

M. En Libertad (un barrio), en el Hospital XXXX

E. ¿Cuántos años tenías?

M. Tenía dieciséis

E. ¿Y quién te llevó a que te pusieran eso?

M. Mi mamá?

E. ¿Y cuánto tiempo tuviste puesto eso?

M. Un año

E. ¿Y te lo quitaron?

M. Sí, porque empecé a enfermarme

E. ¿Y qué te empezó a dar?

M. Se me empezó a caer el pelo, me adelgazaba, no podía hacer ejercicio, fuerza

(Mujer adolescente sorda usuaria de castellano oral. 18 años)

Diversos estudios han mostrado que la percepción de muchas familias y profesionales sobre la sexualidad de sus hijos con deficiencias se alterna

entre dos ejes: Por un lado son considerados sexualmente infantiles o asexuados y por otro, agresivos, exhibicionistas y sin control. Este tipo de representaciones niegan la sexualidad y por lo tanto la orientación o educación sexual. Desde esa perspectiva los padres toman decisiones sobre sus hijas, solicitando a profesionales de la salud la implantación de dispositivos de planificación hormonal, e inclusive realizando la esterilización sin que sus hijas con deficiencias tengan conciencia de estas intervenciones ni sus consecuencias. (Glat, 2005).

Finalmente es de señalar que en la mayoría de los entrevistados(as) de este grupo se plantea el temor al embarazo, asociado a la posibilidad de tener hijos sordos.

E.. ¿te gustaría tener hijos oyentes, sordos o no te importaría?

C_ Depende.

E_ Depende de qué?

C_ De lo que nazca. Depende de su aspecto físico.

E_ ¿Depende de su aspecto físico?

C_ Sí, Pues si tiene la coloración de los ojos, las manchas de la piel, el mechón blanco...

(Hombre adolescente sordo usuario de castellano oral. 18 años)

La descripción realizada por el entrevistado corresponde a las personas que tiene el síndrome de Waardenburg. Se trata de un síndrome de tipo hereditario caracterizado por sordera, ojos azules extremadamente pálidos u ojos de color diferente (heterocromía) y Mechón de pelo blanco o encanecimiento prematuro del cabello. Así, la descripción realizada por el entrevistado hace suponer un temor a tener hijos con algún síndrome asociado a la deficiencia auditiva.

7. Discusión

La Ley 1438 de enero de 2011, “por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud...”, plantea la necesidad de proteger a los niños, niñas y adolescentes más pobres y vulnerables. En este contexto se menciona que “los servicios y medicamentos de la parte especial y diferenciada del Plan de Beneficios para los niños, niñas y adolescentes con discapacidades físicas, sensoriales y cognitivas, enfermedades catastróficas y ruinosas que sean certificadas por el médico tratante, serán gratuitos para los niños, niñas y adolescentes de Sisbén 1 y 2”. (Artículo 18). Este planteamiento resulta importante por el reconocimiento que se hace de las poblaciones en situación de vulnerabilidad, pero para llevar a cabo tal enunciado, será necesario precisar las condiciones mismas de la vulnerabilidad, así como ir más allá de los modelos de salud centrados en los servicios médicos y medicamentos, para plantearse condiciones y determinantes que favorezcan el bienestar general de los adolescentes.

En cuanto a la vulnerabilidad, como se ha dicho antes, esta se configura no solo por las dificultades económicas, sino también por las conductas discriminatorias que atentan contra la dignidad de las personas (Foster, J. 1999). En esa medida, la determinación de vulnerabilidad de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad a través de la clasificación Sisben, se queda corta frente a la realidad colombiana.

La situación de los y las adolescentes frente a la salud sexual es motivo de preocupación en Colombia, si se atiende a la “Encuesta Nacional de Demografía y salud – 2010 –”, donde se señala que el 17% de mujeres, dicen no conocer las infecciones de transmisión sexual (ITS) diferentes al VIH/sida, señalando que las de mayor desconocimiento son las mujeres más jóvenes y las mujeres mayores, además una de cada cinco mujeres

colombianas no identifican el uso correcto del preservativo como método eficaz de prevención de las ITS. Se destaca también el bajo uso del condón entre las mujeres casadas o unidas, como único método de protección de ITS (7%). Persiste que la agresión sexual hacia mujeres recae en las más jóvenes y se indica que el 13% de los y las jóvenes menores de 20 años están por fuera del Sistema General de Seguridad Social en salud.

Esta situación se complejiza cuando se plantea que el tema de la salud sexual va más allá de indicadores sobre infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados y violencia sexual, para mencionar que la salud sexual toca los espacios de la educación, los valores, la construcción de las identidades y las actitudes positivas frente a la sexualidad. Frente a esta realidad el gobierno ha impulsado servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, pero a la fecha los resultados son pobres y las propuestas de educación sexual siguen enmarcadas en modelos preventivistas que no abren espacio hacia las emociones y reconocimiento de las diferentes identidades juveniles como parte de la sexualidad.

Si el tema de los adolescentes frente a la salud sexual es preocupante, qué se puede decir de la salud sexual de los y las adolescentes sordos usuarios de la lengua de señas colombiana (LSC) y de de los(as) adolescentes sordos usuarios del castellano oral? Como se ha mencionado, se trata de un mundo poco explorado en lo que respecta a sus creencias, conocimientos comunes y sentimientos de la salud sexual y la sexualidad. Son pocos los estudios que indagan el sentir y el conocimiento común sobre la salud sexual y la sexualidad de los y las adolescentes sordos(as).

Este estudio tuvo como objetivo general describir y analizar la estructura y contenidos de las representaciones sociales de la salud sexual y la sexualidad de tres grupos de adolescentes: Sordos usuarios de la lengua de

señas colombiana (LSC), oyentes y sordos usuarios del castellano oral, con el fin de aportar elementos a la reflexión sobre la salud sexual en poblaciones en situación de vulnerabilidad y su aplicación al campo de la salud pública. Los hallazgos dan respuesta a este objetivo general, a los objetivos específicos y abren un camino para el diseño e implementación de investigaciones sobre las representaciones sociales de la salud sexual y la sexualidad de otras poblaciones en situación de vulnerabilidad en el marco de la salud pública. Por consecuencia, se abre también un espacio para la reflexión sobre los modelos para la atención de la salud sexual de las personas en situación de vulnerabilidad en el contexto de la salud pública.

La salud pública comprende conocimientos y prácticas multidisciplinarias que procuran el bienestar colectivo¹³, lo cual obliga al reconocimiento de las particularidades de las personas, su participación y los determinantes sociales, económicos, culturales y políticos en la salud y la enfermedad. No es suficiente reconocer que las poblaciones en situación de vulnerabilidad tienen necesidades, también hay que escuchar sus formas de significar y representar el mundo cotidiano, de tal manera que haya un acercamiento a su realidad para desde allí propender por su bienestar.

A continuación se presentan los hallazgos más significativos para cada uno de los grupos y se finaliza con algunas sugerencias y recomendaciones, señalando además que la identificación y análisis de las representaciones sociales en el presente estudio, tienen en cuenta los aportes que surgen de las redes de asociaciones, entrevistas y algunos dibujos, los cuales en su conjunto muestran las estructuras y contenidos en el campo representacional.

¹³ Franco, S. (2006), Apuntes del Seminario de salud Pública II, segundo periodo académico 2006. Doctorado Interfacultades en salud pública, Universidad Nacional de Colombia.

La metodología de la investigación

Para el presente estudio se planteó el uso de técnicas cualitativas reconociendo en ellas la posibilidad de explorar construcciones de realidad en el campo de la salud, para poder explicar desde allí, los miedos, satisfacciones, rechazos y comportamientos potenciales de los sujetos (March y otros, 2002, p.464). De hecho esta apuesta metodológica se convirtió en un reto, sobre todo al trabajar con adolescentes sordos ya que los antecedentes investigativos de representaciones sociales con esta población son muy pocos. Esta apuesta metodológica insistió en contar con las creencias, opiniones sentimientos y conocimientos de los adolescentes y para llevarla a cabo fue necesario construir metodología específica y en muchos casos individual. Al respecto es importante destacar algunos momentos sobresalientes en el recorrido metodológico, en lo que respecta a los adolescentes sordos:

- La adecuación de técnicas.

La aplicación de redes de asociaciones, buscando de manera desprevénida asociaciones que conduzcan a estructuras de significados por las cuales circulan los individuos (De Rosa, A. 1995), en este caso sobre la salud sexual y la sexualidad, se convirtió en un reto con los adolescentes sordos usuarios de LSC. Para llevar a cabo la aplicación de este método (como proceso) fue necesario hacer varios ejercicios previos con los(as) participantes y tomar decisiones para que el contacto visual entre ellos(as), se minimizara, ya que cuando un(a) adolescente hacía una pregunta los demás podían verla y a distancia entender lo que transmitía. Esta situación generaba riesgo de “copiar” ideas de otros, lo cual le quitaba validez a las redes de asociaciones. Frente a lo anterior se tomaron medidas que posibilitaron un trabajo individual asistido, conservando la confidencialidad y

la asociación libre frente a los términos inductores “salud sexual” y “sexualidad”.

En el caso de las entrevistas fue necesario también adecuar las condiciones comunicativas ya que se hicieron con la mediación de un intérprete y con el apoyo de una cámara de video donde se preguntan en audio y las respuestas de los adolescentes (grabados con cámara fija) en lengua de señas. En ese sentido la interpretación pudo ser constatada cuando fue necesario y se realizaron las transcripciones en condiciones de absoluta privacidad. Este punto condujo a la reflexión sobre otro punto fundamental: la ética comunicativa.

- La interpretación y el manejo de la información:

Para todos los adolescentes contar sus experiencias, creencias y sentimientos es un asunto que compromete la ética de los investigadores, pero en el caso de los sordos usuarios de LSC y castellano oral, debido a su historia de dependencia, el asunto es crítico porque pueden verse afectados por sus pares y su comunidad. En el caso de los adolescentes usuarios de lengua de señas quienes en muchas oportunidades requieren intérpretes, no es fácil comunicar temas íntimos como los de la sexualidad. Así, en la presente investigación fue necesario preguntar a los adolescentes si estaban o no de acuerdo con la presencia del(a) intérprete o consideraban que su intimidad estaba en riesgo. Esto debido a que en términos generales los adolescentes sordos conocen a todos los intérpretes y deciden sobre la presencia de ellos(as) en temas personales.

Qué está en juego frente a la intromisión en la privacidad de los adolescentes sordos usuarios de lengua de señas? La posibilidad de ser motivo de burla o de exclusión de la comunidad, lo cual afecta de manera directa la identidad

(Skelton y Valentine. 2007). Quizá por este tipo de situaciones, en la presente investigación, los(as) adolescentes entrevistados(as), en muchas oportunidades tomaron distancia de los demás sordos y consideraron que eran “los otros” quienes carecían de salud sexual, por su falta de intimidad, fidelidad y ruptura con las normas comunes en materia de goce sexual.

Así, los intérpretes juegan un papel fundamental en este tipo de investigaciones pudiendo sesgar o inclusive omitir información necesaria. Al respecto vale la pena recordar que en Colombia hay intérpretes que por pertenecer a una iglesia determinada, no interpretan temas relacionados con la sexualidad.

En síntesis uno de los aspectos fundamentales es la ética donde entran en juego diferentes identidades; las de los investigadores e intérpretes oyentes frente a las identidades de las personas sordas, lo cual amerita conciliación, respeto y precaución para no tergiversar sus construcciones de realidad (Gaucher, Ch. 2009). Estas sugerencias éticas no niegan para nada la necesidad de los intérpretes de lengua de señas en los servicios de salud, ya que estos facilitan el acceso de las personas sordas usuarias de lengua de señas a las actividades de promoción de la salud sexual (Pinheiro Filho y otros en 2010)

En ese sentido, el presente estudio muestra las representaciones sociales que surgen de los discursos, redes de asociación y dibujos de algunos adolescentes sordos usuarios de LSC, así como de usuarios de castellano, pero no puede generalizar tales representaciones a toda la comunidad, y los planteamientos que se exponen en la presente discusión, solo pretenden brindar elementos para generar propuestas de atención inclusivas que aporten al bienestar de los adolescentes.

- El manejo de los datos y significados

El manejo de datos posterior a la aplicación de las redes de asociaciones en los adolescentes sordos usuarios de LSC se constituyó en un reto investigativo, en la medida que se registraron palabras e inclusive pequeñas frases, por parte del investigador y los asistentes, provenientes de las señas que ellos(as) asociaron con los términos inductores “salud sexual” y “sexualidad”. Este procedimiento generó glosas en español que debieron ser interpretadas, de tal manera que fueran acordes con el contexto de los adolescentes.

En los adolescentes sordos usuarios de castellano oral, teniendo en cuenta que algunos(as) de ellos(as) no tenían competencia en castellano escrito, fue necesario escribir las palabras asociadas. Este procedimiento siempre se realizó de manera individual con presencia y apoyo del investigador o los(as) asistentes.

La estructura de las representaciones sociales

- Los Adolescentes sordos usuarios de LSC

Las ideas sobre el cuidado del cuerpo, higiene, atención médica y Goce sexual, constituyen el núcleo figurativo de la representación social de la salud sexual de los y las adolescentes sordos usuarios de LSC. Este núcleo se naturaliza como una realidad con existencia autónoma en los relatos de los y las adolescentes y fluye a través de los diferentes grupos como parte de la identidad. Es así como en el presente estudio hubo una homogeneidad en la representación de la salud sexual en los tres grupos de adolescentes sordos

usuarios de la LSC, con algunas diferencias entre los de 16 - 18 años, con aquellos mayores de 18 años que posiblemente ya han iniciado relaciones sexuales.

El hecho de que las redes de asociaciones sobre la salud sexual y la sexualidad de los adolescentes sordos se agruparan en núcleos comunes, da cuenta de construcciones de identidad determinadas posiblemente por dinámicas grupales donde se visibilizan elementos comunes que describen formas de ser y de pensar, sin desconocer la heterogeneidad y las particularidades de los adolescentes (Muñoz, 1996. Citado por Duarte, K. 2011). Es así como la estructura de las representaciones sociales muestran temas centrales en el marco de la salud sexual y la sexualidad, que demandan atención diferencial.

Lo anterior posibilita reconocer diferencias en las estructuras representacionales de la salud sexual y la sexualidad de los adolescentes sordos usuarios de lengua de señas con otros grupos, como una comunidad que comparte rutinas, formas de relación con los demás y prácticas de consumo y expresión, lo cual se enmarca en estilos de vida particulares que determinan identidades (Giddens, 1998) y por lo tanto formas de verse a sí mismo diferenciadas de los oyentes. Estos planteamientos se consolidan cuando la presente investigación mostró que los y las adolescentes sordos(as) usuarios de LSC se asumen como una comunidad diferente a los oyentes y a otros sordos usuarios del castellano oral, lo cual plantea formas propias de construir una realidad sobre la salud sexual. Para los adolescentes sordos usuarios de LSC el cuidado y la limpieza del cuerpo (separado del sistema de atención médica que les impone múltiples restricciones) es importante en el núcleo figurativo de la representación, como una respuesta al temor frente a las infecciones de transmisión sexual,

tal como se identificó a través de las redes de asociación, entrevistas y dibujos.

Para los oyentes por su parte, la representación de la salud sexual y la sexualidad se organiza alrededor de la prevención de las enfermedades, como núcleo figurativo y tiene elementos periféricos que dan cuenta de los recursos con que creen contar los adolescentes para prevenir las ITS, como son: los métodos (condones), el amor y la fidelidad, las relaciones convencionales y la responsabilidad. Este campo representacional es coherente con el discurso oficial de la salud sexual, que propone el uso de preservativos en las relaciones sexuales, en contextos preferiblemente afectivos. Así, se puede ver cómo la representación social de la salud sexual y de la sexualidad de los y las adolescentes sordos(as) usuarios de la LSC, centrada en el concepto de salud (cuidado del cuerpo) y el goce sexual, riñe con las significaciones de la sociedad oyente (mayoritaria), posiblemente debido a las limitaciones y restricciones de información.

Esta representación muestra la confusión y desinformación que tienen los y las adolescentes en materia de prevención de ITS debido a las restricciones que impone la pérdida auditiva, situación que los(as) hace más vulnerables ante enfermedades y el embarazo temprano.

Resulta preocupante que los sordos usuarios de LSC quienes representan la salud sexual alrededor de la salud como cuidado del cuerpo y el goce sexual, no tengan claridad y estén expuestos(as) a barreras para acceder a servicios de salud y programas educativos sobre salud sexual. Esta situación eleva su situación de vulnerabilidad frente a ITS y su bienestar sexual como condición fundamental de los seres humanos, tal como lo exponen otras investigaciones donde se ha reportado que las mujeres con deficiencias

auditivas se realizan menos mamografías y citologías que las mujeres oyentes (Buchrieser, D y otros(as). 2009).

Lo anterior explica en parte la actitud negativa de algunos adolescentes sordos frente a la sexualidad, tal como se encontró en las entrevistas del presente estudio.

Finalmente es importante señalar la presencia de términos referentes a la violencia sexual en las redes de asociaciones de los adolescentes hombres y mujeres de los colegios Filadelfia e Colegio No. 2 para sordos. Este tipo de términos permiten suponer que algunos(as) adolescentes han sido objeto de violencia sexual. De hecho ya hay estudios que muestran la vulnerabilidad de los niños, niñas y adolescentes sordos frente a este tipo de violencia, teniendo en cuenta que los(as) agresores(as) aprovechan la dificultad de los sordos para manifestar sus experiencias; generalmente, los niños(as) y algunos(as) adolescentes no cuentan con un idioma estructurado que les permita expresar lo que les ocurre (Grose, N. 2004). El presente estudio arroja elementos para profundizar en este tema y proponer alternativas de protección cuando los niños, niñas y adolescentes sean objeto de violencia física o sexual.

- Los Adolescentes oyentes

Dentro del sistema de creencias común de los y las adolescentes oyentes sobre la salud sexual y la sexualidad, se identificó a partir de las redes de asociaciones un núcleo central correspondiente a la prevención de las infecciones de transmisión sexual. Este núcleo está relacionado con una serie de ejes periféricos correspondientes al amor afectivo (amor romántico), las relaciones convencionales y el goce sexual. En los hombres se presenta

mayor énfasis en el goce sexual que en el amor romántico, mientras en las mujeres ocurre lo contrario.

