

ORIGINAL

Hijas y madres. Resultados en la comunicación de temas sexuales y reproductivos*

Daughters and mothers. Results in the communication of sexual and reproductive issues

Jorge López-Olmos^{a,**}

Recibido: 21 de junio de 2018

Aceptado: 02 de octubre de 2018

PALABRAS CLAVE:

Educación sexual;
Sexualidad;
Comunicación
interpersonal.

RESUMEN

Objetivo: estudio de la comunicación entre madres e hijas adolescentes, sobre temas sexuales y reproductivos, en: falta de comunicación, nivel de confort en la comunicación y no comunicación.

Material y métodos: estudio prospectivo de 1 año con una serie de 182 adolescentes, dos grupos de 91 casos cada uno, con actividad sexual (AS) y no actividad sexual (NAS). Mediante nuestro cuestionario de comunicación sexual Hijas-Madres se preguntó sobre tres parámetros: falta de comunicación sobre tópicos sexuales (sí/no); nivel de confort en la comunicación (bueno/malo) y no comunicación Madre-Hija (sí/no), al finalizar la consulta.

Resultados: el pico de edad (entre 11 y 20 años) se dio en 18 años: 44 casos, 24,17%. La media de edad fue 18 a 34 años en AS y 16 a 32 años en NAS ($p < 0,001$). Hubo diferencias significativas, $p < 0,05$ en estudios universitarios y $p < 0,01$ en trabajo, ambas en AS, lógicamente, al ser mayores.

En AS vinieron acompañadas por la madre 39/91 (42,85%), y en NAS, 70/91 (76,92%), $p < 0,001$.

Las hijas AS refieren falta de comunicación en 53,84%, nivel de comunicación malo en 49,45% y no comunicación con la madre en 49,45%. Las hijas NAS refieren falta de comunicación en 59,34%, nivel de comunicación malo en 54,94% y no comunicación con la madre en 52,74%. No hay diferencias significativas.

Las madres refieren: en AS ($n = 39$), falta de comunicación en 46,15%, nivel de comunicación malo en 46,15% y no comunicación con la hija en 46,15%. Las madres NAS ($n = 69$) refieren: falta de comunicación en 50,72%, nivel malo de comunicación en 49,27%, y no comunicación con la Hija en 44,92%. No hay diferencias significativas. Con los datos apareados de Hijas y Madres, tampoco hay diferencias.

Conclusiones:

- 1) Hay falta de comunicación entre Madres e Hijas en temas sexuales y reproductivos.
- 2) Se recogen tres frases significativas que señalan tanto Hijas como Madres: "me siento apurada si me habla de sexo", ($p < 0,01$ en Hijas – AS, y en Hijas – NAS). "Hablar de sexo, anima a hacerlo", ($p < 0,05$ en Madres-AS y $p < 0,001$ en Madres- NAS). "Me siento avergonzada", ($p < 0,02$, en Hijas – NAS).
- 3) Las hijas AS < 17 años señalan más falta de comunicación, $p < 0,02$. Las hijas AS de 18 a 20 años señalan más la no comunicación madre-hija, $p < 0,05$.

^a Centro de Especialidades de Monteolivete, España.

* Estudio prospectivo de 1 año (*Prospective Study of 1 year*).

**Autor para correspondencia: jlopezo@sego.es

KEY WORDS:

Sex education;
Sexual activity;
Sexuality;
Interpersonal
communication.

ABSTRACT

Aim: The study of the daughter-mother communication of sexual and reproductive subjects, in three aspects: lack of communication, level of comfort and no communication. **Material and methods:** Prospective study of one year in a series of 182 adolescents with two groups: with sexual activity (SA, n = 91), and without sexual activity (NSA, n = 91). We performed our questionnaire of sexual communication mother-daughter with three parameters: lack of communication on sexual topics (yes / no); level of comfort in the communication (good/ bad) and no communication mother –daughter (yes/ no), to finish the consult.

Results: The peak of age (range 11-20 years) was 18 years, in 44 cases (24,17%). The mean age was 18, 34 years in SA, and 16,32 years in NSA (p< 0,001). There were significant differences , p< 0,05 in university studies , and p< 0,001 in work , both in SA , logically. In SA there were in company of the mother, 39/91 (42,85%) versus 70/91 (76,92%) in NSA, p< 0,001. The daughters related : in SA , lack of communication in 53,84% , bad level of comfort in 49,41% and no communication in 49,45% , versus respectively in 59,34% , 54,94% and 52,74% in NSA, without significant differences. The mothers related, lack of communication in 46,15%, bad level of comfort in 46,15% and no communication in 46,15%, in SA, versus, respectively, 50,72%, 49,27% and 44,92%, in NSA, without significant differences.

There were no difference with the paired findings daughter-mother neither.

Conclusions:

- 1) There is lack of communication mother–daughter in sexual and reproductive subjects.
- 2) We collect three significant sentences that marked both mothers and daughters:
“I’m uncomfortable if she talks about sex”, p< 0,01 in daughters SA, and in mothers NSA.
“Talking about sex, encourages practicing it”, p< 0,05 in mothers SA and p< 0,001 in mothers NSA. “I’m ashamed”, p <0,02 in daughters NSA.
- 3) The daughters SA < 17 years related more lack of communication, p< 0,02. The daughters SA between 18-20 years related more the no communication, p< 0,05.

INTRODUCCIÓN

Según María Moliner, comunicación es la acción de comunicar, hacer saber a alguien cierta cosa, es compartir, es transmitir, es enseñar.¹

Podemos dividir la adolescencia en: inicial, 10-14 años; media, 15-17 años; y tardía, 18-21 años.² Nosotros consideraremos adolescencia hasta los 20 años.

La comunicación entre padres y adolescentes sobre la sexualidad debe hacerse en tres grandes frentes: los aspectos biológicos, los riesgos de la conducta sexual y las medidas preventivas.³

Ninguna chica debería tener la menstruación sin haber sido informada de su mecanismo y su significado con un enfoque positivo;⁴ la capacidad de repro-

ducción, su maduración sexual, higiene, prácticas de riesgo, cambios que pueden sufrir, como los corporales. También sobre el atractivo sexual y social.

Cuando las adolescentes hablan con sus padres sobre relaciones sexuales, existe mayor comunicación con las madres: al chico le explica sobre riesgos, a la chica de biología. En cambio, el padre le comunica lo preventivo al chico y los riesgos a la chica.³ La comunicación antes del inicio sexual se asocia a prevención de riesgos y a prácticas seguras. Hay que procurar comunicación más precoz, porque tiene un impacto más positivo.