El conocimiento cotidiano sobre los métodos de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) se convierte en un referente para las actividades sexuales de los adolescentes aunque en la práctica no hagan uso de ellos. De esta manera se identifica un modelo de salud sexual preventivista el cual ha sido promovido en las últimas cuatro décadas, enfatizando en la educación para la salud y en los servicios de salud para los jóvenes. Subyace así una responsabilidad delegada desde el Estado al sistema educativo en lo concerniente a la salud sexual de los adolescentes (Morales, C. 2011)

En la estructura determinada por las redes de asociaciones la prevención del embarazo no ocupa un lugar significativo, posiblemente porque dentro de la estructura social de la cual hacen parte los adolescentes del presente estudio, el embarazo y la paternidad/maternidad temprana tienen un espacio de aprobación. Este planteamiento pierde fuerza en las entrevistas donde se profundiza sobre la opinión y creencias acerca del embarazo.

La contundencia de los núcleos figurativos que se identifican en la estructura de las representaciones sociales de la salud sexual y la sexualidad, correspondiente a la prevención de ITS para los adolescentes hombres y el amor romántico y afectivo para las adolescentes mujeres, se entiende en el marco social y cultural de la construcción de las identidades juveniles. Los varones reciben el consejo de los padres y la presión de los pares (amigos, compañeros de estudio) para iniciar las relaciones sexuales y usar el preservativo, independientemente del amor afectivo, como un momento crucial en la asunción de la identidad masculina, mientras que la identidad femenina recoge los ideales del amor y el afecto desde donde se permite

iniciar las relaciones sexuales; ambas identidades enmarcadas en el modelo esperable y deseable de la heterosexualidad (Jones, D. 2010)

En general la actitud hacia la salud sexual y la sexualidad es positiva tanto en hombres como en mujeres, pero estas últimas presentan mayor tendencia positiva que los hombres. Esta situación posibilita plantear que para los(as) adolescentes la salud sexual y la sexualidad ocupa un lugar importante en sus vidas, pero debe ser manejada con precaución; el goce sexual debe tener los dispositivos de control a través de los preservativos y el amor afectivo (romántico), preferiblemente en el marco de relaciones convencionales.

En la estructura de la representación social de la salud sexual se identifica un eje periférico correspondiente al temor que generan las infecciones de transmisión sexual (este eje tiene predominio en los sordos usuarios de la LSC) y la necesidad de los servicios de salud. Este eje se organiza en función del núcleo figurativo correspondiente a la prevención sexual, sin llegar a tener el peso de los ejes correspondientes al amor romántico y al goce sexual. De hecho los y la adolescentes reconocen la importancia de los servicios de salud como prevención las ITS, pero reconocen que no los utilizan. De hecho, los adolescentes hombres y mujeres del presente estudio no se sienten identificados con los servicios de salud en temas relacionados con la sexualidad e inclusive reclaman al sistema educativo la ausencia de espacios para el conocimiento y la reflexión sobre el sentir y el saber sexual.

- Los Adolescentes sordos usuarios de castellano oral

Recordando que este grupo de adolescentes fue descrito como un “grupo tipo”, dado que sus integrantes no se conocen entre si y que por esta razón se indagaron sus representaciones sociales sobre la salud sexual y la

sexualidad de manera individual, sus resultados suponen la construcción de realidades articuladas a su mundo particular (familia, institución educativa, amigos etc) y no a la relación con otros(as) adolescentes sordos usuarios de castellano oral. Quizá por esta situación, los resultados de las redes de asociaciones muestran una dispersión de elementos, así como diferencias significativas entre hombres y mujeres, lo cual es comprensible porque no comparten un discurso común. A pesar de esta situación se realizaron redes de asociaciones y entrevistas, explorando sus representaciones individuales, las cuales podrían estar articuladas a las estructuras de conocimiento común de los oyentes (representaciones sociales hegemónicas).

Teniendo en cuenta la anterior situación, a diferencia de los adolescentes oyentes y de los sordos usuarios de la lengua de señas, los elementos centrales que constituyen el núcleo figurativo de la representación social de la salud sexual de estos adolescentes, son más numerosos. Allí se destacan: “educación”, “valores”, “relaciones convencionales”, “amor romántico”, “prevención sexual”, “goce” “sexual” y “salud”. Esta diversidad centrada en la racionalidad, representa la conjugación de diversas identidades enmarcadas fundamentalmente en el deber ser que enuncian los adultos oyentes (padres, profesores y otros), De hecho, los adolescentes hombres y mujeres sordos(as) usuarios de castellano oral se reconocen como personas oyentes en proceso de rehabilitación. Aspiran a tener relaciones afectivas con oyentes y sus ideales del amor están enmarcados en el mundo de los oyentes

En lo que respecta a estructura de la representación social de la sexualidad a partir de las redes de asociaciones, también se presenta una dispersión de componentes, siendo los de mayor peso (dadas las frecuencias de respuesta en categorías y por sujetos), las correspondientes al amor romántico, educación, relaciones convencionales y goce sexual.

Las estructuras de la representación social de la salud sexual y la sexualidad tienen correspondencia con las representaciones hegemónicas, que si bien no son producidas en el grupo (porque no existe grupo como tal), son compartidas por sus miembros y prevalecen en la mayoría de prácticas simbólicas de las personas con quienes comparten en la vida diaria estos adolescentes. Se podría decir entonces que estas estructuras responden al conocimiento común de la sociedad mayoritaria, con una influencia significativa del discurso de los adultos como se vio en los contenidos individuales de las representaciones a través de las entrevistas realizadas.

Los contenidos de las representaciones sociales

- Los Adolescentes sordos usuarios de LSC

La representación que tienen los(as) adolescentes del cuerpo tiene que ver con las sensaciones, la estimulación y el autoconocimiento; en esa medida los significados de la salud sexual se remiten al cuidado del cuerpo, desde una perspectiva higienista, mientras la sexualidad se relaciona de manera directa con el placer corporal. Este planteamiento se ha insertado en el sistema cognitivo de la comunidad de sordos y contiene valoraciones diferentes.

La salud sexual (el cuidado del cuerpo) es valorada como positiva y necesaria, los adolescentes solicitan mayor información sobre la prevención de enfermedades, planificación y comunicación. Los planteamientos higienistas de la salud sexual dan cuenta de la distancia que viven los hombres y las mujeres sordas de los servicios de salud, razón por la cual recurren a prácticas higiénicas que han prevalecido en el saber cotidiano de la comunidad de los sordos a través de los años.

A pesar de no encontrar resultados investigativos similares en este punto, es clara la trascendencia que se le da al cuerpo en los estudios de cultura sorda (Lane, 1992) y desde donde se deducen construcciones de significados particulares.

Por otro lado, la valoración negativa que hacen la mayoría de los adolescentes sordos usuarios de LSC en las entrevistas, representada a través de relaciones desordenadas y rodeadas de promiscuidad, se desliga del concepto de salud sexual y por lo tanto la sexualidad se convierte en un objeto de representación moralmente censurable. Esta particularidad no se configura así en las representaciones sociales de los oyentes.

Tal representación, de los sordos usuarios de LSC como una comunidad sin normas frente a las vivencias sexuales, también se introduce en el sistema de conocimientos de los oyentes y los sordos usuarios de castellano oral, quienes consideran que la comunidad de los Sordos (usuarios de LSC) carece de salud sexual porque sus miembros son promiscuos, cambian de pareja en tiempos cortos y sus manifestaciones discursivas sobre la sexualidad son explícitas y poco confidenciales (poca intimidad), posiblemente por el uso de la lengua de señas, la cual posibilita que varias personas se enteren de lo que comunican los sordos entre sí. Esta representación hace de los Sordos usuarios de LSC, un grupo que rompe con los convencionalismos de la sociedad mayoritaria oyente, en materia de sexualidad. Allí se diferencian los roles masculino y femenino, representando a la mujer como un sujeto pasivo frente a las demandas y actuaciones sexuales de los hombres.

La identidad sexual de los adolescentes hombres y mujeres sordos usuarios de LSC se fortalece en la comunidad de sordos donde comparten diferentes

rutinas, hábitos y modos de actuar. Allí ellos y ellas se describen desde sus particularidades, gustos e intereses sexuales, reconociendo la importancia de tener pareja sorda (solo en un caso de las entrevistadas hubo preferencia por tener novio oyente) e inclusive hijos sordos en el futuro.

La sexualidad es una construcción histórica que para el caso de América Latina ocurrió en el marco de una historia de colonización y dominación cultural que impidió las manifestaciones y expresiones propias de los grupos sociales dominados (Viveros, M. 2006). Esta situación se podría asemejar a la representación que existe sobre la salud sexual y la sexualidad de las personas sordas usuarias de la lengua de señas, pero desde la resistencia al modelo hegemónico de la sexualidad oyente. De hecho, el concepto de “cultura sexual” hace referencia a las representaciones, símbolos y significados sociales que estructuran y determinan la experiencia sexual en diferentes medios (Parker, R. 1991, citado por Brigeiro, M. 2006), lo cual haría posible intentar identificar particularidades en las representaciones sociales de la sexualidad de los adolescentes sordos, como producto de una construcción cultural.

El presente estudio muestra que para los y las adolescentes sordos usuarios de la LSC, cuyas edades están entre los 16 y 18 años, la representación de la sexualidad tiene un elemento central en el goce del placer corporal, expresando de manera detallada sus emociones y sensaciones. En los y las adolescentes sordos usuarios de LSC cuyas edades están entre los 18 y 21 años, se suma a esta representación, el conocimiento y las opiniones que hacen referencia a los métodos de prevención de ITS y otros dispositivos de control social de la sexualidad. Se podría plantear como hipótesis que los adolescentes sordos en su primera etapa hacen referencia a la sexualidad básicamente desde su cuerpo y sus sensaciones, posteriormente, cuando empiezan a vivir experiencias sexuales compartidas y cuando cuentan con

mayor repertorio lingüístico, aparecen en sus representaciones de la sexualidad, las opiniones y preocupaciones sobre la prevención de las ITS. Esta situación es contraria a los oyentes, quienes empiezan representando la sexualidad desde el discurso social de la prevención de ITS y el embarazo, pero cuando inician relaciones sexuales (generalmente después de los 18 años), introducen en el discurso oficial de la sexualidad, el placer del cuerpo y sus sensaciones.

Es así como la construcción de las representaciones sociales de la salud sexual de los adolescentes sordos cuyas edades no pasan los 18 años, se vincula al cuerpo y las sensaciones, en parte por las barreras para acceder a información, sumado a la escasez de programas educativos y servicios comunitarios (Peinkofer, J. 1994. Alquati y otros(as), 2008).

Por otro lado, se identifica la representación de que los sordos señantes no viven el proceso de enamoramiento que obliga a transitar por los pasos de la seducción (la conquista) y permanecer allí con la intención de consolidar y fortalecer la relación. Si esto fuera cierto, se podría hipotetizar una carencia educativa (como lo mencionan los mismos entrevistados hombres y mujeres) que impide vivir las relaciones afectivas bajo los modelos hegemónicos de los oyentes?. O, esta representación se constituye en un elemento propio de la “cultura sorda” que debería ser estudiado con mayor profundidad?

Al respecto se puede decir que no se encontraron estudios que posibiliten contrastar estos resultados, lo cual abre caminos para realizar un trabajo conjunto con jóvenes sordos usuarios de la LSC en temas como este, respetando las creencias sin caer en estereotipos que afecten de manera negativa a la comunidad.

La representación social de la sexualidad, partiendo de las redes de asociaciones, da cuenta de una construcción que enfatiza en el goce sexual, aunque al profundizar en los contenidos a través de las entrevistas, esta representación se acompaña de otros elementos y ejes periféricos: el ideal del amor romántico donde se plantean relaciones monogámicas basadas en el afecto, el acompañamiento de la pareja y la proyección hacia el matrimonio, los valores que resaltan la fidelidad, el control de las pulsiones sexuales y la responsabilidad. Todos estos elementos se ubican en el ideal de las relaciones y son reivindicadas sobre todo por las mujeres adolescentes que reclaman relaciones diferentes a las que han visto a través de otras generaciones en la comunidad de sordos.

En el presente estudio se destaca como un importante resultado de las representaciones sociales de la sexualidad, la identidad Sorda desde donde los y las adolescentes se imaginan el futuro, generalmente con pareja sorda usuaria de lengua de señas y con hijos sordos. Es así como se proyectan desde sus propias historias de vida, sus riesgos y vulnerabilidades corresponden a construcciones históricas que han determinado formas de ver, pensar y sentir la sexualidad.

Esta situación se relaciona con el hecho de haber encontrado una “familia por opción” (la comunidad de sordos), ya que en su hogar la comunicación con sus padres es deficiente y en muchos casos inexistente. Sus procesos de identidad se consolidan en la adolescencia y los(as) adolescentes procuran a partir de ese momento, pasar mucha más tiempo con sus amigos(as) usuarios(as) de la lengua de señas.

Al observar de manera global las representaciones sociales sobre la salud sexual y la sexualidad en este grupo de personas, se podría decir que se trata de representaciones emancipadas ya que corresponden a formas de

pensamiento propias de un grupo específico y que circulan entre sus miembros (Moscovici. 1988, citado por Banch, A. 2007). Este planteamiento no descarta la existencia de representaciones sociales hegemónicas de la sociedad oyente al interior de la comunidad de sordos usuarios de la lengua de señas. En este sentido es de resaltar que las mujeres adolescentes entrevistadas reconocen en los adolescentes sordos hombres estilos y formas de vivir la sexualidad que no comparten y consideran que se deben ir transformando hacia representaciones ideales que ven en los oyentes, donde se da valor afectivo a la mujer, el amor romántico vincula al goce sexual y se aspira a la pareja formal y la constitución de la familia.

- Los Adolescentes oyentes

Este grupo de adolescentes reconoce que en términos generales la comunicación en sus hogares, instituciones educativas y con sus amigos(as) del barrio es efectiva; las mujeres plantean mayor confidencialidad con sus madres, que los hombres. Estas interacciones comunicativas se amplían hacia otros grupos a través de los diferentes medios de comunicación, lo cual posibilita compartir representaciones sociales hegemónicas que prevalecen en la sociedad. Es así como a través de la comunicación se comparten creencias, conocimientos y valores relacionados con la salud sexual y la sexualidad.

Los adolescentes permanentemente realizan negociaciones con productos culturales a través de los medios de comunicación, los diferentes grupos compiten por la apropiación de productos sociales y se integran intercambiando significados y sentidos mediante rituales cotidianos (Martin, J. y Tellez P. 2006). El uso de tecnologías genera procesos de recepción y

reconstrucción de significados entre los adolescentes. Estas negociaciones incluyen temas relacionados con la salud sexual y la sexualidad, sabiendo que son de los principales en la comunicación entre adolescentes hombres y mujeres. En este intercambio de significados está presente el discurso hegemónico de la prevención de ITS y el embarazo, basado en el uso de preservativos y otros dispositivos. La información circula, se asimila y transforma según las particularidades sociales, culturales y económicas de los grupos, pero tienen sostenibilidad los mensajes principales de la prevención de las ITS. Para el caso de los adolescentes sordos, las construcciones de significados ocurren muchas veces al margen de las negociaciones con los medios de comunicación, produciéndose construcciones de representaciones sociales emancipadas (Moscovici, 1998, citado por Banch, Agudo y Astorga, 2007), las cuales pueden generar mayor vulnerabilidad al tratarse de temas relacionados con la sexualidad entre otros. Esta razón marca diferencias en las construcciones de significados entre adolescentes sordos y oyentes, hasta el punto que en las experiencias de educación inclusiva, la mayoría de las veces, cada grupo sigue su camino con pocas posibilidades de compartir conocimientos, creencias y sentidos.

La prevención de las infecciones de transmisión sexual como núcleo central de la representación en los adolescentes oyentes se consolida con la creencia de que tal prevención es más fuerte en la medida que se elija una pareja conocida. El acercamiento progresivo, la amistad y el espacio común en la cotidianidad posibilitan “conocer al otro”, lo cual reduce el riesgo frente a las ITS. De esta manera en el campo amplio de la sexualidad, existe la representación de que la búsqueda de pareja debe pasar por las etapas y tiempos que impone la conquista. El amor romántico o confluyente expuesto por Giddens, toma tiempo, conocimiento de la pareja, confianza y proyección. De esta manera se puede decir que la prevención y protección

de las ITS tiene dos componentes importantes: el uso del condón y “conocer al otro”.

La prevención tiene sentido, como núcleo de la representación de la salud sexual y la sexualidad, en la medida que las mujeres reconocen la posibilidad de que los hombres tengan actividad sexual por fuera de sus parejas, mientras los hombres por su lado, consideran que es conveniente tener relaciones con una pareja conocida. Se destaca de esta manera la construcción de identidades masculinas y femeninas avaladas socialmente donde los hombres tienen derecho al placer por el placer, mientras las mujeres reconocen la importancia del placer dentro de una relación afectiva. Los hombres hablan de pornografía, sus fantasías sexuales hacen referencia a las relaciones coitales, mientras las mujeres fantasean con espacios y situaciones cargadas de romanticismo y proyección. Así, el reconocimiento del placer sexual se expresa más fácilmente en hombres que en mujeres, como elemento importante en la identidad sexual (Jones, D. 2010)

El campo de representación de la sexualidad involucra también la autonomía y la responsabilidad como ejes importantes en la construcción de la independencia de los adolescentes. Estos ejes se articulan al núcleo central de la prevención con mucha más fuerza al momento de decidir tener relaciones sexuales. En esta relación surge la idea de la responsabilidad como concepto social que circula en los discursos de los adolescentes y que acompaña al núcleo central de la representación social de la sexualidad en el presente estudio, como un salvavidas para enfrentar los cambios socioculturales veloces en el terreno afectivo-sexual. Los hombres han experimentado cambios importantes, se socializaron formas de vida más liberadas y fue necesario establecer nuevos roles frente a sus parejas, las mujeres por su parte tuvieron que aprender nuevas formas de ser mujer en sus emociones, afectos y miedos (Margulis, M. 2003). Frente a estos

cambios pareciera que el concepto de responsabilidad jugara un papel de ordenador ante las transformaciones de las vivencias sexuales. A pesar de estas apuestas, los adolescentes saben que la transgresión existe y que “en la vida real, el deseo sexual se abre camino entre las reglas más estrictas y al lado de la norma se inscriben las mil formas cotidianas con las que se elude su cumplimiento” (Ibíd.: 37).

El tema de la prevención del embarazo en los adolescentes no ocupa un lugar central en la representación social de la salud sexual, solamente cuando se indaga de manera directa surgen algunos planteamientos que lo describen como problemático. En algunos casos, como el de un adolescente de 17 años que fue entrevistado, ser padre significa haber alcanzado la madurez y por lo tanto cambiar de estatus dentro del esquema familiar (Cecconi, S. 2003).

En el presente estudio la representación de la salud sexual toma distancia de la prevención del embarazo, en la medida que no ocupa un lugar importante en la dimensión representacional. Habría que profundizar si frente a esta situación entra en juego un modelo cultural que incorpora el embarazo temprano en vida de los adolescentes (Ibíd. 2003), cuyas características socioeconómicas corresponden a estratos socioeconómicos 1 y 2, o se trata de una negación debido al temor que produce este hecho entre los adolescentes.

En las representaciones de la sexualidad analizadas a partir de los discursos de estos y estas adolescentes se destacan algunas afirmaciones que vale la pena destacar:

Los hombres seducen y las mujeres deciden aceptar o rechazar tales pretensiones. La aceptación implica el acuerdo para tener relaciones

sexuales, lo cual posibilita consolidar la identidad masculina y femenina en un modelo predominantemente hegemónico de heterosexualidad (Jones, D. 2010).

Debe existir el control y manejo de la sexualidad, lo cual es aceptado y valorado socialmente; esto hace parte de la responsabilidad.

Los hombres enfatizan en el amor pasión (goce/sexo), mientras las mujeres en el afecto.

Las fantasías sexuales de los hombres incluyen los placeres del sexo, mientras que en las mujeres predominan los contextos y situaciones románticas.

- Los Adolescentes sordos usuarios de castellano oral

Los conocimientos comunes que tienen estos(as) adolescentes sobre la salud sexual y la sexualidad, dan cuenta de la transmisión de las creencias, opiniones y valoraciones de los adultos. En esa medida los adolescentes enfatizan en los saberes vinculados al deber ser, pero con pocas experiencias propias. Esto hace suponer una sobre protección de sus padres y tutores que limita el acceso a espacios sociales donde vivan relaciones afectivas, o en otros casos, el distanciamiento que impone la discapacidad en una sociedad poco incluyente.

Este tipo de situaciones explica el por qué hay un predominio de conocimientos sobre las convenciones sociales y el amor romántico, en la representación social que tienen los adolescentes sobre la sexualidad. Tienen pocas vivencias sobre las relaciones afectivas y sexuales que les

permitan integrarlas a su sistema cognitivo, además de la carencia de información y confusiones sobre asuntos relacionados con el tema.

La representación social de la sexualidad incorpora la identidad de los adolescentes, como se señaló en diferentes momentos; en este caso los y las adolescentes se reconocen como personas oyentes o en proceso de rehabilitación, pero en la práctica no viven todo lo que viven los oyentes de su edad. Así, se enfrentan a situaciones y espacios que les resultan de difícil acceso en un medio que impone barreras a las personas con discapacidad.

Teniendo en cuenta lo anterior, estos(as) adolescentes representan la salud sexual y la sexualidad básicamente como un cúmulo de conocimientos poco flexibles, que se transmiten en espacios formales de educación (colegio, universidad y hogar). En esa recepción de conocimientos hay confusiones y desinformación que tratan de resolver con el apoyo de personas mayores.

Generalidades

Las representaciones sociales posibilitan interpretar y pensar la realidad cotidiana, son formas de conocimiento que se configuran y se reestructuran de manera permanente en espacios sociales. Allí juega un papel primordial los medios de comunicación, los cuales entran a ser parte de las dinámicas y construcciones de realidad de los sujetos.

En la presente investigación se puede ver la distancia entre adolescentes sordos usuarios de lengua de señas y los medios de comunicación en temas como el de la salud sexual. Quizá por esa razón predomina una comunicación informal dentro del grupo, lo cual posibilita la construcción de mitos y conocimientos confusos o equivocados, que a la postre pueden convertirse en riesgos y problemas que afecten la salud sexual.

En el caso de los adolescentes sordos usuarios de castellano oral la distancia con los medios no es tan marcada como los primeros, pero aparentemente sus espacios de socialización si son más reducidos, lo cual no les permite poner en circulación sus inquietudes, apreciaciones y sentimientos sobre temas relacionados con la salud sexual y la sexualidad. Los oyentes por su parte tienen espacios de comunicación más amplios, pero reclaman nuevos espacios, no para hablar de contenidos (información), sino para expresar temores, inquietudes y sentimientos.

Ese panorama permitió identificar representaciones sociales, sobre la salud sexual y la sexualidad, diferenciadas entre los tres grupos, con una serie de características que ameritan proponer atenciones diferenciadas en el campo de la salud pública. Seguramente, por las representaciones construidas, los adolescentes sordos usuarios de lengua de señas tienen mayor riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual, enfrentar embarazos no deseados, mayores restricciones a los servicios de salud, pero cuentan con un potencial social dentro de su comunidad que debe ser trabajado. Los adolescente sordos usuarios de castellano oral, con mayores restricciones sociales entre pares, también tienen riesgos en su proyección y definición de su identidad oyente.

El estudio de las representaciones sociales de la salud sexual y de la sexualidad en comunidades en situación de vulnerabilidad, obliga a revisar conceptos fundamentales como el de identidad, ir más allá de las condiciones y situaciones inmediatas de la salud enmarcadas en el campo médico, para avanzar hacia el reconocimiento de los sujetos desde su propia mirada. En el presente estudio surgió la categoría de análisis “identidad”, como elemento constitutivo de la representación de la sexualidad de los

adolescentes sordos usuarios de la lengua de señas (LSC) y de los
adolescentes sordos usuarios del castellano oral.

8. Conclusión: Tesis

En Colombia desde la década de los años 80 del siglo pasado se iniciaron actividades, lideradas por el Ministerio de Salud, las cuales propendieron por el desarrollo saludable de los adolescentes. Se reconoció la importancia de trabajar para la adolescencia, teniendo en cuenta la situación de morbilidad en materia de salud sexual y se implementaron acciones de atención en las instituciones de salud. En la década siguiente, los y las adolescentes fueron reconocidos por el Sistema Nacional de Salud, al publicar el “Manual de normas técnico administrativas de atención integral al adolescente”, el cual tenía dentro de sus propósitos, orientar al personal de salud en el desarrollo de programas integrales para esta población.

El Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010 (decreto 3039 de agosto de 2007), incluyó en las estrategias para mejorar la salud sexual y salud reproductiva, la implementación del modelo de servicios amigables para la atención en salud sexual y reproductiva de los adolescentes, con énfasis en la consejería, oferta anticonceptiva de emergencia y de métodos modernos. Este lineamiento se concretizó con el modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, cuya segunda edición fue presentada por el Ministerio de la Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA-, en diciembre de 2008.

La propuesta de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes trata de romper con un modelo de atención clínico que ha predominado en las últimas décadas en el país, para incluir componentes sociales, culturales y económicos, como parte de los determinantes de la salud. Este esfuerzo es válido pero requiere todavía una mayor profundización para conocer las diferencias y particularidades de los adolescentes y jóvenes, razón por la

cual hay que escuchar, significar y resignificar, con participación de los adolescentes, sus necesidades, preocupaciones y representaciones sobre la salud sexual y la sexualidad.

Los y las adolescentes constituyen una población diversa por razones de edad, género, escolaridad, lugar de residencia, condiciones socioeconómicas y culturales, entre otras. A esa diversidad se le suma en algunos casos, situaciones que los(as) hacen vulnerables en mayor o menor proporción, como son las deficiencias físicas. Es el caso de los y las adolescentes sordos(as), quienes tienen una doble condición: viven una etapa de desarrollo importante en la estructuración de su identidad (la adolescencia) y presentan una limitación auditiva que los define como personas diferentes.

Se tiene la idea generalizada que las personas sordas no tienen voz (no es gratuito el término sordo mudo) y por lo tanto no tiene “palabra” para hablar por si mismo, o en otros casos necesitan de procedimientos médicos y terapéuticos para llegar a hablar; en este último caso se hace visible ante las demás personas, que se trata de un caso especial en proceso de rehabilitación. Ante estas particularidades, los y las adolescentes sordos(as) son asumidos socialmente como personas con discapacidad, independientemente de que su idioma sea lengua de señas o castellano oral.

Esta situación hace que socialmente los(as) adolescentes sordos(as) sean representados como personas sin el valor de la palabra, razón por la cual no se les pregunta sobre sus creencias, conocimientos comunes, opiniones y sentimientos sobre la salud sexual. En una sociedad democrática, donde en palabras de Antony Giddens, sus miembros se han ganado el derecho a la intimidad, habría que preguntarse qué pasa con aquellas personas diferentes y en situación de vulnerabilidad, ¿pierden el derecho a la intimidad? Su

condición de seres sexuados se invisibiliza o se transforma en algo patológico para los demás?

En el presente estudio es claro que los(as) adolescentes oyentes requieren atención en salud sexual, pero los adolescentes sordos necesitan una atención más puntual que tenga en cuenta sus características y representaciones. Actualmente se está empezando a reconocer las representaciones sociales de la salud sexual y la sexualidad de los(as) adolescentes oyentes, pero las de los(as) adolescentes sordos(as) son invisibles todavía. Habría que decir además, que tampoco se conocen las representaciones de otros grupos en situación de vulnerabilidad, como son las personas con discapacidad, quienes alcanzan el 15% de la población, según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011).

Es así como la diferencia de las personas sordas se hace notoria ante los demás, pero se invisibiliza ante las políticas de salud sexual; la ausencia de palabra, el uso de la lengua de señas, el sonido agudo de la voz y la exclusión de los espacios pensados para la mayoría son solamente unos de los elementos que contribuyen a dicha exclusión.

Es por eso que cuando nos acercamos a las representaciones sociales de la salud sexual y la sexualidad de los(as) adolescentes sordos(as), nos encontramos con un mundo que se reconoce como subversivo, por no encajar en la estructura ordenadora de las políticas de salud sexual. Así mismo y por oposición, los(as) adolescentes sordos(as) usuarios de castellano oral, son también divergentes por estar ausentes de la participación social que posibilita los encuentros afectivos y sexuales propios de cualquier ser humano con derechos.

Es así como se confirma la tesis de la existencia de diferentes representaciones sociales de la salud sexual y la sexualidad, en grupos de adolescentes oyentes y sordos, pero más allá de tal confirmación, se hace explícita la carencia de respuesta a tales diferencias desde las políticas y servicios de salud en el país.

Las representaciones sociales son la manifestación viva del sentir y el conocimiento cotidiano (de sentido común), en este sentido, el presente estudio ha abierto un importante espacio para colocar allí, el conjunto de saberes que se insertan en la red de significaciones sobre la salud sexual y la sexualidad de los(as) adolescentes sordos y oyentes. Ese saber ordenado jerárquicamente por diferentes elementos, se constituye en materia fundamental para trabajar por la salud sexual de los adolescentes y amerita desde el campo de la salud pública, políticas y propuestas de intervención transdisciplinarias, coherentes con un enfoque de derechos sexuales y reproductivos para las personas en situación de vulnerabilidad.

El campo de la salud pública debe asumir transformaciones que incluyan los procesos humanos y las diferencias, más allá de tratar (de manera infructuosa, muchas veces) de alcanzar muestras de realidad rígidas y descontextualizadas, desde donde se otorga el derecho de hablar de salud con el uso de indicadores sobre enfermedades y mortalidad. Desde esa posibilidad se asume el reconocimiento de los derechos humanos de las personas en situación de vulnerabilidad como un principio fundamental de inclusión social. En ese contexto, las representaciones sociales de la salud sexual y la sexualidad aportan a la salud pública, elementos para el diálogo con la sociedad y con las personas en situación de vulnerabilidad, pero para que esto ocurra, la salud pública tiene que transformarse hacia un enfoque transdisciplinar que asume la realidad como una construcción que se

transforma día a día en el marco de diferentes determinaciones sociales, políticas, culturales y económicas, entre otras.

Entonces la salud pública, en lo referente a la salud sexual, debe ir más allá de la prevención de infecciones de transmisión sexual y el embarazo no deseado, debe articular diferentes disciplinas y saberes que incidan en la atención médica y psicológica, los valores, las diferentes formas de vivir la afectividad y el goce sexual, promoviendo la construcción de actitudes positivas frente a la sexualidad y reconociendo las diferentes identidades.

9. Referencias biblio y cibergráficas

Abric, J. (2001). *Prácticas sociales y representaciones*. México: filosofía y cultura contemporánea.

Alquati, C., Sperb, T., Brewer, T., Kakuta, 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 – Volumen 153, Number 4, Fall 2008, 349-356*.

Alquati, C. (2008). *Adolescer no contexto da surdez: Questões sobre a sexualidade*. – Tese de doutorado -. Brasil: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Almeida F, Silva, N y Jirnilson, P. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Rosario: Argentina: *Cuadernos Médico Social: N. 75, 5-30*.

Almeida F y Silva, N. (2000). *La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Rosario: Argentina: Lugar Editorial S.A.

----- (2006) Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones. *Salud Colectiva, Número 002, mayo-agosto 2006*. Buenos Aires, Argentina: Universidad Nacional de Lanús.

Anderson. M. (2004). El concepto de vulnerabilidad: más allá de la focalización en los grupos vulnerables. En: *Revista Internacional de la Cruz Roja*. Julio-agosto de 1994, No. 24. p 336-341.

Aristizábal, C. (2007). La justicia y la autonomía como escenarios de encuentro entre bioética y salud pública. En: *Bioética y Salud Pública: encuentros y tensiones*. Universidad nacional de Colombia - Doctorado en salud pública, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.

Arrivillaga, M (2009). Psicología y salud pública: tensiones, encuentros y desafíos. En: *Universitas Psychologica*, 8, 1: 137-148.

.....(2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia médica*. Vol. 34, No. 4, 186-195.

Atkin, K., Wagar, A. & Lesley, J. (2002). Young South Asian deaf and their families: negotiating relationships and identities. *Sociology of Health & Illness* Vol. 24 No. 1. 2002. Recuperado el 15 de febrero de 2011 de:
[:http://www.bases.unal.edu.co:4508/doi/10.1111/1467-9566.00002/pdf](http://www.bases.unal.edu.co:4508/doi/10.1111/1467-9566.00002/pdf)

Avaria, A. (2001). Discapacidad: exclusión/inclusión. *Revista Maestría Antropología y Desarrollo. Universidad de Chile*. No. 5. Recuperado en septiembre de 2010 de:
<http://sociales.uchile.cl/publicaciones/mad/05/paper07.htm>.

Baker-Duncan, N., Dancer, J., Gentry, B. et al (1997). Deaf adolescents' knowledge of AIDS. Grade and gender effects. *American Annals of the Deaf*. 142:368-372.

Banchs, M. (2000). Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales. *Textes sur les représentations sociales*. Vol. 9, 3.1 – 3.15.

Banch, M., Agudo, A., Astorga, L. (2007). Imaginarios, representaciones sociales y memoria social. En: Arruda, M., De Alba, M (Coord.) Espacios imaginarios y representaciones sociales. Aportes desde Latinoamérica. México: Anthropos.

Bardin, L (1996). Análisis de contenido. Ediciones Akal, Madrid.

Belasco, I. (2005). Educação preventive em sexualidade, IST/AIDS para o surdo a través da pesquisa-ação. Tesis presentada a la Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto da Universidade de São Paulo. Brasil.

Beriain, J. (1990). *Representaciones colectivas y proyecto de modernidad*. Barcelona: Antropos Editorial del Hombre.

Brigeiro, M. (2006). Entre lo natural y la construcción social. Miradas y debates acerca de la sexualidad. En: Viveros, m: Rivera, C. Rodríguez, M. (Compiladoras) (2006). De mujeres y otras ficciones, género y sexualidad en América Latina. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia - Facultad de Ciencias Humanas, Tercer Mundo Editores.

Buchrieser, D. Petrucci, L. Beria, J, y otros(as) (2009). Acesso de pessoas defi cientes auditivas a serviços de saúde em cidade do Sul do Brasil. En: *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(4):889-897, abr, 2009

Cabrera, G., Tascón, J. y Lucumí, D. (2001). Creencias en salud: historia, constructor y aportes del modelo. *Revista de Salud Pública*. 2001, 19 (1): 91-101.

Cáceres, P (2003). Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. En: *Revista de la Escuela de Psicología*. Facultad de Filosofía y Educación. Pontificia Universidad Católica Valparaíso. Vol. II, P, 53 – 82. Santiago de Chile.

Calderón. C. (2002). *De las preguntas a las estrategias*. En: Mercado. F y otros. *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud*. México: Universidad de Guadalajara.

Campo, A., Ceballo, G., Herazo, E. (2010) Prevalencia de patrón de comportamiento de riesgo para la salud sexual y reproductiva en estudiantes adolescentes. *Revista Latinoamericana de Enfermería*. Marz/ Apr 2010, Vol 18 Issue 2, 170 – 174.

Cecconi, S. (2003). *Cuerpo y sexualidad: condiciones de precariedad y representaciones de género*. En: Margulis, M. y otros (2003). Buenos Aires, Argentina: Juventud, cultura y sexualidad. Editorial Biblos. Center for AIDS Prevention Studies – CAPS. UCSF. Recuperado el 13 de junio de 2006 de: <http://hivinsite.ucsf.edu/prevention>. University of California. 2000.

Cruz, I. (2005). La salud colectiva y la inclusión social de las personas con discapacidad. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*. Universidad de Antioquia. Vol XXIII, No. 1, marzo de 2005, 92 – 101.

Denman, C y Haro, J (2002). *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en Salud*. En: Mercado, F. y otros (compiladores). . México: Universidad de Guadalajara, Universidad Autónoma de Nuevo león, Servicio Vasco de Salud Osakidetza y Asociación Médica de Jalisco.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE.(2005) *Datos preliminares sobre censo a la discapacidad*. Censo General 2005. República de Colombia.