Pero muchos padres no hablan sobre los tópicos sexuales antes del debut sexual de los hijos.⁵ Más del 40% de los adolescentes tienen coito sin haber discu-

tido estos temas. Si los padres tienen conocimiento sobre uso del condón, ETS (enfermedades de transmisión sexual), VIH y SIDA (virus de la inmunodeficiencia humana y síndrome de inmunodeficiencia adquirida), y lo transmiten a los hijos, hay comunicación, por tanto, menos desacuerdos hablando de sexo. Más comunicación a más educación.^{6,7}

Los clínicos que se relacionan con los padres de los adolescentes tienen gran papel para favorecer la comunicación sobre los tópicos sexuales: deben facilitarla dando información a los padres; estimulando para que hablen precozmente, den soporte en las decisiones de tipo sexual de los hijos, y sobre sexo seguro.⁵⁻⁷ La comunicación madres-hijas protege de conductas sexuales de riesgo.⁸ Influyen los valores culturales, la raza/etnia, el ambiente familiar, los valores de conducta de los padres, los modelos de roles sociales, económicos y de conducta sexual.⁹

En un trabajo anterior,¹⁰ vimos las diferencias en la edad de la menarquia y del primer coito. Las hijas tienen actualmente el primer coito más de 2 años antes que sus madres, mucho más cerca de la menarquia que sus madres. En este trabajo, se presenta un estudio prospectivo de un año, sobre la comunicación de temas sexuales y reproductivos entre hijas adolescentes < 20 años, con o sin actividad sexual, y sus madres.

MATERIAL Y MÉTODOS

Durante 2016, en la consulta de Ginecología –del autor– en el Centro de Especialidades de Monteolivete, Valencia (España), hemos recogido todos los casos de mujeres <20 años, con actividad sexual (AS) y sin actividad sexual (NAS) de coito vaginal. Curiosamente, por azar, no por intención, los dos grupos constan de 91 casos cada uno. Consideramos también las que han venido acompañadas de su madre y las que han venido solas.

Mediante entrevista personal se han recogido todos los datos de la historia clínica: edad, paridad y/o abortos (si hubiera), edad de la menarquia, fórmula menstrual, antecedentes médicos y quirúrgicos, índice de masa corporal (calculado según la fórmula: $IMC = P/T^2$). Hemos preguntado la edad al primer coito, si estaban vacunadas frente al VPH (virus del papiloma humano), y el motivo de la consulta.

Tras la exploración clínica, con toma de muestras para citología cervicovaginal, estudio ecográfico vaginal en el grupo AS, y abdominal en el grupo NAS, se procedió a presentar el cuestionario de comunicación sexual Madre-Hija del autor (Anexo 1).

En el anverso habla de los temas a tratar: biología, prevención y riesgos asociados a las relaciones sexuales. El autor oralmente se ha extendido en ellos, también sobre la intención del cuestionario, para que no hubiera dudas. Se pide la respuesta a tres preguntas: falta de comunicación sobre los tópicos sexuales, nivel de confort en la comunicación sexual, si hay o no comunicación entre hija y madre. Las frases hechas bajo estos epígrafes, debían señalarlas si era el caso. En el reverso se pedía: edad, hijos y abortos, (para las madres), estado civil (soltera, casada, divorciada, viuda, pareja de hecho), nivel de estudios (primarios, secundarios, universitarios), trabajo e ingresos personales al mes (expresado en euros). Tanto para la hija como para la madre.

Todas las pacientes y sus respectivas madres dieron el consentimiento informado. El cuestionario cumplimentado se registró y guardó en una carpeta aparte, para analizarlo al final del año con todos los casos recogidos. Únicamente una madre se negó a realizarlo, la M63 del grupo NAS, que fue excluida para los datos del cuestionario.

En el grupo AS, todas eran nuligestas, excepto la H62 –de 20 años–, que tenía un hijo (G1P1A0), y la H89 –de 18 años– que tenía un aborto (G1P0A1).

En el estudio estadístico los datos cuantitativos se presentan como rango, media y desvío estándar. Se comparan con la *t* de Student. Los datos cualitativos se expresan en porcentajes. Se comparan con la χ^2 de Pearson. Siempre se considera la significación estadística con una $p < 0,05$.

Con los datos del cuestionario, comparamos por un lado lo que dijeron las hijas de ambos grupos, AS y NAS, entre sí; por el otro, lo que dijeron las madres de ambos grupos entre sí. Por último, comparamos los datos apareados hija-madre de ambos grupos en los casos de hijas acompañadas por la madre. Excluimos los casos en que iban acompañadas del padre o de la abuela.

También comparamos lo que dijeron las hijas de ambos grupos, separando por edades, un subgrupo de < 17 años y otro de 18 a 20 años, para ver las diferencias.

RESULTADOS

Descripción de la serie

La serie consta de 182 casos en total. El grupo AS, actividad sexual, con 91 casos. El grupo NAS, no actividad sexual, con 91 casos.

En la figura 1 se presenta tanto la tabla de edades, de 11 a 20 años, como su distribución en ambos grupos. El pico de edad con 44 casos (24,17%) fueron los 18 años. Podemos separar dos intervalos, las < 17 años, siendo 18 casos (19,78%) en AS, y 60 casos en