De Rosa A. (1995). Le réseau d'associations comme méthode d'étude dans la recherché sur les representations sociales: structure, contenus et polarité du champ sémantique. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*. No. 28, 97-123. Traducción libre.

Di Mario, G., Fulceri. F. & Cozzolino. M. (2008). Sexuality and deaf. *Sexologies*. Volumen 17, Supplement 1, April 2008.

- Duarte, K (2011). Desafíos a los procesos investigativos en juventudes que plantean las condiciones juveniles de America Latina y el Caribe. En: Gutierrez, M (Edit). Primer encuentro nacional red de conocimiento juvenil. AECID, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.
- Duveen, G. y. Lloyd, B. (2003). *Las representaciones sociales como una perspectiva de la psicología social*. En: Castorina, J. (2003). *Representaciones sociales. Problemas teóricos y conocimientos infantiles*. Barcelona: Gedisa,
- Echeverría, J. (2009). Hogares afrocolombianas: un análisis indicativo de la pobreza; ls vulnerabilidad social a partir de la encuesta de calidad de vida 2003. Tesis de maestría en Política Social; Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá
- Emler, N. Ohana, J.. Dickinson, J. (2003). Las representaciones infantiles de las relaciones sociales. En: Castorina, J. *Representaciones sociales. Problemas teóricos y conocimientos infantiles*. Gedisa, Barcelona.
- Espeitx, E. (2008). *Cuerpo físico, cuerpo social: usos y discursos*. En: Gil, Marta. Cáceres, Juanjo. *Cuerpos que hablan. Géneros, identidades y representaciones sociales*. Montesinos. España.
- Estrada, J. (2006). *Educación formal y VIH/SIDA*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Flamment, C. (1994), *Structure dynamique et transformations des représentations sociales*. En: Abric, J. (Ed.) *Pratiques sociales et representation*. Paris: PUF.
- Flick, U. (1992). Social representation and the social construction of everyday knowledge: theoretiColegio No. 2 para sordos and methodologColegio No. 2 para sordos inqueries. *Symposium on social representation, 180-197*.
- Flores, F. y Leyva, R. (2003). Representación social del sida en estudiantes de la Ciudad de México. En, *Revista Salud Pública de México*. Vol 45, No. 5
- Flórez, C. y Soto, Elisa (2006). *Salud sexual y reproductiva de las Adolescentes*. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Bogotá: Editorial Kimpres, Ltda.
- Fortich, L. (1987). *La deficiencia auditiva: una aproximación interdisciplinar*. Valencia: Promolibro.

Foster, J. (1999). Invertir la espiral de la vulnerabilidad. En: Revista Internacional de la Cruz Roja. Julio-agosto de 1994, No. 24. p 327-335.

Foucault, M. (2006) *Historia de la sexualidad*, Volumen 1. La voluntad de saber. Madrid: Siglo XXI.

Gacitúa, E. y Davis, S. (2000). Introducción pobreza y exclusión social en America Latina y el Caribe en América Latina, en Exclusión social y reducción de la pobreza en A. L y el Caribe. FLACSO- Banco Mundial.

Gaucher, Ch (2009). De passeur de mots à médiateur de sens. Affronter les risques méthodologiques d'une interprétation anthropologique de la quête identitaire des Sourds. En: Recherches Qualitatives – Vol. 28(3), 2009, pp. 6-18.

Gazzinelli, F., Dos Reis, D. Y De Mattos, P. (2005). Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cadernos de saúde Publica. Vol. 21 No. 1.*

Geldstein, R., y Delpino, G. (1999). *La salud reproductiva de las adolescentes frente al espejo: discursos y comportamientos de madres e hijas.* En: *Reproducción, salud y sexualidad América latina* (2000). Buenos Aires: Editorial Biblos y OMS.

Glat, R. (2005). *Desarrollo psicosocial y sexualidad de jóvenes portadores de deficiencias.* En: Castilla, M., Fresques, A. & Grzona, M. (Eds): *Construir-Desconstruir -Reconstruir vol. II, Educación Especial: otras miradas. Facultad de Educación Elemental y Especial de la Universidad Nacional de Cuyo, 5-14.* Mendoza/Argentina.

Giddens, A. (2000). *La transformación de la intimidad: sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas.* Madrid :Ediciones Cátedra.

.....(1998). *Modernidad e identidad del Yo.* Barcelona: Editorial Península.

Goldstein, M y otros (2010). What do Deaf High School Students Know about HIV. *AIDS Education & Prevention; Dec2010, Vol. 22 Issue 6, p523-537, 15p*

González, F. (2002). *Sujeto y Subjetividad. Una aproximación histórico cultural.* México: Thompson.

Groce, N. (2003). HIV/AIDS and people with disability. *The Lancet. April Vol 361.*

----- (2004). HIV/AIDS & Disability: capturing hidden voices. Global survey on HIV/AIDS and disability. The World Bank/ Yale University. Recuperado en junio 26 de 2006. de: <http://cira.med.yale.edu/globalsurvey>.

Held, D. (1993). *Modelos de democracia*. Madrid: Alianza, Citado por Giddens, A. (2000). *La transformación de la intimidad: sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*. Madrid :Ediciones Cátedra.

Hurtado, A. (2004). Entre la integración y la diferenciación: La lucha por la reivindicación de los sordos como comunidad lingüística en Colombia. *Centro de Estudios Socioculturales e internacionales CESO, Documento No 84. Facultad de Ciencias Sociales, Bogotá: Universidad de los Andes*.

Instituto Nacional para Sordos – INSOR – Ministerio de Educación Nacional de Colombia (1998). *Orientaciones generales para la atención educativa de las personas con limitación auditiva*.

Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En: Moscovici, S. *Psicología Social II*. Editorial Paidós (pp. 469-494).

Jones, D (2010). Sexualidades adolescentes: amor, placer y control en la Argentina contemporánea. Ediciones CICCUS, Buenos Aires , Argentina.

Krippendorff, K (1990). Metodología de análisis y contenido. Teoría y Práctica. Paidós, Barcelona.

Knapp, E., León, I., Mesa, M. y Suárez, M. (2003). Representación social de la salud humana. *Revista Cubana de Psicología. Vol. 20, No. 2*.

Lane, H. (1992). *The mask of benevolence*. San Diego: Drawn Sing Press.

Leschziner, V. y Kuasñosky, S. (2003). *Género, sexualidad y afectividad: modelos culturales dominantes e incipientes*. En: Margulis, M. *Juventud, cultura, sexualidad*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Biblos.

Lozano, L., Fuentes, Z., Carranza, M. y Ponce Rosas, R. (2002). La salud sexual y reproductiva en un grupo de adolescentes varones mexicanos: una investigación cualitativa. *Archivos de Medicina Familiar. Vol. 4 (2), 67-70*.

March, J., Prieto, M., Hernán, M. y Solas, O. (2002). *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en Salud*. En: Mercado, F. y otros (compiladores). México : Universidad de Guadalajara, Universidad Autónoma de Nuevo León, Servicio Vasco de Salud Osakidetza y Asociación Médica de Jalisco.

Marchesi, A. (1987). El desarrollo cognitivo y lingüístico de los niños sordos. Alianza Editorial. Madrid.

Margulis, M. y otros (2003). *Juventud, Cultura y sexualidad*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Biblos

Marková, I. (2003). *La presentación de las representaciones sociales: diálogo con Serge Moscovici*. En: Castorina, J. *Representaciones sociales. Problemas teóricos y conocimientos infantiles*. Barcelona: Gedisa.

Martín, J y Tellez, M. (2006). Los estudios de recepción y consumo en Colombia. En: Revista Diálogos de Comunicación No. 73. FELAFACS.

Martín, P. (2008). Cuerpo e identidad: ¿el juego del ser?. En: Gil, M y Cáceres, J (Coords.). *Cuerpos que hablan*. Ediciones de Intervención cultural. España.

Mayor, A. y Sánchez, Á. (1999). El modelo de salud sexual de una comunidad. *Revista Cubana Med. Gen. Integr. Vol 15 (3), 241-246*.

Medina, E. (2005). Representaciones y políticas de la educación de los sordos y la sordera en Colombia. *Revista de Educación y Pedagogía. Vol. XVII Fascículo 41, 71-81*.

Méndez, A. (1994) *Fortalezas y debilidades en la cultura de tres poblaciones guatemaltecas ante el peligro del sida*. En Reproducción, salud y sexualidad América latina (2000). Buenos Aires:Editorial Biblos y OMS.

Menéndez, E. (2002). *De la reflexión metodológica a las prácticas de investigación*. En Mercado, F. y otros compiladores: *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en Salud*. México: .Universidad de Guadalajara, Universidad Autónoma de Nuevo León, Servicio Vasco de Salud Osakidetza y Asociación Médica de Jalisco.

Morales, C (2010). Jóvenes, sexualidad y políticas. Salud sexual y reproductiva en Colombia (1992-2005). Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

Moscovici, S., Hewstone, M. (1988). De la ciencia al sentido común. En: Moscovici, S. (Ed.). *Psicología. Psicología social y problemas sociales*. Buenos Aires: Paidós.

Moscovici, S (1988). Notes towards a description of Social Representations. En: *European Journal of Social Psychology. Vol 18, 211-250*.

Ministerio de la Protección Social (2011). *Registro para la Localización y caracterización de las Personas con Discapacidad (RLCPD)*.

_____ (2009). *Factores de Vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres*. Ministerio de la Protección Social, Fondo de Población de la Naciones Unidas (UNFPA).

_____ (2008). *Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes*. Ministerio de la Protección Social, Fondo de Población de la Naciones Unidas (UNFPA).

_____ (2003). *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Colombia. Medellín : Fondo Editorial Universidad EAFIT.

----- (2007) *Plan Nacional de salud Pública, año 2007 – 2010* (Decreto 3039 de 2007).

----- (2011) Ley 1438. Ley de reforma del Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia.

Ministério da Saúde Brasil (1980). *Diretrizes da Educação para a Saúde*.

Muñoz, J (2005). Análisis cualitativo de datos textuales con Atlas.ti. Universidad Autónoma de Barcelona.

Nenchí, S., Shufer, M. y Méndez, J. (2000). “Adolescentes de la ciudad de Buenos Aires: su paso hacia la vida sexual adulta”. En: *Reproducción, salud y sexualidad América latina* (2000). Buenos Aires, Editorial Biblos y OMS.

Noguera, C. (2003). *Medicina y política. Discurso médico y prácticas higiénicas durante la primera mitad del siglo XX en Colombia*. Medellín: Universidad Eafit.

Ochoa E., Barreto S., Firmo J., Guerra H., Pimienta Jr. F., Lima & Costa M (2000). The control of schistosomiasis in Brazil: an ethno epidemiologic study of the effectiveness of a community mobilization program for health education. *Soc Sci Med* 2000; 51:1529-41.

Organización de las Naciones Unidas, (1994), *Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*. El Cairo, Egipto. ONU, p. 32

Organización Mundial de la Salud. OMS. (1998) *Anticonceptivos de barrera y espermicidas: su uso en la planificación familiar*. Ginebra. 1988. Recuperado el 11 de junio de 2011 de:

<http://whqlibdoc.who.int/publications/1988/9243561014.pdf>.

----- (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad (2011)* Recuperado en noviembre de 2011 de: who.int/es/

Oviedo, A. (1998). *Lengua de señas y educación de los sordos en Colombia*. Bogotá: Instituto Nacional para Sordos –INSOR-.

----- (2007). Recuperado el 25 de agosto de 2006 de:

www.cultura-sorda.eu/8.html

Pan American Health Organization (2010). *The Links between Health and Human Rights*. Recuperado el 25 de agosto de 2010 de: <http://new.paho.org/hq>

Pantelides, E. y Bott, S. (editoras) (2000). *Reproducción, salud y sexualidad en América Latina*. Buenos Aires: Editorial Biblos y OMS.

Peinkofer, J (1994). HIV education for the deaf, A vulnerable minority. En: *Public Health Reports*; May 1994; 109, 3; Research Library Core, P. 390.

Peña, M., Torres, E., Pérez, J. y otros (2005). Conocimientos y comportamientos sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes. *Revista cubana de enfermería*. Vol. 21 (1).

Pinheiro Filho, T., Silva Filho, J., Goncalves, E. y Dantas, A. (2010). Análise do conhecimento sobre DSTs E planejamento familiar entre deficientes auditivos e ouvintes de uma escola pública de Fortaleza. *Revista Bras. Ed. Esp., Marília*. Vol. 16., 137-150. Jan-Abril. 2010.

Perera, P (2004). A propósito de las representaciones sociales: apuntes teóricos, trayectoria y actualidad. En: *Psicología social y vida cotidiana*. Vol 1. La habana, p. 181-206. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/cuba/cips/caudales05/Caudales/ARTICULOS/ArticulosPDF/02P075.pdf>

Pino, F. (2007). *La cultura de las personas sordas*. Recuperado en Octubre 8 de 2011 de: <http://www.cultura-sorda.eu/resources/La+cultura+de+las+personas+sordas+Felisa+R.pdf>.

Rashid, J., Spengler, R., Melanson, C y otros (2009). Eliminating Health Disparities Through Transdisciplinary Research, Cross-Agency Collaboration,

and Public Participation. *American Journal of Public Health* | November 2009, Vol 99, No. 11.

Rodríguez, E (2011). Generación y gestión de conocimiento sobre políticas públicas de juventud en América latina: adolescentes concretados y desafíos a encarar. En: Gutierrez, M (Edit). Primer encuentro nacional red de conocimiento juvenil. AECID, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.

Rodríguez, O. (2003). Entrevista a Dense Jodelet realizada el 24 de octubre de 2002. En: *Documento. Relaciones 93, invierno 2003, Vol. XXIV. México.*

Sacks, O. (2000). *Veo una voz; viaje al mundo de los sordos*. Salamanca: Anaya & Mario Muchnik.

Sen, A (2000). *Desarrollo y Libertad*. Planeta Colombiana Editorial S.A. Bogotá.

Sheppard, K. & Badger T. (2010). The lived experience of depression among culturally Deaf adults. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. Vol. 17, issue 9, 783-789. November.

Skelton, T. & Valentine, G. (2003). "It feels like being Deaf is normal": an exploration into the complexities of defining D/deafness and young D/deaf people's identities. *The Canadian Geographer / Le Géographe canadien* 47, No. 4.

----- (2007). Re-defining "norms": D/deaf young people's transitions to independence. An: *The SociologColegio No. 2 para sordos Review*, 55:1. *The Editorial Board of The SociologColegio No. 2 para sordos Review*. Published by Blackwell Publishing Inc., 9600 Garsington Road, Oxford OX4 2DQ, UK and 350 Main Street, Malden, 02148, USA.

Skliar, C. (1997). *Uma perspectiva sócio-histórica sobre a psicologia e a educação dos surdos*. En: *Educação & Exclusão: Abordagens Sócio-antropológicas em Educação Especial*. Porto Alegre: Editora Madição.

Sousa A., Freitag, P. y Lorita M. (2002). *Oficina de saúde sexual e reprodutiva para surdos: estratégia metodológica para minimizar ruídos de comunicação*. En: 8 Simposio Brasileiro de Comunicação em Enfermeria. Ribeirão Preto. Scielo Proceedings.

Souza, A. (2002). *Problemas de investigación y diseños en estudios cualitativos*. En: Mercado, F. y otros compiladores *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en Salud*. México: Universidad de Guadalajara,

Universidad Autónoma de Nuevo León, Servicio Vasco de Salud Osakidetza y Asociación Médica de Jalisco.

Téllez, M. (2005). La construcción de la sexualidad en adolescentes sordos y sordas. *Archivos hispanoamericanos de sexología*. Vol. XI, No. 2.

Terris, M. (1992). Tendencias actuales en la salud pública de las Américas. En: La crisis de la salud pública. *Reflexiones para el debate*. Pub. Cient. 540. Washington: OPS/OMS.

Vasquez, J. (2008). Human Rights & Health; persons with disabilities. *Pan American Health Organization*. (Brochure).

Veinberg, S. (2010). Una cuestión de derechos humanos: el caso de la comunidad sorda. Recuperado el 8 de octubre de 2011 de: http://www.cultura-sorda.eu/resources/Veinberg_sordos_derechos_humanos-2010.pdf.

Vigarello, G (1991). Lo limpio y lo sucio. La higiene del cuerpo desde la edad media. Alianza editorial, Madrid.

Vinaccia, S., Quiceno, J., Gaviria, A., Soto, A., Gil, M., y Ballesteros, R. (2007). Conductas Sexuales de Riesgo para la Infección por Vih/Sida en Adolescentes Colombianos. *En Terapia Psicológica 2007*, Vol. 25, N° 1, 39-50.


Viveros, M (2006). ¿Qué significa hablar sobre género y sexualidad en América Latina?. En: De mujeres, hombres y otras ficciones. Facultad de Ciencias Humanas, Universidad nacional de Colombia. Editores del grupo Tercer Mundo Editores.

Weeks, J. (1998). *La construcción cultural de las sexualidades. ¿Qué queremos decir cuando hablamos de cuerpo y sexualidad?* En: Szasz, I. y Lerner, S. (1998). *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*. México, D.F : Colegio de México.

10. Anexos

ANEXO 1


Formato de respuesta para redes de asociaciones. Término inductor: salud sexual

Bogotá, Fecha				
<u>Red de Asociaciones</u>				
SALUD SEXUAL				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre				
Edad				
Sexo				
Institución educativa o centro de Rehabilitación.				

ANEXO 2

**Formato de respuesta para redes de asociaciones.
Término inductor: sexualidad**

Bogotá,
Fecha



Red de Asociaciones

SEXUALIDAD

Nombre.....
Edad.....
Sexo.....

Institución educativa o centro de rehabilitación.