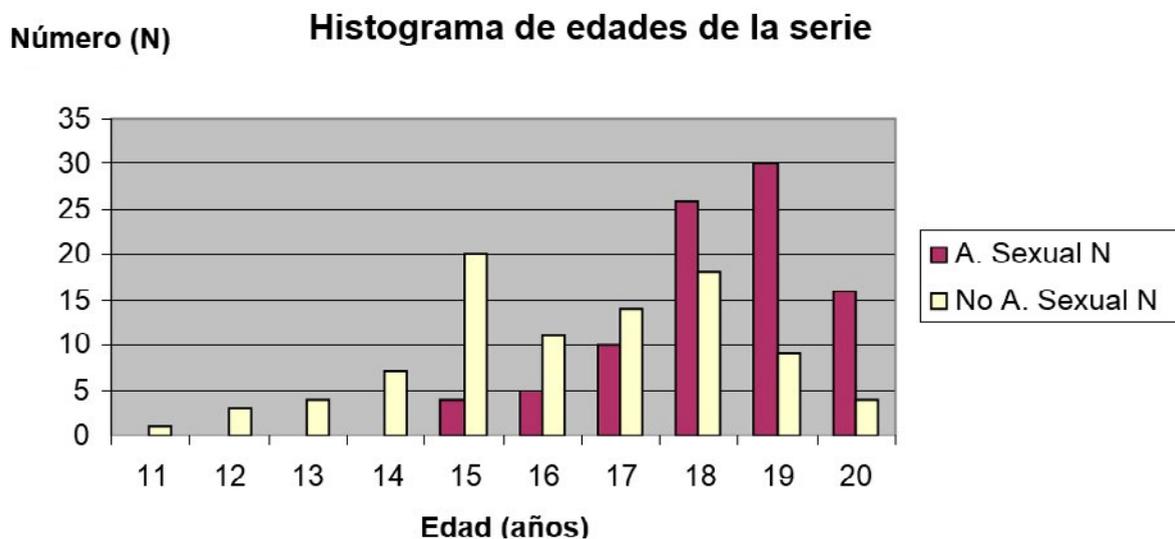
NAS (65,93%). Las de 18 a 20 años, siendo 73 casos en AS (80,21%) y 31 casos en NAS (34,06%). Hay diferencias significativas, $X^2 = 47,25$, $p < 0,001$, las menores de 17 años se dan más en el grupo NAS.

Figura 1: Histograma de edades de la serie

Edad	Sexual	No Actividad Sexual	Total	Total
Años	N	N	N	%
11		1	1	0,54
12		3	3	1,64
13		4	4	2,19
14		7	7	3,84
15	4	20	24	13,18
16	5	11	16	8,79
17	10	14	24	13,18
18	26	18	44	24,17
19	30	9	39	21,42
20	16	4	20	10,98
TOTAL	91	91	182	

Fuente: Elaboración propia con información del estudio.

Gráfico 1. Histograma de edades de la serie



Fuente: Elaboración propia con información del estudio.

En el grupo AS, 39 hijas vinieron acompañadas de la madre, H+M, 42,85%. En el grupo NAS, 70 hijas vinieron acompañadas de la madre, H+M, 76,92%. Una de ellas (M62) no quiso cumplimentar el cuestionario, y la excluimos para estos datos. Hay diferencia significativa, $X^2=21,96$, $p < 0,001$. Las hijas NAS son más proclives a venir acompañadas de la madre.

En la tabla 1 se muestran los datos de Hijas de ambos grupos: edad, edad de la menarquia, IMC, edad al primer coito en AS, estado civil, estudios, trabajo e ingresos. Las diferencias significativas se encontraron en edad, $p < 0,001$, 18,34 en AS versus 16,32 en NAS; en estudios universitarios, $p < 0,05$, 32,96% en AS versus 19,78% en NAS; y en trabajo, $p < 0,01$, 14,78% en AS versus 3,29% en NAS.

Tabla 1. Descripción de la serie

	ACTIVAS SEXUALMENTE (n=91)			NO ACTIVAS SEXUALMENTE (n = 91)			SE	
	RANGO	MEDIA	DESVIO	RANGO	MEDIA	DESVIO	t	p
EDAD	15-20	18,34	1,28	11-20	16,32	2,04	9,18	< 0,001
EDAD MENARQUIA	9-17	12,05	1,51	9-16	11,88	1,42	0,85	NS
IMC	16,46-39	22,04	4,35	15,57-39,35	22,57	5,04	0,77	NS
EDAD primer COITO	13-18	16,05	1,41					
	N	%		N	%		X ²	p
ESTADO CIVIL SOLTERA	84	92,3		88	96,7		2,84	NS
PAREJA DE HECHO	7	7,69		3	3,29		1,68	NS
ESTUDIOS								
PRIMARIOS	2	2,19		5	5,49		1,32	NS
SECUNDARIOS	59	64,83		68	74,72		2,08	NS
UNIVERSITARIOS	30	32,96		18	19,78		4,06	< 0,05
TRABAJO	13	14,78		3	3,29		6,85	< 0,01
INGRESOS	RANGO	MEDIA	DESVIO	RANGO	MEDIA	DESVIO	t	p
(euros)	170-900	525,38	265,6	350-600	503,33	134,28	0,7	NS

SE: significación estadística

NS: no significativo

IMC: índice de masa corporal

Fuente: Elaboración propia con información del estudio.

Pacientes obesas (IMC>30), hubo 4 en AS (4,35%) frente a 9 en NAS (9,89%), sin diferencia significativa. No hubo ninguna obesidad mórbida. Pacientes con delgadez (IMC<18,5) encontramos 14 en AS (15,38%) frente a 18 en NAS (19,78%), sin diferencia significativa. Únicamente un caso NAS, nº 21 presentaba IMC=15,57, de delgadez severa.

Respecto a la vacunación frente a VPH no había en 12 casos en AS (13,18%) frente a 6 casos en NAS (6,59%), esto sin diferencia significativa.

En la fórmula menstrual no hubo diferencias significativas, tanto en la normal como en polimenorreas, oligomenorreas o ataxia menstrual. En el grupo NAS, 2 pacientes no habían presentado menstruación: la nº 41, de 15 años, por un síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser (MRKH), y la nº 68, de 16 años, con amenorrea primaria.

Los antecedentes médicos se dieron en 13,18% en AS y en 13,18% en NAS. Las más frecuentes alergias y asma. Los antecedentes quirúrgicos se dieron en

37,96% en AS frente a 21,97% en NAS, sin diferencias significativas. El más frecuente apendicectomía.

La tabla 2 presenta el método contraceptivo utilizado en el grupo AS. El más usado es el condón (53,84%), seguido de la píldora contraceptiva (32,96%). Sin embargo, 10,98% no utilizan ninguno.

Tabla 2. Hijas AS-métodos anticonceptivos

Métodos	N	%
No	10	10,98
Condón	49	53,84
Píldora	30	32,96
Implante hormonal	1	1,09
Inyección trimestral	1	1,09

Fuente: Elaboración propia con información del estudio.

En la tabla 3 se muestra el motivo de la consulta. Los más frecuentes fueron: en AS, revisión (19,78%), oligomenorreas (14,28%) y polimenorreas (9,89%). En NAS, oligomenorreas (20,87%), dismenorrea (13,18%) e hirsutismo (12,08%). Sólo hubo diferencias significativas en hirsutismo, $p < 0,05$ (3,29% en AS frente a 12,08% en NAS), y en hipermenorreas, $p < 0,05$ (2,19% en AS frente a 9,89% en NAS).

Tabla 3. Motivos de consulta hijas AS y NAS

Motivos de consulta	AS (n=91)		NAS (n=91)		SE
	N	%	N	%	p
Revisión	18	19,78	10	10,98	NS
Oligomenorreas	13	14,28	19	20,87	NS
Polimenorreas	9	9,89	6	6,59	NS
Dismenorrea	8	8,79	12	13,18	NS
Amenorrea	6	6,59	7	7,69	NS
Deseo píldoras contraceptivas	6	6,59	1	1,09	NS

continua...

Metrorragias	5	5,49	1	1,09	NS
Dispareunia	5	5,49	0	0	NS
Hirsutismo	3	3,29	11	12,08	< 0,05
Hipermenorreas	2	2,19	9	9,89	< 0,05
Quistes de ovario	2	2,19	2	2,19	NS
Anemia			4	4,39	NS
Dolor pélvico			2	2,19	NS
Bulto mama			2	2,19	NS
Otras	10	10,98	4	4,39	NS
Pólipo endometrial	1	1,09			NS
Algias hipogastrio	1	1,09			NS
Spotting	1	1,09			NS
Leucorrea	1	1,09			NS
Eip, enfermedad inflamatoria pélvica	1	1,09			NS
Aborto	1	1,09			NS
Coitorragia	1	1,09			NS
Herpes genital	1	1,09			NS
Bulto labio mayor	1	1,09			NS
Bulto labio menor	1	1,09			NS
Rokitansky			1	1,09	NS
Himen bipartido			1	1,09	NS
Bartholino			1	1,09	NS
No menarquia			1	1,09	NS

AS: actividad sexual
 NAS: no actividad sexual
 SE: significación estadística
 NS: no significativo

Fuente: Elaboración propia con información del estudio.

En la tabla 4, referida a las madres de ambos grupos, no hubo diferencia significativa en ningún parámetro, excepto en ingresos ($p < 0,05$): 922,5 euros en AS frente a 1139,04 en NAS.

Tabla 4. Datos de las respectivas madres

	MADRES AS (n= 39)			MADRES NAS (n= 69)			SE
	RANGO	MEDIA	DESVIO	RANGO	MEDIA	DESVIO	p
Edad	34-62	49,1	6,04	30-57	47	5,37	NS
Partos	`1-5	2,02	0,87	`1-4	1,94	0,66	NS
Abortos	0-4	0,66	1,1	0-4	0,47	0,97	NS
Ingresos (euros)	300-1850	922,5	397,18	300-3000	1139,04	608	< 0,05
		N	%		N	%	
Estado civil							
Soltera		3	7,69		4	5,79	NS
Casada		26	66,66		52	75,36	NS
Divorciada		7	17,94		7	10,14	NS
Viuda		3	7,69		4	5,79	NS
Pareja de hecho					2	2,89	NS
Estudios							
Primarios		15	38,46		19	27,53	NS
Secundarios		18	46,15		39	56,52	NS
Universitarios		6	15,38		11	15,94	NS
Trabajo		20	51,28		42	60,86	NS

AS: actividad sexual
 NAS: no actividad sexual
 SE: significación estadística
 NS: no significativo

Fuente: Elaboración propia con información del estudio.

Estudio comparativo

En la tabla 5, se muestran los datos del cuestionario, lo que dijeron las hijas, comparando AS y NAS.

Tabla 5. Comunicación hijas

	AS (n= 91)		NAS (n= 91)		SE	
	N	%	N	%	X ²	p
Falta comunicación						
Sí	49	53,84	54	59,34		NS
No	42	46,15	37	40,65		NS
Planificación familiar- contracepción	18	19,78	9	9,89		NS
Sexualidad	22	24,17	28	30,76		NS
Impacto negativo de quedar embarazada	17	18,68	22	24,17		NS
Peligro de adquirir ets	20	21,97	26	28,57		NS
Impacto negativo en la vida social	15	16,48	19	20,87		NS
Resultados morales de no tener sexo	21	23,07	32	35,16		NS
Nivel confort comunicación						
Bueno	46	50,54	41	45,05		NS
Malo	45	49,45	50	54,94		NS
No sé bastante para hablar	10	10,98	22	24,17	5,46	< 0,02
Me siento apurada si me habla de sexo	38	41,75	24	26,37	4,28	< 0,05
Encuentro dificultades	16	17,58	10	10,98		NS
Mi hija quiere información en otra parte	3	3,29	12	13,18	5,88	< 0,02
Hablar de sexo , anima a hacerlo	11	12,08	10	10,98		NS
No comunicación madre-hija						
Si	45	49,45	48	52,74		NS
No	46	50,54	43	47,25		NS
No cree en las respuestas de la madre	9	9,89	8	8,79		NS
No se siente cerca de la madre	13	14,28	17	18,68		NS
Familia religiosa	7	7,69	13	14,28		NS
Madre muy conservadora	11	12,08	12	13,18		NS
Se siente avergonzada	18	19,78	21	23,07		NS

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual

Fuente: Elaboración propia con información del estudio.

No hay diferencias significativas en falta de comunicación, señalaron que la había 53,84% en AS frente a 59,34% en NAS. Los capítulos más frecuentes señalados fueron: en AS la sexualidad 24,17%, y en NAS 35,16% los resultados morales de no tener sexo y la sexualidad en 30,76%.

En cuanto al confort en la comunicación, en AS fue buena 50,54% frente a 45,05% en NAS, sin diferencias. Hubo diferencias significativas ($p < 0,02$) en “No sé bastante para hablar” (24,17% más frecuente en NAS); $p < 0,05$ en “Me siento apurada si me habla de sexo” (41,75% más frecuente en AS); y $p < 0,02$ en “La hija quiere información en otra parte” (13,18% más frecuente en NAS).

Declarar que no hay comunicación entre Madre e Hija, 49,45% en AS frente a 52,74% en NAS, sin diferencias significativas. Tampoco en ninguna de las frases. En Hijas AS 19,78% “se siente avergonzada” y 23,07% en Hijas NAS.

En AS, dijeron las hijas:

- nº 2: estoy en centro de menores, no vivo con mi madre.