ANEXO 3

Guión temático de entrevistas

Presentación del entrevistador “quien explica en términos simples y ágiles el objetivo de la misma”

Mi nombre es y los temas que vamos a tratar tienen que ver con las creencias, las ideas, las cosas que se te ocurren frente a la sexualidad y la salud sexual. Vamos a grabar, porque sino tardaríamos mucho tiempo escribiendo las respuestas y no queremos abusar de tu tiempo. Todo lo que nos digas es muy importante para entender a los jóvenes y sus necesidades en relación a la salud sexual

Iniciar grabación y registrar por escrito gestos, posturas, silencios y cualquier manifestación que aporte información adicional a la entrevista. En este sentido se sugiere que al finalizar la entrevista, ya cuando el entrevistado se haya retirado, que el entrevistador escriba estos los aspectos subjetivos, incluyendo sus propias sensaciones

1. Información general

- Nombre.
- Edad
- Fecha de nacimiento
- Lugar de nacimiento
- Listar personas que viven en la casa

2. Identificación y observaciones sobre la aplicación de la entrevista

Lugar de la entrevista:	
Fecha de entrevista:	
Hora de inicio:	
Hora de finalización:	
Datos para eventual contacto posterior (Dirección, barrio, teléfono, correo electrónico)	

3. Datos socio-demográficos

Objetivo. Obtener información socio-demográfica del entrevistado

Características familiares

- ¿Vive con los padres? / con ambos o con uno de los dos?
- ¿Cuál es la ocupación de la madre o profesión de la madre?

- ¿La madre es oyente o sorda?
- ¿Edad de la madre?
- ¿Cuál es la ocupación del padre o profesión del padre?
- ¿El padre es oyente o sordo?
- ¿Edad del padre?
- ¿Cuántos hermanos tiene usted?
- ¿Tiene hermanos sordos?

Hermanos:

No.	Sexo	Edad	Lugar de vivienda	Ocupación

4. Comunicación

Objetivo. Explorar las formas de comunicación cotidiana y su efectividad comunicativa

- ¿En qué lengua se comunica en su casa (con las personas que convive)?
- ¿Cómo es la comunicación? (Explorar si es buena o mala en términos de efectividad y satisfacción)
- ¿Cómo se siente frente a la comunicación que establece con las demás personas de la casa?
- ¿En qué lengua se comunica con sus amigos y con sus compañeros de su colegio o universidad?
- ¿Cómo se siente frente a la comunicación con sus amigos y compañeros de colegio/universidad? (Explorar si la comunicación es buena o mala en términos de efectividad y satisfacción)

5. Aspectos afectivos y sexuales

Objetivo. Explorar e identificar procesos afectivo-sexuales en los adolescentes

Forma de vida y proyección

- ¿Cómo son los amigos(as) con los que le gusta compartir (sordos u oyentes)?
- ¿Qué actividades realiza con ellos?
- ¿Qué siente cuando le gusta alguien en términos sexuales-afectivos?
- ¿Cómo se imagina en el futuro en términos de pareja – Qué pareja le gustaría tener, sorda, oyente? De padre o madre? (con pareja sorda, oyente, con hijos?...)
- ¿Cómo puede usted describir a una persona sorda?
- ¿Cómo se describe a sí mismo?
- ¿Qué significa ser sordo adulto?

Creencias

- ¿Cuál es su concepción personal sobre la sexualidad? O ¿Para usted, qué es la sexualidad?
- ¿Cuál es el significado de la sexualidad en su vida?

¿Considera que la sexualidad es buena para su vida? Es problemática? Es un tema que le produce miedo? Es un tema que le produce bienestar? Por qué?

Opiniones

¿Para usted qué es la sexualidad?

¿Qué piensa sobre la sexualidad de los adolescentes y jóvenes sordos?

¿Qué preguntas tiene acerca de la sexualidad? (en términos generales)

Sentimientos

¿Cómo se siente usted frente su sexualidad?

¿Ha tenido experiencias sexuales compartidas? ¿Cómo se ha sentido?

¿Prefiere tener experiencias sexuales con sordos o con oyentes y por qué?

¿Qué cosas ha escuchado (en términos lingüísticos para los sordos señantes) sobre la sexualidad?

¿Cuándo piensa en la palabra (o la seña) sexualidad, Qué siente? (Ej. Alegría?, emoción,? temor? Miedo?....)

¿Qué fantasías ha tenido sobre la sexualidad?

6. Salud sexual

Objetivo. Explorar e identificar procesos de la salud sexual en los adolescentes

Creencias

¿Cuál es su concepción personal (idea) sobre la salud sexual?

¿Cuál es el significado de la salud sexual en su vida?

¿Cómo cree usted que es la salud sexual de los adolescentes sordos? (si la pregunta se dirige a oyentes, entonces se preguntará por adolescentes oyentes)

Opiniones

¿Usted qué piensa de la salud sexual?

¿Para qué sirve la salud sexual?

¿Usted se considera saludable en términos de sexualidad?

Sentimientos

¿Cómo se siente usted frente su salud sexual?

¿Tiene alguna inquietud acerca de su salud sexual?

¿Cómo se ha sentido cuando la llevan al médico o a la ginecóloga (en el caso mujer)?

¿Preferiría ir donde un médico(a) o ginecólogo(a) sordo u oyente. Por qué?

¿Qué cosas ha escuchado (en términos lingüísticos) sobre la salud sexual?

¿Cuándo piensa en la palabra (o la seña) salud sexual, Qué siente? (Ej. Alegría?, emoción,? temor? Miedo?....)

Conocimientos

¿Qué tipo de relaciones sexuales conoce? (Ej: Entre parejas de diferentes sexos, entre parejas del mismo sexo...)

¿Qué métodos anticonceptivos conoce?

¿Qué tipo de métodos anticonceptivos emplea actualmente?

¿Tiene preguntas acerca de la salud sexual?

¿Qué métodos conoce para no tener enfermedades sexuales?

¿Dónde ha aprendido lo que sabe sobre sexualidad y sobre salud sexual?

Para finalizar, tiene alguna pregunta o inquietud frente a estos temas?

¿Qué le recomendaría a otros adolescentes y jóvenes sordos frente a los temas de la sexualidad y la salud sexual?

ANEXO 4

Formato de consentimiento informado



DECLARACIÓN PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ de
identificado(a) con la cédula de ciudadanía _____ de
_____, declaro que he sido informado(a) sobre mi participación en el
proyecto de investigación “Representaciones sociales sobre la sexualidad y la salud
sexual de adolescentes sordos”, cuyo objetivo general es describir y analizar los
contenidos y estructura de las representaciones sociales que un grupo de
adolescentes sordos tienen acerca de la sexualidad y la salud sexual. Estando
conforme con los objetivos del estudio, en forma libre y voluntaria acepto formar
parte de la investigación y conozco que mi participación está representada en
participar en entrevistas personales y grupales, así como el diligenciamiento
individual o grupal de un Cuestionario de Red de Asociaciones. He sido
informado(a) sobre la reserva a mi confidencialidad; conozco que la información
suministrada por mi puede ser publicada pero mi nombre en ningún caso aparecerá
asociado a la investigación. Tengo claro que puedo estar acompañado(a) por un
intérprete en lengua de señas colombiana cuando sea necesario, durante la
entrevista y/o el diligenciamiento del cuestionario de Red de Asociaciones, y que
además estoy en libertad de interrumpir o no responder las preguntas que no
considere pertinentes. Durante la entrevista autorizo la grabación en audio y video.
He sido informado(a) sobre la prioridad que tengo para conocer los resultados del
estudio en caso de solicitarlos al investigador del proyecto –Jaime Collazos Aldana-
en el teléfono 3231032 de la ciudad de Bogotá. Dejo constancia que recibo los datos
para ubicarlo y resolver cualquier duda. He recibido información sobre mi derecho a
realizar preguntas que considere necesarias durante el estudio, las cuales deben
ser respondidas a mi entera satisfacción. Reconozco además que la presente
investigación no implica riesgos para mi salud; acepto participar sin recibir apoyo
económico o de otra naturaleza, reconozco que mis aportes van a servir para
comprender sobre las representaciones e ideas que tienen los adolescentes sordos
y oyentes acerca de la sexualidad y la salud sexual; comprendo que el conocimiento
que se desprenda de la presente investigación puede aportar al mejoramiento de la
atención y calidad de vida de los adolescentes sordos en lo que respecta a la
sexualidad y la salud sexual.

Firma del Entrevistado (a)

Firma de la Entrevistador

Testigo

Fecha. Bogotá,

—
—
—
—
—
—
—
—

ANEXO 5

Palabras asociadas presentadas según orden de aparición por importancia y polaridad, de adolescentes sordos usuarios de lengua de señas colombiana (LSC) del Colegio No. 1 para sordos. Término inductor: salud sexual

Sujeto/ sexo	Asociación 1	Asociación 2	Asociación 3	Asociación 4	Asociación 5
01 (H)	Sida 4	Condón 2	VIH 5	Cuidar sexo 3	Pastillas anticonceptivas 1
02 (H)	Cuidado 4 +	Evitar 2 -	Casado 5 -	Respeto 3 +	Valores 1 +
03 (H)		Prevención 3 +	Condón Today 2 -	Prevención 4 +	Cansado todo el día hacer el amor 5 +
04 (H)	Evitar 3 +	Condón 5 =	Fuerza 2 +	Valores 1+	Cuidar 4 +
05 (H)	Drogas 3 =	Limpio 2 +	No abuso 5 +	Prevención 4 +	Limpio cuerpo 1 +
06 (H)	Rechazar 2 +	Enferma 5 -	Personas 1 +	Cuidado de sexual 3 +	Cuidado de grupo 4 +
07 (H)	Virgen 1 +	Sexo higiene 3 +	Rechazo 2 +	Sida Higiene 4 +	Cuerpo Higiene 5 +
08 (H)	Cuerpo sano 1 +	Salud 5 -	Prevención 2 +	Prevención Today 3 +	Higiene 4 +
09 (H)	Esposa +	Respeto +	Valores +	Evitar +	Derecho +
10 (H)	Prevención 3 +	Condón 2 =	Planificar 4 =	No abuso 1 +	Sano 5 +
11 (H)	Sida 1 -	Infecciones 3 =	Aborto 4 -	Afecta las drogas 5 -	Condón 2 +
12 (H)	Cuerpo 2 +	Lo humano 1 +	Fumar 3 +	Defensa 5 +	Valor del respeto 4 +
13 (H)	Salud 2 +	Cuerpo higiene 3 +	Firmeza 4 -	Protección 5 +	Rechazo 1 -
14 (H)	Enfermo 2 +	Asma 1 +	Menos mal 3 -	Nada 4 -	Nada 5 -
15 (H)	Hombre 2 +	Femenino 5 +	Esposa 1 +	Respeto al amor 3 +	No dañar el cuerpo 4 +
16 (H)	Sida 5 -	Normal 3 +	Sexo Hospital Ayuda 2 +	No daña cosas 4 -	Cuerpo 1 +
17 (H)	Gusta 4 +	Te amo 5 +	Vagina 1 +	Culo 2 +	Quiero 3 -
18 (H)	Me gusta el sexo 2 +	Estoy muy mal 1 -	Por mi ven otra persona 3 +	Buscar pagando una puta 4 +	Si estas con sida cosa personal 5 =
19 (H)	Limpia 3 +	Mejor futuro esposa 1 +	Cuidar 2 +	Condón 5 -	No hacer amor 4 =
20 (H)	Condón 5 =	Cuidar 3 =	Ir médico sexo 1 +	Defender 4 +	Escuela sexual 2 +
21 (H)	Luna de miel 2 +	Sexo 1 +	Salud sexual Today 5 +	Limpio de sexual 3 +	Importante médico de sexual 4 +

22 (H)	Cuerpo de sexual 2 +	Condón 1 +	Infección de hijo 3 +	Enfermo 5 -	Planificar 4 -
23 (H)	Amor 1 +	Novia 2 +	Exitar 4 -	Sexual 3 +	Sexo 5 +
Sujeto/ Sexo	Asociación 1	Asociación 2	Asociación 3	Asociación 4	Asociación 5
24 (H)	Luna de miel 2 =	Amor es la sexo 3 =	Exitar 3 =	Mujer sexo 4 =	Persona de VHS Compartir 5 =
25 (H)	Sida 1 =	Derecho 3 -	Valores 5 +	Grosería grave 2 =	No limpio cuerpo 4 -
26 (H)	Sexos 1 =	Infección 3 =	Bailar 2 =	Medicina 5 +	Arrepentir 4 -
27 (F)	Rechazar 2 +	Limpio 4 =	Prevención 1 +	No abuso 5 +	Valores 3 +
28 (F)	Casar 2 +	Seria 3 +	Sexo higiene 1 +	Respeto 3 +	Educación 4 +
29 (F)	Condón 2 +	Prevención 1 +	Casado 3 +	Planificar 4 +	Sexo eterno 5 -
30 (F)	Cuerpo de limpiar 1 +	Salud de enferma 3 =	Fuerza de cuerpo 2 +	No tocar niños 5 +	Cuidar el cuerpo 4 +
31 (F)	Saberse manejar +	Derecho +	Respeto 2 +	Fuerte equilibrio +	Evitar 1 +
32 (F)	Hosptivo 2 +	Cuidado 5 +	Cuerpo 4 +	Intivegativo 3 +	Si importante 1 +
33 (F)	Hombre mujer 4 +	No toca condón no 5 -	Limpio cuerpo 2 +	Salud bueno 3 +	Prevención 1 +
34 (F)	Ciudad humana 4 +	Evitar VIH 3 +	Limpio cuerpo 1 +	Persona fue médico 2 +	Respeto persona 5 +
35 (F)	Cuerpo defensa 5 +	Limpiar al cuerpo 1 +	Defensa de enferma 2 +	Fuerza de cuerpo 4 +	Defensa al virus 3 +
36 (F)	Hospital 1 -	Enfermedad 2 +	Embarazo 5 -	Médico 1 +	Estómago 3 -
37 (F)	Hacer el amor 1 +	Sexo 5 -	Dolor no gusto 3 +	Debilidad cuerpo afectado 4 -	Respeto novia 2 +
38 (F)	Sano 2 +	Salud Bueno Bien 1 +	Cuidar 3 +	Éxito de condon 4 +	Enferma de debil 5 -
39 (F)	Excitar 3 +	Sano 2 +	Planificar 4 +	Condon de excitar 5 +	Metido en el cuerpo excitar 1 +
40 (F)	No esperma salud con sexual 4 -	No condon salud sexual con cuidado 5-	Cuida con cuerpo salud 1 +	Sida - VIH 3+	Planificar 2 +
41 (F)	Vacuna 3 +	Planificar 1 +	Cuerpo limpio no otro sexual 2 +	Relaciones de sexo salud 4 +	Sexual hijo salud 5 +
42 (F)	Limpiar sexo 2 +	Médico 1 +	Necesitar condón 3 -	Salud 4 -	Baño sexo 3 -
43 (F)	Prevenir 4 =	No tocar 2 +	Respeto Mujer 1 +	Abusar no 5 -	Cuerpo limpio 3 +
44 (F)	Fortaleza 1 -	Novios bonito 5+	Derecho 4 +	Cuidado vida 3 -	Novio no 2 -

ANEXO 6

Índices de polaridad y neutralidad (datos brutos). Estudiantes Colegio No. 1 para sordos

Sujetos	Palabras positivas	Palabras negativas	Palabras neutras	Índice polaridad	Índice recodific.	Índice neutralidad	Índice recodific.
01	-	-	-	-	-	-	-
02	3	2	0	0,2	2	-1	1
03	3	1		0,5	3	-1	1
04	4	0	1	0,8	3	-0,6	1
05	4	0	1	0,8	3	-0,6	1
06	4	1	0	0,6	3	-1	1
07	5	0	0	1	3	-1	1
08	4	1	0	0,6	3	-1	1
09	5	0	0	1	3	-1	1
10	3	0	2	0,6	3	-0,2	2
11	1	3	1	0	2	0,2	2
12	5	0	0	1	3	-1	1
13	3	2	0	0,2	2	-1	1
14	2	3	0	-0,2	2	-1	1
15	5	0	0	1	3	-1	1
16	3	2	0	0,2	2	-1	1
17	4	1	0	0,2	2	-1	1
18	3	1	1	0,4	2	-0,6	1
19	3	1	1	0,4	2	-0,6	1
20	3	0	3	0,6	3	-0,2	2
21	5	0	0	1	3	-1	1
22	3	2	0	0,2	2	-1	1
23	4	1	0	0,6	3	-1	1
24	0	0	5	0	2	1	1
25	1	2	2	-0,2	2	-0,2	2
26	1	1	3	0	2	0,2	2
27	4	0	1				
28	5	0	0	0,8	3	-0,6	1
29	4	1	0	1	3	-1	1
30	4	0	1	0,6	3	-1	1
31	5	0	0	0,8	3	-0,6	1
32	5	0	0	1	3	-1	1
33	4	1	0	1	3	-1	1
34	5	0	0	0,6	3	-1	1
35	5	0	0	1	3	-1	1

Sujetos	Palabras positivas	Palabras negativas	Palabras neutras	Índice polaridad	Índice recodific.	Índice neutralidad	Índice recodific.
36	2	3	0	1	3	-1	1
37	3	2	0	-0,2	2	-1	1
38	4	1	0	0,2	2	-1	1
39	5	0	0	0,6	3	-1	1
40	3	2	0	1	3	-1	1
41	5	0	0	0,2	2	-1	1
42	2	3	0	1	3	-1	1
43	3	1	1	-0,2	2	-1	1
44	2	3	0	0,4	2	-0,6	1

ANEXO 7

Palabras asociadas presentadas según orden de aparición por importancia y polaridad, de adolescentes sordos usuarios de lengua de señas colombiana (LSC) del Colegio No. 2 para sordos. Término inductor: salud sexual

Sujeto/ sexo	Asociación 1	Asociación 2	Asociación 3	Asociación 4	Asociación 5
01	Enfermedad -	Cáncer -	Fiebre -	Dolor de cabeza -	Nutrición +
02	Sexualidad 5 -	El cuerpo como forma 2 +	El cuerpo forma / diferente sexualidad 3 +	Como sentir que sirve el cuerpo 4 +	La vida 1 +
03	Cuerpo de sexo 4 -	Amor 1 +	Corazón 2 +	Problemas 5 -	Bonita de novia 3 +
04	Cuerpo para salud 2 +	La vida 3 +	Enfermera 4 +	Amor 1 +	Sexual 5 -
05	Médico 2 +	Defensa 1 +	Cuerpo diferente 3 +	Salud esto sirve sexual 4 +	Enferma 5 -
06	Amor 1 +	Placer 2 +	Cuerpo 4 +	Humano 5 +	Sentir 2 +
07	La vida 3 +	Emociones 4 +	Relación sexual 5 =	Amor 2 +	Heterosexual 1 +
08	Enferma 3 +	Óvulos 5 +	Humano 1 +	Saludo 2 +	Embrea 4 +
09	La vida 1 +	Defensa 3 +	Propio cuerpo 2 +	Diferentes sexo 4 +	Médico 5 =
10	Sexo 1 +	Gripa -	Vacuna +	Medicamento +	Enfermedad -
11	Enferma 5 -	La vida 3 +	Cuerpo personal 2 +	Médico 4 +	Defensas 1 +
12	Relación sexual =	Defensa 1 -	Influencias a realizar acto sexual +	Sida -	Enfermedad -