- nº7: no he tenido ninguna conversación con mi madre.
- nº 25: mi madre falleció a mis 14 años, he tenido poca relación con ella.
- nº 36: mi madre es paranoica.
- nº 51: no hemos hablado nada.
- nº 80: he hablado de todo.

En AS, dijeron las madres:

- nº 9: hablamos de estos temas y buscamos ayuda.
- nº 13: no hablamos.
- nº 22: madre sordomuda, vino e hizo el cuestionario con intérprete.

En la tabla 6, presentamos los datos del cuestionario, lo que dijeron las madres, comparando AS y NAS.

Tabla 6. Comunicación madres

	MADRES HIJAS AS (n= 39)		MADRES HIJAS NAS (n= 69)		SE
	N	%	N	%	
Falta comunicación					
Sí	18	46,15	35	50,72	NS
No	21	53,84	34	49,27	NS
Planificación Familiar - Contracepción	6	15,38	14	20,28	NS
Sexualidad	6	15,38	11	15,94	NS
Impacto negativo de quedar embarazada	6	15,38	10	14,49	NS
Peligro de adquirir ETS	4	10,25	14	20,28	NS
Impacto negativo en la vida social	7	17,94	9	13,04	NS
Resultados morales de no tener sexo	9	23,07	15	21,73	NS

continua...

Nivel confort comunicación					
Bueno	21	53,84	35	50,72	NS
Malo	18	46,15	34	49,27	NS
No se bastante para hablar	3	7,69	12	17,39	NS
Me siento apurada si me habla de sexo	6	15,38	7	10,14	NS
Encuentro dificultades	5	12,82	10	14,49	NS
Mi hija quiere información en otra parte	7	17,94	16	23,18	NS
Hablar de sexo, anima a hacerlo	9	23,07	24	34,78	NS
No comunicación madre-hija					
Sí	18	46,15	31	44,92	NS
No	21	53,84	38	55,07	NS
No cree en las respuestas madre	6	15,38	10	14,49	NS
No se siente cerca de la madre	3	7,69	7	10,14	NS
Familia religiosa	2	5,12	4	5,79	NS
Madre muy conservadora	1	2,56	2	2,89	NS
Se siente avergonzada	5	12,82	14	20,28	NS

ETS: enfermedades de transmisión sexual

Fuente: Elaboración propia con información del estudio.

En la falta de comunicación, no hubo diferencias significativas, 46,15% en AS frente a 50,72% en NAS. Los capítulos más frecuentes señalados fueron: en AS: resultados morales de no tener sexo (23,07%), igualmente en NAS (21,73%). Este es un tema que preocupa a las madres.

En cuanto al confort en la comunicación, en AS fue buena (53,84% por 50,72% en NAS). Tampoco hubo diferencias en las distintas frases. Las más señaladas fueron: "Hablar de sexo, anima a hacerlo" (23,07% en Madres AS y 34,78% en Madres NAS). En

cambio, en las hijas estos porcentajes eran menores (12,08% AS y 10,98% NAS).

Declarar que no hay comunicación madre-hija se dio 46,15% en madres AS frente a 44,92% en madres NAS, sin diferencias significativas. Tampoco las hubo en ninguna de las frases. En Madres AS, 15,38% dicen que "La hija no cree en sus respuestas". En Madres NAS, 20,28% dice que "se siente avergonzada". Dijeron las Madres NAS: M23: "mi hija no quiere hablar conmigo" y M27: "no responde".

En la tabla 7, con los datos apareados de hija y madre, quedan los grupos: AS n=39 y NAS n=69. Ahora vemos los datos de concordancia en cada pregunta. Analizamos cuando dijeron hija y madre, sí /sí, y no/

no en falta de comunicación; cuando dijeron sí/ sí en buena y mala comunicación; y cuando dijeron sí/sí y no/no en no comunicación.

Tabla 7. Concordancia Hijas AS/Madres

Hijas AS/Madres (n= 39)						
Falta comunicación	N	%				
Hijas-madres : sí/sí	14	35,89				
Hijas-madres : no/no	16	41,02				
Nivel confort comunicación						
Hijas-madres : bueno/bueno	18	46,15				
Hijas-madres : malo/malo	15	38,46				
No comunicación madre-hija						
Sí/sí	14	35,89				
No/no	15	38,46				
Nivel confort comunicación	HIJAS		MADRES	SE		CASOS COINCIDENTES
	N	%	N	%	p	
No sé bastante para hablar	5	12,82	1	2,56	NS	1
Me siento apurada si me habla de sexo	18	46,15	6	15,38	< 0,01	5
Encuentro dificultades	5	12,82	5	12,82	NS	2
Mi hija quiere información en otra parte	2	5,12	5	12,82	NS	2
Hablar de sexo , anima a hacerlo	2	5,12	8	20,51	< 0,05	1
No comunicación Madre-Hija						
No cree en las respuestas de la madre	5	12,82	6	15,38	NS	3
No se siente cerca de la madre	6	15,38	3	7,69	NS	2
Familia religiosa	3	7,69	2	5,12	NS	2
madre muy conservadora	1	2,56	1	2,56	NS	0
Se siente avergonzada	9	23,07	5	12,82	NS	2

Fuente: Elaboración propia con información del estudio.

En AS, las coincidencias positivas fueron respectivamente: 35,29%, 46,15% y 35,89%. De las frases tipo, en nivel de confort, hubo diferencias significativas ($p < 0,01$) en “me siento apurada si me habla de sexo”, 46,15% en Hijas versus 15,38% en Madres (más apuradas las hijas, en 5 casos coincidieron Hija y Madre). Y ($p < 0,05$) en “hablar de sexo, anima a hacerlo”, 5,12% en Hijas frente a 20,51% en Madres

(aquí, en un caso coincidieron Hija y Madre). De las frases tipo en no comunicación, no hubo diferencias significativas.

En la tabla 8, los datos apareados Hija–Madre en NAS, las coincidencias positivas fueron respectivamente: 46,37% en falta de comunicación, 44,92% en nivel de comunicación bueno, y 46,37% en no comunicación.

Tabla 8: Concordancia Hijas NAS/Madres

	Hijas NAS/Madres (n=69)					
	N	%				
Falta comunicación						
Hijas-madres : sí/sí	32	46,37				
Hijas-madres : no/no	31	44,92				
Nivel confort comunicación						
Bueno: sí/sí	31	44,92				
Malo : sí/sí	33	47,82				
No comunicación madre-hija						
Sí/sí	32	46,37				
No/no	32	46,37				
Nivel confort comunicación	HIJAS		MADRES		SE	
	N	%	N	%	p	CASOS COINCIDENTES
No sé bastante para hablar	17	24,63	11	15,94	NS	2
Me siento apurada si me habla de sexo	22	31,88	6	8,69	< 0,01	2
Encuentro dificultades	6	8,69	10	14,49	NS	3
Mi hija quiere información en otra parte	11	15,94	15	21,73	NS	1
Hablar de sexo , anima a hacerlo	6	8,69	23	33,33	< 0,001	4
No comunicación Madre/Hija						
No cree en las respuestas de la madre	6	8,69	11	15,94	NS	0
No se siente cerca de la madre	12	17,39	7	10,14	NS	1
Familia religiosa	9	13,04	5	7,24	NS	2
Madre muy conservadora	10	14,49	2	2,89	< 0,02	0
Se siente avergonzada	16	23,18	13	18,84	NS	4

Fuente: Elaboración propia con información del estudio.

De las frases tipo en nivel de confort hubo diferencias significativas en “me siento apurada si me habla de sexo” ($p < 0,01$): 31,28% en Hijas versus 8,69% en Madres (coinciden 2 casos de Hijas y Madres). De las frases tipo en no comunicación hubo diferencias significativas en “madre muy conservadora” ($p < 0,02$): 14,49% lo dijeron las Hijas frente a 2,89%, lo dijeron las madres (no coincidió ningún par Hija-Madre).

En la tabla 9, se observan las diferencias por dos grupos de edad, uno de igual o menores de 17 años, y otro de 18 a 20 años. Comparando AS y NAS, hay diferencias significativas ($p < 0,02$) en <17 años en falta de comunicación. Existe un mayor promedio en las menores de 17 años, en AS. En cambio, hay diferencias significativas ($p < 0,05$) en no comunicación madre-hija en AS, en el grupo de 18 a 20 años (52,05%).

Tabla 9. Diferencias por grupos de edad

	Hijas AS (n= 18)		Hijas NAS (n= 60)		SE	
	N	%	N	%	X ²	p
<17 años						
Falta comunicación	13	72,22	38	63,33	6,52	< 0,02
Nivel comunicación malo	11	61,11	38	63,33		NS
No comunicación madre-hija	9	50	36	60		NS
	HIJAS AS (n= 73)		HIJAS NAS (n= 31)			
18 a 20 AÑOS	N	%	N	%	X ²	p
Falta comunicación	37	50,68	15	48,38		NS
Nivel comunicación malo	36	49,31	11	35,48		NS
No comunicación madre-hija	38	52,05	9	29,03	4,395	< 0,05

SE: significación estadística

NS: no significativo

Fuente: Elaboración propia con información del estudio.

DISCUSIÓN

De nuestro estudio se desprende que hay falta de comunicación entre hijas y madres, tanto en temas sexuales como reproductivos. 53,84% en las hijas AS con actividad sexual, $n=91$ (madres, $n=39$), y en 51,34% en las hijas NAS, sin actividad sexual, $n=91$ (madres, $n=69$). La comunicación fue mala en 49,45 y 54,94%, respectivamente. No se tenía comunicación en 49,45 y 52,74%, respectivamente. Las madres lo corroboraron: falta de comunicación en 46,15 y 50,72%, respectivamente. Mala comunicación en 46,15 y 49,27%. Y no comunicación: 46,15 y 44,92%.

Madres e hijas. La madre es la cuidadora primaria, tiene gran influencia, identificación e imitación; las fuerzas y debilidades de la madre se transmiten a la hija.¹¹

La madre ve a la hija como una extensión de sí misma.

El paso de la hija a la madurez sexual está lleno de conflictos. Hay ambivalencia hacia la madre en la adolescencia. Por un lado, hay amor y deseo sexual por un hombre, esto es igual a separación de la madre, por otro lado, supresión de la respuesta amorosa por afirmación de la conexión con la madre. Pero la identificación con características negativas de la madre produce daño a la sexualidad de la adolescente.

En este contexto, las madres impertinentes, inmaduras, exageradas, dominantes, entrometidas, violan los límites de las hijas, favorecen la no independencia y autonomía. Hacen hijas más pasivas y quejumbrosas, con ansiedad de separación, tienen envidia o rencor hacia la madre. Dejar a la madre atrás les produce sentimiento de culpa.

La familia es la primera estación de paso para la comunicación. Si hay comunicación con los padres hay menor experiencia sexual, más retraso en el debut sexual, y un mayor uso de condón.¹²

En un estudio en medio escolar,¹³ existió una falta de comunicación en los varones menores de 18 años si había falta de diálogo con los padres, con bajo nivel socioeconómico del padre, y en ausencia de educación sanitaria. El 26% de los alumnos (163/669) nunca habían hablado con los padres.

Los pares de los adolescentes influyen para ser sexualmente activo, con la presión aumentan las intenciones sexuales. Si son pares de riesgo (con múltiples parejas, o no uso de condón) aumenta el riesgo para la adolescente.¹² Si los padres están orgullosos de la abstinencia sexual, ellas tienen alta eficacia para limitar su conducta sexual, porque el papel de los padres es mayor que el de los pares.

Si el aprendizaje de los asuntos sexuales se da en la escuela, el primer coito será más tarde, si es por los amigos o por los medios. Los adolescentes prefieren la escuela como fuente, antes que los padres o los médicos.¹⁴ La inclusión de los padres en la intervención educativa del adolescente es beneficiosa.¹⁵ Hay mejoría en la comunicación entre padres e hijos sobre información sexual, sobre el uso del condón para la prevención de VIH. Los padres se benefician con la reducción de riesgo sexual en los hijos, en ellos mismos, y son una mejor guía.

En un estudio sobre la comunicación sexual de los adolescentes con sus parejas, padres y mejores amigos, hay 6 tópicos: uso del condón, anticoncepción, ETS, VIH/SIDA, embarazo y abstinencia,¹⁶ con 603 jóvenes de 12-15 años (media 13 años), mujeres en 57%: el 54% no discutían ningún tema con sus parejas, el 29% no tenían comunicación con sus padres, y el 25% no tenían comunicación con sus amigos. Se resalta aquí la importancia en el contexto de la familia, pares y amigos, para una buena decisión sobre salud sexual.