ANEXO 8

Índices de polaridad y neutralidad (datos brutos). Estudiantes sordos Colegio No. 2 para sordos

Sujetos	Palabras positivas	Palabras negativas	Palabras neutras	Índice polaridad	Índice recodific.	Índice neutralidad	Índice recodific.
01	1	4	0	-0,6	1	-1	1
02	4	1	0	0,6	3	-1	1
03	3	2	0	0,2	2	-1	1
04	4	1	0	0,6	3	-1	1
05	4	1	0	0,6	3	-1	1
06	5	0	0	1	3	-1	1
07	4	0	1	0,6	3	-1	1
08	5	0	0	1	3	-1	1
09	4	0	1	0,8	3	-0,6	1
10	3	2	0	0,2	2	-1	1
11	4	1	0	0,6	3	-1	1
12	1	3	1	-0,4	2	-0,6	1

ANEXO 9

**Palabras asociadas presentadas según orden de aparición por importancia y polaridad, de adolescentes sordos usuarios de lengua de señas colombiana de la Universidad/programa adolescentes sordos.
Término inductor: salud sexual**

Sujetos/ Sexo	Asociación 1	Asociación 2	Asociación 3	Asociación 4	Asociación 5
01	Pareja 2 -	Salud 1 +	Destino Juntos hasta la muerte 5 +	Matrimonio 4 +	Heterosexualidad 3 -
02	Necesidad de sexo 5 +	Vida 1 +	Gusto Placer 4 -	Cuerpo 2 +	Carácter 3 +
03	Semen 5 +	sexo oral 4 +	Amor 1 +	Noviazgo 2 +	Mente 3 +
04	Hacer el amor 3 +	Condón 5 +	Pastillas anticonceptivas 2 -	Piel – Penetración relación sexual sin condón 4 +	Salud 1 +
05	Cuerpo limpio 4 +	Protección 3 =	Fidelidad 2 +	Hacer el amor 5 +	Prevenir enfermedad 1 =
06	Tocarse el cuerpo 1 +	Placer rico 4 +	Preservativo 3 +	Pene duro 2 =	Éxtasis 5 +
07	Hacer el amor 2 +	Vida - salud 1 +	Enseñanza 4 +	Gusto 3 +	Placer 5 +
08	Beber licor 1 +	Deporte 3 +	Amistad 5 -	Hacer el amor 2 +	Paseo 4 +
09	Deporte 4 +	Pasear 5 -	Socialización humana 3 +	Cuidado del cuerpo 1 +	Sexo 2 +
10	Salud 2 +	Vida 1 +	Dolor físico - enfermedad 5 -	Hombre 4 +	Mujer 3 +
11	Hacer el amor 2 +	Embarazo 3 +	Necesidad psicológica 1 +	Información 4 +	Procreación 5 +
12	Protección 2 +	Cuidado del cuerpo 4 +	Compartir con otros 5 -	Salud 1 +	Conocer al otro 3 +
13	Cuerpo limpio 2 +	Cuidado del cuerpo 1 +	Senos 4 =	Limpio 3 +	Cola - Nalgas 5 +
14	Vida 1 +	Cuidado del cuerpo 2 +	Sexo 3 +	Intercambio hombre – mujer 5 +	Deporte 4 +
15	Limpieza 3	Salud 2 +	Personas 4 +	Alimentación	Movimiento 5 +

Anexo 9. Palabras asociadas presentadas según orden de aparición por importancia y polaridad, de adolescentes sordos usuarios de lengua de señas colombiana de la Universidad/programa adolescentes sordos. Término inductor: salud sexual415

	+			1 +	
--	---	--	--	-----	--

ANEXO 10

**Índices de polaridad y neutralidad (datos brutos). Estudiantes sordos
 Universidad/programa adolescentes sordos**

Sujetos	Palabras positivas	Palabras negativas	Palabras neutras	Índice polaridad	Índice recodific.	Índice neutralidad	Índice recodific.
01	3	2	0	0,2	2	-1	1
02	4	1	0	0,6	3	-1	1
03	5	0	0	1	3	-1	1
04	4	1	0	0,6	3	-1	1
05	3	0	2	0,6	3	-0,2	2
06	4	0	1	0,8	3	-0,6	1
07	5	0	0	1	3	-1	1
08	4	1	0	0,6	3	-1	1
09	4	1	0	0,6	3	-1	1
10	4	1	0	0,6	3	-1	1
11	5	0	0	1	3	-1	1
12	4	1	0	0,6	3	-1	1
13	4	0	1	0,8	3	-0,6	1
14	5	0	0	1	3	-1	1
15	5	0	0	1	3	-1	1

ANEXO 11

Palabras asociadas presentadas según orden de aparición por importancia y polaridad, de adolescentes sordos usuarios de lengua de señas colombiana del Colegio No. 1 para sordos. Término inductor: sexualidad

Sujeto/ sexo	Asociación 1	Asociación 2	Asociación 3	Asociación 4	Asociación 5
01 (H)	Hacer el amor 1 +	Pene 5 +	Seno 3 -	Cuerpo toca 2 +	Culo 4 =
02 (H)	Sida 1 -	Violar +	Sexo 2 +	Gay -	Vagina +
03 (H)	Sexo 4 =	Sida 2 -	Embarazadas 5 +	Infección 1 -	Manosear 3 =
04 (H)	Pene 4 -	Culo 2 +	Vagina 3 +	Seña 5 +	Sexo 1 +
05 (H)	Violencia 1 -	Sexo 5 =	Hacer el amor 4 =	Violar 3 -	Malo 2 -
06 (H)	Hombre 1 +	Corazón 3 +	Cuerpo 2 +	Manosear 5 -	Hacer el amor 4 =
07 (H)	Grosería 5 =	Grosero 1 -	Sida 2 -	Lesbiana 3 -	Violación 4 -
08 (H)	Putas 2 -	Grosería 4 -	Hacer el amor 5 -	Gay 3 +	Infección 1 +
09 (H)	Sexo +	Sensual +	Sida 1 -	Vagina +	Homosexual 2 -
10 (H)	Sida 3 -	Cáncer 4 -	Hacer el amor 5 =	Abuso 1 -	Novia tranquilo 2 =
11 (H)	Amor 4 +	Tocar 3 =	Homosexual 5 =	Pensamiento 2 =	Sida 1 -
12 (H)	animales 5 -	Abusos de culo 4 -	Culo 3 +	Pene 1 +	Seno 2 +
13 (H)	Sida 4 -	Violación 3 -	Sexo 2 -	Manosear 1 +	Putas 5 -
14 (H)	Amor 2 +	Amistad 1 +	Respeto 3 +	Hombre 4 +	Soltero 5 +
15 (H)	Homosexual 5 -	Esposa 2 +	Novias 1 +	Sexy 3 -	Desnudos 4 -
16 (H)	Familia 1 +	Amigos 2 +	Niños Niñas 4 -	Personajes 3 +	Sexy 5 +
17 (H)	Paja 5 -	Vagina 1 +	Mama 4 -	Culo 3 +	Pene 2 =
18 (H)	Mi mejor otra persona 5 +	Que hacer quiere 4 +	Que estoy solo 3 =	No tengo novia 1 -	Pero no me gusta sexo 2 -
19 (H)	Violación 3 -	Hacer el amor 1 =	Bisexual 5 -	Homosexual 4 -	Novia 2 +
20 (H)	Abuso 5 -	Tocar sexo 2 +	Hacer el amor 1 +	Mira 3 =	Masturbación 4 -
21 (H)	Sexo 3 +	Amor 2 +	Sexual 1 +	Bisexual 4 -	Sueño de sexual 5 -
22 (H)	Amor 1 +	Familiar 2 =	Herencia 4 +	Novia 3 =	Sexualidad salud 5 =
23 (H)	Corazón 1 +	Te amo 3 +	Confianza 2 +	Triste 4 =	Encontrar 5 =

Sujeto/ sexo	Asociación 1	Asociación 2	Asociación 3	Asociación 4	Asociación 5
24 (H)	Sexual 4 =	Familia 1 +	Personas compartir 3 =	Mujer en el 2 +	Moral 5 =
25 (H)	Amor 1 +	Novia 3 -	Consentir 2 +	Pensar mucho en sexo 4 +	Prevenir 5 +
26 (H)	Novios 1 +	Amor 2 +	Pro. Familiar = 4	Arrepentir 5 =	Pelear 3 -
Sujeto/ sexo	Asociación 1	Asociación 2	Asociación 3	Asociación 4	Asociación 5
27 (F)	Hacer el amor 5 -	Mujer 4 -	Hombre malo 1 -	Violación 3 -	Abuso 2 -
28 (F)	Prostituta 4 -	Hacer el amor 1 -	Embarazo 2 -	Gay 3 -	Manosear 5 -
29 (F)	Besar 3 +	Embarazo 1 +	Sida 5 -	Sexo Rico 2 +	Sexo Toca 4 -
30 (F)	Violación 2 -	Tocar niños 3 -	Golpear 1 -	Gay 5 -	Sida 4 -
31 (F)	Besar =	Sexo -	Hacer el amor 2 -	Cola -	Sida 1 -
32 (F)	Persona 3 +	Cuerpo 1 +	Mujeres 5 +	Hombre 4 +	Violación 2 -
33 (F)	Toca 2 =	Hacer el amor 1 +	Hacer la 3 =	Putas 5 -	Cuca 4 -
34 (F)	Humana 2 +	Hacer el amor 4 =	VIH 5 -	Mujer y hombre 1 +	Sexo 3 =
35 (F)	Abuso de sexual 4 -	Violación 3 -	Toque al cuerpo 1 -	Pornografía 2 -	Vagina 5 -
36 (F)	Embarazo 2 +	Enfermo 4 -	Pelear 5 +	Celos 1 -	Familia 3 +
37 (F)	Respeto 1 +	Seguir 5 -	Timidez para tener novio 4 +	Protección 3 -	Amor cariño 2 +
38 (F)	Sentir 4 +	Deseo 1 -	Sensación 3 -	Soñar sexualidad 2 -	Exitar 5 +
39 (F)	Cariño 2 +	Pensar sexualidad 1 -	Sentir de tocar 3 =	Exitar de cuerpo 5 +	Sexualidad de sano 4 +
40 (F)	Amor 2 +	Compartir 3 +	Cariño 1 +	Esposa 4 =	Mujer y Hombre 5 +
41 (F)	Relaciones sexo salud 2 +	Espos(a) salud 4 +	Familia de salud 3 +	Sida de enfermo 5 -	Herencia salud 1 +
42 (F)	eneferos 4 +	Gusto mucho 2 -	Sexo mucho 1 -	Sentir 3 +	Virus 5 -
43 (F)	Cariño 2 +	Amigos 3 =	Abusar 4 -	Familia 1 +	Placer 5 -
44 (F)	Compartir 5 -	Consentir 3 =	Comunicación 4 +	Malo 2 -	Rechazar / no debilidad 1 =

ANEXO 12

Índices de polaridad y neutralidad. Adolescentes sordos usuarios de lengua de señas. Colegio No. 1 para sordos.

Sujetos	Palabras positivas	Palabras negativas	Palabras neutras	Índice polaridad	Índice recodific.	Índice neutralidad	Índice recodific.
01	3	1	1	0,4	2	-0,6	1
02	3	2	0	0,2	2	-1	1
03	1	2	2	-0,2	2	-0,2	2
04	4	1	0	0,6	3	-1	1
05	0	3	2	-0,6	1	-0,2	2
06	3	1	1	0,4	2	-0,6	1
07	0	4	1	-0,8	1	-0,6	1
08	2	3	0	-0,2	2	-1	1
09	3	2	0	0,2	2	-1	1
10	0	3	2	-0,6	1	-0,2	2
11	1	1	3	0	2	0,2	2
12	3	2	0	0,2	2	-1	1
13	1	4	0	-0,6	1	-1	1
14	5	0	0	1	3	-1	1
15	2	3	0	-0,2	2	-1	1
16	4	1	0	0,6	3	-1	1
17	2	2	1	0	2	-0,6	1
18	2	2	1	0	2	-0,6	1
19	1	3	1	-0,4	2	-0,6	1
20	2	2	1	0	2	-0,6	1
21	3	2	0	0,2	2	-1	1
22	2	0	3	0,4	2	0,2	2
23	3	0	2	0,6	3	-0,2	2
24	2	0	3	0,4	2	0,2	2
25	4	1	0	0,6	3	-1	1
26	2	1	2	0	2	-0,6	1
27	0	5	0	-1	1	-1	1
28	0	5	0	-1	1	-1	1
29	3	2	0	0,2	2	-1	1
30	0	5	0	-1	1	-1	1
31	0	4	1	-0,8	1	-0,6	1
32	4	1	0	-0,2	2	0,6	3
33	1	2	2	-0,2	2	-0,2	2
34	2	1	2	0,2	2	-0,2	2

Sujetos	Palabras positivas	Palabras negativas	Palabras neutras	Índice polaridad	Índice recodific.	Índice neutralidad	Índice recodific.
35	0	5	0	-1	1	-1	1
36	3	2	0	0,2	2	-1	1
37	3	2	0	0,2	2	-1	1
38	2	3	0	-0,2	2	-1	1
39	3	1	1	0,4	2	-0,6	1
40	4	0	1	0,8	3	-0,6	1
41	4	1	0	0,8	3	-0,6	1
42	2	3	0	-0,2	2	-1	1
43	2	2	1	0	2	-0,6	1
44	1	2	2	-0,2	2	-0,2	2

ANEXO 13

Palabras asociadas presentadas según orden de aparición por importancia y polaridad, de adolescentes sordos usuarios de lengua de señas colombiana del Colegio No. 2 para sordos. Término inductor: sexualidad

Sujeto	Asociación 1	Asociación 2	Asociación 3	Asociación 4	Asociación 5
01 (H)	Novios =	Persona +	Hombre 1 +	Mujer 2 +	Relación sexual -
02 (H)	El sexualidad 5 +	Propio el cuerpo 2 +	Como sexo 3 +	La vida cosas 1 +	Para vivir me 4 +
03 (H)	Amor 1 +	Bonita de novia 3 +	Muy de enamorado 2 +	Masturbación 5 -	Toca de sexo 4 -
04 (H)	Novia 1 +	Hombre y mujer 4 =	Corazón 3 +	Amor 2 +	sexo 5 -
05 (H)	El hombre de sexualidad 2 +	La mujer de sexualidad 3 +	La vida de defensa 1 +	El sexualidad relación sexual 4 +	El sexualidad personas o animales es diferente 5 +
06 (H)	Seno 1 +	Pene 3 +	Masturbación 5 -	Vaginal 2 +	Sexo 4 -
07 (M)	Sexo 1 +	Hacer el amor 4 -	Novio 3 -	Esposo 5 +	Mi vida 2 +
08 (M)	Mujer 1	Amor 3 +	Hombre 2 +	Corazón 4 +	Novio 5 +
09 (M)	La mujer 1 +	El hombre 2 +	Diferentes el cuerpo sexo 3 +	Novios 5 -	Personas sentir amor 4 -
10 (M)	Médico 1 +	Enfermedad 2 -	Personas 5 +	Compañía 3 +	Padres 4 -
11 (M)	Embarazo 1 -	Sensación piel 3 +	Relación hombre - mujer 5 -	Manochar 4 +	Novio 2 +
12 (M)	Novios 5 +	Bienestar 3 +	Salud 1 +	Vida 4 -	Personas 2 +

ANEXO 14

Índices de polaridad y neutralidad. Adolescentes sordos usuarios de lengua de señas. Colegio No. 2 para sordos.