La abstinencia era el tema más discutido, en 33% con la pareja, en 62% con los padres, y 18% con el mejor amigo. Los padres deben hablar pronto, antes de la actividad sexual de la adolescente, para prepararla sobre decisiones informadas sobre su salud sexual. No sólo riesgos, también sobre: intimidad, consentimiento y placer sexual.

Respecto a la vacunación contra el VPH (virus del papiloma humano), la ETS más frecuente, y de importancia para la prevención del cáncer de cuello uterino, en nuestra serie 13,18% en AS y 6,59% en NAS no la tenían, debido a negativa de las madres, de los/ las pediatras, en 2 casos por ser menores de 14 años.

En Francia, se ha bajado la edad de la vacunación a los 11 años en las chicas, hablan ya de vacunar a los chicos también.¹³ El conocimiento sobre VPH y cán-

cer de cuello uterino es mayor en las chicas que en los chicos. Pero el conocimiento sobre ETS fue mayor en los chicos ($p=0,05$): 24,8% frente a 15% en chicas.

En un estudio en EE.UU.¹⁷ sobre la asociación de comunicación sexual madre-hija, en sexualidad, ETS, uso de condón y vacuna VPH, tenían bajas tasas de vacunación (aun estando cubierta por los seguros privados). Si existía comunicación sexual, había asociación con inicio de la vacunación, más de una dosis, pero no llegaban a completar las tres dosis.

En nuestro trabajo recogemos tres frases significativas que señalan tanto hijas como madres:

- “Me siento apurada si me habla de sexo” (tanto en hijas AS como NAS).
- “Me siento avergonzada” (en hijas NAS).
- “Hablar de sexo, anima a hacerlo” (en madres AS y madres NAS).

En un estudio en Etiopía,¹⁸ con 4 559 adolescentes de 13-18 años, con un cuestionario con 9 ítems (puntuación 0-36), el resultado medio fue 4. Lo que significa muy pobre y poco satisfactoria la comunicación. Los hijos perciben el conocimiento en salud reproductiva de los padres como pobre, entonces no quieren hablar con ellos. Hay más comunicación con la madre que con el padre. Estaría bien, si hubiera comunicación de calidad, si vieran la televisión todos juntos y discutieran los temas. Es población joven, con pocos centros sanitarios. Hay normas conservadoras, tabúes, así como el problema de la afectación por VIH-SIDA. Los padres tienen miedo a que la comunicación aliente a la actividad sexual.

En un estudio en Uganda,¹⁹ escolares de 2 centros urbanos y 2 centros rurales, también se dice que la comunicación sexual entre padres e hijos es infrecuente. Las fuentes de información serían los pares, la escuela y los medios. Los adolescentes perciben a los padres: estrictos, autoritarios, intimidatorios, no cercanos y no disponibles. Las discusiones sobre sexo son raras. Las dianas para las chicas serían: la menstruación, los abortos en el barrio, o la muerte de alguien por SIDA. Las dianas para los chicos serían: la sospecha de los padres de tener una amiga chica y el volver tarde a casa. También para la comunicación los problemas de los padres son: la vergüenza, tener apuros o aversión a hablar de sexo.

En EE.UU., las relaciones padres-hijos en relación a la actividad sexual afecta también el resultado del embarazo en adolescentes, en el caso de que lo hubiera.²⁰ En adolescentes negras, las buenas relaciones padres-hijos se asocian a un alto peso al nacimiento y edad gestacional. También el alto control parental se asocia a no fumar en la ges-

tación, así como una gran probabilidad de cuidado prenatal precoz.

Resumiendo ahora: ¿qué sabemos?, y ¿qué podemos hacer?

Sabemos que la buena comunicación con los padres disminuye en la adolescencia el coito y el sexo no protegido, aumenta el uso del condón, además se reducen los riesgos en la conducta sexual.²¹

Lo que podemos hacer: comunicación receptiva, de soporte, abierta, interactiva, no en sentido padres-hijos.²² Si los padres dicen “precaución y peligro con el sexo” sin dar explicaciones al hijo, “de mala manera”, sólo control y restricciones, es contraproducente. Los “sermones” inducen la probabilidad de tener coito.

Seguendo a Johnson y Williams,²³ se ofrecen soluciones en distintos focos:

- Construir soluciones:
 - Comunicación abierta: preguntar qué saben y crear buenas prácticas
 - Escucha activa
- Conducta futura deseada:
 - Abstinencia sexual
 - Prácticas de buena salud sexual (conversaciones *role-playing*)
 - Aumento de frecuencia de uso de conductas normales
 - Construir buena comunicación
 - Promover conversaciones con sustancia y frecuentes
- Encontrar alternativas del repertorio personal
- Identificar fuerzas y eficacia
- Comunicar perspectivas de los padres como importantes
- Incrementar cambios
 - El soporte de los padres aumenta el crecimiento y el conocimiento de ellos mismos
- Soluciones no directas sobre problemas de identificación
 - Explicar a los padres la conexión: comunicación–relaciones–conducta sexual.
- Asumir que existen soluciones para la conducta
 - Incitar a los padres a tener fe en la comunicación con los hijos

Las interacciones pueden ser:²¹ interacciones cara a cara, con videos, CD, prácticas guiadas, discusiones, persuasión verbal y mensajes. Los hijos pueden tener ambivalencia y rechazo hacia los padres, pero los necesitan, son la figura de apego incondicional.⁴

En definitiva, cordialidad de los padres y aceptabilidad de los hijos para la comunicación.¹⁹ Los padres deben animar a los hijos a que pregunten o presenten sus problemas y quitar miedos. No dejar sin respuesta las preguntas de los hijos. Hay que evitar información errónea o mala. Los hijos quieren padres abiertos, que inicien conversaciones, pidan informaciones, den confianza y amistad. Los padres deben comunicar a su tiempo, evitar apuros o miedo. La comunicación debe incluir los tópicos sexuales que hemos señalado. Una estrategia de los hijos puede ser comentar los temas explicados en la escuela o comentados con sus pares y/o amigos, para iniciar la comunicación. La comunicación no debe cesar.