Sujetos	Palabras positivas	Palabras negativas	Palabras neutras	Índice polaridad	Índice recodific.	Índice neutralidad	Índice recodific.
01	3	1	1	0,4	2	-0,6	1
02	5	0	0	1	3	-1	1
03	3	2	0	0,6	3	-0,2	2
04	3	1	1	0,4	2	-0,6	1
05	5	0	0	1	3	-1	1
06	3	2	0	0,2	2	-1	1
07	3	2	0	0,2	2	-1	1
08	4	0	0	0,8	3	-0,8	1
09	3	2	0	0,2	2	-1	1
10	3	2	0	0,2	2	-1	1
11	3	2	0	0,2	2	-1	1
12	4	1	0	0,6	3	-1	1

ANEXO 15

Palabras asociadas presentadas según orden de aparición por importancia y polaridad, de adolescentes sordos usuarios de lengua de señas colombiana Universidad/programa adolescentes sordos. Término inductor: sexualidad

Sujeto	Asociación 1	Asociación 2	Asociación 3	Asociación 4	Asociación 5
01 (H)					
02 (H)	Salud 2 +	Activo 3 +	Amar el cuerpo 1 +	Salud 4 +	Futuro 5 +
03 (H)	Sexualidad oral 3 +	Ano 5 -	Amor 1 +	Noviazgo 2 +	Pensar 4 =
04 (H)	Sexo 1 +	Condón 3 +	Sexo sin métodos anticonceptivos 5 -	Hacer el amor 2 +	Prevención 4 +
05 (H)	Play boy 1 +	Hacer el amor 2 +	Homosexual - bisexual 5 =	Prevención 3 +	Enfermedad transmisión sexual 4 -
06 (H)	Noviazgo 4 -	Cuándo vamos al hotel? 5 =	Amor 1 +	Goce 3 +	Amigovio 2 +
07 (H)	Hombre - Mujer que compartir 3 +	Estímulo de la relación sexual 2 +	Reproducción 5 +	Hacer el amor 4 +	Vida sexual 1 +
08 (H)	Acto sexual - sexo 1 +	Prevención 3 +	Diferentes formas sexo - zoofilia, pedofilia -	Procesos desarrollo 4 +	Generación 5 +
09 (M)	Compartir 1 +	Conocerse 4 +	Experiencia 2 +	Contexto 3 =	Cuerpo 5 +
10 (M)	Vida 1 +	Enfermedad 4 -	Hombre 3 +	Mujer 2 +	Morir 5 -
11 (M)	Hombre - Mujer 5 +	Sociedad 4 +	Mente abierta 2 +	Salud 3 +	Conocer teoría 1 +
12 (M)	Vida 4 +	Salud 2 +	Cuidado del cuerpo 1 +	Valores 3 +	Defensa 5 +
13 (M)	Condón 5 =	Cuidado 1 +	Defensa 2 +	Limpieza 3 =	Salud 4 +
14 (M)	Salud 5 +	Compartir 3 +	Identidad 1 +	Sexo 4 +	Amor 2 +
15 (M)	Compartir 2 +	Caracter 5 +	Cultura 4 +	Conocerse 3 +	Familia 1 +
01 (H)					
02 (H)	Salud 2 +	Activo 3 +	Amar el cuerpo 1 +	Salud 4 +	Futuro 5 +
03 (H)	Sexualidad oral 3 +	Ano 5 -	Amor 1 +	Noviazgo 2 +	Pensar 4 =
04 (H)	Sexo 1 +	Condón 3 +	Sexo sin métodos	Hacer el amor	Prevención 4 +

			anticonceptivos 5 -	2 +	
05 (H)	Play boy 1 +	Hacer el amor 2 +	Homosexual - bisexual 5 =	Prevención 3 +	Enfermedad transmisión sexual 4 -
06 (H)	Noviazgo 4 -	Cuándo vamos al hotel? 5 =	Amor 1 +	Goce 3 +	Amigovio 2 +
07 (H)	Hombre - Mujer que compartir 3 +	Estímulo de la relación sexual 2 +	Reproducción 5 +	Hacer el amor 4 +	Vida sexual 1 +
08 (H)	Acto sexual - sexo 1 +	Prevención 3 +	Diferentes formas sexo - zoofilia, pedofilia -	Procesos desarrollo 4 +	Generación 5 +
09 (M)	Compartir 1 +	Conocerse 4 +	Experiencia 2 +	Contexto 3 =	Cuerpo 5 +
10 (M)	Vida 1 +	Enfermedad 4 -	Hombre 3 +	Mujer 2 +	Morir 5 -
11 (M)	Hombre - Mujer 5 +	Sociedad 4 +	Mente abierta 2 +	Salud 3 +	Conocer teoría 1 +
12 (M)	Vida 4 +	Salud 2 +	Cuidado del cuerpo 1 +	Valores 3 +	Defensa 5 +
13 (M)	Condón 5 =	Cuidado 1 +	Defensa 2 +	Limpieza 3 =	Salud 4 +
14 (M)	Salud 5 +	Compartir 3 +	Identidad 1 +	Sexo 4 +	Amor 2 +
15 (M)	Compartir 2 +	Caracter 5 +	Cultura 4 +	Conocerse 3 +	Familia 1 +

ANEXO 16

Índices de polaridad y neutralidad. Adolescentes sordos usuarios de lengua de señas. Universidad/programa adolescentes sordos.

Sujetos	Palabras positivas	Palabras negativas	Palabras neutras	Índice polaridad	Índice recodific.	Índice neutralidad	Índice recodific.
01	-	-	-	-	-	-	-
02	5	0	0	1	3	-1	1
03	3	1	1	0,4	2	-0,6	2
04	4	1	0	0,6	3	-1	1
05	3	1	1	0,4	2	-0,6	1
06	3	1	1	0,4	2	-0,6	1
07	5	0	0	1	3	-1	1
08	4	1	0	1	3	-0,8	1
09	4	0	1	0,8	3	-0,6	1
10	3	2	0	0,2	2	-1	1
11	5	0	0	1	3	-1	1
12	5	0	0	1	3	-1	1
13	3	0	2	0,6	3	-0,2	2
14	5	0	0	1	3	-1	1
15	5	0	0	1	3	-1	1

ANEXO 17

Palabras asociadas presentadas según orden de aparición por importancia y polaridad, de adolescentes oyentes. Colegio distrital Grupo 1. Término inductor: salud sexual

	Asociación 1	Asociación 2	Asociación 3	Asociación 4	Asociación 5
01	Condón 2 +	Amor 1 +	Protección 3 +	Enfermedades Prevención 5 +	Admiración 4 +
02	Amor 2 +	Vida 1 +	Sexo Seguro 4 =	Paz 3 +	Comprensión 5 -
03	Cuidarse 1 +	Hospital 4 =	Amor 5 =	Reflexión 3 =	Enfermedad 2 -
04	Medicina 2 +	Ejemplo 5 -	Amor 4 =	Protección 1 +	Goce 3 +
05	Protección 3 +	Amor 1 +	Sensibilidad 2 =	Sexo 5 =	Tranquilidad 4 +
06	Anticonceptivos 1 +	Condón 3 +	Protección 2 +	Enfermedad 5 -	Cura 4 +
07	Amor 4 +	Ayudas 2 +	Sexo 5 =	Cuidado 3 +	Tranquilidad 1 +
08	Protección 1 +	Precaución 3 =	Decisión 2 =	Salvación 5 +	Pareja 4 =
09	Condón 4 +	Protección 3 +	Prevención 1 +	Consultas 2 +	Sexo 5 +
10	Orientación 4 +	Protección 1 +	Normalidad 2 +	Responsabilidad 3 +	Vida 5 +
11	Protección 3 +	Sida 5 -	Familia 1 +	Libertad 2 +	Vida 4 +
12	Cuidarse 1 +	Prevenir 2 +	Hombre 4 =	Mujer 3 =	Sexo 5 +
13	Protección 1 +	Confianza 4 +	Sinceridad 5 =	Comunicación 2 -	Prevención 3 +
14	Realidad 3 +	Sabiduría 2 +	Interés 4 =	Vida 1 +	Plenitud 5 +
15	Protección 5 +	Amor 4 +	Enfermedad 3 -	Temor 2 -	Placer 1 =
16	Protegerse con el condón 1 +	Hospital 3 +	Enfermedad 5 -	Cuidarse 2 +	Temor 4 -
17	Preservativo 2 +	Relación 3 =	Hombre 5 -	Respeto 1 +	Corazón 4 =
18	Condomes 3 =	Enfermedades 5 +	Embarazos 4 -	Cuidarse 2 +	Familia 1 +
19	Braq. El amor 4 +	Conocer la otra persona 3 +	Comprensión 5 +	Vida para actuar 2 +	Vida 1 +
20	Amor 1 +	Cuidado 5 +	Confianza 2 +	Enseñanza 4 +	Prevención 3 =
21	Prevención 2 +	Consultas 4 +	Embarazo 3 +	Cuidados 5 -	Protección 1 -
22	Protección 4 +	Vida 1 =	Planificación 3 +	Decisión 2 +	Pareja 5 =
23	Estudio 4 -	Hospital 3 =	Protección 1 +	Aprendizaje 5 =	Vida 2 +
24	Seguridad 1 +	Tentaciones 5 -	Orientaciones 3 +	Gusto 2 +	Placer 4 +
25	Estudio 5 -	Madurez 1 +	Ir al médico 3 +	Con quien tengo vida sexual 4 +	Cuidarme 2 +

ANEXO 18

Índices de polaridad y neutralidad. Adolescentes oyentes. Colegio distrital Grupo 1. Término inductor: salud sexual

Sujetos	Palabras positivas	Palabras negativas	Palabras neutras	Índice polaridad	Índice recodific.	Índice neutralidad	Índice recodific.
01	5	0	0	1	3	-1	1
02	3	1	1	0,4	2	-0,6	1
03	1	1	3	0	2	0,2	2
04	3	1	1	0,4	2	-0,6	1
05	3	0	2	0,6	3	-0,2	2
06	4	1	0	0,6	3	-1	1
07	4	0	1	0,8	3	-0,6	1
08	2	0	3	0,4	2	0,2	2
09	5	0	0	1	3	-1	1
10	5	0	0	1	3	-1	1
11	4	1	0	0,6	3	-1	1
12	3	0	2	0,6	3	-0,2	2
13	3	1	1				
14	4	0	1	0,4	2	-0,6	1
15	2	2	1	0,8	3	-0,6	1
16	3	2	0	0	2	-0,6	1
17	2	1	2	0,6	3	-0,2	2
18	3	1	1	0,2	2	-0,2	2
19	5	0	0	0,4	2	-0,6	1
20	4	1	0	1	3	-1	1
21	3	2	0	0,8	3	-0,6	1
22	3	0	2	0,2	2	-1	1
23	2	1	2	0,6	3	-0,2	2
24	4	1	0	0,2	2	-0,2	2
25	4	1	0	0,6	3	-1	1

ANEXO 19

Palabras asociadas presentadas según orden de aparición por importancia y polaridad, de adolescentes oyentes. Colegio distrital Grupo 2. Término inductor: salud sexual

	Asociación 1	Asociación 2	Asociación 3	Asociación 4	Asociación 5
01	Protección 2 +	Comprensión 4 =	Respeto 1 +	Tolerancia 5 +	Fidelidad 3 +
02	Preservativo 4 +	Pareja 2 +	Confianza 1 +	Hacer el amor 5 +	Responsabilidad 3 +
03	Protección 1 +	Amor 2 +	Promiscuidad 4 -	Enfermedades 5 -	Respeto 3
04	Pareja 2 +	Protección 1 +	Respeto 3 +	Promiscuidad 4 -	Enfermedades 5 -
05	Promiscuidad 5 -	Amor 2 +	Protección 1 +	Delicadeza 3 +	Respeto 4
06	Respeto 3 +	Pareja 1 +	Confianza 2 +	Preservativo 5 =	Intimidad = 4
07	Unión 2 +	Comprensión 3 =	Fidelidad 4 +	Amor 1 +	Respeto 5 =
08	Amor 1 +	Pasión 4	Respeto 3 +	Fidelidad 2 +	Deseo 5 -
09	Confianza 5 +	Amor 3 +	Aprecio 2 +	Respeto 1 +	Responsabilidad 1 +
10	Higiene 1 +	Amor 3 +	Respeto 4 +	Cuidado 2 +	Monogamia 5 =
11	Protección 1 +	Comunicación 3 +	Responsabilidad 4+	Autoestima 2 +	Respeto 5 +
12	Confianza 1 +	Respeto 3 +	Responsabilidad 5 -	Fidelidad 4 -	Monogamia 2 +
13	Comunicación 4 +	Respeto 3 +	Autovaloración 5 +	Protección 1 +	Responsabilidad 2 +
14	Seguridad 3 +	Protección 1 +	Monogamia 2 =	Felicidad 4 =	Unión 5 +
15	Protección 3 +	Respeto 1 +	Tolerancia 5 +	Cuidado 2 +	Responsabilidad 4 +

ANEXO 20

Índices de polaridad y neutralidad. Adolescentes oyentes. Colegio distrital Grupo 2. Término inductor: salud sexual

Sujetos	Palabras positivas	Palabras negativas	Palabras neutras	Índice polaridad	Índice recodific.	Índice neutralidad	Índice recodific.
01	4	0	1	0,8	3	-0,6	1
02	5	0	0	1	3	-1	1
03	2	2	0	0	2	-0,6	1
04	3	2	0	0,2	2	-1	1
05	3	1	0	0,4	2	-0,6	1
06	5	0	0	0,6	3	-0,2	2
07	3	0	2	0,4	2	-0,6	1
08	3	1	0	1	3	-1	1
09	5	0	0	0,8	3	-0,6	1
10	4	0	1	1	3	-1	1
11	5	0	0	0,2	2	-1	1
12	3	2	0	1	3	-1	1
13	3	0	2	0,6	3	-0,2	2
14	3	0	2	0,6	3	-0,2	2
15	5	0	0	1	3	-1	1

ANEXO 21

Palabras asociadas presentadas según orden de aparición por importancia y polaridad, de adolescentes oyentes. Universidad/adolescentes oyentes. Término inductor: salud sexual

Sujeto	Asociación 1	Asociación 2	Asociación 3	Asociación 4	Asociación 5
01 (H)	Emoción 2 +	Experimentación 5 =	Responsabilidad 4 =	Amor 3 +	Autoestima 1
02 (H)	Educación 1 +	Unidad 5 +	Enfermedad 3 -	Presente 2 +	Reproducción 4 +
03 (H)	Libertad 3 +	Educación 2 +	Responsabilidad 1 +	Amor 4 +	Diversión 5 -
04 (H)	Condomes 4 +	Sexo 3 +	Precaución 2 +	En pareja 1 +	Cuidado 5 +
05 (H)	Preservativos 5 =	Genitales 3 +	Enfermedades 1 =	Infecciones 2 =	Planificación 4 =
06 (H)	Condomes 3 +	Medicamento 4 -	Penetración 5 +	Atracción 4 +	Sexo 2 +
07 (H)	Reproducción 1+	Bienestar 2 -	Gonorrea 4 +	Condón 3 -	Sexo 5 =
08 (H)	Virus 3 -	Pornografía 4 -	Genitales 5 =	Condón 2 +	Vida sana 1 +
09 (H)	Higiene 3 +	Respeto 4 +	Autoestima 2 +	Métodos 5 =	Amor 1 +
10 (H)	Protección 3 +	Aseo 2 +	Sexo 1 +	Hormonas 1 +	Enfermedades 5 -
11 (H)	Condomes 4 =	Enfermedad 3 -	Planificación 1 +	Embarazo 5 -	Responsabilidad 2 +
12 (M)	Higiene 3 +	Amor 4 +	Vida 2 +	Responsabilidad 1 +	Sida 5 -
13 (M)	Amor 1 +	Enfermedades 5 -	Protección 2 +	Responsabilidad 3 +	Noviazgo 4 +
14 (M)	Hombre 3 +	Placer 5 =	Amor 1 +	Salud 4 +	Protección 2 +
15 (M)	Higiene 4 +	Compromiso 1 +	Respeto 3 +	Cuidado 2 +	Cortesía 5 -
16 (M)	Amor 1 +	Comprensión 2 +	Estabilidad 5 =	Tolerancia 4 =	Protección 3 +
17 (M)	Amor 3 +	Comprensión 2 +	Confianza 1 +	Prevención 4 +	Sociedad 5 -
18 (M)	Enfermedades 4 -	Condón 3 +	Amor 1 +	Protección 2 +	Género 5 =
19 (M)	Anticonceptivos 1 +	Cuidado 3 +	Enfermedades 5 -	Ayuda 4 =	Salud 2 +
20 (M)	Pareja 2 +	Familia 3 +	Cuidado 4 +	Respeto 1 +	Medicina 5 +
21 (M)	Enfermedad 4 -	Transmisión 5 -	Condón 3 +	Mujer 2 +	Pareja 1 +
22 (M)	Negro 5 +	Futuro 4 +	Presente 2 +	Familia 1 +	Libros 3 +
23 (M)	Enfermedades 5 -	Embarazos 4 -	Placer 3 +	Pareja 1 +	Pasión 2 =
24 (M)	Cuidado 2 +	Responsabilidad 1 +	Educación 3 +	Compromiso 4 +	Consecuencias 5 +

Anexo 21. Palabras asociadas presentadas según orden de aparición por importancia y polaridad, de adolescentes oyentes. Universidad/adolescentes oyentes. Término inductor: salud sexual 431

Sujeto	Asociación 1	Asociación 2	Asociación 3	Asociación 4	Asociación 5
25 (M)	Información 4 +	Prevención 2 +	Elección 1 =	Planeamiento 1 =	Decisión 5 +
26 (M)	Prevención 1 +	Autonomía 3 +	Responsabilidad 2 +	Información 4 =	Acuerdos 5 +
27 (M)	Promiscuo 3 -	Embarazo 1 +	Hombre 4 =	Mujeres 5 =	Niños 2 =
28 (M)	Higiene 4 +	Confianza 3 +	Amor 2 +	Pareja 1 +	Sexo 5 +
29 (M)	Seguridad 4 +	Responsabilidad 3 +	Compromiso 5 +	Amor a uno mismo 1 +	Protección 2 +
30 (M)	Pareja 2 +	Amor 1+	Cuidado 4 +	Respeto 3 +	Compromiso 5 =
31 (M)	Amor 3 +	Protección 2 +	Respeto 1 +	Igualdad 4 +	Libertad 5 =
32 (M)	Protección 2 +	Cuidado 4 +	Realidades 3 =	Yo 1 +	Parejas 5 +

ANEXO 22

Índices de polaridad y neutralidad. Adolescentes oyentes. Universidad/adolescentes oyentes. Término inductor: salud sexual

Sujetos	Palabras positivas	Palabras negativas	Palabras neutras	Índice polaridad	Índice recodific.	Índice neutralidad	Índice recodific.
01	2	0	2	0,6	3	-0,2	2
02	4	1	0	0,6	3	-1	1
03	4	1	0	0,6	3	-1	1
04	5	0	0	1	3	-1	1
05	1	0	4	0,2	2	0,6	3
06	4	1	0	0,6	3	-1	1
07	2	2	1	0	2	-0,6	1
08	2	2	1	0	2	-0,6	1
09	4	0	1	0,8	3	-0,6	1
10	4	1	0	0,6	3	-1	1
11	2	2	1	0	2	-0,6	1
12	4	1	0	0,6	3	-1	1
13	4	1	0	0,6	3	-1	1
14	4	0	1	0,8	3	-0,6	1
15	4	1	0	0,6	3	-1	1
16	3	0	2	0,6	3	-0,2	2
17	4	1	0	0,6	3	-1	1
18	3	1	1	0,4	2	-0,6	1
19	3	2	0	0,4	2	-0,6	1
20	5	0	0	1	3	-1	1
21	3	2	0	0,2	2	-1	1
22	5	0	0	1	3	-1	1
23	2	2	1	0	2	-0,6	1
24	5	0	0	1	3	-1	1
25	3	0	2	0,6	3	-0,2	2
26	4	0	1	0,8	3	-0,6	1
27	1	1	3	0	2	0,2	2
28	5	0	0	1	3	-1	1
29	5	0	0	1	3	-1	1
30	4	0	1	0,8	3	-0,6	1
31	4	0	1	0,8	3	-0,6	1
32	4	0	1	0,8	3	-0,6	1

ANEXO 23

Palabras asociadas presentadas según orden de aparición por importancia y polaridad, de adolescentes oyentes. Colegio distrital Grupo 1. Término inductor: sexualidad

Sujeto	Asociación 1	Asociación 2	Asociación 3	Asociación 4	Asociación 5
01 (H)	Amor 1 +	Responsabilidad 4 +	Cuidado 3 =	Sentimientos 2 =	Autónomp 5 =
02 (H)	Responsabilidad 1 +	Respeto 2 +	Felicidad 4 +	Amor 3 +	Paz 5 +
03 (H)	Amor 4 +	Preservativo 3 +	Pareja 1 =	Relación 2 =	Cuidado 5 =
04 (H)	Preservativo 3 +	Mujeres 2 =	Pasión 4 +	Entretenimiento 5 +	Novia 1 +
05 (H)	Amor 1 +	Pareja 2 +	Confianza 4 +	Sinceridad 5 +	Honestidad 3 +
06 (H)	Novia 4 =	Relaciones 5 =	Hombre 2 +	Mujer 3 +	Protección 1 +
07 (H)	Relación 1 =	Miedo 2 +	Sexo 3 =	Género 5 +	Acción 4 -
08 (H)	Preservativo 3 =	Hijos 5 =	Pareja 4 +	Comprensión 2 +	Aprobación 1 +
09 (H)	Embarazo 4 +	Prevención 3 +	Relación 1 +	Noviazgo 2 +	Curiosidad 5 +
10 (H)	Protección 1 +	Orientación 2 +	Preservativo 4 +	Sida 3 -	Familia 3 +
11 (H)	Vida 3 +	Libertad 2 +	Juventud 4 +	Noviazgo 5 +	Salud 1 +
12 (H)	Novia 2 +	Relacionarse 3 +	Cuidarse 1 +	Preservativo 4 +	Cama 5 +
13 (M)	Preservativo 2 +	Cuidado 1 +	Respeto 5 +	Honestidad 4 =	Amor 3 +
14 (M)	Protección 4 +	Capacidad 3 +	Gran paso 1 +	Realidad 2 -	Rutina 5 -
15 (M)	Amor Propio 5 +	Personalidad 4 +	cariño 1 +	Hombre 2 =	Protección 3 +
16 (M)	Placer 3 +	Temor 4 -	Cuidarse 1 +	Enfermedad 5 -	Relación 2 +
17 (M)	Cuerpo 2 +	Bienestar 4 =	Reproducción 5 +	Prevenciones 1 -	Relación 3 =
18 (M)	Cariño 4 +	Mujer 2 +	Hombre 3 +	Condomes 1 +	Embarazo 5 -
19 (M)	Condón 4 -	Amor 1 +	Comprensión 5 +	Responsabilidad 3 +	Respeto 2 +
20 (M)	Pareja 1 +	Cuidado 5 +	Preservativo 2 =	Dónde 3 +	Cómo 4 +
21 (M)	Preservativos 5 -	Curiosidad 1 +	Inseguridad 4 -	Confianza 2 -	Amor 3 +
22 (M)	Planificación 3 +	Decisión 2 +	Seguridad 4 =	Cuidado 5 =	Yo 1 +
23 (M)	Preservativos 1 +	Apoyo 5 =	Seriedad 4 =	Responsabilidad 3 +	Protección 2 +
24 (M)	Protección 1 +	Placer 4 +	Querer 2 +	Seguridad 5 +	Voluntad 3 +
25 (M)	Respeto 2 +	Preservativos 3 +	Amor 4 +	Vida 5 -	Madurez 1 +

ANEXO 24

Índices de polaridad y neutralidad. Adolescentes oyentes. Colegio distrital. Grupo 1. Término inductor: sexualidad

Sujetos	Palabras positivas	Palabras negativas	Palabras neutras	Índice polaridad	Índice recodific.	Índice neutralidad	Índice recodific.
01	2	0	3	0,4	2	0,2	2
02	5	0	0	1	3	-1	1
03	2	0	3	0,4	2	0,2	2
04	4	0	1	0,8	3	-0,6	1
05	5	0	0	1	3	-1	1
06	3	0	2	0,4	2	0,2	2
07	2	1	2	0,2	2	-0,2	2
08	3	0	2	0,6	3	-0,2	2
09	5	0	0	1	3	-1	1
10	4	1	0	0,6	3	-1	1
11	5	0	0	1	3	-1	1
12	5	0	0	1	3	-1	1
13	4	0	1	0,8	3	-0,6	1
14	3	2	0	0,2	2	-1	1
15	4	0	1	0,8	3	-0,6	1
16	3	2	0	0,2	2	-1	1
17	2	1	2	0,2	2	-0,2	2
18	4	1	0	0,6	3	-1	1
19	4	1	0	0,6	3	-1	1
20	4	0	1	0,8	3	-0,6	1
21	2	3	0	-0,2	1	-1	1
22	3	0	2	0,6	3	-0,2	2
23	3	0	2	0,2	2	-1	1
24	5	0	0	1	3	-1	1
25	4	1	0	0,6	3	-1	

ANEXO 25

Palabras asociadas presentadas según orden de aparición por importancia y polaridad, de adolescentes oyentes. Colegio distrital Grupo 2. Término inductor: sexualidad

Sujeto	Asociación 1	Asociación 2	Asociación 3	Asociación 4	Asociación 5
01 (H)	Respeto 2 +	Amor 1 +	Comprensión 5 +	Protección 4 +	Tolerancia 3 =
02 (H)	Respeto 3 +	Pareja 4 +	Protección 1 +	Confianza 2 +	ETS 5 -
03 (H)	Enfermedades 5 -	Protección 4 +	Amor 1 +	Respeto 2 +	Confianza 3 +
04 (H)	Respeto	Protección	Enfermedades	Confianza 2 +	Relaciones coitales
05 (H)	Pasión	Amor	Respeto	Confianza	Placer
06 (F)	Amor 1	Protección 2	Fidelidad 3	Unión 5	Respeto 4
07 (F)	Amor 1 +	Respeto 2 +	Fidelidad 3 +	Pasión 4 -	Deseo 5 +
08 (F)	Respeto 3 +	Confianza 2 +	Responsabilidad 1 +	Afecto 4 +	Dignidad 5 =
09 (F)	Orientación 4 +	Respeto 2 +	Educación + 3	Amor 1 +	Monogamia 5 +
10 (F)	Personalidad 1 +	Sexo 5 =	Autoestima / Autovaloración 2 +	Diálogo 4 +	Protección 3 +
11 (F)	Aseo 5 +	Cumplimiento 4 +	Amor 3 -	Protección 1 +	Respeto 2 +
12 (F)	Responsabilidad 2 +	Protección 1 +	Cuidados 5 +	Respeto 3 +	Autodecisión 4 +

ANEXO 26

Índices de polaridad y neutralidad. Adolescentes oyentes. Colegio distrital. Grupo 2. Término inductor: sexualidad

Sujetos	Palabras positivas	Palabras negativas	Palabras neutras	Índice polaridad	Índice recodific.	Índice neutralidad	Índice recodific.
01	4	0	1	0,8	3	-0,6	1
02	4	1	0	0,6	3	-1	1
03	4	1	0	0,6	3	-1	1
04	1	0	0	M	M	M	M
05	-	-	-	M	M	M	M
06	-	-	-	M	M	M	M
07	4	1	0	0,6	3	-1	1
08	4	0	1	0,8	3	-0,6	1
09	5	0	0	1	3	-1	1
10	4	0	1	0,8	3	-0,6	1
11	4	1	0	0,6	3	-1	1
12	5	0	0	1	3	-1	1

ANEXO 27

Palabras asociadas presentadas según orden de aparición por importancia y polaridad, de adolescentes oyentes. Universidad/adolescentes oyentes. Término inductor: sexualidad

Asociación 1	Asociación 2	Asociación 3	Asociación 4	Asociación 5
Placer 3 +	Superioridad 4 =	Compromiso 2 +	Autonomía 1 +	Negocio 5 -
Pensamiento 2 +	Inclinación 3 +	Presente 1 +	Degradación 5 -	No conocimiento 4 -
Experimentación 4 =	Sensibilidad 5 =	Libertad 3 =	Responsabilidad 1 +	Sexo 2 +
Compromiso 4 -	Salud 2 +	Higiene 5 -	Tolerancia 3 +	Responsabilidad 1 +
Genitales 1 +	Preservativos 2 +	Relación 3 +	Salud =	
Coito 2 +	Pubertad 5 +	Hormonas 3 +	Espermatozoides 4 +	Sexo 1 +
Sexo 2 +	Placer 5 -	Condón 3 =	Responsabilidad 1 +	Derecho 4 =
Penetración 5 =	Embarazo 3 -	Sida 2 -	Planificación 1 +	Placer 4 =
Unión genital 5 =	Conocimiento personal 1 +	Desarrollo 4 +	Madurez 3 +	Responsabilidad 2 +
Sexo 1 +	Kamasutra 3 +	Reacciones 4 +	Placer 2 +	satisfacción 5 +
Amor 5 +	Placer 1 +	Unión 3 -	Actividad 2 +	Dinero 4 -
Sexo 5 =	Formación 3 +	Educación 1 +	Comunicación 2 +	Relación 4 +
Pareja 3 +	Procreación 5 +	Afecto 4 +	Amor 1 +	Protección 2 +
Compartir 5 =	Intimidad 3 +	Respeto 1 +	Pareja 2 +	Comprensión 4 +
Amor 3 +	Respeto 2 +	Relación 5 -	Compromiso 4 +	Riesgo 1 +
Protección 4 +	Amor 1 +	Respeto 2 +	Honestidad 5 =	Valores 3 +
Responsabilidad 1 +	Identidad 3 +	Amor 4 +	Familia 2 +	Valor 5 -
Cuerpo 2 +	Caricias 3 +	Género 5 =	Sensaciones 4 +	Pareja 1 +
Amor 1 +	Cuerpo 2 +	Contacto 5 =	Sensualidad 4 +	Cuidado 3 +
Amor propio 1 +	Interior 3 +	Sociedad 5 -	Pareja 4 +	Respeto 2 +
Enfermedad 4 -	Transmisión 5 -	Condón 3 +	Mujer 2 +	Pareja 1 +
Protección 3 +	Pensamiento 2 +	Familia 1 +	Ayuda 4 +	Música 5 +
Pasión 2 +	Familia 1 +	Maratón 4 -	Problemas 3 -	Dinero 5 -
Responsabilidad 1 +	Cuidado 2 +	Respeto 3 +	Tolerancia 5 +	Higiene 4 +
Responsabilidad 3 +	Satisfacción 2 +	Seguridad 4 =	Confianza 1 +	Pareja 5 +
Responsabilidad 3 +	Amor 1 =	Noviazgo 5 =	Comprensión 4 +	Respeto 2 +
Amor	Responsabilidad	Voluntad	Opción	Pareja
Sexo 5 +	Amor 1 +	Preservativos 3 +	Comodidad 2 +	Relación 4 +
Protección 1 +	Amor 3 =	Responsabilidad	Entrega 5 =	Respeto 4 +

Anexo 27. Palabras asociadas presentadas según orden de aparición por importancia y polaridad, de adolescentes oyentes. Universidad/adolescentes oyentes. Término inductor: sexualidad

438

Asociación 1	Asociación 2	Asociación 3	Asociación 4	Asociación 5
		2 +		
Órganos 5 =	Pareja 1 +	Cariño 2 +	Placer 3 +	Satisfacción 4 +
Hombre - Mujer 2 +	Mujer – Hombre 3 +	Agrado 4 +	Insatisfacción 5 -	Cuidado 1 +
Experiencias 2 +	Compartir 1 +	Placer 4 +	Momento 5 -	Vida 3 +

ANEXO 28

Índices de polaridad y neutralidad. Adolescentes oyentes. Universidad/adolescentes oyentes. Término inductor: sexualidad

Sujetos	Palabras positivas	Palabras negativas	Palabras neutras	Índice polaridad	Índice recodific.	Índice neutralidad	Índice recodific.
01	3	1	1	0,4	2	-0,6	1
02	3	2	0	0,6	3	-0,2	2
03	2	0	3	0,4	2	0,2	2
04	3	2	0	0,2	2	-1	1
05	3	0	1	0,75	3	-0,4	2
06	5	0	0	1	3	-1	1
07	2	1	2	0,2	2	-0,2	2
08	1	2	2	-0,2	2	-0,2	2
09	4	0	1	0,8	3	-0,6	1
10	5	0	0	1	3	-1	1
11	3	2	0	0,6	3	-0,2	2
12	4	0	1	0,8	3	-0,6	1
13	5	0	0	1	3	-1	1
14	4	0	1	0,8	3	-0,6	1
15	4	1	0	0,6	3	-1	1
16	4	0	1	0,8	3	-0,6	1
17	4	1	0	0,6	3	-1	1
18	4	0	1	0,8	3	-0,6	1
19	4	0	1	0,8	3	-0,6	1
20	4	0	1	0,6	3	-1	1
21	3	2	0	0,2	2	-1	1
22	5	0	0	1	3	-1	1
23	2	3	0	-0,2	2	-1	1
24	5	0	0	1	3	-1	1
25	4	0	1	0,8	3	-0,6	1
26	3	0	2	0,6	3	-0,2	2
27	-	-	-	-	-	-	-
28	5	0	0	1	3	-1	1
29	3	0	2	0,6	3	-0,2	2
30	4	0	1	0,8	3	-0,6	1
31	4	1	0	0,6	3	-1	1
32	4	1	0	0,6	3	-1	1

ANEXO 29

Palabras asociadas presentadas según orden de aparición por importancia y polaridad, de adolescentes sordos usuarios de castellano oral.

Término inductor: salud sexual

	Asociación 1	Asociación 2	Asociación 3	Asociación 4	Asociación 5
01	Cuidado 2 +	Utilizar el Condón 3 +	Embarazo 4 -	No abortar 5 +	Aprender 1+
02	Cuidados 1 +	Usar Condonos 5 +	Consulta médica 4 +	Aspectos físicos 3 =	Responsabilidad 2 +
03	Emoción 5 +	Salud 2 +	Vida 1 +	Actividad 4 +	Cuerpo 3 +
04	Sentimientos 3 -	Inteligencia 2 +	Sociedad 5 =	familia 4 +	Personalización 1+
05	Estudio de la sexualidad 2 +	Sexualidad 1 =	Cuerpo 4 +	Medicina 5 =	Relación sexual 3 =
06	Amor 5 +	Consentir 4 +	Estudiar 1 +	Trabajar 2 +	Paseo 3 +
07	Amistad 1+	Responsabilidad 4 +	Tolerancia 5 +	Amor 2 +	Diversión 3 -
08	Cuidado 2 = +	Respeto 3 = +	Responsabilidad 1 +	Preparado 4 +	
09	Amor 1 +	Protección 3 -	Cuidarse 5 +	La amistad 2 +	El corazón -
10	Enfermedades 2 -	Transmisiones 4 =	Cuidados 1 +	Genitales 3 +	Sexualidad 5 =
11	Amor 4 +	Hablar 2 +	Amigos 1 +	Feliz 3 +	Respeto 5 +

ANEXO 30

Índices de polaridad y neutralidad. Adolescentes sordos usuarios de castellano oral. Término inductor: salud sexual

Sujetos	Palabras positivas	Palabras negativas	Palabras neutras	Índice polaridad	Índice recodific.	Índice neutralidad	Índice recodific.
01	4	1	0	0,6	3	-1	1
02	4	0	1	0,8	3	-0,6	1
03	5	0	0	1	3	-1	1
04	3	1	1	0,4	2	-0,6	1
05	2	0	3	0,4	2	0,2	2
06	5	0	0	1	3	-1	1
07	4	1	0	0,6	3	-1	1
08	4	0	0	0,5	3	0	2
09	3	2	0	0,2	2	-1	1
10	2	1	2	0	2	-0,6	1
11	5	0	0	1	3	-1	1

ANEXO 31

Palabras asociadas presentadas según orden de aparición por importancia y polaridad, de adolescentes sordos usuarios de castellano oral.

Término inductor: sexualidad

Asociación 1	Asociación 2	Asociación 3	Asociación 4	Asociación 5
Enfermedad 1-	Sida (VIH) 4 -	Transmisión sexual 3 -	Gonorrea -	Educación sexual 2 +
Amor 1+	Afecto 4 +	Diálogo 5 +	Corazón 3 =	Familia 2 +
Vida 1 +	Cuerpo 4 +	Sentimiento 3 -	Emoción 5 +	Conocimiento 2 +
Inteligencia 2 +	Cuerpo 1=	Sentimientos 3 +	La pareja 4 +	Familia 5 +
Sexo 3 =	Estudio 1 +	Masculino 4 +	Femenino 5 +	Educación 2 +
Homosexuales 5 -	Condón 3 =	Embarazo 1 +	Amor 2 =	Vacuna 4 -
Caricias 4 =	Pasión 3 +	Amor 5 +	Respeto 2 +	Alegría 1+
Seguridad 2 +	Preparación 5 =	Madurez 4 =	Protección 3 +	Responsabilidad 1 +
La familia 2 +	Los padres 5 =	La confianza 4 +	La violencia 3 -	El sentimiento 1 +
Sexo 5 =	Relaciones sexuales 2 =	Genitales 4 +	Femenino - Masculino 1 +	Enfermedad 3 -
Conducta 4 =	Confianza 3 =	hacer el amor por primera vez 1 =	El afecto 2 =	No sexo 5 =

ANEXO 32

Índices de polaridad y neutralidad. Adolescentes sordos usuarios de castellano oral. Término inductor: sexualidad

Sujetos	Palabras positivas	Palabras negativas	Palabras neutras	Índice polaridad	Índice recodific.	Índice neutralidad	Índice recodific.
01	1	4	0	0,2	2	0,6	3
02	4	0	1	0,8	3	-0,6	1
03	4	1	0	0,6	3	-1	1
04	4	0	1	0,8	3	-0,6	1
05	4	0	1	0,8	3	-0,6	1
06	1	2	2	-0,2	1	-0,2	2
07	4	0	1	0,8	3	-0,6	1
08	3	0	2	0,6	3	-0,2	2
09	3	1	1	0,4	2	-0,6	1
10	2	1	2	0,2	2	-0,2	2
11	0	0	5	0	2	1	3