REFERENCIAS

1. Moliner M. Diccionario de uso del español. 2ª ed. Madrid: Ed. Gredos; 2006.
2. Gaspa Martí J y García-Tornel Forensa S. Situación actual de la adolescencia. En de Hidalgo Vicario, MI, Redondo Romero AM y Castellano Barca G. Medicina de la adolescencia, Atención integral. 2ª ed. Madrid: Ed. Ergon; 2012.
3. Atienzo EE, Walker DM, Campero L, Lamadrid-Figueroa H y Gutiérrez JP. Parent-adolescent Communications about sex in Morelos, Mexico: does it impact sexual behaviour? *Europ J Contracept Reprod Health Care.* 2009; 14(2): 111-119.
4. López Sánchez, F. Evolución de la sexualidad en la adolescencia. En de Hidalgo Vicario, MI, Redondo Romero AM y Castellano Barca G. Medicina de la adolescencia, Atención integral. 2ª ed. Madrid: Ed. Ergon; 2012.
5. Beckett MK, Elliott MN, Martino S, Kanouse DE, Corona R, Klein DJ y Schuster MA. Timing of parent and child communication about sexuality relative to children’s sexual behaviours. *Pediatrics.* 2010; 125: 34-42.
6. Gallegos EC, Villarruel AM, Gómez MV, Onofre DJ y Zhou Y. Sexual Communications and knowledge among mexican parents and their adolescent children. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 2007; 18(2):28-34.
7. Widman L, Choukas-Bradley S, Noar SM, Nesi J y Garrett K. Parent-adolescent sexual communication and adolescent safer sex behaviour. A meta-analysis. *JAMA Pediatric.* 2016; 170 (1): 52-61.
8. Meneses LM, Orrell-Valente JK, Guendelman SR, Oman D e Irwin CE Jr. Racial/ ethnic differences in

- mother-daughter communication about sex. *J Adolesc Health*. 2006; 39: 128-131.
9. Thornton A, Camburn D. The influence of the family on premarital sexual attitudes and behaviour. *Demography*. 1987; 24(3): 323-340.
 10. López Olmos J. Hijas (< 20 años, con actividad sexual) y Madres. Diferencias en edades de la menarquia y del primer coito. Estudio prospectivo de un año. *Rev Med Investig*, 2016; 4(2): 41-48.
 11. Firestone RW, Firestone LA, y Catlett J. Sexo y amor, en relaciones de pareja. México: Ed. El Manual Moderno; 2008.
 12. Sneed CD, Tan HP, Meyer JC. The influence of parental communication and perception of peers on adolescent sexual behaviour. *J Health Communication*. 2015; 20: 888-892.
 13. Grondin C, Duron S, Robin F, Verret C e Imbert P. Connaissances et comportements des adolescents en matière de sexualité, infections sexuellement transmissibles et vaccination contre le papillome virus humain: résultats d'une enquête transversale dans un lycée. *Arch Pédiatr*. 2013; 20: 845-852.
 14. Wise J. Teenagers want school to give them more information about sex. *BMJ*, 2015; 350: h 1256.
 15. Dinaj-Koci U, Deveaux L, Wang B, Lunn S, Marshall S, Li, X y Stanton, B. Adolescent sexual health education: parents benefit too. *Health Educ Behav*. 2015; 42(5): 648-653.
 16. Widman L, Choukas-Bradley S, Helms SW, Golin CE y Prinstein MJ. Sexual communication between early adolescents and their dating partners, parents, and best friends. *J. Sex Res*. 2014; 51(7): 731-741.
 17. Gross TT, Laz TH, Rahman M y Berenson AB. Association between mother-child sexual communication and HPV vaccine uptake. *Prev Med*. 2015; 74: 63-66.
 18. Dessie Y, Berhane Y y Worku A. Parent-adolescent sexual and reproductive health communication is very limited and associated with adolescent poor behavioral beliefs and subjective norms: evidence from a community based cross-sectional study in Eastern Ethiopia. *Plos One*, Julio 13 de 2015: 1-14. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0129941>.
 19. Winstons Muhwezi W, Ruhweza Katahoire A, Banura C, Mugooda H, Kwesiga D, Sheri Bastien y Knut-Inge Klepp. Perceptions and experiences of adolescents, parents and school administrators regarding adolescent-parent communication on sexual and reproductive health issues in urban and rural Uganda. *Reprod Health*. 30 de nov. 2015; 12: 110. DOI: 10.1186/s12978-015-0099-3.
 20. Harville EW, Madkour AS y Xie Y. Parent-child relationships, parental attitudes towards sex, and birth outcomes among adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 2014; 27(5): 287-293.
 21. Santamaria D, Markham C, Bluethmann S y Mullen PD. Parent-based adolescent sexual health interventions and effect in communication outcomes: a systematic review and metaanalysis. *Persp Sex Reprod Health*. 2015; 47(1): 37-50. DOI:10.1363/47e2415.
 22. Rogers AA, Ha T, Stormshak EA y Dishion TJ. Quality of parent-adolescent conversations about sex and adolescent sexual behaviour: an observational study. *J. Adolesc Health*. 2015; 57(2):174-178.
 23. Johnson SD. y Williams SL Solution-focused strategies for effective sexual health communication among African American parents and their adolescents. *Health & Social Work*. 2015; 40(4): 267-274.

ANEXO 1

Comunicación sexual madre-hija: Biología:

- Cambios del cuerpo
- Menstruación
- Erección-eyaculación

Prevención:

- Decisión de ser sexualmente activa
- Formas de evitar la presión sexual
- Uso del condón
- Anticoncepción de emergencia

Riesgos asociados:

- vih-sida-ets
- Embarazo no planificado
- Aborto

Falta de comunicación sobre topicos sexuales:

- Planificación familiar-contracepción
- Sexualidad
- Impacto negativo de quedarse embarazada
- Peligro de adquirir ets
- Impacto negativo en la vida social
- Resultados morales de no tener sexo

Nivel de confort en la comunicación sexual:

- No sé bastante para hablar
- Me siento apurada si me habla de sexo
- Encuentro dificultades

- Mi hija quiere información en otra parte
- Hablar de sexo, anima a hacerlo

No comunicación hija-madre:

- No cree en las respuestas de la madre
- No se siente cerca de la madre
- Familia religiosa
- Madre muy conservadora
- Se siente avergonzada

Edad:

Hijos:

Abortos:

Estado civil:

- Soltera
- Casada
- Divorciada
- Viuda
- Pareja de hecho

Estudios:

- Primarios
- Secundarios
- Universitarios

Trabajo:

- Sí
- No

Ingresos/mes: